GENTOFTE KOMMUNE

Dagsorden til møde i Kommunalbestyrelsen

Mødetidspunkt 26-02-2024 19:00
Mødeafholdelse Rådssalen

Indholdsfortegnelse

Kommunalbestyrelsen

26-02-2024 19:00

1 [Åben] Meddelelser 3
2 [Åben] Lokalplan 142.2 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen. Offentlig høring 3
3 [Åben] Lokalplan 143.1 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen. Offentlig høring 4
4 [Åben] Anlægsbevillinger til yderligere projekter i 2024 5
5 [Åben] Anlægsbevilling til projektering til Palladium 7
6 [Åben] Supplerende anlægsbevilling til haveanlæg til TalR-udsmykning på Kulturskolernes forplads 10
7 [Åben] Anlægsregnskab - Bank-Mikkelsens vej ombygninger 11
8 [Åben] Tilbagemelding på uanmeldt kommunalt tilsyn på pleje- og sundhedsområdet 2023 13
9 [Åben] Godkendelse af serviceniveau for lægekørsel samt kørselsordninger på voksen-handicapområdet 16
10 [Åben] Behandling af klimaborgersamlingens anbefalinger 19
11 [Åben] Anbefalinger fra opgaveudvalget Fremtidens idrætsfaciliteter. Aflevering fra opgaveudvalg. 21
12 [Åben] Udpegning af medlemmer til opgaveudvalgene Ny sundhedspolitik og Rekruttering, tiltrækning og fastholdelse 24
13 [Åben] Udpegning af medlemmer til opgaveudvalget Vangede bydelscenter 25
14 [Åben] Udpegning af medlemmer til opgaveudvalget Jægersborg-Ibstrup Torv lokalcenter 26
15 [Åben] Udarbejdelse af udkast til kommissorium for opgaveudvalget Bæredygtigt forbrug 28
16 [Åben] Underskrift 29

1 [**Åben**] **Meddelelser**

Sags ID: EMN-2021-08220

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

2 [**Åben**] **Lokalplan 142.2 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen. Offentlig høring**

Sags ID: EMN-2024-00360

Resumé

Der er udarbejdet forslag til Lokalplan 142.2 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen.

Der skal tages stilling til, om forslaget skal sendes i offentlig høring.

Baggrund

Byplanudvalget vedtog den 14. marts 2023, pkt. 6, enstemmigt at nedlægge forbud efter planlovens § 14 mod opførelsen af et enfamilieshus på Strandvejen 282 med henblik på at udarbejde en ny lokalplan, der regulerer byggemulighederne på ejendommene mellem Strandvejen og Kystvejen nord for Skovshoved, svarende til den gældende regulering på den tilsvarende strækning syd for Skovshoved.

På den baggrund har Plan og Byg udarbejdet forslag til *Lokalplan 142.2 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen* og forslag til *Lokalplan 143.1*, der behandles i et særskilt punkt. Lokalplan 142.2 omfatter den sydlige del af strækningen, mellem Nordre Havnevej og Hvidørevej og dermed ejendommen på Strandvejen 282.

Lokalplantillæggene fastsætter, at bebyggelse, der opføres mellem den eksisterende bebyggelse og den gældende vejbyggelinje langs Kystvejen, kun må opføres i 1 etage med en maksimal bygningshøjde på 4 meter.

Se forslag til *Lokalplan 142.2 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen* på nedenstående link:
https://gentofte.viewer.dkplan.niras.dk/DKplan/DKplan.aspx?LokalplanId=644

Indstilling

Plan og Byg indstiller

Til Byplanudvalget, Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen:

At forslag til *Lokalplan 142.2 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen* vedtages med henblik på udsendelse i offentlig høring i minimum 8 uger

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Byplanudvalget

Dato: 05-02-2024

Anbefales til Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen, idet den historiske redegørelse i afsnittet om eksisterende forhold i lokalplanforslaget præciseres til Økonomiudvalgets møde.

Udvalg: Økonomiudvalget

Dato: 19-02-2024

Økonomiudvalget den 19. februar 2024.

Anbefales til Kommunalbestyrelsen.

Bilag

1. Forslag til Lokalplan 142.2 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen (5361425 - EMN-2024-00360)
2. Forslag til Lokalplan 142.2. Tilføjelse til Eksisterende forhold (5388096 - EMN-2024-00360)

3 [**Åben**] **Lokalplan 143.1 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen. Offentlig høring**

Sags ID: EMN-2024-00362

Resumé

Der er udarbejdet forslag til *Lokalplan 143.1 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen*.

Der skal tages stilling til, om forslaget skal sendes i offentlig høring.

Baggrund

Byplanudvalget vedtog den 14.marts 2023, pkt. 6, enstemmigt at nedlægge forbud efter planlovens § 14 mod opførelsen af et enfamilieshus på Strandvejen 282, med henblik på at udarbejde en ny lokalplan, der regulerer byggemulighederne på ejendommene mellem Strandvejen og Kystvejen nord for Skovshoved, svarende til den gældende regulering på den tilsvarende strækning syd for Skovshoved.

På den baggrund har Plan og Byg udarbejdet forslag til *Lokalplan 143.1 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen* og forslag til *Lokalplan 142.2*, der behandles i et særskilt punkt. *Lokalplan 143.1* omfatter den nordlige del af strækningen, nord for Hvidørevej.

Lokalplantillæggene fastsætter, at bebyggelse, der opføres mellem den eksisterende bebyggelse og den gældende vejbyggelinje langs Kystvejen, kun må opføres i 1 etage med en maksimal bygningshøjde på 4 meter.

Se forslag til *Lokalplan 142.2 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen* på nedenstående link:
https://gentofte.viewer.dkplan.niras.dk/DKplan/DKplan.aspx?LokalplanId=645

Indstilling
Plan og Byg indstiller

Til Byplanudvalget, Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen:

At forslag til *Lokalplan 143.1 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen* vedtages med henblik på udsendelse i offentlig høring i minimum 8 uger.

Tidligere beslutninger:
Udvalg: Byplanudvalget

Dato: 05-02-2024

Anbefales til Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen, idet den historiske redegørelse i afsnittet om eksisterende forhold i lokalplanforslaget præciseres til Økonomiudvalgets møde.

Udvalg: Økonomiudvalget

Dato: 19-02-2024

Økonomiudvalget den 19. februar 2024.

Anbefales til Kommunalbestyrelsen.

Bilag
1. Forslag til Lokalplan 143.1 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen (5361430 - EMN-2024-00362)
2. Forslag til Lokalplan 143.1 Tilføjelse til Eksisterende forhold (5388098 - EMN-2024-00362)

4 [**Åben**] **Anlægsbevillinger til yderligere projekter i 2024**

Sags ID: EMN-2024-01242

Resumé
Der søges anlægsbevillinger til forslag til konkrete anlægsinvesteringer i 2024, som er muliggjort af tidsforskydninger i svømmehalsprojektet. Det indebærer, at der kan prioriteres 65 mio. kr. til nye og hensigtsmæssige anlæg til gennemførsel i 2024 uden at overskride anlægsrammen for 2024.

Baggrund
Der er i budget 2024 afsat 83,3 mio. kr. til nyt svømmeanlæg. Som følge af tidsforskydninger i projektet og derved et lavere forventet forbrug i 2024 er der mulighed for at prioritere yderligere 65 mio. kr. i 2024 til nye anlægsprojekter, som det vurderes hensigtsmæssige at gennemføre i 2024.

Forvaltningen har på den baggrund peget på en række projekter, som det ud fra en faglig vurdering vil være fornuftigt at iværksætte. Projekterne falder i seks punkter:

- En række hensigtsmæssige vedligeholdelse- og renoveringsopgaver som ikke kunne medtages i budget 2024 pga. anlægsrammen eller projekter, som det nu vurderes, er nødvendige for bl.a. at undgå fremtidige endnu større udgifter til udbedring mv.
  Projekter dækker over en bred vifte af opgaver såsom renovering af tage og facader og fornyelse af tekniske anlæg på en bred vifte af kommunale ejendomme. Projekterne fremgår af skema 1 – Vedligeholdelses- og renoveringsprojekter. Der søges om i alt 41,95 mio. kr. i anlægsbevilling.
- I 2024 er der afsat et lavere beløb til belægninger på veje, fortove og cykelstier end i 2023, 2025 og 2026 af hensyn til anlægsrammen. Det er vurderingen, at det er realistisk at realisere for yderligere 10,4 mio. kr. i 2024 til bl.a. belægning og vejafvanding på Lyngby Omfartsvej og Nybrovej.
  Der søges en supplerende anlægsbevilling på 10,4 mio. kr. til belægningsplan 2024
- Det foreslås endvidere, at der investeres 1,5 mio. kr. i etablering af el-ladestandere i 2024, som kan muliggøre overgangen til kommunale elbiler.
- Forvaltningen foreslår yderligere 3 tiltag for 11,1 mio. kr., der - hvis de iværksættes - kan medvirke til, at de løbende driftsudgifter kan reduceres på sigt. Der søges anlægsbevilling til:
  - 4,4 mio. kr. til nye trægulve til erstatning af PU gulve (kunststofsgulv)
  - 5,0 mio. kr. til sorteringsanlæg på Hovedbiblioteket til fase 1
  - 1,75 mio. kr. til gennemførsel af konkrete indsatser i 2024 i forhold til kunstig intelligens (AI)

Økonomiske konsekvenser

Der søges samlet anlægsbevillinger på 65 mio. kr. Udgifterne foreslås finansieret af kassebeholdningen, hvor der samtidig forventes mindreudgifter til svømmehalsprojektet i 2024 på samme niveau. Udgifterne forventes således at ligge indenfor anlægsrammen for 2024. Økonomien til nyt svømmeanlæg vil blive vurderet til budgetforslag 2025-2028.

Projekterne forventes ikke at medføre øgede udgifter til afledt drift. De forventede mindreudgifter til drift vil blive vurderet i forbindelse med udarbejdelse af forslag til budget 2025-2028.

Indstilling

Økonomi og Personale indstiller

Til Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen:

1. At der anlægsbevilges 41,95 mio. kr. til yderligere renoverings- og vedligeholdelsesprojekter
2. At der gives en supplerende anlægsbevilling på 10,4 mio. kr. til belægningsplan 2024
3. At der anlægsbevilges 1,5 mio. kr. til etablering af el-ladestandere
4. At der anlægsbevilges 4,4 mio. kr. til nye trægulve til erstatning af PU gulve
5. At der anlægsbevilges 5,0 mio. kr. til sorteringsanlæg på Hovedbiblioteket fase 1
6. At der anlægsbevilges 1,75 mio. kr. til gennemførsel af indsatser i forhold til kunstig intelligens (AI)
7. At de samlede udgifter på 65,0 finansieres af likvide aktiver

Tidligere beslutninger:
Udvalg: Økonomiudvalget

Dato: 19-02-2024

Økonomiudvalget den 19. februar 2024.

Der blev omdelt en oversigt med bilag over forslag til anlægsbevillinger til projekter i 2024, indkommet efter udsendelse af dagsordenen. Disse vil fremgå af dagsordenen til Kommunalbestyrelsen d. 26. februar 2024.
Pkt. 1-7: Anbefales til Kommunalbestyrelsen.

Bilag
1. Skema 1 - Vedligeholdelses og renoveringsopgaver (5384539 - EMN-2024-01242)
2. Skema 1 - Belægningsplan 2024 (5383875 - EMN-2024-01242)
3. Skema 1 - Ladestandere til kommunens egne biler (5384508 - EMN-2024-01242)
4. Skema 1 - Udskiftning af 4 PU-gulve i idrætshaller (5384524 - EMN-2024-01242)
5. Skema 1 - Sorteringsanlæg til hovedbiblioteket (5384595 - EMN-2024-01242)
6. Skema 1 - AI-indsatser (5384755 - EMN-2024-01242)
7. Oversigt med bilag over forslag indkommet efter udsendelse af ØK-dagsorden og forud for mødet (5393177 - EMN-2024-01242)

5 [**Åben**] **Anlægsbevilling til projektering til Palladium**

Sags ID: EMN-2024-00649

Resumé
Der søges genbevilget 3,9 mio. kr. af det afsatte rådighedsbeløb i 2023 til Palladiumkomplekset i Hellerup Havn til 2024.
Der søges anlægsbevilling på 3,9 mio. kr. til projektering af ombygning af Palladiumkomplekset i Hellerup Havn, finansieret af det genbevilgede rådighedsbeløb til Palladium i 2024.

Baggrund
Kommunalbestyrelsen besluttede enstemmigt den 26. august 2013 pkt. 9, at bevilge 2,0 mio. kr. til projektering af ombygning af Palladiumkomplekset i Hellerup Havn. Af beslutningen fremgik:

”Udbygningen foreslås realiseret ved at der etableres yderligere en etage på Sydfløjen samt ved opførelse af selvstændig bygning i tre plan mellem Hal 1 og Hal 3”.

Projektet, der er udarbejdet sammen med klubberne, som anvender Palladium, har været undervejs i en årrække. Der har været en omfattende dialog med foreningerne om at udvikle det mest hensigtsmæssige projekt inden for de økonomiske rammer. Der har tillige være en omfattende dialog med naboer herunder i forbindelse udarbejdelse af lokalplan for Hellerup Havn. Det har desuden været nødvendigt at gennemført fire undersøgelser af de statiske forhold pga.

bygningskompleksets mange sætningsskader og vanskelige undergrund. Senest blev projektet sat på hold pga. den voldsomme prisudvikling i forbindelse med Covid-19 og krigen i Ukraine.

Projektets formål er at forbedre faciliteterne til fægtere og søsportsudøvere på Hellerup havn. Projektet omfatter i dag:

- nedrivning af ca. 500 m2 (hal 2 og 3), nybygning af ny hal 3 i to plan, sammenbygning af ny hal 3 med eksisterende hal 1 og sydbygningen på ca. 1000 m2, ombygning af ca. 400 m2 samt stabilisering af fundamenter under den del af Palladiumkomplekset, som bevares
- erstatte eksisterende faciliteter med nybyggeri og dermed forbedre forholdene for fægterne i form af flere fægtepister og opholdszone
- skabe adgang for borgere med handicap
- sikre styrketræningsfaciliter for klubberne på havnen.

I forbindelse med projektet skal der som supplement til allerede udførte undersøgelser og skitseprojekt gennemføres nødvendige tekniske forundersøgelser af jordbundsforhold, miljøforhold og grundvandsforhold samt udarbejdes et byggeprogram og et dispositionsforlag, der definerer brugerkrav, tekniske krav og myndighedsforhold iht. den vedtagne lokalplan. Desuden skal bygherrerådgiveren i samarbejde med kommunen videreføre dialogen med brugere. Byggeprogram/dispositionsforslag skal kunne danne udgangspunkt for et efterfølgende udbud i totalentreprise.

Der er tidligere udført forundersøgelser af statikken på bygningerne for risikoafdækning af de konstruktive forhold. For at sikre at de bydende entreprenører har tilstrækkelige oplysninger til at byde ind med en retvisende pris, skal der som en del af udbuddet udarbejdes et projekt vedr. de statiske forhold som et supplement til dispositionsforslaget. Ligeledes er der behov for at få afdækket brandforhold og risici i det tætbebyggede område, og udarbejdelse af brandstrategi indgår derfor også i udbuddet.

Der søges nu midler til nedenstående opgaver:

- Nødvendige tekniske forundersøgelser og miljøafdækning vedr. håndtering af farlige stoffer, asbest, bly- og pcb-sanering
- Bruger- og borgerdialog
- Udarbejdelse af byggeprogram inkl. krav til statik og brand
- Udarbejdelse af dispositionsforslag inkl. statisk projekt og branddisponering
- Udarbejdelse af udbudsmateriale til udbud i totalentreprise
- IKT-ledelse (koordinering af digital projektering)
- Bæredygtighedsledelse

Projektet forventes gennemført iht. nedenstående tidsplan:

Program, dispositionsforslag og udbud i totalentreprise	Marts 2024-juni 2025
Forelæggelse af anlægsbevilling til gennemførelse af byggeriet i totalentreprise	September 2025
Byggestart	Januar 2027
Aflevering og ibrugtagning	Juni 2028

Økonomiske konsekvenser

Anlægsudgifter til ovenstående udgør:

Forundersøgelser, udarbejdelse af byggeprogram og dispositionsforslag samt gennemførelse af udbud i totalentreprise	1,4 mio. kr.
Bruger- og borgerdialog	0,3 mio. kr.
Brandrådgivning	0,9 mio. kr.
Udarbejdelse af statisk projekt	0,6 mio. kr.
GE administrationsudgifter til byggestyring (2 år/50% tid)	0,7 mio. kr.
I alt inkl. uforudseelige udgifter	3,9 mio. kr.

Der er tidligere anlægsbevilget 2,0 mio. kr., så der efter denne bevilling samlet er anlægsbevilget 5,9 mio. kr. ud af det samlede afsatte rådighedsbeløb på 27,1 mio. kr. i investeringsoversigten. Det er på nuværende tidspunkt vanskeligt at vurdere, hvad projektet samlet set kommer til at koste, hvilket skyldes opgavens vanskelige karakter. De samlede omkostninger vil formentlig andrage 45-50 mio. kr.

Der er pt. afholdt 2,6 mio. kr. på Klubrumspuljen, 0,968 mio. kr. på SPV og 1,850 mio.kr. af denne bevilling. Der er udover denne bevilling afsat 4,032 mio. kr. på Større Planlagt Vedligehold. Der er derfor samlet afsat 30,957 mio.kr, hvoraf i alt 5,418 mio. kr. er anvendt.

Der er ikke afledt drift i forbindelse med denne bevilling.

Indstilling
Børn og Skole, Kultur, Unge og Fritid og Klima, Miljø og Teknik indstiller

Til Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen:

1. Der søges om genbevilling af 3,9 mio. kr. af det afsatte rådighedsbeløb i 2023 til Hellerup Havn, Palladium til 2024
2. Der søges anlægsbevilling på 3,9 mio. kr. til projektering af ombygning af Palladiumkomplekset i Hellerup Havn, finansieret af det genbevilgede rådighedsbeløb til Hellerup Havn, Palladium i 2024 jf. pkt. 1.

Tidligere beslutninger:
Udvalg: Økonomiudvalget

Dato: 19-02-2024

Økonomiudvalget den 19. februar 2024.

Pkt. 1-2: Anbefales til Kommunalbestyrelsen.
Marie Brixtofte (V) og Ane Palsberg (B) tog forbehold.

Bilag
1. Skema 1 - Projektering til Palladium (5349384 - EMN-2024-00649)

6 [**Åben**] **Supplerende anlægsbevilling til haveanlæg til TalR-udsmykning på Kulturskolernes forplads**

Sags ID: EMN-2024-00416

Resumé
Etableringen af det nye haveanlæg til TalR-udsmykning på Kulturskolernes forplads har vist sig dyrere end først antaget. Ny Carlsbergfondet har derfor tilbudt at donere yderligere 450.000 kr. til projektet.

Der ansøges om en supplerende anlægsbevilling på 371.000 kr. svarende til donation med fradrag af fondsmoms til etablering af haveanlægget finansieret af donationen. Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen skal tage stilling til, om den supplerende gave kan accepteres.

Baggrund
Kommunalbestyrelsen vedtog enstemmigt den 31. januar 2022, punkt 18, at acceptere Ny Carlsbergfondets donation til skulptur og haveanlæg på Kulturskolernes forplads på Duntzfelts Allé. Kommunalbestyrelsen indtægtsbevilgede 1,5 mio. kr. til donation til etablering af haveanlægget og anlægsbevilgede samtidig 1,238 mio. kr. til udførelse af projektet. De resterende 0,262 mio. kr. af indtægtsbevillingen finansierer de 17,5 procent i fondsmoms, som kommunen skal betale, når der modtages fondstilskud.

Efter at have modtaget den oprindelige bevilling af Kommunalbestyrelsen den 31. januar 2022 er der afholdt udbud på entreprisen. Der er modtaget tre tilbud, der alle ligger tæt på hinanden og derfor vurderes at være udtryk for aktuelle markedspriser.

Kunstneren TalR har med hjælp fra administrationen fundet den klinke (belægningssten), der skal danne ”bagtæppe” for skulpturhaven i form af belægningen, de murede sokler til de 11 bænke samt piedestalerne til de fem skulpturer. Den valgte klinkemodel og størrelse på klinken er betydelig dyrere end først budgetteret. Blandt andet krigen i Ukraine og de stigende gaspriser har medvirket til, at prisen på klinkerne er øget.

Siden 31. januar 2022 er priserne på bygge- og anlægsarbejder steget markant. En indeksering af budgettet ligger i henhold til Danmarks Statistiks Indeks for byggeri og anlæg på 106,1 procent i 2020 2. kvartal. I dag ligger den på 126,7 procent 2023 2. kvartal. Det svarer til en stigning på cirka 20 procent siden bevillingen i 2020.

Økonomiske konsekvenser
Resultatet af udbuddet viser, at der er brug for en supplerende bevilling for at udføre det ønskede projekt i sin helhed. Ny Carlsbergfondet har tilbudt yderligere donation på 450.000 kr., hvoraf der skal betales 17,5 procent i fondsmoms, svarende til 78.750 kr.

Der søges derfor om supplerende anlægsbevilling på 371.000 kr. til fortsat udførelse af projektet samt supplerende indtægtsbevilling på 450.000 kr. i tilskud fra Ny Carlsbergfondet.

Det giver en samlet udgiftsbevilling på 1.609.000 kr. og 1.950.000 kr. i indtægtsbevilling.

Der er ikke afledte driftsudgifter i forbindelse med denne bevilling.

Indstilling
Børn og Skole, Kultur, Unge og Fritid indstiller

Til Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen:

1. At Ny Carlsbergfondets supplerende donation accepteres.
2. At der indtægtsbevilges 450.000 kr. jf. skema 1 til donation til etablering af haveanlægget.
3. At der anlægsbevilges 371.000 kr. jf. skema 1 til etablering til haveanlægget med finansiering over den i indstillingens punkt 2 nævnte indtægtsbevilling.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Økonomiudvalget

Dato: 19-02-2024

Økonomiudvalget den 19. februar 2024.

Pkt. 1-3: Anbefales til Kommunalbestyrelsen.

Bilag

1. Skema 1 - Haveanlæg Kulturskolerne (5339696 - EMN-2024-00416)

7 [**Åben**] **Anlægsregnskab - Bank-Mikkelsens vej ombygninger**

Sags ID: EMN-2022-08961

Resumé

Der forelægges anlægsregnskab for ombygninger og moderniseringer af en række tilbud på Bank-Mikkelsens vej som led i helhedsplanen for området, der blev vedtaget i 2012.

Baggrund

Kommunalbestyrelsen anlægsbevilgede den 24. februar 2014, pkt. 5, 926.000 kr. med 14 (C+A) stemmer for og 2 (Ø+I) stemmer imod, mens 3 (V+B) undlod at stemme.

Kommunalbestyrelsen anlægsbevilgede den 23. marts 2015, pkt. 2, 768.000 kr. med 16 stemmer (C, V, A og B) for og 2 stemmer (Ø og I) imod.

Kommunalbestyrelsen anlægsbevilgede den 28.september 2015, pkt. 2, 1.202.000 kr. med 18 stemmer (C, V, A, B og Ø) for og 1 stemme (I) imod.

Kommunalbestyrelsen anlægsbevilgede den 27. november 2017, pkt. 2, 5.400.000 kr. med 17 stemmer (C, A, V, B og Ann-Kathrine Karoff (Uden for Parti)) for, og 1 (D) imod, mens 1 (Ø) undlod at stemme.

Samlet set er der jf. ovenstående anlægsbevilget 8.296.000 kr.

Projektet omfatter modernisering/ombygning af Bank-Mikkelsens Vej 1, 5, 11, 15, 17 og 2A, 2B, 4 & 6 til Center for Specialterapi, Sensorium (Snoezelhuset), Børneterapien, JAC (Udeliv & Samvær, Sansning og Samvær, Nærvær & Samvær, Struktur & Samvær) samt Blindenetværkets værksteder. I alt indvendige ombygninger af ca. 3.600 m2.

Projektet er startet i 2014 og afsluttet i 2023, da det er blevet koordineret med etapeplanen og nybygningen af de 120 nye botilbud og administrationshuset i området. Derudover indtraf en forsinkelse i forbindelse med coronapandemien, idet bl.a. Bank-Mikkelsens vej 1 blev holdt i bero i en periode som stand-by "Isolations-Enhed" samt vaccinecenter.

Projektet har været etapedelt og har indeholdt 10 forskellige udbud samt mindre ad hoc håndværkeropgaver og bygherreleverancer. Se bilaget 'Udbud-BMV ombygninger'.

Da anlægsregnskabet er over 2 mio. kr. og flerårigt, er det særskilt revideret. Revisionen konkluderer, at anlægsregnskabet er aflagt i overensstemmelse med Gentofte Kommunes administrative retningslinjer for anlægsbevillinger og anlægsregnskaber.

Der er udarbejdet logbog over sagsforløbet samt skema 1 og bilag med udbud, der vedlægges dagsordenen sammen med revisionserklæring.

Økonomiske konsekvenser

Den samlede anlægsbevilling er på 8.296.000 kr., og der er brugt 8.451.250 kr., dvs. et merforbrug på 155.250 kr. svarende til 2 %. Merforbrug finansieres af likvide aktiver i forbindelse med Kommunalbestyrelsens godkendelse af genbevillinger.

Merforbruget kan primært tilskrives prisstigninger i byggebranchen gennem de ni år, som projekterne har været i gang.

Indstilling

Social og Sundhed og Klima, Miljø og Teknik indstiller

Til Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen:

1. At anlægsregnskabet godkendes.

2. At orienteringen om sagsforløbet tages til efterretning.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Økonomiudvalget

Dato: 19-02-2024

Økonomiudvalget den 19. februar 2024.

Pkt. 1-2: Anbefales til Kommunalbestyrelsen.

Bilag

1. Logbog - BMV ombygninger (5341850 - EMN-2022-08961)
2. Skema 1 - BMV ombygninger (5387467 - EMN-2022-08961)
3. Udbud - BMV ombygninger (5342168 - EMN-2022-08961)
4. Revisionserklæring på anlægsregnskab (Moderniseringsplan)-underskrevet (5387680 - EMN-2022-08961)

8 [**Åben**] **Tilbagemelding på uanmeldt kommunalt tilsyn på pleje- og sundhedsområdet 2023**

Sags ID: EMN-2023-06476

Resumé
Den eksterne leverandør, BDO, har i efteråret 2023, ført uanmeldt kommunalt tilsyn med de kommunale opgaver efter servicelovens §83, §83a og §86 i Gentofte Kommune.

I sagen orienteres Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget om resultaterne af de uanmeldte kommunale tilsyn samt handleplaner for 2024.

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

I Gentofte Kommune har de uanmeldte kommunale tilsyn fokus på at afdække og kontrollere, om de faglige opgaver udføres efter lovgivningen og de kommunale kvalitetstandarder, hvilket understøtter det politiske mål for Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget om at øge fagligheden i ældreplejen og i de sociale tilbud.

I 2023 har den eksterne leverandør, BDO, udført uanmeldt kommunalt tilsyn i hjemmeplejen, herunder den kommunale og de private leverandører, på de midlertidige døgnpladser på Drossellunden og Center for Rehabilitering og Forebyggelse, i plejeboligerne, samt den ambulante genoptræning.

Der er lovkrav om, at der skal føres tilsyn på dokumentation, personlig pleje og praktisk hjælp, mad og måltider, sundhedsfremme og forebyggelse samt rehabilitering. De uanmeldte kommunale tilsyn er i 2023 foretaget med et særligt fokus på medicin samt kommunikation og adfærd.

Resultater fra de uanmeldte kommunale tilsyn i 2023
De uanmeldte kommunale tilsyn er alle foretaget i perioden september – december 2023. Alle rapporterne, samt en kort samlet opsummering, er vedlagt som bilag

Generelt om resultaterne
På tværs af alle områder, oplever både borgere og de tilsynsførende, at medarbejderne i Gentofte Kommune udviser en respektfuld og anerkendende adfærd og kommunikation med borgerne. Borgerne oplever at få den hjælp til personlig pleje og støtte, de har behov for, og de er generelt tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Hovedparten af beboerne i plejeboligerne er særdeles tilfredse med madens kvalitet, mulighed for medindflydelse og rammerne for måltidet. Borgerne tilkendegiver stor tilfredshed med både tilbuddet af aktiviteter og med de planlagte træningsforløb.

Hjemmeplejen

BDO har ført tilsyn hos Gentofte Kommunes hjemmepleje og de to private leverandører af hjemmepleje. For 2023 er den gennemsnitlige score for indikatorerne fordelt på følgende måde på tværs af de 3 leverandører af hjemmepleje:

- Lav grad opfyldt: Medicin.
- Høj grad opfyldt: Dokumentation, Personlig pleje, Praktisk hjælp, Sundhedsfremme og forebyggelse, Kommunikation og adfærd, Rehabilitering.

Midlertidige pladser
BDO har ført tilsyn på de midlertidige pladser på henholdsvis Center for Rehabilitering og Forebyggelse og Drossellunden.
På Center for Rehabilitering og Forebyggelse er score for indikatorerne fordelt på følgende måde:

- Lav grad opfyldt: Dokumentation.
- Middel grad opfyldt: Organisatoriske rammer og kompetenceudvikling.
- Høj grad opfyldt: Tværfagligt samarbejde.
- Meget høj grad opfyldt: Træningsindsats, Fysiske rammer og træningsfaciliteter.

Center for Rehabilitering og Forebyggelse har i 2023 haft tilsyn svarende til Ambulant genoptræning, derfor har der i 2023 ikke været tilsyn på medicin.

På Drossellunden er score for indikatorerne fordelt på følgende måde:

- Middel grad opfyldt: Dokumentation, Træning og rehabilitering.
- Høj grad opfyldt: Mad og måltider, Medicin.
- Meget høj grad opfyldt: Personlig pleje, Praktisk hjælp Kommunikation og adfærd.

Plejeboligerne
BDO har ført tilsyn hos alle plejeboliger i Gentofte Kommune. For 2023 er den gennemsnitlige score for indikatorerne fordelt på følgende måde på tværs af alle plejeboliger:

- Middel grad opfyldt: Medicin.
- Høj grad opfyldt: Dokumentation, Personlig pleje, Mad og måltider, Kommunikation og adfærd.
- Meget høj grad opfyldt: Praktisk hjælp, Aktiviteter og træning.

Ambulant genoptræning
For ambulant genoptræning på Center for Rehabilitering og Forebyggelse er score for indikatorerne fordelt på følgende måde:

- Meget høj grad opfyldt: Dokumentation, Træningsindsats, Fysiske rammer og træningsfaciliteter, Organisatoriske rammer og kompetenceudvikling samt Tværfagligt samarbejde.

Opfølgning efter de uanmeldte kommunale tilsyn 2023
For hver tilsynsrapport er der lokalt udarbejdet handleplaner for, hvordan der arbejdes med at styrke de områder, hvor indikatorerne er opfyldt i lav grad. På baggrund af anbefalingerne i tilsynsrapporterne er der derudover igangsat følgende aktiviteter på tværs af Pleje og Sundhed:

- Medicin: Udfordringer indenfor medicinområdet er identificeret, deriblandt kvittering af medicin, dispensering af medicin, opbevaring af medicin samt dokumentation. I Gentofte Kommune tilbydes der undervisning i medicinhåndtering i Nexus til nyansatte social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Desuden tilbydes der undervisning i medicinhåndtering i praksis for alle medarbejdere, der har til opgave at håndtere medicin. I 2024 vil medicinundervisningen have et særligt fokus på at de udfordringer, som bliver belyst i tilsynene.
- Dokumentation: I 2023 blev der iværksat en indsats, hvor der igennem en struktureret proces igangsættes initiativer, som alle har til formål at sikre mere systematisk og ensartet dokumentation på tværs af Pleje og Sundhed. Ved årsskiftet er der udviklet nye løsninger

indenfor dokumentation af lægekonsultation, dokumentation af administration af medicin samt dokumentation af afslutning af borgere. Implementeringen af disse løsninger følges ved hjælp af audits i omsorgssystemet. Arbejdsgruppen arbejder aktuelt med udvikling af fælles løsninger for: oprettelse og opdatering af tilstande, dokumentation i borgerens døgnrytmeplan samt kommunikation via opgaver i Nexus. Arbejdet med ensartet og systematisk dokumentation vil fortsætte i 2024 og de efterfølgende år.

Fokusområder for de uanmeldte kommunale tilsyn i 2024
Der er som nævnt lovkrav om, at der skal føres tilsyn på dokumentation, personlig pleje og praktisk hjælp, mad og måltider, sundhedsfremme og forebyggelse samt rehabilitering. Dertil kan Pleje og Sundhed, i dialog med fagudvalget, årligt udvælge 1-2 fokusområder der føres tilsyn på, udover de lovbestemte områder. Pleje og Sundhed foreslår, at de uanmeldte kommunale tilsyn i 2024 fortsat har fokus på medicin samt kommunikation og adfærd.

Sagen sendes efterfølgende til orientering i Seniorrådet.

Økonomiske konsekvenser
Udgiften til de uanmeldte kommunale tilsyn ved ekstern leverandør udgjorde i 2023 541.250 kr. Udgiften finansieres indenfor egen ramme.

Indstilling
Social og Sundhed indstiller

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

1. At orienteringen om resultaterne af de uanmeldte kommunale tilsyn i 2023 tages til efterretning.
2. At det godkendes, at uanmeldt kommunalt tilsyn i 2024 fortsat har særligt fokus på medicin samt kommunikation og adfærd.

Tidligere beslutninger:
Udvalg: Ældre-,Social og Sundhedsudvalget

Dato: 18-01-2024

Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget den 18. januar 2023

Pkt. 1-2 anbefales til Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen.

Udvalg: Økonomiudvalget

Dato: 19-02-2024

Økonomiudvalget den 19. februar 2024.

Pkt. 1-2: Anbefales til Kommunalbestyrelsen.

Bilag

1. Tilsynsrapport Kommunal hjemmepleje 2023-Gentofte-Endelig rapport (5308896 - EMN-2023-06476)
2. Tilsynsrapport PUK Hjemmehjælp 2023-Gentofte-Endelig rapport (5278241 - EMN-2023-06476)
3. Tilsynsrapport Cura Pleje 2023-Gentofte-Endelig rapport (5254585 - EMN-2023-06476)
4. Tilsynsrapport Tranehaven Rehabilitering 2023-Gentofte-Endelig rapport (5291110 - EMN-2023-06476)
5. Tilsynsrapport MTO Drossellunden 2023-Gentofte-Endelig rapport (5283183 - EMN-2023-06476)
6. Tilsynsrapport 2023 CFG-Gentofte-Endelig rapport (5309190 - EMN-2023-06476)
7. Tilsynsrapport Holmegårdsparken 2023-Gentofte-Endelig rapport (5272726 - EMN-2023-06476)
8. Tilsynsrapport Egebjerg Plejeboliger 2023-Gentofte-Endelig rapport (5239211 - EMN-2023-06476)
9. Tilsynsrapport Plejeboligerne Kløckershave 2023-Gentofte-Endelig rapport (5272719 - EMN-2023-06476)
10. Tilsynsrapport Søndersøhave 2023-Gentofte-Endelig rapport (5312827 - EMN-2023-06476)
11. Tilsynsrapport Plejeboligerne Brogårdshøj 2023-Gentofte-Endelig rapport (5278919 - EMN-2023-06476)
12. Tilsynsrapport Plejehjemmet Salem 2023-Gentofte-Endelig rapport (5275958 - EMN-2023-06476)
13. Tilsynsrapport Plejecenter Adelaide 2023-Gentofte-Endelig rapport (5285958 - EMN-2023-06476)
14. Tilsynsrapport Plejecenter Jægersborghave 2023-Gentofte-Endelig rapport (5310344 - EMN-2023-06476)
15. Tilsynsrapport Plejeboliger Nymosehave 2023-Gentofte-Endelig rapport (5295995 - EMN-2023-06476)
16. Tilsynsrapport Plejecenter Lindely 2023-Gentofte-Endelig rapport (5321996 - EMN-2023-06476)
17. Tilsynsrapport Rygårdscentret 2023-Gentofte-Endelig rapport (5324962 - EMN-2023-06476)
18. Kort samlet opsummering af de kommunale uanmeldte tilsyn i Pleje og Sundhed 2023 (5329907 - EMN-2023-06476)

9 [**Åben**] **Godkendelse af serviceniveau for lægekørsel samt kørselsordninger på voksen-handicapområdet**

Sags ID: EMN-2023-07760

Resumé

En af de indsatser, som var resultatet af BDO's kørselsanalyse for Gentofte Kommune (2022), var, at serviceniveauet for de kørselsordninger, som kommunen anvender, skulle beskrives bedre. Disse serviceniveaubeskrivelser forelægges til godkendelse i de relevante fagudvalg, hvorefter de behandles i Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen. Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget skal i den sammenhæng tage stilling til to serviceniveaubeskrivelser vedrørende hhv. lægekørsel og kørselsordningerne på voksen-handicapområdet, som her forelægges til godkendelse.

Baggrund

På baggrund af Budgetaftale 2021-2022 gennemførte BDO i 2022 en analyse af visiteret kørsel med borgere i Gentofte Kommune. Udover at identificere mulige effektiviseringspotentialer viste analysen bl.a. også, at der var behov for en større ensretning af visitationen. Som en del af denne ensretning blev der peget på, at serviceniveauet i forhold til flere kørselsordninger ikke var tydeligt

nok formuleret og/eller nedskrevet. Arbejdet med at nedskrive de enkelte ordningers serviceniveau blev derfor igangsat.

I forbindelse med orientering om BDO's analyse af kørsel i Økonomiudvalget den 20. februar 2023 – dagsordenens punkt 9 – fremgik det af dagsordensteksten, at: *"Forslag til det fremadrettede serviceniveau for den enkelte kørselsydelse vil blive forelagt for de relevante fagudvalg, Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen."*

I september 2023 blev serviceniveauet for kørsel til dagcenter/-hjem og genoptræning behandlet i Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen (KB 25.9, pkt. 12) som en del af kvalitetsstandarden for pleje- og sundhedsområdet 2023. Udestående ordninger ift. Ældre- Social og Sundhedsudvalget vedrører således lægekørsel og kørselsordningerne på voksen-handicapområdet.

Serviceniveaubeskrivelse vedr. lægekørsel
Målgruppen for lægekørsel er ifølge sundhedsloven borgere, der er tilmeldt en fast praktiserende læge og som modtager folkepension eller førtidspension. Kommunerne skal tilbyde befordring til og fra læge eller befordringsgodtgørelse til denne målgruppe.

Den eksisterende lægekørselsordning i Gentofte Kommune kan kort beskrives således:
Borgere, der benytter sig af ordningen, modtager refusion for taxakørsel til og fra læge. Borgeren arrangerer selv taxitransporten. Betingelserne for refusion er, at borgeren:

- er i sygesikringsgruppe 1 (dvs. tilknyttet en fast praktiserende læge)
- modtager folkepension eller førtidspension
- kan fremvises dokumentation for kørsel (en lægestemplet taxi-kvittering)
- af helbredsmæssige årsager er forhindret i at benytte offentlige transport

Denne refusionsordning ift. taxikørsel, som borgeren selv står for, udgør det eksisterende serviceniveau for lægekørsel i kommunen. Der lægges i denne sag ikke op til ændringer heraf.

Til sammenligning kan det oplyses, at flere andre kommuner, herunder Gladsaxe og Lyngby-Taarbæk kommuner, benytter sig af lignende lægekørselsordninger, hvor der gives refusion for taxakørsel, som borgeren selv arrangerer.

Hele serviceniveaubeskrivelsen er vedlagt som bilag. Beskrivelsen har den 15.01.2024 været i høring i Handicaprådet og den 17.01.2024 været i høring i Seniorrådet. Ingen af rådene har haft bemærkninger med ønsker til ændringer af den forelagte kørselsordning, hvilket også blev videreformidlet mundtligt ifm. den politiske behandling i Ældre-, Social og Sundhedsudvalget den 18.01.2024. Seniorrådet har efterfølgende udarbejdet skriftlig høring, der er vedlagt som bilag til denne sag.

Serviceniveaubeskrivelse vedr. kørselsordninger på voksen-handicapområdet
Serviceniveauet på voksen-handicapområdet er beskrevet i tre kvalitetsstandarder, som vedrører hver sin kørselsordning:

1. Kørsel til dagtilbud, hvor målgruppen er voksne handicappede, der har behov for kørsel til beskyttede beskæftigelses- og samværstilbud, f.eks. på kommunens Job-, Aktivitets- og Kompetencecenteret (JAC).
2. Kørsel til STU, hvor målgruppen er unge indtil 25 år, der går på Særligt Tilrettelagt Ungdomsuddannelse.
3. Kørsel til specialundervisning, hvor målgruppen er voksne handicappede, der har behov for at blive kørt til f.eks. logopæd.

Hovedpunkter, som er fælles for de tre kvalitetsstandarder er:

- Indsatsen bliver tilrettelagt ud fra borgerens individuelle ressourcer og behov.
- Der anvises den billigste transportform, der er forsvarlig og anvendelig for den enkelte borger.
- Der anvises som udgangspunkt fælleskørsel. Der kan på baggrund af en konkret og individuel vurdering bevilges solokørsel.
- Borgeren skal som udgangspunkt være klar til transport 15 min. før det oplyste afhentningstidspunkt og 15 min. efter.
- Der er en vejledende køretid på maksimalt 60 min.

Hele serviceniveaubeskrivelsen i form af de tre kvalitetsstandarder er vedlagt som bilag. Beskrivelsen har den 18.12.2023 været i høring i Handicaprådet, som mener, at de tre kvalitetsstandarder samlet set ser godt ud, men at man gerne ser 'vejledende' fjernet fra formuleringerne vedrørende "en vejledende køretid på maksimalt 60 min.". Det er forvaltningens opfattelse, at 'vejledende' bør blive stående, da der kan være enkelte kørsler ud af kommunen, som overskrider de 60 min.

Økonomiske konsekvenser

Da der ikke er tale om ændringer af det serviceniveau, der allerede anvendes, har denne godkendelsessag ikke økonomiske konsekvenser.

Indstilling

Social og Sundhed indstiller

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

At serviceniveauet for lægekørsel og kørsel til særlige klubtilbud godkendes.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Ældre-,Social og Sundhedsudvalget

Dato: 18-01-2024

Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget den 18. januar 2023

Anbefales til Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen, idet det i Bilag 1 første afsnit tydeliggøres, at befordring efter Sundhedsloven fordrer, at man af helbredsmæssige årsager er forhindret i at benytte offentlig transport. Frederik Dehlholm (Ø) tog forbehold.

Udvalg: Økonomiudvalget

Dato: 19-02-2024

Økonomiudvalget den 19. februar 2024.

Anbefales til Kommunalbestyrelsen, idet det i Bilag 1 første afsnit tydeliggøres, at befordring efter Sundhedsloven fordrer, at man af helbredsmæssige årsager er forhindret i at benytte offentlig transport.

Bilag
1. Bilag 1 - Kørsel efter Sundhedslovens § 170 (5361574 - EMN-2023-07760)
2. Bilag 2 - Kvalitetsstandard 105 (5329901 - EMN-2021-06556)
3. Bilag 3 - Kvalitetsstandard for kørsel til specialundervisning (5338020 - EMN-2021-06556)
4. Bilag 4 - Kvalitetsstandard for kørsel til STU (5338022 - EMN-2021-06556)
5. Bilag 5 - Høringssvar fra Seniorrådet - Serviceniveaubeskrivelse for lægekørselsordningen (5352141 - EMN-2021-06556)

10 [**Åben**] **Behandling af klimaborgersamlingens anbefalinger**

Sags ID: EMN-2024-00673

Resumé
Kommunalbestyrelsen skal tage stilling til, hvilke handlinger administrationen skal arbejde videre med blandt de 36 handlinger, der var resultatet af Klimaborgersamlingens indsats. De handlinger som Kommunalbestyrelsen udvælger, vil indgå i den videre proces for udarbejdelse af budgetforslag 2025-2026. Desuden skal Kommunalbestyrelsen tage kommunikationsplanen for tilbagemeldingen til borgersamlingens medlemmer til efterretning.

Baggrund
Kommunalbestyrelsen vedtog på mødet 31. oktober 2022, pkt. 2 enstemmigt Klimaplan 2050 og Klimahandleplan 2022-2024, hvor en klimaborgersamling er beskrevet som et af flere tiltag om involvering af borgere i kommunens klimaindsats. Desuden indgår Klimaborgersamlingen i budgetaftalen for 2023-24 som et tiltag.

På mødet i Kommunalbestyrelsen den 30. maj 2023, pkt. 9, blev det enstemmigt besluttet, at Kommunalbestyrelsen:
giver borgersamlingen mandat til at udarbejde uvildige og uafhængige anbefalinger inden for rammen af borgersamlingens kerneopgave
forpligter sig til at støtte op om borgersamlingens arbejde og anbefalinger
forpligter sig til at komme med en tilbagemelding til borgersamlingen tre måneder efter lancering af anbefalingerne, samt igen når den endelige Klimahandleplan 2025-2026 lanceres, hvor også en evaluering af processen samt forvaltningens forslag til det videre arbejde med anbefalingerne fremlægges
ikke er forpligtet til at realisere anbefalingerne, men er forpligtet til at forholde sig til samt redegøre for hvordan anbefalingerne bliver fulgt – og eventuelt ikke fulgt.
På mødet nedsatte Kommunalbestyrelsen på denne baggrund en klimaborgersamling, hvor 36 borgere blev udvalgt ved en stratificeret lodtrækning. En stratificeret lodtrækning sikrer, at deltagerne i borgersamlingen er repræsentative i forhold til borgere i Gentofte Kommune ud fra en række på forhånd valgte kriterier. I dette tilfælde var kriterierne alder, køn, uddannelse og bopæl.

Borgerne mødtes over fem samlinger og et åbent borgermøde i efteråret 2023 og udarbejdede en række anbefalinger.

Anbefalingerne blev til på baggrund af ekspertindlæg, input fra andre borgere på det åbne møde og via hjemmesiden samt drøftelser borgersamlingens medlemmer imellem.

Den 18. december 2023 modtog kommunalbestyrelsen resultatet af klimaborger-samlingens indsats. Resultatet består af seks anbefalinger og 36 konkrete handlinger om, hvordan vi i Gentofte

Kommune er sammen om at omstille til en klimaneutral og bæredygtig adfærd i hverdagen. Den endelige rapport er vedlagt som bilag 1.

Fagpersoner i opgaveområderne har herefter vurderet forslagene og farvelagt dem i tre kategorier (vedlagt som bilag 2):

- Grøn: handlingen vurderes at kunne igangsættes og indgå i Klimahandleplan 2025-26;
- Gul: handlingen er allerede i gang og
- Rød: handlingen vurderes ikke mulig at realisere.

Den faglige vurdering er udelukkende foretaget på de handlinger, som borgersamlingen har foreslået. Borgersamlingen har også foreslået en række målepunkter knyttet til de konkrete handlinger. En vurdering af målepunkterne vil indgå i det videre arbejde med de handlinger, der eventuelt skal implementeres i den kommende klimahandleplan.

Administrationen anbefaler, at 14 ud af de 36 handlinger indgår i den videre proces for udarbejdelse af budgetforslag 2025-2026 (markeret med grøn i bilag 1).

Kommunalbestyrelsen har forpligtet sig til at komme med en tilbagemelding til borgersamlingens medlemmer om, hvordan forslagene er modtaget. Det skal ske senest tre måneder efter afleveringen af resultatet 18. december 2023.

Derfor har administrationen udarbejdet et udkast til en kommunikationsplan, primært rettet mod borgersamlingens medlemmer (vedlagt som bilag 3).

Desuden er der gennemført en evaluering af klimaborgersamlingen (se bilag 4). Evalueringen viser, at deltagerne har fået et fagligt såvel som personligt udbytte ved at deltage i klimaborgersamlingen. De retter dog en opmærksomhed på den lave repræsentation af unge mellem 18-25 år.

Videre proces
De økonomiske konsekvenser af de enkelte forslag vil blive belyst i processen med udarbejdelse af budgettet for 2025-2026.

Klimahandleplanen kommer til at bestå af de i budgetprocessen udvalgte handlinger samt en lang række andre klimatiltag herunder tiltag, der udvikles på baggrund af den kommende Klimastatus 2024, der forelægges Kommunalbestyrelsen i december 2024.

Klimahandleplanen forelægges også Kommunalbestyrelsen til godkendelse i december 2024.

Økonomiske konsekvenser
Af de 14 konkrete handlinger, der foreslås, at indgå i den videre proces for udarbejdelse af budgetprocessen 2025-2026, har de 12 økonomiske konsekvenser. For nogle af forslagene er der behov for en økonomisk vurdering.

Af bilag 1 fremgår den anslåede økonomi af de enkelte forslag.

Indstilling
Klima, Miljø og Teknik indstiller

Til Kommunalbestyrelsen:

1. At de foreslåede 14 ud af Klimaborgersamlingens 36 handlinger indgår i den videre proces for udarbejdelse af budgetforslag 2025-2026.

2. At Kommunalbestyrelsen tager kommunikationsplanen til efterretning.

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

1. Bilag 1 Endelig rapport - klimaborgersamling (5358721 - EMN-2024-00673)
2. Bilag 2 Faglig vurdering af Klimaborgersamlingens anbefalinger (5352593 - EMN-2024-00673)
3. Bilag 3 Kommunikationsplan om klimaborgersamlingens anbefalinger (5358701 - EMN-2024-00673)
4. Bilag 4 Evalueringsrapport - klimaborgersamling (5358722 - EMN-2024-00673)

11 [**Åben**] **Anbefalinger fra opgaveudvalget Fremtidens idrætsfaciliteter. Aflevering fra opgaveudvalg.**

Sags ID: EMN-2023-07559

Resumé

Kommunalbestyrelsen besluttede på sit møde den 24. april 2023, dagsordenens pkt. 27, at godkende kommissoriet for opgaveudvalget Fremtidens idrætsfaciliteter. Opgaveudvalget er nu klar til at aflevere resultatet af sit arbejde.

To af de borgere, der har været medlemmer af opgaveudvalget, samt formanden og næstformanden for opgaveudvalget vil på vegne af opgaveudvalget præsentere anbefalingerne på et fællesmøde den 29. januar 2024 med henblik på, at Kultur-, Unge- og Fritidsudvalget, Skoleudvalget, Klima-, Teknik- og Miljøudvalget, Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, Byplanudvalget og Økonomiudvalget indstiller disse til Kommunalbestyrelsen på dennes møde i februar måned.

Baggrund

Kommunalbestyrelsen besluttede enstemmigt på sit møde den 24. april 2023, dagsordenens pkt. 27 at godkende kommissoriet for opgaveudvalget Fremtidens idrætsfaciliteter. Kommissoriet er vedlagt som bilag.

På Kommunalbestyrelsens møde den 19. juni 2023, dagsordenens pkt. 19, udpegede Kommunalbestyrelsen medlemmerne til opgaveudvalget.

Opgaveudvalget har ifølge kommissoriet haft til opgave, at:

- drøfte og konkludere på dilemmaer forbundet med prioriteringer af idrætsfaciliteter
- anbefale principper, som Kommunalbestyrelsen kan anvende til prioritering af fremtidige idrætsfaciliteter, herunder overvejelser om idrætsgrene og placering

Opgaveudvalget har udarbejdet ”Fremtidens Idrætsfaciliteter”, som er vedlagt som bilag.

Opgaveudvalget har mødtes 5 gange.

Derudover har opgaveudvalget været på inspirationstur til Hafnia-hallen, Fremad Valby og det flydende foreningshus i Nordhavn.

Som invitation til en bredere diskussion om fremtidens idrætsfaciliteter afholdt opgaveudvalget et offentligt temamøde som en del af Gentofte Mødes, hvor alle, der havde meldt sig som interesseret i opgaveudvalget, blev særligt inviteret. Direktør Jon Gerner fra Lokale- og Anlægsfonden gav et oplæg med et historisk blik på fortidens byggerier frem til udfordringer på facilitetsområdet nu og i fremtiden.

Undervejs i processen er opgaveudvalgets arbejde blevet præsenteret for Folkeoplysningsudvalget, Integrationsrådet, Handicaprådet og Seniorrådet. Der er generel opbakning til anbefaling og model til prioritering.

Folkeoplysningsudvalget bidrog i begyndelsen af processen med et ønske om, at fokus på fysisk tilgængelighed, universelt design og kommunikation om dette, indgik i opgaveudvalgets arbejde. Folkeoplysningsudvalget fik efterfølgende et foreløbigt udkast af anbefalingen til gennemlæsning i oktober 2023, og der var generel opbakning til denne.

Handicaprådet blev præsenteret for et foreløbigt udkast til anbefalingen den 20. november 2023. Rådet fremhævede også væsentligheden i fysisk tilgængelighed, universelt design og kommunikation om dette og havde et ønske om at disse temaer blev fremhævet i anbefalingen. Et andet input er, at borgere med handicap i alle aldre bør tænkes ind i det sociale liv i idrætten. Derudover var der et ønske om, at borgere med handicap fremhæves under målgrupper, og at handicaptoiletter specifikt nævnes. Se vedlagte uddrag af referat af Handicaprådets møde. Opgaveudvalget har inddraget de generelle synspunkter i anbefalingen men har bevidst valgt ikke at være så detaljerede.

Integrationsrådet bidrog i begyndelsen af processen med, at kulturelle præferencer bør indgå i overvejelser om målgrupper. Formandskabet fik anbefalingen til gennemlæsning efter 6. december 2023 og havde ikke yderligere kommentarer.

Seniorrådet blev præsenteret for anbefalingen den 13. december 2023 og havde på den baggrund følgende refleksioner: Det bør være nemmere for selvorganiserede at få adgang til kommunale faciliteter, kommunikation skal være bredt funderet og tage hensyn til de kanaler, som ældre benytter sig af, og endelig kan digitale løsninger være en barriere for nogle målgrupper. Se vedlagte uddrag af referat af Seniorrådets møde

Overordnet er rådenes og Folkeoplysningsudvalgets kommentarer i overensstemmelse med kommunens strategier og politiker på området, bl.a. vedrørende tilgængelighed, og deres input vil blive tænkt ind i den politiske prioriteringsproces.

<u>Hovedansvarligt stående udvalg</u>
Dette er det første opgaveudvalg, der afleverer sine anbefalinger efter processen vedrørende justering af den politiske arbejdsform.

Det blev i forbindelse med justeringen af den politiske arbejdsform – med henblik på at sikre politisk ejerskab til implementeringen - aftalt, at det i sagsfremstillingen, når anbefalingerne afleveres, indstilles, hvilket af de stående udvalg, opgaveudvalget refererede til, der skal være hovedansvarlig i forhold til at følge op på realiseringen af anbefalingerne.

De øvrige stående udvalg, som opgaveudvalget refererede til, vil også få opfølgningerne

og vil have mulighed for at drøfte dem. På den måde sikres, at opfølgningen ikke falder mellem flere stole.

Det foreslås, at Kultur-, Unge- og Fritidsudvalget bliver hovedansvarlig på opfølgningen, idet opgaven efter styrelsesvedtægten naturligt ligger her.

Indstilling
Fritid indstiller

Til Kultur-, Unge- og Fritidsudvalget, Skoleudvalget, Klima-, Teknik- og Miljøudvalget, Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, Byplanudvalget, Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen:

1. At "Fremtidens Idrætsfaciliteter" vedtages.
2. At Kultur-, Unge- og Fritidsudvalget bliver hovedansvarlig for opfølgning på realisering af opgaveudvalgets anbefalinger.

Tidligere beslutninger:
Udvalg: Byplanudvalget

Dato: 29-01-2024

Anbefales til Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen.

Udvalg: Økonomiudvalget

Dato: 29-01-2024

Økonomiudvalget den 29. januar 2024.

Pkt. 1-2: Anbefales til Kommunalbestyrelsen.

Udvalg: Klima,- Miljø- og Teknikudvalget

Dato: 29-01-2024

Anbefales til Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen.

Udvalg: Kultur-, Unge- og Fritidsudvalget

Dato: 29-01-2024

Anbefales til Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen.

Udvalg: Skoleudvalget

Dato: 29-01-2024

Anbefales til Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen.

Udvalg: Ældre-,Social og Sundhedsudvalget

Dato: 29-01-2024

Ældre, Social- og Sundhedsudvalget den 29. januar 2024

Anbefales til Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen.

Bilag
1. Anbefaling Fremtidens idrætsfaciliteter 6. december 2023 (5349137 - EMN-2023-07559)
2. Kommissorium Fremtidens idrætsfaciliteter (5349109 - EMN-2023-07559)
3. Uddrag af referat fra Handicaprådsmøde den 20. november 2023 (5342364 - EMN-2023-07559)
4. Uddrag af referat fra Seniorrådsmøde den 13. december 2023 (5342376 - EMN-2023-07559)

12 [**Åben**] **Udpegning af medlemmer til opgaveudvalgene Ny sundhedspolitik og Rekruttering, tiltrækning og fastholdelse**

Sags ID: EMN-2024-00880

Resumé
Der skal udpeges et nyt medlem i henholdsvis opgaveudvalget Ny sundhedspolitik og opgaveudvalget Tiltrækning, rekruttering og fastholdelse, da et medlem i hvert af de to opgaveudvalg ønsker at udtræde.

Baggrund
Pernille Østergaard har meddelt, at hun ønsker at udtræde af opgaveudvalget Ny sundhedspolitik af personlige grunde. Henning Hornekær har ligeledes meddelt, at han ønsker at udtræde af opgaveudvalget Tiltrækning, rekruttering og fastholdelse af personlige grunde.

Når et medlem udtræder af et opgaveudvalg, finder styrelseslovens §28, stk. 1, anvendelse. Det betyder, at den valggruppe, der har udpeget den pågældende, skal udpege et nyt medlem.

Pernille Østergaard og Henning Hornekær er begge udpeget i enighed.

Pladsen i opgaveudvalget Ny sundhedspolitik efter Pernille Østergaard skal ifølge kommissoriet besættes med en borger fra ”Erhvervslivet med erfaring og interesse for forebyggelse og sundhedsfremme”.

Pladsen i opgaveudvalget Tiltrækning, rekruttering og fastholdelse efter Henning Hornekær skal ifølge kommissoriet besættes med en borger, der ”arbejder i en anden kommune end Gentofte eller i Region Hovedstaden/en region, hvor der opleves tiltrænings- og rekrutteringsudfordringer”.

Indstilling

Det indstilles

Til Kommunalbestyrelsen:

1. At der udpeges et nyt medlem til opgaveudvalget Ny sundhedspolitik.

2. At der udpeges et nyt medlem til opgaveudvalget Tiltrækning, rekruttering og fastholdelse.

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

13 [**Åben**] **Udpegning af medlemmer til opgaveudvalget Vangede bydelscenter**

Sags ID: EMN-2024-00900

Resumé

Kommunalbestyrelsen vedtog på sit møde den 18. december 2023, dagsordenens punkt 22, et kommissorium for opgaveudvalget Vangede bydelscenter.

Af kommissoriet fremgår det, at der skal udpeges 15 medlemmer, herunder 5 medlemmer af Kommunalbestyrelsen, til opgaveudvalgets arbejde.

Baggrund

Kommunalbestyrelsen vedtog enstemmigt på sit møde den 18. december 2023, dagsordenens punkt 22, et kommissorium for opgaveudvalget Vangede bydelscenter.

Det fremgår af kommissoriet, at opgaveudvalget Vangede bydelscenter skal påbegynde sit arbejde i 1. kvartal 2024, og at opgaveudvalget skal bestå af 5 medlemmer af Kommunalbestyrelsen og 10 medlemmer med følgende kompetencer:

- 10 borgere fra eller med tilknytning til lokalområdet fordelt således:
- 2 borgere under 30 år
- 2 borgere med erhvervsmæssig tilknytning til detailhandel eller lokale virksomheder
- 3 borgere med tilknytning til lokale bolig- og ejerforeninger, borgergrupper og/eller fritids-foreninger
- 1 borger, som er bruger af det lokale område
- 2 borgere med interesse for og gerne med erfaring indenfor universel design, byplanlægning, tilgængelighed og/eller kultur- eller kunstudvikling i sammenhæng med udvikling af byrum.

Kommunalbestyrelsen blev på sit møde den 18. december 2023, dagsordenens punkt 22, orienteret om metode til rekruttering til opgaveudvalget.

Gentofte Kommune har anvendt følgende metoder til rekruttering: Opslag på Gentofte.dk, Gentofte Platformen og plakater på det lokale bibliotek. Annonce i Villabyerne, på LinkedIn og Facebook samt netværksrekruttering og henvendelse til relevante netværk, herunder grundejerforening,

Vangede Bycentrum, Gentofte Sportspark, Byens Hus, Ungekultur, Ungemiljø Vangede samt biblioteket. Derudover er der sendt information med digital post til 680 modtagere i området.

29 borgere har tilkendegivet deres interesse for at blive udpeget som deltagere. Der er borgere inden for alle kompetenceområder.

En oversigt over de interesserede borgere er fremsendt til Kommunalbestyrelsen 20. februar 2024.

Listen med borgere har til formål at inspirere Kommunalbestyrelsen, når den skal udpege de 10 borgere til opgaveudvalget.

En valggruppe kan altid vælge en person, der ikke står på listen, så længe vedkommende opfylder kravene til kompetencer, defineret i kommissoriet.

Alle borgere skal enten være bosiddende i kommunen eller skal have anden relevant tilknytning til kommunen.

Indstilling
Det indstilles

Til Kommunalbestyrelsen:

At udpege 15 medlemmer til opgaveudvalget Vangede bydelscenter, herunder 5 medlemmer af Kommunalbestyrelsen, samt formand og næstformand for opgaveudvalget, jfr. pkt. 4 i kommissoriet.

Tidligere beslutninger:
.

Bilag
1. Kommissorium for opgaveudvalget Vangede bydelscenter (5360916 - EMN-2024-00900)

14 [**Åben**] **Udpegning af medlemmer til opgaveudvalget Jægersborg-Ibstrup Torv lokalcenter**

Sags ID: EMN-2024-00908

Resumé
Kommunalbestyrelsen vedtog på sit møde den 18. december 2023, dagsordenens punkt 23, et kommissorium for opgaveudvalget Jægersborg-Ibstrup Torv lokalcenter.

Af kommissoriet fremgår det, at der skal udpeges 15 medlemmer, herunder 5 medlemmer af Kommunalbestyrelsen, til opgaveudvalgets arbejde.

Baggrund

Kommunalbestyrelsen vedtog enstemmigt på sit møde den 18. december 2023, dagsordenens punkt 23, et kommissorium for opgaveudvalget Jægersborg-Ibstrup Torv lokalcenter.

Det fremgår af kommissoriet, at opgaveudvalget Jægersborg-Ibstrup Torv lokalcenterskal påbegynde sit arbejde i 1. kvartal 2024, og at opgaveudvalget skal bestå af 5 medlemmer af Kommunalbestyrelsen og 10 medlemmer med følgende kompetencer:
10 borgere fra eller med tilknytning til lokalområdet fordelt således:

- 2 borgere under 30 år
- 2 borgere med erhvervsmæssig tilknytning til detailhandel eller lokale virksomheder
- 3 borgere med tilknytning til lokale bolig- og ejerforeninger, borgergrupper og/eller fritids-foreninger
- 1 borger, som er bruger af det lokale område
- 2 borgere med interesse for og gerne med erfaring indenfor universel design, byplanlægning, tilgængelighed og/eller kultur- eller kunstudvikling i sammenhæng med udvikling af byrum.

Kommunalbestyrelsen blev på sit møde den 18. december 2023, dagsordenens punkt 23, orienteret om metode til rekruttering til opgaveudvalget.

Gentofte Kommune har anvendt følgende metoder til rekruttering: Opslag på Gentofte.dk, Gentofte Platformen og plakater på det lokale bibliotek og ved ungdomsboligerne i vandtårnet. Annonce i Villabyerne, på LinkedIn og Facebook samt netværksrekruttering og henvendelse til relevante netværk, herunder grundejerforening, Gentofte Sportspark, Byens Hus, Ungekultur, samt biblioteket. Derudover er der sendt information med digital post til 668 modtagere i området.

27 borgere har tilkendegivet deres interesse for at blive udpeget som deltagere. Der mangler en borger indenfor kompetenceområdet ”Under 30 år”.
Det foreslås på den baggrund at kommissoriet ændres, så der udpeges 1 borger under 30 år i stedet for 2, og 2 borgere, som er brugere af det lokale område i stedet for 1. Et revideret udkast til kommissorie med rettelsesmarkering er vedlagt.

En oversigt over de interesserede borgere er fremsendt til Kommunalbestyrelsen 20. februar 2024.

Listen med borgere har til formål at inspirere Kommunalbestyrelsen, når den skal udpege de 10 borgere til opgaveudvalget.

En valggruppe kan altid vælge en person, der ikke står på listen, så længe vedkommende opfylder kravene til kompetencer, defineret i kommissoriet.

Alle borgere skal enten være bosiddende i kommunen eller skal have anden relevant tilknytning til kommunen.

Indstilling
Det indstilles

Til Kommunalbestyrelsen:

1. At ændre kommissoriet, så der udpeges 1 borger under 30 år i stedet for 2, og 2 borgere, som er brugere af det lokale område i stedet for 1.

2. At udpege 15 medlemmer til opgaveudvalget Jægersborg-Ibstrup Torv lokalcenter, herunder 5 medlemmer af Kommunalbestyrelsen, samt formand og næstformand for opgaveudvalget, jfr. pkt. 4 i kommissoriet.

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

1. Forslag til revideret kommissorium for opgaveudvalget Jægersborg-Ibstrup Torv lokalcenter (5391161 - EMN-2024-00908)

15 [**Åben**] **Udarbejdelse af udkast til kommissorium for opgaveudvalget Bæredygtigt forbrug**

Sags ID: EMN-2024-00663

Resumé

Med vedtagelsen af Gentofteplanen 2023 blev det besluttet at nedsætte opgaveudvalget Bæredygtigt forbrug.

Det indstilles, at der udpeges to medlemmer af Kommunalbestyrelsen til at indgå i forberedelsen af kommissoriet for opgaveudvalget.

Baggrund

Med henblik på at udarbejde et udkast til kommissorium for opgaveudvalget, der kan forelægges til behandling for det eller de relevante stående udvalg, Økonomiudvalget samt Kommunalbestyrelsen, foreslås det, at Kommunalbestyrelsen udpeger to kommunalbestyrelsesmedlemmer til at indgå i forberedelsen af kommissoriet, herunder koordinere med formandskaberne i de relevante udvalg, hvis ressortområder emnet for opgaveudvalget vedrører.

Styrelseslovens §25, stk. 1, jf. § 24, stk. 3 om forholdstalsvalg efter den d'Hondtske metode finder anvendelse.

Indstilling

Borgmesteren indstiller

Til Kommunalbestyrelsen:

At udpege to medlemmer af Kommunalbestyrelsen til at indgå i forberedelsen af kommissoriet for opgaveudvalget Bæredygtigt forbrug.

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

16 [**Åben**] **Underskrift**

Sags ID: EMN-2022-09633

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

Dokument Navn:	**Forslag til Lokalplan 142.2 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen.pdf**
Dokument Titel:	**Forslag til Lokalplan 142.2 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen**
Dokument ID:	**5361425**
Placering:	**Emnesager/Lokalplan 142.2 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen.Forslag/Dokumenter**
Dagsordens titel	**Lokalplan 142.2 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen. Offentlig høring**
Dagsordenspunkt nr	**2**
Appendix nr	**1**
Relaterede Dokumenter:	**2**

Dette dokument blev genereret af getorganized for SharePoint

Lokalplan 142.2

Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen

Gentofte Kommune

Forslag

Indholdsfortegnelse

Lokalplanens baggrund 1
Eksisterende forhold 2
Lokalplanens formål og indhold 3
Lokalplanbestemmelser 4
§ 1 Formål 5
§ 2 Område og zonestatus 6
§ 3 Bebyggelsens omfang og placering 7
§ 4 Retsvirkninger 8
Kort og bilag 9
Kort 10
Lokalplanens forhold til anden planlægning og lovgivning 11
Miljøvurdering 17
Lokalplanens midlertidige retsvirkninger 19
Status 20

Lokalplanens baggrund

Ejendommene mellem Strandvejen og Kystvejen nord og syd for Skovshoved gamle by, har en ganske særlig karakter. Dette er et resultat af, at en byggelinje har sikret, at der ikke opførtes bebyggelse ude ved Kystvejen, men også, at den "høje" 2-etagers bebyggelse har været samlet langs den gamle Strandvej.

På strækningen syd for Skovshoved sikrede man gennem vedtagelsen af Lokalplan 322 i 2012, at ny bebyggelse tættere på kystvejen end den eksisterende blev holdt i 1 etage. Lokalplan 142 og 143 fra 2002, der omfatter strækningen nord for Skovshoved indeholder imidlertid ikke den samme beskyttelse.

I forbindelse med en ansøgning om byggetilladelse i 2022 blev Gentofte Kommune opmærksom på denne uhensigtsmæssige forskel. Kommunalbestyrelsen nedlagde derfor et forbud med hjemmel i planlovens § 14, for at forhindre den konkrete bebyggelse og efterfølgende udarbejde nærværende lokalplantillæg, der sikrer områdets karakter.

Eksisterende forhold

Lokalplanområdet ligger mellem Strandvejen og Kystvejen på strækningen fra Nordre Havnevej i syd til Hvidørevej i nord.

Strandvejen er en af de ældste veje i Gentofte Kommune og fungerede i førindustriel tid som hovedfærdselsåre mellem København, Nordsjælland og Helsingør.

I 1930'erne anlagde man Kystvejen, i håb om endeligt at løse de trafikale problemer på Strandvejen gennem Skovshoved og for at skabe bedre adgang til Nordsjællands herlighedsværdier. I den forbindelse foretog man en landindvinding, hvortil de eksisterende lodsejere fik forkøbsret. Fra de planlæggende myndigheders side var det dog helt fra starten tanken, at det indvundne areal skulle være ubebygget.

Strandvejen og Kystvejen er udpeget som værdifuldt kulturmiljø i Kommuneplan 2021.

Lokalplanområdet omfatter 52 ejendomme, og har et samlet areal på ca. 2,8 ha ekskl. vejarealer.

Lokalplanens formål og indhold

Formålet med lokalplanen er at fastholde karakteren af området langs kystvejen.

Lokalplanen er et tillæg til Lokalplan 142, der fastlægger en byggelinje langs Kystvejen 26,5 meter fra vejskellet således, at der ikke må opføres bebyggelse mellem byggelinjen og Kystvejen.

Nærværende lokalplan fastsætter, at på arealet vest for byggelinjen, mellem byggelinjen og den væsentlige eksisterende bebyggelse, må ny bebyggelse kun opføres i 1 etage og med en bygningshøjde på maksimal 4 meter.

Lokalplanbestemmelser

I henhold til lov om planlægning, lovbekendtgørelse nr. 287 af 16. april 2018, med senere ændringer i henhold til lov nr. 1833 af 8. december 2020, lov nr. 573 af 10. maj 2022, lov nr. 417 af 25. april 2023, lov nr. 418 af 25. april 2023 og lov nr. 1790 af 28. december 2023, fastsættes herved følgende bestemmelser for det i § 2 beskrevne område:

§ 1 Formål

1.1

Det er lokalplanens formål:

- at fastholde karakteren af området langs Kystvejen

§ 2 Område og zonestatus

2.1

Lokalplanen afgrænses som vist på **kortet**.

2.2

Lokalplanen omfatter følgende matrikler samt alle nye matrikler, der udstykkes fra disse:

118aa, 118ab, 118af, 118ah, 118ai, 118ak, 118am, 118ao, 118ap, 118aq, 118ar, 118as, 118at, 118az, 118aæ, 118r, 118s, 118t, 118u, 118v, 118z, 118æ, 118ø, 16b, 43a, 43b, 44a, 44b, 44c, 57a, 57b, 6ab, 6ac, 6ae, 6ar, 6bo, 6bt, 6bu, 6by, 6cr, 6cs, 6dm, 6dq, 6du, 6em, 6en, 6hl, 6kz, 6l, 6ni, 6p, 6sø, alle Ordrup Ejerlav

§ 3 Bebyggelsens omfang og placering

3.1

Uanset Lokalplan 142, § 6.2 og § 6.3, må ny bebyggelse, der opføres på arealet mellem eksisterende væsentlig bebyggelse langs Strandvejen og den i Lokalplan 142, § 6.4 beskrevne byggelinje beliggende 26,5 meter fra Kystvejens vejskel, ikke opføres i mere end 1 etage og må ikke gives en højde, der overstiger 4 meter.

§ 4 Retsvirkninger

4.1

Når lokalplanen er endeligt vedtaget og offentliggjort, må ejendomme, der er omfattet af planen, kun udstykkes, bebygges eller anvendes i overensstemmelse med planens bestemmelser.

Den eksisterende, lovlige anvendelse af en ejendom må fortsætte som hidtil. Lokalplanen medfører heller ikke i sig selv pligt til at udføre de anlæg, der er indeholdt i planen.

Kommunalbestyrelsen kan dispensere fra lokalplanens bestemmelser, hvis dispensationen ikke er i strid med principperne i planen eller tidsbegrænses til maksimalt 3 år, dog 10 år for studieboliger. Videregående afvigelser fra lokalplanen kan kun gennemføres ved en ny lokalplan.

Dispensation kan kun ske efter en skriftlig orientering af naboer mfl., medmindre Kommunalbestyrelsen skønner, at dispensationen er af uvæsentlig betydning for de pågældende.

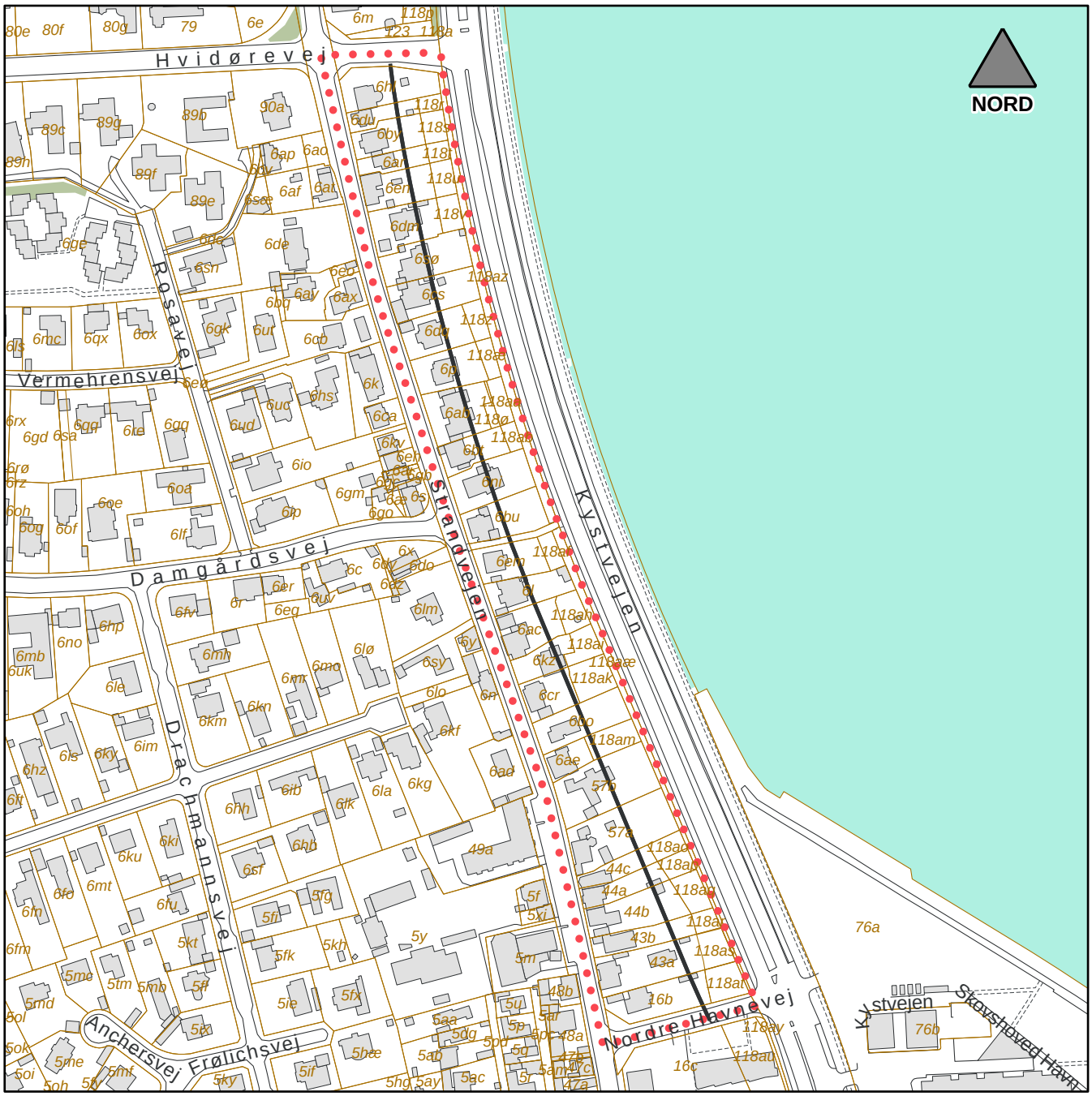
En lokalplan tilsidesætter ikke anden lovgivning, medmindre dette er særligt hjemlet i lovgivningen.

Private bygge- og tilstandsservitutter, der er uforenelige med lokalplanens bestemmelser, fortrænges af lokalplanen.

Kommunalbestyrelsen kan ekspropriere fast ejendom, der tilhører private, eller private rettigheder over fast ejendom, når ekspropriationen vil være af væsentlig betydning for virkeliggørelsen af lokalplanen.

Kort og bilag

Se kort her



KORT
Lokalplan 142.2 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen

MÅL 1:3.200

Signatur:

- Lokalplanafgrænsning
- Matrikelgrænser
- Eksisterende bebyggelse
- Byggelinje jf. Lokalplan 142, § 6.4

Lokalplanens forhold til anden planlægning og lovgivning

Kommuneplan 2021

Lokalplanområdet indgår i enkeltområde 2.B42 i Kommuneplan 2021 for Gentofte Kommune.

Lokalplanen er i overensstemmelse med rammebestemmelserne i kommuneplanen.

Byplanvedtægter og lokalplaner

Lokalplan 142.2 er et tillæg til Lokalplan 142 for et område mellem Hvidørevej, Ordrup Jagtvej, Exnersvej og Kystvejen. Tillægget omfatter udelukkende den del af Lokalplan 142, der ligger mellem Strandvejen og Kystvejen og skærper de bebyggelsesregulerende bestemmelser for disse ejendomme.

Servitutter

Ifølge planlovens bestemmelser bortfalder private byggeservitutter og andre tilstandsservitutter, der ikke indholdsmæssigt er forenelige med lokalplanen.

Private byggeservitutter og andre tilstandsservitutter, der ikke bortfalder som følge af disse bestemmelser, vil fortsat være gældende.

Servitutter kan indeholde bestemmelser om fredede træer, bygningshøjder, udsigt mv.

Fredning og bevaringsplanlægning

I Kommuneplan 2021 udpeges de bevaringsværdige bygninger. Alle bygninger opført før 1970 er vurderet og placeret i en af følgende kategorier:

- høj bevaringsværdi med karakteren 1-3
- middel bevaringsværdi med karakteren 4-6
- lav bevaringsværdig med karakteren 7-9

Kommunalbestyrelsen har besluttet, at også bygninger med middel bevaringsværdi tildelt karakteren 4 som udgangspunkt er bevaringsværdige. Det betyder, at i alt ca. 4.500 bygninger er udpeget som bevaringsværdige i kommuneplanen.

Den bevaringsværdige bebyggelse er udpeget i Lokalplan 142.

Klimatilpasning

Både nuværende og fremtidige klimaforandringer betyder, at Gentofte Kommune bliver ramt af øgede regnmængder samt hyppigere og kraftigere skybrudshændelser. For at fremme et robust afløbssystem skal hele kommunen i de kommende år separatkloakeres. Formålet med separeringen er at skabe plads i afløbssystemet, så der ikke sker oversvømmelser med opblandet spildevand, når det regner kraftigt, samt at minimere overløbene med opblandet spildevand til Øresund.

Udvikling og implementering af systemløsninger, som nyttiggør eller forsinker regnvandet lokalt, skal fremmes. Nye og større ændringer af bygninger og tekniske anlæg samt ændret arealanvendelse skal ske under hensyn til risikoen for oversvømmelse, så risikoen for skader minimeres. Anlæg til håndtering af tag- og overfladevand skal være i overensstemmelse med gældende spildevandsplan.

Klimaforandringerne betyder, at havvandstanden stiger. Det er grundejers ansvar at sikre sin ejendom mod erosion og oversvømmelse fra havet. Etablering eller ændring af kystbeskyttelse kræver forudgående tilladelse fra Gentofte Kommune, Natur og Miljø. Natur og Miljø kan i denne sammenhæng bidrage med vejledning om sikringsniveau og mulighed for at indgå i kommunale fællesprojekter. Natur og Miljø vil på baggrund af en risikokortlægning løbende kontakte grundejere med den laveste kystsikring til en drøftelse af behovet for yderligere sikring. Ved stormflodshændelser aktiveres Gentofte Kommunes indsatsplan for stormflod.

Tilgængelighed og handicapforhold

Bebyggelse og ubebyggede arealer skal opfylde bestemmelserne om tilgængelighed i bygningsreglementet. Områdets bebyggelse og friarealer, herunder veje, stier og parkeringsarealer, skal indrettes og udføres således, at tilgængeligheden for mennesker med funktionsnedsættelse sikres.

Lokalplanen regulerer ikke udformning af ubebyggede arealer herunder veje, stier og parkeringspladser, hvorfor der ikke er indsat bestemmelser om tilgængelighed og handicapforhold.

Trafikforhold og vejbyggelinjer

Lokalplanen regulerer ikke etablering af fartdæmpende foranstaltninger, hastighedsnedsættelser eller andre trafikale forhold på vejarealerne.

Miljøforhold

Hele Gentofte Kommune er byzone og dermed omfattet af områdeklassificeringen. Det betyder, at jorden som udgangspunkt er lettere forurenet, og jordflytninger skal derfor anmeldes til miljømyndigheden i Gentofte Kommune.

Der er ved lokalplanens vedtagelse ikke kendskab til kortlagt jordforurening. En grundejer har pligt til at rette henvendelse til miljømyndigheden i Gentofte Kommune, såfremt grundejer ligger inde med oplysninger om eller får kendskab til anden jord- eller grundvandsforureningsforhold.

Regn- og Spildevand

Lokalplanområdet skal separatkloakeres i overensstemmelse med rækkefølgeplanen i gældende spildevandsplan.

Afledningen af regn- og spildevand for den enkelte matrikel må ikke overstige den vandmængde, der svarer til spildevandsplanens fastsatte afløbskoefficient. Hvis den beregnede afledning fra en matrikel overstiger afledningsretten, skal grundejerne sørge for at begrænse afledningen til det tilladte jf. gældende spildevandsplan. Håndtering af regnvand på egen grund - i form af nedsivning og eller udledning - kræver forudgående tilladelse fra Gentofte Kommune, Natur og Miljø.

Kystnærhed

Lokalplanens område er omfattet af planlovens bestemmelser for de kystnære dele af byzoneområder. Lokalplanen begrænser muligheden for at bygge i 2 etager umiddelbart langs kysten og vurderes derfor ikke at medføre en negativ visuel påvirkning af omgivelserne.

Naturbeskyttelse

Lokalplanområdet er i henhold til naturbeskyttelsesloven omfattet af fortidsmindebeskyttelseslinjer fra rundhøjen på Exnersvej samt Hvidøre og Christiansholm Batteri. Formålet med fortidsmindebeskyttelseslinjen er at sikre udsynet til fortidsmindet samt at beskytte arkæologiske fund omkring fortidsmindet. Der må ikke foretages ændring i tilstanden af arealet inden for fortidsmindebeskyttelseslinjen.

Dispensationer i henhold til naturbeskyttelsesloven kan i særlige tilfælde gives af Kommunalbestyrelsen.

Tilladelser fra andre myndigheder

Lokalplanens virkeliggørelse er ikke afhængig af tilladelser eller dispensationer fra andre myndigheder end Kommunalbestyrelsen.

Ekspropriation

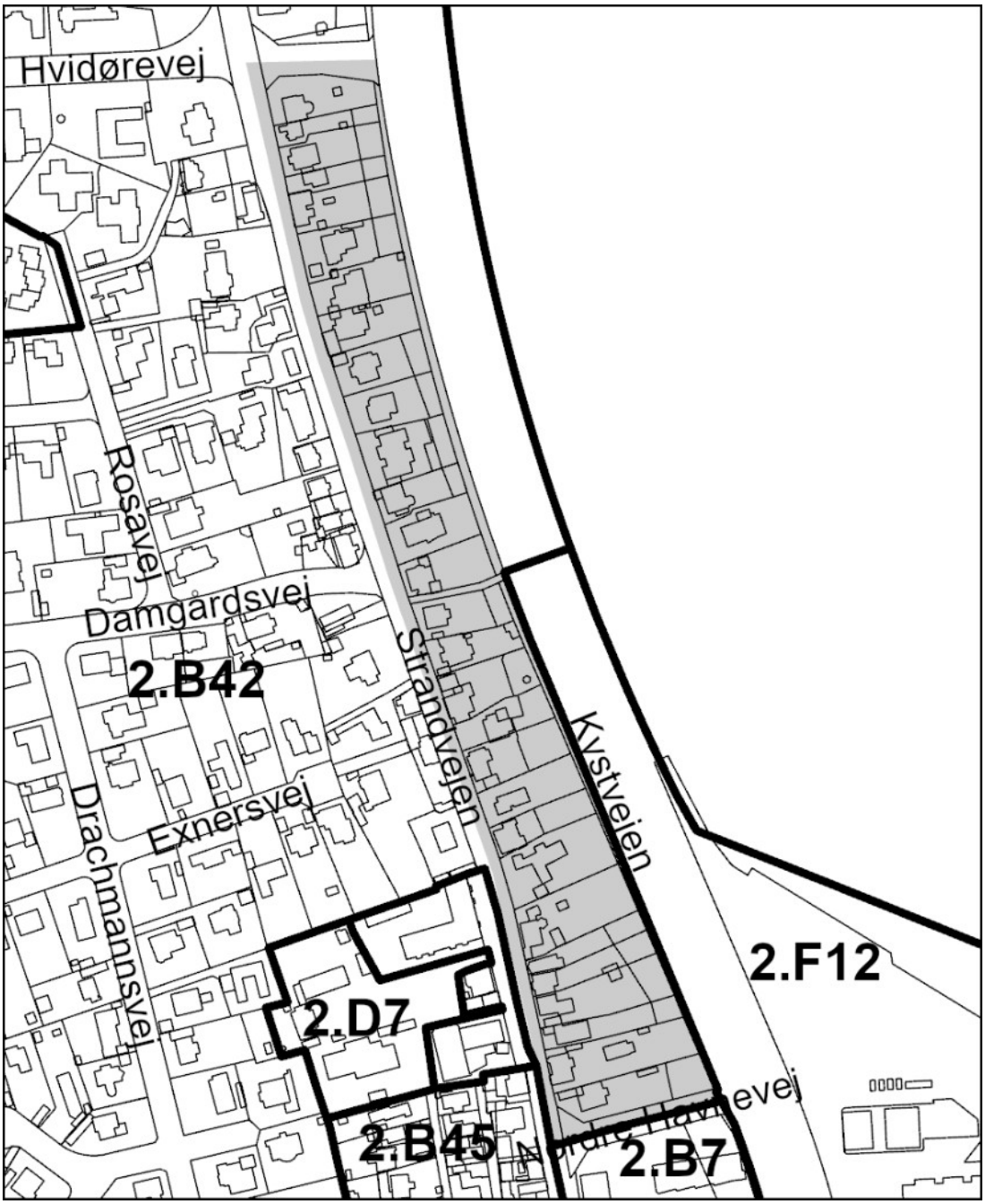
Ifølge planloven skal der i alle lokalplaner oplyses om betingelserne for ekspropriation i forbindelse med en lokalplan. Det følgende afsnit er udelukkende en oplysning om de gældende regler for ekspropriation og er ikke nødvendigvis et udtryk for, at der vil ske ekspropriation i forbindelse med lokalplanen.

Kommunalbestyrelsen kan i medfør af planloven ekspropriere fast ejendom, der tilhører private, eller private rettigheder over fast ejendom, når ekspropriationen vil være af væsentlig betydning for virkeliggørelsen af en endeligt vedtaget lokalplan eller byplanvedtægt og for varetagelsen af almene samfundsinteresser.

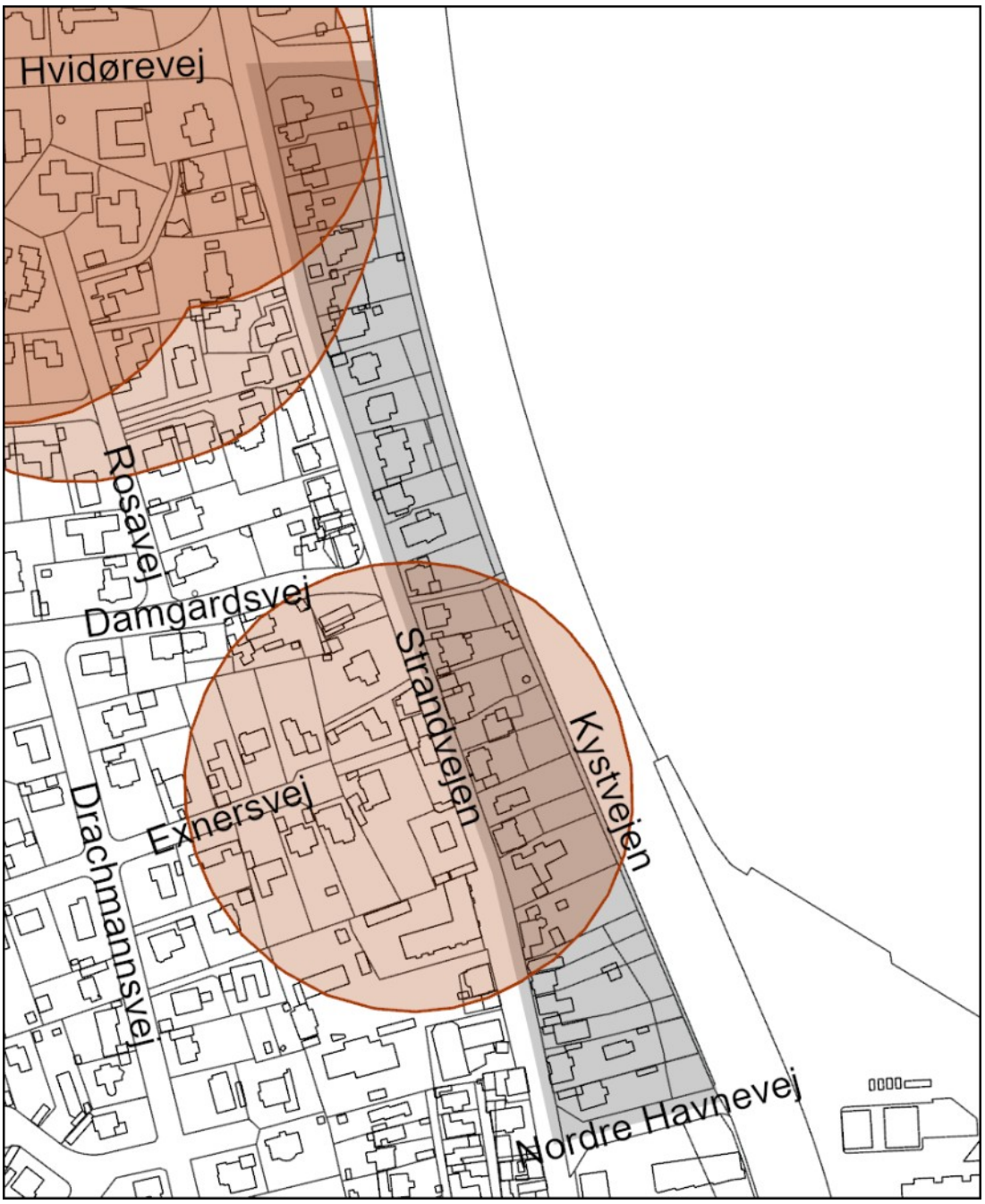
Ekspropriation er tvungen afståelse af ejendom og kan efter grundlovens § 73 kun ske ifølge lov hvor almenvellet kræver det og mod fuldstændig erstatning.

Efter praksis gælder desuden en række betingelser, som skal være opfyldt ved en ekspropriation. Ekspropriationen skal således være lovlig, nødvendig og tidsmæssigt aktuel for realiseringen af ekspropriationsformålet. Herunder skal ekspropriationen være rimelig i den konkrete situation.

En mere detaljeret gennemgang af betingelserne for ekspropriation og processen herfor kan bl.a. findes i Erhvervsstyrelsens "Vejledning om ekspropriation efter planloven" og Vejdirektoratets "Vejledning om ekspropriation efter vejloven".



Kort over rammer for lokalplanlægning, jf. Kommuneplan 2021



Kort over fortidsmindebeskyttelseslinjer inden for lokalplanområdet.

Miljøvurdering

Planen er omfattet af miljøvurderingsloven (LBK nr. 4 af 3. januar 2023). Da planen alene omfatter et mindre område på lokalt plan og alene angiver en mindre ændring i den eksisterende planlægning, er der i henhold til lovens § 8, stk. 2 foretaget en vurdering af, om planen kan få væsentlig indvirkning på miljøet. Der er gennemført en screening, og på denne baggrund er det vurderet, at planen ikke vil få væsentlig indvirkning på miljøet, og der udarbejdes derfor ikke en miljøvurderingsrapport.

Der lægges i vurderingen vægt på:

- At planen har karakter af bevarende plan og indvirkningen i høj grad består af en bevaring af status quo, idet planen ikke muliggør nye projekter
- At planen omfatter et mindre område og i øvrigt kun fastsætter regulering for mindre end en femtedel af det område
- At planen ikke ændrer arealanvendelsen eller muliggør en intensiveret arealudnyttelse
- At planen ikke medfører overskridelse af miljøkvalitetsnormer eller -grænseværdier
- At planen påvirker et anerkendt landskab (kysten, jf. kystnærhedszonen), men i begrænset omfang og positivt

Det er vurderet, at planen ikke vil beskadige eller ødelægge bilag IV-arters raste og ynglepladser.

Klagevejledning

I henhold til miljøvurderingslovens § 48, stk. 1, kan en afgørelse efter miljøvurderingslovens § 10 om ikke at gennemføre en miljøvurdering (i form af en miljørapport) af et planforslag, der er udarbejdet i henhold til planloven, påklages til Planklagenævnet. Der kan kun klages over retlige spørgsmål.

Klagen skal indgives skriftligt til Planklagenævnet ved brug af klageportalen, der kan findes på **www.naevneneshus.dk**

Klagefristen udløber 4 uger fra datoen for den offentlige bekendtgørelse.

Der kan i særlige tilfælde indgives klage udenom klageportalen. Ønsker du at blive undtaget for brug af klageportalen, skal du sende en begrundet anmodning sammen med din klage til **plan-byg@gentofte.dk** eller med brev til Gentofte Kommune, Plan og Byg, Bernstorffsvej 161, 2920 Charlottenlund.

Det er en betingelse for nævnets behandling af klagen, at klager indbetaler et gebyr. Gebyret for at klage udgør for privatpersoner 900 kr. og for virksomheder og organisationer 1.800 kr.

Nævnet påbegynder behandlingen af klagen, når gebyret er modtaget. Betales gebyret ikke på den anviste måde og inden for den fastsatte frist, kan klagen afvises fra behandling. Vejledning om gebyrbetalingen kan findes på **www.naevneneshus.dk**

Søgsmål til prøvelse af afgørelser efter miljøvurderingsloven skal være anlagt ved domstolene inden 6 måneder efter den offentlige bekendtgørelse i henhold til miljøvurderingslovens § 54.

Lokalplanens midlertidige retsvirkninger

Når lokalplanforslaget er offentliggjort, må ejendomme, der er omfattet af forslaget ikke bebygges eller i øvrigt udnyttes på en måde, der kan foregribe indholdet i den endelige plan.

Eksisterende lovlig bebyggelse og eksisterende lovlig anvendelse af en ejendom vil kunne fortsætte som hidtil, også efter lokalplanens endelige vedtagelse.

Når fristen for fremsættelse af indsigelser og ændringsforslag er udløbet, kan Kommunalbestyrelsen give tilladelse til, at en ejendom bebygges eller anvendes i overensstemmelse med forslaget, såfremt det er i overensstemmelse med kommuneplanen, og der ikke er tale om at påbegynde et større bygge- eller anlægsarbejde.

Tilladelse kan dog ikke meddeles så længe en indsigelse fra Miljøministeren eller en nabokommune opretholdes.

Disse midlertidige retsvirkninger gælder fra den xx.xx 20xx, og indtil forslaget er endeligt vedtaget, dog højst til og med den xx.xx 20xx. (fx 02.02 2020 til og med 01.02 2021 - de midlertidige retsvirkninger gælder højest et år).

Status

Forslag til Lokalplan 142.2 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen er:

- vedtaget af Gentofte kommunalbestyrelse den xx.xx 20xx
- offentliggjort den xx.xx 20xx
- i høring frem til den xx.xx 20xx

Relateret document 2/2

Dokument Navn:	**Forslag til Lokalplan 142.2. Tilføjelse til Eksisterende forhold.pdf**
Dokument Titel:	**Forslag til Lokalplan 142.2. Tilføjelse til Eksisterende forhold**
Dokument ID:	**5388096**

Eksisterende forhold

Lokalplanområdet ligger mellem Strandvejen og Kystvejen på strækningen fra Nordre Havnevej i syd til Hvidørevej i nord.

Strandvejen er en af de ældste veje i Gentofte Kommune og fungerede i førindustriel tid som hovedfærdselsåre mellem København, Nordsjælland og Helsingør.

I 1930'erne anlagde man Kystvejen, i håb om endeligt at løse de trafikale problemer på Strandvejen gennem Skovshoved og for at skabe bedre adgang til Nordsjællands herlighedsværdier. I den forbindelse foretog man en landindvinding, hvortil de eksisterende lodsejere fik forkøbsret. Fra de planlæggende myndigheders side var det dog helt fra starten tanken, at det indvundne areal skulle være ubebygget, og i Byplan 6 fra 1940 blev der således fastlagt en byggelinje 26,5 m fra Kystvejen.

Strandvejen og Kystvejen er udpeget som værdifuldt kulturmiljø i Kommuneplan 2021.

Lokalplanområdet omfatter 52 ejendomme, og har et samlet areal på ca. 2,8 ha ekskl. vejarealer.

Dokument Navn:	**Forslag til Lokalplan 143.1 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen.pdf**
Dokument Titel:	**Forslag til Lokalplan 143.1 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen**
Dokument ID:	**5361430**
Placering:	**Emnesager/Lokalplan 143.1 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen.Forslag/Dokumenter**
Dagsordens titel	**Lokalplan 143.1 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen. Offentlig høring**
Dagsordenspunkt nr	**3**
Appendix nr	**1**
Relaterede Dokumenter:	**2**

Dette dokument blev genereret af getorganized for SharePoint

Lokalplan 143.1

Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen

Gentofte Kommune

Forslag

Indholdsfortegnelse

Lokalplanens baggrund 1
Eksisterende forhold 2
Lokalplanens formål og indhold 3
Lokalplanbestemmelser 4
§ 1 Formål 5
§ 2 Område og zonestatus 6
§ 3 Bebyggelsens omfang og placering 7
§ 4 Retsvirkninger 8
Kort og bilag 9
Kort 10
Lokalplanens forhold til anden planlægning og lovgivning 11
Miljøvurdering 15
Lokalplanens midlertidige retsvirkninger 17
Status 18

Lokalplanens baggrund

Ejendommene mellem Strandvejen og Kystvejen nord og syd for Skovshoved gamle by, har en ganske særlig karakter. Dette er et resultat af, at en byggelinje har sikret, at der ikke opførtes bebyggelse ude ved Kystvejen, men også, at den "høje" 2-etagers bebyggelse har været samlet langs den gamle Strandvej.

På strækningen syd for Skovshoved sikrede man gennem vedtagelsen af Lokalplan 322 i 2012, at ny bebyggelse tættere på kystvejen end den eksisterende blev holdt i 1 etage. Lokalplan 142 og 143 fra 2002, der omfatter strækningen nord for Skovshoved indeholder imidlertid ikke den samme beskyttelse.

I forbindelse med en ansøgning om byggetilladelse i 2022 blev Gentofte Kommune opmærksom på denne uhensigtsmæssige forskel. Kommunalbestyrelsen nedlagde derfor et forbud med hjemmel i planlovens § 14, for at forhindre den konkrete bebyggelse og efterfølgende udarbejde nærværende lokalplantillæg, der sikrer områdets karakter.

Eksisterende forhold

Lokalplanområdet ligger mellem Strandvejen og Kystvejen på strækningen fra Hvidørevej i syd til Hvidøre Strandpark i nord.

Strandvejen er en af de ældste veje i Gentofte Kommune og fungerede i førindustriel tid som hovedfærdselsåre mellem København, Nordsjælland og Helsingør.

I 1930'erne anlagde man Kystvejen, i håb om endeligt at løse de trafikale problemer på Strandvejen gennem Skovshoved og for at skabe bedre adgang til Nordsjællands herlighedsværdier. I den forbindelse foretog man en landindvinding, hvortil de eksisterende lodsejere fik forkøbsret. Fra de planlæggende myndigheders side var det dog helt fra starten tanken, at det indvundne areal skulle være ubebygget.

Strandvejen og Kystvejen er udpeget som værdifuldt kulturmiljø i Kommuneplan 2021.

Lokalplanområdet omfatter 28 ejendomme, og har et samlet areal på ca. 1,8 ha ekskl. vejarealer.

Lokalplanens formål og indhold

Formålet med lokalplanen er at fastholde karakteren af området langs kystvejen.

Lokalplanen er et tillæg til Lokalplan 143, der fastlægger en byggelinje langs Kystvejen 26,5 meter fra vejskellet således, at der ikke må opføres bebyggelse mellem byggelinjen og Kystvejen.

Nærværende lokalplan fastsætter, at på arealet vest for byggelinjen, mellem byggelinjen og den væsentlige eksisterende bebyggelse, må ny bebyggelse kun opføres i 1 etage og med en bygningshøjde på maksimal 4 meter.

Lokalplanbestemmelser

I henhold til lov om planlægning, lovbekendtgørelse nr. xx af xx. xxxxxx 20xx, med senere ændringer (skriv hvilke senere lovændringer, lov nr., dato og paragraf. Eksempel: lov nr. xxx af xx.xx 20xx, § xx), fastsættes herved følgende bestemmelser for det i § 2 beskrevne område:

§ 1 Formål

1.1

Det er lokalplanens formål:

- at fastholde karakteren af området langs Kystvejen

§ 2 Område og zonestatus

2.1

Lokalplanen afgrænses som vist på **kortet**.

2.2

Lokalplanen omfatter følgende matrikler samt alle nye matrikler, der udstykkes fra disse:

118a, 118b, 118c, 118d, 118e, 118f, 118g, 118h, 118i, 118k, 118l, 118m, 118p, 123, 14al, 14aæ, 14d, 14e, 14p, 14x, 14y, 51a, 51b, 6ee, 6h, 6i, 6m, 6u, alle Ordrup Ejerlav

§ 3 Bebyggelsens omfang og placering

3.1

Uanset Lokalplan 143, § 6.2 og § 6.3, må ny bebyggelse, der opføres på arealet mellem eksisterende væsentlig bebyggelse langs Strandvejen og den i Lokalplan 143, § 6.5 beskrevne byggelinje beliggende 26,5 meter fra Kystvejens vejskel, ikke opføres i mere end 1 etage og må ikke gives en højde, der overstiger 4 meter.

§ 4 Retsvirkninger

4.1

Når lokalplanen er endeligt vedtaget og offentliggjort, må ejendomme, der er omfattet af planen, kun udstykkes, bebygges eller anvendes i overensstemmelse med planens bestemmelser.

Den eksisterende, lovlige anvendelse af en ejendom må fortsætte som hidtil. Lokalplanen medfører heller ikke i sig selv pligt til at udføre de anlæg, der er indeholdt i planen.

Kommunalbestyrelsen kan dispensere fra lokalplanens bestemmelser, hvis dispensationen ikke er i strid med principperne i planen eller tidsbegrænses til maksimalt 3 år, dog 10 år for studieboliger. Videregående afvigelser fra lokalplanen kan kun gennemføres ved en ny lokalplan.

Dispensation kan kun ske efter en skriftlig orientering af naboer mfl., medmindre Kommunalbestyrelsen skønner, at dispensationen er af uvæsentlig betydning for de pågældende.

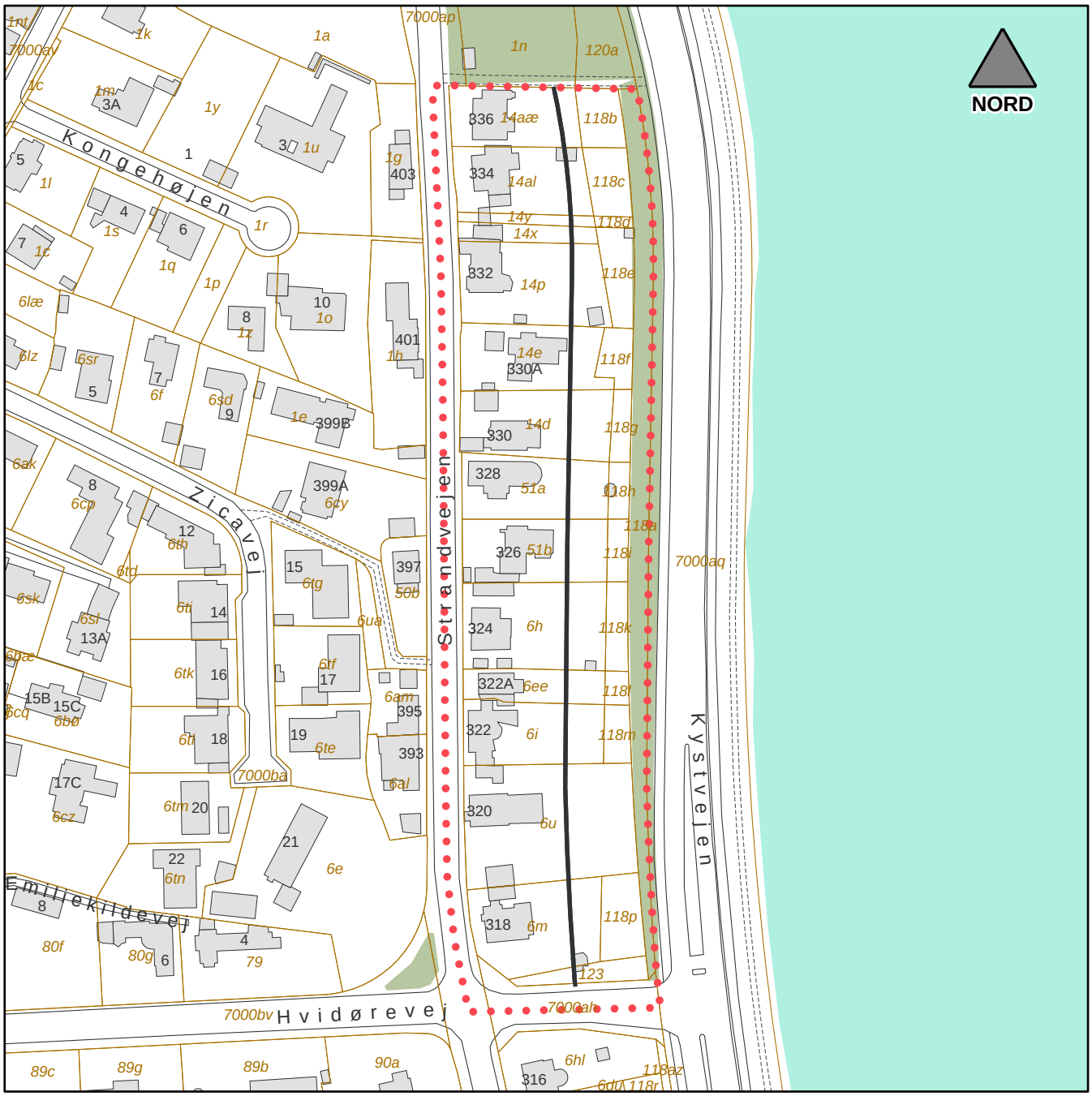
En lokalplan tilsidesætter ikke anden lovgivning, medmindre dette er særligt hjemlet i lovgivningen.

Private bygge- og tilstandsservitutter, der er uforenelige med lokalplanens bestemmelser, fortrænges af lokalplanen.

Kommunalbestyrelsen kan ekspropriere fast ejendom, der tilhører private, eller private rettigheder over fast ejendom, når ekspropriationen vil være af væsentlig betydning for virkeliggørelsen af lokalplanen.

Kort og bilag

Se kort her



KORT
Lokalplan 143.1 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen

MÅL 1:2.000

Signatur:

- Lokalplanafgrænsning
- Matrikelgrænser
- Eksisterende bebyggelse
- Byggelinje jf. Lokalplan 143, § 6.5

Lokalplanens forhold til anden planlægning og lovgivning

Kommuneplan 2021

Lokalplanområdet indgår i enkeltområde 3.B42 i Kommuneplan 2021 for Gentofte Kommune.

Lokalplanen er i overensstemmelse med rammebestemmelserne i kommuneplanen.

Byplanvedtægter og lokalplaner

Lokalplan 143.1 er et tillæg til Lokalplan 143 for et område mellem Kystvejen, Hvidørevej og Kystbanen. Tillægget omfatter udelukkende den del af Lokalplan 143, der ligger mellem Strandvejen og Kystvejen og skærper de bebyggelsesregulerende bestemmelser for disse ejendomme.

Servitutter

Ifølge planlovens bestemmelser bortfalder private byggeservitutter og andre tilstandsservitutter, der ikke indholdsmæssigt er forenelige med lokalplanen.

Private byggeservitutter og andre tilstandsservitutter, der ikke bortfalder som følge af disse bestemmelser, vil fortsat være gældende.

Servitutter kan indeholde bestemmelser om fredede træer, bygningshøjder, udsigt mv.

Fredning og bevaringsplanlægning

I Kommuneplan 2021 udpeges de bevaringsværdige bygninger. Alle bygninger opført før 1970 er vurderet og placeret i en af følgende kategorier:

- høj bevaringsværdi med karakteren 1-3
- middel bevaringsværdi med karakteren 4-6
- lav bevaringsværdig med karakteren 7-9

Kommunalbestyrelsen har besluttet, at også bygninger med middel bevaringsværdi tildelt karakteren 4 som udgangspunkt er bevaringsværdige. Det betyder, at i alt ca. 4.500 bygninger er udpeget som bevaringsværdige i kommuneplanen.

Den bevaringsværdige bebyggelse er udpeget i Lokalplan 143.

Klimatilpasning

Både nuværende og fremtidige klimaforandringer betyder, at Gentofte Kommune bliver ramt af øgede regnmængder samt hyppigere og kraftigere skybrudshændelser. For at fremme et robust afløbssystem skal hele kommunen i de kommende år separatkloakeres. Formålet med separeringen er at skabe plads i afløbssystemet, så der ikke sker oversvømmelser med opblandet spildevand, når det regner kraftigt, samt at minimere overløbene med opblandet spildevand til Øresund.

Udvikling og implementering af systemløsninger, som nyttiggør eller forsinker regnvandet lokalt, skal fremmes. Nye og større ændringer af bygninger og tekniske anlæg samt ændret arealanvendelse skal ske under hensyn til risikoen for oversvømmelse, så risikoen for skader minimeres. Anlæg til håndtering af tag- og overfladevand skal være i overensstemmelse med gældende spildevandsplan.

Klimaforandringerne betyder, at havvandstanden stiger. Det er grundejers ansvar at sikre sin ejendom mod erosion og oversvømmelse fra havet. Etablering eller ændring af kystbeskyttelse kræver forudgående tilladelse fra Gentofte Kommune, Natur og Miljø. Natur og Miljø kan i denne sammenhæng bidrage med vejledning om sikringsniveau og mulighed for at indgå i kommunale fællesprojekter. Natur og Miljø vil på baggrund af en risikokortlægning løbende kontakte grundejere med den laveste kystsikring til en drøftelse af behovet for yderligere sikring. Ved stormflodshændelser aktiveres Gentofte Kommunes indsatsplan for stormflod.

Tilgængelighed og handicapforhold

Bebyggelse og ubebyggede arealer skal opfylde bestemmelserne om tilgængelighed i bygningsreglementet. Områdets bebyggelse og friarealer, herunder veje, stier og parkeringsarealer, skal indrettes og udføres således, at tilgængeligheden for mennesker med funktionsnedsættelse sikres.

Lokalplanen regulerer ikke udformning af ubebyggede arealer herunder veje, stier og parkeringspladser, hvorfor der ikke er indsat bestemmelser om tilgængelighed og handicapforhold.

Trafikforhold og vejbyggelinjer

Lokalplanen regulerer ikke etablering af fartdæmpende foranstaltninger, hastighedsnedsættelser eller andre trafikale forhold på vejarealerne.

Miljøforhold

Hele Gentofte Kommune er byzone og dermed omfattet af områdeklassificeringen. Det betyder, at jorden som udgangspunkt er lettere forurenet, og jordflytninger skal derfor anmeldes til miljømyndigheden i Gentofte Kommune.

Der er ved lokalplanens vedtagelse ikke kendskab til kortlagt jordforurening. En grundejer har pligt til at rette henvendelse til miljømyndigheden i Gentofte Kommune, såfremt grundejer ligger inde med oplysninger om eller får kendskab til anden jord- eller grundvandsforureningsforhold.

Regn- og Spildevand

Lokalplanområdet skal separatkloakeres i overensstemmelse med rækkefølgeplanen i gældende spildevandsplan.

Afledningen af regn- og spildevand for den enkelte matrikel må ikke overstige den vandmængde, der svarer til spildevandsplanens fastsatte afløbskoefficient. Hvis den beregnede afledning fra en matrikel overstiger afledningsretten, skal grundejerne sørge for at begrænse afledningen til det tilladte jf. gældende spildevandsplan. Håndtering af regnvand på egen grund - i form af nedsivning og eller udledning - kræver forudgående tilladelse fra Gentofte Kommune, Natur og Miljø.

Kystnærhed

Lokalplanens område er omfattet af planlovens bestemmelser for de kystnære dele af byzoneområder. Lokalplanen begrænser muligheden for at bygge i 2 etager umiddelbart langs kysten og vurderes derfor ikke at medføre en negativ visuel påvirkning af omgivelserne.

Naturbeskyttelse

Lokalplanområdet er i henhold til naturbeskyttelsesloven omfattet af fortidsmindebeskyttelseslinjer fra Hvidøre og Christiansholm Batteri. Formålet med fortidsmindebeskyttelseslinjen er at sikre udsynet til fortidsmindet samt at beskytte arkæologiske fund omkring fortidsmindet. Der må ikke foretages ændring i tilstanden af arealet inden for fortidsmindebeskyttelseslinjen.

Dispensationer i henhold til naturbeskyttelsesloven kan i særlige tilfælde gives af Kommunalbestyrelsen.

Tilladelser fra andre myndigheder

Lokalplanens virkeliggørelse er ikke afhængig af tilladelser eller dispensationer fra andre myndigheder end Kommunalbestyrelsen.

Ekspropriation

Ifølge planloven skal der i alle lokalplaner oplyses om betingelserne for ekspropriation i forbindelse med en lokalplan. Det følgende afsnit er udelukkende en oplysning om de gældende regler for ekspropriation og er ikke nødvendigvis et udtryk for, at der vil ske ekspropriation i forbindelse med lokalplanen.

Kommunalbestyrelsen kan i medfør af planloven ekspropriere fast ejendom, der tilhører private, eller private rettigheder over fast ejendom, når ekspropriationen vil være af væsentlig betydning for virkeliggørelsen af en endeligt vedtaget lokalplan eller byplanvedtægt og for varetagelsen af almene samfundsinteresser.

Ekspropriation er tvungen afståelse af ejendom og kan efter grundlovens § 73 kun ske ifølge lov hvor almenvellet kræver det og mod fuldstændig erstatning.

Efter praksis gælder desuden en række betingelser, som skal være opfyldt ved en ekspropriation. Ekspropriationen skal således være lovlig, nødvendig og tidsmæssigt aktuel for realiseringen af ekspropriationsformålet. Herunder skal ekspropriationen være rimelig i den konkrete situation.

En mere detaljeret gennemgang af betingelserne for ekspropriation og processen herfor kan bl.a. findes i Erhvervsstyrelsens "Vejledning om ekspropriation efter planloven" og Vejdirektoratets "Vejledning om ekspropriation efter vejloven".

Miljøvurdering

Planen er omfattet af miljøvurderingsloven (LBK nr. 4 af 3. januar 2023). Da planen alene omfatter et mindre område på lokalt plan og alene angiver en mindre ændring i den eksisterende planlægning, er der i henhold til lovens § 8, stk. 2 foretaget en vurdering af, om planen kan få væsentlig indvirkning på miljøet. Der er gennemført en screening, og på denne baggrund er det vurderet, at planen ikke vil få væsentlig indvirkning på miljøet, og der udarbejdes derfor ikke en miljøvurderingsrapport.

Der lægges i vurderingen vægt på:

- At planen har karakter af bevarende plan og indvirkningen i høj grad består af en bevaring af status quo, idet planen ikke muliggør nye projekter
- At planen omfatter et mindre område og i øvrigt kun fastsætter regulering for 20-25 % af det område
- At planen ikke ændrer arealanvendelsen eller muliggør en intensiveret arealudnyttelse
- At planen ikke medfører overskridelse af miljøkvalitetsnormer eller -grænseværdier
- At planen påvirker et anerkendt landskab (kysten, jf. kystnærhedszonen), men i begrænset omfang og positivt

Det er vurderet, at planen ikke vil beskadige eller ødelægge bilag IV-arters raste og ynglepladser.

Klagevejledning

I henhold til miljøvurderingslovens § 48, stk. 1, kan en afgørelse efter miljøvurderingslovens § 10 om ikke at gennemføre en miljøvurdering (i form af en miljørapport) af et planforslag, der er udarbejdet i henhold til planloven, påklages til Planklagenævnet. Der kan kun klages over retlige spørgsmål.

Klagen skal indgives skriftligt til Planklagenævnet ved brug af klageportalen, der kan findes på **www.naevneneshus.dk**

Klagefristen udløber 4 uger fra datoen for den offentlige bekendtgørelse.

Der kan i særlige tilfælde indgives klage udenom klageportalen. Ønsker du at blive undtaget for brug af klageportalen, skal du sende en begrundet anmodning sammen med din klage til **plan-byg@gentofte.dk** eller med brev til Gentofte Kommune, Plan og Byg, Bernstorffsvej 161, 2920 Charlottenlund.

Det er en betingelse for nævnets behandling af klagen, at klager indbetaler et gebyr. Gebyret for at klage udgør for privatpersoner 900 kr. og for virksomheder og organisationer 1.800 kr.

Nævnet påbegynder behandlingen af klagen, når gebyret er modtaget. Betales gebyret ikke på den anviste måde og inden for den fastsatte frist, kan klagen afvises fra behandling. Vejledning om gebyrbetalingen kan findes på **www.naevneneshus.dk**

Søgsmål til prøvelse af afgørelser efter miljøvurderingsloven skal være anlagt ved domstolene inden 6 måneder efter den offentlige bekendtgørelse i henhold til miljøvurderingslovens § 54.

Lokalplanens midlertidige retsvirkninger

Når lokalplanforslaget er offentliggjort, må ejendomme, der er omfattet af forslaget ikke bebygges eller i øvrigt udnyttes på en måde, der kan foregribe indholdet i den endelige plan.

Eksisterende lovlig bebyggelse og eksisterende lovlig anvendelse af en ejendom vil kunne fortsætte som hidtil, også efter lokalplanens endelige vedtagelse.

Når fristen for fremsættelse af indsigelser og ændringsforslag er udløbet, kan Kommunalbestyrelsen give tilladelse til, at en ejendom bebygges eller anvendes i overensstemmelse med forslaget, såfremt det er i overensstemmelse med kommuneplanen, og der ikke er tale om at påbegynde et større bygge- eller anlægsarbejde.

Tilladelse kan dog ikke meddeles så længe en indsigelse fra Miljøministeren eller en nabokommune opretholdes.

Disse midlertidige retsvirkninger gælder fra den xx.xx 20xx, og indtil forslaget er endeligt vedtaget, dog højst til og med den xx.xx 20xx. (fx 02.02 2020 til og med 01.02 2021 - de midlertidige retsvirkninger gælder højest et år).

Status

Forslag til Lokalplan 143.1 Tillæg om bebyggelse ved Kystvejen er:

- vedtaget af Gentofte kommunalbestyrelse den xx.xx 20xx
- offentliggjort den xx.xx 20xx
- i høring frem til den xx.xx 20xx

Relateret document 2/2

Dokument Navn:	**Forslag til Lokalplan 143.1 Tilføjelse til Eksisterende forhold.pdf**
Dokument Titel:	**Forslag til Lokalplan 143.1 Tilføjelse til Eksisterende forhold**
Dokument ID:	**5388098**

Eksisterende forhold

Lokalplanområdet ligger mellem Strandvejen og Kystvejen på strækningen fra Hvidørevej i syd til Hvidøre Strandpark i nord.

Strandvejen er en af de ældste veje i Gentofte Kommune og fungerede i førindustriel tid som hovedfærdselsåre mellem København, Nordsjælland og Helsingør.

I 1930'erne anlagde man Kystvejen, i håb om endeligt at løse de trafikale problemer på Strandvejen gennem Skovshoved og for at skabe bedre adgang til Nordsjællands herlighedsværdier. I den forbindelse foretog man en landindvinding, hvortil de eksisterende lodsejere fik forkøbsret. Fra de planlæggende myndigheders side var det dog helt fra starten tanken, at det indvundne areal skulle være ubebygget, og i Byplan 6 fra 1940 blev der således fastlagt en byggelinje 26,5 m fra Kystvejen.

Strandvejen og Kystvejen er udpeget som værdifuldt kulturmiljø i Kommuneplan 2021.

Lokalplanområdet omfatter 28 ejendomme, og har et samlet areal på ca. 1,8 ha ekskl. vejarealer.

Dokument Navn:	**Skema 1 - Vedligeholdelses og renoveringsopgaver.xlsx**
Dokument Titel:	**Skema 1 - Vedligeholdelses og renoveringsopgaver**
Dokument ID:	**5384539**
Placering:	**Emnesager/Anlægsbevilling til yderligere projekter i 2024/Dokumenter**
Dagsordens titel	**Anlægsbevillinger til yderligere projekter i 2024**
Dagsordenspunkt nr	**4**
Appendix nr	**1**
Relaterede Dokumenter:	**7**

Dette dokument blev genereret af getorganized for SharePoint

Gentofte Ejendomme

Yderligere vedligeholdelses- og renoveringsprojekter 2024

Februar 2024

Adresse	Ejd./bygningsnavn	Ekskl. administrationsudgifter	Bemærkninger
Grønnevænge 16	Ordrup Skole	800.000	Etablering af praksisfagslokale til håndværk og design i forlængelse af udbedring af stor vandskade
Ved Stadion 10	Gentofte Sportspark	5.600.000	Udbedring af tag på administrations- og omklædningsbygningen. Taget på bygningen er kollapset flere steder og står i dag med en midlertidig presenning.
Ved Stadion 10	Gentofte Sportspark	1.700.000	Udbedring af tilskuertribune. Tilskuertribunen er meget nedslidt. De fleste sten og beton er frostsprængt, og tribunen er ikke sikkerhedsmæssig forsvarlig.
Ved Stadion 10	Gentofte Sportspark	1.300.000	Restaurering af omklædningsrummene i Gentoftehallen og tætning af taget for at sikre mod vandindtrængen
Vangedevej 178	Munkegårdsskolen	5.000.000	Udskiftning af tag på Munkegårdsskolens gymnastikhal. Taget er meget utæt og har lavet skader i hallen, som begrænser brugen af hallen.
Jægersborg Allé 170B	Ibstrup Rideskole	5.000.000	Første etape af tag- og facaderenovering. Ibstrupgård er fredet og tagkonstruktionen er alvorligt ramt af råd og skal gennemgribende renoveres
Søndersøvej 41	Søndersøhave	800.000	Facaderenovering
Bank-Mikkelsens Vej 8-16	Diverse steder	500.000	Omlægning af rør. Hvis ikke dette arbejde udføres er der risiko for brud på rørsystemet.
Gersonsvej 38	Tranegårdskolen	700.000	Udskiftning af varmecentral
Hellerupvej 24	Byens Hus	200.000	Projektering af nyt vandforsyningsanlæg
Strandvejen 150	Charlottenlund Fort	2.000.000	Facaderenovering restauratørbolig
Ruthsvej 11	Ruthsvej 11	2.500.000	Tag- og facaderenovering
Stolpegårdsvej 21-37	Stolpegårdsvej 21-37	2.600.000	Udskiftning af varmeanlæg
Ordrup Jagtvej 4C-8H	Det Gule Palæ	2.500.000	Facaderenovering
Bernstorffsvej 161	Gentofte Rådhus	250.000	Ny emhætte til kantinen
Ved Stadion 8	Gentofte Skøjtehal - Ishal 2	5.500.000	Ismaskine, gasaffugter og CTS skiftes grundet nedslidning
tværgående uden adresse	Udskiftning af udtjente CTS-anlæg	2.000.000	Flere CTS-anlæg er udtjente og trænger til udskiftning
Administrationsudgifter		3.000.000	
I alt anlægsmidler, Yderligere anlægsprojekter 2024		**41.950.000**	
Budget		**41.950.000**	

Relateret document 2/7

Dokument Navn:	**Skema 1 - Belægningsplan 2024.xlsx**
Dokument Titel:	**Skema 1 - Belægningsplan 2024**
Dokument ID:	**5383875**

SKEMA 1

Opgaveområde: **Dato:**

Klima, Miljø og Teknik **13.02.2024**

ANLÆGSBEVILLING

Projektnavn:

Renovering af veje, fortove og cykelstier samt vejbrønde - Belægningsplan 2024

	PROJEKTFORSLAG Specifikation af udgifter	ANLÆGSBEVILLING Specifikation af anlægsbevilling	REGNSKAB
KATEGORIER:			
Renovering af veje	**7.600.000**	**9.500.000**	
Renovering af fortove	**13.900.000**	**18.900.000**	
Renovering af cykelstier	**1.990.000**	**2.990.000**	
Renovering af vejbrønde	**3.300.000**	**5.800.000**	
Administration inkl. løn	**2.610.000**	**2.610.000**	
I alt ekskl. moms	**29.400.000**	**39.800.000**	**0**

Ansøgning om anlægsbevilling februar 2024	**10.400.000**
Tidligere bevilget KB 18.12.2023 pkt. 2	29.400.000
Anlægsbevilling i alt	39.800.000

Relateret document 3/7

Dokument Navn:	**Skema 1 - Ladestandere til kommunens egne biler.xlsx**
Dokument Titel:	**Skema 1 - Ladestandere til kommunens egne biler**
Dokument ID:	**5384508**

SKEMA 1

Opgaveområde: **Dato:**

Klima, Miljø og Teknik **13.02.2024**

ANLÆGSBEVILLING

Projektnavn:

Ladestandere til kommunens egne biller

Medtag relevante kategorier for projeket:

	PROJEKTFORSLAG Specifikation af udgifter	ANLÆGSBEVILLING Specifikation af anlægsbevilling	REGNSKAB
KATEGORIER:			
Omkostninger	**150.000**	**150.000**	
Udførelse	**1.200.000**	**1.200.000**	
Uforudseelige udgifter	**150.000**	**150.000**	
I alt ekskl. moms	**1.500.000**	**1.500.000**	**0**

Relateret document 4/7

Dokument Navn:	**Skema 1 - Udskiftning af 4 PU-gulve i idrætshaller.xlsx**
Dokument Titel:	**Skema 1 - Udskiftning af 4 PU-gulve i idrætshaller**
Dokument ID:	**5384524**

SKEMA 1

Opgaveområde: **Dato:**

Børn og Skole, Kultur, Unge og Fritid **13.02.2024**

ANLÆGSBEVILLING

Udskiftning af PU-gulve i 4 idrætshaller

Medtag relevante kategorier for projeket:

	PROJEKTFORSLAG Specifikation af udgifter	ANLÆGSBEVILLING Specifikation af anlægsbevilling	REGNSKAB
KATEGORIER:			
Omkostninger	**440.000**	**440.000**	
Udførelse	**3.520.000**	**3.520.000**	
Uforudseelige udgifter	**440.000**	**440.000**	
I alt ekskl. moms	**4.400.000**	**4.400.000**	**0**

Relateret document 5/7

Dokument Navn:	**Skema 1 - Sorteringsanlæg til hovedbiblioteket.xlsx**
Dokument Titel:	**Skema 1 - Sorteringsanlæg til hovedbiblioteket**
Dokument ID:	**5384595**

SKEMA 1

Opgaveområde: **Dato:**

Børn og Skole, Kultur, Unge og Fritid **13.02.2024**

ANLÆGSBEVILLING

Projektnavn:

Sorteringsanlæg til hovedbiblioteket

Medtag relevante kategorier for projeket:

	PROJEKTFORSLAG Specifikation af udgifter	ANLÆGSBEVILLING Specifikation af anlægsbevilling	REGNSKAB
KATEGORIER:			
Omkostninger	**1.000.000**	**1.000.000**	
Udførelse	**8.250.000**	**3.250.000**	
Uforudseelige udgifter	**750.000**	**750.000**	
I alt ekskl. moms	**10.000.000**	**5.000.000**	**0**

Note: Projektet forventes samlet at koste 10 mio. kr.

Relateret document 6/7

Dokument Navn:	**Skema 1 - AI-indsatser.xlsx**
Dokument Titel:	**Skema 1 - AI-indsatser**
Dokument ID:	**5384755**

SKEMA 1

Opgaveområde: **Dato:**

IT og Digitalisering **13.02.2024**

ANLÆGSBEVILLING

Projektnavn:

Indsatser i forhold til kunstig intelligens (AI)

	PROJEKTFORSLAG Specifikation af udgifter	ANLÆGSBEVILLING Specifikation af anlægsbevilling	REGNSKAB
KATEGORIER:			
Ekstern bistand	**1.750.000**	**1.750.000**	
I alt ekskl. moms	**1.750.000**	**1.750.000**	**0**

Relateret document 7/7

Dokument Navn:	**Oversigt med bilag over forslag indkommet efter udsendelse af ØK-dagsorden og forud for mødet .pdf**
Dokument Titel:	**Oversigt med bilag over forslag indkommet efter udsendelse af ØK-dagsorden og forud for mødet**
Dokument ID:	**5393177**

Oversigt med bilag over forslag indkommet efter udsendelse af Økonomiudvalgs dagsorden og forud for mødet

Nye/indkomne forslag	Muligt i 2024?		
Fra A			
1. Udbygning/indretning af 1. sal i Charlotteklubben	ja	180	Vi har fokus på mødesteder for vores ældre medborgere – og undersøger i øjeblikket muligheden for mødesteder i alle bydele. I Vangede har vi Charlotteklubben. Charlotteklubben havde i 2023 375 medlemmer (håber på 400 i 2024), og mangler plads. Kun en lille del af husets 1. sal er indrettet – et lille lokale, hvor 4 – 6 personer f.eks. kan sidde og spille kort. Det større lokale, som pt. ikke er muligt at bruge, kan indrettes. Der skal installeres el og varme, isoleres, opsættes plader og males. Herudover skal trappen til 1. sal forbedres ved at ændre den nederste del af nuværende trappe således, at den meget snævre drejning på nuværende trappe kan undgås. Da Serviceloven siger, at visitation til Dagcentre sker med henblik på rehabilitering, er der kun mulighed for ældre – som ønsker socialt samvær – at komme i Charlotteklubben, Blixen klubben og Hemmingway klubben. En udvidelse af Charlotteklubben vil derfor give bedre muligheder for at ældre kan mødes.
2. Analyse af hvordan rent drikkevand sikres og minde kalkindhold	Ja, men det er Novafos´ opgave		Hvad skal der til for at sikre rent drikkevand i Gentofte, vi har igen måtte blande vandet, fra flere forskellige boringer for at komme indenfor de lovlige grænseværdier. Samtidigt er vores meget kalkholdige vand et problem for renholdelse osv, kunne det tænkes at vi generelt kunne gøre noget ved disse to ting, specielt den første om rent vand, som jo desværre ser ud til at blive værre og værre.
Fra Ø			
3. Forbedret busfremkommelighed	Ja, hvis Movia er med på det	500	I samarbejde med Movia undersøges muligheder for at forbedre busfremkommeligheden i kryds og ved knudepunkter. Desuden vurderes den sparede køretid for passagerer og besparelse på busdriften.
4. Køb og opstilling af cykelstativer i bydelscentre	Krav overfor nye butikker, erhverv og bolig kan stilles med	2.000	Parkeringsforholdene for cyklister i bydelscentrene er meget dårlige. Mens der er krav om antallet af parkeringspladser til biler i forbindelse

Oversigt med bilag over forslag indkommet efter udsendelse af Økonomiudvalgs dagsorden

		hjemmel i en lokalplan. Køb og opstilling på kommunens egne grunde kan ske i år, men der er pladsudfordringer (kræver muligvis nedlæggelse af p-pladser)		med nye butikker, erhverv og boliger, er der ingen krav om cykelparkering. Cykelparkering skal ske tæt på besøgsmål for cyklister for at de bliver brugt. Samt køb af cykelstativer 2 mio.kr. pr. år.
5.	Nedsættelse af hastigheden på kommunale veje	Kræver et stort analyse- og projekteringsarbejde, entreprenører skal antages og politiet skal godkende. Kan ikke nås i 2024.	1.000	Af hensyn til trafiksikkerhed og støj fastsættes hastigheden på alle veje i Gentofte til max. 50 km/t på alle større veje og til max. 30 km/t på alle mindre veje og veje uden cykelsti. Hvis det er nødvendigt eller kræves af politiet, anlægges vejbump eller vejindsnævringer. Der startes med 50 km vejene.
6.	Oplysningskampagne om energiforbrug ved renoveringer af bygninger	ja	300	Der er en stigende tendens til, at villaer opkøbes med henblik på nedrivning. I de fleste tilfælde medfører nedrivning af villaer og opførelse af nye et stort energiforbrug til nye materialer, som kan undgås ved ombygning af den eksisterende bygning og genanvendelse af materialer. Desuden oplyses om muligheder for i stedet at renovere ældre villaer. Der afsættes et beløb til gennemførelse af en informationskampagne på området
7.	Analyse af mulighederne for at reducere trafikken på Lyngbyvej	Ja, hvis nabokommuner er med	1.000	Trafikken på Lyngbyvejen er stigende med øget trængsel og støj som følge. Samtidig vil en realisering af Lynetteholmen medføre en meget kraftig ekstra stigning i trafikken. Der er derfor allerede nu behov for en analyse af mulighederne for at mindske trafikmængderne på Lyngbyvej og gennem Gentofte generelt. Da der er tale om en langsigtet udvikling, skal analysen belyse effekten af alle effektive tiltag, også tiltag som kommunen ikke kan gennemføre alene, som fx kørselsafgifter og bedre kollektiv trafik. Projektet bør så vidt muligt gennemføres i samarbejde med

Oversigt med bilag over forslag indkommet efter udsendelse af Økonomiudvalgs dagsorden

			Københavns kommune og andre relevante omegnskommuner.
8. Opsættelse af støjværn på Lyngbyvej	Nej	5.000	Formålet er at opsætte støjværn på Lyngbyvejen på de mest belastede strækninger, herunder undersøge alternativer muligheder for støjværn ved Gentofte Sø
9. Fjerne tang fra vores offentlige strand	ja	?	Der er for meget tang, specielt når man går i vandet(og specielt på Hellerup strand). Tangen tager også plads op på stranden, Derudover lugter tangen efter nogen tid.
10. Miljøzonerne i København skal også omfatte Gentofte		?	For at få mindre luftforurening
11. Højere kompensation til ansatte, der bruger cyklen i arbejdsmedfør	Ikke et anlægsprojekt	?	Ansatte i kommunen der bruger cyklen i arbejdsmedfør skal have en højere kompensation pr. kilometer, dvs. samme takst som hvis de kørte i egen bil.
12. Flere lokale genbrugsstationer	Nej	?	Oprette flere lokale genbrugsstationer med direkte genbrug. Borgerne bør mærke det kasserede med hvis/om der er noget galt med genstanden og hvad der er galt. Det samme på den centrale genbrugsstation hvor der også skal være ladcykler til udlån til at bortkøre større genstande

Skema 1: Forslag til intern prioritering i det stående udvalg

Kort beskrivelse ("Overskrift")	Udbygning/indretning af 1. sal i Charlotteklubben
Uddybning af forslaget? Hvad vil vi have mere af og hvad vil vi have mindre af?	Samlingssted – socialt samvær for ældre medborgere
Vedrører forslaget ønsker til drift eller anlæg eller er det et finansieringsforslag?	Anlæg
Hvilket udvalg er forslaget relevant for?	Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget Økonomiudvalget
Hvorfor er der brug for forslaget?	Vi har fokus på mødesteder for vores ældre medborgere – og undersøger i øjeblikket muligheden for mødesteder i alle bydele. I Vangede har vi Charlotteklubben. Charlotteklubben havde i 2023 375 medlemmer (håber på 400 i 2024), og mangler plads. Kun en lille del af husets 1. sal er indrettet – et lille lokale, hvor 4 – 6 personer f.eks. kan sidde og spille kort. Det større lokale, som pt. ikke er muligt at bruge, kan indrettes. Der skal installeres el og varme, isoleres, opsættes plader og males. Herudover skal trappen til 1. sal forbedres ved at ændre den nederste del af nuværende trappe således, at den meget snævre drejning på nuværende trappe kan undgås. Da Serviceloven siger, at visitation til Dagcentre sker med henblik på rehabilitering, er der kun mulighed for ældre – som ønsker socialt samvær – at komme i Charlotteklubben, Blixen klubben og Hemmingway klubben. En udvidelse af Charlotteklubben vil derfor give bedre muligheder for at ældre kan mødes.
Hvem/hvad vil det gøre en forskel for? (målgruppe?) Har den afledte konsekvenser for nogen/noget?	Ældre medborgere i kommune, som søger socialt samvær. Kan modvirke ensomhed.
Økonomiske konsekvenser (mere/mindre, størrelsesorden), herunder hvordan kan forslaget finansieres?	Der er indhentet tilbud (på el og varme) El-arbejder = 44.947 kr. Varmeinstallation = 41.300 kr. Byggematerialer = 20.000 kr. Klubben er indstillet på selv at udføre en del af arbejdet (isolere, opsætte gipsplader, male) men har brug for hjælp til opsætningen. Lønudgift = 40.000 kr. Udgift til trappe = 20.000 kr. (evt. Tilgængelighedspuljen?) Totaludgift = 166.247 kr. Alle priser er ex. moms. Ved tillæggelse af moms og et beløb til uforudsete udgifter vil udgiften være = **225.000 kr.**
Navn på forslagsstiller: Socialdemokratiet	

Skema 1: Forslag til anlægsbevillingerne i 2024

Kort beskrivelse ("Overskrift")	Forbedret busfremkommelighed
Uddybning af forslaget? Hvad vil vi have mere af og hvad vil vi have mindre af?	I samarbejde med Movia undersøges muligheder for at forbedre busfremkommeligheden i kryds og ved knudepunkter. Desuden vurderes den sparede køretid for passagerer og besparelse på busdriften.
Vedrører forslaget ønsker til drift eller anlæg eller er det et finansieringsforslag?	Anlægsinvestering
Hvilket udvalg er forslaget relevant for?	Teknik og Miljø???
Hvorfor er der brug for forslaget?	Forslaget vil gøre det mere attraktivt at bruge den kollektive trafik.
Hvem/hvad vil det gøre en forskel for? (målgruppe?) Har den afledte konsekvenser for nogen/noget?	Vil forbedre forholdene for buspassagererne
Økonomiske konsekvenser (mere/mindre, størrelsesorden), herunder hvordan kan forslaget finansieres?	500.000 kr ???? til undersøgelsen Kan evt. tages af anlægsreserve
Navn på forslagsstiller: Frederik Dehlholm	

Skema 1: Forslag til Cykelparkering i bydelscentre

Kort beskrivelse ("Overskrift")	Cykelparkering i bydelscentre
Uddybning af forslaget? Hvad vil vi have mere af og hvad vil vi have mindre af?	Parkeringsforholdene for cyklister i bydelscentrene er meget dårlige. Mens der er krav om antallet af parkeringspladser til biler i forbindelse med nye butikker, erhverv og boliger, er der ingen krav om cykelparkering. Cykelparkering skal ske tæt på besøgsmål for cyklister for at de bliver brugt.
Vedrører forslaget ønsker til drift eller anlæg eller er det et finansieringsforslag?	Anlægsinvestering
Hvilket udvalg er forslaget relevant for?	Teknik og Miljø
Hvorfor er der brug for forslaget?	Forslaget vil gøre det mere attraktivt at cykle, samtidig med at færre cykler parkeres, så de er til gene for andre.
Hvem/hvad vil det gøre en forskel for? (målgruppe?) Har den afledte konsekvenser for nogen/noget?	Cyklister, gående og brugere af bydelscentrene
Økonomiske konsekvenser (mere/mindre, størrelsesorden), herunder hvordan kan forslaget finansieres?	200.000 - 500.000 kr ??? pr cykelstativ, i alt 2 mio kr pr år???? Kan tages af anlægsreserven
Navn på forslagsstiller: Frederik Dehlholm	

Skema 1: Forslag til Nedsættelse af hastigheden på kommunale veje

Kort beskrivelse ("Overskrift")	Nedsættelse af hastigheden på kommunale veje
Uddybning af forslaget? Hvad vil vi have mere af og hvad vil vi have mindre af?	Af hensyn til trafiksikkerhed og støj fastsættes hastigheden på alle veje i Gentofte til max. 50 km/t på alle større veje og til max. 30 km/t på alle mindre veje og veje uden cykelsti. Hvis det er nødvendigt eller kræves af politiet, anlægges vejbump eller vejindsnævringer. Der startes med 50 km vejene.
Vedrører forslaget ønsker til drift eller anlæg eller er det et finansieringsforslag?	Er en anlægsinvestering
Hvilket udvalg er forslaget relevant for?	Teknik og Miljø???
Hvorfor er der brug for forslaget?	Den stigende trafik på vejnettet øger støj og risiko for trafikulykker
Hvem/hvad vil det gøre en forskel for? (målgruppe?) Har den afledte konsekvenser for nogen/noget?	Den lavere hastighed øger sikkerheden for børn, unge, gående og for cyklister. Ulemperne i form af øget køretid vil være minimal for bilisterne, da der er tale om korte strækninger og der er tale om mindre hastighedsnedsættelse.
Økonomiske konsekvenser (mere/mindre, størrelsesorden), herunder hvordan kan forslaget finansieres?	Der afsættes 1. mio kr pr år??? til skiltning og etablering af vejbump. Kan tages af anlægsreserve
Navn på forslagsstiller: Frederik Dehlholm	

Skema 1: Forslag til Oplysningskampagne om energiforbrug ved renoveringer af bygninger

Kort beskrivelse ("Overskrift")	Oplysningskampagne om energiforbrug ved renoveringer af bygninger
Uddybning af forslaget? Hvad vil vi have mere af og hvad vil vi have mindre af?	Der er en stigende tendens til, at villaer opkøbes med henblik på nedrivning. I de fleste tilfælde medfører nedrivning af villaer og opførelse af nye et stort energiforbrug til nye materialer, som kan undgås ved ombygning af den eksisterende bygning og genanvendelse af materialer. Desuden oplyses om muligheder for i stedet at renovere ældre villaer Der afsættes et beløb til gennemførelse af en informationskampagne på området
Vedrører forslaget ønsker til drift eller anlæg eller er det et finansieringsforslag?	Det er en driftsudgift.
Hvilket udvalg er forslaget relevant for?	Teknik og Miljø???
Hvorfor er der brug for forslaget?	Forslaget vil gøre det muligt at sikre mindske energiforbruget i forbindelse med renovering af villaer.
Hvem/hvad vil det gøre en forskel for? (målgruppe?) Har den afledte konsekvenser for nogen/noget?	Forslaget vil oplyse villaejere om følgerne af eventuelle ønsker om at rive deres villa ned.
Økonomiske konsekvenser (mere/mindre, størrelsesorden), herunder hvordan kan forslaget finansieres?	Der afsættes 300.000 kr ??? til oplysningskampagnen.
Navn på forslagsstiller: Frederik Dehlholm	

Skema 1: Forslag til Analyse af mulighederne for at reducere trafikken på Lyngbyvej

Kort beskrivelse ("Overskrift")	Analyse af mulighederne for at reducere trafikken på Lyngbyvej
Uddybning af forslaget? Hvad vil vi have mere af og hvad vil vi have mindre af?	Trafikken på Lyngbyvejen er stigende med øget trængsel og støj som følge. Samtidig vil en realisering af Lynetteholmen medføre en meget kraftig ekstra stigning i trafikken. Der er derfor allerede nu behov for en analyse af mulighederne for at mindske trafikmængderne på Lyngbyvej og gennem Gentofte generelt. Da der er tale om en langsigtet udvikling, skal analysen belyse effekten af alle effektive tiltag, også tiltag som kommunen ikke kan gennemføre alene, som fx kørselsafgifter og bedre kollektiv trafik. Projektet bør så vidt muligt gennemføres i samarbejde med Københavns kommune og andre relevante omegnskommuner.
Vedrører forslaget ønsker til drift eller anlæg eller er det et finansieringsforslag?	Kan eventuelt anses for en anlægsinvestering
Hvilket udvalg er forslaget relevant for?	Teknik og Miljø???
Hvorfor er der brug for forslaget?	Den stigende trafik på Lyngbyvej vil både øge trængslen til skade for trafikanterne og vil øge generne ved trafikken for gentofteborgerne
Hvem/hvad vil det gøre en forskel for? (målgruppe?) Har den afledte konsekvenser for nogen/noget?	Vil forbedre forholdene alle borgere i og udenfor Gentofte: Bilisterne oplever bedre forhold ved at trængslen mindskes, kollektivbrugere ved at der er bedre alternativer til bilen og for gentofteborgere ved at generne fra den gennemkørende trafik bliver mindre.
Økonomiske konsekvenser (mere/mindre, størrelsesorden), herunder hvordan kan forslaget finansieres?	Ca 1.000.000 kr ???? til undersøgelsen afhængig af om andre parter også deltager Kan evt. tages af reserve
Navn på forslagsstiller: Frederik Dehlholm	

Skema 1: Forslag til Opsættelse af støjværn på Lyngbyvej

Kort beskrivelse ("Overskrift")	Opsættelse af støjværn på Lyngbyvej
Uddybning af forslaget? Hvad vil vi have mere af og hvad vil vi have mindre af?	Formålet er at opsætte støjværn på Lyngbyvejen på de mest belastede strækninger, herunder undersøge alternativer muligheder for støjværn ved Gentofte Sø
Vedrører forslaget ønsker til drift eller anlæg eller er det et finansieringsforslag?	Er en anlægsinvestering
Hvilket udvalg er forslaget relevant for?	Teknik og Miljø???
Hvorfor er der brug for forslaget?	Den stigende trafik på Lyngbyvej øger støj for beboerne langs vejen. Selvom hastigheden på Lyngbyvejen sænkes vil der stadig være et højt støjniveau
Hvem/hvad vil det gøre en forskel for? (målgruppe?) Har den afledte konsekvenser for nogen/noget?	Den nye støjundersøgelse viser omfanget af støjen i kommunerne og de områder hvor støjen kan medføre sundhedsgener. Mange af de udsatte borgere bor langs Lyngbyvejen
Økonomiske konsekvenser (mere/mindre, størrelsesorden), herunder hvordan kan forslaget finansieres?	Er afsættes 5.mio kr Kan tages af anlægsreserve
Navn på forslagsstiller: Frederik Dehlholm	

Idéforslag til Kommunalbestyrelsens idéudviklingsseminar den 16. november 2023

Hvert kommunalbestyrelsesmedlem kan indsende op til fem idéforslag. Udfyld nedenstående skema med en kort beskrivelse af hvert idéforslag og send dokumentet til leab@gentofte.dk senest mandag den 6. november 2023.

Hvad er idéen?	Fjerne tang fra vores offentlige strand
Hvorfor er der brug for den?	Der er for meget tang, specielt når man går i vandet(og specielt på Hellerup strand). Tangen tager også plads op på stranden, Derudover lugter tangen efter nogen tid.
Hvem er den rettet imod (målgruppe?)	Alle der færdes på vores offentlige strande
Navn på idéstiller: Frederik Dehlholm	

Hvad er idéen?	Miljøzonerne i København skal også omfatte Gentofte
Hvorfor er der brug for den?	For at få mindre luftforurening
Hvem er den rettet imod (målgruppe?)	Alle i Gentofte
Navn på idéstiller: Frederik Dehlholm	

Hvad er idéen?	Ansatte i kommunen der bruger cyklen i arbejdsmedfør skal have en højere kompensation pr. kilometer, dvs. samme takst som hvis de kørte i egen bil.
Hvorfor er der brug for den?	For at fremme cyklismen og mindske luftforureningen og sliddet på vejene.

Hvem er den rettet imod (målgruppe?)	Ansatte i kommunen
Navn på idéstiller: Frederik Dehlholm	

Hvad er idéen?	Oprette flere lokale genbrugsstationer med direkte genbrug. Borgerne bør mærke det kasserede med hvis/om der er noget galt med genstanden og hvad der er galt. Det samme på den centrale genbrugsstation hvor der også skal være ladcykler til udlån til at bortkøre større genstande
Hvorfor er der brug for den?	For at fremme genbrug
Hvem er den rettet imod (målgruppe?)	Alle
Navn på idéstiller: Frederik Dehlholm	

Dokument Navn:	**Skema 1 - Projektering til Palladium.xlsx**
Dokument Titel:	**Skema 1 - Projektering til Palladium**
Dokument ID:	**5349384**
Placering:	**Emnesager/Anlægsbevilling til projektering til Palladium/Dokumenter**
Dagsordens titel	**Anlægsbevilling til projektering til Palladium**
Dagsordenspunkt nr	**5**
Appendix nr	**1**
Relaterede Dokumenter:	**1**

Dette dokument blev genereret af getorganized for SharePoint

SKEMA 1

Opgaveområde: **Dato:**

Børn og Skole, Kultur, Unge og Fritid **30-01-2024**

ANLÆGSBEVILLING

Projektnavn:

Projektering til Palladium

	PROJEKTFORSLAG Specifikation af udgifter	ANLÆGSBEVILLING Specifikation af anlægsbevilling	REGNSKAB
Omkostninger	**2.900.000**		
Uforudseelige udgifter	**300.000**		
I alt ekskl. moms	**3.200.000**	**0**	**0**

Dokument Navn:	**Skema 1 - Haveanlæg Kulturskolerne.xlsx**
Dokument Titel:	**Skema 1 - Haveanlæg Kulturskolerne**
Dokument ID:	**5339696**
Placering:	**Emnesager/Supplerende anlægsbevilling til haveanlæg til TalR-udsmykning på Kulturskolernes forplads/Dokumenter**
Dagsordens titel	**Supplerende anlægsbevilling til haveanlæg til TalR-udsmykning på Kulturskolernes forplads**
Dagsordenspunkt nr	**6**
Appendix nr	**1**
Relaterede Dokumenter:	**1**

Dette dokument blev genereret af getorganized for SharePoint

SKEMA 1

Opgaveområde: **Dato:**

Børn og Skole, Kultur, Unge og Fritid **12.01.2024**

ANLÆGSBEVILLING

Projektnavn:

Haveanlæg til TalR-udsmykning på Kulturskolernes forplads

Medtag relevante kategorier for projeket:

	PROJEKTFORSLAG Specifikation af udgifter	ANLÆGSBEVILLING Specifikation af anlægsbevilling	REGNSKAB
KATEGORIER:			
Omkostninger	**1.238.000**	**1.609.000**	
Udførelse			
Indtægter	**-1.500.000**	**-1.950.000**	
I alt ekskl. moms	**-262.000**	**-341.000**	**0**

Tilskudsmoms 17,5 % (finansiel post) *341.250*

Ansøgning om anlægsbevilling februar 2024	**371.000**
Ansøgning om indtægtsbevilling februar 2024	**-450.000**
Tidligere bevilget KB 31.01.2022 punkt 18	1.238.000
Tidligere bevilget KB 31.01.2022 punkt 18	-1.500.000
Anlægsbevilling i alt Haveanlæg til TalR-udsmykning	-341.000

Dokument Navn:	**Logbog - BMV ombygninger.docx**
Dokument Titel:	**Logbog - BMV ombygninger**
Dokument ID:	**5341850**
Placering:	**Emnesager/Anlægsregnskab – Bank-Mikkelsens Vej ombygninger/Dokumenter**
Dagsordens titel	**Anlægsregnskab - Bank-Mikkelsens vej ombygninger**
Dagsordenspunkt nr	**7**
Appendix nr	**1**
Relaterede Dokumenter:	**4**

Dette dokument blev genereret af getorganized for SharePoint

LOGBOG

for

Moderniseringsplan, Ombygninger på Bank-Mikkelsens Vej

Budgetansvarlig: Anita Bahnsen (aba) **Dato: 19.01.2024**

Byggestyrer/Projektleder: Thorsten Homann (thoh)

BESKRIVELSE AF ANLÆGSPROJEKTET:

Projektet omfatter modernisering/ombygning af Bank-Mikkelsens Vej 1, 5, 11, 15, 17 og 2A, 2B, 4 & 6 til Center for Specialterapi, Sensorium (Snoezelhuset), Børneterapien, JAC (Udeliv & Samvær, Sansning og Samvær, Nærvær & Samvær, Struktur & Samvær), Blindenetværkets værksteder samt Dagtilbud.

I alt indvendig ombygning af ca. 3.600 m2.

Projektet er startet i 2014 og afsluttet i 2023, da det er blevet koordineret med etapeplanen og nybygningen af de 120 nye Botilbud og administrationshuset i området.

Derudover indtraf en forsinkelse i forbindelse med Corona-pandemien, idet bl.a. nr. Bank-Mikkelsens vej 1 blev holdt i bero i en periode som stand-by "Isolations-Enhed" samt vaccinecenter.

Projektet har været etapedelt og har indeholdt 10 forskellige udbud samt mindre ad hoc håndværkeropgaver og bygherreleverancer.

Projektet er en del af helhedsplanen på Bank Mikkelsens Vej, som blev startet op i 2012. Udgifterne fra 2014 og frem til projektets opstart i 2017 er medtaget i denne bevilling, men derudover er der tidligere aflagt regnskab for 708.000 kr. for de udgifter, der blev brugt i 2012 og 2013. Det samlede forbrug er således 9.159.250 kr., hvoraf der her aflægges regnskab for 8.451.250 kr.

POLITISK BEHANDLING:

Udvalg	Dato	Punkt nr.	Formål	Beløb	Beslutning og mindretalsudtalelser
ØK	17.02.2014	4	Anlægsbevilling, indstilling	926.000 kr.	Anbefalet til Kommunalbestyrelsen, idet (V) tog forbehold.
KB	24.02.2014	5	Anlægsbevilling, godkendelse	926.000 kr.	Vedtaget med 14 (C+A) stemmer for og 2 (Ø+I) stemmer imod*, medens 3 (V+B) undlod at stemme.
ØK	16.03.2015	1	Anlægsbevilling, indstilling	768.000 kr.	Anbefalet enstemmigt til Kommunalbestyrelsen

KB	23.03.2015	2	Anlægsbevilling, godkendelse	768.000 kr.	Vedtaget med 16 stemmer (C, V, A og B) for og 2 stemmer (Ø og I) imod. **
ØK	21.09.2015	1	Anlægsbevilling, indstilling	1.202.000 kr.	Anbefalet enstemmigt til Kommunalbestyrelsen
KB	28.09.2015	2	Anlægsbevilling, godkendelse	1.202.000 kr.	Vedtaget med 18 stemmer (C, V, A, B og Ø) for og 1 stemme (I) imod. ***
ØK	21.11.2017	1	Anlægsbevilling, indstilling	5.400.000 kr.	Anbefalet enstemmigt til Kommunalbestyrelsen
KB	27.11.2017	2	Anlægsbevilling, godkendelse	5.400.000 kr.	Vedtaget med 17 stemmer (C, A, V, B og Ann-Kathrine Karoff (Uden for Parti)) for, og 1 (D) imod, medens 1 (Ø) undlod at stemme.
			Anlægsbevilling i alt	8.296.000 kr.	

I ovenstående bevillingshistorik vises kun den del af bevillingerne fra 2014 og 2015 på 2,896 mio. kr., der specifikt vedrører ombygningsprojektet.

*Enhedslisten stemte imod, idet partiet finder, at budgetrammen på 1,3 mio. kr. til finansiering af eksterne proceskonsulenter kunne spares ved ansættelse af personer med egnede kvalifikationer, og et skærpet tilsyn med udgifterne undervejs.

** Jeanne Toxværd (Ø) stemte imod med følgende begrundelse: "Enhedslisten kan ikke stemme for en proces, når vi ikke kender projektet processen omhandler, og vi finder det er et uhensigtsmæssigt stort forbrug af eksterne konsulenter der budgetteres med." Poul V. Jensen (I) stemte imod med følgende begrundelse: "Liberal Alliance kan ikke stemme for bevilling til et vinderprojekt, der endnu er ukendt for flere medlemmer af Kommunalbestyrelsen."

*** Poul V. Jensen (I) stemte imod, idet: "Liberal Alliance finder beslutningsgrundlag for upræcist vedr. udbud af voksentilbud og Genhusninger. Herunder fordeling mellem Bygherrerådgivning, møder og intern administration."

RÅDGIVNING:

Rådgivningsform	Fagområde	Rådgivernavn
Totalrådgivning På BMV 5, 15 & 17	Arkitekt & Ingeniør	Rytter Arkitekter
Øvrige bygninger Ad Hoc rådgivning i nødvendigt omfang.	Ingeniør	Dominia A/S

UDBUD:

Der har været 10 udbud, som kan ses i bilaget "Udbud – BMV ombygninger".

ANLÆGSREGNSKAB:

Den samlede anlægsbevilling er på 8.296.000 kr., og der er brugt 8.451.250 kr., dvs. et merforbrug på 155.250 kr. svarende til 2 %. Merforbrug finansieres af likvide aktiver i forbindelse med Kommunalbestyrelsens godkendelse af genbevillinger. Merforbruget kan primært tilskrives prisstigninger i byggebranchen gennem de ni år, som projekterne har været i gang.

Afvigelser på poster over 50.000 kr.:

Afvigelser på alle poster på 50.000 kr. og derover i forhold til den specifikation, der er godkendt af Økonomiudvalget (og Kommunalbestyrelsen):

Identifikation	**Beløb kr.**	**Beskrivelse**
Udførelse	-534.752	En del af udførelsen er udført som bygherreleverance, da kommunen fx har en aftale med Guldmann hjælpemidler og tilsvarende vedr. hvidevareindkøb. Derudover er der nogle mindre besparelser på fx elarbejder.
Bygherreleverancer og inventar	501.467	Se ovenfor.
Byggeledelse og administration inkl. løn	170.346	Udgifter til intern administration.

Evt. afvigelser i forhold til kommunens retningslinjer for styring af anlægsbevillinger:

Ingen afvigelser

VIGTIGE DATOER:

Emne	**Dato(er)**
Opstart	24.02.2014
Afleveringsforretning	Løbende i perioden
Projektet endeligt afsluttet	28.09.2023

Relateret document 2/4

Dokument Navn:	**Skema 1 - BMV ombygninger.pdf**
Dokument Titel:	**Skema 1 - BMV ombygninger**
Dokument ID:	**5387467**

SKEMA 1

Opgaveområde: **Dato:**

Social og Sundhed **15.01.2024**

ANLÆGSREGNSKAB

Projektnavn:

Moderniseringsplan, Ombygninger på Bank-Mikkelsens Vej

	ANLÆGSBEVILLING Specifikation af anlægsbevilling	REGNSKAB	AFVIGELSE
KATEGORIER:			
Omkostninger/Rådg.	**746.000**	**723.997**	**-22.003**
Udførelse	**6.500.000**	**5.965.248**	**-534.752**
Uforudseelige udgifter	**650.000**	**690.192**	**40.192**
Bygherreleverancer og inventar	**400.000**	**901.467**	**501.467**
Byggeledelse og administration inkl. løn		**170.346**	**170.346**
I ALT EKSL. MOMS	**8.296.000**	**8.451.250**	**155.250** **2%**

Opgaveområdets bemærkninger:

Opgaveområdets underskrift: Dato: 15.02.24

Områdechef Lena Fjeldal Haaning - pva. afd.chef Anita Bahnsen

Relateret document 3/4

Dokument Navn:	**Udbud - BMV ombygninger.docx**
Dokument Titel:	**Udbud - BMV ombygninger**
Dokument ID:	**5342168**

BILAG

Oversigt over udbud ved ombygningsprojekter på Bank-Mikkelsens vej

Sagsnr.: EMN-2022-08961

Dato: 22.01.2024

UDBUD: Bank-Mikkelsens Vej 5, 15 & 17

Entrepriseform	Udbudsform	Tildelingskriterium
Hovedentreprise	Indbudt licitation	Økonomisk mest fordelagtige tilbud

INDBUDTE ENTREPRENØRER;				
Navn	**Indenfor kommunen**	**Dato for afgivelse af bud**	**Tilbudssum ekskl. moms**	**Evt. forbehold**
Baeré A/S (valgt)	Nej	2018.03.01	2.873.224,00	
Flemming Franck A/S	Nej	2018.02.28	3.494.700,00	
Men2work Entreprise	Nej	2018.03.01	3.611.000,00	

Entreprise: **BMV 5, 15 & 17**		**Kontraktsum kr. ekskl. moms** **1.896.073,00**
Identifikation	**Beløb kr. ex. moms**	**Beskrivelse**
Miljøsanering	873.965,68	Afrensning af forurenet maling i forbindelse med nedrivning af indvendige vægge, deponering af farligt affald og afskærmende miljøforanstaltninger.
Ekstraarbejder	132.806,80	Reparation af vægfliser og belægninger, ekstra malerarbejder samt udskiftning af køkkenelementer.
Betalt i alt	2.902.845,48	

Miljøsanering var oprindeligt en del af udbuddet, men ikke en del af kontrakten.

UDBUD: Bank-Mikkelsens Vej 2A (Loppen)

Entrepriseform	Udbudsform	Tildelingskriterium
Hovedentreprise	Underhåndsbud med to indbudte	Økonomisk mest fordelagtige tilbud

INDBUDTE ENTREPRENØRER;				
Navn	**Indenfor kommunen**	**Dato for afgivelse af bud**	**Tilbudssum ekskl. moms**	**Evt. forbehold**
Einar Kornerup A/S (valgt)	Nej	2019.05.28	92.475,00	
Flemming Franck A/S	Nej	2019.05.21	165.100,00	

Entreprise: **BMV 2A (Loppen)**		**Acceptsum kr. ekskl. moms** **101.722,50**
Identifikation	**Beløb kr. ex. moms**	**Beskrivelse**
Ekstraarbejder	0	Der er ikke udført arbejder ud over kontrakten
Betalt i alt	101.722,50	

UDBUD: Bank-Mikkelsens Vej 17

Entrepriseform	Udbudsform	Tildelingskriterium
Hovedentreprise	Underhåndsbud med to indbudte	Økonomisk mest fordelagtige tilbud

INDBUDTE ENTREPRENØRER;				
Navn	**Indenfor kommunen**	**Dato for afgivelse af bud**	**Tilbudssum ekskl. moms**	**Evt. forbehold**
Curacon A/S (valgt)	Nej	2019.08.23	188.575,00	
Einar Kornerup A/S	Nej	2019.08.21	207.460,00	

Entreprise: **BMV 17**		**Acceptsum kr. ekskl. moms** **172.775,00**
Identifikation	**Beløb kr. ex. moms**	**Beskrivelse**
Ekstraarbejder	30.740,00	Reparation af linoleumsgulv samt demontering af el og vand.
Betalt i alt	203.515,00	

UDBUD: Bank-Mikkelsens Vej 1 (Center For Specialterapi - CFS).

Entrepriseform	Udbudsform	Tildelingskriterium
Hovedentreprise	Underhåndsbud med tre indbudte	Økonomisk mest fordelagtige tilbud

INDBUDTE ENTREPRENØRER;				
Navn	**Indenfor kommunen**	**Dato for afgivelse af bud**	**Tilbudssum ekskl. moms**	**Evt. forbehold**
Curacon (valgt)	Nej	2019.12.16	797.775,00	
Håndværk & Partnere ApS	Ja	Afgav ikke tilbud.	-	
Denko A/S	Ja	Afgav ikke tilbud.	-	

Entreprise: **BMV 1 (CFS)**		**Kontraktsum kr. ekskl. moms** **797.775,00**
Identifikation	**Beløb kr. ex. moms**	**Beskrivelse**
Ekstraarbejder	128.120,00	Loftsreparationer, ny radiator, ændringer af el og IT-stik.
Betalt i alt	925.895,00	

UDBUD: Bank-Mikkelsens Vej 11 (Børneterapien, omklædning, bassin mv.).

Entrepriseform	Udbudsform	Tildelingskriterium
Hovedentreprise	Underhåndsbud med tre indbudte	Økonomisk mest fordelagtige tilbud

INDBUDTE ENTREPRENØRER;				
Navn	**Indenfor kommunen**	**Dato for afgivelse af bud**	**Tilbudssum ekskl. moms**	**Evt. forbehold**
Niebo ApS (valgt)	Nej	2020.06.24	693.100,00	
Curacon A/S	Nej	2020.06.24	784.344,00	
Håndværk & Partnere ApS	Ja	2020.06.24	2.122.500,00	

Entreprise: **BMV 11 (Børneterapien).**		**Kontraktsum kr. ekskl. moms** **556.100,00**
Identifikation	**Beløb kr. ex. moms**	**Beskrivelse**
Ekstraarbejder	69.400,00	Blænding af og udførelse af nye dørhuller, ekstra flisearbejder samt inventar til omklædningsrum.
Bogført drift	-115.710,00	Udgifter til reparation af gulve, elarbejder og renovering af tekøkken er en del af kontrakten, men grundet tilskud fra driften, er det bogført direkte på driftskonti
Betalt i alt	509.790,00	

UDBUD: Bank-Mikkelsens Vej 4 & 6 (Blindenetværket - dagtilbud).

Entrepriseform	Udbudsform	Tildelingskriterium
Hovedentreprise	Underhåndsbud med to indbudte	Økonomisk mest fordelagtige tilbud

INDBUDTE ENTREPRENØRER;				
Navn	**Indenfor kommunen**	**Dato for afgivelse af bud**	**Tilbudssum ekskl. moms**	**Evt. forbehold**
Curacon A/S (valgt)	Nej	2020.11.06	409.225,00	
Niebo ApS	Nej	2020.11.10	635.300,00	

Entreprise: **BMV 4 & 6 (Blindenetværket, Dagtilbud)**		**Kontraktsum kr. ekskl. moms** **329.254,00**
Identifikation	**Beløb kr. ex. moms**	
Ekstraarbejder	93.705,00	Nedtagning af radiatorer, reparation af fliser, blænding af dørhul og ekstra malerarbejder mv.
Bogført drift	-22.581,00	Udgifter til vedligeholdelse af køkken er en del af kontrakten, men grundet tilskud fra driften, er det bogført direkte på driftskonti.
Betalt i alt	400.378,00	

UDBUD: Bank-Mikkelsens Vej 1 (Sensorium-Snoezel, Etape 1).

Entrepriseform	**Udbudsform**	**Tildelingskriterium**
Hovedentreprise	Underhåndsbud med to indbudte	Økonomisk mest fordelagtige tilbud

INDBUDTE ENTREPRENØRER;				
Navn	**Indenfor kommunen**	**Dato for afgivelse af bud**	**Tilbudssum ekskl. moms**	**Evt. forbehold**
Niebo ApS (valgt)	Nej	2020.12.23	93.700,00	
Curacon A/S	Nej	2020.12.22	129.153,00	

Entreprise: **BMV 1 (Sensorium – Snoezel)**		**Acceptsum kr. ekskl. moms** **93.700,00**
Identifikation	**Beløb kr. ex. moms**	
Ekstraarbejder	17.125,00	Maling af vinduesrammer, fodpanel og dør, midlertidig understøtning af loftskonstruktion samt opsætning af bærende søjle
Betalt i alt	110.825,00	

UDBUD: Bank-Mikkelsens Vej 2B (Blindenetværket).

Entrepriseform	Udbudsform	Tildelingskriterium
Hovedentreprise	Underhåndsbud med to indbudte	Økonomisk mest fordelagtige tilbud

INDBUDTE ENTREPRENØRER;				
Navn	**Indenfor kommunen**	**Dato for afgivelse af bud**	**Tilbudssum ekskl. moms**	**Evt. forbehold**
Curacon A/S (valgt)	Nej	2021.01.21	143.112,00	
Niebo ApS	Nej	2021.01.22	220.200,00	

Entreprise: **BMV 2B**		**Kontraktsum kr. Excl. moms** **143.112,00**
Identifikation	**Beløb kr. ex. moms**	
Ekstraarbejder	0,00	Der er ikke udført arbejder ud over kontrakten.
Betalt i alt	143.112,00	

UDBUD: Bank-Mikkelsens Vej 1 (Sensorium/Snoezel, Etape 2)

Entrepriseform	Udbudsform	Tildelingskriterium
Hovedentreprise	Underhåndsbud med to indbudte	Økonomisk mest fordelagtige tilbud

INDBUDTE ENTREPRENØRER;				
Navn	**Indenfor kommunen**	**Dato for afgivelse af bud**	**Tilbudssum ekskl. moms**	**Evt. forbehold**
Rydendahl A/S (valgt)	Nej	2022.10.04	215.613,00	
Curacon A/S	Nej	2022.10.05	234.927,00	

Entreprise: **BMV 1 (Sensorium Etape 2)**		**Kontraktsum kr. Excl. moms** **215.613,00**
Identifikation	**Beløb kr. ex. moms**	
Ekstraarbejder.	0,00	Der er ikke udført arbejder ud over kontrakten
Bogført drift	-124.299,44	Udgifter til nye gulvbelægninger, maling af lofter og nye amarturer er en del af kontrakten, men grundet tilskud fra driften, er det bogført direkte på driftskonti.
Betalt i alt	91.313,56	

UDBUD: Bank-Mikkelsens Vej Opstart Med F.D. Jørgensen.

Entrepriseform	Udbudsform	Tildelingskriterium
Hovedentreprise	Underhåndsbud med 3 indbudte	Økonomisk mest fordelagtige tilbud

INDBUDTE ENTREPRENØRER;				
Navn	**Indenfor kommunen**	**Dato for afgivelse af bud**	**Tilbudssum ekskl. moms**	**Evt. forbehold**
Frank D. Jørgensen (valgt)	Nej	2016.03.29	806.296,00	
CBS Entreprise A/S	Nej	2016.03.29	876.741,00	
VIDA A/S	Nej	2016.03.28	1.178.000,00	

Entreprise: **BMV Opstart F.D.J. (fra Opus).**		**Kontraktsum kr. Excl. moms** **754.296,00**
Identifikation	**Beløb kr. ex. moms**	
Ekstraarbejder	247.947,00	Der er bl.a. udført følgende. Væsentlig mere malerarbejde end først antaget. VVS og vandtilslutninger i større omfang grundet ønsker/krav opvaskemaskiner. EL- tilslutninger bl.a. pga. ovenstående. Mere udskiftning og flere reparationer i linoleumsgulve. Øget antal nyere lysarmaturer.
Betalt i alt	1.002.243,00	

Relateret document 4/4

Dokument Navn:	**Revisionserklæring på anlægsregnskab (Moderniseringsplan)-underskrevet.pdf**
Dokument Titel:	**Revisionserklæring på anlægsregnskab (Moderniseringsplan)-underskrevet**
Dokument ID:	**5387680**

Den uafhængige revisors erklæring

Til Kommunalbestyrelsen i Gentofte Kommune

Erklæring på anlægsregnskabet

Konklusion

Vi har revideret anlægsregnskabet "Moderniseringsplan, Ombygninger på Bank-Mikkelsens Vej" for Gentofte Kommune for tilskud DKK 8.296.000 modtaget af Kommunalbestyrelsen. Regnskabet udviser udgifter på DKK 8.451.250 for perioden fra 1. januar 2023 til 28. september 2023. Anlægsregnskabet udarbejdes efter retningslinjerne i Gentofte Kommunes administrative retningslinjer for anlægsbevillinger og anlægsregnskaber (i det følgende kaldet "Kommunens retningslinjer").

Det er vores opfattelse, at anlægsregnskabet i alle væsentlige henseender er rigtigt, dvs. udarbejdet i overensstemmelse med Kommunens retningslinjer.

Grundlag for konklusion

Vi har udført vores revision i overensstemmelse med internationale standarder om revision, de yderligere krav, der er gældende i Danmark, samt standarderne for offentlig revision, idet revisionen udføres på grundlag af bestemmelserne i kommunens retningslinjer. Vores ansvar ifølge disse standarder og krav er nærmere beskrevet i revisionspåtegningens afsnit *Revisors ansvar for revisionen af anlægsregnskabet*. Vi er uafhængige af kommunen i overensstemmelse med International Ethics Standards Board for Accountants' internationale retningslinjer for revisorers etiske adfærd (IESBA Code) og de yderligere etiske krav, der er gældende i Danmark, ligesom vi har opfyldt vores øvrige etiske forpligtelser i henhold til disse krav og IESBA Code. Det er vores opfattelse, at det opnåede revisionsbevis er tilstrækkeligt og egnet som grundlag for vores konklusion.

Fremhævelse af forhold i regnskabet – anvendt regnskabspraksis samt begrænsning i distribution og anvendelse

Vi henleder opmærksomheden på, at anlægsregnskabet er udarbejdet i henhold til kommunens retningslinjer. Anlægsregnskabet er udarbejdet med henblik på at hjælpe kommunen til overholdelse af de regnskabsmæssige bestemmelser i kommunens retningslinjer. Som følge heraf kan anlægsregnskabet være uegnet til andet formål.

Vores erklæring er udelukkende udarbejdet til brug for kommunen og bør ikke udleveres til eller anvendes af andre parter end kommunen.

Vores konklusion er ikke modificeret som følge af disse forhold.

Fremhævelse af forhold vedrørende revisionen

Kommunen har i overensstemmelse med kommunens retningslinjer medtaget de af Kommunalbestyrelsen godkendte budgettal som sammenligningstal i anlægsregnskabet. Budgettallene har ikke været underlagt revision.

Ledelsens ansvar for anlægsregnskabet

Ledelsen har ansvaret for udarbejdelsen af et anlægsregnskab, der i alle væsentlige henseender er rigtigt, dvs. udarbejdet i overensstemmelse med kommunens retningslinjer. Ledelsen har endvidere an-

svaret for den interne kontrol, som ledelsen anser for nødvendig for at udarbejde et anlægsregnskab uden væsentlig fejlinformation, uanset om denne skyldes besvigelser eller fejl.

Revisors ansvar for revisionen af anlægsregnskabet

Vores mål er at opnå høj grad af sikkerhed for, om anlægsregnskabet som helhed er uden væsentlig fejlinformation, uanset om denne skyldes besvigelser eller fejl, og at afgive en erklæring med en konklusion. Høj grad af sikkerhed er et højt niveau af sikkerhed, men er ikke en garanti for, at en revision, der udføres i overensstemmelse med internationale standarder om revision og de yderligere krav, der er gældende i Danmark, samt standarderne for offentlig revision, idet revisionen udføres på grundlag af bestemmelserne i kommunens retningslinjer, altid vil afdække væsentlig fejlinformation, når sådan findes. Fejlinformationer kan opstå som følge af besvigelser eller fejl og kan betragtes som væsentlige, hvis det med rimelighed kan forventes, at de enkeltvis eller samlet har indflydelse på de økonomiske beslutninger, som regnskabsbrugerne træffer på grundlag af anlægsregnskabet.

Som led i en revision, der udføres i overensstemmelse med internationale standarder om revision og de yderligere krav, der er gældende i Danmark, samt standarderne for offentlig revision, idet revisionen udføres på grundlag af bestemmelserne i kommunens retningslinjer, foretager vi faglige vurderinger og opretholder professionel skepsis under revisionen. Herudover:

- Identificerer og vurderer vi risikoen for væsentlig fejlinformation i anlægsregnskabet, uanset om denne skyldes besvigelser eller fejl, udformer og udfører revisionshandlinger som reaktion på disse risici samt opnår revisionsbevis, der er tilstrækkeligt og egnet til at danne grundlag for vores konklusion. Risikoen for ikke at opdage væsentlig fejlinformation forårsaget af besvigelser er højere end ved væsentlig fejlinformation forårsaget af fejl, idet besvigelser kan omfatte sammensværgelser, dokumentfalsk, bevidste udeladelser, vildledning eller tilsidesættelse af intern kontrol.
- Opnår vi forståelse af den interne kontrol med relevans for revisionen af anlægsregnskabet for at kunne udforme revisionshandlinger, der er passende efter omstændighederne, men ikke for at kunne udtrykke en konklusion om effektiviteten af kommunens interne kontrol.
- Tager vi stilling til, om den regnskabspraksis, som er anvendt af ledelsen, er passende, samt om de regnskabsmæssige skøn og tilknyttede oplysninger, som ledelsen har udarbejdet, er rimelige.

Vi kommunikerer med ledelsen om blandt andet det planlagte omfang og den tidsmæssige placering af revisionen samt betydelige revisionsmæssige observationer, herunder eventuelle betydelige mangler i intern kontrol, som vi identificerer under revisionen.

Erklæring i henhold til anden lovgivning og øvrig regulering

Udtalelse om juridisk-kritisk revision og forvaltningsrevision

Ledelsen er ansvarlig for, at de dispositioner, der er omfattet af regnskabsaflæggelsen, er i overensstemmelse med meddelte bevillinger, love og andre forskrifter samt med indgåede aftaler og sædvanlig praksis. Ledelsen er også ansvarlig for, at der er taget skyldige økonomiske hensyn ved forvaltningen af midler og driften af aktiviteterne, der er omfattet af anlægsregnskabet. Ledelsen har i den forbindelse ansvar for at etablere systemer og processer, der understøtter sparsommelighed, produktivitet og effektivitet.

I tilknytning til vores revision af anlægsregnskabet er det vores ansvar at gennemføre juridisk-kritisk revision og forvaltningsrevision af udvalgte emner i overensstemmelse med standarderne for offentlig revision. I vores juridisk-kritiske revision efterprøver vi med høj grad af sikkerhed for de udvalgte emner, om de dispositioner, der er omfattet af regnskabsaflæggelsen, er i overensstemmelse med de relevante bestemmelser i bevillinger, love og andre forskrifter samt med indgåede aftaler og sædvanlig praksis. I vores forvaltningsrevision vurderer vi med høj grad af sikkerhed, om de undersøgte systemer, processer eller dispositioner understøtter skyldige økonomiske hensyn ved forvaltningen af de midler og driften af aktiviteterne, der er omfattet af anlægsregnskabet.

Hvis vi på grundlag af det udførte arbejde konkluderer, at der er anledning til væsentlige, kritiske bemærkninger, skal vi rapportere herom.

Vi har ingen væsentlige kritiske bemærkninger at rapportere i den forbindelse.

København, den 15. februar 2024
PricewaterhouseCoopers
Statsautoriseret Revisionspartnerselskab
CVR-nr. 33 77 12 31

Jesper Randall Petersen
Statsautoriseret revisor

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Kommunal hjemmepleje 2023-Gentofte-Endelig rapport.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Kommunal hjemmepleje 2023-Gentofte-Endelig rapport**
Dokument ID:	**5308896**
Placering:	**Emnesager/Pleje og Sundhed uanmeldt tilsyn 2023 /Dokumenter**
Dagsordens titel	**Tilbagemelding på uanmeldt kommunalt tilsyn på pleje- og sundhedsområdet 2023**
Dagsordenspunkt nr	**8**
Appendix nr	**1**
Relaterede Dokumenter:	**18**

Dette dokument blev genereret af getorganized for SharePoint

Tilsynsrapport Gentofte Kommune

Den kommunale hjemmepleje

Uanmeldt tilsyn
November 2023

Indhold

Indhold 2
Forord 3
1. Formalia 4
2. Vurdering 5
2.1 Tilsynets vurderinger 5
2.2 Tilsynets anbefalinger 7
3. Datagrundlag 9
3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder 9
3.2 Dokumentation 10
3.3 Personlig pleje 12
3.4 Praktisk hjælp og støtte 13
3.5 Sundhedsfremme og forebyggelse 14
3.6 Kommunikation og adfærd 15
3.7 Rehabilitering § 83a 16
3.8 Medicinhåndtering 17
4. Tilsynets formål og metode 20
4.1 Formål 20
4.2 Metode 20
4.3 Vurderingsskema 21
Om BDO 22

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om den konkrete enhed.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

Tilsynets form, indhold, metode og afvikling er afstemt med kommunen.

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 28 10 56 80
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Mette Norré Sørensen
Director
Mobil: 41 89 04 75
Mail: meo@bdo.dk
Projektansvarlig

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

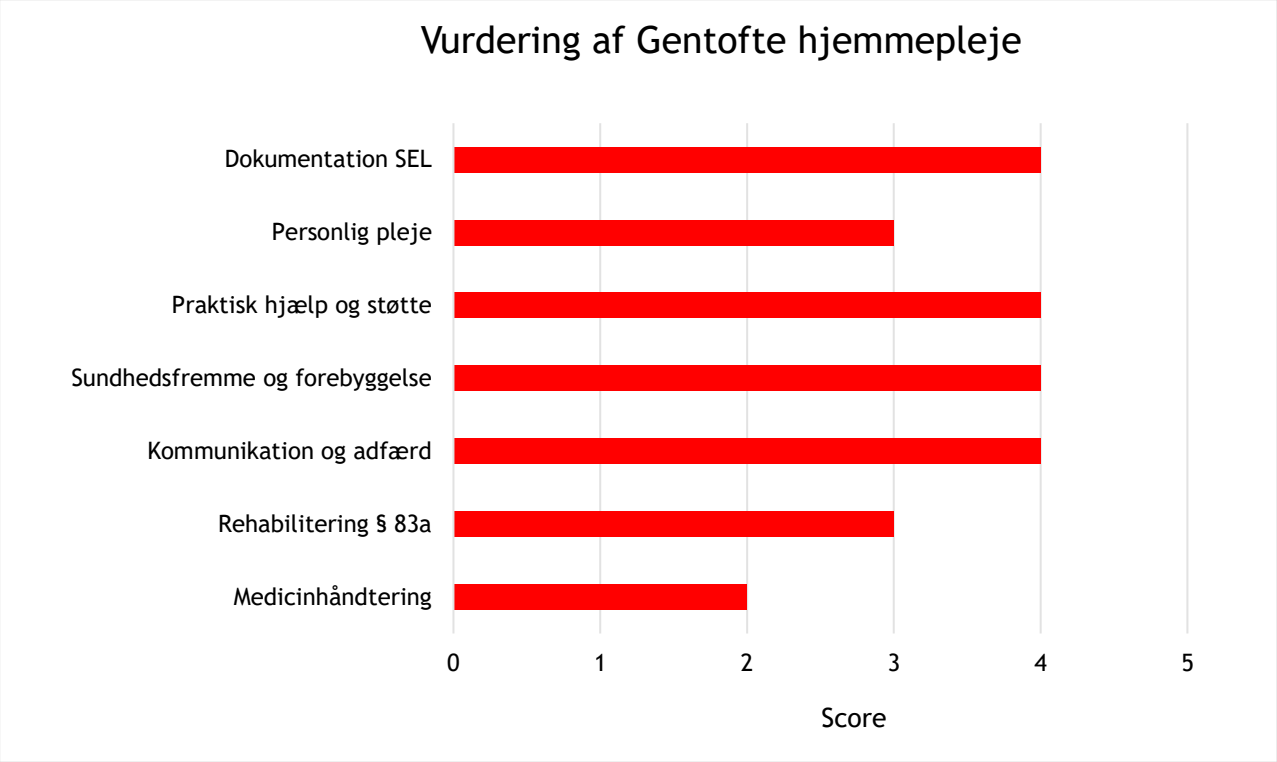
1. Formalia

Oplysninger om hjemmeplejen og tilsynet
Navn og adresse: Den kommunale Hjemmepleje, Hartmannsvej 47, 2920 Charlottenlund
Afdelingsledere: Hanna Skov og Tonni Albrechtsen
Dato for tilsynsbesøg: Den 16., 17. og 19. november 2023
Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med ledelsen • Tilsynsbesøg hos 24 borgere • Gennemgang af dokumentation (SEL) hos 24 borgere • Gennemgang af medicinhåndteringen hos 18 borgere • Gruppeinterview med fem medarbejdere (to social- og sundhedshjælpere og tre social- og sundhedsassistenter) Fordelingen af borgere er foretaget således: • Otte borgere, der modtager hjemmepleje mellem 2-8 timer i dagtimer • Otte borgere, der modtager hjemmepleje og hjemmesygepleje mellem 2-8 timer i dag- og aftentimer • Otte borgere, der modtager hjemmepleje og hjemmesygepleje i mere end 8 timer i dag- og aftentimer Borgere, der indgår i tilsynet, har givet deres accept til at indgå i tilsynet samt givet samtykke til, at den tilsynsførende gennemgår personlige data. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Gitte Lee Anderskov, Senior Manager og sygeplejerske Mette Norré Sørensen, Director og sygeplejerske

2. Vurdering

2.1 Tilsynets vurderinger

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation SEL

Tilsynet vurderer, at dokumentationen overordnet er fyldestgørende og anvendelig i hverdagens praksis. Døgnrytmeplanerne fremstår generelt fyldestgørende og aktuelle, fraset enkelte til delvise mangler i 11 ud af 24 journaler. Dertil er det tilsynets vurdering, at funktionsevnetilstande er aktuelle, og at observationer generelt er fyldestgørende, fraset enkelte manglende opfølgninger på beskrevet forværring i fire ud af 24 gennemgåede journaler. Generelle oplysninger ses dog i varierende grad udfyldt.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne på faglig og reflekteret vis kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med oprettelse, anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

Personlig pleje

Det er tilsynets vurdering, at ni borgere er fuldt ud tilfredse med hjælpen til personlig pleje, og borgerne oplever, at hjælpen passer til deres behov, og at der er et godt samarbejde med medarbejderne omkring leveringen af hjælpen. Tilsynet vurderer hertil, at borgerne oplever tryghed, at aftaler overholdes, og at der opleves kontinuitet.

Samtidig vurderes det, at 15 borgere udtrykker manglende tilfredshed på enkelte til flere områder af hjælpen til personlig pleje, omhandlende; manglende kontinuitet i forhold til både tidspunkt for levering af hjælpen og medarbejdere, at medarbejderne ikke har sat sig ind i opgaven, manglende lydhørhed, hvis borgeren vil forklare plejeopgaven og lang ventetid ved nødkald.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på en fagligt reflekteret måde kan redegøre for hjælpen til personlig pleje, og at medarbejderne udviser en faglig forståelse for arbejdet med den rehabiliterende tilgang.

Praktisk hjælp og støtte

Det vurderes, at de besøgte hjem fremstår tilstrækkeligt ryddelige og rengjorte, svarende til borgernes habitus, og at hjælpemidler ligeledes er tilstrækkeligt rengjorte.

Tilsynet vurderer, at borgerne oplever at få den hjælp til praktisk støtte, som de har behov for. Samtidig vurderes det, at borgerne generelt udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen, men at tre borgere har en enkelt bemærkning til hjælpen vedrørende enten kontinuitet eller kvalitet.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne på faglig reflekteret vis kan redegøre for hjælpen til praktisk støtte og korrekt anvendelse af værnemidler.

Sundhedsfremme og forebyggelse

Det er tilsynets vurdering, at der tages hånd om helbredsmæssige forhold, både forebyggende, sundhedsfremmende samt ved akutte situationer. Det vurderes, at der i døgnrytmeplanerne beskrives særlige opmærksomhedsområder i forhold til den forebyggende indsats, fraset enkelte manglende beskrivelser af forebyggende observationer ved blodfortyndende behandling. Dertil er det tilsynets vurdering, at borgerne med stor tilfredshed beskriver, hvordan medarbejderne spørger ind til deres velbefindende, og at de følger op på eventuelle helbredsmæssige problemstillinger. Dog er det tilsynets vurdering, at en enkelt borger ikke har modtaget indsats på vægtmåling, jf. visiteret indsats. Dertil vurderes det, at en enkelt borger ikke finder medarbejderne tilstrækkeligt uddannede til at foretage sundhedsmæssige observationer.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for observationer og handlinger, relateret til sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

Kommunikation og adfærd

Det er tilsynets vurdering, ud fra de observerede interaktioner i hjemmene, at medarbejderne har en respektfuld og venlig kommunikation og adfærd i mødet med borgerne. Det vurderes samtidigt, at borgerne generelt oplever en venlig og respektfuld kommunikation og adfærd.

Dog vurderes det, at fire borgere har bemærkninger af negativ karakter til temaet, idet der er oplevelser af henholdsvis medarbejdernes overholdelse af aftaler om adgang til boligen, præsentation ved ankomst til boligen, travlhed og mindre imødekommenhed i kommunikationen fra enkelte medarbejdere.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for, hvorledes der sikres respektfuld kommunikation og adfærd.

Rehabilitering § 83a

Det er tilsynets vurdering, at der ses oprettelse af mål og plan for indsatsen ved visitation og rehabiliteringsteam. Dog vurderes det, at indsatsen ses med mindre sammenhæng til døgnrytmeplan og de daglige dokumenterede observationer ved hjemmeplejen.

Dertil er det tilsynets vurdering, at borgerne i forskellig grad oplever sammenhæng i forløbet. En borger oplever fuld tilfredshed med rehabiliteringsindsatsen, mens en anden borger oplever mindre sammenhæng i indsatsen, idet medarbejderne ikke har tid til, at borgeren deltager aktivt i forflytningen, som planlagt. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for, hvorledes rehabilitering indtænkes i den leverede hjælp, men at medarbejderne i varierende grad kan redegøre for arbejdsgangene og samarbejdet ved §83a indsatser.

Medicinhåndtering

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der er væsentlige mangler i opfyldelsen af målepunkterne til medicinhåndteringen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats at rette op på. Det er tilsynets vurdering, at manglerne vedrører alle målepunkter inden for medicinhåndtering, men at de alvorligste mangler tilskrives risikosituationslægemidler og opbevaring. Det er dog tilsynets vurdering, at borgerne generelt er tilfredse med medarbejdernes hjælp. Dertil er det tilsynets vurdering, at de interviewede medarbejdere overordnet kan redegøre for arbejdsgange ved medicinadministration og dispensering, men at de ikke har kendskab til risikosituationslægemidler.

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:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter indsatsen og fokus på dokumentationsområdet, således:
    - At døgnrytmeplaner opdateres ved ændringer og indeholder handlevejledende beskrivelser af alle indsatser, inklusiv praktisk hjælp.
    - At døgnrytmeplaner opbygges på en ensrettet og struktureret måde, evt. med overskrifter.
    - At der dokumenteres opfølgning på observationer med forværring.
    - At der foretages en ensretning af beskrivelser under generelle oplysninger.

2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen igangsætter en målrettet indsats for at højne kvaliteten af hjælpen til personlig pleje således:
    - At borgerne i højere grad sikres kontinuitet ved hjælp fra kendte medarbejdere.
    - At alle medarbejdere, herunder både faste og vikarer i dagvagt og aftenvagt, til enhver tid er sat ind i den enkelte borgers behov for hjælp, og hvorledes hjælpen skal leveres.
    - At medarbejderne med særligt fokus på aftenvagten udfører korrekt håndhygiejne.
    - At besøgene planlægges, så der er et passende tidsinterval mellem besøgene.
    - At det sikres, at arbejdsgange for nødkaldsprocedure efterleves, så ventetiden minimeres.

3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsat har en opmærksomhed på, at den praktiske hjælp leveres med en høj faglig standard, hvor medarbejderne er sat ind i opgaven hos den enkelte borger.

4. Tilsynet anbefaler, at der i døgnrytmeplaner gøres opmærksom på særlige forebyggende observationer ved behandling med blodfortyndende medicin, samt at borgere med ernæringsindsats modtager denne.

5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter en opmærksomhed på kommunikation og adfærd, herunder:
    - At medarbejderne altid er sat ind i, og overholder, aftaler om adgangsforhold til boligen.
    - At medarbejderne ikke udviser travlhed over for borgerne.
    - At medarbejderne er opmærksomme på borgernes behov for social kontakt under besøget.

6. Tilsynet anbefaler, at ledelsen igangsætter en målrettet indsats vedrørende § 83a forløb, så det tværfaglige samarbejde om mål, plan og evaluering styrkes.

7. Tilsynet anbefaler, at ledelsen igangsætter en skærpet og målrettet indsats vedrørende medicinhåndteringen, således:
    - At der etableres en arbejdsgang til ajourføring af medicinskemaet, hvor ordinationer lægges korrekt i LMK med fokus på korrekt antal enheder, om medicinen er aktuel og administrationsansvar.
    - At der implementeres en arbejdsgang for opbevaring af medicin, hvor medicinens holdbarhed kontrolleres, og hvor der sikres konsekvent adskillelse af medicinen.
    - At der implementeres en arbejdsgang for medicindispensering, hvor det sikres, at der ikke arbejdes med efterdosering, og at der sikres CPR-nummer og navn på æsker.
    - At der etableres en arbejdsgang, hvor der konsekvent kvitteres for administreret medicin, tidstro.

- At der udarbejdes en tjekliste for håndtering af risikosituationslægemidler med fokus på at sikre korrekt dokumentation, opbevaring og administration af hvert enkelt risikosituationslægemiddel. Dog med særligt fokus på blodprøveafhængig dosering af blodfortyndende medicin, opioider og insulin. Følgende punkter kan bidrage til arbejdet:
    - Behandlingsplan for risikosituationslægemidlet beskrives, herunder beskrivelse af 'problemets' udtryk, aftaler om kontrol/opfølgning/blodprøver.
    - Der indhentes seneste ordination inden dosering af blodprøveafhængig blodfortyndende medicin.
    - Der påføres anbrudsdato på insulin.
    - Hurtigt og langsomvirkende insulin opbevares adskilt.
    - Behandlingsplan for insulin følges, handlinger dokumenteres, herunder observationer samt administration af pn insulin.
    - Det ensrettes, hvor i omsorgssystemet, at behandlingsplanen for insulin beskrives.

3. Datagrundlag

3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder

Data

Ledelsen:

Ved sidste års tilsyn fik hjemmeplejen anbefalinger vedrørende syv områder; 1) dokumentation, 2) personlig pleje, 3) praktisk støtte, 4) kommunikation og adfærd, 5) medicin, 6) organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde og 7) observationsstudier af pleje.

Ledelsen redegør for, at i forhold til dokumentationsområdet er der her et kontinuerligt fokus, og det er ledelsens oplevelse, at der er den rette proces i gang. Døgnrytmeplanerne italesættes som et dagligt redskab, og det er ledelsens oplevelse, at planerne fremstår mere fyldestgørende end ved sidste års tilsyn. Den daglige ledelse tager løbende stikprøver af dokumentationen, og de følger op med medarbejderne. Der er undervist i dokumentation med særligt fokus på fyldestgørende beskrivelser af døgnrytmeplaner og handlingsanvisninger med VAR tilknytning. Dertil er der fokus på, at sygeplejeindsatser, først kan delegeres, når opgaven er beskrevet i dokumentationen med en udførlig handlingsanvisning. Derudover er der udarbejdet en omorganisering af sygeplejerskerne, så de nu er tilknyttede de enkelte grupper, hvilket bidrager til et tættere tværfagligt samarbejde i det daglige.

Desuden er der i kommunen etableret et fast onboarding program til nye medarbejdere, hvor intro til instrukser og dokumentation for de forskellige faggrupper er obligatorisk. Dertil er der en fast tværgående styregruppe i kommunen, som er sammensat af medarbejdere fra enhederne, der arbejder med Nexus og dokumentationen for at udvikle ensartede arbejdsgange. I hver hjemmeplejegruppe er der udnævnt superbrugere, der arbejder tæt sammen med styregruppen, og som står til rådighed for sparring i dokumentation i det daglige.

Angående triagering er hjemmeplejen i proces med at implementere metoder fra "I Sikre Hænder". Det er aktuelt forskelligt, hvordan der arbejdes med triagering i grupperne, men der arbejdes med en ensretning på området på baggrund af én gruppes positive erfaringer efter afprøvning af metoden.

Vedrørende anbefalingen omkring personlig pleje, herunder kontinuitet, fortæller ledelsen, at der prioriteres kontinuitet til de borgere, som, ud fra en faglig vurdering, har det største behov. Fx prioriteres der kontinuitet af medarbejdere til komplekse plejeopgaver før rengøringsopgaver. Kontinuitet er et vedvarende fokus.

I forhold til anbefalingen vedrørende praktisk støtte er der fokus på, at medarbejderne kender vejledningerne. Der arbejdes med, at de medarbejdere, der kommer hos borgeren, kender til opgaven. Der aflyses sjældent besøg til praktisk hjælp.

Ledelsen redegør for, at der har været et øget fokus på kommunikation og adfærd, herunder medarbejdernes måde at komme ind i hjemmet på. Der er siden sidste tilsyn skiftet til et digitalt adgangssystem. I etablering af dette system skal borgerne udfylde et skema med oplysninger om, hvordan og hvornår medarbejderne må låse sig ind, hvilket medarbejderne skal rette sig efter.

I hverdagsrehabiliteringen har der været fokus på værdien af, at borgeren selv lukker op med henblik på at vedligeholde borgernes funktionsniveau. Dertil italesættes det for medarbejderne, hvilken betydning, der for mange borgere kan ligge i selv at lukke medarbejderne ind i deres hjem.

I relation til anbefalingen vedrørende medicin er der udarbejdet en medicinindsats med målrettede processer i alle grupper. Der er blandt andet arbejdet med; implementering af farvede poser, at rette medicin skal være i beholdningen, implementering af besøgs- og bestillingsliste, som udfyldes ved dispensering, så borgeren kan hente bestilt medicin, tjeklister til nye borgere, der startes op med medicindispensering samt til selve dispenseringsopgaven. Dertil er der arbejdet med ensretning af æsker og labels samt implementering af medicinkasser til struktureret opbevaring af borgernes medicin.

Dertil er der arbejdet med tidstro kvittering ved administration, hvortil der tages stikprøver i det daglige for at følge processen og holde fokus. Desuden har der været fokus på risikosituationslægemidler, herunder særligt blodfortyndende medicin og insulin. Der er blandt andet arbejdet med at angive "risikosituationslægemiddel" i bemærkningsfeltet på medicinskema ved det enkelte præparat, og i døgnrytmeplaner beskrives det, hvad medarbejderne skal være opmærksomme på ved fx diabetes og ved blodfortyndende behandling. Der er lavet regler om, at sygeplejerskevikarer gerne må dispensere, men at social- og sundhedsassistentvikarer ikke må dispensere. Ledelsen fortæller desuden, at der er lagt en strategi for videreudvikling af medicinområdet, som løber ind i 2024. Der er blandt andet fokus på, at aftenvagten skal kompetenceløftes inden for medicindispensering.

I forhold til anbefalingen til temaet Organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde, omkring opfølgning på indberettede utilsigtede hændelser (UTH), er der fokus på, at alle hændelser bliver håndteret øjeblikkeligt. Der rettes op, og det sikres, at det ikke sker igen. Ved enkeltstående hændelser vil der blive afholdt opfølgning med de involverede medarbejdere. Dertil anvendes samlerapportering på medicin og fald, som gør hændelserne synlige, og det er let at se mønstre, fx om det er bestemte borgere, der går igen. Månedlige rapporter drøftes til ledermøder i forhold til tendenser i UTH'erne, og der tages aktion herpå. Ved mønstre i UTH'erne vil der blive arrangeret generel undervisning.

Vedrørende anbefalingen til observationsstudier af personlige pleje og organiseringen heraf, er der fokus på, at der ved besøg, som kræver to medarbejdere, planlægges med en erfaren og en mindre erfaren medarbejder, så den erfarne medarbejder koordinerer og planlægger plejen. Ved borgere med komplekse plejeopgaver planlægges der med en tværfaglig sammensætning af medarbejdere. Dertil er der kontinuerligt fokus på hygiejne. Der er opdateret action-cards på hygiejne, og der har været undervisning i hygiejne. Derudover er drøftelser i gang omkring implementering af e-learningsundervisning i håndhygiejne. Dertil italesættes hygiejne vedrørende arbejdsbeklædning, herunder vaskeanvisning og korte ærmer.

Af andre udviklingsområder beskriver ledelsen, at der er etableret en ny enhed; Kvalitet og Udvikling, som består af et tværgående korps af udviklingsmedarbejdere, som skal dækker hele Pleje og sundhed. Hjemmeplejen ansætter tre udviklingsmedarbejdere, to sygeplejersker og en social- og sundhedsassistent, der skal arbejde decentralt med implementering i et tæt samarbejde med Kvalitet og Forbedring.

Dertil har hjemmeplejen været igennem en organisationsændring, hvor en gruppe er nedlagt og fordelt på de andre grupper, så der er en hjemmeplejegruppe mindre. Medarbejderne fra den nedlukkede gruppe er fulgt med til den gruppe, deres faste borgere er rykket til, så borgerne ikke har mærket til ændringen.

Der er etableret faste tværfaglige møder i grupperne med deltagelse af rehabiliteringsteamet og Visitationen, men disse møder er aktuelt pauseret pga. midlertidige ressourceudfordringer i rehabiliteringsteamet og Visitationen.

Der er aktuelt en proces i gang med Hverdagsrehabiliteringsindsatserne, som blandt andet skal i Indsatskataloget, og hjemmeplejen står over for implementering af DigiRehab i nærmeste fremtid.

Hjemmeplejen har aktuelt få vakante stillinger, og det tilstræbes at anvende så få vikarer som muligt.

3.2 Dokumentation

Data

OBSERVATION

Der foretages observation i 24 borgeres omsorgsjournal.

Døgnrytmeplanen

For 13 borgere fremstår døgnrytmeplanerne opdaterede og aktuelle med handlevejledende beskrivelser af den hjælp og støtte, som borgerne modtager over døgnet. Der fremgår beskrivelser af borgernes res-

sourcer og særlige opmærksomhedspunkter, som fx, at borgeren har nedsat syn, at borgeren har nedsat hukommelse, at borgeren selv gør klar til opgaven ved at stille remedier frem, og at borgeren ikke selv kan mærke behov for skift af ble. Dertil ses der beskrivelser af den pædagogiske tilgang, hvor det vurderes relevant.

For 11 borgere ses enkelte og delvise mangler, relaterede til opdatering efter ændring i hjælpen, beskrivelse af praktisk støtte, herunder hjælpen til rengøring, og hjælpen til mad, og handlevejledende beskrivelser af hjælpen til pleje.

Funktionsevnetilstande

I alle journaler fremgår funktionsevnetilstandene overordnet relevant aktiverede med beskrivelser af borgernes udfordringer på det pågældende funktionsområde.

Generelle oplysninger

I 13 journaler fremgår generelle oplysninger med relevante beskrivelser med værdi for borgerforløbet inden for områderne; mestring, motivation, ressourcer, roller, vaner, netværk og familie. I 11 journaler ses der ingen eller kun sparsomme beskrivelser.

Observationsnotater

I alle journaler ses det, at der beskrives observationer ved afvigelser i borgerens tilstand med efterfølgende beskrivelse af opfølgning. Dog konstateres der i fire journaler et enkelt eksempel på manglende dokumentation af opfølgning efter, at borgeren er beskrevet med forværring i sin helbredsmæssige tilstand. Fx konstateres der manglende opfølgning på observationer vedrørende et nødkald, som er blevet væk, rødme ved hæl og almen utilpashed.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Døgnrytmeplanerne anvendes i det daglige, hvor det tjekkes, om der er ændringer siden sidste besøg. Planerne skal indeholde beskrivelse af, hvordan hjælpen gives til alle de indsatser, borgeren modtager, fx personlig pleje, medicin, bad og håndtering af høreapparat. Borgerens ressourcer skal beskrives, og i tilfælde af, at der er særlige opmærksomhedspunkter, skal disse også beskrives, fx opmærksomhed på udskillelser, medicin eller nedsat balance.

Hjemmeplejen er i proces med at ensrette opbygningen af døgnrytmeplanerne, og der arbejdes særligt med, at planerne får en bedre struktur med overskrifter, samt at planerne beskrives kortfattede. Planerne skal opdateres ved ændringer, og de skal knyttes til tilstande.

Ved observerede ændringer i en borgers tilstand, skrives observation. Omhandler ændringen en forværring i helbredet, tages der kontakt til en kollega med højere kompetenceniveau.

Funktionsevnetilstandene anvendes særligt af social- og sundhedsassistenterne, hvis der fx er tvivl om en borgers funktionsniveau. Medarbejderne påpeger, at der kan være stor forskel på borgernes funktionsniveau i henholdsvis dag- og aftenvagt, hvilket felterne og scoringen i funktionsevnetilstandene ikke tager højde for.

Medarbejderne oplyser, at det er forskelligt i grupperne, hvorledes der triageres. I en afdeling triageres der hver dag med brug af redskaber fra "I Sikre Hænder". Andre grupper triagerer aktuelt ikke.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for området i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at dokumentationen overordnet er fyldestgørende og anvendelig i hverdagens praksis. Døgnrytmeplanerne fremstår generelt fyldestgørende og aktuelle, fraset enkelte eller delvise mangler i 11 ud af 24 journaler. Dertil er det tilsynets vurdering, at funktionsevnetilstande er aktuelle, og at observationer generelt er fyldestgørende, fraset enkelte manglende opfølgninger på beskrevet forværring i fire ud af 24 gennemgåede journaler. Generelle oplysninger ses i varierende grad udfyldt.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne på faglig og reflekteret vis kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med oprettelse, anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

3.3 Personlig pleje

Data

OBSERVATION

Tilsynet har interviewet 24 borgere. Hos alle borgerne observeres det, at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats svarer til deres behov. Borgerne fremstår soignerede og veltilpasse i overensstemmelse med deres habitus.

BORGERINTERVIEW

Ni ud af 24 borgere oplever at være fuldt ud tilfredse med hjælpen til personlig pleje i alle døgnets timer. Disse borgere oplever, at hjælpen passer til deres behov, at der er et tæt samarbejde med medarbejderne omkring hjælpen, hvortil borgerne oplever selvbestemmelse, og at der tages hensyn til deres ønsker og vaner. Flere af borgerne roser hertil både medarbejderne og planlæggerne, som altid er meget fleksible og lydhøre over for borgernes ønsker. Borgerne beskriver en tryghed ved hjælpen, at medarbejderne overholder aftaler, at hjælpen leveres af medarbejdere, som de kender, og at medarbejderne er kompetente, og at de har et godt blik for, hvilke opgaver borgerne har brug for hjælp til, og hvordan hjælpen skal gives. Borgerne italesætter kontinuitet i hjælpen, idet hjælpen leveres af et fast team af medarbejdere. Borgerne beskriver en stor tilfredshed med kvaliteten af hjælpen. Hertil beskriver enkelte af de ni borgere også, at der er en god kvalitet i hjælpen på trods af, at der indimellem kommer forskellige medarbejdere og vikarer.

15 borgere italesætter dog udfordringer på enkelte til flere områder i hjælpen til personlig pleje. Flere borgere oplever manglende kontinuitet, idet hjælpen leveres af mange forskellige medarbejdere, gældende for både dagvagt og aftenvagt. Borgerne oplever, at den manglende kontinuitet påvirker kvaliteten af hjælpen, og de beskriver samtidigt, at det er hårdt gentagende gange at skulle fortælle, hvordan hjælpen skal udføres. Flere borgere oplever også, at hjælpen i dagvagt leveres på meget forskellige tidspunkter, og enkelte borgere oplever, at besøgene ikke bliver spredt tilstrækkeligt ud over døgnet, men at nogle besøg ligger kort eller langt fra hinanden. Flere borgere oplever i aftenvagten, at medarbejderne ikke altid har sat sig ind i plejeopgaven, inden besøget leveres, hvor borgerne oplever manglende lydhørhed, hvis de vil fortælle, hvordan hjælpen skal gives. En borgers ægtefælle oplever, at aftenvagten ikke udfører håndhygiejne under besøget, og pårørende må bede aftenvagten om at vaske hænder eller spritte hænder, hvilket der ikke altid opleves lydhørhed over for. Enkelte borgere oplever lang ventetid på rette hjælp ved anvendelse af nødkald, og den ene borgers ægtefælle finder ikke arbejdsgangen med de forskellige medarbejderes ansvarsområder hensigtsmæssig i tilfælde af, at den pårørende ligger på gulvet efter fald.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at planlæggerne laver ruterne med besøg. Medarbejderne møder ind hver morgen, hvor de får deres køreplan, og medarbejderne kvitterer for besøgene undervejs. I aftenvagten er borgerne fordelt på faste ruter, som fordeles på medarbejderne. Det prioriteres, at medarbejderne i aftenvagten kører faste ruter. Dagvagterne har ikke faste ruter på samme måde som aftenvagt, hvilket de interviewede medarbejdere siger kunne være ønskeligt. Særligt social- og sundhedsassistenter oplever ikke at have faste borgere. I nogle grupper forsøges der med, at det er de samme fem medarbejdere, der kommer hos borgerne.

Medarbejderne anvender døgnrytmeplanen i forhold til, hvilken pleje der skal leveres ,og om der er kommet ændringer i hjælpen siden sidste besøg. Derudover taler medarbejderen med borgeren om behovet den pågældende dag.

Ved ændringer i helbredstilstand gives der altid væske, og der tages kontakt til en kollega med højere kompetenceniveau, som tager stilling til, om der fx skal måles værdier og kontaktes en læge.

Der afholdes faste tværfaglige møder hver morgen, inden medarbejderne kører ud. Dertil afholdes der tværfaglige møder med Visitationen, rehabiliteringsteam og sygeplejersker. I aftenvagten afholdes ingen tværfaglige møder, hvor al overlevering sker skriftligt.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at ni borgere er fuldt ud tilfredse med hjælpen til personlig pleje, og borgerne oplever, at hjælpen passer til deres behov, og at der er et godt samarbejde med medarbejderne omkring leveringen af hjælpen. Tilsynet vurderer hertil, at borgerne oplever tryghed, at aftaler overholdes, og at der opleves kontinuitet.

Samtidigt vurderes det, at 15 borgere udtrykker manglende tilfredshed på enkelte til flere områder af hjælpen til personlig pleje, omhandlende manglende kontinuitet i forhold til både tidspunkt for levering af hjælpen og medarbejdere, at medarbejderne ikke har sat sig ind i opgaven, manglende lydhørhed, hvis borgeren vil forklare plejeopgaven, og lang ventetid ved nødkald.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på en fagligt reflekteret måde kan redegøre for hjælpen til personlig pleje, og at medarbejderne udviser en faglig forståelse for arbejdet med den rehabiliterende tilgang.

3.4 Praktisk hjælp og støtte

Data

OBSERVATION

Borgernes hjem fremstår tilstrækkeligt ryddelige og rengjorte i overensstemmelse med borgernes habitus. Ligeledes fremstår borgernes hjælpemidler tilstrækkeligt rengjorte. Tilsynet kommer på besøg hos flere borgere, hvor der netop har været rengøring, hvor boligerne fremstår rene og velduftende.

BORGERINTERVIEW

16 af de 24 borgere modtager indsatser til praktisk støtte, herunder rengøring.

Borgerne oplever, at de modtager den hjælp, som de har behov for. Borgerne udtrykker generelt tilfredshed med kvaliteten af hjælpen, hvortil flere borgere beskriver et tæt samarbejde med medarbejderne i forhold til, hvordan hjælpen skal udføres. Hjælpen leveres på faste dage, og flere borgere beskriver også, hvordan hjælpen leveres af faste medarbejdere, som de kender. Flere borgere kommer også med eksempler på fleksibel hjælp, samt hvordan de inddrages i indsatsen. En borger fortæller fx om selv at gøre klar til rengøringen ved at flytte ting fra gulvet, og at dette ofte tager flere dage, idet borgeren har dårlig balance.

Tre borgere har enkelte bemærkninger til indsatsen. En borger beskriver hjælpen til rengøring som værende overfladisk, mens en anden borger italesætter, at medarbejderne ikke kan finde rengøringsremedierne, og en tredje borger oplever mange forskellige medarbejdere.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan der arbejdes rehabiliterende, når der ydes hjælp til praktisk støtte. Hvis en borger har ressourcer, der kan inddrages, men ikke selv tager initiativ, motiveres borgeren til at klare mindre opgaver.

Medarbejderne fortæller, at der er medarbejdere ansat, som kun udfører rengøring, men social- og sundhedshjælperne har også rengøring på kørelisten. Dertil leveres praktisk støtte til tøjvask og indkøb. Medarbejderne beskriver, at der ikke altid er nok tid til indsatsen *indkøb,* idet borgeren inddrages i processen, og at det for mange borgere er tidskrævende at tage stilling til indkøb til en 14 dages periode.

I tilfælde af, at der er særlig risiko for smitte i en bolig, er der klare procedurer og retningslinjer for, hvilke værnemidler der skal anvendes i forhold til den konkrete smitte. Dertil nævner medarbejderne, at de altid anvender engangsforklæde og handsker ved hjælpen til personlig pleje og rengøring.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at de besøgte hjem fremstår tilstrækkeligt ryddelige og rengjorte, svarende til borgernes habitus, og at hjælpemidler ligeledes er tilstrækkeligt rengjorte.

Tilsynet vurderer, at borgerne oplever at få den hjælp til praktisk støtte, som de har behov for. Samtidig vurderes det, at borgerne generelt udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen, men at tre borgere har en enkelt bemærkning til hjælpen vedrørende enten kontinuitet eller kvalitet.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for hjælpen til praktisk støtte og korrekt anvendelse af værnemidler.

3.5 Sundhedsfremme og forebyggelse

Data

OBSERVATION

Hos borgerne observerer tilsynet ingen sundhedsmæssige forhold, som ikke er håndteret. Der observeres forskellige eksempler på sundhedsfremmende og forebyggende tilgang. Hos en borger ses fx, at borgeren netop har fået serveret mellemmåltid. Borgeren er småtspisende, og maden er appetitligt anrettet i små skåle, og der er serveret en proteindrik til.

Under et besøg bliver en borger dårlig, og må lægge sig ned. Borgeren føler, at det snurrer i alle fingre, og at hjertet hamrer hurtigt. Borgeren har haft dårlig mave tidligere, og borgeren er nervøs og ængstelig for sit helbred. Tilsynet ringer til hjemmeplejen, efter aftale med borgeren, og kort tid efter ankommer en social- og sundhedsassistent til hjemmet. Der spørges venligt ind til borgerens symptomer, og der måles værdier.

I døgnrytmeplanerne ses beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Blandt andet ses beskrivelser af, at medarbejderne skal være opmærksomme på diabetes, blodfortyndende behandling med risiko for blødning i tilfælde af, hvis borgeren falder, at borgeren skal have sin parkinsonmedicin på præcise tidspunkter, at borgerens funktionsniveau svinger fra dag til dag, at borgeren skal have frie hæle ved lejring, og at borgeren har tendens til urinvejsinfektioner. Dog observeres enkelte tilfælde, hvor borgeren er i behandling med blodfortyndende medicin, men hvor det ikke er beskrevet som et opmærksomhedsområde i døgnrytmeplanen.

Tilsynet observerer, at en borger har en ernæringsindsats på vægtmåling, dog fremgår det ikke af dokumentationen, at borgeren er blevet vejet, eller at der har været tiltag i forhold til borgerens ernæring.

BORGERINTERVIEW

Flere borgere beskriver generelt, hvordan medarbejderne altid spørger ind til, hvordan de har det. Dertil spørger medarbejderne under plejen ind til fx observerede hudproblematikker, og medarbejderne tilbyder ofte at smøre borgerens hud med creme, eller de spørger, om de må kontakte en sygeplejerske. Desuden opmuntrer medarbejderne borgerne til at spise og drikke. En borger oplyser, at der netop på tilsynsdagen har været besøg af en medarbejder, der har hjulpet borgeren med at få taget urinprøve og herefter har bestilt en taxa til at aflevere prøven. En enkelt borger oplever ikke, at medarbejderne er observante i forhold til sundhedsproblematikker og forebyggelse. Borgeren fortæller, at medarbejderne ikke er sundhedsuddannede, og derfor ikke kan observere for sundhedsproblematikker. Tilsynet bemærker, at flere af de interviewede borgere har ressourcestærke pårørende, og flere af borgerne er pensionerede læger, og de oplever selv at kunne varetage den sundhedsfremmende og forebyggende indsats.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne kommer med forskellige eksempler på, hvordan der arbejdes med sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Hertil beskrives der fx fokus på forebyggelse af dehydrering og urinvejsinfektioner ved fx at sikre, at borgeren drikker rigeligt. Ved symptomer kontaktes en kollega med højere

kompetenceniveau. Dertil observeres der for hudproblematikker, som fx tegn på svamp og tegn på begyndende tryk. Der observeres også for madindtag og i det hele taget for borgerens velbefindende.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der tages hånd om helbredsmæssige forhold, både forebyggende, sundhedsfremmende samt ved akutte situationer, hvor medarbejderen kommer med kort varsel. Det vurderes, at der i døgnrytmeplanerne generelt beskrives særlige opmærksomhedsområder i forhold til den forebyggende indsats, fraset enkelte manglende beskrivelser angående blodfortyndende medicin. Dertil er det tilsynets vurdering, at borgerne med stor tilfredshed beskriver, hvordan medarbejderne spørger ind til deres velbefindende, og at de følger op på eventuelle helbredsmæssige problemstillinger. Dog er det tilsynets vurdering, at en enkelt borger ikke har modtaget indsats på vægtmåling, jf. visiteret indsats. Dertil vurderes det, at en enkelt borger ikke finder medarbejderne uddannede til at foretage sundhedsmæssige observationer.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for observationer og handlinger, relaterede til sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

3.6 Kommunikation og adfærd

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer i flere hjem en respektfuld og venlig kommunikation mellem medarbejdere og borgere. Medarbejderne præsenterer sig, og de oplyser om formålet med besøget. Borgerne medinddrages i beslutninger, og medarbejderne fremstår lydhøre, nærværende og anerkendende i kontakten.

BORGERINTERVIEW

Borgerne udtrykker, at de generelt oplever en venlig og respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side, og flere borgere nævner, at grundlaget for den gode kommunikation går begge veje. Borgerne fortæller, at medarbejderne præsenterer sig ved ankomst, og at de træder ind i hjemmet på en respektfuld måde. Flere af borgerne omtaler medarbejdernes kommunikation og adfærd med ord som; *"høflige", "positive", "flinke"* og *"omsorgsfulde"*. Det er borgernes oplevelse, at medarbejderne generelt er hjælpsomme og imødekommende. Flere borgere nævner, at medarbejderne ofte spørger, om der er mere, at de kan hjælpe med, inden de forlader boligen.

Fire borgere har dog enkelte bemærkninger til medarbejdernes kommunikation og adfærd. En borger oplever, at medarbejderne udviser travlhed i deres adfærd, og borgeren beskriver medarbejderne som "snurretoppe af travlhed". En anden borger, der udtrykker at være meget social og snakkesalig, oplever ikke altid, at medarbejderne har lyst til at snakke, og en tredje borger oplever ikke altid, at medarbejderne overholder aftalen om adgang til boligen, idet nogle medarbejdere blot skaffer sig adgang til boligen i stedet for at ringe på og afvente, at borgeren åbner, som det er aftalt. Den fjerde borger oplever ikke altid, at medarbejderne viser sig i stuen, hvor borgeren opholder sig, før opgaverne i fx køkkenet påbegyndes.

MEDARBEJDERINTERVIEW

De interviewede medarbejdere fortæller, at de i kommunikationen med borgerne lægger vægt på, hvordan de ankommer til borgerens hjem. Der tjekkes i Nexus, om der skal anvendes elektronisk nøgle, om borgeren selv åbner, eller om der er særlige forberedelser, fx at borgeren skal ringes op inden besøget. Medarbejderne fortæller, at de hilser pænt goddag, og at de præsenterer sig og fortæller om formålet med besøget. Medarbejderne er opmærksomme på altid at medbringe Id-kort. Fra starten af besøget forventningsafstemmes i forhold til, hvad der skal hjælpes med.

Det skrives i døgnrytmeplanen, hvis der er noget særligt vedrørende kommunikationen, fx i tilfælde af, at der skal tages en særlig pædagogisk tilgang.

Ved kognitivt svækkede borgere tales der i korte, præcise sætninger, der stilles ikke for mange spørgsmål, og der sørges for rolige rammer, så borgeren ikke bliver forvirret. Medarbejderne fortæller, at de har været på kursus i Low Arousal teori, og at de finder denne anvendelig i kommunikationen med borgeren.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, ud fra de observerede interaktioner i hjemmene, at medarbejderne har en respektfuld og venlig kommunikation og adfærd i mødet med borgerne. Det vurderes samtidigt, at borgerne generelt oplever en venlig og respektfuld kommunikation og adfærd.

Dog vurderes det, at fire borgere har bemærkninger til temaet, fx vedrørende medarbejdernes overholdelse af aftaler om adgang til boligen, præsentation ved ankomst til boligen, travlhed og mindre imødekommenhed i kommunikationen fra enkelte medarbejdere.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for, hvorledes der sikres respektfuld kommunikation og adfærd.

3.7 Rehabilitering § 83a

Data

OBSERVATION

Tilsynet gennemgår to journaler, hvor borgeren er visiteret til rehabiliteringsforløb § 83a indsats.

I begge journaler er der oprettet indsatsmål, handlingsanvisning og samlet faglig vurdering med mål og plan for indsats. Denne dokumentation ses oprettet af Visitationen og Rehabiliteringsteamet. Dog ses der ikke tydelig sammenhæng til de daglige indsatser leveret af hjemmeplejen til fx tilberedning af mad og personlig pleje, idet der ikke ses tydelig sammenhæng til mål og handlingsanvisning i de daglige observationer eller i døgnrytmeplanen.

BORGERINTERVIEW

En borger fortæller at have haft besøg af en forflytningsvejleder og en ergoterapeut, der har vist, hvordan borgeren selv skal løfte sine ben op i sengen, men dette efterleves ikke i hverdagen, idet borgeren oplever, at det tager for lang tid, så medarbejderne gør det for borgeren. Borgeren oplever, at besøget har været spild af tid, da mål for indsatsen ikke er videregivet til medarbejderne, som leverer den daglige hjælp.

Den anden borger oplever at være godt tilfreds med indsatsen. Borgeren er bevidst om mål og plan, og borgeren afventer spændt de aftalte hjælpemidler, som skal bidrage til, at borgeren kun behøver begrænset hjælp.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at der i det daglige arbejdes rehabiliterende, hvilket betyder, at medarbejderne sørger for at få borgernes egne ressourcer i spil. Som udgangspunkt skal borgerne selv gøre så meget som muligt selv. Medarbejderne italesætter dog, at det kan være svært at arbejde rehabiliterende i aftenvagten, da tilgangen er meget tidskrævende, og det kan være svært, når en medarbejder har op til 22 besøg.

Medarbejderne fortæller, at alle indsatser startes op med en § 83a indsats, og at det kun er Rehabiliteringsteamet, der starter borgeren op. Medarbejderne oplever nogle gange samarbejde med Rehabiliteringsteamet omkring mobilisering og mål herfor. Her kommer en kollega fra teamet fx med ud på borgerbesøg og instruerer medarbejderne i, hvordan der i dagvagt skal arbejdes videre med opgaverne, og dette beskrives efterfølgende i døgnrytmeplanen. I andre tilfælde kan der tages kontakt til Rehabiliteringsteamet, som iværksætter en indsats med henblik på, at borgeren skal blive selvhjulpen i fx aftagning af støttestrømper. Rehabiliteringsteamet træner borgeren til selv at varetage opgaven, og indsatsen kan derefter afsluttes.

Medarbejderne kan i mindre grad redegøre for, hvordan der arbejdes struktureret med mål, plan og opfølgning i relation til den enkelte rehabiliteringsindsats, ligesom det ikke er alle medarbejderne ved interviewet, der har en oplevelse af at samarbejde med Rehabiliteringsteamet.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der ses oprettelse af mål og plan for indsatsen ved Visitationen og Rehabiliteringsteamet. Dog vurderes det, at indsatsen ses med mindre sammenhæng til døgnrytmeplaner og de daglige dokumenterede observationer ved hjemmeplejen.

Dertil er det tilsynets vurdering, at borgerne i forskellig grad oplever sammenhæng i forløbet. En borger oplever fuld tilfredshed med rehabiliteringsindsatsen, mens en anden borger oplever mindre sammenhæng i indsatsen, idet medarbejderne ikke har tid til, at borgeren deltager aktivt i forflytningen, som planlagt. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for, hvorledes rehabilitering indtænkes i den leverede hjælp, men at medarbejderne i varierende grad kan redegøre for arbejdsgangene og samarbejdet ved §83a indsatser.

3.8 Medicinhåndtering

Data

OBSERVATION

Tilsynet gennemgår medicinhåndteringen hos 18 borgere, som har indsatser til medicindispensering og eller medicinadministration.

Dokumentation (medicinoversigten)

Alle 18 borgeres medicinlister ses opdaterede, og alle ordinationer ses med dato for ordination, beskrevet med indikation og angivelse af medicinens form. Pn medicin er angivet med antal enheder og max. døgndosis. Det er tydeligt angivet, om medicinen er fast eller pn, samt om medicinen er dosisdispenseret. Dog konstateres der følgende mangler:

- For to borgere ses op til flere præparater ikke angivet som selvadministrerende, selv om borgeren eller pårørende selv administrerer.
- For en borger ses medicin på skemaet, som borgeren ikke længere er i behandling med.
- For en borger stemmer antallet af angivne enheder i LMK ikke overens med ordination i FMK. Borgeren er i behandling med øjendråber, og borgeren skal have 1 dråbe pr. administration, men der er angivet 2 dråber pr. administration.
- For en borger er medicinens form (*tabletter*) lagt forkert ind i skemaet (*andre dispenseringer*), så antallet af tabletter ikke stemmer ved sammentælling af doseringen på det givne tidspunkt.
- To borgere mangler registrering af, om de har medicinsk CAVE.
- For to borgere er der op til flere handelsnavne, som ikke stemmer overens med handelsnavne på medicinen i aktuelbeholdningen.

Opbevaring

For alle 18 medicingennemgange ses det, at borgerens medicin, inklusiv ikke-dispensérbar medicin og ugemapper med doseret medicin, opbevares i skab eller skuffe i borgerens hjem. Medicin, som skal opbevares på køl, observeres opbevaret i beboerens køleskab. Der anvendes generelt farvede poser for adskillelse af aktuel og ikke anbrudt aktuel medicin samt adskillelse af seponeret og pn medicin. Dog observeres der følgende mangler til opbevaring:

- Hos to borgere ses ikke konsekvent anvendelse af de farvede poser eller konsekvent adskillelse af medicinen.
- Hos tre borgere ses op til flere præparater i beholdningen, som har overskredet holdbarhedsdatoen. I to af tilfældene er det medicin, som opbevares i gul pose for seponeret medicin, og i et

tilfælde gælder det to præparater, som er doserede i æsker, og fire præparater i posen for ikke anbrudt aktuel medicin.

Risikosituationslægemidler

Flere borgere er i medicinsk behandling med et eller flere risikosituationslægemidler. I de fleste døgnrytmeplaner er der gjort opmærksom på, at borgeren er i behandling for fx diabetes eller med blodfortyndende medicin. I enkelte tilfælde er der på medicinskemaet i bemærkningsfeltet gjort opmærksom på, at lægemidlet er et risikosituationslægemiddel. Dog konstaterer tilsynet følgende mangler til risikosituationslægemidler:

- En borger, der er i behandling med blodfortyndende medicin, hvor dosering er blodprøveafhængig, får på tilsynsdagen doseret ud fra en tidligere ordination. Det ses ikke af dokumentationen, at behandlingsplanen er opdateret efter sidste blodprøve, som blev taget tre uger forinden tilsynet.
- For en borger, der er i behandling med blodfortyndende medicin, ses der i dokumentationen ikke beskrivelse af plan og aftaler med den behandlingsansvarlige læge.
- For en borger, der er i behandling med stærkt smertestillende medicin, ses ikke fyldestgørende beskrivelse af smerteproblematikken samt plan og aftaler med den behandlingsansvarlige læge.
- For tre borgere, som er i behandling med insulin, ses sammenfattende for hver enkelt borger følgende mangler:

  Borger 1)

  Insulin mangler anbrudsdato.

  Flere kvitteringer for insulin på en 14 dages periode op til tilsynsdagen er udført på tidspunkter, der ikke stemmer overens med ordination. Der ses kvitteringer frem til kl.11.45. Borgers ordination på insulin er kl. 8.

  I en 14 dages periode op til tilsynsdagen ses der målt et BS, som overskrider tærskelværdien for øvre grænse, og der ses ikke, at der er taget kontakt til lægen, jf. behandlingsplanen, som er beskrevet i skemaet: Målinger.

  Borger 2)

  Fast insulin pen og pn hurtigtvirkende insulin ses ikke adskilt, men opbevaret i samme kurv. Der ses ikke navn og anbrudsdato på hurtigtvirkende insulin.

  Der ses ikke en fyldestgørende beskrivelse af tærskelværdier i handlingsanvisning på BS-måling, dog ses der tærskelværdier indsat under skemaet: Målinger.

  Der ses manglende kvittering i 1 ud af 14 dage.

  I en 14 dages periode op til tilsynsdagen ses der målt et BS, som overskrider tærskelværdierne, hvortil det ikke fremgår af dokumentationen, hvordan borgeren har det, og om der er givet pn insulin, jf. behandlingsplanen, som er beskrevet i medicinskemaet.

  Borger 3)

  Der ses manglende kvittering på insulin i to ud af 14 dage op til tilsynsdagen.

  I en 14 dages periode op til tilsynsdagen ses der målt et BS, der overskrider tærskelværdierne, hvortil det ikke fremgår af dokumentationen, hvordan borgeren har det, og om der er givet pn insulin, jf. behandlingsplanen, som er beskrevet i handlingsanvisningen.

Dispensering af medicin

Der konstateres følgende mangler:

- Hos en borger ses ikke overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne, idet et medicinsk præparat er løbet tør undervejs i doseringen. Der er således planlagt efterdosering af seks æsker, hvori der mangler to tabletter i hver. Det ses, at doseringsæskerne er vendt med bagsiden op i ugemappen, og at der er lagt en papirlap oven på æskerne med beskrivelse af, at der mangler tabletter i æskerne.
- Hos to borgere ses manglende navn og CPR-nummer på hhv. en og to doseringsæsker.

Administration af medicin

Der ses ved størstedelen af borgerne kvittering for administration af tabletter og ikke-dispensérbar medicin med kun enkelte udfald over en 14 dages periode. Dog fremhæves følgende mangler:

- Hos en borger ses generelt manglende kvittering på administration af øjendråber og stikpille.
- Hos en borger ses manglende kvittering i 3 ud af 14 dage i dagvagt, og i 9 ud af 14 dage i aftenvagt.
- Hos en borger ses sporadiske kvitteringer for medicin (medicinsk salve), som ifølge borgeren ikke er en aktuel behandling.

BORGERINTERVIEW

De 18 borgere giver udtryk for generelt at være tilfredse med og trygge ved medarbejdernes håndtering af deres medicin. Enkelte borgere har dog bemærkninger til medicinhåndteringen. En borger har oplevet medarbejdere, som borgeren ikke var helt tryg ved, idet det viste sig, at medarbejderne ikke havde prøvet at administrere medicinen før. Borgeren får særlig medicin via infusionspumpe, som kræver særligt kendskab. En anden borger har oplevet, at medarbejderen glemte at udlevere dagens doseringsæske.

MEDARBEJDERINTERVIEW

De interviewede medarbejdere fortæller, at borgernes medicin opbevares i skab i egen bolig. Systematik i opbevaringen sikres ved anvendelse af posesystem til adskillelse af aktuel og ikke aktuel medicin. Dertil sikres det, om medicinen fx. skal opbevares i køleskab.

Ved dispensering anvendes tjekliste. FMK opdateres, ordinationer tjekkes igennem, datoer tjekkes, der eftertælles og dokumenteres. Der sikres CPR-nummer og navn på æsker, præparatet tjekkes for dosis, der anvendes farvede poser til opbevaring, og ved manglende medicin bestilles denne, samt der skrives seddel til borgeren om, hvilken medicin der skal hentes på apoteket.

Der arbejdes ikke med efterdosering, og der doseres kun til de dage, der er medicin til.

Ved administration af medicin tælles tabletter, og observerer medarbejderen uregelmæssigheder i doseringen, kontaktes en kollega med højere kompetenceniveau med det samme. Når medicinen er set indtaget, kvitteres der på Nexus mobil, hvor medarbejderne ofte oplever udfordringer med netværket. Medarbejderne giver udtryk for ikke at kende til risikosituationslægemidler.

Tilsynets vurdering – 2

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der er væsentlige mangler i opfyldelsen af målepunkterne til medicinhåndteringen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats at rette op på. Det er tilsynets vurdering, at manglerne vedrører alle målepunkter inden for medicinhåndteringen, men at de alvorligste mangler tilskrives risikosituationslægemidler og opbevaring. Det er dog tilsynets vurdering, at borgerne generelt er tilfredse med medarbejdernes hjælp. Dertil er det tilsynets vurdering, at de interviewede medarbejdere overordnet kan redegøre for arbejdsgange ved medicinadministration og dispensering, men at de ikke har kendskab til risikosituationslægemidler.

4. Tilsynets formål og metode

4.1 Formål

Formålet med tilsyn er at afdække, hvorvidt der er sammenhæng mellem de beskrevne og vedtagne rammer og den praksis, der udføres på stedet samt at bidrage til den løbende udvikling og kvalitetsforbedring af tilbuddets rammer og indhold.

Sammenfattende er formålet med de uanmeldte tilsyn at:

- Kontrollere og belyse, om der i forhold til ældreområdet er sammenhæng mellem den konkrete afgørelse, der er truffet for den enkelte borger og de ydelser, der leveres til den enkelte.
- Kontrollere og belyse, om der er sammenhæng mellem de udmeldte rammer og den praksis, der findes på det enkelte tilbud.
- Kontrollere, om der på det enkelte tilbud udføres forsvarligt fagligt arbejde i forhold til borgerne, og at gældende lovregler, kvalitetsstandarder, serviceniveau og administrative retningslinjer efterleves.
-
- Understøtte en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne gennem en anerkendende og konstruktiv tilgang til medarbejdere og ledelse.
- Skabe grundlag for refleksion over egen praksis hos både medarbejdere og ledelse.
- Afdække styrker og forbedringsmuligheder i tilbuddenes måde at håndtere opgaverne på, og identificere potentielle udviklingsmuligheder.

4.2 Metode

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets resurser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 Vurderingsskema

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
Score: 4	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne • En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne • Få elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
Score: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne • Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

Om BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejehjem, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.

Relateret document 2/18

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport PUK Hjemmehjælp 2023-Gentofte-Endelig rapport.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport PUK Hjemmehjælp 2023-Gentofte-Endelig rapport**
Dokument ID:	**5278241**

Tilsynsrapport Gentofte Kommune

Den private hjemmeplejeleverandør PUK

Uanmeldt tilsyn
Oktober 2023

Indhold

Indhold 2
Forord 3
1. Formalia 4
2. Vurdering 5
2.1 Tilsynets vurderinger 5
2.2 Tilsynets anbefalinger 6
3. Datagrundlag 8
3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder 8
3.2 Dokumentation 9
3.3 Personlig pleje 11
3.4 Praktisk hjælp og støtte 12
3.5 Sundhedsfremme og forebyggelse 13
3.6 Kommunikation og adfærd 13
3.7 Rehabilitering § 83a 14
3.8 Medicinadministration 15
4. Tilsynets formål og metode 17
4.1 Formål 17
4.2 Metode 17
4.3 Vurderingsskema 18
Om BDO 19

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

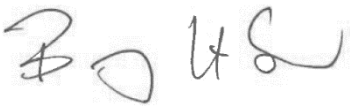
Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om den konkrete enhed.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer, observationsstudier og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

Tilsynets form, indhold, metode og afvikling er afstemt med kommunen.

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen



Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 28 10 56 80
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Mette Norré Sørensen
Director
Mobil: 41 89 04 75
Mail: meo@bdo.dk
Projektansvarlig

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

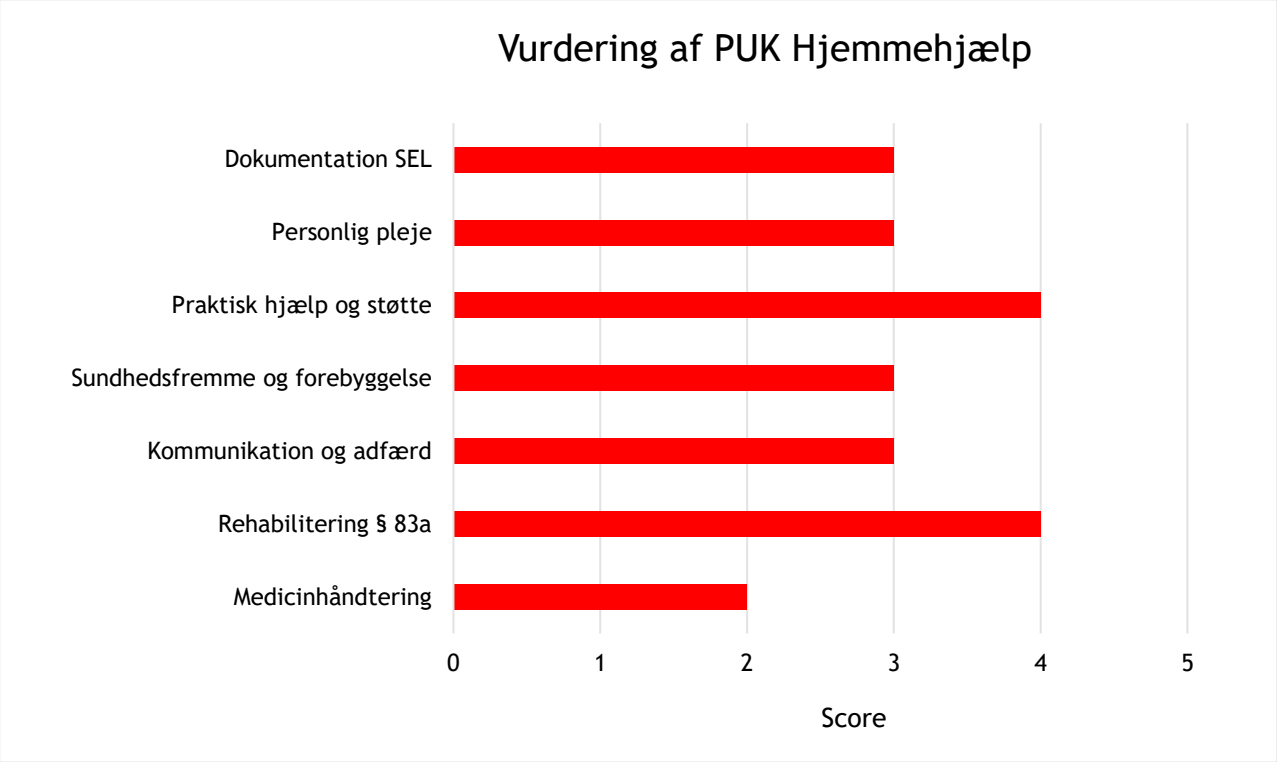
1. Formalia

Oplysninger om hjemmeplejen og tilsynet
Navn og adresse: PUK's Hjemmehjælp, Mesterlodden 1, 2920 Gentofte
Leder: Puk Ervolder
Dato for tilsynsbesøg: Den 25. oktober 2023
Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med ledelse • Tilsynsbesøg hos tre borgere • Gennemgang af dokumentation • Gennemgang af medicinadministrationen • Gruppeinterview med to medarbejdere (to ufaglærte medarbejdere) Fordelingen af borgere er foretaget således: • En borger, der modtager hjælp mellem 2-8 timer i dagtimer • En borger, der modtager hjælp mellem 2-8 timer i dag- og aftentimer samt medicinadministration • En borger, der modtager hjælp i mere end 8 timer i dag- og aftentimer samt medicinadministration Borgere, der indgår i tilsynet, har givet deres accept til at indgå i tilsynet samt givet samtykke til, at den tilsynsførende gennemgår personlige data. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Karin Kappel, Senior Manager og sygeplejerske

2. Vurdering

2.1 Tilsynets vurderinger

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation SEL

Det er tilsynets vurdering, at der ved gennemgangen af dokumentationen forekommer en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats, som særligt retter sig mod at sikre, at borgernes døgnrytmeplaner fremstår handlingsanvisende beskrevet, at de indeholder beskrivelser af borgernes ressourcer og relevante sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Endvidere fremstår funktionsevnetilstandene ikke konsekvent opdaterede og aktuelle, og borgernes journaler mangler handlingsanvisninger i forhold til de opgaveoverdragede sundhedslovsydelser omkring medicinadministration. Tilsynet vurderer imidlertid, at medarbejderne på tilfredsstillende vis kan redegøre for leverandørens arbejdsgange omkring dokumentationsarbejdet, herunder muligheder for faglig sparring.

Personlig pleje

Tilsynet vurderer, på baggrund af observationer i borgernes hjem, at borgerne tildeles hjælp, svarende til deres habitus, hvilket borgerne bekræfter i forbindelse med interview, hvor borgerne tilkendegiver tilfredshed med den visiterede hjælp. Borgerne udtrykker generelt oplevelsen af god kontinuitet i plejen, idet de har fast tilknyttede medarbejdere, men to borgere er mindre tilfredse, når hjælpen leveres af afløsere i weekenden.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne udviser faglig forståelse for, hvorledes den personlige pleje tilrettelægges med borgernes individuelle ønsker og vaner som omdrejningspunkt. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for tryghedsskabende faktorer og betydning af kontinuitet i samarbejdet med borgerne. Medarbejderne udviser usikkerhed i forhold til ufaglærte medarbejderes ansvars- og kompetenceområde.

Praktisk hjælp og støtte

Det er tilsynets vurdering, at borgernes boliger og hjælpemidler generelt fremstår renholdte, hvilket borgerne generelt også tilkendegiver tilfredshed omkring. En borgers bolig fremstår med præg af manglende struktur, men medarbejderne er opmærksomme på at tilbyde borgeren støtte til de praktiske opgaver. En borger er ikke fuldt ud tilfreds med den praktiske hjælp, idet borgeren ikke synes, at hjælpen er grundig nok. Tilsynet vurderer, at medarbejderne ligeledes kan redegøre for deres arbejdsgange, relaterede til de praktiske opgaver.

Sundhedsfremme og forebyggelse

Det er tilsynets vurdering, at der i forbindelse med borgerbesøgene er taget hånd om borgernes synlige sundhedsmæssige risici på trods af, at de ikke fremgår af dokumentationen. Tilsynet vurderer, at borgerne oplever, at medarbejderne har fokus på sundhedsfremmende og forebyggende tiltag. Derudover vurderer tilsynet, at medarbejderne med en del støtte fra tilsynet kan redegøre tilfredsstillende for området.

Kommunikation og adfærd

Det er tilsynets vurdering, at der ved tilsynsbesøget i en bolig, og ved observation af kontorpersonalets kommunikation, føres en respektfuld og imødekommende kommunikation, hvilket borgerne også beskriver. Det er yderligere tilsynets vurdering, at medarbejderne generelt kan redegøre for en ligeværdig og individuel kommunikation til borgerne, men at de mangler viden i relation til at redegøre fyldestgørende for kommunikationen med kognitivt svækkede borgere.

Rehabilitering § 83a

Det er tilsynets vurdering, at leverandøren på nuværende tidspunkt varetager enkelte forløb omhandlende den vedligeholdende træning, herunder § 83a forløb, og at ledelsen løbende er i dialog med Gentofte Kommune omkring den generelle opgavevaretagelse. Ingen af de interviewede medarbejdere har aktuelt borgere i §83a-forløb, men de kan overordnet redegøre for snitfladerne i samarbejdet med kommunens træningsteam. Medarbejderne kan imidlertid ikke med overbevisning redegøre for den rehabiliterende tilgang.

Medicinadministration

Tilsynet vurderer, at der i to udvalgte borgeres medicinhåndtering er flere uafklarede forhold, som har betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, og som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes. Borgerne er trygge ved medicinhåndteringen. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre tilfredsstillende for kontrol af antal tabletter i forbindelse med medicinadministration, og de kan beskrive kontakt til hjemmesygeplejen ved afvigelser. Medarbejderne fremstår dog med manglende sikkerhed i deres fremlæggelse af, om medarbejderen altid skal sikre, at borgeren indtager medicinen. Ligeledes vurderer tilsynet, baseret på udtalelser fra de interviewede medarbejdere, og efterfølgende drøftelser med leverandørens sygeplejersker, at leverandørens arbejdsgange vedrørende oplæring i opgaveoverdragede indsatser, er forbundet med usikkerhed omkring den enkelte medarbejders reelle kompetencer.

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:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter tiltag, som sikrer, at dokumentationen til enhver tid lever op til gældende retningslinjer for området, herunder:
    - At døgnrytmeplanen indeholder handlevejledende beskrivelser af de opgaver, der varetages i borgernes hjem, hvortil der også sikres beskrivelser af borgernes ressourcer og behov for sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

- At kontaktpersonerne, som planlagt, i højere grad inddrages i udarbejdelsen og opdateringen af borgernes døgnrytmeplaner, så det ikke er medarbejderne på kontoret, der primært udarbejder og opdaterer døgnrytmeplanerne.
- At funktionsevnetilstande sikres opdaterede og aktuelle.
- At der oprettes relevante handlingsanvisninger på alle opgaveoverdragede sundhedslovsydelser

2. At borgerne sikres størst mulig kontinuitet, og at alle vikarer har tilstrækkelig viden om borgernes behov forud for levering af hjælpen.
3. At medarbejderne er bevidste om eget ansvars- og kompetenceområde, og at de ved, hvornår der skal inddrages højere faglige kompetencer.
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter fokus på, at alle medarbejderne, herunder ufaglærte, har tilstrækkelig viden om udførelsen af de plejefaglige og praktiske opgaver med afsæt i en sundhedsfremmende og forebyggende tilgang. Dette til sikring af størst mulig kvalitet i opgaveløsningen og tilfredshed hos borgerne.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter fokus på, at alle medarbejdere, herunder ufaglærte, har tilstrækkelig viden om kommunikationen med borgere med kognitive udfordringer.
6. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter tiltag, som sikrer, at medarbejderne har viden om og kan tilrettelægge hjælpen til borgerne ud fra en rehabiliterende tilgang.
7. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter en skærpet opmærksomhed på medicinområdet, og at de sikrer, at medicinadministrationen til enhver tid lever op til lovgivningen og kommunens retningslinjer for området, herunder:
   - At de uafklarede forhold omkring to udvalgte borgeres medicin afklares.
   - At der sikres konsekvent kvittering for ydelsen medicinadministration.
   - At medicinen ses indtaget, hvis borgeren er visiteret til medicinadministration.
   - At medarbejderne sikres tilstrækkelig viden om retningslinjerne for medicinadministration.
   - At medarbejdernes oplæring i varetagelse af opgaveoverdragede kvalitetssikres, dokumenteres og sikres opfølgning.

3. Datagrundlag

3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder

Data

Ledelsen:

Den private leverandør PUK modtog ved sidste års tilsyn anbefalinger i relation til dokumentationen, en specifik borgers utilfredshed omkring leveringstidspunkt for hjælpen, medarbejdernes manglende viden om indberetning af utilsigtede hændelser, manglende kompetencer i forhold til hygiejne samt forebyggelse af forstyrrelser i forbindelse med udførelse af plejen.

Ledelsen beskriver, i forhold til anbefalingen vedrørende dokumentationen, at der er afholdt et heldagsmøde for alle faste medarbejdere efter sidste tilsyn, hvor tilsynets fund er gennemgået, herunder afvigelser i døgnrytmeplanerne. Hertil er leverandørens introduktionsprogram opdateret, og der er tilføjet yderligere introduktion til dokumentationsarbejdet.

Leverandøren har en sygeplejerske ansat på kontoret, som sikrer opdatering af dokumentationen på baggrund af medarbejdernes tilbagemeldinger. Ledelsen har netop opstartet journalgennemgang hver tredje måned, hvor de faste medarbejdere, sammen med sygeplejersken, gennemgår døgnrytmeplanerne for deres borgere, og hvor de i den forbindelse sikrer opdatering.

I forhold til anbefalingen vedrørende en specifik borgers utilfredshed med tidspunktet for levering af hjælpen beskriver ledelsen, at det altid tilstræbes at imødekomme borgernes ønsker. Ledelsen fortæller desuden, at der har været en dialog med den specifikke borger, hvorefter borgeren igen var tilfreds.

I relation til anbefalingen vedrørende medarbejdernes viden om leverandørens arbejdsgange i forhold til indberetning og opfølgning på utilsigtede hændelser, italesætter ledelsen, at utilsigtede hændelser er drøftet på heldagsmødet med medarbejderne efter sidste tilsyn. Medarbejderne bliver desuden introducerede til arbejdsgangene omkring indberetning af utilsigtede hændelser i forbindelse med ansættelsen. Det er leverandørens sygeplejersker, som sikrer indrapportering af utilsigtede hændelser og identificerer udviklingsområder i tilknytning hertil. Sygeplejerskerne formidler disse udviklingsområder til medarbejderne enkeltvis eller i forbindelse med undervisningsseancer. Der afholdes ikke faglige møder med fast frekvens, men ledelsen prioriterer i stedet at samle tre-fire medarbejdere ad gangen, hvis der skal formidles ny viden eller information. Leverandøren har desuden læringsrum med lift, plejeseng og træningsdukke til rådighed, som kan anvendes i forbindelse med undervisningen.

I forhold til anbefalingen vedrørende sikring af korrekt håndhygiejne beskriver ledelsen, hvordan medarbejdere introduceres til de hygiejniske retningslinjer i forbindelse med introduktionen. Desuden suppleres der med løbende undervisning, hvor ledelsen beskriver, at de ofte bruger læringsvideoer fra YouTube. Ledelsen orienterer om, at det er leverandørens sygeplejersker, der er ansvarlige for den løbende implementering af de hygiejniske retningslinjer.

I tilknytning til anbefalingen, omhandlende forebyggelse af forstyrrelser under plejeforløb, beskriver ledelsen, at der er foretaget en forventningsafstemning med medarbejderne, hvor det er understreget, at der fra ledelsens side ingen forventning er om, at man tager telefonen under udførelse af personlig pleje. Hertil beskriver ledelsen, at kontoret primært anvender sms'er i kontakten med medarbejderne, og at de kun i tilfælde af nødkald ringer medarbejderen op.

Ledelsen beskriver i tillæg til opfølgning på sidste år tilsyn, at leverandøren aktuelt har fokus på at gen-implementere de faste triageringsmøder. Ledelsen beskriver, at der før Corona blev afholdt kontinuerlige triagemøder, men at disse endnu ikke er iværksat. Ledelsen ønsker i forbindelse med gen-implementeringen at forbedre strukturen på møder, så de fremadrettet afholdes for en mindre gruppe medarbejdere og eventuelt suppleres med undervisning, når medarbejderne i forvejen er samlet på kontoret. Aktuelt er det leverandørens sygeplejersker, der opdaterer triageværdien i borgerens journal på baggrund af den enkelte medarbejders tilbagemeldinger. Leverandøren anvender i udgangspunktet Gentofte Kommunes arbejdsgangsbeskrivelse i forhold til triagering, men de har ikke modtaget introduktion hertil.

Ledelsen beskriver ligeledes et fokus på rehabilitering og hjælpemidler. Ledelsen afholder ugentlige møder med træningsteamet i Gentofte Kommune, hvor borgere med rehabiliteringspotentiale identificeres. Ledelsen beskriver, at leverandørens medarbejdere ikke er involverede i selve §83a forløbet, men indimellem inviteres til at overvære, hvordan terapeuterne arbejder med borgerne i et hjem, f.eks. i forbindelse med bad.

Ledelsen beskriver desuden, hvordan leverandøren har afviklet et Trivselsforløb for medarbejderne, bestående af tre workshops, som blev faciliteret af en ekstern konsulent. Trivselsforløbet har haft en positiv effekt på arbejdsmiljøet hos leverandøren, og det beskrives, hvordan samarbejdet på tværs af vagtlagene er forbedret. Ledelsen oplyser, at der efter forløbet blev gennemført en evaluering, hvor medarbejderne udtrykte behov for yderligere faglig sparring, faglige møder og kompetenceudvikling. Ønsker, som ledelsen vil imødekomme, bl.a. gennem opstart med triagering og undervisning.

I forhold til rekruttering og fastholdelse har ledelsen et kontinuerligt fokus på de forhold, som medarbejderne efterspørger. Leverandøren har eget vikarbureau, og ufaglærte medarbejdere opfordres efter to års ansættelse til at tage den afkortede SOSU-uddannelse. Aktuelt har leverandøren fire medarbejdere i forløbet, og seks medarbejdere er tilmeldt næste forløb. Ledelsen oplever et godt samarbejde med Gentofte Kommune, som leverandøren har kontinuerlige samarbejdsmøder med.

3.2 Dokumentation

Data

OBSERVATION

Der foretages observation i tre borgeres omsorgsjournaler.

Døgnrytmeplanen

Døgnrytmeplanerne ses generelt ajourførte og indeholder beskrivelser af de servicelovsindsatser, som borgerne modtager. I forhold til to borgere ses dog oplysninger, som ikke længere er relevante, f.eks. oplysninger om, at en borger er i behandling med risikosituationslægemiddel mod stærke smerter, hvilket ikke længere er tilfældet, og en anden borger forflytter sig via rollator, hvilket heller ikke er tilfældet, jf. en medarbejders beskrivelse. I andre tilfælde ses det, at værdifulde oplysninger mangler at blive beskrevet, herunder f.eks., at en borger ikke kan benytte badet i eget hjem, og derfor tilbydes bad uden for eget hjem to gange om ugen.

En døgnrytmeplan fremstår handlingsanvisende og individuelt beskrevet, bl.a. udførlige beskrivelser af, hvordan borgeren forflyttes. Der ses desuden beskrivelser af individuelle hensyn, bl.a. at borgeren skal spørges om, hvad borgeren ønsker at spise til alle måltider, og det fremgår af døgnrytmeplanen, hvilke ting borgeren skal have tilgængeligt hos sig, inden hjemmet forlades, f.eks. telefon og oplader. Desuden ses udførlige beskrivelser af borgerens ressourcer under feltet 'borgerens indsats', bl.a., at borgeren selv kan børste tænder, hvor tandbørsten gøres klar, og at borgeren selv kan deltage ved vendinger i sengen.

To døgnrytmeplaner fremstår med manglende handlingsanvisninger, bl.a. beskrivelse af støtten til bad hos begge borgere, hvoraf den ene borger er svær at motivere til bad, og ofte frasiger sig hjælpen, og den anden borger aktuelt har brud på en nakkehvirvel og derfor bærer specialkorset. Ingen af døgnrytmeplanerne uddyber, hvordan borgernes bad tilrettelægges, hvordan borgerne motiveres, og om der er særlige hensyn i forbindelse med badet.

De to døgnrytmeplaner indeholder desuden sparsomme beskrivelser af de to borgeres ressourcer, og der konstateres på baggrund af tilsynets observationer i borgernes hjem også mangler i forhold til beskrivelserne af de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i hjemmene. I en tidligere hjemløs borgers hjem er der manglende struktur og stort behov for sanering af affald. Borgeren er svær at motivere til støtte til oprydning, men døgnrytmeplanen indeholder ingen beskrivelser af, hvordan man forsøger at motivere borgeren. I relation til samme borger mangler døgnrytmeplanen beskrivelser af indsatser i relation til hyppige fald, alkoholmisbrug og underernæring, og i forhold til sidstnævnte fremgår det blot under tilberedning af morgenmad 'obs, at borger er underernæret'.

I forhold til den anden borger, som er svært påvirket af nær pårørendes død for få måneder siden, fremgår der ikke oplysninger herom i døgnrytmeplanen.

Funktionsevnetilstande

Der foreligger ajourførte og aktuelle funktionsevnetilstande på en ud af tre borgere.

I to tilfælde ses flere funktionsevnetilstande med manglende opdatering, hvoraf flere ikke er opdaterede siden 2021.

Generelle oplysninger

Leverandørens sygeplejersker og ledelse beskriver, at det ikke er leverandørens ansvar at udfylde generelle oplysninger, og at der derfor ikke er en praksis herfor. Generelle oplysninger udfyldes, ifølge leverandøren, af Visitationen og hjemmesygeplejen.

Handlingsanvisning på opgaveoverdragede sundhedslovsydelser:

To borgere er visiterede til medicinadministration to gange dagligt. I den forbindelse konstaterer tilsynet, at der ikke foreligger en handlingsanvisning relateret til opgaven. Leverandørens sygeplejerske oplyser, at det netop er aftalt med Gentofte Kommune, at samtlige overdragede sundhedslovsopgaver skal gennemgås med henblik på, om der foreligger en handlingsanvisning, idet der er identificeret udfordringer på dette område.

Observationsnotater:

I alle tre journaler fremgår der tilfredsstillende opfølgninger på observationsnotaterne, f.eks. beskrivelser af, at det er lykkedes af motivere en borger til bad.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan døgnrytmeplanen udarbejdes i forbindelse med visitation til startpakken ved nye borgere.

Vagtplanlæggerne på kontoret justerer planerne løbende på baggrund af medarbejdernes tilbagemeldinger. Medarbejderne oplever, at der indimellem afsættes tid til gennemgang af døgnrytmeplanerne, hvortil medarbejderne oplever gode sparringsmuligheder på kontoret. Døgnrytmeplanerne anvendes primært som arbejdsredskab i relation til borgere, som medarbejderne er mindre kendte med. Medarbejderne beskriver i den forbindelse, at døgnrytmeplanen er særligt værdifuld hos borgere med kognitiv svækkelse eller hos borgere, som af andre årsager ikke selv kender Visitationens udmåling af hjælpen. Døgnrytmeplanerne er tilgængelige for afløsere og vikarer, enten via udleveret arbejdstelefon eller i udprintet form.

Medarbejderne kan i tilfredsstillende grad redegøre for indholdet i borgernes døgnrytmeplaner, herunder beskrives alle de opgaver, som borgeren skal have hjælp til, borgerens rutiner og vaner og individuelle behov, herunder hvordan man motiverer borgeren til hjælpen. Beskrivelserne skal være beskrevet tilstrækkeligt handlevejledende, så en anden kollega kan udføre opgaverne på samme vis.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der ved gennemgangen af dokumentationen forekommer en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats, som særligt retter sig mod at sikre, at borgernes døgnrytmeplaner fremstår handlingsanvisende beskrevet, indeholder beskrivelser af borgernes ressourcer samt relevante sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Endvidere fremstår funktionsevnetilstandene ikke konsekvent opdaterede og aktuelle, og borgernes journaler mangler handlingsanvisninger i forhold til de opgaveoverdragede sundhedslovsydelser omkring medicinadministration. Tilsynet vurderer imidlertid, at medarbejderne på tilfredsstillende vis kan redegøre for leverandørens arbejdsgange omkring dokumentationsarbejdet, herunder muligheder for faglig sparring.

3.3 Personlig pleje

Data

OBSERVATION

Ved alle tre borgerbesøg konstaterer tilsynet, at borgernes tilstand svarer til borgernes livsstil og habitus.

BORGERINTERVIEW

Alle tre borgere tilkendegiver, at den hjælp, de modtager til plejen, er svarende til deres behov, samt at kvaliteten af hjælpen er af en tilfredsstillende karakter, hvori deres egne ønsker og vaner generelt respekteres og imødekommes. Borgerne oplever, at de modtager den hjælp, der er aftalt, og at de generelt modtager hjælpen til tiden, samt at det hovedsageligt er de samme medarbejdere, som er tilknyttede borgerne.

To borgere oplever, at kvaliteten af hjælpen er mindre god, når den varetages af afløsere, hvilket primært er i weekenden. En borger, som får hjælp til praktiske opgaver tidligt om morgenen oplever, at afløsere ofte først ankommer senere på formiddagen, hvor borgeren har forladt sin bolig for at sælge aviser. En anden borger beskriver, at afløserne i weekenden ofte virker uengagerede og indimellem forsøger at undgå at udføre opgaver, f.eks. tilbyde borgeren toiletbesøg.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør for, hvordan de sikrer, at borgerne modtager den pleje og støtte, som de har behov for, hvortil døgnrytmeplanen anvendes, hvis de ikke kender borgeren. Der arbejdes med kontaktpersonsordning, og medarbejderne oplever, at de hver dag tildeles deres faste borgere. Medarbejderne beskriver, hvordan netop fasttilknyttede medarbejdere skaber tryghed for borgerne, hvortil medarbejderne tilføjer, at også måden, hvorpå borgerne bliver mødt, og i hvilken grad borgernes ønsker bliver opfyldt, bidrager til borgernes tryghed.

I forbindelse med opstart af nye borgere afklares det i samarbejde med borgerne, hvordan de ønsker hjælpen tilrettelagt, bl.a. ønsket leveringstidspunkt. Medarbejderne forsøger at imødekomme alle ønsker samt at tage hensyn til borgernes aftaler, f.eks. om genoptræning på Tranehaven. I forbindelse med opstart af nye borgere sikrer medarbejderne en tæt dialog med vagtplanlæggerne på kontoret, så borgerens ønsker afspejles i planlægningen.

I forbindelse med besøg i borgernes hjem foretager medarbejderne observationer, og hvis der observeres ændringer i borgernes helbredsmæssige tilstand, ageres der generelt herpå ved at kontakte kontoret, som rådgiver medarbejderne i forhold til, hvordan de skal handle i situationen. En medarbejder beskriver dog under interview en situation i en borgers hjem, hvor medarbejderen har påtaget sig en rådgivningsopgave omkring en medicinsk behandling hos en borger igennem en uge, før medarbejderen kontakter en sygeplejerske. Borgeren er ikke i forvejen tilknyttet hjemmesygeplejen, og medarbejderen har undervejs haft relevante faglige overvejelser og truffet de rigtig beslutninger, men idet medarbejderen er ufaglært, udviser medarbejderen ikke tilstrækkelig bevidsthed om eget ansvars-og kompetenceområde.

Medarbejderne beskriver, at der ikke er faste møder eller triagemøder hos leverandøren, men at medarbejderne taler individuelt med det sygeplejefaglige planlæggerteam på kontoret. Det er ligeledes vagtplanlæggerne, der varetager triagen på baggrund af medarbejdernes informationer om borgernes aktuelle tilstand. Borgerne gennemgås ikke systematisk, og triagefarven ændres kun, hvis medarbejderne orienterer vagtplanlæggerne om aktuelle ændringer i borgerens tilstand.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, på baggrund af observationer i borgernes hjem, at borgerne tildeles hjælp, svarende til deres habitus, hvilket borgerne bekræfter i forbindelse med interview, hvor borgerne tilkendegiver

tilfredshed med den visiterede hjælp. Borgerne udtrykker generelt oplevelsen af god kontinuitet i plejen, idet de er tilknyttet faste medarbejdere, men to borgere er mindre tilfredse, når hjælpen leveres af afløsere i weekenden.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne udviser faglig forståelse for, hvorledes den personlige pleje tilrettelægges med borgernes individuelle ønsker og vaner som omdrejningspunkt. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for tryghedsskabende faktorer og betydning af kontinuitet i samarbejdet med borgerne. Medarbejderne udviser usikkerhed i forhold til ufaglærte medarbejderes ansvars- og kompetenceområde.

3.4 Praktisk hjælp og støtte

Data

OBSERVATION

To boliger fremstår tilstrækkeligt renholdte og ryddelige, ligeledes fremstår borgernes hjælpemidler renholdt. En bolig fremstår med præg af manglende struktur, og den er meget rodet. Tilsynet oplyses, at borgeren er svær at motivere til oprydning, men at der gøres forsøg på daglig basis.

BORGERINTERVIEW

Borgerne er generelt tilfredse med hjælpen til de praktiske opgaver.

En borger, som bor meget rodet, fortæller, at medarbejderne støtter borgeren i at få smidt affald og madrester ud. Borgerne beskriver faste hjælpere og faste tider til rengøring. En borger fortæller supplerende, at kontoret altid giver besked ved forsinkelser.

En borger synes, at rengøringen kunne være bedre. Borgeren tilkendegiver, at der er flere småting, der ikke bliver taget hånd om, f.eks. bliver paneler ikke tørret af i forbindelse med gulvvask, og vaskemaskinen tørres ikke af med en klud i forbindelse med rengøring af badeværelset m.v.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne kan redegøre for deres overvejelser i forbindelse med hjælpen til praktiske opgaver, hvor de tager udgangspunkt i at levere de ydelser, som borgerne er visiterede til, f.eks. ved at orientere sig i døgnrytmeplanen for den praktiske hjælp. Medarbejderne fortæller, at nogle borgere indimellem kan forvente mere, end det er muligt at levere inden for rammen af kommunens serviceniveau, hvortil medarbejderne på en ordentlig måde forklarer borgerne, hvad de er berettiget til.

En medarbejder fortæller, at der i et meget rodet hjem er opmærksomhed på at motivere borgeren til at få smidt lidt affald ud hver dag, hvortil medarbejderne nævner, at det er afgørende for borgerens motivation, at besøget varetages af en medarbejder, som borgeren har tillid til. Medarbejderen fortæller desuden, at rengøringsstandarden i køkken og badeværelse har højeste prioritet i dette hjem.

Medarbejderne kan desuden redegøre for de hygiejniske retningslinjer.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at borgernes boliger og hjælpemidler generelt fremstår renholdte, hvilket borgerne generelt også tilkendegiver tilfredshed omkring. En borgers bolig fremstår med præg af manglende struktur, men medarbejderne er opmærksomme på at tilbyde borgeren støtte til de praktiske opgaver. En borger er ikke fuldt ud tilfreds med den praktiske hjælp, idet borgeren ikke synes, at hjælpen er grundig nok. Tilsynet vurderer, at medarbejderne ligeledes kan redegøre for deres arbejdsgange, relaterede til de praktiske opgaver.

3.5 Sundhedsfremme og forebyggelse

Data

OBSERVATION

Som tidligere beskrevet i dokumentationsafsnittet mangler døgnrytmeplanerne, på baggrund af tilsynets observationer i borgernes hjem, beskrivelser af de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i hjemmene. I en tidligere hjemløs borgers hjem er der manglende struktur og stort behov for sanering af affald. Borgeren er svær at motivere til støtte til oprydning, men døgnrytmeplanen indeholder ingen beskrivelser af, hvordan man forsøger at motivere borgeren. I relation til samme borger mangler døgnrytmeplanen beskrivelser af indsatser i relation til hyppige fald, alkoholmisbrug og underernæring, og i forhold til sidstnævnte fremgår det blot under tilberedning af morgenmad 'obs, at borger er underernæret'. I forhold til den anden borger, som er svært påvirket af en nær pårørendes død for få måneder siden, fremgår der ikke oplysninger herom i døgnrytmeplanen.

I forbindelse med borgerbesøgene observerer tilsynet, at der er taget hånd om alle de synlige sundhedsmæssige risici.

BORGERINTERVIEW

Borgerne beskriver, at medarbejderne arbejder forebyggende og sundhedsfremmende, bl.a. ved at spørge ind til borgernes velbefindende og smerter. En borger fortæller, at hun selv gør medarbejderne opmærksom på, hvis hun oplever udfordringer eller gener. Borgeren fortæller, at hun har det psykisk dårligt efter en nær pårørendes dødsfald tre måneder tidligere, og borgeren beskriver, at medarbejderne spørger til hendes humør. En anden borger synes, at medarbejderne er gode til at være opmærksomme på borgerens helbredsudfordringer og at sikre opfølgning, f.eks. ved udfordringer med borgerens fordøjelse.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne er i stand til at beskrive forhold med betydning for borgernes sikkerhed, herunder reduktion af faldrisiko ved at fjerne dørtrin, møbler og løse gulvtæpper, installere håndtag og opfordre borgeren til at anvende skridsikre sokker. Medarbejderne beskriver desuden et stort fokus på at bidrage til, at borgerne får de hjælpemidler, som de har behov for.

Medarbejderne kan med en del støtte fra tilsynet redegøre for sundhedsfaglige observationer i borgernes hjem og handlinger i relation hertil, bl.a. tryksårsprofylakse hos sengeliggende borgere og forebyggelse af urinvejsinfektioner gennem grundig hygiejne og hyppige bleskift.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der i forbindelse med borgerbesøgene er taget hånd om borgernes synlige sundhedsmæssige risici på trods af, at de ikke fremgår af dokumentationen. Tilsynet vurderer, at borgerne oplever, at medarbejderne har fokus på sundhedsfremmende og forebyggende tiltag. Derudover vurderer tilsynet, at medarbejderne, med en del støtte fra tilsynet, kan redegøre tilfredsstillende for området.

3.6 Kommunikation og adfærd

Data

OBSERVATION

Hos en af de besøgte borgere er en medarbejder i gang med at gøre rent i boligen. Det er tydeligt, at beboeren og medarbejderen kender hinanden godt, og de laver lidt sjov med hinanden, bl.a. om borgerens bunker med rod. Tilsynet observerer ligeledes, at telefonerne på kontoret besvares venligt og imødekommende af medarbejderne.

BORGERINTERVIEW

Alle tre interviewede borgere oplever en venlig og imødekommende kommunikation med medarbejderne. En borger fortæller, at det gælder såvel faste medarbejdere som afløsere.

En anden borger fortæller, hvordan hun er glad for, at hun kender medarbejderne så godt, så der er plads til hygge og grin indimellem. En tredje beboer er ligeledes særdeles tilfreds med medarbejdernes kommunikation og adfærd. Borgeren oplevede engang en medarbejder, der ikke talte pænt til hende, hvorefter borgeren kontaktede kontoret. Herefter kom medarbejderen ikke mere hos borgeren.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne kan på tilfredsstillende vis redegøre for faktorer, der bidrager til en hensigtsmæssig og imødekommende kommunikation med borgerne, herunder nævner medarbejderne; Øjenkontakt, et tilpasset toneleje, tydelighed, smil samt nonverbal kommunikation.

Medarbejderne kan ikke med overbevisning beskrive deres overvejelser i relation til kommunikation med borgere med kognitive funktionsnedsættelser, og medarbejdernes eksempler på kommunikation med en kognitivt svækket borger tager ikke udgangspunkt i almindelig faglig praksis.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der ved tilsynsbesøget i en bolig og ved observation af kontorpersonalets kommunikation føres en respektfuld og imødekommende kommunikation, hvilket borgerne også beskriver. Det er yderligere tilsynets vurdering, at medarbejderne generelt kan redegøre for en ligeværdig og individuel kommunikation til borgerne, men at de mangler viden i relation til at redegøre fyldestgørende for kommunikationen med kognitivt svækkede borgere.

3.7 Rehabilitering § 83a

Data

OBSERVATION

Ledelsen orienterer tilsynet om, at de på nuværende tidspunkt har enkelte borgerforløb, relaterede til rehabilitering og den vedligeholdende træning, herunder § 83a forløb. Ledelsen fortæller, at det kommunale træningsteam selv varetager opgaven, men at ledelsen på ugentlige møder med træningsteamet har drøftelser omkring, hvilke borgere der har potentiale til at deltage i disse forløb.

BORGERINTERVIEW

Ingen af de udvalgte borgere er i §83a-forløb, men alle tre borgere oplever, at de anvender deres ressourcer, og at de klarer mest muligt selv.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne varetager ikke træningsforløb, relateret til § 83a. Medarbejderne fortæller dog, at de har oplevet, at der kommer en fysioterapeut ud for at vurdere borgers ressourcer. Fysioterapeuten instruerer nogle gange medarbejderne og borgerne i, hvordan hjælpen skal udføres med et rehabiliterende sigte. Medarbejderne beskriver desuden, at rehabiliteringsforløb visiteres af den kommunale visitation. Medarbejderne kan, med tilsynets støtte, beskrive eksempler på borgere, som over en periode har oplevet et forbedret funktionsniveau. Medarbejderne kan beskrive, at de opmuntrer borgerne til at holde humøret højt, trods funktionsnedsættelser, men at de i begrænset omfang kan redegøre for konkret tilrettelæggelse af hverdagsrehabiliterende indsatser i forbindelse med personlig pleje og praktisk støtte i borgernes hjem.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at leverandøren på nuværende tidspunkt varetager enkelte forløb, omhandlende den vedligeholdende træning, herunder § 83a forløb, og at ledelsen løbende er i dialog med Gentofte Kommune omkring den generelle opgavevaretagelse. Ingen af de interviewede medarbejdere har aktuelt borgere i §83a-forløb, men de kan overordnet redegøre for snitfladerne i samarbejdet med kommunens træningsteam. Medarbejderne kan imidlertid ikke med overbevisning redegøre for den rehabiliterende tilgang.

3.8 Medicinadministration

Data

Tilsynet udvælger i samarbejde med leverandørens sygeplejefaglige vagtplanlægger to borgere med ydelsen medicinadministration, jf. udvælgelseskrav. Begge borgere er visiterede til ydelsen medicinadministration to gange dagligt.

OBSERVATION

Administration af medicin

I forhold til den ene borger fremviser borgeren en skuffe med fyldte doseringsæsker, som borgeren oplyser, at hjemmesygeplejen dispenserer hver 14. dag. Borgeren beskriver desuden, at hun hver morgen tager en ny æske fra skuffen. Ifølge borgeren modtager hun ikke bistand til medicinadministration. Borgeren besøges af tilsynet ca. kl. 10, hvor borgeren har indtaget morgenmedicin med undtagelse af to tabletter, som borgeren fortæller, at hun altid tager senere. I Nexus er der ikke kvitteret for medicinadministration i dagvagten, men der er eksempler på kvittering i aftenvagten.

I forhold til den anden borger oplyses det, at borgeren får udleveret dagsmedicinæsken om morgenen og selv administrerer medicinen. Borgeren oplyser, at hun tidligere har fået udleveret medicinen af medarbejderne, men at hun nu tager den selv. Der ses ikke kvitteret for medicinadministration i dagvagt, men der kvitteres i aftenvagten.

BORGERINTERVIEW

De to udvalgte borgere, med ydelsen medicinadministration, har ikke oplevelsen af, at de modtager hjælp til medicinadministration, men at de alene modtager hjælp til medicindispensering af hjemmesygeplejen. Begge borgere udtrykker tryghed i forhold til den måde, medicinen varetages på.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne oplyser, at de udleverer dispenseret medicin og enkelte ikke-dispenserede præparater, herunder bl.a. øjendråber, medicinske salver og inhalationer.

Medarbejderne redegør korrekt for kontrollen af den dispenserede medicin, og de fremviser, hvordan de via deres telefon kan se alle oplysninger om borgerens medicin. Ved optælling af tabletterne sikrer medarbejderne, at det er det korrekte antal, og hvis dette afviger, kontaktes hjemmesygeplejen med det samme.

Medarbejderne er lidt usikre på, om medicinen altid skal ses indtaget, hvis borgeren har en ydelse til medicinadministration, eller om det kun er, hvis det fremgår af journalen, at de skal se medicinen indtaget. I forhold til ikke-dispenseret medicin fortæller medarbejderne, at de bl.a. udleverer allerede ophældte flydende præparater, f.eks. afføringsmiddel, til borgerne.

I relation til de opgaveoverdragede sygeplejeopgaver fortæller medarbejderne, at de, forud for en opgave, bliver spurgt, om de har udført opgaven tidligere. Hvis ikke, sikrer sygeplejerskerne på kontoret oplæring i opgaven. En medarbejder giver et eksempel i forhold til erfaring med øjendråber, hvor medarbejderens erfaring stammer fra øjendrypning i familiær kontekst. Forespurgt leverandørens sygeplejersker beskrives det, hvordan der gennemføres oplæring af den enkelte medarbejder efter behov og

ud fra VAR-instrukser, som fremvises for tilsynet. Oplæringen foregår på kontoret. Leverandøren foretager ingen registrering af medarbejdernes oplæring i f.eks. kompetenceskemaer.

Tilsynets vurdering – 2

Tilsynet vurderer at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der i to udvalgte borgeres medicinhåndtering er flere uafklarede forhold, som har betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, og som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes. Borgerne er trygge ved medicinhåndteringen. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre tilfredsstillende for kontrol af antal tabletter i forbindelse med medicinadministration, og de kan beskrive kontakt til hjemmesygeplejen ved afvigelser. Medarbejderne fremstår dog med manglende sikkerhed i deres fremlæggelse af, om medarbejderen altid skal sikre, at borgeren indtager medicinen. Ligeledes vurderer tilsynet, baseret på udtalelser fra de interviewede medarbejdere, og efterfølgende drøftelser med leverandørens sygeplejerskerne, at leverandørens arbejdsgange vedrørende oplæring i opgaveoverdragede indsatser er forbundet med usikkerhed omkring den enkelte medarbejders reelle kompetencer.

4. Tilsynets formål og metode

4.1 Formål

Formålet med tilsyn er at afdække, hvorvidt der er sammenhæng mellem de beskrevne og vedtagne rammer og den praksis, der udføres på stedet samt at bidrage til den løbende udvikling og kvalitetsforbedring af tilbuddets rammer og indhold.

Sammenfattende er formålet med de uanmeldte tilsyn at:

- Kontrollere og belyse, om der i forhold til ældreområdet er sammenhæng mellem den konkrete afgørelse, der er truffet for den enkelte borger og de ydelser, der leveres til den enkelte.
- Kontrollere og belyse, om der er sammenhæng mellem de udmeldte rammer og den praksis, der findes på det enkelte tilbud.
- Kontrollere, om der på det enkelte tilbud udføres forsvarligt fagligt arbejde i forhold til borgerne, og at gældende lovregler, kvalitetsstandarder, serviceniveau og administrative retningslinjer efterleves.
-
- Understøtte en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne gennem en anerkendende og konstruktiv tilgang til medarbejdere og ledelse.
- Skabe grundlag for refleksion over egen praksis hos både medarbejdere og ledelse.
- Afdække styrker og forbedringsmuligheder i tilbuddenes måde at håndtere opgaverne på, og identificere potentielle udviklingsmuligheder.

4.2 Metode

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets resurser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 Vurderingsskema

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
Score: 4	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne • En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne • Få elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
Score: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne • Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

Om BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejehjem, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.

Relateret document 3/18

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Cura Pleje 2023-Gentofte-Endelig rapport.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Cura Pleje 2023-Gentofte-Endelig rapport**
Dokument ID:	**5254585**

Tilsynsrapport Gentofte Kommune

Den private hjemmepleje, Cura Pleje

Uanmeldt tilsyn
September 2023

Indhold

Indhold 2
Forord 3
1. Formalia 4
2. Vurdering 5
2.1 Tilsynets vurderinger 5
2.2 Tilsynets anbefalinger 6
3. Datagrundlag 7
3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder 7
3.2 Dokumentation 8
3.3 Personlig pleje 10
3.4 Praktisk hjælp og støtte 10
3.5 Sundhedsfremme og forebyggelse 11
3.6 Kommunikation og adfærd 12
3.7 Rehabilitering § 83a 13
3.8 Medicinadministration 14
4. Tilsynets formål og metode 15
4.1 Formål 15
4.2 Metode 15
4.3 Vurderingsskema 16
Om BDO 17

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om den konkrete enhed.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer, observationsstudier og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

Tilsynets form, indhold, metode og afvikling er afstemt med kommunen.

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 28 10 56 80
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Mette Norré Sørensen
Senior Manager
Mobil: 41 89 04 75
Mail: meo@bdo.dk
Projektansvarlig

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

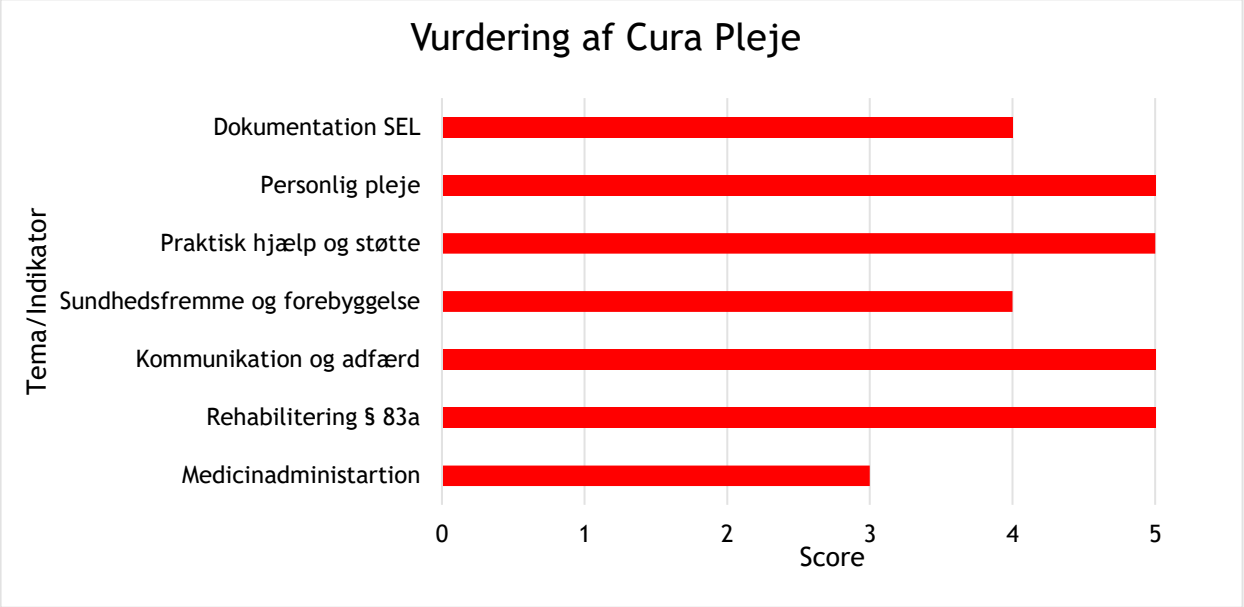
1. Formalia

Oplysninger om hjemmeplejen og tilsynet
Navn og adresse: Cura Pleje, Rosenkæret 11C, 2860 Søborg
Leder: Jakob Damsgaard
Dato for tilsynsbesøg: Den 26. september 2023
Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med ledelse • Tilsynsbesøg hos tre borgere • Gennemgang af dokumentation • Gennemgang af medicinadministration • Gruppeinterview med tre medarbejdere (to social- og sundhedshjælpere og en ufaglært medarbejder) Udvælgelsen af stikprøver tager udgangspunkt i følgende udvælgelseskriterier: • En borger, der modtager hjælp mellem 2-8 timer i dagtimer • En borger, der modtager hjælp mellem 2-8 timer i dag- og aftentimer • En borger, der modtager hjælp i mere end 8 timer i dag- og aftentimer Borgere, der indgår i tilsynet, har givet deres accept til at indgå i tilsynet samt givet samtykke til, at den tilsynsførende gennemgår personlige data. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Andreas Bertelsen, Manager og sygeplejerske

2. Vurdering

2.1 Tilsynets vurderinger

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation SEL:

Det er tilsynets vurdering, at der ved gennemgangen af dokumentationen forekommer enkelte mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats. I en døgnrytmeplan er hjælpen til en borger i aftenvagten ikke beskrevet, og dertil er der enkelte temaer, som ikke er dokumenterede i de generelle oplysninger. Herudover mangler der en handlingsanvisning på en opgaveoverdraget sundhedslovsydelse. Tilsynet vurderer dog, at medarbejderne på meget tilfredsstillende vis kan redegøre for deres arbejdsgange samt redegøre for deres viden, relateret til de generelle dokumentationskrav, og at dokumentationsarbejdet beskrives velorganiseret.

Personlig pleje:

Det er tilsynets vurdering, at borgerne fremstår velplejede og soignerede efter deres individuelle ønsker, hvilket borgerne også tilkendegiver en stor tilfredshed omkring. Ydermere beskriver borgerne, at de oplever en tilstrækkelig kontinuitet i hjælpen, samt at deres individuelle behov og ønsker respekteres. Tilsynet vurderer endelig, at medarbejderne i meget høj grad kan redegøre for deres arbejdsgange og faglige overvejelser, relateret til den personlige pleje.

Praktisk hjælp og støtte:

Det er tilsynets vurdering, at borgernes boliger og hjælpemidler fremstår renholdte, hvilket borgerne også tilkendegiver en tilfredshed omkring. Tilsynet vurderer, at medarbejderne ligeledes kan redegøre for deres arbejdsgange, relaterede til emnet, samt at de har fokus på borgerinddragelse og principperne for hverdagsrehabilitering.

Sundhedsfremme og forebyggelse:

Det er tilsynets vurdering, at der ifm. borgerbesøg er taget hånd om borgernes synlige sundhedsmæssige risici. Tilsynet vurderer, at borgerne generelt oplever, at medarbejderne har fokus på sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, men at en borger har oplevet, at enkelte afløsere ikke på tilstrækkelig faglig vis har været orienteret og uddannet til at varetage hans komplekse problemstillinger. Derudover vurderer tilsynet, at medarbejderne i høj grad kan redegøre for området, samt at der italesættes en opmærksomhed på at

forebygge ernærings- eller hudproblematikker, samt at medarbejderne på forsvarlig vis får overleveret deres opmærksomheder og indsatser i Nexus og ifm. deres systematiske mødestruktur.

Kommunikation og adfærd:

Det er tilsynets vurdering, at der ved tilsynsbesøget i en bolig, og ved at observere kontorpersonalets kommunikation, føres en respektfuld og imødekommende kommunikation, hvilket borgerne også beskriver. Det er yderligere tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for en ligeværdig og individuel kommunikation til borgerne, samt at de i meget høj grad kan redegøre for kommunikationen til borgere med demens.

Rehabilitering § 83a:

Det er tilsynets vurdering, at leverandøren på nuværende tidspunkt varetager et enkelt forløb omhandlende den vedligeholdende træning, herunder § 83a forløb, og at ledelsen løbende er i dialog med Gentofte Kommune omkring den generelle opgavevaretagelse. Tilsynet vurderer endvidere, at borgerne ifm. plejen motiveres til at vedligeholde deres funktionsniveau, samt at medarbejderne kan redegøre for deres overvejelser omkring hverdagsrehabilitering, træning og anvendelsen af hjælpemidler.

Medicinadministration:

Der er tilsynets vurdering, at medicinen opbevares på en korrekt og sikker måde, hvilket borgerne også tilkendegiver tryghed ved. Tilsynet vurderer, at medarbejderne på tilfredsstillende vis kan redegøre for deres arbejdsgange, relaterede til medicinhåndteringen, men at de ikke konsekvent orienterer sig i handlingsanvisningen for medicindispensering, og at der i et tilfælde ikke konsekvent kvitteres for administrationen af den ikke-dispensérbar medicin.

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:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter deres arbejde med at sikre, at dokumentationen til enhver tid lever op til gældende retningslinjer for området, herunder:
   - At døgnrytmeplanen indeholder relevante beskrivelser omkring de opgaver, der varetages ude hos borgerne.
   - At temaerne i de generelle oplysninger sikres beskrevet for alle borgere.
   - At der oprettes relevante handlingsanvisninger på alle opgaveoverdragede sundhedslovsydelser samt sikres, at medarbejderne altid orienterer sig i den enkelte handlingsanvisning, inden opgaven udføres.
2. Tilsynet anbefaler, at der skabes en opmærksomhed/synlighed i planlægningen af opgaverne, så disse leveres med rette kompetenceniveau.
3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at der konsekvent kvitteres for udleveringen af den ikke-dispensérbare medicin, samt at der skabes en ledelsesbevågenhed på, at medarbejderne orienterer sig i Nexus ved administration af medicin.

3. Datagrundlag

3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder

Ledelsen:

Ledelsen indleder interviewet med at redegøre for, hvordan de har arbejdet med anbefalingerne fra sidste års tilsyn, hvor der blev givet en anbefaling omkring dokumentationsarbejdet samt en anbefaling på at sikre, at de lokale instrukser blev ajourført og opdaterede.

Leverandøren har arbejdet med at sikre, at dokumentationsarbejdet lever op til retningslinjerne, og i den forbindelse er to af medarbejderne udpegede til at varetage rollen som dokumentationsansvarlige. De dokumentationsansvarlige skal have det generelle overblik over dokumentationsindsatsen samt have et kendskab til medarbejdernes dokumentationsniveau og kvalitet.

Når der opstartes nye borgerforløb, afsættes der ekstra tid til, at medarbejderne kan påbegynde arbejdet med journalen samt til at indhente oplysninger, som skal sikre, at dokumentationen er aktuel og relevant. I den forbindelse foretages der altid et hjemmebesøg, hvor borgeren får besøg af en til flere medarbejdere fra Cura Pleje, som derved indhenter relevante oplysninger og samtidig sikrer at forventningsafstemme borgerens ønsker og behov. I forbindelse med hjemmebesøget er der også fokus på relationsdannelse samt indhentning af oplysninger omkring borgerens liv, rutiner og vaner. Der tilknyttes altid et opfølgende besøg, hvor Cura Pleje spørger ind til, om aftalerne og kvaliteten er tilfredsstillende, og om der skal foretages evt. ændringer. Besøget er en fast del af Cura Plejes egenkontrol, som indeholder en systematisk kvalitetskontrol, som tager afsæt i standardiserede spørgsmål og tilfredshedsscorer. I den forbindelse fokuseres der også på, om dokumentationen er tilstrækkeligt beskrevet, og om den lever op til retningslinjerne.

Der beskrives et fokus på, at medarbejderne henvender sig til Gentofte Kommunes hjemmesygepleje i de tilfælde, hvor der ikke foreligger handlingsanvisninger på opgaveoverdragede sundhedslovsydelser. På den baggrund har Cura Pleje og hjemmesygeplejen afholdt et samarbejdsmøde, hvor arbejdsgangen omkring dokumentationen blev drøftet og efterfølgende afstemt med medarbejderne. Eksempelvis blev det besluttet, at hjemmesygeplejen skal varetage udarbejdelsen af handlingsanvisninger samt funktionsevnetilstande, hvor Cura Pleje bidrager med faglige observationer og tilbagemeldinger.

I forbindelse med anbefalingen vedr. at sikre ajourførte lokale instrukser har Cura Plejes ledelse udarbejdet en omfattende personalehåndbog. Ledelsen er på nuværende tidspunkt i proces med at få korrigeret og tilrettet det sidste i personalehåndbogen, hvorefter direktøren skal foretage den sidste gennemlæsning. Personalehåndbogen skal være tilgængelig på medarbejderkontoret, og ledelsen er samtidig i gang med at få implementeret, at dele af håndbogen skal være tilgængelig på medarbejdernes arbejdstelefoner i form af en app.

Ledelsen redegør efterfølgende for, hvilke udviklingsområder de er optagede af at arbejde med, herunder fokus på at sikre medarbejdernes kompetenceudvikling, hvor flere medarbejdere er tilknyttede AMU-kurser, omhandlende forskellige temaer, såsom tidlig opsporing, pårørende og demens samt medicinadministration.

Cura Plejes daglige leder afholder løbende undervisning for medarbejderne i forflytningsteknik, og daglig leder sikrer, at medarbejderne har kendskab til de hygiejniske retningslinjer, idet der foretages e-learning i principperne for håndhygiejne. Derudover underviser den daglige leder i temaer, såsom dokumentation, demens og psykisk sygdom.

Ledelsen er også optagede af, at Cura Pleje skal flytte kontor og lokaler. Det nye kontor vil frem over ligge i det nærområde, som medarbejderne dagligt færdes i ifm. deres arbejdsruter, hvilket vil medvirke til, at medarbejderne i højere grad kan møde ind til undervisning eller tilgå møder på kontoret. I den forbindelse har ledelsen en ambition om, at der skal foreligge en fast mødestruktur, hvor medarbejderne dagligt deltager i forskellige mødetemaer, eksempelvis ugentlig triage, opfølgning fra weekenden samt kvalitets- og udviklingsmøder.

Leverandøren har på nuværende tidspunkt et møde hver 14. dag, hvor medarbejderne og ledelsen drøfter de enkelte borgeres udvikling og helbredsmæssige tilstand samt et fælles fokus på arbejdet med de utilsigtede hændelser.

Medarbejderne har fået uddelegeret et ansvar for forskellige faglige fokusområder og indsatser, hvor de eksempelvis varetager roller, såsom dokumentationsansvarlig, ansvarlig for utilsigtede hændelser samt forflytningsansvarlig.

I forbindelse med det sidste BDO-tilsyn bemærkede den tilsynsførende, at leverandøren ikke havde mulighed for at rekvirere vikarkoder til Nexus. Udfordringen har efterfølgende været drøftet med Gentofte Kommune, og det er nu blevet muligt, at Cura Pleje selvstændigt kan rekvirere Nexus adgange til eksterne medarbejdere.

3.2 Dokumentation

OBSERVATION

Der foretages observation i tre borgeres omsorgsjournaler

Døgnrytmeplanen

I alle tre journaler fremgår der opdaterede og ajourførte døgnrytmeplaner i dokumentationsmodulet Nexus. Døgnrytmeplanerne er opbyggede efter en ensartet struktur og systematik, idet de indeholder standardiserede deloverskrifter, og fremstår anvendelige og overskuelige i opbygningen. I to ud af tre døgnrytmeplaner beskrives indholdet i "jeg-form", hvilket bidrager til at give medarbejderen et godt indblik i borgerens behov, ønsker og hverdagsmønstre.

I døgnrytmeplanerne fremgår der generelt relevante handlevejledende beskrivelser omkring den hjælp og støtte, som borgerne modtager, hvor beskrivelserne tilmed indeholder sundhedsfremmende og forebyggende tiltag samt et løbende fokus på at beskrive den rehabiliterende indsats. I en døgnrytmeplan fremgår der en udførlig beskrivelse af hjælpen til bad, hvori det er beskrevet, hvilke opgaver borgeren varetager, og hvilke opgaver medarbejderne skal hjælpe borgeren med. Herudover beskrives det, hvordan borgeren skal forflyttes samt en udførlig beskrivelse omkring borgerens opgaver, hvor anvendelsen af velfærdsteknologiske hjælpemidler ligeledes er udførligt beskrevet.

Der er fokus på at beskrive de sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, idet der nævnes en opmærksomhed på at forebygge tryksår ved at smøre med creme.

Det observeres positivt, at døgnrytmeplanerne indeholder beskrivelser af særlige opmærksomhedspunkter, eksempelvis beskrives det; *"…jeg hjælper med at styre fjernbetjeningen, når jeg skal liftes, hjemmehjælperen giver mig fjernbetjeningen i hånden…"*.

I en anden journal fremgår der en beskrivelse af, at en borger har et stort behov for, at medarbejderne kontrollerer holdbarheden på madvarerne i køleskabet, og i de praktiske opgaver fremgår dette velbeskrevet i døgnrytmeplanen for praktisk hjælp, og beskrivelserne er inddelt i overskrifter, eksempelvis rengøring, tøjvask og praktiske opgaver.

I en borgerjournal fremgår der ikke beskrivelser, relaterede til aftenvagten, men hvor borgeren oplyser at modtage daglig hjælp om aftenen.

Funktionsevnetilstande

I alle tre journaler fremgår borgernes funktionsevnetilstande opdaterede og aktuelle.

Generelle oplysninger

I to ud af tre journaler fremstår de generelle oplysninger tilstrækkeligt velbeskrevet, og indholdet vurderes til at give værdi for borgerforløbene. I de to journaler er der taget stilling til at beskrive samtlige temaer, hvor der tilmed er beskrevet relevante og ajourførte helbredsoplysninger. Eksempelvis fremgår der i en journal en udførlig og relevant beskrivelse under temaet "ressourcer", hvor der beskrives følgende; "borger klarer sin situation godt, trods mange fysiske begrænsninger. Han deltager aktivt i forflytninger, den daglige pleje og andre gøremål på det niveau, han kan".

I alle tre journaler fremstår de generelle oplysninger ajourførte og opdaterede, og der fremgår tilmed relevante beskrivelser i temaerne livshistorie, uddannelse, job og fritidsinteresser.

I en journal konstateres der enkelte mindre mangler, idet temaerne "mestring" og "roller" ikke er beskrevet, og idet de resterende temaer fremgår med sparsomme beskrivelser, ligesom de sidst er ajourført i september 2022.

Observationsnotater:

I alle tre journaler fremgår der tilfredsstillende opfølgninger på observationsnotaterne, eksempelvis en daglig opmærksomhed på at beskrive en borgers ernæringsmæssige status.

Handlingsanvisning på opgaveoverdragede sundhedslovsydelser:

En borger modtager dagligt hjælp til at få foretaget øjendrypning, og i den forbindelse foreligger der en relevant handlingsanvisning for ydelsen. Handlingsanvisningen indeholder individuelle og handlevejledende beskrivelser, relaterede til opgaven, eksempelvis beskrives det, hvor øjendråberne forefindes, og en beskrivelse omkring, hvordan arbejdsgangen skal håndteres.

En anden borger modtager hjælp til medicinadministration, hvor medarbejderne dagligt udleverer borgers doseringsæske. I den forbindelse konstaterer tilsynet dog, at der ikke foreligger en handlingsanvisning relateret til opgaven.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør på meget tilfredsstillende vis for, hvordan de anvender døgnrytmeplanen i deres daglige arbejde, hvor medarbejderne altid læser døgnrytmeplanen, inden besøget foretages. Der fortælles om en særlig opmærksomhed på at spørge ind til borgerens individuelle ønsker eller behov samt på løbende at opdatere og ajourføre indholdet i døgnrytmeplanen. Medarbejderne kan i meget høj grad redegøre for indholdet i borgernes døgnrytmeplaner, eksempelvis beskrives alle de opgaver, som borgeren skal have hjælp til, borgerens rutiner og individuelle behov samt en opmærksomhed på at beskrive de praktiske opgaver. Beskrivelserne tilknyttes i de respektive deloverskrifter og skal være beskrevet tilstrækkeligt handlevejledende, så en anden kollega kan udføre opgaverne på samme vis.

Det er de to dokumentationsansvarlige, som sikrer at følge medarbejdernes faglige kvalitet i dokumentationsarbejdet, de sikrer, at der tages udgangspunkt i sidemandsoplæring, samt at der foretages en løbende kvalitetskontrol af dokumentationsindholdet. Det er den respektive kontaktperson, der har ansvarfor at ajourføre og opdatere døgnrytmeplanerne, men derudover beskrives der et kollektivt ansvar for at tilføre rettelser eller korrigere opdateringsdatoen. Når der opstartes nye borgerforløb, opstartes dokumentationen i samråd med borgeren, så borgerens indflydelse og stemme herved sikres. I de efterfølgende 14 dage tilknytter medarbejderne løbende de relevante oplysninger til journalen, hvor kontaktpersonen og de dokumentationsansvarlige til slut samler oplysningerne og færdiggør journalen.

Medarbejderne udviser fortrolighed med arbejdsgangen i forhold til tilbagemelding ved ændringer i støtten og ændringer i en borgers tilstand, og medarbejderne fokuserer på at afdække graden af forandringen, og ved akutte tilfælde kontakter de altid hjemmesygeplejen. I de tilfælde, hvor en borgers behov forandres, vil medarbejderne underrette ledelsen og herefter sikre, at få dokumenteret observationerne i Nexus.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der ved gennemgangen af dokumentationen forekommer få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats, herunder at der i en døgnrytmeplan mangler at blive beskrevet hjælp til en borger i aftenvagten, at der er enkelte temaer, som ikke er beskrevet i de generelle oplysninger, og en manglende handlingsanvisninger på en opgaveoverdraget sundhedslovsydelse. Tilsynet vurderer, at medarbejderne på meget tilfredsstillende vis kan redegøre for deres arbejdsgange samt redegøre for deres viden, relateret til de generelle dokumentationskrav, og at dokumentationsarbejdet beskrives velorganiseret.

3.3 Personlig pleje

OBSERVATION

Ved alle tre borgerbesøg konstaterer tilsynet, at borgernes tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats svarer til deres behov. Borgerne fremstår soignerede og veltilpasse i forhold til deres egne ønsker og vaner.

BORGERINTERVIEW

Alle tre borgere tilkendegiver, at den hjælp, de modtager til plejen, generelt er svarende til deres behov, samt at kvaliteten af hjælpen er af meget tilfredsstillende karakter, hvori deres egne ønsker og vaner respekteres og imødekommes. Borgerne oplever, at de bliver medinddragede, samt at deres selvbestemmelsesret respekteres. Borgerne oplever, at de modtager den hjælp, der er aftalt, og at de modtager hjælpen til tiden, samt at det generelt er de samme medarbejdere, som er tilknyttede til borgerne, i kraft af, at der arbejdes med kontaktpersonordning. Derved oplever borgerne en stor tryghed ved leverandørens pleje, og der beskrives en tilfredshed ved, at kontinuiteten prioriteres.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør for, hvordan de sikrer, at borgerne modtager den pleje og støtte, som de har behov for, eksempelvis ved, at medarbejderne er meget opmærksomme på borgernes ressourcer, hvor medarbejderne støtter op og hjælper omkring de opgaver, som borgerne ikke selv kan varetage. I den forbindelse vil medarbejderne altid føre en dialog med borgerne og spørge ind til deres trivsel, ønsker og behov. Der fortælles om, at borgerne motiveres til at deltage aktivt i plejen, hvor der er fokus på at anvende de hverdagsrehabiliterende principper. Hvis medarbejderne er i tvivl om en borgers funktionsniveau eller rehabiliteringspotentiale, kan de kontakte Gentofte Kommunes rehabiliteringsteam, som enten kan rådgive dem over telefonen eller planlægge et besøg sammen med medarbejderen og med borgeren. Der er en opmærksomhed på, at borgerne er trygge i plejesituationerne, eksempelvis ved, at medarbejderne italesætter deres handlinger og løbende spørger ind til borgerens velbefindende. Derudover er der en opmærksomhed på at optræde roligt og nærværende, at anvende en kærlig berøring samt altid at præsentere sig ved ankomst. En medarbejder fortæller om en overvejelse om, at det er vigtigt at overholde aftaler, og at borgerne holdes orienterede i tilfælde af, at de bliver forsinkede, hvilket også medvirker til at gøre borgerne trygge. I den daglige planlægning er der fokus på kontinuiteten, hvor der arbejdes med udgangspunkt i faste ruter, så det er den daglige kontaktperson, der varetager besøgene.

Der afholdes regelmæssige møder, hvor borgerne triageres med udgangspunkt i deres helbredsmæssige tilstande, og medarbejderne kategoriserer borgerne i hhv. grøn, gul eller rød kategori. Ifm. møderne anvendes der en oversigtsskærm, hvor dokumentationsmodulet medvirker til at sikre et overskueligt overblik over de forskellige dokumentationsområder, og i den forbindelse vil medarbejderne også redegøre for, hvis en borgers tilstand gradvist er blevet forandret.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at borgerne fremstår velplejede og soignerede efter deres individuelle ønsker, hvilket borgerne også tilkendegiver en stor tilfredshed omkring. Ydermere beskriver borgerne, at de oplever en tilstrækkelig kontinuitet i hjælpen, samt at deres individuelle behov og ønsker respekteres. Tilsynet vurderer, at medarbejderne i meget høj grad kan redegøre for deres arbejdsgange og faglige overvejelser, relaterede til den personlige pleje.

3.4 Praktisk hjælp og støtte

OBSERVATION

Alle tre boliger fremstår tilstrækkeligt renholdte og ryddelige, ligeledes fremstår borgernes hjælpemidler renholdte.

BORGERINTERVIEW

Borgerne tilkendegiver en stor tilfredshed med kvaliteten af den praktiske hjælp, hvor hjælpen svarer til borgernes behov og til deres ønsker. Borgerne fortæller, at det som regel er deres faste kontaktperson, som varetager de praktiske opgaver og flere af borgerne oplever, at de motiveres til at deltage i rengøringsopgaverne. En borger fortæller, at han får hjælp til at få kontrolleret udløbsdatoerne på madvarerne i køleskabet, og at medarbejderne altid er orienterede om at skulle udføre denne opgave. Borgerne oplever, at medarbejderne overholder tidspunkterne for aftalerne, hvilket borgerne er meget tilfredse med.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne kan i meget høj grad redegøre for deres overvejelser vedr. hjælpen til praktiske opgaver, hvor medarbejderne tager udgangspunkt i at levere de ydelser, som borgerne er visiterede til, eksempelvis ved at orientere sig i døgnrytmeplanen for den praktiske hjælp. Flere borgere motiveres til at deltage i forskellige praktiske opgaver, så som at tørre støv af og at rydde op. I forlængelse heraf fortæller en medarbejder; *"jeg kommer i flere hjem, hvor borgerne hjælper med at udføre forskellige praktiske opgaver, så sætter vi musik på, og danser sammen imens, hvilket er rigtigt hyggeligt".*

En anden medarbejder fortæller, at hun altid er opmærksom på at kontrollere, om hjemmet fremstår tilstrækkeligt rent og ryddeligt, også selv om det ikke er et rengøringsbesøg, som medarbejderen skal foretage. I den forbindelse kontrollerer medarbejderen samtlige rum i lejligheden, og medarbejderen har en særlig opmærksomhed på at kontrollere badeværelset og køkkenet.

Flere af medarbejderne har gennemgået e-learning omhandlende principperne for håndhygiejne, og der beskrives en fortrolighed med at kunne rådføre sig hos ledelsen i tilfælde af, at medarbejderne skal følge særlige forholdsregler for værnemidler og smitteforebyggelse.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at borgernes boliger og hjælpemidler fremstår renholdte, hvilket borgerne også tilkendegiver tilfredshed omkring. Tilsynet vurderer, at medarbejderne ligeledes kan redegøre for deres arbejdsgange, relaterede til emnet, samt at de har fokus på borgerinddragelse og principperne for hverdagsrehabilitering.

3.5 Sundhedsfremme og forebyggelse

OBSERVATION

Som tidligere beskrevet i dokumentationsafsnittet indeholder døgnrytmeplanerne flere relevante beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

I forbindelse med borgerbesøgene observerer tilsynet, at der er taget hånd om alle de synlige sundhedsmæssige risici.

BORGERINTERVIEW

To uf af tre borgere beskriver, at medarbejderne arbejder forebyggende og sundhedsfremmende, eksempelvis ved, at medarbejderne dagligt sikrer et fokus på borgernes ernæringsmæssige tilstand. Borgeren fortæller, at medarbejderne dagligt sikrer, at hun indtager den rette mængde kost, samt at borgeren motiveres til at indtage tilstrækkeligt med væske, hvilket også fremgår udførligt beskrevet i borgerens funktionsevnetilstand. Herudover finder borgeren tryghed i, at medarbejderne spørger ind til borgerens medicinindtag, hvilket borgeren selv administrerer.

En borger beskriver, at hans komplekse sygdomssituation indimellem har været varetaget af enkelte ufaglærte medarbejdere, hvor borgeren havde oplevelsen af, at medarbejderne ikke i tilstrækkelig

grad var fagligt orienterede og uddannede til at varetage hans forskellige problemstillinger. I den forbindelse oplevede borgeren ikke, at medarbejderne i tilstrækkelig grad formåede at følge de særlige instruktioner for hans besøg, eksempelvis at følge vejledningerne omkring mobilisering og siddestilling.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør i tilstrækkelig grad for, hvordan de arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til at sikre borgernes sundhedstilstand, herunder at der er fokus på at tilbyde væske og en løbende opmærksomhed på borgernes ernæringstilstand. Hvis der observeres en borger, som ikke drikker tilstrækkeligt, noteres opmærksomheden i Nexus, og der opstartes et væskeskema, hvor indsatsen tilmed vil blive præsenteret på det daglige morgenmøde og ifm. triagen. Samme opmærksomhed og arbejdsgang vil blive iværksat i tilfælde af, at der observeres udfordringer, relaterede til en borgers udskillelser.

Derudover er der fokus på at forebygge tryksår, eksempelvis ved at sikre en korrekt forflytnings- og lejringsteknik, at anvende aflastning, at forebygge med påsmøring af creme samt at udføre en tilstrækkelig og hyppig personlig pleje. En medarbejder fortæller overvejelsen om at forebygge urinvejsinfektioner ved at have fokus på hyppige bleskift, at udføre en tilstrækkelig personlig pleje og at motivere til væskeindtag.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der ifm. borgerbesøgene er taget hånd om borgernes synlige sundhedsmæssige risici. Tilsynet vurderer, at borgerne generelt oplever, at medarbejderne har fokus på sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, men at en borger har oplevet, at enkelte afløsere ikke på tilstrækkelig faglig vis har været orienterede og uddannede til at varetage hans komplekse problemstillinger. Derudover vurderer tilsynet, at medarbejderne i høj grad kan redegøre for området, samt at der italesættes en opmærksomhed på at forebygge ernærings- eller hudproblematikker, samt at medarbejderne på forsvarlig vis får overleveret deres opmærksomheder og indsatser i Nexus og ifm. deres systematiske mødestruktur.

3.6 Kommunikation og adfærd

OBSERVATION

Imens tilsynet er til stede i en borgers hjem, observeres en medarbejder, som fører en venlig og imødekommende dialog med borgeren. Medarbejderen varetager flere praktiske opgaver i borgerens køkken, og medarbejderen sikrer at spørge ind til borgerens ønsker, så borgeren bliver tilfreds med hjælpen.

Tilsynet observerer en imødekommende og venlig dialog fra leverandørens kontorpersonale ifm., at borgere henvender sig pr. telefon.

BORGERINTERVIEW

Alle tre borgere fortæller i positive vendinger, at de oplever en tilfredsstillende kontakt til medarbejderne, og at medarbejderne fremtræder venlige, høflige og imødekommende. Der fortælles positivt om, at borgerne oplever en omsorgsfuld relation til deres faste kontaktperson, og at afløsere og vikarer ligeledes kommunikerer på en imødekommende og omsorgsfuld måde. En borger fortæller om en episode i sommer, hvor to vikarer ikke førte en tilfredsstillende kommunikation med borgeren, hvilket borgeren efterfølgende klagede over til ledelsen. Ledelsen reagerede hurtigt på borgerens henvendelse, hvilket borgeren efterfølgende fandt betryggende.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at de har fokus på at tage udgangspunkt i den enkelte borgers personlighed og væremåde for derved at møde borgeren med en individuel tilgang. Derudover møder de altid borgerne med respekt, empati, venlighed og ligeværdighed. Der fortælles yderligere om opmærksomhed

på at arbejde tålmodigt og afventende, så borgerne derved kan bidrage til plejen, hvor der yderligere italesættes en opmærksomhed på ikke at virke fortravlet.

I kommunikationen til de demente borgere fortælles der om fokus på at anvende korte og præcise sætninger samt ikke at give borgerne for mange valg i situationen. Der tages yderligere udgangspunkt i borgernes vaner og behov for derved at anvende den personcentrerede tilgang.

Der fortælles om en faglig fortrolighed med, hvordan der reageres, såfremt der observeres en uhensigtsmæssig adfærd fra en vikar eller en kollega, enten ved, at medarbejderen selv henvender sig til vedkommende, eller ved at orientere ledelsen.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der ved tilsynsbesøget i en bolig og ved at observere kontorpersonalets kommunikation føres en respektfuld og imødekommende kommunikation, hvilket borgerne også beskriver. Det er yderligere tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for en ligeværdig og individuel kommunikation til borgerne, samt at de i meget høj grad kan redegøre for kommunikationen til borgere med demens.

3.7 Rehabilitering § 83a

OBSERVATION

Ledelsen orienterer tilsynet om, at de på nuværende tidspunkt har et enkelt borgerforløb, relateret til rehabilitering og den vedligeholdende træning, herunder § 83a forløb. Ledelsen fortæller, at kommunen ofte selv varetager ovenstående opgave, men at ledelsen løbende er i dialog med kommunen omkring at varetage disse forløb. Ledelsen fortæller, at Cura Pleje har den daglige opgave med at vedligeholde borgernes funktionsniveau ifm. dagligdagsbesøgene i hjemmene med afsæt i de hverdagsrehabiliterende principper.

BORGERINTERVIEW

Ingen af de tre interviewede borgere modtager målrettede træningsforløb ved Cura Pleje. Borgerne fortæller, at medarbejderne dagligt motiverer dem til at varetage forskellige opgaver, som medvirker til at vedligeholde deres fysik og funktionsniveau.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne varetager ikke træningsforløb, relateret til § 83a, men derimod redegør medarbejderne for, hvordan de sikrer at arbejde rehabiliterende med udgangspunkt i den daglige pleje. En medarbejder fortæller, at hun kommer i flere hjem, hvor der er træningselastikker eller individuelle træningsprogrammer, og at hun indimellem kortvarigt træner med borgerne.

Medarbejderne redegør for deres overvejelser omkring at arbejde rehabiliterende, hvor de graduerer hjælpen med udgangspunkt i borgernes funktioner og ressourcer. Borgerne motiveres til at udføre de opgaver, som de selv kan varetage, og medarbejderne er opmærksomme på at støtte og guide undervejs. Der kan rekvireres hjælp fra Gentofte Kommunes rehabiliteringsteam, som kan bidrage med vejledning eller støtte op med besøg i hjemmene. En medarbejder fortæller om et fokus på at træne borgerne til selvstændigt at påtage kompressionsstrømper samt på at rekvirere hjælpemidler, så borgerne selvstændigt kan komme omkring.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at leverandøren på nuværende tidspunkt varetager et enkelt forløb omhandlende den vedligeholdende træning, herunder § 83a forløb, og at ledelsen løbende er i dialog med Gentofte Kommune omkring den generelle opgavevaretagelse. Tilsynet vurderer, at borgerne ifm. plejen

motiveres til at vedligeholde deres funktionsniveau, samt at medarbejderne kan redegøre for deres overvejelser omkring hverdagsrehabilitering, træning og hjælpemidler.

3.8 Medicinadministration

OBSERVATION

Tilsynet observerer, at borgernes medicin er udleveret på det ordinerede tidspunkt, hvor der ligeledes konstateres en korrekt opbevaring af medicinen, idet der på medicinæskerne er påsat navn, CPR-nummer og ugedag. I et tilfælde konstateres der en manglende kvittering for udleveringen af den ikke-dispensérbare medicin, idet der ikke konsekvent er kvitteret for udleveringen af øjendråber.

BORGERINTERVIEW

En borger administrerer selvstændigt medicinen, og borgeren modtager derfor ikke hjælp fra medarbejderne.

De andre to borgere tilkendegiver at være tilfredse med medarbejdernes medicinhåndtering, og de oplever at få udleveret medicinen til tiden. En borger modtager hjælp til at få dryppet øjne, og borgeren beskriver at være tilfreds med hjælpen.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør for, hvordan de sikrer, at borgerne får udleveret den rigtige medicin. Arbejdsgangen beskrives ved, at medarbejderne sikrer, at der er overensstemmelse med antallet af tabletter i tælleskemaet samt antallet med tabletterne i doseringsæsken. Hvis der opleves en uoverensstemmelse, vil medarbejderne omgående kontakte hjemmesygeplejen.

Når medicinen skal udleveres, kontrolleres doseringsæsken for ugedag, navn og CPR-nummer, og efterfølgende kvitterer medarbejderne for medicinudleveringen i medicinmodulet i Nexus. Medarbejderne erkender, at de ikke altid får orienteret sig i handlingsanvisningerne for medicinadministration, men at de finder arbejdsgangen relevant, idet de skal læse omkring de individuelle forhold og opmærksomheder.

Når medicinen er udlevet, er medarbejderne opmærksomme på at sikre sig, at borgerne også har indtaget medicinen.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at medicinen opbevares på en korrekt og sikker måde, hvilket borgerne også tilkendegiver tryghed ved. Tilsynet vurderer, at medarbejderne på tilfredsstillende vis kan redegøre for deres arbejdsgange, relaterede til medicinhåndteringen, men at medarbejderne ikke konsekvent orienterer sig i handlingsanvisningen for medicindispensering, samt at der i et tilfælde ikke konsekvent kvitteres for administration af den ikke-dispensérbare medicin.

4. Tilsynets formål og metode

4.1 Formål

Formålet med tilsyn er at afdække, hvorvidt der er sammenhæng mellem de beskrevne og vedtagne rammer og den praksis, der udføres på stedet samt at bidrage til den løbende udvikling og kvalitetsforbedring af tilbuddets rammer og indhold.

Sammenfattende er formålet med de uanmeldte tilsyn at:

- Kontrollere og belyse, om der i forhold til ældreområdet er sammenhæng mellem den konkrete afgørelse, der er truffet for den enkelte borger og de ydelser, der leveres til den enkelte.
- Kontrollere og belyse, om der er sammenhæng mellem de udmeldte rammer og den praksis, der findes på det enkelte tilbud.
- Kontrollere, om der på det enkelte tilbud udføres forsvarligt fagligt arbejde i forhold til borgerne, og at gældende lovregler, kvalitetsstandarder, serviceniveau og administrative retningslinjer efterleves.
-
- Understøtte en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne gennem en anerkendende og konstruktiv tilgang til medarbejdere og ledelse.
- Skabe grundlag for refleksion over egen praksis hos både medarbejdere og ledelse.
- Afdække styrker og forbedringsmuligheder i tilbuddenes måde at håndtere opgaverne på, og identificere potentielle udviklingsmuligheder.

4.2 Metode

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets resurser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 Vurderingsskema

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
Score: 4	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne • En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne • Få elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
Score: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne • Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

Om BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejehjem, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.

Relateret document 4/18

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Tranehaven Rehabilitering 2023-Gentofte-Endelig rapport.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Tranehaven Rehabilitering 2023-Gentofte-Endelig rapport**
Dokument ID:	**5291110**

Tilsynsrapport Gentofte Kommune

Tranehaven – Center for Rehabilitering og Forebyggelse, Afdeling for Rehabilitering

Uanmeldt tilsyn
November 2023

Indhold

Indhold 2
Forord 3
1. Fakta om tilsynet 4
2. Vurdering 5
2.1 Tilsynets vurderinger 5
2.2 Tilsynets anbefalinger 6
3. Datagrundlag 7
3.1 Generel information og opfølgning på sidste tilsyn 7
3.2 Dokumentation 8
3.3 Træningsydelser 10
3.4 Fysiske rammer og træningsfaciliteter 12
3.5 Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling 12
3.6 Tværfagligt samarbejde 14
4. Formål, metode og tilgang 15
4.1 Formål 15
4.2 Metode 15
4.3 Vurderingsskema 15
4.4 Tilrettelæggelse 16
Om BDO 17

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt tilsyn, 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 center.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer og gennemgang af dokumentation. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra den indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

Tilsynets form, indhold, metode og afvikling er afstemt med kommunen.

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 28 10 56 80
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Mette Norré Sørensen
Senior Manager
Mobil: 41 89 04 75
Mail: meo@bdo.dk
Projektansvarlig

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

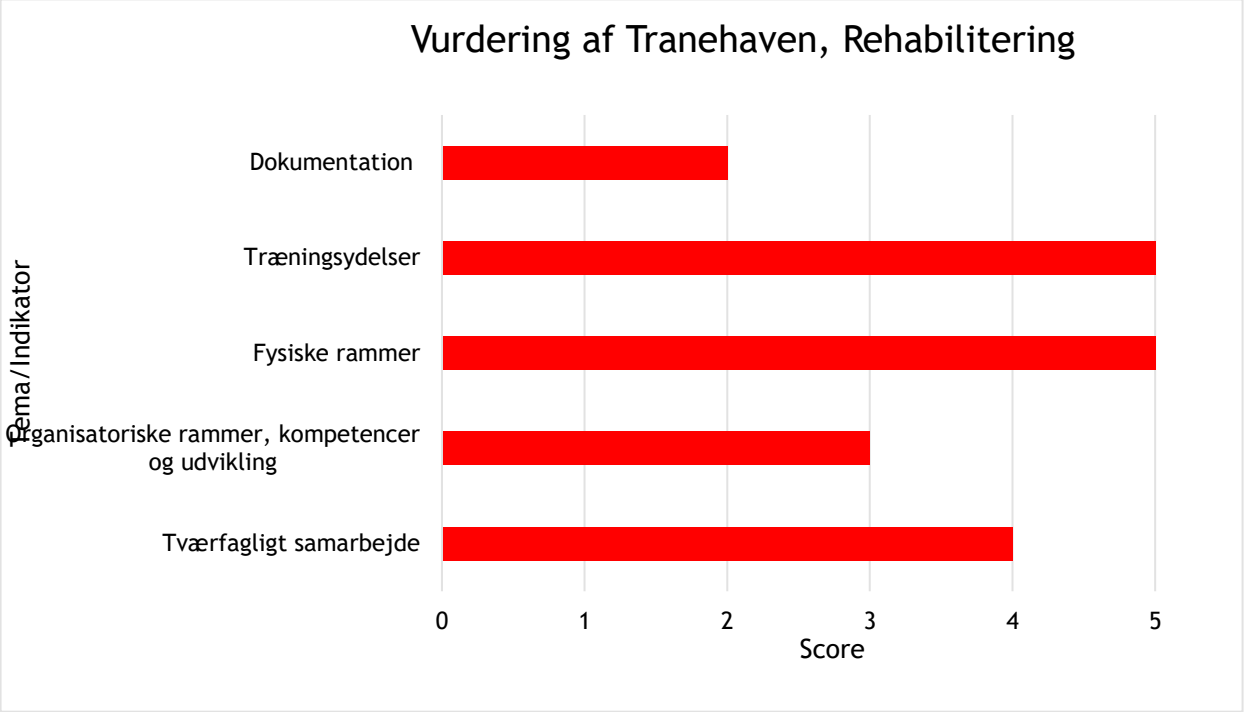
1. Fakta om tilsynet

Oplysninger om tilsynet
Navn og adresse: Tranehaven – Center for Rehabilitering og Forebyggelse, Afdeling for Rehabilitering, Schioldannsvej 31, 2920 Charlottenlund
Leder: Lulu Torm Wilenius
Dato for tilsynsbesøg: Den 13. november 2023
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview af ledelsen • Interview af fem borgere • Gennemgang af dokumentation • Observationer • Interview med tre medarbejdere (en sygeplejerske, en social og sundhedsassistent og en udviklingsneuropædagog) Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Andreas Bertelsen, Manager og sygeplejerske Karin Kappel, Senior Manager og sygeplejerske

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 der ved dokumentationsgennemgangen forekommer flere væsentlige mangler i opfyldelsen, hvilket vil kræve en betydelig og målrettet indsats at afhjælpe, hvilket ledelsen har tilkendegivet en erkendelse af og opmærksomhed omkring. Tilsynet vurderer, at medarbejdernes dokumentation, relateret til det terapeutfaglige område, generelt indeholder tilstrækkelige faglige beskrivelser, som giver værdi for borgerforløbet, herunder kontinuerlige træningsnotater, målbeskrivelser, aftaler og træningsregimer. Det er dog tilsynets vurdering, at dokumentationen, omhandlende de plejefaglige opgaver og observationer, relaterede til Serviceloven, fremstår med betydelige mangler, samt at indholdet ikke fremstår tilstrækkeligt handlevejledende, og ikke er beskrevet individuelt tilpasset borgeren. Tilsynet vurderer, at medarbejderne generelt kan redegøre for deres egen dokumentationspraksis, men at der italesættes en usikkerhed omkring de andre faggruppers dokumentationsarbejde, og hvor i Nexus faggrupperne dokumenterer. Det er yderligere tilsynets vurdering, at medarbejderne efterspørger praksisnære dokumentationsvejledninger samt fortsat undervisning og introduktion til dokumentationssystemet, samt til de lokale arbejdsgange, relaterede til dokumentationsprocessen.

Træningsydelser:

Det er tilsynets vurdering, at de to individuelle træningsseancer forløber velorganiserede med et tilstrækkeligt fagligt og empatisk fokus. Det er yderligere tilsynets vurdering, at borgerne italesætter stor tilfredshed med Tranehavens træningsforløb, hvor træningshyppigheden og intensiteten i høj grad er opfyldt, samt at borgerne finder de regelmæssige målsamtaler meget tilfredsstillende. Tilsynet vurderer, at medarbejderne med stor faglig overbevisning og indsigt kan redegøre relevant for området.

Fysiske rammer:

Det er tilsynets vurdering, at Tranehavens fysiske rammer og træningsfaciliteter fremstår egnede til målgruppen af borgere og deres behov. Det er yderligere tilsynets vurdering, at borgerne tilkendegiver en stor tilfredshed med rammerne og forholdene på Tranehaven, hvor enestuerne medvirker til at give borgerne en høj grad af ro og privatliv, hvilket bevirker, at borgerne oplever en øget livskvalitet ifm. sygdomsforløbet.

Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling:

Det er tilsynets vurdering, at ledelsen og medarbejderne har arbejdet målrettet og konstruktivt med anbefalingerne fra sidste års tilsyn, men at ledelsen fastholder deres fokus på, at flere af indsatserne fortsat kalder på ledelsens opmærksomhed omkring udvikling og implementering, herunder en skærpet opmærksomhed på medarbejdernes generelle dokumentationspraksis og kultur, indberetningerne af de utilsigtede hændelser samt organisationsændringens indvirkning på strukturer og samarbejdsflader.

Tværfagligt samarbejde:

Det er tilsynets vurdering, ledelsen har iværksat en organisationsændring, hvor det tværfaglige samarbejde er flyttet ud i det enkelte team, hvilket i højere grad forventes at bidrage til at styrke den daglige tværfaglige indsats. Ledelsen er dog fortsat bevidst om, at organisationsændringen endnu ikke har opnået den fulde effekt, hvor faggrupperne fortsat arbejder søjleopdelt, og endnu ikke har den tilstrækkelige indsigt i hinandens arbejdsgange og rutiner. Tilsynet vurderer, at medarbejderne er bevidste omkring mulighederne for at inddrage Tranehavens tværfaglige samarbejdspartnere samt at drøfte borgerrelaterede udfordringer på de fastlagte mødefora.

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:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter deres målrettede arbejde med at sikre, at dokumentationen til enhver tid lever op til gældende retningslinjer, herunder at der rettes et skærpet fokus på at opfylde Servicelovens krav omkring følgende:
    - At døgnrytmeplanerne indeholder individuelle og handlevejledende beskrivelser af alle de indsatser, som borgerne modtager hjælp og støtte til.
    - At funktionsevnetilstandene er opdaterede og ajourførte.
    - At der dokumenteres oplysninger om borgernes mestring, motivationer, ressourcer og vaner under de generelle oplysninger.
2. Ligeledes anbefales ledelsen at sikre, at medarbejderne tilegner sig et kendskab til de forskellige faggruppers dokumentationspraksis, herunder at der etableres en viden omkring, hvor de enkelte faggruppers beskrivelser kan fremsøges.
3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter arbejdet med at udvikle lokale dokumentationsvejledninger samt fortsætter med at facilitere dokumentationsundervisning, så medarbejdernes efterspørgsel imødekommes.
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter deres indsats omkring arbejdet med medarbejdernes generelle dokumentationspraksis og kultur, indberetninger af de utilsigtede hændelser samt organisationsændringens indvirkning på strukturer og samarbejdsflader.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter med at fastholde principperne og ambitionerne bag deres organisationsændring, så medarbejdernes tværfaglige forståelse og samarbejde i højere grad bliver synligt ifm. hverdagens praktiske opgaver på de tværfaglige mødefora samt i dokumentationen i Nexus.

3. Datagrundlag

3.1 Generel information og opfølgning på sidste tilsyn

Lederinterview

Afdelingsledelsen indleder med at orientere tilsynet om, at områdechefen afholder ferie, og derfor ikke er deltagende på tilsynsdagen. Efterfølgende redegør ledelsen for, hvordan Tranehaven har arbejdet med anbefalingerne fra sidste års tilsyn, som omhandlede følgende områder; At sikre den sundheds- og plejefaglige dokumentation, at ensarte og systematisere arbejdsgange, det gode måltid, kommunikationen til borgere med en demenssygdom, rehabiliterende indsatser, medicinhåndtering, faggruppernes opgavevaretagelse og de hygiejniske retningslinjer.

I forbindelse med sidste års kommunale tilsyn modtog Tranehaven en anbefaling på dokumentationsarbejdet. Ledelsen har efterfølgende arbejdet konstruktivt og målrettet med at sikre et tilfredsstillende dokumentationsniveau, men ledelsen oplever fortsat, at der er flere udfordringer med det generelle dokumentationsarbejde og niveau. Der opleves en tilfredsstillende udvikling, men Tranehaven er fortsat i en konstruktiv proces med at nå i mål med dokumentationen. Ledelsen har igangsat flere initiativer, som skal understøtte udviklingen, herunder at medarbejderne deltager i kommunens centrale dokumentationsundervisning, hvor der også sideløbende afholdes lokale undervisningsworkshops. Medarbejderne er fortsat udfordrede i forhold til at dokumentere de aktuelle indsatser, mål og handlingsanvisninger, men der er for nyligt blevet ansat en udviklingssygeplejerske, som udelukkende skal understøtte medarbejderne ift. deres dokumentationsarbejde. Der udføres regelmæssigt dokumentationsaudits, så udviklingen følges tæt af Tranehavens tre udviklingssygeplejersker, som løbende iværksætter relevante tiltag, undervisning og sidemandsoplæring.

Ledelsen har arbejdet med anbefalingen omhandlende ensartede og systematiske arbejdsgange ifm. triage, konferencer, delegeringspraksis og indberetningerne af utilsigtede hændelser.

Herunder er sygeplejerskerne blevet undervist i, at de i højere grad skal sikre en tydelig dokumentation af de sygeplejefaglige indsatser i Nexus, deriblandt arbejdet med oprettelsen af handlingsanvisninger på sundhedslovsydelser samt dokumentation af de 12 sygeplejefaglige problemområder.

Afdelingernes triage og konferencer er blevet styrket, idet terapeuterne nu på daglig basis er tilknyttet hhv. neuro-teamet eller multi-teamet, og at de har deres faste gang ude i afdelingerne. Hver afdelingsleder har tilknyttet to teamledere, som sikrer en fast mødestruktur og en faglig koordinering, og som ydermere er deltagende ifm. teammøderne og på konferencerne.

På tværs af faggrupperne har der været arbejdet med Tranehavens definition og forståelse af den rehabiliterende tilgang, hvor medarbejderne har været fordelt i tværfaglige arbejdsgrupper, som har drøftet og udviklet indsatser, såsom pårørendesamarbejdet, det tværfaglige rehabiliteringsmøde, forløbskoordination og myndighedssamarbejdet. Udviklingssygeplejerskerne er ansvarlige for at udvikle og beskrive det lokale kompetencekatalog, og de arbejder med at beskrive den overordnede delegeringspraksis.

Social- og sundhedshjælperne varetager på nuværende tidspunkt ikke delegerede sundhedslovsindsatser, men ledelsen arbejder på at få implementeret en struktur og undervisning, så social- og sundhedshjælperne på sigt kan varetage enkelte delegerede sundhedslovsopgaver, såsom medicinudlevering og varetagelse af sonde. I den forbindelse er der ansat to farmakonomer, som skal understøtte med undervisning på medicinområdet, og generelt varetage opgaverne, som er relaterede til medicinområdet, herunder medicindoseringer samt at udvikle og implementere medicininstrukser og arbejdsgange.

Udviklingssygeplejerskerne varetager indsatserne omkring de utilsigtede hændelser, men der opleves fortsat for få indberetninger, og ledelsen er bevidste om, at medarbejderne ikke konsekvent indberetter alle utilsigtede hændelser. Udfordringen med de få indberetninger har været drøftet i MED-regi, og der er et ledelsesmæssigt fokus på at motivere medarbejderne til at foretage indberetningerne.

Der arbejdes fortsat målrettet med at sikre principperne for det gode måltid. I den forbindelser er der blevet ansat en udviklings-neuropædagog, som i samarbejde med medarbejderne udvikler principperne for det gode måltid. Der arbejdes med forpligtende fællesskaber og det rehabiliterende måltid, hvor der undervises i samværet med borgerne samt medarbejdernes forståelse omkring rehabilitering ifm.

måltiderne, herunder et fokus på servering, spisestuens indretning, atmosfære og medarbejderdeltagelse.

Ledelsen har sikret et fokus på at arbejde med medarbejdernes refleksion og faglighed ift. kommunikationen med de demente borgere, hvor der har været undervist i neuropædagogik samt temaet "forråelse". Derudover arbejdes der på at skabe rolige og demensvenlige miljøer, anvende skærmning og at stimulere borgerne i hverdagen. Medarbejderne og teamlederne deltager fortsat på kurser og undervisning, omhandlende demensområdet, hvilket allerede har bidraget positivt til området.

Det tværfaglige samarbejde og de rehabiliterende indsatser er blevet styrket, idet terapeuterne nu er blevet tilknyttet et af de to teams, hvor arbejdsgangene og faggrupperne nu er matchet tværfagligt, og hvor de fysisk er placerede i samme afdeling. Der er udviklet mindre borgernære teams, hvor konferencerne fokuserer på at drøfte et lavere antal borgere, og medarbejderne oplever en bedre mulighed for at arbejde med de tværfaglige og tværgående indsatser.

Medicinindsatsen har fortsat ledelsens store opmærksomhed, og arbejdet med indsatserne prioriteres højt, herunder følges udviklingen og udfordringerne i form af de regelmæssige medicinaudits. Der er implementeret en arbejdsgang, hvor medarbejderne doserer medicin til syv dage, og der har været arbejdet med en målrette undervisningen, så der altid doseres medicin med udgangspunkt i medicinmodulet i Nexus. Ydermere har medarbejderne modtaget undervisning i Tranehavens generelle medicininstruks, og samtlige medarbejdere har deltaget i den obligatoriske medicinundervisning. Der er udviklet en fælles systematik og arbejdsgange, hvor der eksempelvis altid skal anvendes farvede poser, doseringsunderlag og en fast praksis for medarbejdernes medicinudlevering. Ydermere skal medarbejderne undervises i håndtering af risikosituationsmedicin, samt hvordan denne behandling skal beskrives i Nexus. De to farmakonomer skal i gang med at indrette og optimere de fælles medicinrum, så de fremstår ens og velorganiserede.

Der arbejdes løbende med at sikre medarbejdernes forståelse for de hygiejniske retningslinjer samt et fokus på anvendelsen af værnemidler, herunder engangshandsker og engangsforklæde. Remedierne er nu i højere grad placerede synligt for medarbejderne, så medarbejderne har en bedre adgang til at iklæde sig de korrekte værnemidler. Hygiejnesygeplejersken har afholdt hygiejneundervisning for medarbejderne, hvor depoter og skyllerum tilmed er blevet optimerede, så forholdene i højere grad understøtter medarbejdernes principper for korrekt brug af værnemidler.

Tranehaven arbejder derudover med at udvikle kompetencekataloger samt med udvikling af onboarding-processen, så forventningsafstemningen og kompetenceafklaringsprocessen i højere grad forløber ifm. den enkelte medarbejders introforløb.

3.2 Dokumentation

Der er foretaget journalgennemgang af fem journaler.

De udvalgte journaler er på borgere, som tilsynet møder under besøget i Træningsenheden.

Alle fem borgere modtager træning efter Sundhedslovens § 140.

For alle fem borgere foreligger der en relevant elektronisk genoptræningsplan, som er modtaget ifm., at borgerne henvises til træningsenheden.

Sundhedsloven:

I alle fem journaler foreligger der de relevante oplysninger, som medvirker til at give en tilstrækkelig beskrivelse af borgerforløbet. Herunder forundersøgelsesskemaer, anamnese, målbeskrivelser, plan, træningsdokumentation, tværfaglig opfølgning og samtykke.

I alle fem journaler foreligger der en handlingsanvisning for træning, hvor forløbet beskrives i kronologisk rækkefølge. Beskrivelserne indeholder værdifulde oplysninger for borgerforløbet, eksempelvis en udførlig dokumentation af den indledende samtale, borgerens forventninger, terapeuternes vurdering og testresultater. Derudover foretages der konsekvent dokumentation efter hvert træningspas samt en beskrivelse omkring opfølgning, aftaler, mål og plan.

I flere af journalerne fremgår der yderligere beskrivelser af borgernes restriktioner og regimer, borgernes mobilitet og forflytninger samt beskrivelser af flere selvtræningsøvelser. I en handlingsanvisning

foreligger der en beskrivelse fra ergoterapeuten omhandlende et hjemmebesøg, samt hvilke initiativer som er blevet iværksat.

I tre ud af fem journaler foreligger der relevante beskrivelser af borgernes delmål, mål og træningsmål, hvor der i to journaler mangler beskrivelser, hhv. omhandlende et overordnet mål, og hvad der skal til for, at en borger kan blive udskrevet til hjemmet igen. I den anden journal mangler der en tydelig beskrivelse af borgerens mål og træningsmål.

Serviceloven:

Generelt for alle fem borgere konstateres der mangelfulde oplysninger og beskrivelser relaterede til Serviceloven, herunder døgnrytmeplaner, funktionsevnetilstande og de generelle oplysninger. Borgernes døgnrytmeplaner for alle tre vagtlag fremstår generelt mangelfulde, og indeholder ikke tilstrækkelige handlevejledende og individuelle beskrivelser omkring det individuelle borgerforløb. Flere af døgnrytmeplanerne er inddelt i borgerens indsats og medarbejderens indsats, men indholdet fremstår sparsomt og yder ikke medarbejderne den nødvendige støtte i at levere en ensartet pleje. F.eks. fremgår der beskrivelser om, at borgerne skal have hjælp til bad, men opgaverne og handlingerne er ikke yderligere beskrevet. I døgnrytmeplanerne for nattevagten beskrives det i flere tilfælde, at der skal foretages tilsyn x 3, men der fremgår ikke yderligere beskrivelser omkring tilsynets formål eller opgaver. I flere døgnrytmeplaner er der beskrivelser i feltet "særlige opmærksomheder", men i flere tilfælde er oplysningerne irrelevante, eksempelvis er genoptræningsplanen kopieret over i feltet, hvilket ikke er relevant.

I to ud af fem journaler fremstår funktionsevnetilstandene opdaterede og aktuelle, hvoraf funktionsevnetilstandene i de resterende tre journaler fremstår med mangler, idet indholdet i funktionsevnetilstandene ikke stemmer overens med beskrivelserne i døgnrytmeplanerne og med borgernes aktuelle funktioner. I flere tilfælde er der uoverensstemmelser omkring borgernes funktions- og forflytningsniveauer, hvor der i to tilfælde foreligger forældede vurderinger, som er udført af den koordinerende sygeplejerske ifm. indskrivningen på Tranehaven.

I to ud af fem tilfælde fremstår de generelle oplysninger med relevante beskrivelser og med oplysninger, som giver værdi for borgerforløbet, hvor helbredsoplysningerne tilmed fremstår med relevante og aktuelle oplysninger.

Gennemgående for de resterende tre borgere fremstår de generelle oplysninger med betydelige mangler, idet størstedelen af temaerne ikke er udfyldt.

Medarbejdere:

Medarbejderne redegør for deres faggruppes individuelle dokumentationspraksis på området, hvor der tilkendegives et aktuelt behov for, at pædagogerne frem over skal kunne dokumentere deres faglige indsatser direkte i Nexus, idet dokumentationssystemet ikke på nuværende tidspunkt er udviklet til, at pædagogerne kan dokumentere under standardiserede indsatser. På den baggrund er det vedtaget, at pædagogerne dokumenterer på samme vis som terapeuterne, og at afvigelser eller borgerkommunikation skal dokumenteres i observationsnotater.

Det er den koordinerende sygeplejerske, der varetager dokumentationen af den sygeplejefaglige vurdering, herunder beskrives de 12 sygeplejefaglige problemområder, og de aktuelle tilstande tilknyttes derefter til områderne. Der oprettes relevante handlingsanvisninger på sundhedslovsindsatser, og derudover dokumenteres der i borgerens helbredstilstande.

Det er social og sundhedshjælperne og social og sundhedsassistenterne, der er ansvarlige for at dokumentere og ajourføre borgernes døgnrytmeplaner og funktionsevnetilstande, hvor ansvaret påhviler den respektive kontaktperson. Der redegøres tilstrækkeligt for, at døgnrytmeplanen skal indeholde beskrivelser, som er relaterede til borgerens egne rutiner, ADL funktioner, plejebehov samt et fokus på at beskrive de fysiske, psykiske og sociale begrænsninger. I den forbindelse redegøres der relevant for, at indholdet i døgnrytmeplanen skal sikre, at plejen og rutinerne kan udføres med udgangspunkt i den samme rutine og kontinuitet, uanset hvilken medarbejder, der skal varetage opgaven hos borgeren. Der fortælles yderligere om opmærksomhed på, at der i døgnrytmeplanen skal henvises til relevante handlingsanvisninger samt til evt. risikosituationsmedicin.

Terapeuterne tager også udgangspunkt i genoptræningsplanen fra sygehuset, og der beskrives altid et notat efter hver træningsintervention.

Medarbejderne fortæller, at der fortsat foregår en lærings- og udviklingsproces omkring den generelle dokumentationspraksis, som faciliteres og understøttes af Tranehavens udviklingssygeplejersker. På den baggrund er der endnu ikke udviklet og implementeret en generel dokumentationsinstruks for området, hvilket medarbejderne efterspørger. Der optræder yderligere en usikkerhed blandt medarbejdernes viden omkring de respektive faggruppers dokumentationspraksis, og generelt en mangelfuld viden om, hvor faggruppernes beskrivelser foreligger, og hvor de kan fremsøges i Nexus.

Når en borger indskrives på Tranehaven, afholdes der altid en opstartssamtale, hvor borgeren og den pårørende får mulighed for at drøfte borgerens mål og plan for opholdet. Til samtalen deltager altid en medarbejder fra plejen samt en terapeut, og derudover kan andre relevante faggrupper deltage, hvis det vurderes relevant. Inden opstartssamtalen finder sted, har myndigheden på forhånd beskrevet og estimeret indlæggelsesforløbets varighed over for borgeren og de pårørende, hvilket har medvirket positivt til at minimere uoverensstemmelse og misforståelser. Der foreligger en fast struktur for, at der altid afholdes en opstartssamtale, midtvejssamtale og hjemskrivelsessamtale. Derudover foreligger der løbende en gensidig dialog omkring borgerens forløb og faggruppernes tværfaglige indsatser. Dette evalueres en gang om ugen, og borgeren og de pårørende holdes orienterede omkring udvikling, delmål og plan.

Når en borger afsluttes og udskrives fra Tranehaven, lægger ergoterapeuterne ofte et planlagt hjemmebesøg inden udskrivelsen, hvor det vurderes, om der evt. skal fjernes dørtrin eller opsættes greb. Derudover kontaktes hjemmeplejen, hvor omfanget af hjælp og pleje bliver overleveret og dokumenteret.

Tilsynets vurdering – 2

Tilsynet vurderer at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der ved dokumentationsgennemgangen forekommer flere væsentlige mangler i opfyldelsen, hvilket vil kræve en betydelig og målrettet indsats at kunne afhjælpe, og som ledelsen tilkendegiver en erkendelse og en opmærksomhed omkring.

Tilsynet vurderer, at medarbejdernes dokumentation, relateret til det terapeutfaglige område, generelt indeholder tilstrækkelige faglige beskrivelser, som giver værdi for borgerforløbet, herunder kontinuerlige træningsnotater, målbeskrivelser, aftaler og træningsregimer. Det er dog tilsynets vurdering, at dokumentationen, omhandlende de plejefaglige opgaver og observationer relateret til Serviceloven, fremstår med betydelige mangler, og at indholdet ikke fremstår tilstrækkeligt handlevejledende og ikke er beskrevet individuelt tilpasset borgeren. Tilsynet vurderer, at medarbejderne generelt kan redegøre for deres egen dokumentationspraksis, men at der italesættes en usikkerhed omkring de andre faggruppers dokumentationsarbejde, og hvori Nexus faggrupperne dokumenterer. Det er yderligere tilsynets vurdering, at medarbejderne efterspørger praksisnære dokumentationsvejledninger samt en fortsat undervisning og introduktion til dokumentationssystemet samt til de lokale arbejdsgange, relaterede til dokumentationsprocessen.

3.3 Træningsydelser

Observationer:

Tilsynet foretager observationer af to individuelle træningsseancer, hvor begge borgere enkeltvist træner med en fysioterapeut.

Træningsseance I:
Tilsynet deltager i en individuel træningsseance, som indledes inde i borgerens stue.

Fysioterapeuten starter indledningsvist med at sætte sig ned sammen med borgeren og spørge ind til borgerens velbefindende, og hvordan weekenden er forløbet. Fysioterapeuten lytter opmærksomt til borgerens fortælling om glæden ved familiebesøg i weekenden, som borgeren tydeligt er oplivet af.

Fysioterapeuten repeterer, hvad borgeren og fysioterapeuten har talt om før weekenden, og der følges op på de 'lektier', som borgeren har fået. Borgeren har taget opgaverne alvorligt, og borgeren synes, at det er gået godt med træningen. Borgeren og fysioterapeuten afstemmer i deres dialog, at borgerens primære mål er opnåelse af sikker gangfunktion, som kan være med rollator.

Borgeren viser fysioterapeuten, hvordan hun kan løfte benene. Fysioterapeuten spørger undervejs ind til smerteniveau. Fysioterapeuten minder borgeren om, at der er lavet et kortsigtet mål i denne uge om at overgå fra talerstol til rollator. Borgerens ønske om at fortsætte lidt længere tid med talerstol imødekommes. Borgeren udfører herefter en RSS-test, hvor borgeren skal rejse og sætte sig så mange gange som muligt på 30 sekunder. Testresultatet skal anvendes som baseline og skal synliggøre fremgang på sigt. Fysioterapeuten spørger, om borgeren vil deltage i ergoterapeutens tilbud om bagning på tilsynsdagen. Borgeren aftaler, at dagens gangtræning kan være til dagligstuen, hvor aktiviteten foregår. Fysioterapeuten fortæller, at han har stillet en stol på vejen, hvilket borgeren er lettet over. Borgeren roses for indsatsen undervejs. Borgeren beder om en kvalmestillende tablet, som borgeren mener er afgørende for, at hun kan gennemføre at deltage i bageaktiviteten. Fysioterapeuten tager efter træningen fat i en sygeplejerske og overbringer borgerens ønske.

Træningsseance II:

Tilsynet deltager i en individuel træningsseance, som indledes med en samtale omkring, at borgeren dagen forinden er faldet, og fysioterapeuten giver efterfølgende borgeren mulighed for at sætte ord på episoden. Ifm. samtalen sikrer fysioterapeuten at spørge interesseret ind til smerter, og om sygeplejerskerne har været involverede. Der forekommer en imødekommende og empatisk dialog, hvor medarbejderen optræder nærværende og engageret omkring borgerens udfordringer og behov. Efterfølgende foretages der en seksminutters gangtest, hvor medarbejderen løbende spørger ind til borgerens velbefindende og evt. smerter. Derudover benytter medarbejderen sig af en anerkendende og motiverende retorik, hvor borgeren orienteres omkring testens forløb, tid og resultater. Ydermere forholder og sammenligner medarbejderen testens resultater med borgerens tidligere præstationer, hvilket tydeligt medvirker til at give borgeren glæde, optimisme og motivation.

Efter gangtesten afholdes der en kort pause, hvor medarbejderen spørger ind til borgerens boligforhold og hjemmets indretning, hvor der kort drøftes et behov for, at der skal foretages ændringer før en evt. udskrivelse.

Træningen fortsætter inde i den fælles træningssal, hvor borgeren instrueres i at lave øvelser i forskellige træningsmaskiner.

Borgerne:

Samtlige borgere tilkendegiver en stor tilfredshed med Tranehavens træningsforløb, hvor ingen af de interviewede borgere har oplevet en unødig ventetid, idet træningen blev igangsat umiddelbart efter, at de blev indskrevet på Tranehaven. Kort tid forinden, havde borgerne deltaget i et møde med myndigheden, hvor indlæggelsesforløbets varighed blev drøftet og defineret. Borgerne er vidende omkring deres overordnede mål for opholdet, hvilket er blevet fastsat ifm. opstartssamtalen på Tranehaven. Borgerne oplever desuden, at der løbende afholdes delmålssamtaler, hvor borgeren og de pårørende orienteres omkring træningsudviklingen og de kommende planer.

Det er borgernes oplevelse, at der erfares en fremdrift i træningen, hvor borgerne løbende får styrket deres fysiske udfordringer ifm. de forskellige træningsøvelser, som både forløber både individuelt og holdbaseret. Derudover har alle fem borgere fået udleveret og forevist selvtræningsøvelser, som borgerne selv kan udføre i løbet af dagen og i weekenderne.

Medarbejdere:

Medarbejderne redegør for en organisering, hvor der ved indlæggelsen på Tranehaven afholdes et møde med borgeren og de pårørende, hvor borgerens mål og plan bliver drøftet. Ved samtalen tages der bl.a. udgangspunkt i dokumentationen fra sygehuset, og medarbejderne sikrer at foretage en individuel faglig vurdering med udgangspunkt i borgerens behov, udfordringer og sygdomsforløb. Medarbejderne tager ofte afsæt i samtalen, som tidligere har været afholdt imellem borgeren og myndigheden, hvor indlæggelsesforløbet på Tranehaven allerede er blevet estimeret. Borgerforløbet og indsatserne evalueres ugentligt sammen med medarbejderrepræsentanter fra de forskellige faggrupper, hvor det

tilstræbes, at kontaktpersonen fra plejen og terapeutgruppen altid deltager. Der foreligger en fast struktur for, at der afholdes en opstartssamtale, midtvejssamtale og en hjemskrivelsessamtale, hvor de pårørende altid inviteres med. Derudover afholdes der løbende samtaler, når det vurderes relevant. Når en borger skal udskrives fra Tranehaven, foretager ergoterapeuten et hjemmebesøg, hvor hjemmets forhold besigtiges og evt. tiltag bliver iværksat, såsom at fjerne dørtrin, opsætte greb og at sikre, at de nødvendige hjælpemidler er til rådighed. Hjemmeplejen orienteres omkring udskrivelsen, hvor borgerens behov og tilstand italesættes, så borgeren i størst muligt omfang oplever at modtage samme niveau af pleje og hjælp, som på Tranehaven. Enkelte borgere fortsætter med at være tilknyttede den ambulante træning, hvor der også tilbydes mulighed for hjemmetræning.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at de to individuelle træningsseancer forløber velorganiserede med et tilstrækkeligt fagligt og empatisk fokus. Det er yderligere tilsynets vurdering, at borgerne italesætter stor tilfredshed med Tranehavens træningsforløb, hvor træningshyppigheden og intensiteten i høj grad er opfyldt, samt at borgerne finder de regelmæssige målsamtaler meget tilfredsstillende. Tilsynet vurderer, at medarbejderne med stor faglig overbevisning og indsigt kan redegøre relevant for området.

3.4 Fysiske rammer og træningsfaciliteter

Observationer:

Træningsfaciliteterne vurderes at være egnede for målgruppen, hvor de fysiske rammer tilmed fremstår indbydende, ryddelige og velindrettede.

På Tranehaven er der udelukkende enestuer, hvor der på hver enestue forefindes et rummeligt badeværelse.

Borgerne:

Alle fem borgere beskriver en stor tilfredshed med rammerne og forholdene på Tranehaven, hvor enestuerne giver borgerne den nødvendige ro og privatliv, hvilket medvirker til at give borgerne en øget livskvalitet ifm. indlæggelsesforløbet.

Derudover beskriver borgerne, at medarbejderne altid optræder imødekommende og udviser respekt for borgernes privatliv, f.eks. ved altid at banke på døren, inden de træder ind på stuen. Borgernes pårørende har mulighed for at benytte Tranehavens parkeringspladser, hvor der ikke fortælles omkring udfordringer med manglende parkeringsforhold.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at Tranehavens fysiske rammer og træningsfaciliteter fremstår egnede til målgruppen af borgere og deres behov. Det er yderligere tilsynets vurdering, at borgerne tilkendegiver stor tilfredshed med rammerne og forholdene på Tranehaven, hvor enestuerne medvirker til at give borgerne en høj grad af ro og privatliv, hvilket bevirker, at borgerne oplever en øget livskvalitet ifm. sygdomsforløbet.

3.5 Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling

Leder:

Tranehaven er ledelsesmæssigt organiseret ved en områdechef og en ledergruppe, som varetager ledelsen af rehabiliteringen, administrationen og den ambulante træningsenhed på Skt. Lukasstiftelsen.

Tranehavens rehabilitering er opdelt i to teams, hhv. neuro-team og multi-team, og hvert team har tilknyttet teamledere, som sikrer at lede den daglige koordinering og planlægning. Teamlederne deltager samtidigt i afdelingernes forskellige faglige mødefora, og derudover er de opsøgende ifm. ledelsesrunder, hvor de taler med borgerne omkring den borgeroplevede kvalitet, træning og rehabilitering.

Medarbejdergruppen består af en tværfaglig personalesammensætning, hvor opgaverne fortsat er søjleopdelt i to arbejdsområder, hhv. den personlige pleje og træning/rehabilitering. Medarbejderne, som varetager plejen, er uddannede social- og sundhedshjælpere, social og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Den resterende medarbejdergruppe varetager træning/rehabilitering, hvor faggrupperne udgør fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopæd, neuropædagog, neuropsykolog og diætist.

Ledelsen orienterer om, at sygefraværet ligger på et acceptabelt lavt niveau, men at der ifm. en større omstrukturering og omlægning af arbejdsgange har fundet et større sygefravær og personaleomsætning sted end normalt, hvilket ledelsen er bevidste om. Omstruktureringen omhandlede f.eks., at terapeutgruppen blev fordelt ud i afdelingerne, en ændring af arbejdsgangene på medicinhåndtering samt en omstrukturering af ledelsesniveauet.

Der har været nedsat en arbejdsgruppe, som bl.a. har arbejdet med at sikre, at borgerne altid tildeles en plejeansvarlig og en kontaktterapeut for derved at sikre, at de rette kompetencer altid er tilknyttede til borgernes forløb, og at de deltager med den enkelte borgerspecifikke viden ifm. de regelmæssige faglige møder.

Der foreligger et generelt introduktionsprogram for nyansatte medarbejdere, hvor ledelsen via tjeklister sikrer, at medarbejderne bliver tilstrækkeligt introducerede til de relevante arbejdsområder. De nyansatte medarbejdere undervises f.eks. af Tranehavens forflytningsinstruktører, og de introduceres til Nexus via den ansvarlige udviklingssygeplejerske.

Medarbejdere:

Medarbejderne redegør for deres arbejdsgange ved indberetningen af de utilsigtede hændelser, hvor medarbejderne erkender, at der ikke foreligger en fast arbejdsgang og kultur for konsekvent at foretage de nødvendige indberetninger. Medarbejderne tilkendegiver at være vidende om lovkravet for indberetningerne og at de er vidende om, i hvilke tilfælde der skal foretages en indberetning.

Der redegøres på tilfredsstillende vis for en fortrolighed med anvendelsen af de lokale instrukser og vejledninger, hvor medarbejderne kan fremsøge forskellige faglige instrukser og beskrivelser af arbejdsgange, og derudover italesættes der også et kendskab til VAR portalen, som medarbejderne ofte anvender.

Medarbejderne beskriver, at deres faglige kvalifikationer matcher borgernes behov, og at der altid kan søges rådgivning og sparring ved en anden kollega, leder eller faggruppe. Derudover kan der også tages kontakt til flere eksterne samarbejdspartnere, såsom Gentofte Kommunes sårsygeplejerske og de praktiserende læger.

Ledelsen beskrives lydhøre over for medarbejdernes ønsker omkring kompetenceudvikling, hvilket ofte bliver aftalt ifm. de årlige MUS-samtaler.

Aktuelt forløber der flere udviklingsprojekter, hvor medarbejderne er tilknyttede forskellige arbejdsgrupper, og derved bidrager til udviklingen. En medarbejder fortæller om arbejdet med at udvikle og implementere det pædagogiske rehabiliterende måltid, og en anden medarbejder fortæller om at være engageret i arbejdsgruppen omhandlende kortlægningen af faggruppernes opgaver og kompetencer samt udviklingen af onboarding-processen.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at ledelsen og medarbejderne har arbejdet målrettet og konstruktivt med anbefalingerne fra sidste års tilsyn, men at ledelsen fastholder deres fokus på, at flere af indsatserne fortsat kalder på ledelsens opmærksomhed omkring udvikling og implementering, herunder en skærpet opmærksomhed på medarbejdernes generelle dokumentationspraksis og kultur, indberetningerne af de utilsigtede hændelser samt organisationsændringens indvirkning på strukturer og samarbejdsflader.

3.6 Tværfagligt samarbejde

Leder:

Ledelsen redegør for, at den tværfaglige dialog bl.a. sikres ved, at der dagligt ude i afdelingerne afholdes faglige planlægnings- og koordineringsmøder, hvor de forskellige faggruppers opgaver og indsatser italesættes. Derudover har ledelsen fokuseret på at skabe mindre teams og samtidig fordelt terapeuterne ud i de forskellige teams, så faggrupperne nu fysisk er tilknyttede hvert deres team, hvilket har medvirket til at styrke den tværfaglige dialog og indsats. Ledelsen er fortsat opmærksomme på, at organisationsændringen er forholdsvis ny, og at faggrupperne endnu ikke har tilstrækkelig indsigt i hinandens arbejdsgange og rutiner.

Nye borgere får tilknyttet en medarbejder fra plejen samt en medarbejder fra træning/rehabilitering, og de to medarbejdere er gennemgående til stede, når der afholdes samtaler, som er relaterede til borgerforløbet.

Medarbejdere:

Medarbejderne redegør for, hvilke faggrupper der inddrages i det tværfaglige arbejde, hvor der italesættes en opmærksomhed på, at der altid tilknyttes enten en sygeplejerske eller en social- og sundhedsassistent til borgeren samt en social- og sundhedshjælper. Dertil tilknyttes der de relevante terapeuter, hvor borgerens psykosociale forhold afdækkes af det pædagogiske personale. I de relevante tilfælde kan Tranehavens logopæd, hjerneskadekoordinator eller diætist også tilknyttes og bidrage med tiltag inden for deres fagområder, f.eks. til borgere med apoplexi.

Der foreligger en fastlagt mødestruktur, hvor der afholdes daglige tavlemøder, og en gang om ugen afholdes der et tværfagligt møde, hvor alle relevante faggrupper deltager. I forbindelse med det tværfaglige møde, byder hver faggruppe ind med deres faglige perspektiver, og der forholdes en opmærksomhed på de fastsatte mål, delmål og den estimerede tidsplan. Forud for det tværfaglige møde er borgeren blevet forespurgt om evt. bidrag til mødets indhold.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at ledelsen har iværksat en organisationsændring, hvor det tværfaglige samarbejde er flyttet ud i det enkelte team, hvilket i højere grad forventes at bidrage til at styrke den daglige tværfaglige indsats. Ledelsen er dog fortsat bevidst om, at organisationsændringen endnu ikke har opnået den fulde effekt, hvor faggrupperne fortsat arbejder søjleopdelt, og endnu ikke har den tilstrækkelige indsigt i hinandens arbejdsgange og rutiner.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne er beviste omkring mulighederne for at inddrage Tranehavens tværfaglige samarbejdspartnere samt at drøfte borgerrelaterede udfordringer på de fastlagte mødefora.

4. Formål, metode og tilgang

4.1 Formål

Overordnet er formålet med BDO's tilsyn at kontrollere om kvaliteten af den service/indsats, som borgerne modtager, er i overensstemmelse med gældende lovgivning og Kommunes kvalitetsstandard.

Samtidig kontrollerer tilsynet om der på det konkrete tilbud udføres forsvarligt fagligt arbejde i forhold til borgerne, samt identificerer styrker og udviklingsområder i forhold til løsningen af opgaverne.

Der sikres og bidrages til en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne gennem en anerkendende og konstruktiv tilgang til medarbejdere og ledelse.

Ligeledes skabe basis for at indsamle og dele viden med henblik på løsning af fælles udfordringer på tværs af de kommunale tilbud.

4.2 Metode

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets resurser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 Vurderingsskema

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 4	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne • En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne • Få elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
Score: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne • Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 Tilrettelæggelse

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-3 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 plejehjem, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.

Relateret document 5/18

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport MTO Drossellunden 2023-Gentofte-Endelig rapport.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport MTO Drossellunden 2023-Gentofte-Endelig rapport**
Dokument ID:	**5283183**

Tilsynsrapport Gentofte Kommune

Midlertidigt døgnophold Drossellunden

Uanmeldt tilsyn
November 2023

Indhold

Indhold 2
Forord 3
1. Oplysninger om Drossellunden 4
2. Vurdering 5
2.1 Tilsynets vurderinger 5
2.2 Tilsynets anbefalinger 6
3. Datagrundlag 8
3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder 8
3.2 Dokumentation 9
3.3 Personlig pleje 10
3.4 Praktisk hjælp og støtte 11
3.5 Mad og måltider 12
3.6 Kommunikation og adfærd 13
3.7 Træning og rehabilitering 14
3.8 Medicinhåndtering 14
4. Tilsynets formål og metode 17
4.1 Formål 17
4.2 Metode 17
4.3 Vurderingsskema 18
4.4 tilrettelæggelse 19
Om BDO 20

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt tilsyn, 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 center.

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: 28 10 56 80
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Mette Norré Sørensen
Director
Mobil: 41 89 04 75
Mail: meo@bdo.dk
Projektansvarlig

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

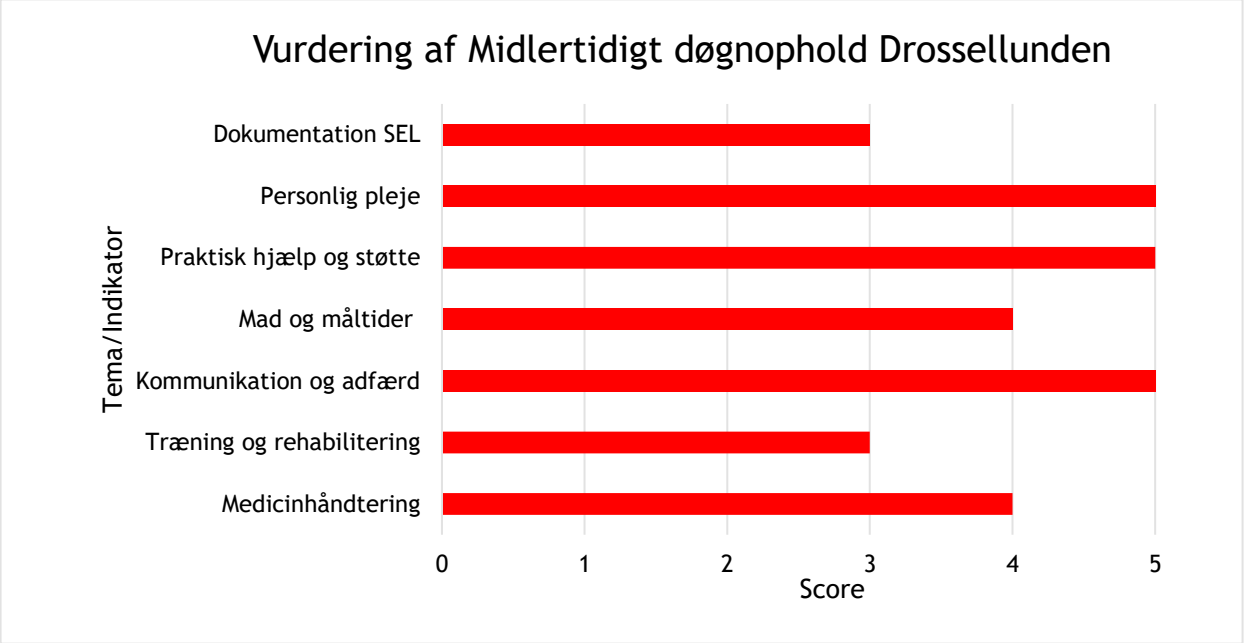
1. Oplysninger om Drossellunden

Oplysninger om enheden og tilsynet
Navn og adresse: Midlertidige pladser Drossellunden, Niels Andersenvej 22, 2900 Hellerup
Forstander: Berit Kronby
Antal stuer: 32 stuer
Dato for tilsynsbesøg: Den 7. november 2023
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med ledelsen • Interview af tre borgere • Gennemgang af dokumentation • Kontrol af medicin • Gruppeinterview med tre medarbejdere (en social- og sundhedshjælper og to sygeplejersker) 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 Kristina Ovesen, Manager og sygeplejerske

2. Vurdering

2.1 Tilsynets vurderinger

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation SEL:

Det er tilsynets vurdering, at der ved gennemgangen af dokumentationen forekommer en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats, herunder mangler i borgernes døgnrytmeplaner, funktionsevnetilstande og i de generelle oplysninger, hvilket ledelsen allerede har iværksat en indsats omkring. Tilsynet vurderer, at medarbejderne på tilfredsstillende vis kan redegøre for deres arbejdsgange samt redegøre for de generelle dokumentationskrav, hvor det er tilsynets vurdering, at medarbejderne efterspørger en generel dokumentationsinstruks, som kan understøtte medarbejderne i deres dokumentationsarbejde.

Personlig pleje:

Det er tilsynets vurdering, at borgerne fremstår soignerede og veltilpasse, hvor alle tre borgere også tilkendegiver tilfredshed med hjælpen til den personlige pleje, og de fortæller, at plejen svarer til deres individuelle behov, samt at deres ønsker og vaner imødekommes. Borgerne fortæller herudover, at plejen leveres til den aftalte tid, at de føler sig trygge i hverdagen, og at de oplever at kunne efterspørge hjælp på alle tidspunkter af døgnet.

Det er samtidig tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for deres faglige overvejelser og arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje, herunder medarbejdernes fokus på at sikre opmærksomhed på den rehabiliterende tilgang.

Praktiske hjælp og støtte:

Det er tilsynets vurdering, at både hjælpemidler og stuer fremstår tilfredsstillende rengjorte, samt at fællesarealerne fremtræder ryddelige og renholdte. Tilsynet vurderer, at borgerne tilkendegiver tilfredshed med hjælpen til den praktiske støtte, samt at medarbejderne herudover kan redegøre for arbejdsgange og refleksioner relaterede til opgaven.

Mad og måltider:

Det vurderes, at der forekommer en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid, hvortil medarbejderne arbejder ud fra faste roller, og hvor borgerne sikres mulighed for rolige omgivelser, rehabilitering og medindflydelse. Det er tilsynets vurdering, at en borger italesætter tilfredshed med madens kvalitet, hvor to borgere finder madens konsistens meget kalorieholdig og fed, og i den forbindelse efterspørger de flere grøntsager og frugt. Medarbejderne kan efter tilsynets vurdering redegøre for faktorer, der er medvirkende til at sikre principperne for det gode måltid, herunder medarbejdernes forståelse for at skabe rolige omgivelser, hverdagsrehabilitering samt fokus på borgernes medindflydelse.

Kommunikation og adfærd:

Det er tilsynet vurdering, at der opleves en imødekommende og respektfuld dialog omkring på Drosselllunden, hvilket alle tre borgere også tilkendegiver.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne i meget høj grad argumenterer med deres overvejelser omkring kommunikationen og omgangen med borgerne, hvor medarbejderne tilmed kan redegøre med faglige overvejelser omkring den individuelle- og situationsbestemte kommunikation.

Træning og rehabilitering:

Det er tilsynets vurdering, at to af borgerne tilkendegiver et større behov for at modtage tilbud omkring træning, rehabilitering og en aktiv hverdag, hvilket er foreneligt med, at der ifm. tilsynsbesøget ikke observeres direkte trænings- eller rehabiliteringsaktiviteter. Tilsynet vurderer, at der er tilknyttet terapeuter til Drossellunden, men at plejepersonalet igennem længere tid ikke har været bevidste om, hvor de har kunne tilgå terapeuternes notater i Nexus, hvilket fortsat beskrives som en udfordring, som påvirker det tværfaglige samarbejde. Tilsynet vurderer, at medarbejderne efterspørger, at borgernes træning i hverdagen i højere grad prioriteres.

Medicinhåndtering:

Det er tilsynets vurdering, at borgernes medicin generelt håndteres på en systematisk måde, hvor medicinen eksempelvis opbevares adskilt, og at medicinen er korrekt mærket, jf. retningslinjerne. Tilsynet vurderer, at der forekommer få mangler i medicinhåndteringen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats. Det er yderligere tilsynets vurdering, at borgerne er tilfredse, samt at medarbejderne generelt kan redegøre for deres arbejdsgange og deres håndtering af borgernes medicin, men medarbejderne tilkendegiver en mangelfuld praksis for oprettelsen af handlingsanvisninger på medicinområdet, samt at der ikke er en overbevisende faglig viden om og omkring håndteringen af risikosituationsmedicin.

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:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter med at rette en skærpet opmærksomhed på dokumentationsområdet for herved at sikre, at døgnrytmeplaner, funktionsevnetilstande og de generelle oplysninger fremstår tilstrækkeligt veldokumenterede og ajourførte. Det anbefales, at ledelsen fortsætter arbejdet med udgangspunkt i tilsynets tidligere anbefalinger på dokumentationsområdet, herunder:
    - At døgnrytmeplanen indeholder individuelle og handlevejledende beskrivelser af alle de indsatser, som borgerne modtager hjælp og støtte til.
    - At funktionsevnetilstandene er opdaterede og ajourførte.
    - At der dokumenteres oplysninger om borgernes mestring, motivationer, ressourcer og vaner under de generelle oplysninger, samt at livshistorien udfyldes.
    - At der sikres dokumentation af den udførte opfølgning af de iværksatte tiltag.

Herudover anbefales ledelsen at rette en opmærksomhed på, at medarbejderne efterspørger en standardiseret dokumentationsinstruks, som kan vejlede dem i at udarbejde dokumentationen ud fra en vejledende, ensartet og tilstrækkelig metode.

2. Tilsynet anbefaler ledelsen at sikre, at madens sammensætning også imødekommer de borgere, der efterspørger en større variation af grøntsager og flere lette måltider.

3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at borgerne tilbydes den nødvendige rehabilitering og træningsindsats, så borgerne og medarbejderne i højere grad oplever, at indsatserne prioriteres i det daglige arbejde. Ydermere anbefales ledelsen at sikre, at medarbejderne har den nødvendige viden til at kunne tilgå terapeuternes notater i Nexus, samt at det tværfaglige samarbejde italesættes og styrkes.

4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at medarbejdernes medicinhåndtering til enhver tid overholder de gældende regler for området, herunder:
   - At der fremadrettet konsekvent kvitteres for adm. af ikke-dispensérbar medicin i medicinmodulet i Nexus.
   - At de medicinske handelsnavne ajourføres i medicinmodulet i Nexus.
   - At der påføres anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed.
   - At der konsekvent oprettes et observationsnotat i de tilfælde, hvor lægeordineret medicin ikke bliver indtaget, samt at den behandlingsansvarlige læge altid bliver underrettet.
   - At der altid oprettes handlingsanvisninger på hhv. medicinadministration og medicindosering.
   - At det synliggøres i journalen, når en borger er i behandling med risikosituationsmedicin, samt at medarbejderne omgående tilegner sig kendskab til de respektive grupper af risikosituationspræparater.

3. Datagrundlag

3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder

Ledelsen:

Interviewet indledes med, at ledelsen redegør for, hvordan de har arbejdet med anbefalingerne fra sidste års tilsyn, hvor de modtog anbefalinger omhandlende følgende områder: dokumentationsarbejdet, kommunikation, besvarelse af nødkald, måltiderne, organisering af tidspunkter for træning, medicinhåndtering, organisering af sygeplejeydelser, mødestruktur, utilsigtede hændelser samt principperne for korrekt håndhygiejne.

Ledelsen har et løbende fokus på dokumentationsindsatsen, hvor udviklingssygeplejersken er tilknyttet Gentofte Kommunes arbejdsgruppe omkring dokumentationsarbejdet.

Drossellunden er fortsat i proces med at undervise og implementere dokumentationsindsatsen, hvor der er et større fokus på at undervise med udgangspunkt i FSIII-metoden. Alle medarbejderne har på nuværende tidspunkt gennemgået dokumentationsundervisning, hvorefter de skal sikre at få tilrettet og ajourført indholdet i borgernes journaler. Ledelsen beskriver, at dokumentationsarbejdet nu i højere grad tager afsæt i FSIII-metoden, samt at der er blevet undervist i at beskrive den rehabiliterende tilgang.

Der er organiseret et månedligt dokumentationsmøde, hvor ledelsen og superbrugerne deltager for at drøfte indsatsen samt nye dokumentationstiltag. Medarbejderne tager udgangspunkt i lokale dokumentationsvejledninger og skabeloner, så indholdet i journalerne fremstår ensartet.

Det er gruppelederne, der løbende kvalitetssikrer indholdet i journalerne, og udviklingssygeplejersken udfører regelmæssige dokumentationsaudits.

I forbindelse med anbefalingen omkring at italesætte travlhed over for borgerne, har ledelsen italesat anbefalingen over for medarbejderne, hvor ledelsen tydeligt har tilkendegivet, at dette ikke bør forekomme. Ydermere er opmærksomheden blevet en fast del af Drossellundens onboarding proces, hvor nyansatte introduceres til at føre en korrekt kommunikation. Det er ledelsens klare opfattelse, at kommunikationen er forbedret, hvilket de pårørende også har tilkendegivet til forstanderen.

Vedrørende anbefalingen, der omhandlede borgernes oplevelse af ventetid på nødkald, har ledelsen efterfølgende analyseret ventetiderne fra det elektroniske kaldesystem, som viste, at der var en reel udfordring med ventetiderne. Medarbejderne er efterfølgende blevet gjort opmærksomme på at reagere rettidigt, når borgerne benytter deres nødkald. Det er ledelsens opfattelse, at ventetiden på besvarelsen af nødkald nu er betydeligt nedbragt.

Ledelsen arbejder løbende med at sikre, at principperne for "det gode måltid" overholdes, ligesom ledelsen har fokus på, at medarbejderne ikke serverer måltiderne iført engangshandsker. Opgaverne og organiseringen af måltiderne har være præsenteret og drøftet med medarbejderne, og ledelsen er dagligt synlig og overværer medarbejdernes arbejdsgange. Måltiderne tager eksempelvis udgangspunkt i opmærksomheder på hverdagsrehabilitering, ro samt medarbejdernes rolle omkring spisebordene. Der har været arbejdet med indretningen af spisestuen, så der nu i højere grad er mulighed for skærmning og at skabe rolige spisemiljøer.

Det er ledelsen opfattelse, at samarbejdet med terapeutgruppen har gennemgået en positiv udvikling, hvor det beskrives konstruktivt og forbedret. Terapeuterne har en opmærksomhed på at italesætte og beskrive borgernes plan og mål for opholdet samt en tydelig opmærksomhed på at beskrive de individuelle aftaler. Derudover er der et stort fokus på at inddrage de pårørende samt at invitere borgere og pårørende til samtaler, hvor forløbet og udviklingen præsenteres. Ledelsen er i proces med at få opsat tavler på stuerne, hvorpå terapeuterne skal notere aftaler, plan, mål og kontaktperson.

I forbindelse med anbefalingen omhandlende medicinhåndteringen har ledelsen faciliteret undervisning for medarbejderne omkring de respektive regler, vejledninger og arbejdsgange, herunder anvendelse af farvede poser samt en opmærksomhed på, at medicinhåndteringen skal forløbe i rolige og uforstyrrede omgivelser. Nye borgere anbefales ikke længere at medbringe deres medicin hjemmefra, idet ledelsen i den forbindelse identificerede flere muligheder for fejl, hvor der ofte blev medbragt forældet

og forkerte præparater. I den forbindelse er det nu medarbejderne, som sikrer at bestille den lægeordinerede medicin til borgerne på Drossellunden. Der udføres løbende medicinaudits, hvor fundene præsenteres på personalemøderne, og hvor data benyttes konstruktivt ifm. evt. forbedringstiltag og prøvehandlinger.

Ledelsen har arbejdet med at imødekomme anbefalingen omkring at sikre, at organiseringen af borgernes sygeplejeydelser udføres ud fra en høj faglig standard, idet ledelsen har iværksat undervisning og initiativer, som skaber et større og mere ensartet fokus på den faglige dialog og kommunikation med afsæt i et fælles fagligt sprog. Det er udviklingssygeplejersken, der varetager undervisningen, og på nuværende tidspunkt er det Drossellundens nattevagter, som undervises i det faglige tiltag. Gruppelederne deltager og fremtræder synlige på gruppemøderne, hvor borgernære forløb og sundhedsfaglige problemstillinger præsenteres og drøftes. Det er ledelsens oplevelse, at gruppemøderne forløber mere velorganiserede og i høj grad bidrager til at styrke medarbejdernes faglighed.

Der beskrives et tilstrækkeligt fokus på medarbejdernes indberetning af de utilsigtede hændelser, hvor samtlige medarbejdere er blevet undervist i arbejdsgangen. Ledelsen tilstræber at foretage indberetningerne sammen med den enkelte medarbejder, idet der i den forbindelse forekommer en konstruktiv faglig dialog og et læringsperspektiv. På sigt skal udviklingssygeplejersken varetage arbejdet og databehandlingen af de utilsigtede hændelser, hvor ledelsen på nuværende tidspunkt gennemgår data.

Ledelsen har sikret et løbende fokus på de hygiejniske principper, herunder at medarbejderne er bevidste om- og udfører en korrekt håndhygiejne. En af Drossellundens sygeplejersker varetager rollen som hygiejneressourceperson, hvor der for nyligt har været afholdt hygiejneuge, hvor medarbejderne deltog i en faglig quiz og fik kontrolleret deres individuelle håndhygiejne.

Derudover er Drossellundens ledelse og medarbejdere optagede af følgende indsatser og udviklingsområder:

- Palliationsprojekt, hvor medarbejderne undervises i at identificere og iværksætte en hurtig palliativ indsats.
- Medarbejdernes individuelle kompetenceudvikling, hvor medarbejdernes kompetencer kortlægges, og efterfølgende tilknyttes den enkelte medarbejder til undervisning og sidemandsoplæring for i højere grad at kunne varetage komplekse sundhedsfaglige opgaver.

3.2 Dokumentation

OBSERVATION

Der foretages observation i tre borgeres omsorgsjournaler.

Døgnrytmeplanen

En ud af tre døgnrytmeplaner fremstår tilstrækkelig handleanvisende for de servicelovsindsatser, som borgeren modtager, hvor der tilmed fremstår beskrivelser af særlige hensyn og opmærksomhedspunkter, der gælder individuelt for borgeren. Døgnrytmeplanen fremstår systematisk og overskueligt opbygget, hhv. for dag-, aften- og nattevagten. Der fremgår beskrivelser af den rehabiliterende tilgang samt beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

De resterende to døgnrytmeplaner indeholder flere mangler, og indsatserne fremstår generelt sparsomt beskrevet. Døgnrytmeplanerne indeholder ikke tilstrækkelige handlevejledende beskrivelser for de servicelovsindsatser, som borgerne modtager, eksempelvis mangler der individuelle beskrivelser relaterede til badet samt den pædagogiske tilgang. I en døgnrytmeplan, relateret til nattevagten, fremstår der beskrivelsen *"tilsyn x 2"*, men der er ikke tilknyttet en handlevejledende beskrivelse omkring tilsynets formål og opgaver.

Alle tre døgnrytmeplaner indeholder relevante beskrivelser omkring særlige opmærksomhedspunkter.

Funktionsevnetilstande

I en ud af tre journaler fremstår funktionsevnetilstande opdaterede og aktuelle, hvoraf funktionsevnetilstandene i de resterende to journaler fremstår med mangler, idet indholdet i funktionsevnetilstan-

dene ikke stemmer overens med beskrivelserne i døgnrytmeplanerne og med borgernes aktuelle funktionsniveau. I begge tilfælde er der uoverensstemmelser omkring borgernes funktions- og forflytningsniveauer, eksempelvis beskrives det, at en af borgerne forflyttes vha. forflytningsredskabet "Sara Stedy", men borgeren varetager selv forflytningerne.

Generelle oplysninger

Gennemgående for alle tre borgere fremstår de generelle oplysninger med betydelige mangler, idet størstedelen af temaerne ikke er udfyldt, hvor der i alle tre tilfælde ikke er beskrevet en livshistorie.

Observationsnotater:

I to ud af tre journaler fremstår der relevante observationsnotater, hvor der foreligger en tilstrækkelig faglig opfølgning og relevante faglige beskrivelser. I den tredje journal fremstår der kun en enkelt beskrivelse om, at borgeren ikke har villet modtage sovemedicin, hvilket bliver beskrevet i afsnittet omhandlende medicinhåndtering.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør for, hvordan de arbejder med dokumentationsopgaven, herunder at døgnrytmeplanerne skal indeholde udførlige beskriver af den hjælp og støtte, som borgerne modtager. Døgnrytmeplanerne opbygges med korte beskrivelser samt indeholder individuelle beskrivelser af særlige opmærksomhedspunkter, så medarbejderne derved sikrer, at andre kolleger kan udføre plejen på tilsvarende vis. Det er kontaktpersonen, som er ansvarlig for at opstarte og opdatere borgernes journaler, hvor den respektive medarbejder ajourfører indholdet, svarende til deres eget fagområde. Der foreligger ikke på nuværende tidspunkt en fælles dokumentationsinstruks eller skabelon, men medarbejderne har efterspurgt dette hos ledelsen, idet flere er i tvivl om kravene til indholdet. En medarbejder fortæller, at de grundlæggende er i tvivl om, hvad der skal beskrives i de generelle oplysninger, og at der på den baggrund er flere journaler, hvor de generelle oplysninger ikke er udfyldt.

Der er løbende fokus på at sikre, at borgernes funktionsevnetilstande altid fremstår ajourførte og opdaterede, hvor indholdet sikres at stemme overens med borgernes aktuelle tilstand.

Der noteres observationer eller ændringer i borgernes observationsnotater, hvor observationsnotaterne læses af medarbejderne hver morgen ifm. deres morgenmøde. Når der forekommer afvigelser eller ændringer i en borgers tilstand, beskrives ændringen i observationsnotaterne, og derudover kontaktes en sygeplejerske for tilsyn af borgerens tilstand.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der ved gennemgangen af dokumentationen forekommer en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats, herunder mangler i borgernes døgnrytmeplaner, funktionsevnetilstande og i de generelle oplysninger, hvilket ledelsen allerede har iværksat en indsats omkring. Tilsynet vurderer, at medarbejderne på tilfredsstillende vis kan redegøre for deres arbejdsgange samt redegøre for de generelle dokumentationskrav, hvor det er tilsynets vurdering, at medarbejderne efterspørger en generel dokumentationsinstruks, som kan understøtte medarbejderne i deres dokumentationsarbejde.

3.3 Personlig pleje

OBSERVATION

Alle tre borgere fremstår velsoignerede og veltilpasse, og deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats svarer til deres behov.

BORGERINTERVIEW

Alle tre interviewede borgere oplever, at hjælpen til den personlige pleje passer til deres behov. Der fortælles om, at borgernes ønsker og vaner imødekommes, og at de oplever at modtage den hjælp, som der er aftalt, ligeledes at de oplever selvbestemmelse og medinddragelse. En borger fortæller, at hun taler med medarbejderne omkring opgaverne, og at det indbyrdes samarbejde opleves tilfredsstillende.

De tre borgere fortæller efterfølgende, at de modtager hjælpen til tiden, og at de føler sig trygge ved hjælpen fra medarbejderne, idet medarbejderne blandt andet er vidende omkring arbejdsopgaverne og rutinerne inde hos den enkelte borger. Ydermere er det borgernes oplevelse, at medarbejderne reagerer hurtigt, når nødkaldet anvendes og at dette også medvirker til at gøre borgerne trygge.

Borgerne oplever, at der er fokus på kontinuitet, idet det som oftest er kontaktpersonen, som varetager den daglige pleje, men at borgerne derudover tilkendegiver oplevelsen af, at det altid er den samme gruppe af faste medarbejdere, som er tilgængelige.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør for, hvordan de sikrer, at borgerne modtager den pleje og støtte, som de har behov for, eksempelvis er der et stort fokus på kontinuitet, hvor det er kontaktpersonen, som varetager plejen hos borgerne. Kontaktpersonen er vidende om de individuelle arbejdsopgaver, borgerens behov og særlige opmærksomhedspunkter, hvilket indhentes ifm. opstartssamtalen. Afløsere og nye medarbejdere opfordres altid til at læse i døgnrytmeplanerne, inden de påbegynder plejen hos en borger. Der er fokus på at tale med borgerne omkring deres behov for hjælp samt løbende at afstemme, at hjælpen er tilstrækkelig og efterfølgende få det dokumenteret i journalen.

Der skabes tryghed i plejesituationerne ved bl.a. at benytte de samme rutiner og vaner, at optræde roligt og trinvist at fortælle omkring de tiltag, som der udføres. Ydermere er det vigtigt, at medarbejderne ikke fremstår fortravlede eller italesætter travlhed. Medarbejderne kan redegøre for deres overvejelser omkring anvendelsen af den rehabiliterende tilgang, herunder at motivere og guide borgerne til at varetage de opgaver, som de selv kan, for derved at vedligeholde- og udvikle deres funktionsniveau. En af medarbejderne giver eksempler på, hvordan borgerne motiveres til at gå hen til spisestuen, motiveres til oprydning og borddækning og motiveres til at deltage i den personlige pleje. I tilfælde af, at der opstår ændringer i en borgers tilstand, vil medarbejderne spørge ind til borgerens symptomer og efterfølgende rette henvendelse til en relevant kollega, som kan måle vitale værdier og evt. kontakte den praktiserende læge.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at borgerne fremstår soignerede og veltilpasse, og alle tre borgere tilkendegiver tilfredshed med hjælpen til den personlige pleje, og de fortæller, at plejen svarer til deres individuelle behov, samt at deres ønsker og vaner imødekommes. Borgerne fortæller tilmed, at plejen leveres til den aftalte tid, at de føler sig trygge i hverdagen, og at de oplever at kunne efterspørge hjælpen på alle tidspunkter af døgnet.

Det er samtidig tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for deres faglige overvejelser og arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje, herunder medarbejdernes fokus på at sikre opmærksomhed på den rehabiliterende tilgang.

3.4 Praktisk hjælp og støtte

OBSERVATION

Borgernes stuer og fællesarealer fremstår rene og ryddelige, og hjælpemidlerne fremstår renholdte.

BORGERINTERVIEW

Alle tre borgere fortæller, at de er meget tilfredse med rengøringsstandarden, og at de er tilfredse med hjælpen til den praktiske støtte.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at den grundlæggende rengøring varetages af det faste rengøringspersonale. Derudover varetager kontaktpersonen og medarbejderne fra plejen den daglige oprydning samt de akutte rengøringsopgaver inde i borgernes stuer. Der fortælles om et fokus på, at borgernes stuer og fællesarealer skal fremstå ryddelige, renholdte og hyggelige, og borgerne motiveres til at hjælpe til. Tilsynet spørger ind til medarbejdernes overvejelser omkring anvendelsen af værnemidler, hvorefter medarbejderne beskriver, at de altid anvender engangsforklæde og engangshandsker ifm. sengeredning og i plejesituationer.

Ved forebyggelse af smittespredning eller isolation kan medarbejderne søge viden og tilgå de lokale retningslinjer i Drossellundens proceduremappe for smitteforebyggelse.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at både hjælpemidler og stuer fremstår tilfredsstillende rengjorte, samt at fællesarealerne fremtræder ryddelige og renholdte. Tilsynet vurderer, at borgerne tilkendegiver tilfredshed med hjælpen til den praktiske støtte, samt at medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange og refleksioner relateret til opgaven.

3.5 Mad og måltider

OBSERVATION

Flere borgerne er samlet til morgenmad i den fælles spisestue, som er inddelt i to mindre spisemiljøer, for derved at sikre muligheder for skærmning og at medvirke til at skabe ro. Der forekommer ingen unødige forstyrrelser ifm. det observerede måltid.

Flere medarbejdere er til stede i spisestuen under morgenmaden, hvor de hjælper enkelte borgere med maden, anretter serveringsbakker og samtidig faciliterer til hyggelige samtaler. Enkelte borgere mødes af deres kontaktperson, som bringer en orientering omkring dagens forløb og aftaler.

Tilsynet bemærker positivt, at der er anrettet en morgenmadsbuffet, så borgerne selv kan tage den ønskede mængde mad og drikke.

BORGERINTERVIEW

En borger tilkendegiver at være meget tilfreds med madens kvalitet, og borgeren oplever måltiderne som hyggelige og velorganiserede. De to andre borgeres oplevelse er, at maden ofte er meget kalorieholdig og fed, og de efterspørger flere grøntsager og frugt. Der beskrives muligheder for mellemmåltider i form af proteinholdige produkter, som kan efterspørges ved behov.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at "det gode måltid" sikres ved at skabe rolige omgivelser, eksempelvis ved at minimere støj og gennemgang i den fælles spisestue. Medarbejderne har fokus på deres indbyrdes rollefordeling og opgaver, hvor værtskabet omkring bordene omhandler korte dialoger og nærvær, så borgerne derved får mulighed for at fokusere på indtaget af deres måltid. Der prioriteres med rigelig tid til at facilitere måltiderne, så borgerne får mulighed for at spise i deres eget tempo. For de borgere, der har et særligt behov for støtte, sidder der en medarbejder ved siden af og støtter op omkring den enkelte borgers måltid.

Måltidsværterne har til opgave at forberede og tilberede maden, hvor der tages individuelle hensyn ift. borgernes egne ressourcer og ønsker for servering. Medarbejderne fortæller, at frokosten anrettes og serveres på fade, hvor borgerne præsenteres for udvalget og tilkendegiver deres ønske. Medarbejderne og ledelsen har erfaret, at borgerne spiser mere, når smørrebrødet er anrettet på forhånd, og på den baggrund har Drossellunden vedtaget at fortsætte denne organisering.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der forekommer en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid, hvortil medarbejderne arbejder ud fra faste roller, og hvor borgerne sikres mulighed for rolige omgivelser, rehabilitering og medindflydelse. Det er tilsynets vurdering, at en borger italesætter tilfredshed med madens kvalitet, men at to borgere finder madens konsistens meget kalorieholdig og fed, og i den forbindelse efterspørger de flere grøntsager og frugt.

Medarbejderne kan efter tilsynets vurdering redegøre for faktorer, som er medvirkende til at sikre principperne for det gode måltid, herunder medarbejdernes forståelse for at skabe rolige omgivelser, hverdagsrehabilitering samt fokus på borgernes medindflydelse.

3.6 Kommunikation og adfærd

OBSERVATION

Overalt på Drossellunden observeres der en hyggelig stemning og atmosfære. Medarbejderne møder flere af borgerne ude på fællesarealerne, hvor medarbejderne stopper op og hilser på borgerne. Borgerne mødes i øjenhøjde, og medarbejderne udviser den nødvendige kontakt og empati.

BORGERINTERVIEW

Borgerne udtrykker alle tilfredshed med medarbejdernes kommunikation og adfærd, hvortil de beskriver medarbejderne som omsorgsfulde og imødekommende. Hertil beskrives det, at medarbejderne altid taler høfligt og pænt, og at der er en god omgangstone på Drossellunden.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at de har fokus på at tage udgangspunkt i den enkelte borgers personlighed og væremåde for derved at møde borgeren med en individuel tilgang. Derudover møder de altid borgerne med respekt, empati, venlighed og ligeværdighed. I kommunikationen til de demente borgere fortælles der om et fokus på at anvende korte og præcise sætninger samt ikke at give for mange valg i situationen. Der tages yderligere udgangspunkt i borgernes vaner og behov for derved at anvende en individuel tilgang.

Der fortælles omkring en faglig fortrolighed, hvor medarbejderne vil reagere, såfremt de observerer en uhensigtsmæssig adfærd fra en vikar eller en kollega enten ved, at medarbejderen selv henvender sig til vedkommende eller ved at orientere ledelsen.

Medarbejderne oplever en god og konstruktiv kommunikation med de pårørende, og hvis en pårørende tilkendegiver utilfredshed, vil medarbejderne henvise til ledelsen.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynet vurdering, at der opleves en imødekommende og respektfuld dialog på Drossellunden, hvilket alle tre borgere også tilkendegiver.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne i meget høj grad argumenterer med deres overvejelser omkring kommunikationen og omgangen med borgerne, hvor medarbejderne tilmed kan redegøre med faglige overvejelser omkring den individuelle- og situationsbestemte kommunikation.

3.7 Træning og rehabilitering

OBSERVATION

De tilsynsførende observerer ikke nogen former for træning eller aktiviteter ifm. tilsynsbesøget. På opslagstavlerne på fællesarealerne hænger der oversigter over forskellige aktivitets- og træningstilbud, såsom yoga, musikalsk underholdning, gudstjenester og foredrag.

BORGERINTERVIEW

To ud af tre borgere har udfordringer med at forstå og besvare spørgsmålet om, hvorvidt de deltager og er tilfredse med Drossellundens trænings- og rehabiliteringstilbud. En af de to borgere svarer dog, at hun går ture med medarbejderne, og den anden borger fortæller om en oplevelse af at kede sig.

Den tredje borger finder tilbuddet vedr. træning og rehabilitering for sparsomt, idet hun fortæller, at hun ikke modtager tilstrækkelig med genoptræning, hvilket har medvirket til at gøre borgeren bekymret.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at borgerne modtager genoptræning ved Tranehavens eksterne fysioterapeuter to gange ugentligt. Der beskrives et tilfredsstillende samarbejde med Tranehavens terapeuter, og medarbejderne sparrer og kommunikerer løbende med de tværfaglige samarbejdspartnere, enten via notater i Nexus eller via de regelmæssige møder. En af medarbejderne fortæller, at der har været en generel usikkerhed blandt plejepersonalet om, hvor de kan læse terapeuternes statusnotater i Nexus, hvilket har medvirket til, at plejepersonalet ikke har orienteret sig i de individuelle trænings- og statusnotater. Medarbejderen fortæller, at der nu er viden om, hvor notaterne kan fremsøges, men at plejepersonalet bør orientere sig mere i de tværfaglige notater for at styrke det tværfaglige samarbejde.

Medarbejderne fortæller, at der sjældent er afsat tid til, at plejepersonalet kan træne med borgerne, men medarbejderne forsøger at tilbyde ad hoc træning, når det er muligt. Ydermere undrer det medarbejderne, at den faste fælles gymnastik er nedlagt, idet både medarbejdere og borgere fandt tilbuddet relevant og stimulerende.

Som en fast del at opstartssamtalen, og i forbindelse med statusmøderne, orienteres borgeren og de pårørende omkring borgerens mål, plan og status for opholdet, hvilket bidrager positivt til samarbejdet.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at to af borgerne tilkendegiver et større behov for at modtage tilbud omkring træning, rehabilitering og en aktiv hverdag, hvilket er foreneligt med, at der ifm. tilsynsbesøget ikke observeres direkte trænings- eller rehabiliteringsaktiviteter. Tilsynet vurderer, at der er tilknyttet terapeuter til Drossellunden, men at plejepersonalet igennem længere tid ikke har været bevidste om, hvor de har kunne tilgå terapeuternes notater i Nexus, hvilket fortsat beskrives som en udfordring, som påvirker det tværfaglige samarbejde. Tilsynet vurderer, at medarbejderne efterspørger, at borgernes træning i hverdagen i højere grad prioriteres.

3.8 Medicinhåndtering

OBSERVATION

Tilsynet gennemgår medicinbeholdningen for tre borgere.

På Drossellunden opbevares medicinen på en ensartet og systematisk måde i et fælles medicinrum. Borgernes medicin opbevares i aflåste skabe, hvor handelsæsker og pn medicin sikres adskilt i kurve og er pakket i farvede poser. Kurvene anvendes til at sikre en tydelig adskillelse mellem aktuel-, pn- og

ikke-aktuel medicin. Der doseres medicin til en uge ad gangen, hvor den doserede medicin opbevares i en aflåst medicinvogn i fælleskøkkenet.

Tilsynet kontrollerer, at alle doseringsæsker er korrekt mærkede med ugedage, navn, stuenummer og CPR-nummer. Den ikke-dispensérbare medicin opbevares korrekt efter det enkelte lægemiddels anbefaling, hhv. i køleskab eller ved stuetemperatur.

Tabletterne i doseringsæskerne stemmer overens med antallet af tabletter i tælleskemaet. Hos alle borgerne ses stillingtagen til Cave, og der er foretaget en nylig ajourføring af medicinskemaerne. Medicinoversigten i Nexus fremstår tilfredsstillende ajourført, herunder dato for ordinationen, indikation, max dosis, styrke, tidspunkt for indtag samt medicinens form.

Der er foretaget kvittering for administrationen af de ikke-dispensérbare præparater. Dog konstaterer tilsynet, at der ikke kvitteres i medicinmodulet, men at der kvitteres på opgaven i planlægningsmodulet, hvilket ikke er hensigtsmæssigt. Forstanderen fortæller, at arbejdsgangen er under udvikling, og der arbejdes hen imod, at der skal kvitteres direkte i medicinmodulet.

Nedenfor er der beskrevet følgende fund ifm. medicingennemgangen hos de tre borgere:

- Ved to af borgerne konstateres der enkelte uoverensstemmelser i handelsnavne, hvilket ledelsen orienterer tilsynet om skyldes en fejl i dispenseringsmodulet i Nexus, som der allerede er en opmærksomhed omkring.
- En medicinsk salve, hvor der ikke er påsat en anbrudsdato.
- I en medicinbeholdning forefindes der flere doseringsæsker, hvor tabletten for natten ikke er udleveret. Ved den manglende medicinudlevering er der i Nexus kun en enkelt gang dokumenteret baggrunden for, hvorfor medicinen ikke er udleveret.

BORGERINTERVIEW

Alle tre borgere tilkendegiver tilfredshed med medarbejdernes hjælp til medicinhåndtering og administration, hvor en borger beskriver, at medarbejderne altid sikrer sig, at borgeren også indtager medicinen, hvilket gør borgeren tryg.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør for, hvordan de håndterer borgernes medicin, samt hvilke observationer de foretager, eksempelvis at kontrollere medicinen og sikre, at den stemmer overens med FMK samt at sikre, at der er tilstrækkelig med medicin til rådighed til at kunne fuldføre en hel ugedosering.

Der doseres til en uge ad gangen, og medarbejderne føler støtte ved at tage udgangspunkt i den faste systematik ifm. medicindoseringerne, herunder at anvende medicinrummet, doseringsunderlag samt at anvende farvede poser. Når ugedoseringen er foretaget, foretager medarbejderen en kontroltælling af tabletterne i doseringsæskerne.

Ved injektioner sikrer medarbejderne, at anbrudsdatoen på præparatet ikke er overskredet, at medicinen er opbevaret korrekt samt en opmærksomhed på, hvor medicinen skal injiceres. Der er fokus på at få kvitteret for den ikke-dispensérbare medicin, og medarbejderne er altid opmærksomme på at tælle medicinen samt at se borgerne indtage den udleverede medicin.

Tilsynet spørger ind til, om medarbejderne konsekvent opretter handlingsanvisninger på medicindosering og medicinadministration, hvilket medarbejderne ikke altid får udført.

Medarbejderne kan kun delvist redegøre for deres arbejdsgange og viden omkring risikosituationslægemidler, hvor der ikke foreligger en fast praksis for at notere i Nexus, hvis en borger er i behandling med et risikosituationspræparat. Ydermere har medarbejderne udfordringer med at benævne samtlige hovedgrupper af risikosituationsmedicin.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at borgernes medicin generelt håndteres på en systematisk måde, hvor medicinen eksempelvis opbevares adskilt, og at medicinen er mærket korrekt, jf. retningslinjerne. Tilsynet vurderer, at der forekommer få mangler i medicinhåndteringen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats. Det er yderligere tilsynets vurdering, at borgerne er tilfredse, samt at medarbejderne generelt kan redegøre for deres arbejdsgange og deres håndtering af borgernes medicin. Der tilkendegives dog hos medarbejderne en mangelfuld praksis for oprettelse af handlingsanvisninger på medicinområdet, og der tilkendegives ikke en overbevisende faglig viden hos medarbejderne om og omkring håndtering af risikosituationsmedicin.

4. Tilsynets formål og metode

4.1 Formål

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for borgere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 Metode

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets resurser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 Vurderingsskema

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
Score: 4	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne • En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne • Få elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
Score: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne • Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 tilrettelæggelse

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-3 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

Om BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejehjem, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.

Relateret document 6/18

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport 2023 CFG-Gentofte-Endelig rapport.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport 2023 CFG-Gentofte-Endelig rapport**
Dokument ID:	**5309190**

Tilsynsrapport Gentofte Kommune

Center for Rehabilitering og Forebyggelse, Afdeling for Genoptræning

Uanmeldt tilsyn
November 2023

Indhold

Indhold 2
Forord 3
1. Fakta om tilsynet 4
2. Vurdering 5
2.1 Tilsynets vurderinger 5
2.2 Tilsynets anbefalinger 6
3. Datagrundlag 7
3.1 Generel information og opfølgning på sidste tilsyn 7
3.2 Dokumentation 7
3.3 Træningsydelser 9
3.4 Fysiske rammer og træningsfaciliteter 10
3.5 Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling 11
3.6 Tværfagligt samarbejde 12
4. Formål, metode og tilgang 13
4.1 Formål 13
4.2 Metode 13
4.3 Vurderingsskema 13
4.4 Tilrettelæggelse 14
Om BDO 15

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget, herunder deltagere og tidspunkt samt oplysninger om den konkrete enhed.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer og gennemgang af dokumentation. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra den indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

Tilsynets form, indhold, metode og afvikling er afstemt med kommunen.

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 28 10 56 80
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Mette Norré Sørensen
Director
Mobil: 41 89 04 75
Mail: meo@bdo.dk
Projektansvarlig

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

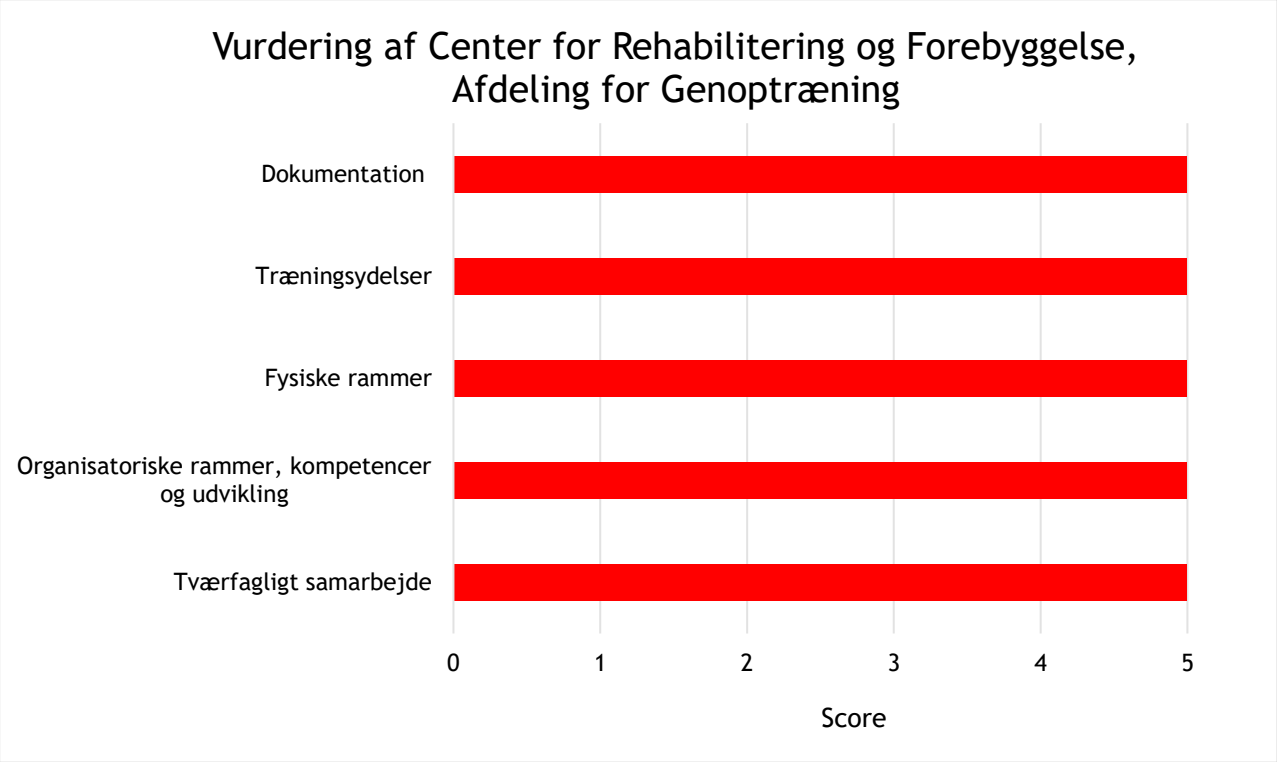
1. Fakta om tilsynet

Oplysninger om tilsynet
Navn og Adresse: Center for Rehabilitering og Forebyggelse, Afdeling for Genoptræning (CFG), Schioldannsvej 31, 2920 Charlottenlund og Sankt Lukas Vej 6A, 2900 Hellerup
Leder: Tina Johansen
Dato for tilsynsbesøg: Den 16. november 2023
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview af ledelsen • Interview af tre borgere • Gennemgang af dokumentation • Observationer • Interview med tre medarbejdere (to fysioterapeuter og en ergoterapeut) Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Andreas Bertelsen, Manager og sygeplejerske Kristina Ovesen, Manager og sygeplejerske

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 medarbejdernes dokumentation i meget høj grad indeholder faglige beskrivelser og en kvalitet, der medvirker til at give værdi for borgerforløbene, herunder kontinuerlige træningsnotater, målbeskrivelser, aftaler og træningsregimer.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne med en stor faglig overbevisning kan redegøre for deres dokumentationspraksis, samt at dokumentationsarbejdet italesættes som standardiseret og velorganiseret.

Træningsydelser:

Det er tilsynets vurdering, at der forekommer en hensigtsmæssig organisering af de observerede indsatser, samt at terapeuternes faglighed, arbejdsgange og systematik vurderes at være af høj kvalitet. På baggrund af de tre borgerinterviews vurderer tilsynet, at borgerne tilkendegiver en meget høj grad af tilfredshed, idet deres forløb blev igangsat rettidigt, at der foreligger definerede mål, samt at de tydeligt mærker en effekt af indsatserne. Tilsynet vurderer, at medarbejderne med stor faglig overbevisning kan redegøre for deres arbejdsgange relateret til området.

Fysiske rammer:

Det er tilsynets vurdering, at de fysiske rammer og træningsfaciliteter fremstår egnede til målgruppen af borgere og deres behov. Det er yderligere tilsynets vurdering, at borgerne tilkendegiver en stor tilfredshed med rammerne og forholdene på CFG.

Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling:

Det er tilsynets vurdering, at der forekommer en hensigtsmæssig organisering af forebyggelses- og genoptræningsindsatsen, som varetages af et kompetent tværfagligt team, herunder at det faglige udviklingsarbejde varetages af udviklingsterapeuten samt ifm. medarbejdernes tværfaglige udviklingsmøder.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne i meget høj grad kan redegøre for deres faglige ansvarsområder og kompetencer, herunder arbejdet med de utilsigtede hændelser samt de regelmæssige undervisningsforløb og studiebesøg.

Tværfagligt samarbejde:

Det er tilsynets vurdering, at der på CFG er organiseret et tilstrækkeligt tværfagligt samarbejde, hvor medarbejderne er organiserede i tværfaglige teams og at der forekommer regelmæssige tværfaglige møder. Det er yderligere tilsynets vurdering, at medarbejderne italesætter, at det tværfaglige samarbejde i meget høj grad er en del af deres daglige arbejde, samt at den systematiske mødestruktur bidrager til et tilfredsstillende tværfagligt samarbejde.

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 har ingen anbefalinger.

3. Datagrundlag

3.1 Generel information og opfølgning på sidste tilsyn

Lederinterview

Interviewet indledes med, at ledelsen redegør for, hvordan de har arbejdet med anbefalingerne fra sidste års tilsyn, hvor anbefalingerne omhandlede at sikre et fokus på kvalitetsarbejdet med dokumentationen, herunder arbejdet med at sikre en ensartet og systematisk udarbejdelse af handlingsanvisninger for træning.

Ledelsen fortæller, at der løbende arbejdes med dokumentationsindsatsen, hvor der eksempelvis er udviklet standardiserede skabeloner, som medarbejderne kan tage udgangspunkt i. Skabelonerne indeholder vejledninger og dokumentationskrav til medarbejderne, så de kan foretage en korrekt journalføring. Udviklingen og dokumentationsniveauet følges tæt gennem regelmæssige dokumentationsaudits, hvor auditresultaterne efterfølgende præsenteres for medarbejderne. Det er ledelsens klare opfattelse, at medarbejdernes dokumentationsindsats og arbejde er forbedret, og at udviklingen følges tæt af både udviklingsterapeuten og ledelsen.

Der blev yderligere givet en anbefaling omhandlende kvalitetsarbejdet, hvor ledelsen skulle sikre, at fastholdelsen, rekrutteringen og kompetenceudviklingen fortsat fik en høj ledelsesmæssig prioritering, hvilket ledelsen løbende har haft fokus på. I den forbindelse har der været etableret et samarbejde med en konsulent fra Gentofte Kommune, der har udviklet et overordnet onboarding program, som efterfølgende er blevet konverteret og tilpasset til CFG. Onboarding processen er nu systematiseret, og processen forløber over seks måneder med tre individuelle samtaler mellem den nyansatte medarbejder og den nærmeste leder. I forbindelse med samtalerne bliver medarbejderens kompetenceprofil kortlagt, og der drøftes temaer, såsom trivsel, kompetenceudvikling og fastholdelse. Onboarding processen har efterfølgende medvirket til at reducere personaleomsætningen, samt at der på nuværende tidspunkt ikke er vakante stillinger.

Derudover er ledelsen optaget af processen med udviklingen og implementeringen af kvalitetsarbejdet, herunder et stort fokus på arbejdet med medarbejdernes dokumentation og journalføring. Ledelsen er løbende opmærksomme på, at borgerforløbene lever op til effektmålene, hvor de eksempelvis sikrer, at borgerne rettidigt afsluttes og udsluses til andre alternativer, som giver værdi for den enkelte borger.

3.2 Dokumentation

Der er foretaget journalgennemgang af tre journaler.

De udvalgte journaler er på borgere, som tilsynet møder under besøget i Træningsenheden.

En borger modtager træning efter Serviceloven eller forløbsprogram §119, hvor borgeren er tilknyttet et pakkeforløb på baggrund af en kræftdiagnose. I journalen foreligger der et forløbsprogram, hvori indholdet fra startsamtalen er dokumenteret, herunder mål og plan. Forløbsprogrammet tager udgangspunkt i en standardiseret ni-kommunal skabelon, som anvendes af flere af landets kommuner. Inden borgeren er mødt op til startsamtalen, er der blevet udsendt et pro-data skema, som borgeren skal udfylde. Skemaet anvendes bl.a. til at indhente oplysninger omkring borgerens helbredstilstand, livskvalitet og funktionsniveau.

I journalen fremgår borgerens mål og plan for forløbet samt beskrivelser om borgerens egne træningsøvelser. Derudover foreligger der beskrivelser og oplysninger på borgerens tværfaglige forløb og kontakter, hvori der også fremgår beskrivelser af konkrete aftaler.

I journalen foreligger der kronologiske tværfaglige beskrivelser, hvor det konstateres, at der foretages dokumentation efter hver ATA-kontakt. Der foreligger flere tværfaglige beskrivelser, eksempelvis et notat fra motionskonsulenten, som har beskrevet dialogen og vejledningen med borgeren.

To borgere modtager træning efter Sundhedsloven § 140.

I journalen fremgår det, at begge borgere er rettidigt indkaldt, og at der i begge tilfælde foreligger en genoptræningsplan.

Tilsynet konstaterer, at der i begge journaler foretages en kronologisk dokumentation i handlingsanvisningen for træning, hvor der anvendes en standardskabelon med faste temaer og overskrifter, eksempelvis anamnese, aktivitet og deltagelse, omgivelse af personlige faktorer, PSFS, smerteanamnese, undersøgelse og test samt aktivitet.

I begge journaler foreligger der de relevante oplysninger, som medvirker til at give en tilstrækkelig beskrivelse og forståelse af borgerforløbet. Herunder forundersøgelsesskemaer, anamnese, målbeskrivelser, plan, træningsdokumentation, tværfaglig opfølgning og samtykke. I en journal foreligger der en beskrivelse af, at der er tagets udgangspunkt i enhedens flow-chart, som efterfølgende har påvist, at borgeren er kandidat til træning i velfærdsteknologi.

I journalerne foreligger der en handlingsanvisning for træning, hvor forløbet beskrives i kronologisk rækkefølge. Beskrivelserne indeholder værdifulde oplysninger for borgerforløbene, eksempelvis en udførlig dokumentation af den indledende samtale, borgerens forventninger, terapeuternes vurdering og testresultater. Derudover foretages der konsekvent dokumentation efter hvert træningspas samt en beskrivelse omkring opfølgning, aftaler, mål og plan.

I en af journalerne fremgår der yderligere relevante beskrivelser af borgerens restriktioner og regimer, borgernes mobilitet og forflytninger samt beskrivelser af flere selvtræningsøvelser.

Begge journaler indeholder relevante beskrivelser af borgernes delmål, mål og træningsmål fx, at borgeren skal kunne tage sko på, at borgeren skal kunne køre bil, og at borgeren skal kunne gå tur med hunden. Beskrivelserne af planen er bl.a. at modtage individuel fysioterapi samt at introducere til hjemmetræningsøvelser. I et af genoptræningsforløbene henvises borgeren til et rygestopforløb ved Gentofte Kommunes specialist.

.

Medarbejdere:

Medarbejderne fortæller, at de konsekvent anvender de standardiserede start-skabeloner med udgangspunkt i den specifikke diagnose og borgerforløb. Skabelonerne beskrives meget anvendelige, og de medvirker til at skabe en ensartet og relevant dokumentationsform samt genererer et godt og hurtigt overblik over borgerens forløb, eksempelvis italesættes der en tilfredshed med, at borgerens udvikling og tests fremgår let tilgængeligt i skabelonen. Medarbejderne er opmærksomme på at få indhentet de relevante oplysninger fra genoptræningsplanen og borgeren, hvor målene beskrives ifm. startsamtalen og løbende opdateres. Når borgerne deltager til træningen eller når der er afholdt samtaler, så sikrer medarbejderne altid at dokumentere relevante observationer eller aftaler. Når der skal foretages en evaluering, holder medarbejderne den aktuelle status op imod de fastsatte mål samt tidligere testresultater.

Medarbejderne er placerede sammen i tværfaglige teams på medarbejderkontorerne, og derved er den kollegiale sparring og koordinering en stor del af hverdagen.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejdernes dokumentation i meget høj grad indeholder faglige beskrivelser og en kvalitet, der medvirker til at give værdi for borgerforløbene, herunder kontinuerlige træningsnotater, målbeskrivelser, aftaler og træningsregimer.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne med en stor faglig overbevisning kan redegøre for deres dokumentationspraksis, samt at dokumentationsarbejdet italesættes som standardiseret og velorganiseret.

3.3 Træningsydelser

Observationer:

Tilsynet foretager observationer af tre interventioner, hhv. en individuel træningsseance, et træningshold samt en individuel samtale.

Observation af et velfærdsteknologi hold:

Tre borgere er til stede i træningssalen sammen med to fysioterapeuter. Borgerne indleder træningsinterventionen med at cykle ti min. på motionscykel, og imens cirkulerer fysioterapeuterne mellem borgerne og følger mundtligt op på hjemmetræningen, samt hvordan det går i hverdagen. Begge fysioterapeuter er venlige og imødekommende i kommunikationen.

Den ene fysioterapeut igangsætter individuelle træningsøvelser til to borgere. Begge borgere roses for deres fremskridt. Fysioterapeuten introducerer nye øvelser til borgerne ved først at vise øvelsen, derefter udfører borgerne selv øvelsen med guidning fra fysioterapeuten.

Observation af en individuel træning i træningsmaskiner:

Ifm. træningen føres der en empatisk og imødekommende dialog, hvor fysioterapeuten instruerer borgeren i, hvordan træningsøvelserne skal udføres, samt hvordan træningsmaskinen anvendes. I forlængelse af instruktionen forklarer fysioterapeuten samtidig, hvilke muskelgrupper der belastes, samt hvilken effekt træningsøvelsen har på borgerens genoptræningsforløb. Undervejs indstiller terapeuten træningsmaskinerne, så de passer til borgeren, hvor der forklares om den enkelte øvelses formål, virkning, samt på hvilket niveau borgeren skal belastes.

Terapeuten er løbende opmærksom på at spørge ind til borgerens oplevelse af den fysiske belastning, og at motivere borgeren til at fortsætte gentagelserne, eksempelvis ved at tælle højt og rose.

Der afholdes korte pauser imellem hvert træningssæt, hvor terapeuten spørger ind til borgerens træningserfaring og tidligere træningsvaner. Dialogen forløber afslappet, og samtalen berører også en snak om borgerens arbejdsliv og vanlige aktivitetsniveau.

Borgeren opfordres til at aftørre træningsmaskinerne med sprit efter hver træningsøvelse, og terapeuten oplyser, at borgeren vil føle en naturlig ømhed i kroppen i dagene efter. Der aftales efterfølgende en ny dato for træning, hvor borgeren også oplyses omkring muligheden for gratis befordring.

Observation af en individuel pakkeforløbssamtale med en borger:

Samtalen afholdes på et aflukket kontor, hvor der sikres den nødvendige fortrolighed og tryghed for borgeren.

Terapeuten spørger ind til borgerens trivsel og ind til forløbet siden sidste samtale. Borgeren opfordres til at sætte ord på oplevelsen af rehabiliteringsforløbet samt at nævne, hvilke tværfaglige fagpersoner borgeren efterfølgende har talt med. Der spørges eksempelvis ind til borgerens samtale med diætisten, og herunder afdækkes de kostrelaterede udfordringer samt en drøftelse omkring evt. tiltag og løsninger. Terapeuten fremstår velorienteret i borgerens anamnese og forløb, og terapeuten er orienteret om, hvilke kontroller og samtaler, som borgeren efterfølgende har haft.

Terapeuten oplæser de andre tværfaglige kollegaers beskrivelser, fx spørges der ind til, at borgeren har tilkendegivet en overvejelse om at starte til sport, hvor terapeuten bidrager med hendes faglige anbefalinger omkring at påbegynde en fysisk aktivitet. Borgeren fremstår tryg ved samtalen, og tilkendegiver positivt en tilfredshed ved, at fysioterapeuten fremstår engageret og bidrager med en faglig kvalificeret dialog om borgerens overvejelser.

Der spørges ind til borgerens arbejdsliv, og hvordan borgeren har oplevet det at vende tilbage til arbejdspladsen. Efterfølgende drøftes den medicinske behandling, hvor terapeuten optræder lyttende og bidrager til at give anbefalinger til, hvilke relevante kontakter borgeren skal tale med, eksempelvis vejledning omkring arbejdsliv.

Terapeuten dokumenterer kortvarigt undervejs, men fremstår gennemgående opmærksom på eget kropssprog og at holde øjenkontakt med borgeren samt at optræde nærværende, forstående og imødekommende.

Borgere:

Alle de tre interviewede borgere fortæller, at de ikke har oplevet, at der var ventetid på at blive tilknyttet til trænings- og rehabiliteringsindsatsen. En borger har fået indopereret en ny hofte, og efter udskrivelsen blev borgeren omgående tilknyttet et genoptræningsforløb, hvilket borgeren var meget tilfreds med. En anden borger fortæller, at han fik muligheden for at blive tilknyttet en app-baseret genoptræning, hvor borgeren nu både kan træne og blive vejledt via appen i hjemmet. Borgeren fortæller, at træningen via appen holder ham til ilden, og at han i højere grad føler sig motiveret til at træne på egen hånd. Borgerne har fået forevist og forklaret, hvilke hjemmetræningsøvelser de skal træne på egen hånd, og borgerne forklarer, at de føler sig fortrolige med øvelserne.

Borgerne beskriver, at de kender til deres mål og delmål, samt at de er vidende omkring forløbets varighed.

Ved den første kontakt til CFG blev borgerne inviterede til en individuel startsamtale, hvor forløbet blev forklaret og skitseret af deres faste kontaktterapeut. Det er alle tre borgeres opfattelse, at der forekommer fremskridt i deres genoptræning og rehabilitering, hvilket de italesætter en stor tilfredshed ved. En af borgerne fortæller, at samarbejdet med hendes faste kontaktterapeut medvirker til at aflaste borgeren, idet terapeuten sikrer at holde alle forløb, aftaler og tværfaglige kontakter samlet for borgeren.

Medarbejdere:

Medarbejderne forklarer, hvordan opstarten af en ny borger typisk forløber, hvor de altid modtager en genoptræningsplan fra hospitalet, hvori de relevante oplysninger foreligger. Hvert af de fem faglige teams læser henvendelserne fra hospitalerne, og de fordeler efterfølgende borgerne ud i de forskellige teams med udgangspunkt i diagnosegrupper. Herefter indkaldes den enkelte borger til en opstartssamtale, hvor målet og planen defineres.

Der foreligger en fast procedure for at afdække borgernes KRAMS-faktorer, idet der kan henvises til forskellige sundhedsfremmende indsatser, såsom rygestop og vægttab.

Terapeuterne har altid tidligt i forløbet et fokus på at få tildelt og instruereret borgerne i hjemmeøvelser for derved at bidrage til en hurtigere genoptræning. En terapeut fortæller, at det er sjældent, at en borger er 100 % genoptrænet, når det kommunale tilbud ophører, og terapeuterne er i den forbindelse meget opmærksomme på at henvise borgerne til selvtræning eller motivere til, at de fortsætter med træning i træningscentre eller i andre tilbud.

Inden en borger afsluttes på CFG, afholdes der altid en individuel samtale, også selv om borgeren kun har været tilknyttet holdtræning. Hvis en borger genhenvises i et nyt § 86 forløb, tages der udgangspunkt i borgerens seneste testresultater for derved at afgøre, om der i mellemtiden har fundet et funktionstab sted.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der forekommer en hensigtsmæssig organisering af de observerede indsatser, samt at terapeuternes faglighed, arbejdsgange og systematik vurderes at være af høj kvalitet. På baggrund af de tre borgerinterviews vurderer tilsynet, at borgerne tilkendegiver en meget høj grad af tilfredshed, idet deres forløb blev igangsat rettidigt, at der foreligger definerede mål, samt at de tydeligt mærker en effekt af indsatserne. Tilsynet vurderer, at medarbejderne med stor faglig overbevisning kan redegøre for deres arbejdsgange relaterede til området.

3.4 Fysiske rammer og træningsfaciliteter

Observationer:

Træningsfaciliteterne vurderes at være egnede for målgruppen, hvor de fysiske rammer tilmed fremstår indbydende, ryddelige og velindrettede.

Borgere:

Det er borgernes oplevelse, at de fysiske rammer og træningsfaciliteter lever op til deres behov, samt at de finder forholdene tilfredsstillende.

En af borgerne tilkendegiver en stor glæde ved, at han modtager gratis befordring til og fra CFG.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at de fysiske rammer og træningsfaciliteter fremstår egnede til målgruppen af borgere og deres behov. Det er yderligere tilsynets vurdering, at borgerne tilkendegiver en stor tilfredshed med rammerne og forholdene på CFG.

3.5 Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling

Leder:

CFG er organiseret ved, at den daglige ledelse varetages af afdelingslederen, der leder personalegruppen, som består af en blandet gruppe af fysioterapeuter og ergoterapeuter. Afdelingslederen varetager også den overordnede personaleledelse af forebyggelsesenheden på Schioldannsvej, hvor den daglige ledelse varetages af en teamleder.

På CFG er der ansat en udviklingsterapeut, der varetager kvalitets- og udviklingsarbejdet. Enheden er i proces med at implementere en koordinatorfunktion, hvor en af terapeuterne frem over skal varetage den daglige koordinering af eksempelvis personalerelaterede opgaver eller koordineringsopgaver relateret til træningshold og borgerforløb.

Der er ansat 27 terapeuter, som er inddelt i fem tværfaglige teams, eksempelvis et ortopædkirurgisk-team, commotio-team og et geriatrisk team.

Ledelsen oplyser, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer ift. målgruppens behov, hvor samtlige medarbejdere er efter- eller videreuddannede inden for de opgaver, som de skal varetage i hverdagen.

Der foreligger en fast systematik for medarbejdernes kompetenceudvikling, hvor der hver 14. dag er afsat 55 minutter, hvor de respektive medarbejderteams selv kan udvikle og planlægge de undervisningstemaer, som kan understøtte deres kompetenceudvikling. Medarbejderne er selv ansvarlige for at udarbejde en dagsorden til møderne, selv at forberede undervisning samt efterfølgende at udarbejde et referat fra mødet.

Derudover kan medarbejderne altid henvende sig til ledelsen og efterspørge relevante kurser, efteruddannelse eller studiebesøg til de arbejdssteder, hvor det giver mening for kompetence og videns udveksling.

Medarbejdere:

Medarbejderne fortæller, at de har et stort fokus på at sikre indberetningen af de utilsigtede hændelser, samt at italesætte indberetningerne, når de bliver identificerede ude på plejehjemsenhederne, og at de samtidig drøfter hændelser med medarbejderne fra plejen. Der er fokus på at sikre læringen ifm. de indberettede hændelser, idet terapeuterne rådgiver plejepersonalet omkring hændelsen samt medvirker til at give en konstruktiv feedback. Når hændelsen er indberettet, drøftes hændelsen altid mellem de relevante medarbejdere og faggrupper.

Det er udviklingsterapeuten, der varetager ansvaret med at udarbejde og tilpasse de lokale retningslinjer og vejledninger, hvor medarbejderne er bevidste om, at deres faglige indsatser og arbejdsgange skal tage udgangspunkt i de kliniske anbefalinger og forløbsprogrammer, hvor medarbejderne tilmed er vidende om at kunne tilgå Sundhedsstyrelsens og Gentofte Kommunes retningslinjer.

Medarbejderne tilkendegiver, at deres faglige kompetencer matcher borgernes behov, hvor de oplever tilstrækkelige muligheder for at kunne efterspørge hjælp og sparring, eksempelvis ved at henvende sig til en kollega, udviklingsterapeuten eller ved lederen.

Der forekommer kvartalsvise udvekslingsmøder for udvalgte specialer for derved at sikre, at medarbejdernes viden er opdateret samt for at styrke samarbejdet, eksempelvis afholder ortopædkirurgisk afdeling fra Herlev/Gentofte Hospital fire årlige undervisningsseancer, og der har netop været afholdt et studiebesøg for medarbejderne på Center for hjerneskade, hvor medarbejderne modtog undervisning og udvekslede praksisnære erfaringer.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der forekommer en hensigtsmæssig organisering af forebyggelses- og genoptræningsindsatsen, som varetages af et kompetent tværfagligt team, herunder at det faglige udviklingsarbejde varetages af udviklingsterapeuten samt ifm. medarbejdernes tværfaglige udviklingsmøder.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne i meget høj grad kan redegøre for deres faglige ansvarsområder og kompetencer, herunder arbejdet med de utilsigtede hændelser samt de regelmæssige undervisningsforløb og studiebesøg.

3.6 Tværfagligt samarbejde

Leder:
Ledelsen redegør for, hvordan den tværfaglige dialog sikres i hverdagen, hvor der eksempelvis afholdes et fælles tværfagligt møde hver 14. dag, samt at der forekommer en naturlig tværfaglig dialog i hverdagen, idet medarbejderne er fordelt i deres tværfaglige teams på personalkontorerne.

Når der afholdes en afklarende samtale med en borger, deltager en fysioterapeut eller en ergoterapeut. I de tilfælde, hvor der er behov det tværfaglige fokus, er der mulighed for at begge faggrupper deltager i den afklarende samtale.

Medarbejdere:

Medarbejderne redegør for, hvilke faggrupper der inddrages i det daglige arbejde, samt hvor de kan søge faglig sparring. Der nævnes eksempelvis et samarbejde med interne og eksterne terapeuter, jobcenteret, hjerneskadekoordinator, logopæd og demenskonsulenten. Der foreligger en systematisk mødestruktur, hvor jobcenteret og hjerneskadekoordinatoren en gang om ugen er til stede på CFG, og her drøfter udvalgte borgerforløb. Derudover afholder hvert af de fem teams faglige møder, og der finder løbende en faglig dialog og sparring sted, idet faggrupperne sidder sammen på kontorerne.

Medarbejderne kan derudover henvise til eksterne udregnings- og afklaringsforløb, såsom rygestop, diætist, motionskonsulent og sundhedsfremmende afklaring.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der på CFG er organiseret et tilstrækkelig tværfagligt samarbejde, hvor medarbejderne er organiserede i tværfaglige teams, og at der forekommer regelmæssige tværfaglige møder. Det er yderligere tilsynets vurdering, at medarbejderne italesætter, at det tværfaglige samarbejde i meget høj grad er en del af deres daglige arbejde, samt at den systematiske mødestruktur bidrager til et tilfredsstillende tværfagligt samarbejde.

4. Formål, metode og tilgang

4.1 Formål

Overordnet er formålet med BDO's tilsyn at kontrollere om kvaliteten af den service/indsats, som borgerne modtager, er i overensstemmelse med gældende lovgivning og Kommunes kvalitetsstandard.

Samtidig kontrollerer tilsynet om der på det konkrete tilbud udføres forsvarligt fagligt arbejde i forhold til borgerne, samt identificerer styrker og udviklingsområder i forhold til løsningen af opgaverne.

Der sikres og bidrages til en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne gennem en anerkendende og konstruktiv tilgang til medarbejdere og ledelse.

Ligeledes skabe basis for at indsamle og dele viden med henblik på løsning af fælles udfordringer på tværs af de kommunale tilbud.

4.2 Metode

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets resurser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 Vurderingsskema

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 4	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne • En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne • Få elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
Score: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne • Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 Tilrettelæggelse

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundhedsfaglig baggrund.

Om BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejehjem, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.

Relateret document 7/18

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Holmegårdsparken 2023-Gentofte-Endelig rapport.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Holmegårdsparken 2023-Gentofte-Endelig rapport**
Dokument ID:	**5272726**

Tilsynsrapport Gentofte Kommune

Plejehjemmet Holmegårdsparken

Uanmeldt tilsyn
Oktober 2023

Indhold

Indhold 2
Forord 3
1. Oplysninger om plejecentret 4
2. Vurdering 5
2.1 Tilsynets vurderinger 5
2.2 Tilsynets anbefalinger 6
3. Datagrundlag 8
3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder 8
3.2 Dokumentation 9
3.3 Personlig pleje 10
3.4 Praktisk hjælp og støtte 11
3.5 Mad og måltider 12
3.6 Kommunikation og adfærd 13
3.7 Aktiviteter og træning 14
3.8 Medicinhåndtering 15
4. Tilsynets formål og metode 18
4.1 Formål 18
4.2 Metode 18
4.3 Vurderingsskema 19
4.4 tilrettelæggelse 20
Om BDO 21

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt tilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering af centret og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete plejehjem.

Anden del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og de individuelle undersøgelser. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. 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: 28 10 56 80
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Mette Norré Sørensen
Director
Mobil: 41 89 04 75
Mail: meo@bdo.dk
Projektansvarlig

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

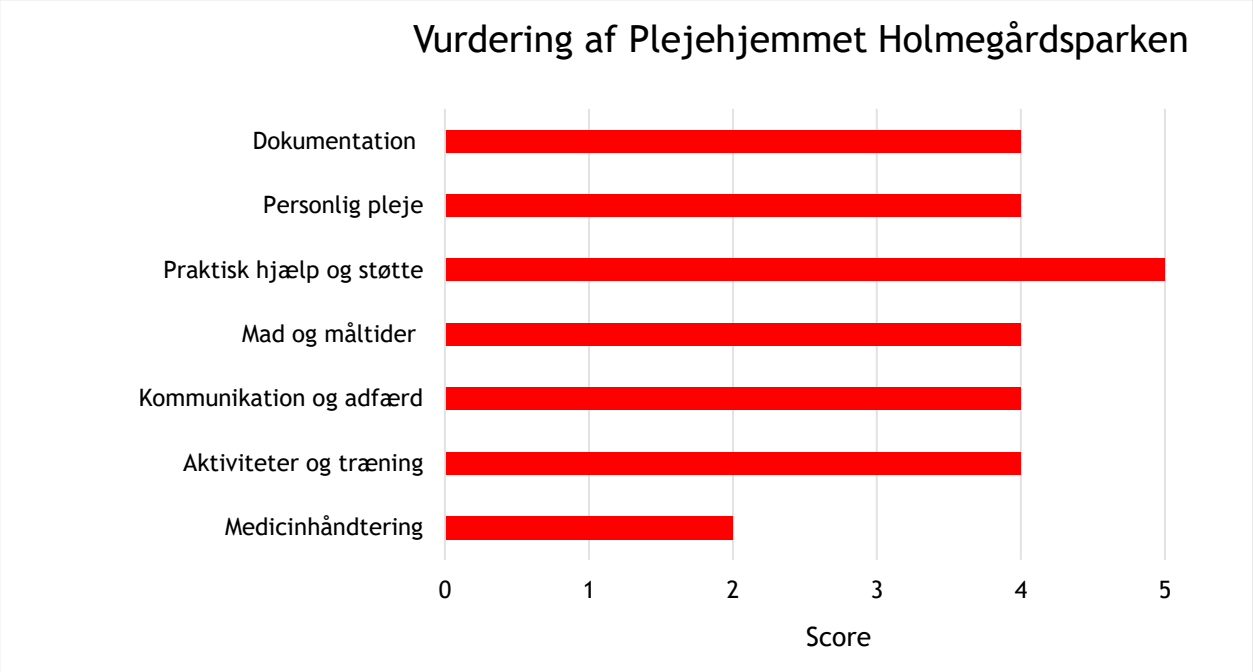
1. Oplysninger om plejecentret

Oplysninger om plejecentret og tilsynet
Navn og Adresse: Plejehjemmet Holmegårdsparken, Ordrupvej 32, 2920 Charlottenlund
Leder: Linn Hovind
Antal boliger: 120 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 23. oktober 2023
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejehjemmets ledelse • Interview af syv beboere • Gennemgang af dokumentation (SEL) for syv beboere • Gennemgang af medicinhåndtering for syv beboere • Gruppeinterview med tre medarbejdere (to social- og sundhedshjælpere, en social- og sundhedsassistent) Beboerne, 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: Karin Kappel, Senior Manager og sygeplejerske Gitte Anderskov, Senior Manager og sygeplejerske Kristina Ovesen, Manager og sygeplejerske

2. Vurdering

2.1 Tilsynets vurderinger

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation

Der er oprettet overskuelige døgnrytmeplaner i alle syv beboeres journaler, men med enkelte mangler i forhold til handlevejledning, især i forhold til hjælpen til bad. Det vurderes, at både funktionsevnetilstande og generelle oplysninger generelt er opdaterede og aktuelle, men med enkelte mangler. Der ses i to tilfælde manglende opfølgning på observationer. På trods af de konstaterede mangler på dokumentationen vurderer tilsynet, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

Personlig pleje

Det vurderes, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse. Beboerne giver udtryk for, at de modtager den hjælp til personlig pleje, som de har behov for, og at de er tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Hertil vurderes det, at beboerne oplever medinddragelse og tryghed i den leverede hjælp, men at der er enkelte mangler i forhold til kontinuiteten, hvortil to beboere oplever, at der er en del forskellige medarbejdere og varierende tidspunkter for levering af hjælpen, hvilket i særlig grad opleves, når kontaktpersonen har fri.

Det er samtidig tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje, herunder hvordan der arbejdes med at sikre beboernes tryghed og sikkerhed.

Praktisk hjælp og støtte

Tilsynet vurderer, at beboernes boliger og hjælpemidler er renholdte, og beboerne tilkendegiver tilfredshed med rengøringsstandarden og hjælpen til de praktiske opgaver i boligen. Medarbejderne kan redegøre for rolle- og ansvarsfordeling i forhold til de praktiske opgaver, og de har viden om, hvordan man sikrer korrekte hygiejniske forhold, både i den daglige pleje og i forbindelse med smitteudbrud.

Mad og måltider

Tilsynet vurderer, at der er en hensigtsmæssig organisering i de observerede måltider, hvortil medarbejderne arbejder ud fra faste roller, og hvor beboerne sikres mulighed for selvbestemmelse og medindflydelse. Det er tilsynets vurdering, at beboerne generelt er tilfredse med maden, men at en beboer er mindre tilfreds med menuen på plejehjemmet, og to beboere udtrykker manglende tilfredshed med stemningen under måltiderne. Medarbejderne kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre 'Det gode måltid'.

Kommunikation og adfærd

Det er tilsynets vurdering, at der på plejehjemmet er en imødekommende og respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side, hvilket størstedelen af beboerne også fortæller, at de oplever. Enkelte beboere oplever dog manglende tilfredshed med kommunikationen, hvilket ifølge de tre beboere skyldes henholdsvis misforståelser på grund af sprogbarrierer, enkelte medarbejderes manglende hensyn til en beboers talehandicap samt enkelte beboeres indbyrdes konflikter, som påvirker stemningen i afdelingen. Det vurderes, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, der medvirker til at skabe ligeværdig og tilpasset kommunikation med beboerne, samt hvordan de bidrager til at forebygge konflikter imellem beboerne.

Aktiviteter og træning

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på plejehjemmet, og at beboerne generelt oplever, at de tilbydes meningsfulde aktiviteter og træning, som de kan deltage i efter ønske. To beboere er ikke helt tilfredse med aktivitets- og træningstilbuddet. Den ene beboer savner træning, og den anden beboer ønsker flere aktiviteter lokalt i afdelingen, hvor beboeren bor.

Samtidigt vurderes det, at medarbejderne på meget tilfredsstillende vis kan redegøre for området.

Medicinhåndtering

Det er tilsynets vurdering, at der er fundet væsentlige fejl og mangler, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats at afhjælpe. Dette vedrører blandt andet mangler i forhold til sikker opbevaring og relevant dokumentation samt manglende kvittering for administration af ikke-dispensérbar medicin. En betydelig del af tilsynets fund vedrører risikosituationslægemidler, hvilket har betydning for vurderingen. Beboerne udtrykker generelt tilfredshed med medarbejdernes håndtering af deres medicin, fraset en beboer, som ikke oplever at få medicin til tiden. På trods af de konstaterede fejl og mangler kan medarbejderne redegøre for dispensering og administration i overensstemmelse med gældende retningslinjer på området.

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:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder indsatsen omkring dokumentationen. Hertil anbefales, at dokumentationen i døgnrytmeplanerne fremstår ensartet og systematisk opbygget, og at den indeholder handlevejledende beskrivelser af al den hjælp og støtte, som beboerne modtager. Dertil anbefales ledelsen at sikre, at journalerne indeholder opdaterede funktionsevnetilstande, beskrivelser under generelle oplysninger, som giver værdi for beboerforløbet, samt at der sikres relevant opfølgning på samtlige observationer
2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder fokus på at sikre størst mulig kontinuitet for beboerne, samt at alle medarbejdere sætter sig ind i beboernes behov forud for varetagelse af hjælpen til den enkelte beboer.
3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen følger op på, om der kan gøres yderligere for at sikre de konkrete beboeres tilfredshed med menuen og stemningen under måltiderne.
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter opmærksomhed på de tre beboeres konkrete udtalelser omkring kommunikationen på plejehjemmet, og at de sikrer opfølgning herpå.

5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer beboernes indflydelse på trænings- og aktivitetstilbuddet, herunder ønsker om øget støtte til deltagelse i træning og flere aktiviteter lokalt i afdelingerne.
6. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter en skærpet opmærksomhed på medicinområdet, og at de iværksætter tiltag i relation til tilsynets fund, som blandt andet omfatter opbevaring, dokumentation og kvittering for medicinadministration. I den forbindelse anbefales ledelsen at have et særligt fokus på beboere med risikosituationslægemidler.

3. Datagrundlag

3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder

Data

LEDERINTERVIEW:

Plejehjemmet fik sidste år anbefalinger til dokumentationen, medicinområdet, besvarelse af nødkald, og hygiejne.

Ledelsen beskriver i forhold til dokumentationen, at plejehjemmet har arbejdet målrettet med dokumentationsarbejdet, både lokalt, men også i samarbejde med resten af kommunen. En kommunal arbejdsgruppe, hvori der også sidder repræsentant fra Holmegårdsparken, har udarbejdet fælles retningslinjer i forhold til etablering og sikring af 'en rød tråd' i dokumentationen.

Plejehjemmet har engageret sig med en ekstern konsulent, som varetager sidemandsoplæring af nye medarbejdere og gennemfører audits på plejehjemmet. Konsulenten giver tilbagemeldinger efter udførte audits i de enkelte afdelinger, og ved disse tilbagemeldinger deltager både afdelingsledelse og medarbejdere for at sikre størst muligt læringsudbytte. Aktuelt er tre afdelinger triagerede grønne i relation til auditresultater, og tre afdelinger har udviklingsområder.

Desuden beskriver ledelsen, at dokumentationsarbejdet drøftes på sygeplejefaglige møder hver fjerde uge. Her drøftes bl.a. dokumentationsgennemgange, som plejehjemmet gennemfører med otte ugers frekvens for hver enkelt beboerjournal.

I forhold til anbefalingen vedrørende besvarelse af nødkald beskriver ledelsen, at der nu etableres nyt nødkaldssystem. Det eksisterende kan ikke længere opdateres, og derfor har plejehjemmet søgt og fået tilkendt midler fra kommunen til et nyt system.

Ledelsen beskriver i forhold til organisering af måltidet, at der kontinuerligt arbejdes med 'det gode måltid'. Ledelsen beskriver, hvordan der har været et højt serviceniveau på plejehjemmet efter COVID-tiden. Ledelsen har prioriteret en stor indsats i forhold til at genetablere en rehabiliterende tilgang under måltiderne. Ledelsen har deltaget i beboermøder, og de har forklaret, hvorfor tilgangen på plejehjemmet er rehabiliterende, hvilket har bidraget til en større forståelse blandt beboerne.

Ledelsen beskriver desuden, hvordan der er arbejdet med håndhygiejne, både i relation til måltiderne og i forbindelse med personlig pleje. Hygiejne er et tema på de faste faglige møder på plejehjemmet.

I relation til anbefalingen vedrørende medicin er der konkret etableret en arbejdsgruppe i den afdeling, hvor der i forbindelse med det seneste tilsyn var flere afvigelser. Flere beboere er efterfølgende overgået til dosisdispensering. Der er desuden arbejdet med systematikken omkring medicindispensering, herunder en ny medicinprocedure, som næsten er færdig og klar til at blive implementeret. Den nye procedure vil bl.a. indeholde nye beskrivelser af håndteringen af risikosituationslægemidler og antipsykotisk medicin.

Tidstro kvittering for medicinadministration er fortsat en udfordring, idet arbejdsgangen er besværlig, bl.a. fordi medarbejderne skal anvende en pc. Der arbejdes på en løsning, hvor dette kan gøres via mobilen.

I forhold til øvrige aktuelle udviklingsområder beskriver ledelsen, at dokumentationsområdet generelt fylder meget som udviklingsområde. Dertil nævner ledelsen, at der fagligt arbejdes med kompetenceudvikling inden for palliationsområdet.

Plejehjemmet har et Kulturhus, hvor der dagligt er et stort udbud af aktiviteter. Ledelsen fortæller, at det er et kontinuerligt ledelsesmæssigt fokus at sikre gode og meningsfulde aktiviteter til beboerne, samt at sikre en løbende udvikling i tilbuddene, baseret på beboernes ønsker. Ledelsen oplyser, at det netop er aktiviteter og maden, der er de største temaer på Beboer- og pårørenderådsmøder. Plejehjemmet værner om beboerdemokratiet, og der sættes ikke noget i gang, som beboerne ikke selv har været med til at vælge.

Ledelsen italesætter fire nøgletal, som plejehjemmet løbende monitorerer, herunder udeliv, det gode arbejdsliv (øget fleksibilitet), mest muligt for pengene (sygefravær, mængderabat), rekruttering og fastholdelse.

Plejehjemmet har aktuelt en vakant stilling. Medarbejderne tilbydes en høj grad af fleksibilitet, hvor der er størst mulig indflydelse på vagtplanlægningen. Der er ansat teamkoordinatorer i hver afdeling.

Medarbejderne er blevet tilbudt supervision til forebyggelse af omsorgstræthed og forråelse med midler fra Gentofte Kommune, og plejehjemmet har tilknyttet en erhvervspsykolog. Forløbet har været en stor succes, som plejehjemmet håber at kunne fortsætte i en eller anden form.

3.2 Dokumentation

Data

OBSERVATION

Der foretages observation i syv beboeres omsorgsjournaler.

Døgnrytmeplanen

Døgnrytmeplanerne observeres opbyggede på en overskuelig måde med lidt varierende systematik, hvor nogle døgnrytmeplaner indeholder overskrifter, såsom personlig pleje, mobilitet, udskillelse, ernæring, medicin, aktiviteter, og andre døgnrytmeplaner er ikke opbyggede med faste overskrifter.

Døgnrytmeplanerne fremstår på flere områder med handlevejledende og individuelle beskrivelser af støtten til beboeren, men i seks ud af syv døgnrytmeplaner fremstår beskrivelserne af hjælpen til bad med manglende handlevejledning, således beskrives det i flere journaler, at 'Beboeren tilbydes bad en gang om ugen', men ikke hvorledes ydelsen leveres. En døgnrytmeplan fremstår, i forhold til beskrivelserne af nat, med manglende handlevejledning, idet man ikke får oplyst, om beboeren har behov for tilsyn. Tilsynet bemærker, at ingen af de gennemgåede døgnrytmeplaner indeholder beskrivelser af støtten til praktiske opgaver.

Alle syv døgnrytmeplaner indeholder beskrivelser af den enkelte beboers ressourcer, og hvordan disse inddrages i plejen. Der ses relevant anvendelse af omsorgssystemets felter; beboerens og medarbejderens indsats. Alle syv døgnrytmeplaner indeholder relevante beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, bl.a. ses beskrivelser af brandforebyggelse hos rygende beboere, hudpleje, opmærksomhed på tendens til forstoppelse samt observation af blå mærker hos beboere i behandling med blodfortyndende behandling.

Der ses desuden generelt udførlige beskrivelser af særlige opmærksomheder hos den enkelte beboer, som beskrives i en særskilt rubrik. Her ses bl.a. beskrivelser af en beboer med tendens til at blive vredladen, hvis ikke der indledningsvist skabes en relation til beboeren. I andre døgnrytmeplaner ses beskrivelser af diabetes, nedsat hukommelse, risikomedicin, faldforebyggelse, blødninger eller ændring i adfærd mv. En enkelt journal mangler beskrivelser af en beboers taledyspnø, som har stor indvirkning på beboerens evne til at kommunikere med sine omgivelser.

Funktionsevnetilstande

Der er oprettet relevante funktionsevnetilstande i forhold til samtlige syv beboere. Tilsynet bemærker imidlertid, at plejehjemmet ikke opretter funktionsevnetilstande på beboernes manglende funktionsevne i forhold til de praktiske opgaver. De oprettede funktionsevnetilstande fremstår generelt aktuelle og opdaterede. I forhold til en beboer fremstår en enkelt funktionsevnetilstand med manglende opdatering.

Generelle oplysninger

For hovedparten af journaler ses feltet 'Generelle oplysninger' tilfredsstillende udfyldt. Særligt beboerens livshistorie, interesser og helbredsoplysninger er velbeskrevne og understøtter et personcentreret beboerforløb. I et tilfælde er helbredsoplysningerne udfyldt, men roller, vaner, mestring og motivation og livshistorie er ikke udfyldt. I et andet tilfælde er alle områder, undtagen livshistorien, udfyldt, hvortil det heller ikke ses beskrevet, at beboeren ikke ønsker at oplyse livshistorien.

Observationsnotater:

Der ses generelt relevante opfølgningsnotater i alle journaler, herunder ses bl.a. en beboer, som er triageret 'gul', hvortil der er tilknyttet et notat, der beskriver årsagen hertil.

I to tilfælde ses manglende opfølgning på observationer. I det ene tilfælde er der beskrevet et begyndende tryk for knap to uger siden, hvorefter der ikke er sket opfølgning. I det andet tilfælde mangler der opfølgning på et høreapparat, der har været væk siden september.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan de arbejder med dokumentationen.

Medarbejderne beskriver først døgnrytmeplanen, som løbende opdateres ved ændringer i beboerens tilstand og støtte, hvilket er kontaktpersonernes ansvar. Det kan bl.a. være den daglige triagering ud fra et spørgeskema, som udløser et behov for mere støtte, og dermed behov for en ændring af døgnrytmeplanen. Observationer af ændringer i beboerens tilstand beskrives desuden i observationsnotater.

Medarbejderne beskriver, hvordan døgnrytmeplanen skal indeholde beskrivelser af, hvordan man hjælper beboeren, og hvordan beboerens egne ressourcer inddrages i plejen. Døgnrytmeplanen skal desuden indeholde særlige opmærksomhedspunkter, f.eks. observation af beboerens smerter.

Medarbejderne får afsat tid til opdatering af døgnrytmeplanerne hver tredje måned. Afdelingslederen printer en liste, hvor medarbejderne krydser af, når de har opdateret beboerens døgnrytmeplan.

Medarbejderne opdaterer ud fra en fast skabelon.

Medarbejderne beskriver, hvordan døgnrytmeplanen anvendes som et nyttigt arbejdsredskab, bl.a. når der er vikarer på arbejde, hvor medarbejderne sikrer, at døgnrytmeplanerne printes til vikarerne.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Der er oprettet overskuelige døgnrytmeplanerne i alle syv beboeres journaler, men med enkelte mangler i forhold til handlevejledning, især i forhold til hjælpen til bad. Det vurderes, at både funktionsevnetilstande og generelle oplysninger generelt er opdaterede og aktuelle, men med enkelte mangler. Der ses i to tilfælde manglende opfølgning på observationer. På trods af de konstaterede mangler på dokumentationen vurderer tilsynet, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

3.3 Personlig pleje

Data

OBSERVATION

De besøgte beboere observeres soignerede og veltilpasse, svarende til habitus. Dette er ligeledes gældende for de beboere, tilsynet møder på fællesarealerne.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne beskriver alle, at hjælpen til personlig pleje er svarende til deres behov, og at de generelt er tilfredse med kvaliteten af hjælpen. I den forbindelse nævner beboerne deres faste kontaktpersoner, som beskrives afgørende for beboernes tilfredshed. En beboer fortæller, at den faste kontaktperson er så dygtig og medfølende. Beboerne oplever, at der er et stort fokus på dem fra de faste medarbejderes side, og de kommer med forskellige eksempler på, hvordan deres ønsker og vaner imødekommes, og hvordan de støttes i at anvende deres ressourcer aktivt. En beboer fortæller bl.a., hvordan beboeren selv kan børste tænder, hvis tandbørsten gøres klar.

To beboere oplever manglende kontinuitet. Begge beboere fortæller, at de oplever mange forskellige mennesker, og at leveringstidspunktet for hjælpen varierer meget, især når det ikke er den faste medarbejder, der er på arbejde.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan kontaktpersonerne har et indgående kendskab til de beboere, som de er ansvarlige for, og at de altid tilrettelægger plejen med udgangspunkt i dette kendskab samt i forhold til beboerens dagsform. Beboerne spørges altid ind til, hvad de har lyst til på dagen.

Medarbejderne guider beboerne til at klare mest mulig af deres personlige pleje selvstændigt. Hvis en beboer ikke ønsker hjælp, forsøges med motivation, hvor der igen tages udgangspunkt i kendskabet til den enkelt beboer, hvortil en medarbejder giver et eksempel, hvor de minder en kvindelig beboer om hendes forfængelighed for at sikre relevant skift af tøj.

I døgnrytmeplanen beskrives pædagogiske tiltag under særlige opmærksomheder, og medarbejderne beskriver et eksempel på en beboer, der vifter med hånden på en bestemt måde, og at dette betyder, at beboeren er tørstig og ønsker saft.

Tryghed skabes, ifølge medarbejderne, gennem medarbejdernes adfærd, bl.a. gennem sikring af præsentation og ved, at medarbejderen har en individuel og tilpasset tilgang ved hver beboer. Medarbejderne beskriver på en faglig måde, hvordan der bl.a. anvendes spejling og begrænsede spørgsmål til beboere med kognitive funktionsnedsættelser. Medarbejderne er opmærksomme på, at tryghed også etableres igennem en rolig adfærd, ved at lytte aktivt og ved at respektere beboernes ønsker og valg. Plejehjemmets kontaktpersonsordning bidrager til oplevelsen af kontinuitet for beboerne, og det er dermed også med til at skabe tryghed. Enkelte beboere tildeles ikke afløsere på baggrund af en faglig vurdering. Ved fordeling af beboerne om morgenen, tildeles beboerne i udgangspunktet altid deres kontaktperson, hvis denne er på arbejde.

Medarbejderne oplyser, at den personcentrerede omsorg anvendes som fagligt udgangspunkt, og en af de interviewede medarbejdere udfolder 'Blomsten' som teoretisk fundament, og medarbejderen beskriver billedligt, hvordan blomsten ikke må visne.

Medarbejderne fremhæver, hvordan tillid og tryghed ligeledes etableres i forhold til de pårørende, hvor der sikres tryghed, når den faste medarbejder har fri. Medarbejderne beskriver, at hvis man holder fri i længere tid, orienteres beboere og pårørende herom. Nogle gange er medarbejderne ligeledes i stand til at orientere om, hvilken kollega der afløser under fraværet.

I forbindelse med ændringer i beboerens tilstande tages disse op i forbindelse med triagemøderne, hvor der er deltagelse af flere faggrupper, og hvor de nødvendige indsatser i forhold til beboernes tilstande drøftes.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse. Beboerne giver udtryk for, at de modtager den hjælp til personlig pleje, som de har behov for, og at de er tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Hertil vurderes det, at beboerne oplever medinddragelse og tryghed i den leverede hjælp, men at der er enkelte mangler i forhold til kontinuiteten, hvortil to beboere oplever, at der er en del forskellige medarbejdere og varierende tidspunkter for levering af hjælpen, hvilket i særlig grad opleves, når kontaktpersonen har fri.

Det er samtidig tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje, herunder hvordan der arbejdes med at sikre beboernes tryghed og sikkerhed.

3.4 Praktisk hjælp og støtte

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer, at de interviewede beboeres boliger og hjælpemidler fremstår renholdte, hvilket på tilsvarende vis gælder for fællesarealerne på plejehjemmet.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne udtrykker tilfredshed med støtten til de praktiske opgaver, og de beskriver en tilfredsstillende rengøringsstandard i boligen. Beboerne beskriver, at rengøringshjælpen leveres af faste rengøringsmedarbejdere, og de tilføjer, at det er plejepersonalet, som håndterer dagligt affald, vasketøj og oprydning samt sikrer skift af sengetøj og ekstra rengøring af badeværelset efter behov. En beboer fortæller, at beboeren selv tømmer sine askebægere, men ellers deltager beboeren i begrænset omfang i de praktiske opgaver på grund af beboerens handicaps.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, at der er ansat faste rengøringsmedarbejdere på plejehjemmet. Plejepersonalet varetager i tillæg hertil akutte rengøringsopgaver, bl.a. rengøring af badeværelset ved behov. Sengetøj skiftes efter behov, og minimum i forbindelse med beboernes badedage. Vasketøj håndteres lokalt på plejehjemmet. Medarbejderne beskriver, hvordan de forsøger at inddrage beboerne i de praktiske opgaver, f.eks. oprydning af køleskab og blomstervanding.

I tilfælde af smitteudbrud, f.eks. clostridium, beskrives dette på forsiden af beboerens journal, ligesom de øvrige punkter i instrukserne for smitteudbrud følges, herunder kontakt til plejehjemmets 'blå mænd', oplysning på beboerens dør samt planlægning med faste medarbejdere hos beboeren. Der er en smittevogn i alle afdelinger, hvor remedier ligger klar. På smittevognen er der desuden en instruksmappe, hvor man kan slå den konkrete diagnose op og følge anvisningerne.

I den almindelige personlig pleje kan medarbejderne redegøre for, at der anvendes forklæde og handsker. Medarbejderne beskriver supplerende, at der sikres afspritning af hænder imellem handskeskift.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboernes boliger og hjælpemidler er renholdte, og beboerne tilkendegiver tilfredshed med rengøringsstandarden og hjælpen til de praktiske opgaver i boligen. Medarbejderne kan redegøre for rolle- og ansvarsfordeling i forhold til de praktiske opgaver, og de har viden om, hvordan man sikrer korrekte hygiejniske forhold, både i den daglige pleje og i forbindelse med smitteudbrud.

3.5 Mad og måltider

Data

OBSERVATION

Tilsynet foretager kort observation af et morgenmåltid og et frokostmåltid, hvor flere af afdelingernes beboere er samlet omkring mindre borde. I forbindelse med morgenmaden står der små kander med kaffe, som beboerne selv kan skænke fra, ligesom der også ses mindre portioner af brød, smør, ost og marmelade på bordene. I forbindelse med frokosten serveres smørrebrød, som er appetitligt anrettet på fade, og som serveres ved bordene. Da der er sild til dagens frokost, serveres der også snaps til de beboere, der har lyst. Tilsynet observerer, hvordan der er en hyggelig og rolig stemning under måltidet, hvor medarbejdere sidder med ved hvert bord som måltidsværter, og det er tydeligt, at medarbejderne arbejder ud fra faste roller. De medarbejdere, som støtter beboere med at spise, varetager opgaven på en værdig og respektfuld måde.

Tilsynet observerer desuden, hvordan der afholdes Husmøde i direkte forlængelse af frokosten i en af de besøgte afdelinger. Her deltager plejehjemmets kok, og tilsynet hører, hvordan beboerne giver konkrete tilbagemeldinger på kvaliteten af maden, der serveres.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne beskriver generelt, at de får serveret god og velsmagende mad på plejehjemmet, hvortil flere beboere beskriver, at der også er rigeligt af den. Hovedparten af beboerne spiser i de fælles spisestuer, og de oplever generelt en rar atmosfære i forbindelse med måltiderne. En beboer er ikke tilfreds med maden. Beboeren oplever at kødet er sejt, at der mangler danske retter i menuen, og at der

serveres for meget vegetarmad. Beboeren udtrykker manglende glæde ved at indtage måltiderne. Samme beboer oplever, at stemningen i afdelingens spisestue er negativt påvirket af konflikter imellem medbeboere.

En anden beboer oplever, at der er meget stille i den afdeling, hvor beboeren spiser frokost. Om aftenen går beboeren i stedet sammen med to andre beboere i caféen, hvor beboeren til gengæld oplever en god og hyggelig stemning.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver overordnet, at der tages hensyn til den enkelte beboers præferencer, vaner og sygdomme i forhold til at tilrettelægge et optimalt kosttilbud til den enkelte beboer. Medarbejderne fortæller, at beboerne har forskellige kostbehov, bl.a. har nogle beboere dysfagi, og dermed et behov for særlig blødkost, som køkkenet leverer. Medarbejderne beskriver ligeledes, at der altid spørges ind til beboerens ønsker og vaner af plejehjemmets kok, som tilbyder en individuel menu. Medarbejderne nævner bl.a. en beboer, der gerne vil tabe sig, og som derfor får specialkost. Hvis beboeren en dag får en ret, beboeren ikke bryder sig om, tilbydes beboeren noget andet på dagen, og køkkenet orienteres, så beboeren ikke tilbydes retten igen.

I forhold til stemningen i spisestuen fortæller medarbejderne, at der arbejdes ud fra principperne omkring det gode måltid, hvilket bl.a. betyder, at der ligger overvejelser bag opdelingen af borde og beboere, så der skabes mulighed for samtale, og så konflikter forebygges. Der er indrettet med mindre borde, hvor der sidder medarbejdere med ved hvert bord, og der serveres i fade og skåle til understøttelse af den hjemlige stemning. Medarbejderne beskriver desuden, at det er aftalt, at opvaskemaskinerne først tændes efter, at måltidet er afsluttet.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der er en hensigtsmæssig organisering i de observerede måltider, hvortil medarbejderne arbejder ud fra faste roller, og hvor beboerne sikres mulighed for selvbestemmelse og medindflydelse. Det er tilsynets vurdering, at beboerne generelt er tilfredse med maden, men at en beboer er mindre tilfreds med menuen på plejehjemmet, og to beboere udtrykker manglende tilfredshed med stemningen under måltiderne. Medarbejderne kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre 'Det gode måltid'.

3.6 Kommunikation og adfærd

Data

OBSERVATION

Overalt på plejehjemmet observeres alene imødekommende og respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side. Det observeres f.eks., hvordan medarbejderne banker på beboernes dør, inden de træder ind i boligen, og hvordan de henvender sig til beboerne med smil og fysisk berøring i kontakten med beboerne.

BEBOERINTERVIEW

Fire ud af syv beboere giver udtryk for, at de oplever en varm og imødekommende kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side, og at der overalt på plejehjemmet opleves en god og tryg omgangstone.

En beboer oplever at der kan være misforståelser på grund af sprogbarrierer, når der er afløsere hos beboeren. En anden beboer oplever, at der er medarbejdere, der ikke tager hensyn til, at beboeren har taledyspnø, hvorved beboeren får en oplevelse af ikke at blive hørt. Endelig er der en beboer, som oplever, at medbeboere indbyrdes har konflikter med hinanden, hvilket påvirker stemningen i afdelingen.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan de tilpasser kommunikation til den enkelte beboer, bl.a. anvendes aktiv lytning. Medarbejderne beskriver, hvordan de udviser respekt for beboerne ved at bede beboerne uddybe det, de har på hjertet, hvis medarbejderen ikke forstår det i første omgang. Medarbejderne beskriver desuden, hvordan der tages hensyn til fysiske funktionsnedsættelser, f.eks. høretab, hvortil medarbejderen tilpasser tonelejet. I forhold til beboere med kognitive funktionsnedsættelser beskriver medarbejderne, at de stiller enkle spørgsmål, og at de giver beboerne god tid til at forberede et svar.

Medarbejderne beskriver desuden, at hvis de skal motivere beboerne til at deltage i aktiviteter, så anvendes udtrykket *'jeg vil gerne invitere dig'*, hvorved beboerne ofte motiveres til deltagelse. Medarbejderne beskriver desuden, hvordan der indimellem kan opstå konflikter imellem beboerne, og hvordan medarbejderne i disse situationer forsøger at hjælpe beboerne med at korrigere deres opfattelser, men uden at tage parti.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer at indikationerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der på plejehjemmet er en imødekommende og respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side, hvilket størstedelen af beboerne også fortæller, at de oplever. Enkelte beboere oplever dog manglende tilfredshed med kommunikationen, hvilket ifølge de tre beboere skyldes henholdsvis misforståelser på grund af sprogbarrierer, enkelte medarbejderes manglende hensyn til en beboers talehandicap samt enkelte beboeres indbyrdes konflikter, som påvirker stemningen i afdelingen. Det vurderes, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, der medvirker til at skabe ligeværdighed og en tilpasset kommunikation med beboerne, samt hvordan de bidrager til at forebygge konflikter imellem beboerne.

3.7 Aktiviteter og træning

Data

OBSERVATION

På Holmegårdsparken er der et stort fokus på aktiviteter for beboerne. Holmegårdsparken består af tre selvstændige huse med plejeboliger og et fjerde hus, som rummer Plejehjemmets Kulturhus, hvor hovedparten af plejehjemmets aktiviteter foregår. Flere beboere, som tilsynet taler med, fortæller, at de er på vej i Kulturhuset, bl.a. til kor. Beboerne kan ligeledes vælge at spise i Kulturhusets café.

Tilsynet observerer desuden, hvordan der også foregår aktiviteter i plejeafdelingerne, hvor der bl.a. i et hus sidder en medarbejder sammen med flere beboere og sætter blomster i mindre vaser.

Der observeres tillige et aktivt hverdagsliv, hvor flere beboere benytter sig af fællesarealerne, hvor de nyder en kop formiddagskaffe. Tilsynet observerer desuden, hvordan der står terapi-gyngestole og motionscykler tilgængeligt i afdelingerne.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne udtrykker generelt stor tilfredshed med udbuddet af aktiviteter i Holmegårdsparken. Beboerne nævner bl.a., at de deltager i banko, busture, foredrag, korsang og tegning. En beboer kommer i Kulturhuset, når der er musik på programmet. Beboeren holder ellers af at opholde sig i sin egen bolig. Samme beboer går indimellem ture i nærområdet, og beboeren oplever, at medbeboere banker på og spørger, om beboeren vil med ud. Det kan beboeren godt lide.

To beboere er ikke helt tilfredse med tilbuddet om aktiviteter. En beboer har tidligere gået til træning, men beboeren ved ikke rigtigt, hvad der er blevet af det tilbud. Beboeren ville gerne gå til mere gymnastik, men får ikke rigtigt taget sig sammen. *'Det ville være fint at være nogen stykker, der gik sammen, ligesom det jeg var startet på'* siger beboeren.

En anden beboer fortæller, at der under Corona-epidemien var mange aktiviteter lokalt i afdelingerne. Beboeren kommer ikke til aktiviteter i Kulturhuset, og beboeren drømmer om flere aktiviteter i afdelingerne. Beboeren fortæller bl.a., at en aftenvagt spiller banko med beboerne hver 14. dag, hvilket beboeren synes er rigtigt hyggeligt.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan beboerne tilbydes en lang række træningstilbud og aktiviteter. Det er kontaktpersonens ansvar at spørge, hvad beboeren har lyst til og at beskrive og motivere til deltagelse i de forskellige tilbud, der er i Kulturhuset. Malerkursus og kor er blandt de populære aktiviteter i Kulturhuset. Ligeledes arrangeres der frokost to gange om ugen i caféen, hvor beboerne inviteres *'ud at spise'*. Der er ligeledes tilbud til de beboere, som ikke kommer i Kulturhuset, herunder beskriver medarbejderne tilbud om gymnastik i afdelingen. Desuden er der motionscykler i afdelingerne. Manicure og håndmassage tilbydes til beboere, der ikke tåler for meget stimulation.

Til plejehjemmets husmøder planlægges flere aktiviteter, bl.a. ture ud af huset, hvor medarbejderne aktuelt tilrettelægger ture til Tivoli og Den blå planet, hvortil plejehjemmet råder over flere busser.

Medarbejderne beskriver, at plejehjemmet har tilknyttet frivillige.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på plejehjemmet, og at beboerne generelt oplever, at de tilbydes meningsfulde aktiviteter og træning, som de kan deltage i efter ønske. To beboere er ikke helt tilfredse med aktivitets- og træningstilbuddet. Den ene beboer savner træning, og den anden beboer ønsker flere aktiviteter lokalt i afdelingen, hvor beboeren bor.

Samtidigt vurderes det, at medarbejderne på meget tilfredsstillende vis kan redegøre for området.

3.8 Medicinhåndtering

Data

OBSERVATION

Tilsynet gennemgår medicinbeholdningen for seks beboere, idet den syvende beboer selvstændigt varetager egen medicinhåndtering.

Dokumentation (medicinoversigten)

Alle seks beboeres medicinlister ses generelt opdaterede. Dog ses der i relation til fire medicinbeholdninger manglende opdatering af aktuelle handelsnavne, hvilket gælder for et-tre præparater per beholdning. Alle ordinationer ses generelt med dato for ordination, beskrevet med indikation, dosis og antal tabletter. Et præparat fremgår under 'ikke dispenseret i perioden', idet præparatet mangler en seponeringsdato. Beboeren modtager ikke længere behandlingen.

Pn medicin er angivet med antal enheder og max. døgndosis. Det er tydeligt angivet, om medicinen er fast eller pn, samt om medicinen er dosisdispenseret. Dertil er det tydeligt registreret, om beboeren er selvadministrerende.

Opbevaring

Beboernes medicin opbevares i aflåst medicinrum, hvortil der ved brug af medicinkasser og farvede poser sikres adskillelse af medicinen. Der ses generelt tydelig anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed. I fem ud af seks medicinbeholdninger ses der imidlertid udfordringer omkring opbevaring:

- Der forefindes en pose med blisterpakninger, som er taget ud af originalemballagen. Der er ordination på posen, men ikke navn og CPR-nummer.
- I to medicinbeholdninger ses seponerede præparater opbevaret sammen med aktuel medicin.
- I tre tilfælde er der taget hul på flere pakninger af samme præparat.

- To ikke-aktuelle præparater opbevares ikke i farvet pose, som de øvrige præparater i samme kategori.
- To æsker, indeholdende identisk aktuelt præparat, er udløbet.
- Et glas aktuelle vitaminpiller er udløbet.
- Øjendråber i pn beholdningen er udløbet.
- En beboers inhalationsmedicin mangler en anbrudsdato.

Dispensering af medicin

På plejehjemmet dispenseres der som udgangspunkt medicin til 14 dage i doseringsæsker, og medicinrummet er indrettet med hylder til medicinmapper for henholdsvis igangværende uge og den efterfølgende uge. Alle medicinæsker er mærkede med beboernes navn, ugedag og CPR-nummer.

For alle beboerne ses det, at der er overensstemmelse mellem antal tabletter i medicinoversigten og antal tabletter i doseringsæskerne og i de dosisdispenserede poser. I to medicinbeholdninger ses dog flere tilfælde af manglende overensstemmelse imellem ordination og label på medicinglas uden, at der er tilknyttet et notat hertil.

Administration af medicin

Tilsynet observerer, at der er administreret medicin, svarende til tilsynstidspunktet.

Risikosituationslægemidler

I forhold til risikosituationslægemidler ses der manglende dokumentation af, hvordan der arbejdes med det enkelte præparat, herunder observerer tilsynet følgende:

- At der i relation til en beboer i insulinbehandling ses manglende beskrivelser af, hvordan beboeren mærker udsving i blodsukker samt næste blodprøvekontrol.
- At der i forhold til to beboere, i blodfortyndende behandling, mangler plan for behandling, herunder blodprøver.
- At der i forhold til en beboer i behandling med kaliumklorid ses manglende beskrivelser af næste blodprøvekontrol. Det fremgår dog under MedCom, men det er ikke ført ind i helbredstilstanden.
- At der i forhold til to beboere i Opioid-behandling ikke ses plan for behandling, herunder evt. nedtrapningsplan.

Der sikres desuden ikke konsekvent kvittering for den ikke-dispensérbare medicin, herunder er flere af beboernes ikke-dispensérbare præparater i kategorien risikosituationslægemidler, hvor der i alle seks beboeres tilfælde ses manglende konsekvens i kvitteringerne.

BEBOERINTERVIEW

Fem ud af seks beboere udtrykker tilfredshed og tryghed ved medarbejdernes håndtering af deres medicin. En beboer oplever ikke altid at få sin parkinsonmedicin til tiden, derfor oplyser beboeren, at han har en lille forsyning i lommen og en alarm på sin telefon, så beboeren selv kan tage medicinen, hvis medarbejderne ikke leverer den til tiden. Beboeren oplever, at det er blevet mere stabilt, men at det forsat glipper ind imellem.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Social- og sundhedsassistenten beskriver, hvordan medicindispensering ligger fordelt på fjorten dage. I forbindelse med medicindispensering opdateres medicinlisten, som det første, og herefter kontrolleres det, om der er tilstrækkelig medicin til hele perioden. Efter dispensering eftertælles tabletterne, og det sikres, at der også er tilstrækkelig ikke-dispensérbar medicin og pn medicin til perioden f.eks. smerteplastre til en fjorten dages periode, og at alle præparater er inden for holdbarhedsdatoen.

Handelsnavne opdateres i dispenseringsmodulet i forbindelse med dispenseringen.

Risikosituationslægemidler håndteres på plejehjemmet ved, at der fremgår et 'R' på triage-tavlen. Ofte vil kontaktpersonen være den, der administrerer dispenseret medicin, f.eks. plasterskift og ophældt kaliumklorid efter oplæring. Social- og sundhedsassistenten beskriver under helbredstilstandene,

hvilke observationer der skal gøres, og hvilke blodprøver der skal tages i relation til risikosituationslægemidlerne. Medarbejderne er i stand til at redegøre for samtlige risikosituationslægemidler.

En fysisk kalender bidrager til at huske beboernes aftaler om f.eks. blodprøvetagning. Nexus beboerkalender er ikke implementeret endnu.

Ved medicingivning kontrolleres antal tabletter i æske eller dosispose samt eventuelle ikke-dispenserede præparater. Herefter sikres identifikation af beboeren, og medicinen ses indtaget. Der kvitteres for medicinadministration efterfølgende. Ved afvigelser tager social- og sundhedshjælperen fat i en social- og sundhedsassistent.

Tilsynets vurdering – 2

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er fundet væsentlige fejl og mangler, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats at afhjælpe. Dette vedrører blandt andet mangler i forhold til sikker opbevaring og relevant dokumentation samt manglende kvittering for administration af ikke-dispensérbar medicin. En betydelig del af tilsynets fund vedrører risikosituationslægemidler, hvilket har betydning for vurderingen. Beboerne udtrykker generelt tilfredshed med medarbejdernes håndtering af deres medicin, fraset en beboer, som ikke oplever at få medicin til tiden. På trods af de konstaterede fejl og mangler kan medarbejderne redegøre for dispensering og administration i overensstemmelse med gældende retningslinjer på området.

4. Tilsynets formål og metode

4.1 Formål

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for borgere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 Metode

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 Vurderingsskema

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
Score: 4	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne • En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne • Få elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
Score: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne • Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 tilrettelæggelse

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-3 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

Om BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejehjem, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.

Relateret document 8/18

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Egebjerg Plejeboliger 2023-Gentofte-Endelig rapport.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Egebjerg Plejeboliger 2023-Gentofte-Endelig rapport**
Dokument ID:	**5239211**

Tilsynsrapport Gentofte Kommune

Egebjerg Plejeboliger

Uanmeldt tilsyn
Oktober 2023

Indhold

Indhold 2
Forord 3
1. Oplysninger om plejecentret 4
2. Vurdering 5
2.1 Tilsynets vurderinger 5
2.2 Tilsynets anbefalinger 6
3. Datagrundlag 7
3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder 7
3.2 Dokumentation 8
3.3 Personlig pleje 9
3.4 Praktisk hjælp og støtte 10
3.5 Mad og måltider 11
3.6 Kommunikation og adfærd 12
3.7 Aktiviteter og træning 12
3.8 Medicinhåndtering 13
4. Tilsynets formål og metode 16
4.1 Formål 16
4.2 Metode 16
4.3 Vurderingsskema 17
4.4 Tilrettelæggelse 18
Om BDO 19

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt tilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering af centret og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete center.

Anden del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og de individuelle undersøgelser. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. 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: 28 10 56 80
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Mette Norré Sørensen
Director
Mobil: 41 89 04 75
Mail: meo@bdo.dk
Projektansvarlig

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

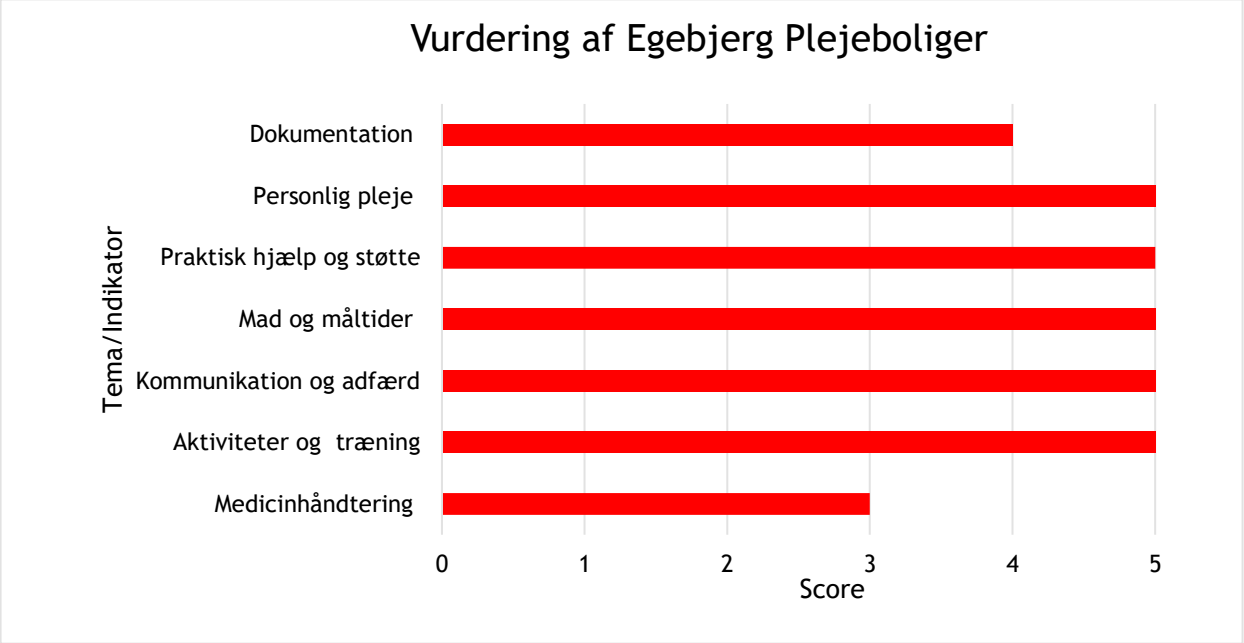
1. Oplysninger om plejecentret

Oplysninger om plejeboligerne og tilsynet
Navn og adresse: Egebjerg Plejeboliger, Sognevej 3, 2820 Gentofte
Leder: Lisbeth Majland
Antal boliger: 70 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 9. oktober 2023
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejecentrets ledelse • Interview af fem beboere • Gennemgang af dokumentation (SEL) for fem beboere • Gennemgang af medicinhåndtering for fem beboere • Gruppeinterview med tre medarbejdere (tre social- og sundhedsassistenter) Beboerne, som indgår i individuelle interview, har givet deres accept til at indgå i tilsynet. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Gitte Lee Anderskov, Senior manager og sygeplejerske Kristina Ovesen, 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 dokumentationen generelt er fyldestgørende og anvendelig i hverdagens praksis. Døgnrytmeplaner fremstår fyldestgørende og aktuelle. Dertil er det tilsynets vurdering, at funktionsevnetilstande, generelle oplysninger og observationer generelt er fyldestgørende, fraset i to ud af fem gennemgåede journaler, hvor der konstateres enkelte manglende beskrivelser og manglende opfølgning.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne på faglig og reflekteret vis kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med oprettelse, anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

Personlig pleje

Tilsynet vurderer, at beboerne er soignerede i overensstemmelse med deres habitus. Det er tilsynets vurdering, at beboerne i meget høj grad oplever at få den hjælp til personlig pleje og støtte, de har behov for, og at deres autonomi respekteres.

Det er samtidig tilsynets vurdering, at medarbejderne på reflekteret vis kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje og støtte, herunder hvordan der arbejdes med at sikre socialpædagogiske handleplaner og opmærksomhed på den rehabiliterende tilgang.

Praktisk hjælp og støtte

Tilsynet vurderer, at den praktiske hjælp leveres efter en god faglig standard, hvor både boliger og fællesarealer fremstår ryddelige og rengjorte. De observerede hjælpemidler fremstår ligeledes rengjorte. Dertil vurderes det, at beboerne oplever, at den praktiske hjælp og støtte er svarende til deres behov. Det er tilsynets vurdering, at beboerne inddrages aktivt efter funktionsniveau, og at de er tilfredse med kvaliteten af hjælpen, samt at medarbejderne på reflekteret vis kan redegøre for området.

Mad og måltider

Det vurderes, at der er en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid, hvor medarbejderne arbejder ud fra faste roller, og hvor beboernes selvbestemmelse er i fokus.

Tilsynet vurderer, at beboerne er tilfredse med madens kvalitet, mulighed for medindflydelse og rammerne for måltidet, samt at medarbejderne på reflekteret vis kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre "Det gode måltid".

Kommunikation og adfærd

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne udviser en respektfuld og anerkendende adfærd og kommunikation med beboerne. Dertil vurderer tilsynet, at beboerne oplever, at medarbejderne er flinke, lyttende og imødekommende. Det vurderes, at medarbejderne på faglig vis redegør for faktorer, som medvirker til at skabe en ligeværdig og respektfuld kommunikation.

Aktiviteter og træning

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på Egebjerg Plejeboliger. Beboerne tilkendegiver tilfredshed med tilbuddet af aktiviteter, og at de deltager heri efter eget ønske. Dertil er det tilsynets vurdering, at beboerne støttes i den daglige vedligeholdende træning. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for området.

Medicinhåndtering

Tilsynet vurderer, at der på Egebjerg Plejeboliger generelt er en struktureret og systematisk praksis for medicinhåndteringen. Beboerne vurderes at være tilfredse med kvaliteten af hjælpen, og medarbejderne kan på faglig og reflekteret vis redegøre for området. Dog er det tilsynets vurdering, at der er udviklingsområder vedrørende opbevaring og medicinadministration, idet der konstateres tilfælde, hvor beboeres medicin opbevares sammen, og der konstateres medicin i brug, hvis holdbarhed er overskredet. Dertil er det tilsynets vurdering, at der er op til flere mangler i kvittering for medicinadministration. Tilsynet vurderer, at udviklingsområderne inden for medicinhåndteringen vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats.

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:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter den øgede opmærksomhed på dokumentationsområdet inden for servicelovsområdet, herunder:
    - At funktionsevnetilstandene konsekvent beskrives ift. beboernes begrænsninger.
    - At generelle oplysninger beskrives med oplysninger, der vil give mening og værdi for den personcentrerede omsorg og i relationsarbejdet.
    - At der dokumenteres opfølgning på observationsnotater med *forværring*.

2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter en målrettet indsatsen på medicinhåndteringen, herunder:
    - At beboernes medicin konsekvent opbevares adskilt.
    - At medicinens holdbarhed sikres inden dispensering og administration.
    - At der konsekvent og systematisk kvitteres for administreret medicin, og at dette udføres tidstro.

3. Datagrundlag

3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder

Data

LEDERINTERVIEW:

Ved sidste års tilsyn blev der givet anbefalinger vedrørende fem områder; 1) dokumentation, herunder et særligt fokus på beskrivelse af helbredstilstande, generelle oplysninger og handlingsanvisninger, 2) personlig pleje, herunder uniformsetikette og korrekte arbejdsstillinger 3) kommunikation og adfærd, herunder medarbejderes indbyrdes kommunikation på fremmedsprog, og 4) aktiviteter og træning, herunder at sikre beboernes kendskab til træningstilbud.

Ledelsen redegør for, at der siden sidste tilsyn er arbejdet målrettet videre med dokumentationen. Der er et stort fokus på dokumentation i hele Gentofte Kommune, og der arbejdes med at implementere en ensartet dokumentation på tværs af enhederne, fra visitation til plejehjem og hjemmepleje. Det er en stor proces, som fylder meget på tværs af kommunen. Alle enheder i kommunen har udpeget superbrugere, som er med i en tværgående arbejdsgruppe. Der er etableret et digitaliseringsteam, som blandt andet arbejder med at implementere dokumentationsarbejdsgange samt nye tiltag i omsorgssystemet Nexus. Dertil er der på Egebjerg udpeget dokumentationsansvarlige fra hvert vagtlag, som er klar til at gå forrest med nye tiltag og ændringer på dokumentationsområdet. Lokalt på Egebjerg mødes superbrugeren, de dokumentationsansvarlige, afdelingsledere og forstander hver 2. måned for at planlægge og følge op på dokumentationsarbejdet. Desuden gennemføres der månedligt journalaudit, hvor to medarbejdere på hver afdeling sidder sammen og gennemgår alle journaler.

Vedrørende anbefalingen omkring uniformsetikette har der været dialog om anvendelse af navneskilte. Der er ikke indført en entydig retningslinje om, at medarbejderne skal bære navneskilt, men alle har fået navneskilt udleveret. Det er forskelligt fra afdeling til afdeling, hvor meget navneskiltene anvendes. Dette ligger i tråd med, at der ikke er en bestemt uniformsetikette for medarbejderne. Medarbejderne bestemmer selv, om de vil anvende eget tøj, eller om de vil have uniform på.

Ledelsen fortæller, at vedrørende anbefalingen omkring korrekte arbejdsstillinger, blev denne anbefaling talt igennem efter sidste tilsyn. Ledelsen mener, at medarbejderen ved sidste års observationsstudie var meget nervøs over den uvante situation, og at medarbejderen derfor glemte at slå sengehesten ned. Det er ledelsens opfattelse, at alle medarbejdere normalt vil sikre sig hensigtsmæssige arbejdsstillinger.

Egebjerg har en tværgående medarbejder, der arbejder med arbejdsmiljøet lokalt, og som blandt andet står til rådighed for sparring angående arbejdspladsvurderinger og behov for hjælpemidler.

I forhold til anbefalingen omkring kommunikation og adfærd fortæller ledelsen, at det har været et sjældent tilfælde ved sidste års tilsyn, at en beboer havde oplevet, at to vikarer havde talt et fremmedsprog sammen. Ledelsen oplyser, at der sjældent anvendes vikarer, da hver afdeling har faste afløsere. Dertil mener ledelsen, at det ikke kan undgås, at to medarbejdere, der taler samme modersmål, udveksler ord på dette modersmål. Det er dog ikke ledelsens indtryk, at der tales andre sprog end dansk over for beboerne.

Ledelsen fortæller, at der, i forhold til anbefalingen om at sikre beboernes kendskab til træningstilbud, er opmærksomhed på, at beboerne, når det er relevant, bliver informerede omkring træning. Dertil har § 86 været gennemgået på ledelsesniveau i kommunen for at sikre efterlevelse heraf. Dertil er der et godt samarbejde med Egebjergs praktiserende læge, som også informerer beboerne om træning, når det vurderes relevant. Med hensyn til den almindelige dagligdagstræning og vedligeholdende træning er denne integreret i dagligdagen, og der tilrettelægges i det daglige aktiviteter/træning, som f.eks. udendørsleg, gåture og stolegymnastik. Dertil inddrages beboerne så meget som muligt i dagligdagsaktiviteter, som f.eks. at dække bord og tage af bordet med det formål at give beboerne en aktiv rolle i deres hverdag.

Ledelsen redegør for, at der aktuelt er flere forskellige udviklingsområder i fokus, og at flere medarbejdere er tilmeldt undervisning i efteråret. Det nævnes, at hele kommunen er i gang med et kompetenceløft inden for palliation, herunder tidlig palliation, hvortil der udbydes et omfattende kursus til sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Dertil arbejder Egebjerg lokalt med temadage omkring palliation til mennesker med demens samt til mennesker med psykiatrisk diagnose og misbrug med det formål at give medarbejderne redskaber til at arbejde med palliation på flere niveauer.

Desuden afventer Egebjerg undervisning i "medicinhåndtering i praksis" organiseret af digitaliseringsteamet i forvaltningen.

Desuden har kommunen et øget fokus på at rekruttere flere elever fra social- og sundhedsassistentuddannelsen til at være elev i kommunen. I den forbindelse tilbydes praktikvejledere i kommunen 11 hele dages kursus.

Dertil er trivsel et fokusområde, som der arbejdes kontinuerligt med ud fra ledelsesgrundlaget; "vi leder sammen". Afdelingsledere, AMR og MED mødes med fast interval. Der har været et stort fokus på trivsel i forhold til sygefravær, hvor der blev lavet indsatser, som resulterede i et lavere sygefravær.

3.2 Dokumentation

Data

OBSERVATION

Der er foretaget observationer i fem beboeres omsorgsjournal.

Døgnrytmeplanen

Døgnrytmeplanerne fremstår opdaterede og aktuelle for alle fem beboere, og de indeholder alle handlevejledende beskrivelser af den hjælp og støtte, som beboerne modtager over døgnet. I døgnrytmeplanerne fremgår der beskrivelser af beboernes ressourcer og særlige opmærksomhedspunkter, som f.eks., at beboeren har nedsat syn, at der skal stilles "ja/nej" spørgsmål, at beboeren har svært ved at være alene, og at beboeren ofte kommer sit vasketøj i skabet med rent tøj. Dertil ses der beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, som f.eks., at beboeren er i faldrisiko, at beboeren hyppigt har urinvejsinfektion, at beboeren ofte får angstanfald, og at beboeren har tendens til sår på benene. Ved alle eksempler er det beskrevet, hvilke forebyggende handlinger, der skal udføres. Dertil ses der fyldestgørende beskrivelser af socialpædagogiske handleplaner for forebyggelse af psykisk forværring.

Funktionsevnetilstande

I fire ud af fem journaler fremgår funktionsevnetilstandene relevant aktiverede med beskrivelser af beboernes udfordringer på det pågældende funktionsområde. I en journal konstateres der dog manglende beskrivelser, idet der er skrevet "vurderet ikke relevant" i tilstande til beboerens mobilitet. Beboeren observeres med mobilitetsudfordringer.

Generelle oplysninger

I tre ud af fem journaler fremgår generelle oplysninger fyldestgørende med relevante beskrivelser med værdi for beboerforløbet, f.eks. er mestring, motivation, ressourcer, roller, vaner og livshistorie beskrevet. I to journaler ses der ikke, eller der er sparsomt med beskrivelser, under generelle oplysninger.

Observationsnotater:

For alle fem journaler ses det, at der beskrives observationer ved afvigelser i beboerens tilstand. Dog konstateres der i to journaler et enkelt eksempel på manglende dokumentation af opfølgning, efter at beboeren er beskrevet med forværring i sin helbredsmæssige tilstand. I den ene journal ses beskrivelse af en hudproblematik, og i den anden journal ses der beskrivelse af træthed og tristhed.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Døgnrytmeplanen er helt afgørende for, hvorledes hjælpen leveres til beboeren. Planen skal indeholde handlevejledende beskrivelser, så alle medarbejdere kan levere hjælpen. Planerne anvendes meget i det daglige, og de er et uundværligt redskab. Planerne opdateres minimum en gang om måneden eller ved ændringer, så de altid er opdaterede og aktuelle. Dette er vigtigt i tilfælde af, at der kommer en afløser, eller hvis en medarbejder skal hjælpe en beboer, som medarbejderen ikke kender så godt.

Døgnrytmeplanerne er ikke opbyggede med en bestemt systematik eller med overskrifter, ud over de generiske overskrifter i Nexus, men der skrives det, som giver mening ift. den enkelte beboer. Planerne skal være enkle og simple. Det er den faste kontaktperson, som har ansvaret for at udfylde og opdatere planen.

Ved ændringer i en beboers tilstand dokumenteres dette i et observationsnotat, og der dokumenteres opfølgning i samme eller næste vagt. Er beboeren akut dårlig, udføres der TOBS, og det vurderes, om der skal kontaktes en sygeplejerske eller en læge. De beskrevne observationer hæftes op på den eksisterende tilstand i journalen, så der skabes en sammenhæng. Ved et nyopstået problemområde udarbejdes en ny tilstand.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for området i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at dokumentationen overordnet er fyldestgørende og anvendelig i hverdagens praksis. Døgnrytmeplaner fremstår fyldestgørende og aktuelle. Dertil er det tilsynets vurdering, at funktionsevnetilstande, generelle oplysninger og observationer generelt er fyldestgørende, fraset enkelte manglende beskrivelser og manglende opfølgning i to ud af de fem gennemgåede journaler.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne på faglig og reflekteret vis kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med oprettelse, anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

3.3 Personlig pleje

Data

OBSERVATION

Tilsynet har interviewet fem beboere. Hos alle fem beboere ses det, at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats svarer til deres behov. Beboerne fremstår soignerede og veltilpasse i overensstemmelse med deres habitus.

BEBOERINTERVIEW

Alle fem beboere fortæller, at de selv udfører den personlige pleje, og at de er trygge ved at vide, at de kan få hjælp fra medarbejderne, hvis de får behov. Enkelte beboere får dog lidt hjælp til bad, og enkelte beboere får hjælp til dele af påklædningen. Beboerne fortæller, at de oplever, at hjælpen er af god kvalitet. Hjælpen leveres som aftalt, og alle medarbejderne er søde og rare. Der er altid kendte ansigter, hvilket gør beboerne trygge.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Døgnrytmeplanen er det vigtigste redskab til at sikre, at beboeren får den hjælp, støtte og pleje, som beboeren har brug for. Dertil observeres beboeren og inddrages i hjælpen, så det sikres, at beboeren er med på at få hjælpen til f.eks. bad. Ønsker beboeren ikke hjælpen, vil medarbejderen lave en anden aftale med beboeren. Hensynet til beboernes ønsker og vaner sikres gennem relationsarbejdet, hvor medarbejderen lærer beboeren at kende. Dertil er der ofte stor kontakt til de pårørende, som ofte bidrager med oplysninger om beboerens liv og vaner, som medarbejderne kan understøtte i det daglige arbejde med beboeren. Beboerens ønsker og vaner indtænkes således altid i plejen, og ofte udarbejdes der en socialpædagogisk handleplan.

Medarbejderne fortæller, at de anvender flere forskellige teorier i plejen og støtten til beboerne, som f.eks. motivationsteorier, der anvendes i det rehabiliterende arbejde. Beboerne skal inddrages, så de bibeholder deres færdigheder. Hjælpen er således "hjælp til selvhjælp". Dertil anvendes særligt den personcentrerede omsorgs teori i forhold til at møde beboeren, der hvor beboeren er. Teorierne kommer i spil i det daglige arbejde i takt med beboernes behov, og de situationer som udspiller sig.

Desuden anvendes forskellige screeningsredskaber. F.eks. udføres der på demensafdelingen en neuropædagogisk screening med henblik på udarbejdelsen af den socialpædagogiske handleplan.

Dertil afholdes der på alle afdelinger beboerkonferencer hver 3. uge, hvor en beboer gennemgås tværfagligt i forhold til trivsel og handleplaner.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboerne er soignerede i overensstemmelse med deres habitus. Det er tilsynets vurdering, at beboerne i meget høj grad oplever at få den hjælp til personlig pleje og støtte, de har behov for, og at deres autonomi respekteres.

Det er samtidig tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje og støtte, herunder hvordan der arbejdes med at sikre socialpædagogiske handleplaner og en opmærksomhed på den rehabiliterende tilgang.

3.4 Praktisk hjælp og støtte

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer, at de besøgte boliger fremstår renholdte og ryddelige, ligesom alle fællesarealer fremstår rene. Dertil ses rene hjælpemidler.

BEBOERINTERVIEW

Alle fem beboere udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til rengøring og praktiske opgaver. Alle beboerne angiver at deltage aktivt i at holde egen bolig ryddelig og ren, og at det praktiske foregår i et samarbejde med medarbejderne.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Beboerne inddrages individuelt i rengøringshjælpen efter funktionsniveau. Det er individuelt, hvor meget rengøringshjælp, at beboerne har behov for. Flere beboere har fravalgt hjælpen til rengøring, og klarer dette selv. Medarbejderne udfører eller understøtter i den daglige oprydning og lettere rengøring, og hjælpen udføres så vidt muligt sammen med beboeren, afstemt med beboerens behov, ønsker og vaner.

I tilfælde af, at der er særlig risiko for smitte i en bolig, er der klare procedurer og retningslinjer for, hvilke værnemidler der skal anvendes i forhold til den konkrete smitte. Der er færdigpakkede vogne med værnemidler og retningslinjer, som er printede ud, alt efter, om smitterisikoen f.eks. er en luftvejsinfektion eller en mave-tarminfektion. Dertil nævner medarbejderne, at de altid anvender engangsforklæde og handsker ved hjælpen til personlig pleje.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at den praktiske hjælp leveres efter en god faglig standard, hvor både boliger og fællesarealer fremstår ryddelige og rengjorte. De observerede hjælpemidler fremstår ligeledes rengjorte. Dertil vurderes det, at beboerne oplever, at den praktiske hjælp og støtte er svarende til deres behov. Det er tilsynets vurdering, at beboerne inddrages aktivt efter funktionsniveau, og at de er tilfredse med kvaliteten af hjælpen, samt at medarbejderne kan redegøre for området.

3.5 Mad og måltider

Data

OBSERVATION

Tilsynet foretager en kort observation af frokostmåltidet i en afdeling. Ved tilsynets ankomst sidder de fleste beboere ved et langt bord, mens en beboer sidder ved et bord for sig selv, lidt skærmet fra de øvrige beboere. Beboerne har fået serveret smurt smørrebrød, hvor der er taget højde for beboernes individuelle behov og ønsker til smørrebrød. Medarbejderne sidder fordelt ved bordet, og de spiser sammen med beboerne, og det er tydeligt, at medarbejderne har afstemt deres roller med hinanden. Medarbejderne fastholder flere af beboerne i at spise deres frokost ved at påminde beboerne om at fortsætte med at spise. En medarbejder hjælper en beboer med at spise, hvilket forgår på en værdig måde.

En beboer der observeres med ordmobiliseringsbesvær, forsøger at fortælle en medarbejder en længere fortælling. Medarbejderen er aktivt lyttende, og medarbejderen holder øjenkontakt og nikker flere gange anerkendende til beboeren.

Der observeres en hyggelig atmosfære ved måltidet, og medarbejderne understøtter en god dialog, som mange af beboerne deltager aktivt i. En beboer bærer eget og medbeboers brugte service ud i køkkenet. Måltidet afvikles på en stille og rolig måde, og der forekommer ingen unødige forstyrrelser.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne fortæller, at de selv bestemmer, hvor de vil spise. Størstedelen af beboerne spiser op til flere af måltiderne i fællesrummet. Beboerne giver udtryk for, at maden serveres på en indbydende og appetitlig måde, og alle beboerne giver udtryk for at være tilfredse med madens kvalitet.

Alle beboerne udtrykker tilfredshed med rammerne i forbindelse med måltidet, hvor der opleves en god, hyggelig og rar stemning ved de faste borde. En beboer beskriver oplevelsen af at have medindflydelse på maden, idet der kan afgives ønsker til f.eks. pålæg. Beboerne fortæller ligeledes, at de selv vælger, hvad de vil spise til morgenmad, og at de selv anretter deres smørrebrød ved bordet til frokost. Alle beboerne beskriver gode muligheder for mellemmåltider, og de oplever, at medarbejderne også løbende imødekommer ønsker om disse ved efterspørgsel.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Beboerne opnår medindflydelse ved, at der er sikret en fast struktur for beboerråd/kostmøder på de enkelte afdelinger, hvor beboerne har indflydelse på, hvilke måltider der serveres. Dette blev etableret efter, at nogle beboere var utilfredse med maden.

Beboerne bliver generelt inddragede i så meget som muligt angående mad og måltider. F.eks. er der kartofler på menuen til aften. Medarbejderne ved, at der er nogle beboere, som hellere vil have ris, og derfor sørger medarbejderne for, at der også er kogt ris. Om tirsdagen er der på en afdeling brunch, som beboerne har ønsket. I forhold til den rehabiliterende tilgang, anretter beboerne selv deres måltider ved bordene, bortset fra demensafdelingen, hvor det passer bedst til målgruppen med tallerkenservering. Dertil arbejdes der med det pædagogiske måltid, hvor medarbejderne sidder med ved bordene. Medarbejderne sørger for at rollefordele opgaverne, inden måltidet går i gang, og medarbejderne bidrager til hverdagsdialog med de beboere, som gerne vil snakke under måltidet.

Tilsynets vurdering – 5

Det er tilsynets vurdering, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid, hvor medarbejderne arbejder ud fra faste roller, og hvor beboernes selvbestemmelse er i fokus.

Tilsynet vurderer, at beboerne er meget tilfredse med madens kvalitet, mulighed for medindflydelse og rammerne for måltidet, samt at medarbejderne på reflekteret vis kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre "Det gode måltid".

3.6 Kommunikation og adfærd

Data

OBSERVATION

Der observeres overalt på Egebjerg en venlig og ligeværdig kommunikation mellem beboerne og medarbejderne samt medarbejderne imellem. Medarbejderne hilser imødekommende på de beboere, de møder, og medarbejderne anvender beboernes fornavne, og kommunikationen observeres at foregå i øjenhøjde. Det bemærkes ligeledes, at medarbejderne, inden de træder ind i beboernes boliger, banker på døren, og de afventer en reaktion fra beboeren.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne beskriver, at de har en god kontakt og kommunikation med medarbejderne, som opleves som søde og flinke. Hertil nævner beboerne, at medarbejderne altid taler pænt og ordentligt. Beboerne oplever, at der reageres hurtigt på anvendelse af nødkaldet, og at medarbejderne er lyttende og imødekommende på tværs af vagtlagene.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at de i kommunikationen med beboerne lægger mest vægt på et godt relationsarbejde, hvortil de vigtigste elementer er ligeværdighed og tillid. Således er det vigtigt, at medarbejderne overholder aftaler med den enkelte beboer. Dertil er et åbent kropssprog, nærvær og tilstedeværelse i nuet ligeledes vigtige elementer for et godt relationsarbejde. Medarbejderne fortæller, at der kan forekomme situationer, hvor de skal være "kreative" i deres kommunikation, hvilket medarbejderne mener afspejler Egebjergs målgruppe. Mange beboere på Egebjerg kan pga. nedsat psykiskfunktion ikke give udtryk for forværring i sygdom. F.eks. hvis en beboer har smerter, kan beboeren ikke altid sige, hvor det gør ondt, men problemet vil i stedet komme til udtryk i en ændret adfærd og kommunikation. Dette kræver, at medarbejderne skal være meget opmærksomme på beboernes symptomer samt læse beboernes signaler og tilpasse kommunikationsformen.

Medarbejderne fortæller, at de generelt er gode til at sparre med hinanden.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne udviser en respektfuld og anerkendende adfærd og kommunikation med beboerne. Dertil vurderer tilsynet, at beboerne oplever, at medarbejderne er flinke, lyttende og imødekommende. Det vurderes, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe en ligeværdig og respektfuld kommunikation.

3.7 Aktiviteter og træning

Data

OBSERVATION

På opslagstavlerne ses opslag, der viser et varieret tilbud af aktiviteter, blandt andet busture, café- og sangarrangementer. Dertil observeres et aktivt hverdagsliv i huset, hvor flere af beboerne benytter sig af fællesarealerne. Der ses beboere, som sidder i opholdsstuerne og hviler sig, der ses beboere, som går ture på gangene og udenfor, og der observeres flere beboere, der i løbet af dagen anvender træningsafdelingen, hvor der blandt andet anvendes træningscykler.

BEBOERINTERVIEW

Alle beboerne giver udtryk for at kende til husets tilbud om aktiviteter og muligheden for deltagelse heri. Beboerne deltager i varierende grad efter lyst og evne. Beboerne finder generelt, at der er gode og forskelligartede udbud af aktiviteter. En beboer fortæller at deltage i litteraturklubben, og en an-

den beboer fortæller at deltage i sangaktiviteter. Flere beboere udtrykker glæde ved at komme i haven og på busture, og beboerne oplever at have indflydelse på, hvor busturene skal gå hen. Dertil er der flere beboere, der fortæller, at de holder sig i gang i det daglige ved at gå ture samt anvende træningsredskaberne i fællesrummet og ved at deltage i gymnastik. Desuden er der enkelte beboere, som aktuelt har et træningsforløb med en fysioterapeut.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Typen af aktiviteter varierer lidt mellem afdelingerne, da aktiviteterne tilrettelægges og planlægges ud fra beboernes ønsker. På to af afdelingerne er der et ugeskema, hvor der er faste aktiviteter. På en afdeling er der f.eks. tur om tirsdagen og banko hver onsdag. Dertil er der de spontane en-til-en aktiviteter, som ofte opstår sammen med kontaktpersonen. Det kan være at spille et spil, gå en tur eller gå et ærinde i byen. Det nævnes, at en snak over en kop kaffe, at læse i blade sammen med en beboer eller at se en film sammen, også er aktiviteter. Beboerne spørges om ønsker til aktiviteter til de månedlige beboermøder, og de fleste beboeres ønsker forsøges imødekommet. Dertil arbejdes der i det daglige med at inddrage beboerne i alle dagligdagsaktiviteter for at støtte beboerne i at vedligeholde deres funktioner.

Ca. hver 6. uge er beboerne med til at lave frokost, hvor beboerne bestemmer menuen, og hvor de er med til at handle samt tilberede hele måltidet. Sidste gang blev der lavet pizza.

På demensafdelingen er der busture og ture i haven, men ellers er der mest en-til-en aktiviteter, da denne form for aktivitet ofte møder målgruppens behov bedst.

Dertil er der fællesaktiviteter på tværs af afdelingerne i plejehjemmets sal. Der er et udvalg, som står for at arrangere fællesaktiviteterne. F.eks. er der fælles café mandag eftermiddag.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på Egebjerg. Beboerne tilkendegiver tilfredshed med tilbuddet af aktiviteter, og at de deltager heri efter eget ønske. Dertil er det tilsynets vurdering, at beboerne støttes i den daglige vedligeholdende træning. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for området.

3.8 Medicinhåndtering

Data

OBSERVATION

Dokumentation (medicinoversigten):

Alle fem beboeres medicinlister ses opdaterede, og alle ordinationer ses med dato for ordination, beskrevet med indikation, dosis og antal tabletter. Pn medicin er angivet med antal enheder og max. døgndosis. Det er tydeligt angivet, om medicinen er fast eller pn, samt om medicinen er dosisdispenseret. Dertil er det tydeligt registreret, om beboeren er selvadministrerende.

Opbevaring

For alle fem medicingennemgange ses, at beboerens igangværende ugemappe med doseret medicin og rullen med dosisdispenseret medicin opbevares i en aflåst boks i beboerens bolig. Ikke-dispensérbar medicin opbevares ligeledes i beboerens bolig i enten køleskab eller i køkkenskabet, hvis ikke præparatet kan være i den aflåste boks. Resten af beboerens medicinbeholdning opbevares i beboerens "egen" skuffe i medicinrummet. Der anvendes farvede poser for at sikre tydelig adskillelse af aktuel og ikke anbrudt aktuel medicin samt adskillelse af seponeret og pn medicin. Dog observeres der følgende mangler til opbevaring:

- En beboers ene ugemappe med doseret medicin opbevares i en anden beboers skuffe i medicinrummet.
- En beboers tomme doseringsæske opbevares i en anden beboers skuffe i medicinrummet.

- Hos en beboer er der et præparat med overskredet holdbarhedsdato, som der er doseret fra.
- Hos en beboer er en medicinsk salve, som anvendes pn med overskredet holdbarhedsdato.

Risikosituationslægemidler

Ved de beboere, der er i behandling med et risikosituationslægemiddel, fremgår det tydeligt af handlingsanvisningen til dispensering og administration, at medicinen indeholder risikosituationslægemidler.

Dispensering af medicin

I alle fem medicingennemgange ses der overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne. Doseringsæsker er mærkede med CPR-nummer og beboerens navn. Dosisrullerne er tjekket for et døgn, og de stemmer overens med medicinlisten.

Administration af medicin

Alle fem beboere har på tilsynsdagen fået medicin, svarende til ordination, og flertallet af beboerne har fået kvitteret for deres medicin, inklusiv ikke-dispensérbare præparater. Dog konstateres der, hos alle fem beboere op til flere mangler i kvittering af medicin over en bagudrettet 14 dages periode fra tilsynsdagen. Hos en beboer konstateres der f.eks. manglende kvittering af tabletter i 11 ud af 14 dage, og ved kvittering for ikke dispenserbar medicin observeres manglende kvittering i 2 ud af 14 dage. Hos en anden beboer konstateres der manglende kvittering af ikke-dispensérbar medicin i 12 ud af 14 dage.

BEBOERINTERVIEW

Alle fem beboere giver udtryk for at være tilfredse med og trygge ved medarbejdernes håndtering af deres medicin. Beboerne fortæller, at medicinen udleveres til tiden.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Beboernes medicin opbevares i en aflåst "værktøjskasse", hvori der ligger det senest opdaterede medicinskema. Ekstra medicin opbevares i beboerens egen skuffe i medicinrummet. Systematik i opbevaringen sikres ved anvendelse af posesystem til adskillelse af aktuel og ikke aktuel medicin. Dertil sikres det, om medicinen f.eks. skal opbevares i køleskab, hvor køleskabstemperatur tjekkes.

Ved administration af medicin tjekkes navn og CPR-nummer, og medicinen tælles, jf. printet skema i medicinboksen eller ved skema på Nexus-mobil. Der arbejdes aktuelt på, at der kun kvitteres på Nexus mobil, men der er en del udfordringer med at få netværket til at række i alle boligerne. Det er medarbejdernes oplevelse, at nogle beboere bliver utrygge ved nye arbejdsgange, især hvis der er ekstra ventetid og udfordringer med det tekniske. Derfor vælger flere medarbejdere at kvittere, efter at boligen er forladt, så beboeren ikke oplever de tekniske udfordringer. Tidligere har der været en arbejdsgang, hvor der blev kvitteret for indsatsen medicinadministration ved, at der bliver kvitteret for besøget i beboerens kalender i Nexus. Medarbejderne fortæller, at der aktuelt bliver kvitteret ved brug af begge metoder, og det nok er lidt forskelligt, hvilken metode den enkelte medarbejder anvender.

Medarbejderne er bevidste om risikosituationslægemidler, og de fortæller, at det skrives i handlingsanvisningen, når en dosering indeholder risikosituationslægemidler for netop at gøre opmærksom på, at der skal være en særlig opmærksomhed herpå.

Ved dispensering opdateres FMK, og der dispenseres via dispenseringsmodulet. Oftest doseres der til 14 dage, og inden dispenseringen går i gang, sikres det, at der er nok medicin til perioden. Ved dispensering tjekkes alle præparater i forhold til dosis og ordination. Der udføres egenkontrol og eftertælling ved anden kollega.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der på Egebjerg er en delvist struktureret og systematisk praksis for medicinhåndteringen. Beboerne vurderes at være tilfredse med kvaliteten af hjælpen, og medarbejderne kan på faglig og reflekteret vis redegøre for området. Dog er det tilsynets vurdering, at der er udviklingsområder vedrørende opbevaring og medicinadministration, idet der konstateres tilfælde, hvor beboeres medicin opbevares sammen, og der konstateres medicin i brug, hvis holdbarhed er overskredet. Dertil er det tilsynets vurdering, at der er op til flere mangler i kvittering for medicinadministration. Tilsynet vurderer, at udviklingsområderne inden for medicinhåndteringen vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats.

4. Tilsynets formål og metode

4.1 Formål

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for beboere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 Metode

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem beboernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som beboerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 Vurderingsskema

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle beboere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
Score: 4	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af beboerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af beboerne • En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for beboernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af beboerne • Få elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
Score: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af beboerne • Der er fare for beboernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 Tilrettelæggelse

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-3 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

Om BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejehjem, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.

Relateret document 9/18

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Plejeboligerne Kløckershave 2023-Gentofte-Endelig rapport.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Plejeboligerne Kløckershave 2023-Gentofte-Endelig rapport**
Dokument ID:	**5272719**

Tilsynsrapport
Gentofte Kommune

Plejeboliger med hjemmehjælp Kløckershave

Uanmeldt tilsyn
Oktober 2023

Indhold

Indhold 2
Forord 3
1. Oplysninger om plejeboligerne 4
2. Vurdering 5
2.1 Tilsynets vurderinger 5
2.2 Tilsynets anbefalinger 6
3. Datagrundlag 8
3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder 8
3.2 Dokumentation 9
3.3 Personlig pleje 10
3.4 Praktisk hjælp og støtte 11
3.5 Mad og måltider 12
3.6 Kommunikation og adfærd 13
3.7 Aktiviteter og træning 14
3.8 Medicinhåndtering 15
4. Tilsynets formål og metode 17
4.1 Formål 17
4.2 Metode 17
4.3 Vurderingsskema 18
4.4 Tilsynets tilrettelæggelse 19
Om BDO 20

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt tilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering af centret og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete center.

Anden del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og de individuelle undersøgelser. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. 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: 28 10 56 80
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Mette Norré Sørensen
Director
Mobil: 41 89 04 75
Mail: meo@bdo.dk
Projektansvarlig

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

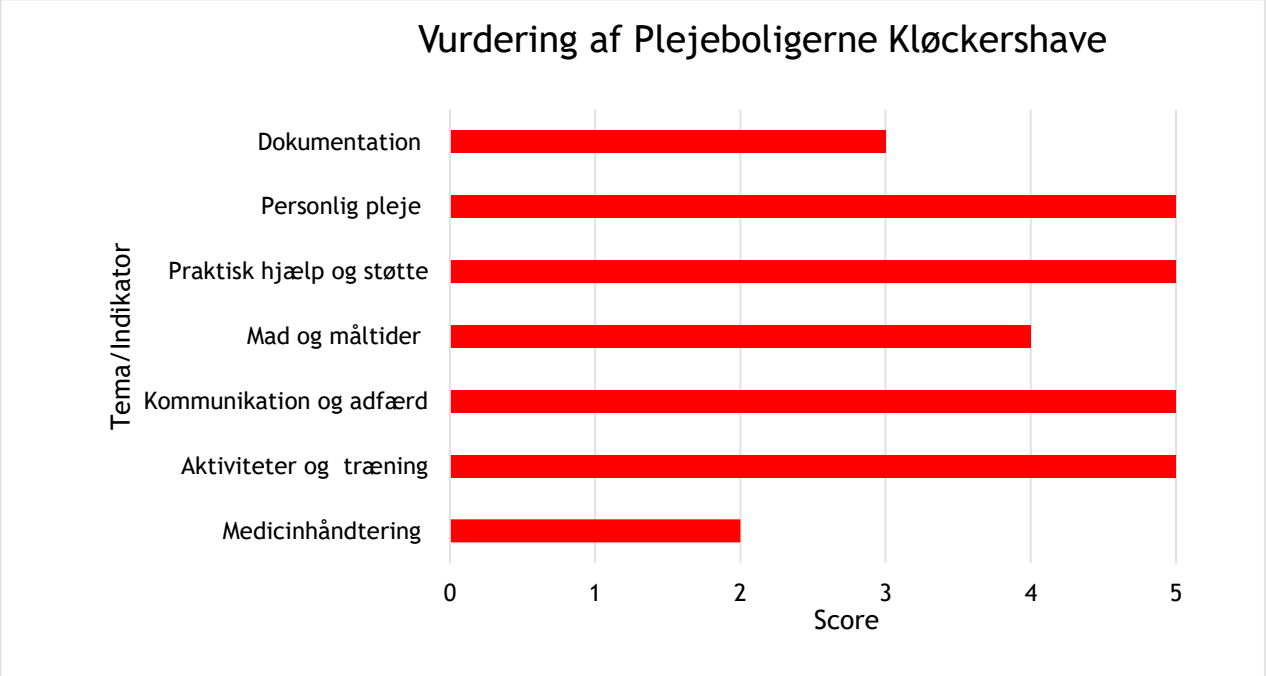
1. Oplysninger om plejeboligerne

Oplysninger om plejeboligerne og tilsynet
Navn og adresse: Plejeboliger med hjemmehjælp Kløckershave, Dahlénstræde 6, 2820 Gentofte
Leder: Karin Hvidtfeldt Hansen
Antal boliger: 50 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 24. oktober 2023
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med hjemmeplejens ledelse • Interview af tre beboere • Gennemgang af dokumentation (SEL) for tre beboere • Gennemgang af medicinhåndtering for tre beboere • Gruppeinterview med tre medarbejdere (to social- og sundhedshjælpere og en social- og sundhedsassistent) Beboerne som indgår i individuelle interview, har givet deres accept til at indgå i tilsynet. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Gitte Lee Anderskov, Senior manager og sygeplejerske

2. Vurdering

2.1 Tilsynets vurderinger

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der er flere elementer af fyldestgørende dokumentation. Dog er det tilsynets vurdering, at der er en del mangler, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats. Det vurderes, at døgnrytmeplanerne generelt mangler systematik og ensretning, enkelte handlevejledende beskrivelser samt i et tilfælde, hvor det vurderes relevant, beskrivelse af den pædagogiske tilgang. Dertil mangler beskrivelse af medicinadministration ved opgaveoverdragelse.

Dertil er det tilsynets vurdering, at der er mangler i forhold til udfyldelse af generelle oplysninger, opdatering af funktionsevnetilstande samt opfølgning på observation med forværring.

På trods af de konstaterede mangler på dokumentationen vurderer tilsynet, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

Personlig pleje

Det vurderes, at beboerne er soignerede i overensstemmelse med deres habitus. Det er tilsynets vurdering, at beboerne i meget høj grad oplever at få den hjælp til personlig pleje og støtte, de har behov for, og at deres autonomi respekteres.

Det er samtidig tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje og støtte, herunder hvordan beboernes vaner og ønsker imødekommes, samt hvordan der arbejdes rehabiliterende.

Praktisk hjælp og støtte

Tilsynet vurderer, at den praktiske hjælp leveres efter en god faglig standard, hvor både boliger og fællesarealer fremstår ryddelige og rengjorte. De observerede hjælpemidler fremstår ligeledes rengjorte. Dertil er det tilsynets vurdering, at beboerne oplever, at den praktiske hjælp og støtte er svarende til deres behov.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne inddrages aktivt efter funktionsniveau, at der er tilfredshed med kvaliteten af hjælpen, samt at medarbejderne kan redegøre for området.

Mad og måltider

Det vurderes, at der skabes en hyggelig og rolig stemning under det observerede frokostmåltid. Hertil vurderes, at rammerne om måltidet tager afsæt i en rehabiliterende tilgang med fokus på at sikre beboernes selvbestemmelse og medindflydelse.

Tilsynet vurderer, at to af beboerne udtrykker stor tilfredshed med de fælles måltider herunder madens smag, variation og kvalitet, mens en beboer udtrykker mindre tilfredshed, idet beboeren ikke finder maden tilstrækkelig allergi-venlig. Dertil er det tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange under måltiderne, hvor der arbejdes ud fra en rehabiliterende tilgang og med fokus på at understøtte sociale relationer mellem beboerne. Dog er det tilsynets vurdering, at der ikke udføres korrekt håndhygiejne af medarbejderen under måltidet, idet der anvendes det samme sæt handsker til forskellige opgaver.

Kommunikation og adfærd

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne udviser en respektfuld og anerkendende adfærd og kommunikation med beboerne. Dertil vurderer tilsynet, at beboerne oplever, at medarbejderne er flinke, lyttende og imødekommende. Det vurderes, at medarbejderne på faglig reflekteret vis kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe en ligeværdig og respektfuld kommunikation.

Aktiviteter og træning

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv i relation til plejeboligerne. Beboerne tilkendegiver tilfredshed med tilbuddet af aktiviteter, og at de deltager heri efter eget ønske. Dertil er det tilsynets vurdering, at beboerne støttes i den daglige vedligeholdende træning. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for området.

Medicinhåndtering

Tilsynet vurderer, at der er væsentlige mangler i opfyldelsen af målepunkterne til medicinhåndteringen med betydning for beboernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats at rette op på. Det er tilsynets vurdering, at manglerne særligt vedrører risikosituationslægemidler og medicinadministration. Det er dog tilsynets vurdering, at beboerne er tilfredse og trygge med medarbejdernes hjælp, og at medarbejderne overordnet kan redegøre for arbejdsgange ved medicinadministration og dispensering.

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:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter en målrettet indsats på dokumentationen, således at:

    - Døgnrytmeplaner indeholder handlevejledende beskrivelser af alle indsatser over døgnet.
    - Funktionsevnetilstande løbende opdateres ift. beboernes begrænsninger.
    - Generelle oplysninger beskrives med oplysninger, der vil give mening og værdi for den personcentrerede omsorg og i relations arbejdet.
    - Der dokumenteres opfølgning på observationsnotater med *forværring*.

2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter en opmærksomhed på hygiejne og igangsætter faglige drøftelser af håndhygiejne ved opgaver under måltidet.

3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen undersøger en konkret beboers oplevelse af manglende mulighed for allergi-venlig mad samt hjælp til indkøb.

4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen igangsætter en skærpet og målrettet indsats på medicinhåndteringen således at:
    - Der implementeres en arbejdsgang for medicindispensering, hvor det sikres, at der dispenseres korrekt jf. ordination.
    - Der konsekvent kvitteres for administreret medicin.
    - Behandlingsplan for risikosituationslægemidler beskrives, herunder aftaler om kontrol/opfølgning/blodprøver.
    - Der påføres anbrudsdato på ikke dispenserbar medicin med begrænset holdbarhed efter åbning.
    - At alt PN-medicin forefindes i beholdningen.
    - Korrekt anvendelse af ugemappe 1 og 2, således uge 1 tages i brug først.

3. Datagrundlag

3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder

Data

LEDERINTERVIEW:

Ved sidste års tilsyn blev der givet anbefalinger vedrørende syv områder; 1) dokumentation herunder et særligt fokus på døgnrytmeplaner, handlingsanvisninger, helbredstilstande, generelle oplysninger og årsag til triage, 2) personlig pleje og praktisk hjælp herunder en opmærksomhed på kontinuitet, ventetid på nødkald og rengøring af kørestol, 3) mad og måltider med fokus på beboernes oplevelse af kvaliteten, 4) aktiviteter og træning herunder fokus på et øget samarbejde med fysioterapeut, 5) medicinhåndtering, 6) organisatoriske rammer med fokus på læring ved utilsigtede hændelser og 7) temaet, observationsstudie herunder korrekt håndhygiejne.

Ledelsen redegør for, at i forhold til dokumentationen, arbejdes der med at forbedre kvaliteten på flere forskellige niveauer. Der er blandt andet fokus på dokumentation på de daglige tværfaglige triageringsmøder, hvor den enkelte beboers journal vises på storskærm og der sammen dokumenteres. Det er ledelsens oplevelse, at denne metode giver god læring for medarbejderne. Det er sygeplejerskerne, som har det overordnede ansvar for dokumentationen. Dertil er der social og sundhedshjælpere, som er ressourcepersoner indenfor dokumentation på servicelovsområdet, og som bistår med sparring til kollegaer i det daglige.

Desuden er der etableret undervisning fra henholdsvis en it-konsulent og en sygeplejefaglig konsulent fra kommunen, som kommer ud til enheden en gang ugentligt. I denne undervisning har der været særligt fokus på dokumentation i praksis, herunder det systemtekniske i omsorgssystemet, samt den faglige sammenhæng i journalen.

Dertil har dokumentationsområdet været taget op i MED-udvalg og tages ofte op til læring og refleksion på faglige møder ved social og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Der er særligt arbejdet med handlingsanvisninger, helbredstilstande og opfølgning på observationsnotater.

I forhold til anbefalingen vedrørende en konkret beboers oplevelse af manglende kontinuitet til personlig pleje og praktisk hjælp, fortæller ledelsen, at der blev fulgt op herpå med løbende samtaler med beboeren, samt at kørestol blev rengjort og repareret. Ledelsen fortæller, at der er kontinuerligt fokus på minimal ventetid ved nødkald.

Vedrørende anbefalingen omkring mad og måltider, arbejdes der med beboerindflydelse i to "arbejdsgrupper". En gruppe, Mad og Livskvalitet, har fokus på beboernes oplevelse af maden. Gruppen består af medarbejdere og beboere, som mødes i en fast kadence. Dertil er der en anden gruppe, et Kostråd, som består af beboere og pårørende, hvor emner omkring mad og måltider ligeledes drøftes.

I forhold til anbefalingen vedrørende aktiviteter og træning, fortæller ledelsen, at der samarbejdes med fysioterapeuterne, som kommer fra henholdsvis kommunen og i regi af privatpraktiserende. Her er det ledelsens indtryk, at der er et godt samarbejde med især fysioterapeuterne fra kommunen. Der samarbejdes omkring mobilisering- og forflytnings-planer både i forbindelse med genoptræning og vedligeholdende træning.

Angående anbefalingen til medicinhåndtering, redegør ledelsen for, at der især har været et øget fokus på korrekt opbevaring. Her er der implementeret anvendelse af farvede poser til adskillelse af medicinen. Dertil er der arbejdet med nye rutiner og arbejdsgange som f.eks. at screene beboere for mulighed for dosisdispensering og kvittering af medicinadministration på Nexus mobil. Der arbejdes ikke aktuelt med auditering på området, hvilket der er planer om at igangsætte i fremtiden.

Vedrørende anbefaling vedrørende læringsperspektivet ved utilsigtede hændelser (UTH), fortæller ledelsen at UTH'er tages op i grupperne. Dertil er der en nyudnævnt tovholder på UTH-området. UTH'er tages altid op til drøftelse og læring med det formål at forebygge nye hændelser. Ved store og mere alvorlige hændelser, laves der hændelsesanalyse. Ledelsen oplever, at der er en tryghed og åbenhed i medarbejdergruppen i forhold til emnet.

I forhold til håndhygiejne har der været en indsats i form af undervisning; hvor der har været drøftet brugen af handsker, brugen af engangsforklæder og håndhygiejne mellem handskeskift. Der har i den forbindelse været sat en "boks" op med ultraviolet lys. Her kunne medarbejdere sætte hænderne ind under lyset og se tilbageværende urenheder, alt efter, hvor grundig en håndhygiejne, der var udført. Dertil er der opsat sæbe, sprit og håndklædeholder i boligerne. Desuden har der været hygiejneuge med faglige drøftelser og særligt fokus på emnet. Her fik medarbejderne f.eks. udleveret en fin lille pose med håndsprit, en batch, karameller osv. Håndhygiejne er et kontinuerligt fokus.

Derudover er der fokus på andre faglige udviklingsområder som f.eks. den tidlige palliation. Hvor kommunen tilbyder kursus til alle medarbejdere inklusiv ledelse.

Dertil er der fokus på pårørende samarbejde, hvor der til foråret er planlagt workshop for pårørende, beboere og medarbejdere med oplæg fra ældresagen. Dertil vil ledelsen i nærmeste fremtid deltage i Sundhedsstyrelsens workshop om pårørendesamarbejde. I pårørendesamarbejdet er der løbende fokus på at inddrage de pårørende efter behov. Er der en beboer med særlige komplekse problemstillinger, da vil pårørende blive inviteret til møder med beboer, medarbejdere og ledelse, så der tidligt skabes rammer for et trygt og tæt samarbejde.

Tilsynet oplyses om, at der er særlige mødeaktiviteter planlagt på tilsynsdagen herunder beboermøde, TR møder og palliationskursus, som en del af det, ledelsen skal deltage i. Tilsynsdagen planlægges, så der tages hensyn hertil.

3.2 Dokumentation

Data

OBSERVATION

Der er foretaget observation i tre beboeres omsorgsjournal, og dokumentationen er gennemgået sammen med en social og sundhedsassistent.

Døgnrytmeplanen

Døgnrytmeplanerne fremstår generelt opdaterede og aktuelle for alle tre beboere. Overordnet, indeholder planerne beskrivelser af den hjælp og støtte, som beboerne modtager over døgnet. I døgnrytmeplanerne fremgår der i flere tilfælde beskrivelser af beboernes ressourcer og særlige opmærksomhedspunkter, som f.eks. at en beboer har nedsat syn. Dertil ses der også beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende opmærksomhedsområder, som f.eks., at beboeren har tendens til forstoppelse, har udsving i sin psyke, tør hud på ben eller har tendens til svimmelhed. Dog konstaterer tilsynet følgende mangler til døgnrytmeplanerne:

- En ensartet, systematisk og overskuelig struktur.
- Handlevejledende beskrivelser af, hvordan hjælpen leveres til den enkelte beboer f.eks. hjælpen til bad.
- I enkelte tilfælde mangler der beskrivelser af særlig pædagogisk tilgang.
- I en enkelt journal mangler døgnrytmeplan til nat.
- I alle tre journaler mangler beskrivelse af medicinadministration (opgaveoverdragelse) eller henvisning til handlingsanvisning.

Funktionsevnetilstande

I alle tre journaler fremgår funktionsevnetilstandene generelt relevant aktiveret med beskrivelser af beboerens udfordring på det pågældende funktionsområde. Dog konstaterer tilsynet følgende mangler til funktionsevnetilstande:

- I to journaler mangler opdatering jf. ændringer i beboerens funktionsniveau.

Generelle oplysninger

I en journal fremgår generelle oplysninger fyldestgørende med relevante beskrivelser med værdi for borgerforløbet f.eks. er mestring, motivation, ressourcer, roller og netværk beskrevet. Dog konstaterer tilsynet følgende mangler:

- I to journaler ses der sparsomt med beskrivelser under generelle oplysninger.

Observationsnotater:

For alle tre journaler ses det, at der beskrives observationer ved afvigelser i beboerens tilstand. Dog konstaterer tilsynet følgende mangler:

- I en journal, inden for den seneste måned, ses manglende dokumentation af opfølgning, efter at beboeren er beskrevet med forværring.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Døgnrytmeplanen skal indeholde beskrivelser af hjælpen, så alle medarbejdere kan levere hjælpen ud fra det beskrevne. Planerne opdateres minimum hver tredje måned eller ved ændringer, så de altid er opdaterede og aktuelle. Dette er vigtigt i tilfælde af, at der kommer en afløser, eller hvis en medarbejder skal hjælpe en beboer, som medarbejderen ikke kender så godt.
Døgnrytmeplanerne er ikke opbygget med en bestemt systematik eller med overskrifter udover de generiske overskrifter i Nexus, men der skrives det, som giver mening ift. den enkelte beboer. Det er den faste kontaktperson, som har ansvaret for at udfylde og opdatere planen.
Generelle oplysninger og funktionsevnetilstande udfyldes mest af social og sundhedsassistenter og sygeplejersker.
Ved ændringer i en beboers tilstand dokumenteres dette i et observationsnotat, og der dokumenteres opfølgning i samme eller næste vagt. Er beboeren akut dårlig eller fremstår anderledes end vanligt, kontaktes social og sundhedsassistent eller sygeplejerske.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der er flere elementer af fyldestgørende dokumentation. Dog er det tilsynets vurdering, at der er en del mangler, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats. Det vurderes, at døgnrytmeplanerne generelt mangler systematik og ensretning, enkelte handlevejledende beskrivelser samt i et tilfælde, hvor det vurderes relevant, beskrivelse af den pædagogiske tilgang. Dertil mangler beskrivelse af medicinadministration ved opgaveoverdragelse.

Dertil er det tilsynets vurdering, at der er mangler i forhold til udfyldelse af generelle oplysninger, opdatering af funktionsevnetilstande samt opfølgning på observation med forværring.

På trods af de konstaterede mangler på dokumentationen vurderer tilsynet, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

3.3 Personlig pleje

Data

OBSERVATION

Tilsynet har interviewet tre beboere. Hos alle tre beboere ses det, at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats svarer til deres behov. Beboerne fremstår soignerede og veltilpasse i overensstemmelse med deres habitus.

BEBOERINTERVIEW

Alle tre beboere fortæller, at de selv udfører størstedelen af den personlige pleje, og at de er trygge ved at vide, at de kan få justeret hjælpen fra medarbejderne efter behov. Enkelte beboere får lidt hjælp til bad og personlig pleje, hvoraf den ene også får hjælp til dele af påklædningen. Beboerne fortæller, at de oplever, at hjælpen er af god kvalitet. Hjælpen leveres som aftalt, og alle medarbejdere

er flinke og rare. Hjælpen leveres generelt af kendte ansigter, hvilket gør beboerne trygge. Alle beboere udtrykker, at de er fuldt ud tilfredse med hjælpen.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Plejen og hjælpen til beboerne organiseres ud fra kontaktpersonsordning og hjælpen leveres i et samarbejde med beboeren. Beboerens ressourcer inddrages, så medarbejderne kun hjælper med det, som beboeren ikke selv kan. Kontaktpersonerne kender beboerne godt og observerer dagligt beboerne for ændringer. Hvis beboerne bliver dårligere i funktionsniveau, vil hjælpen justeres. Er der ændringer til, hvordan hjælpen skal leveres, ændres døgnrytmeplanen, så den altid er opdateret og klar til at blive anvendt af f.eks. en vikar.
Der tages hensyn til beboerens vaner og ønsker, så vidt det er muligt. F.eks. i tilfælde af, at en beboer ønsker bad om aftenen planlægges dette med aftenvagten. Medarbejderne fortæller, at de møder beboerne, hvor de er og ud fra hvem, de er.
I tilfælde af, at en beboer med kognitive udfordringer frasiger sig hjælp til personlig pleje, dokumenteres dette. Dertil planlægges hjælpen til et andet tidspunkt. Nogle gange, modtages hjælpen ved, at medarbejderen kommer igen senere, og andre gange må der arbejdes mere målrettet med relation og motivation for at få lov til at hjælpe beboeren. Medarbejderne understreger, at de i arbejdet med beboere med svækket kognitiv funktion, vil være særligt opmærksomme på at observere beboeren ift. hud, lugt, adfærd osv., således at det fagligt sikres, at beboeren er velbefindende, selvom beboeren siger nej til personlig pleje. Medarbejderne understreger dog, at hjælpen ofte modtages, hvis den tilbydes til en lille del af den personlige pleje ad gangen.
I det daglige er der faglig sparring ved frokost og triagemøde, som samlet er en halv time dagligt. En dag om ugen er der planlagt med et kvarter mere tid til faglige emner. Ved beboere med høj kompleksitet, kan der hentes faglig sparring og supervision fra kommunen. Dertil er der mulighed for sparring med demenskoordinator.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboerne er soignerede i overensstemmelse med deres habitus. Det er tilsynets vurdering, at beboerne i meget høj grad oplever at få den hjælp til personlig pleje og støtte, de har behov for, og at deres autonomi respekteres.

Det er samtidig tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje og støtte, herunder hvordan beboernes vaner og ønsker imødekommes, samt hvordan der arbejdes rehabiliterende.

3.4 Praktisk hjælp og støtte

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer, at de besøgte boliger fremstår renholdte og ryddelige, ligesom alle fællesarealer fremstår rene. Dertil ses rene hjælpemidler.

BEBOERINTERVIEW

Alle tre beboere udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til rengøring og praktiske opgaver. En beboer understreger, at alting bare er velfungerende på stedet. Dertil angiver alle beboerne at deltage aktivt i at holde egen bolig ryddelig og ren, og at det praktiske ofte foregår i et samarbejde med medarbejderne. En beboer er netop ved at lægge rent tøj på plads, da tilsynet ankommer.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Beboerne inddrages individuelt i de praktiske opgaver efter funktionsniveau. Medarbejderne foretager en rengøring om dagen. Dertil udføres lettere oprydning og rengøring efter behov i boligerne. Hjælpen

udføres så vidt muligt sammen med beboeren, afstemt beboerens behov, ønsker og vaner. F.eks. kan nogle beboere gå til containeren med skral, flasker eller aviser, og nogle beboere kan selv støve af.

I tilfælde af, at der er særlig risiko for smitte i en bolig, er der klare procedurer og retningslinjer, for hvilke værnemidler, der skal anvendes i forhold til den konkrete smitte. Remedierne hænges altid på den indvendige side af døren til boligen. Dertil nævner medarbejderne, at de altid anvender engangsforklæde og handsker ved hjælpen til personlig pleje.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at den praktiske hjælp leveres efter en god faglig standard, hvor både boliger og fællesarealer fremstår ryddelige og rengjorte. De observerede hjælpemidler fremstår ligeledes rengjorte. Dertil er det tilsynets vurdering, at beboerne oplever, at den praktiske hjælp og støtte er svarende til deres behov. Det er tilsynets vurdering, at beboerne inddrages aktivt efter funktionsniveau, at der er tilfredshed med kvaliteten af hjælpen, samt at medarbejderne kan redegøre for området.

3.5 Mad og måltider

Data

OBSERVATION

Alle beboere indtager deres morgenmad i egen bolig. Af aktivitetsoversigten ses, at der en gang om ugen afholdes fælles morgenbord i kaffestuen.

Tilsynet foretager kort observation af frokostmåltidet, hvor de fleste beboere er færdige med at spise ved tilsynets ankomst til caféen. Spisebordene er sat i grupper, og der er pynt på bordene svarende til årstiden. Nogle beboere sidder sammen tre og tre ved bordene og snakker, og enkelte beboere sidder for sig selv, og ser ud til trives med dette. Der fremgår en hyggelig og rolig stemning. Der observeres ingen unødig larm. Der er en medarbejder til stede fra plejeboligerne, som kortvarigt sætter sig og samtaler ved et bord. Derefter udfører medarbejderen afrydningsopgaver ved forskellige borde, og anvender berøring i kommunikationen med beboerne, ved at lægge en omsorgsfuld hånd på beboernes skulder eller arm. Det observeres, at medarbejderen ikke udfører håndhygiejne mellem opgaverne, men har det samme sæt handsker på.

Tilsynet taler med en gruppe af tre beboere, som fortæller, at de selv vælger og henter smørrebrødet ved disken i caféen, og at maden generelt er rigtig god. På bordet står kander med vand, som beboerne kan skænke fra.

BEBOERINTERVIEW

To beboere udtrykker stor tilfredshed med madens kvalitet, variation og smag, hvorimod en beboer finder maden mindre tilfredsstillende og har valgt maden fra. Beboeren begrunder sin utilfredshed med, at der ikke er mulighed for at få tilstrækkelig med allergi-venlig mad. Beboeren kan ikke helt redegøre for hvilke allergier, der er tale om, men beboeren udtrykker, at der er meget mad, som ikke tåles. Beboerens pårørende hjælper med at handle, og beboeren får hjælp af medarbejdere til at varme en færdigret om aftenen. Beboeren udtrykker utilfredshed med ikke at kunne få hjælp til indkøb, og finder det hårdt for sine pårørende, at de skal hjælpe med indkøb. Tilsynet taler efterfølgende med ledelsen, som oplyser, at beboeren har fået information om muligheden for støtte til indkøb ved Intervare. Ledelsen vil følge op herpå. I forhold til allergi venlig mad, fortæller ledelsen, at det ofte kræver et lægenotat angående allergier, som køkkenet kan rette sig efter. Ledelsen vil ligeledes følge op herpå.

De to beboere, som har tilvalgt maden, spiser de fleste måltider i cafeen og ellers er der mulighed for at få hjælp til at få maden bragt til boligen. En beboer spiser ikke en bestemt slags kød, hvilket er noteret på en liste i køkkenet og tilfælde af, at der serveres en ret med dette kød, vil der blive lavet et

alternativ til beboeren. De to beboere udtrykker glæde ved de fælles måltider, hvor de nyder at spise sammen med de andre beboere. Måltiderne beskrives som værende hyggelige.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Beboerne indtager deres morgenmad i boligen, hvor der er fokus på at hjælpe beboerne efter behov. Nogle beboere støttes f.eks. i selv at tilberede morgenmaden. En gang om ugen afholdes fælles morgenmad, hvor der f.eks. serveres rundstykker, wienerbrød og juice. Medarbejderne beskriver, hvordan mange beboere ser frem til og deltager i det ugentlige arrangement, og står i kø, når kaffestuen åbner.

Mange af beboerne benytter caféen, hvor de indtager frokostmåltidet og aftensmåltidet. Til frokosten har beboerne mulighed for at vælge, hvilke stykker smørrebrød, de ønsker, mens maden til aften anrettes af en køkkenmedarbejder. Medarbejderne beskriver, hvordan de arbejder målrettet med at skabe relationer mellem beboerne i forbindelse med måltiderne og støtter beboerne til at blive placeret hensigtsmæssigt ved bordene. Under måltiderne fortæller medarbejderne, at de har fokus på at være en god vært, hvilket indebærer at sikre god stemning, god dialog, og at beboerne modtager den rette støtte. Medarbejderne oplever dog ikke helt at have tid til at sætte sig ned under måltidet, da medarbejderen er alene. Indimellem arrangerer aktivitetsmedarbejderne fra Klubben spisegrupper for småspisende, som vil sidde sammen et andet sted i huset.

Tilsynets vurdering – 4

Det vurderes, at der skabes en hyggelig og rolig stemning under det observerede frokostmåltid. Hertil vurderes, at rammerne om måltidet tager afsæt i en rehabiliterende tilgang med fokus på at sikre beboernes selvbestemmelse og medindflydelse.

Tilsynet vurderer, at to af beboerne udtrykker stor tilfredshed med de fælles måltider herunder madens smag, variation og kvalitet, mens en beboer udtrykker mindre tilfredshed, idet beboeren ikke finder maden tilstrækkelig allergi-venlig.

Dertil er det tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange under måltiderne, hvor der arbejdes ud fra en rehabiliterende tilgang og med fokus på at understøtte sociale relationer mellem beboerne. Dog er det tilsynets vurdering, at der ikke udføres korrekt håndhygiejne af medarbejderen under måltidet, idet der ikke udføres håndhygiejne mellem afrydningsopgaver og berøring af beboerne.

3.6 Kommunikation og adfærd

Data

OBSERVATION

Der observeres enkelte situationer mellem beboere og medarbejdere, under tilsynets besøg i boligerne ved medicingennemgang. Det observeres, hvordan medarbejderen kommunikerer med beboerne på en venlig og respektfuld måde. I en situation, hvor en beboer er blevet utilpas og mindre oprørt heraf ses, at medarbejderen anvender berøring i sin kommunikation, ved at lægge sin hånd på beboerens skulder, og beboeren beroliges herved. Medarbejderen lytter anerkendende og nærværende, og tiltaler beboeren i øjenhøjde. Alle medarbejdere observeres med et åbent og roligt kropssprog.

BEBOERINTERVIEW

Alle tre beboere beskriver, at de har en god kontakt og kommunikation med medarbejderne, som altid opleves søde og flinke. Beboerne oplever, at der reageres hurtigt på anvendelse af nødkaldet, og at medarbejderne er lyttende og imødekommende i alle døgnets timer. Dertil fortæller beboerne, at medarbejderne altid ringer på, inden de låser sig ind i boligen.

MEDARBEJDERINTERVIEW

I kommunikationen lægges der vægt på en individuel tilgang, som passer til den enkelte beboer. Dette kan indebære, at der anvendes korte sætninger, humor hvor det er passende samt ”ja” og ”nej”

spørgsmål. Det er vigtigt at møde beboerne, hvor de er. Kommunikationen skal foregå i øjenhøjde, og medarbejderne skal i deres adfærd udvise ro og nærvær. Nogle beboere ønsker ikke at snakke under den personlige pleje, men vil meget gerne snakke, efterfølgende. Nogle beboere vil ikke snakke, men bare holde i hånd, hvor andre beboere slet ikke vil have fysisk berøring.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne udviser en respektfuld og anerkendende adfærd og kommunikation med beboerne. Dertil vurderer tilsynet, at beboerne oplever, at medarbejderne er flinke, lyttende og imødekommende. Det vurderes, at medarbejderne på faglig reflekteret vis kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe en ligeværdig og respektfuld kommunikation.

3.7 Aktiviteter og træning

Data

OBSERVATION

På afdelingerne ses, at der er indrettet små stuer, som kan anvendes til socialt samvær. I et rum er der også opstillet forskellige træningscykler, som beboerne frit kan benytte. Beboerne har hver især en oversigt over månedens aktiviteter. Her er noteret daglige aktiviteter om formiddagen og eftermiddagen. F.eks. ses det, at der er planlagt quiz, banko, gåture, bustur, cykelture, gymnastik og kaffehygge.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne er alle bekendte med de forskellige aktivitetstilbud. Alle beboerne giver udtryk for, at der er mange aktiviteter at vælge imellem og savner ikke nogen bestemt aktivitet. En beboer har deltaget i en sommerhustur i sommers, hvilket beboeren udtrykker stor glæde ved, dertil deltager beboeren ofte til ugentlig gymnastik. En anden beboer har fornyeligt været med på en heldagstur til et museum, hvilket beboeren beskriver som værende godt planlagt. Den tredje beboer deltager ikke i aktiviteter, da beboeren ikke synes, at det kan lade sig gøre pga. helbredet. Beboeren savner dog ikke noget, og synes der er rigeligt at tage sig til i egen bolig.

Dertil fortæller beboerne, at der udover de fastlagte aktiviteter, i det daglige foregår mere spontane aktiviteter som bagning og visning af en god film.

Beboerne beskriver alle, hvordan de generelt holder sig aktive i hverdagen i et niveau, svarende til deres funktionsniveau. To af beboerne får fast vederlagsfri fysioterapi to gange om ugen. Dertil laver den ene beboer selv træningsøvelser, som fysioterapeuten har instrueret beboeren i.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Der er ansat to aktivitetsmedarbejdere, som tilbyder forskellige aktiviteter ud fra beboernes ønsker. Herunder tilbydes der busture og forskellige klubber. Der samarbejdes også med frivillige, hvor der f.eks. har været besøg fra en børnehave og en besøgshund.

Medarbejderne beskriver, hvordan de arbejder rehabiliterende i alt den hjælp, der leveres. Således opfordres beboerne til at anvende deres ressourcer aktivt, som en del af den vedligeholdende træning. Dertil prioriterer medarbejderne ofte en-til-en aktivitet som f.eks. en gåtur. Er der beboere, som ikke kan komme ud af egen bolig, kan det arrangeres, at en aktivitetsmedarbejder kommer til beboeren, og laver en aktivitet sammen med beboeren i beboerens bolig.

Herudover er der motionscykler og en træningsmaskine, som beboerne frit kan anvende. Medarbejderne beskriver, at der er del beboere, som får ekstern fysioterapi med henblik på genoptræning.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv i relation til plejeboligerne. Beboerne tilkendegiver tilfredshed med tilbuddet af aktiviteter, og at de deltager heri efter eget ønske. Dertil er det tilsynets vurdering at beboerne støttes i den daglige vedligeholdende træning. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for området.

3.8 Medicinhåndtering

Data

OBSERVATION

Dokumentation (medicinoversigten):

Alle tre beboeres medicinlister ses opdaterede, og alle ordinationer ses med dato for ordination, beskrevet med indikation, dosis og antal tabletter. PN-medicin er angivet med antal enheder og max døgndosis. Det er tydeligt angivet, om medicinen er fast eller PN samt om medicinen er dosisdispenseret. Dertil er det tydeligt registreret om borgeren er selvadministrerende.

Opbevaring

For alle tre medicingennemgange ses, at beboerens medicin inklusiv ikke-dispenserbar medicin og ugemapper med doseret medicin opbevares i skab i beboerens bolig. Medicin, som skal opbevares på køl, observeres opbevaret i beboerens køleskab. Der anvendes farvede poser for at sikre tydelig adskillelse af aktuel og ikke anbrudt aktuel medicin, samt adskillelse af seponeret og pn medicin. Dog observeres følgende mangler til opbevaring:

- Hos to beboere mangler et PN-præparat i beholdningen.

Risikosituationslægemidler

Alle tre beboere får medicinsk behandling med et eller flere risikosituationslægemidler. I alle tilfælde er der på medicinskemaet i bemærkningsfeltet gjort opmærksom på, at lægemidlet er et risikosituationslægemiddel. Dog konstaterer tilsynet følgende mangler til risikosituationslægemidler:

- En beboers insulin pen mangler anbrudsdato.
- Manglende kvittering for insulin i syv ud af 14 dage.
- Tre beboere som er i behandling med henholdsvis blodfortyndende, insulin, kaliumklorid og digoxin behandling mangler i journalen en beskrivelse af behandlingsplan herunder aftaler om kontrol og opfølgning.
- Ved en beboer, som er i behandling med blodfortyndende medicin, observeres uoverensstemmelse mellem antal tabletter doseret og ordination.

Dispensering af medicin

I to ud af tre medicingennemgange ses der overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne. Doseringsæsker er mærkede med CPR-nummer og beboerens navn. I en medicingennemgang observeres uoverensstemmelse, se ovenfor under risikosituationslægemiddel.

Administration af medicin

Alle tre beboere har på tilsynsdagen fået medicin, svarende til ordination. Dog konstateres, hos alle tre beboere, op til flere mangler i kvittering for medicinadministration. F.eks. ses hos en beboer, at der over en bagudrettet 14 dages periode fra tilsynsdagen dagligt er manglende kvittering i en eller flere vagter.

BEBOERINTERVIEW

Alle tre beboere giver udtryk for at være tilfredse med og trygge ved medarbejdernes håndtering af deres medicin. Beboerne fortæller, at medicinen udleveres til tiden.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Beboernes medicin opbevares i skab i egen bolig. Systematik i opbevaringen sikres ved anvendelse af posesystem til adskillelse af aktuel og ikke aktuel medicin. Dertil sikres, om medicinen f.eks. skal opbevares i køleskab.
Ved administration af medicin, tjekkes navn, ugedag og tidspunkt på doseringsæsken. Medicinen tælles efter jf. skema på Nexus-mobil. Observerer medarbejderen, uregelmæssigheder i doseringen kontaktes kollega med højere kompetenceniveau med det samme. Når medicinen er set indtaget, kvitteres der på Nexus mobil. Aktuelt kvitteres der både for besøget i beboerens kalender i Nexus og på medicinskemaet i Nexus-mobil.
Medarbejderne er bevidste om risikosituationslægemidler og fortæller, at det skrives i bemærkningsfeltet på medicinskemaet for at gøre opmærksom herpå.
Ved dispensering opdateres FMK, og der dispenseres via dispenseringsmodulet. Dispenseringen udføres i beboerens bolig og er det ikke muligt, vil medarbejderen med beboerens tilladelse tage medicinen med til et kontor eller andet rum, hvor der er ro. Oftest doseres der til 14 dage og inden dispenseringen går i gang, sikres at der er nok medicin til perioden. Ved dispensering tjekkes alle præparater i forhold til handelsnavn, dosis, ordination og udløbsdato. Der udføres egenkontrol.

Tilsynets vurdering – 2

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der er væsentlige mangler i opfyldelsen af målepunkterne til medicinhåndteringen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats at rette op på. Det er tilsynets vurdering, at manglerne særligt vedrører risikosituationslægemidler og medicinadministration. Det er dog tilsynets vurdering, at beboerne er tilfredse og trygge med medarbejdernes hjælp, og medarbejderne kan overordnet redegøre for arbejdsgange ved medicinadministration og dispensering.

4. Tilsynets formål og metode

4.1 Formål

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for borgere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 Metode

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 Vurderingsskema

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
Score: 4	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne • En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne • Få elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
Score: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne • Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 Tilsynets tilrettelæggelse

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-3 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

Om BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejehjem, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.

Relateret document 10/18

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Søndersøhave 2023-Gentofte-Endelig rapport.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Søndersøhave 2023-Gentofte-Endelig rapport**
Dokument ID:	**5312827**

Tilsynsrapport Gentofte Kommune

Plejecenter Søndersøhave

Uanmeldt tilsyn
December 2023

Indhold

Indhold 2
Forord 3
1. Oplysninger om plejecentret 4
2. Vurdering 5
2.1 Tilsynets vurderinger 5
2.2 Tilsynets anbefalinger 7
3. Datagrundlag 8
3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder 8
3.2 Dokumentation 9
3.3 Personlig pleje 11
3.4 Praktisk hjælp og støtte 12
3.5 Mad og måltider 12
3.6 Kommunikation og adfærd 13
3.7 Aktiviteter og træning 14
3.8 Medicinhåndtering 15
4. Tilsynets formål og metode 18
4.1 Formål 18
4.2 Metode 18
4.3 Vurderingsskema 19
4.4 Tilsynets tilrettelæggelse 20
Om BDO 21

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt tilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering af centret og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete center.

Anden del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og de individuelle undersøgelser. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. 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: 28 10 56 80
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Mette Norré Sørensen
Director
Mobil: 41 89 04 75
Mail: meo@bdo.dk
Projektansvarlig

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

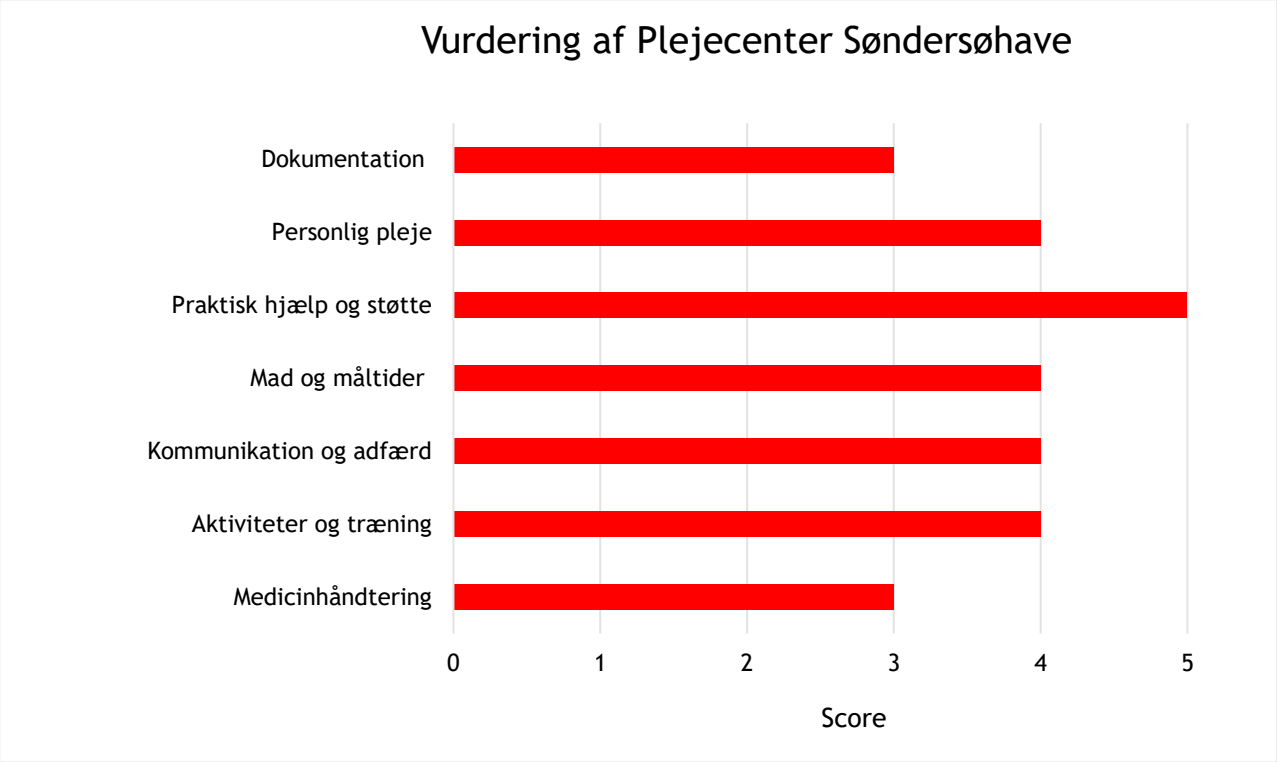
1. Oplysninger om plejecentret

Oplysninger om plejecentret og tilsynet
Navn og adresse: Plejecenter Søndersøhave, Søndersøvej 41E, 2820 Gentofte
Leder: Hanne-Lene Hedegaard Nielsen
Antal boliger: 69 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 7. december 2023
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejecentrets ledelse • Interview af fem beboere • Gennemgang af dokumentation (Serviceloven) for fem beboere • Gennemgang af medicinhåndtering for fem beboere • Gruppeinterview med fire medarbejdere (to social- og sundhedshjælpere, en plejehjemsassistent og en social- og sundhedsassistent) Beboerne, der 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 Lee Anderskov, Senior manager og sygeplejerske Karin Kappel, Senior manager og sygeplejerske

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 der i de fem gennemgåede journaler ses flere elementer af fyldestgørende dokumentation på servicelovsområdet. Dog er det tilsynets vurdering, at der samlet set er en del mangler, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats.

Det vurderes, at døgnrytmeplanerne generelt fremstår fyldestgørende og handlevejledende, men at planerne fremstår med mindre systematik og ensretning. Dertil ses enkelte manglende opdateringer, manglende handlevejledende beskrivelser, herunder af hjælpen til bad, samt enkelte manglende beskrivelser af forebyggende og sundhedsfremmende opmærksomhedspunkter.

Det er tilsynets vurdering, at funktionsevnetilstande og generelle oplysninger generelt er fyldestgørende, fraset enkelte mangler, mens det er tilsynets vurdering, at der i alle fem journaler konstateres manglende opfølgning på observationer med forværring.

På trods af de konstaterede mangler på dokumentationen vurderer tilsynet, at de interviewede medarbejdere, på faglig reflekteret vis, kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen på servicelovsområdet.

Personlig pleje

Tilsynet vurderer, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov.

Det vurderes, at beboerne er tilfredse med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje, og at hjælpen leveres af genkendelige medarbejdere. Dog vurderes det, at beboerne oplever, at der kan være lang ventetid på besvarelse af nødkald.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig reflekteret vis kan redegøre for hjælpen til personlig pleje, og at medarbejderne i høj grad udviser en faglig forståelse for arbejdet med den personcentrerede omsorg og den rehabiliterende tilgang.

Praktisk hjælp og støtte

Tilsynet vurderer, at den praktiske hjælp leveres efter en god faglig standard, hvor både boliger og fællesarealer fremstår ryddelige og rengjorte. De observerede hjælpemidler fremstår ligeledes rengjorte. Dertil vurderes det, at beboerne oplever, at den praktiske hjælp og støtte er svarende til deres behov. Det er tilsynets vurdering, at beboerne inddrages aktivt efter funktionsniveau, at beboerne er tilfredse med kvaliteten af hjælpen, samt at medarbejderne kan redegøre for området.

Mad og måltider

Tilsynet vurderer, at der fremgår en hyggelig og rolig stemning under to observerede måltider. Rammerne om måltiderne tager afsæt i en rehabiliterende tilgang med fokus på beboernes selvbestemmelse og medindflydelse. Beboerne understøttes i socialt samvær og appetitligt anrettet mad i forbindelse med måltiderne. Dog er det tilsynets vurdering, at der i en afdeling sidder to beboere og spiser alene, imens medarbejdere går til og fra spiseområdet. Tilsynet vurderer, at beboerne generelt er tilfredse med madens kvalitet, mulighed for medindflydelse og rammerne for måltidet. Dog er det tilsynets vurdering, at der er to beboere, der ikke altid er tilfredse med kvaliteten af den varme mad.

Det er tilsynets vurdering, at de interviewede medarbejdere på reflekteret vis kan redegøre for faktorer, der medvirker til at understøtte 'Det gode måltid'.

Kommunikation og adfærd

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne udviser en respektfuld og anerkendende adfærd og kommunikation over for beboerne. Dertil vurderer tilsynet, at beboerne generelt oplever, at medarbejderne er høflige og respektfulde. Det er dog tilsynets vurdering, at en beboer indimellem oplever mindre respektfuld kommunikation under afvikling af aftensmaden.

Det vurderes, at medarbejderne på faglig reflekteret vis kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe en ligeværdig og respektfuld kommunikation.

Aktiviteter og træning

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på Søndersøhave. Beboerne tilkendegiver generelt tilfredshed med tilbuddet af aktiviteter, og at de deltager heri efter eget ønske. Dog vurderes det, at en beboer ikke oplever tilbud om gymnastik som tidligere, og at en beboer ikke deltager i musikarrangementerne pga. akustikken i kælderen, hvor koncerterne afholdes. Dertil er det tilsynets vurdering, at beboerne støttes i den daglige vedligeholdende træning. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for området.

Medicinhåndtering

Tilsynet vurderer, at der fremgår enkelte til flere mangler i medicinhåndteringen, herunder vedrørende dokumentation, opbevaring, risikosituationslægemidler, dispensering og administration. Det er tilsynets vurdering, at manglerne samlet set vil kræve en målrettet indsats at rette op på. Det er dog tilsynets vurdering, at beboerne er tilfredse med medarbejdernes håndtering af deres medicin, samt at de interviewede medarbejdere med faglig overbevisning kan redegøre for arbejdsgange for korrekt medicinhåndtering.

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:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter den målrettede indsats på dokumentationsområdet med særligt fokus på at sikre:
    - Handlevejledende beskrivelser af hjælpen til pleje over døgnet, inkl. hjælpen til bad.
    - Ens systematik og struktur i døgnrytmeplanerne evt. med anvendelse af overskrifter.
    - Opfølgning på observationer med forværring.
2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter en opmærksomhed på arbejdsgange ved nødkald, herunder funktion af nødkald, beboernes evne til at anvende nødkald og rettidig besvarelse.
3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter opmærksomhed på afviklingen af mad og måltider, så principper for det gode måltid prioriteres på alle afdelinger. Derudover, at der fortsat er opmærksomhed på kvaliteten af den varme mad.
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen undersøger en konkret beboers oplevelse af medarbejderes upassende sprogbrug under aftensmaden.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter opmærksomhed på, at alle beboere med interesse konsekvent tilbydes at deltage i træningsaktiviteter, når disse afholdes.
6. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter den målrettede indsats på medicinområdet med et særligt fokus på at sikre:
    - Korrekte handelsnavne.
    - At der beskrives en tydelig anvisning til indtagelse af medicin i de tilfælde, hvor medicinen skal indtages med særlige forbehold (f.eks. Alendronat).
    - Konsekvent systematik i opbevaringen.
    - Tydelig dokumentation omkring behandlingsplaner ved risikosituationslægemidler.
    - Implementering af arbejdsgange for medicindispensering, der forebygger dispenseringsfejl.
    - Udfasning af printede medicinskemaer.
    - Tidstro kvittering.

3. Datagrundlag

3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder

Data

LEDERINTERVIEW:

Ved sidste års tilsyn fik plejecentret anbefalinger vedrørende otte områder; 1) dokumentation, 2) personlig pleje og praktisk hjælp, 3) observationsstudie, 4) mad og måltider 5) kommunikation og adfærd, 6) aktiviteter og træning, 7) medicinhåndtering samt 8) organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde.

Ledelsen redegør for, at den ene udviklingssygeplejerske på Søndersøhave er udpeget som superbruger i Nexus på Søndersøhave. I hver af de fire afdelinger er der en Nexus nøgleperson, der arbejder tæt sammen med udviklingssygeplejersken og superbrugerne i Nexus. Udviklingssygeplejersken står til rådighed for sparring omkring dokumentationen. Forstanderen sidder desuden i styregruppen i Pleje og Sundheds projekt om ensartet og systematisk dokumentation.

Der bliver undervist i dokumentation med forskellige fokusområder både i forhold til Serviceloven og Sundhedsloven. Der har f.eks. været intensiv undervisning både i grupper og ved en-til-en i udarbejdelse af døgnrytmeplaner, i formidling af lægekontakt og i oprettelse af *opgaver* med henblik på sygeplejefaglig opfølgning. Dertil har der været et stort fokus på beskrivelse af generelle oplysninger, herunder livshistorie.

I forhold til anbefalingen vedrørende den praktiske hjælp, redegør ledelsen for, at der har været et fokus på at løfte kvaliteten, herunder rengøring af beboernes hjælpemidler. Rengøringspersonalets timer er øgede, og rengøring af hjælpemidler er inkorporeret i rengøringsmedarbejdernes ansvarsområde. Rengøringsmedarbejderne er oplært i at koordinere tidspunkt for rengøring af beboernes hjælpemidler med plejepersonalet.

Angående anbefalingen omkring hygiejne blev der efter sidste tilsyn iværksat undervisning ved kommunens hygiejnesygeplejerske. En del af undervisningen foregik i praksis ved brug af ultraviolet lys, som efter håndhygiejne kunne afsløre, om hænderne var tilstrækkeligt rengjorte. Denne metode bidrog til åbenbaringer omkring håndhygiejne, hvilket var en god læring og erfaring. Der er løbende undervisning i håndhygiejne, hvortil der ofte anvendes undervisningsfilm på intranettet *Gentofte Platform*. I det daglige tilstræbes en åben dialog om korrekt håndhygiejne.

Vedrørende anbefalingen omkring mad og måltider har der siden sidste tilsyn været forsøgt med etablering af et kostråd. Det er dog ledelsens oplevelse, at det kan være svært for beboerne at indgå i denne dialog. Der er senere ansat en medarbejder med ansvar for kost og ernæring, som individuelt opsøger og afsøger beboernes oplevelse af maden. Medarbejderen udvikler tiltag, der understøtter beboernes ernæringsmæssige situation, ønsker og behov. Desuden er der fokus på tilberedningen af den varme mad, hvor der er undervist og udarbejdet vejledninger til korrekt opvarmning og servering. Ligeledes arbejdes der med måltidsværter til frokost og aftensmåltidet med fokus på dialog og præsentation af maden.

I hver afdeling er der ansat en køkkenmedarbejder, som tilbereder frokosten, og som har været på kursus i, hvordan smørrebrød anrettes, så det ser indbydende ud.

I forhold til anbefalingen til temaet kommunikation og adfærd har der været arbejdet intensivt med, hvad der kendetegner et fagligt og professionelt sprog. Hvis der i det daglige observeres et mindre professionelt sprog, italesættes det med det samme. Dertil er der arbejdet med korrekt uniformsetikette og vigtigheden af at banke på, inden der trædes ind i beboerens bolig.

I henhold til aktiviteter og træning er der i en afdeling forsøgsvist ansat en medarbejder, som er tovholder, og som står for at skabe samvær og nærvær for beboerne. Der har været en længere proces, hvor beboerne er blevet spurgt til, hvilke aktiviteter de kunne tænke sig at lave. Aktiviteterne planlægges ud fra beboernes ønsker, og der tages hensyn til, om der er behov for en-til-en eller gruppeaktivitet. I andre afdelinger er der ugentlige aktivitetsplaner, ud over de planlagte fælles kulturelle aktiviteter for hele huset. Der er i en afdeling blandt andet fast gymnastik to eller tre gange om ugen. Der-

til er der ofte aktiviteter om eftermiddagen, hvor der f.eks. arrangeres kegler, billedlotteri eller fredagsbar. I den skærmede afdeling arrangeres der blandt andet musik og dans, som gribes spontant i dagligdagen. I en anden afdeling er der fast gåtur en gang om ugen, udstrækningstræning og litteraturgruppe, hvor forskellige artikler tages op til dialog.

Vedrørende anbefalingen til medicinområdet er der sat en proces i gang, hvor der arbejdes målrettet med at implementere arbejdsgange for korrekt medicinhåndtering. Der er ansat flere sundhedsfaglige medarbejdere siden sidste tilsyn, som alle har været på medicinkursus. Dertil har udviklingssygeplejersken udarbejdet tjeklister til dispensering og opbevaring. Desuden er der implementeret nye telefoner til tidstro kvittering. Dog oplyses det, at der fortsat arbejdes med printet medicinskema i boligen, men at dette i den nærmeste fremtid skal afskaffes. Dertil oplyses tilsynet, at der i den nærmeste fremtid implementeres medicinauditering.

I forhold til anbefalingen til organisatoriske rammer fortæller ledelsen, at der siden sidste tilsyn har været et øget fokus på introduktion af vikarer og afløsere. Dertil er der ansat flere faguddannede medarbejdere. Der laves introprogrammer til alle nyansatte medarbejdere, inklusive afløsere. En del af introduktionen afholdes ved forstanderen, som månedligt samler de sidst ankomne medarbejdere til gennemgang af emner, såsom husets værdier, organisationen, tavshedspligt, professionel kommunikation, arbejdsmiljø, mad og måltider, dagligdagen og brandøvelser.

Ledelsen understreger, at halvtreds procent af medarbejderne har en anden baggrund end dansk, hvilket kan være en udfordring i forhold til skriftlighed og dokumentationsarbejdet.

Af andre faglige områder, som ledelsen aktuelt er optagede af, nævnes den personcentreret omsorg, som der er arbejdet intensivt med i samarbejde med Videnscenter for værdig ældrepleje. Her har der blandt andet været fokus på begreberne respekt og værdighed. Der er medarbejdere fra hvert team, der er ambassadører, og som går forrest med viden på området. Til faglige møder har der været anvendt cases og samtalekort med begreber, som har dannet grundlag for faglige diskussioner, refleksioner og perspektiver. Derudover er der fokus på palliation, hvor flere medarbejdere skal på kursus i tidlig palliation.

Dertil afholder alle afdelinger et supervisionsforløb med henblik på at styrke samarbejde og arbejdsglæde. Det er ledelsens oplevelse, at medarbejderne har taget godt imod forløbet, og at der allerede er set eksempler på et styrket teamsamarbejde.

3.2 Dokumentation

Data

Der foretages observation i fem beboeres omsorgsjournal.

Døgnrytmeplanen

Døgnrytmeplanerne fremstår generelt opdaterede og aktuelle for alle fem beboere, og de indeholder overordnet beskrivelser af den hjælp og støtte, som beboerne modtager over døgnet. En beboer mangler dog en døgnrytmeplan for hjælpen i aftenvagten. I døgnrytmeplanerne fremgår der beskrivelser af beboernes ressourcer og aktive deltagelse i plejen. Dertil fremgår der generelt beskrivelser af særlige opmærksomhedspunkter, som f.eks., at beboeren har nedsat syn, at beboeren skal have skridsikre strømper på om natten, og at beboeren skal tilbydes hjælp senest kl. 8.

Dertil ses beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, som f.eks., at beboeren har hudproblematikker, smerter i ryggen, ernæringsproblematik eller nedsat hukommelse, og ved alle eksempler er det beskrevet, hvilke forebyggende handlinger der skal udføres. Tilsynet konstaterer dog, at døgnrytmeplanerne fremstår uensartede uden en tydelig struktur og systematik. Dertil ses enkelte mangler på opdatering, til handlevejledende beskrivelser og til særlig opmærksomhedspunkter, som f.eks., at beboeren er i øget risiko for at falde. Dertil ses det, at der i flertallet af journalerne mangler beskrivelse af hjælpen til bad.

Funktionsevnetilstande

I alle fem journaler ses funktionsevnetilstandene overordnet relevant aktiverede med beskrivelser, svarende til beboerens aktuelle funktionsnedsættelse.

Dog ses der i alle fem journaler enkelte mangler til enten ajourføring efter ændringer, beskrivelse af beboerens forventning og mål eller til vurdering af score.

Generelle oplysninger

I fire journaler fremgår generelle oplysninger fyldestgørende med relevante beskrivelser med værdi for borgerforløbet, f.eks. er mestring, motivation, ressourcer, vaner, uddannelse og livshistorie beskrevet. Dog konstaterer tilsynet, at der i en journal kun er sparsomt med oplysninger.

Observationsnotater

I alle fem journaler ses det, at der beskrives observationer ved afvigelser i beboernes tilstand. Dog konstaterer tilsynet et tilfælde af manglende opfølgning på forværring i alle fem journaler. Den manglende opfølgning vedrører blandt andet observationer efter fald, COVID-sygdom, effekt efter medicinsk behandling af forstoppelse, hudproblematik og hosteanfald.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Døgnrytmeplanen anvendes af medarbejdere, som ikke kender beboeren, så medarbejderen kan sætte sig ind i, hvordan plejen skal leveres hos den enkelte beboer. Det er social- og sundhedshjælperne, der er ansvarlige for at opdatere planerne løbende. Ved tvivl søges sparring ved en kollega.

Ved en nyindflyttet beboer observerer medarbejderen beboeren i de første par dage, hvor der skrives observationer i alle vagtlag. Efter nogle dage, når medarbejderen er begyndt at lære beboerens ønsker, vaner og behov at kende, udarbejdes døgnrytmeplanerne. En døgnrytmeplan skal indeholde beskrivelser af den hjælp, beboeren skal have, f.eks. beskrives hjælpen til morgenpleje, toiletbesøg, hviletider, medicin, måltider, ønsker og vaner. Medarbejderne fortæller, at ønsker beboeren at sove længe, vil der blive planlagt herefter, hvortil en medarbejder tilføjer; *"vi tilpasser os borgerens hverdag"*. Ved indflytningssamtalen med beboeren og eventuelle pårørende indhentes der oplysninger om blandt andet beboerens liv, hverdag og behov for hjælp. Denne information beskrives dels i generelle oplysninger og dels i døgnrytmeplanen. Medarbejderne fortæller, at der er arbejdet fokuseret med at udfylde generelle oplysninger, herunder med fokus på livshistorie.

Funktionsevnetilstande udfyldes og opdateres ved ændringer. Der arbejdes med syv funktionsevnetilstande, hvilket er vedtaget i kommunens dokumentationsgruppe. Alt servicelovsdokumentation opdateres i samarbejde med social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker.

Ved afvigelser fra habituel tilstand dokumenteres observationsnotat ud over, at der tages fat i kollega med højere kompetenceniveau.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der i de fem gennemgåede journaler ses flere elementer af fyldestgørende dokumentation på servicelovsområdet. Dog er det tilsynets vurdering, at der samlet set er en del mangler, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats.

Det vurderes, at døgnrytmeplanerne generelt fremstår fyldestgørende og handlevejledende, men at planerne fremstår med mindre systematik og ensretning. Dertil ses enkelte manglende opdateringer, manglende handlevejledende beskrivelser, herunder af hjælpen til bad, samt enkelte manglende beskrivelser af forebyggende og sundhedsfremmende opmærksomhedspunkter.

Det er tilsynets vurdering, at funktionsevnetilstande og generelle oplysninger generelt er fyldestgørende beskrevne, fraset enkelte mangler, mens det er tilsynets vurdering, at der i alle fem journaler konstateres manglende opfølgning på observationer med forværring.

På trods af de konstaterede mangler på dokumentationen vurderer tilsynet, at de interviewede medarbejdere på faglig reflekteret vis kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen på servicelovsområdet.

3.3 Personlig pleje

Data

OBSERVATION

Tilsynet taler med fem beboere. Hos alle beboerne ses det, at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats svarer til deres behov. Beboerne fremstår således soignerede og veltilpasse i overensstemmelse med deres habitus.

BEBOERINTERVIEW

Tilsynet har interviewet fem beboere, hvor en af beboerne er kendt med demenssygdom og fremstår med nedsat kognitiv funktion.

Alle beboerne giver udtryk for, at de generelt får den hjælp og støtte, som de har behov for, og at de er trygge ved den tildelte hjælp, som primært leveres af genkendelige medarbejdere.

Beboerne fortæller, at de oplever, at hjælpen er af en god kvalitet, og at hjælpen leveres som aftalt. Dertil fortæller flertallet af beboerne, at de gør det, de selv er i stand til, hvortil beboerne giver eksempler på, hvordan de selv udfører dele af deres personlige hygiejne. Alle fire beboere, som har et nødkald, fortæller dog, at der kan være lang ventetid på bevarelse af nødkald. En beboer oplever den længere ventetid ved frokosttid, og de andre tre beboere kan ikke præcisere om ventetiden har sammenhæng til et bestemt tidspunkt på døgnet.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Beboerne hjælpes med personlig pleje ud fra deres individuelle behov. Som udgangspunkt guides beboerne til at udføre så meget som muligt selv. Hvis medarbejderen ikke kender beboeren, vil det stå i døgnrytmeplanen, hvad beboeren selv kan. Dertil føres der dialog med beboeren omkring plejen, og der justeres efter eventuelle ønsker og behov på dagen. Er en beboer vant til at få sminke på, hjælpes beboeren med dette.

Tryghed skabes ved at prioritere fordeling ud fra kontaktpersonsordningen, så der skabes kontinuitet for beboerne. Som udgangspunkt passer medarbejderne de samme fire til fem beboere. Tryghed skabes ligeledes ved, at personalet er synlige og nærværende på afdelingerne. Dertil skabes der tryghed ved, at medarbejderne besvarer nødkald hurtigst muligt. Enkelte beboere kan samarbejde til dialog over kaldeapparatet, men i de fleste tilfælde prioriterer medarbejderne at gå til boligen for en direkte kontakt.

Medarbejderne fortæller at anvende en personcentreret omsorg i den personlige pleje og støtte, hvor der tages udgangspunkt i den enkelte beboers liv.

Viden deles ved daglige morgenmøder og faglige møder, hvor medarbejderne oplever gode muligheder for sparring. På morgenmøderne afklares dagens opgaver, som fordeles efter kompetencer. På de faglige møder tages observationer fra plejen op til drøftelse. Dertil vil der på de faglige møder også tit være undervisning i emner, som f.eks. demens eller dokumentation. Medarbejderne oplever desuden at kunne trække på eksterne samarbejdspartnere, såsom demenskoordinator og terapeuter.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov.

Det vurderes, at beboerne er tilfredse med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje, og at hjælpen leveres af genkendelige medarbejdere. Dog vurderes det, at beboerne oplever, at der kan være lang ventetid på besvarelse af nødkald.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig reflekteret vis kan redegøre for hjælpen til personlig pleje, og at medarbejderne i høj grad udviser en faglig forståelse for arbejdet med den personcentrerede omsorg og den rehabiliterende tilgang.

3.4 Praktisk hjælp og støtte

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer, at de besøgte boliger fremstår renholdte og ryddelige, ligesom alle fællesarealer fremstår rene. Dertil ses rene hjælpemidler.

BEBOERINTERVIEW

Alle fem beboere udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til rengøring og praktiske opgaver. Beboerne deltager aktivt i de praktiske opgaver svarende til funktionsniveau.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Det er faste rengøringsmedarbejdere, som varetager den ugentlige rengøring i boligerne. Medarbejderne bistår beboerne med daglige rengørings- og oprydningsopgaver, så der ser pænt og ordentligt ud. Hjemmet skal være med til at give beboeren velvære. Der tømmes dagligt skraldespand, gardiner trækkes fra, og der redes seng. Boligen skal se ryddelig ud. Beboerne inddrages individuelt i de praktiske opgaver, tilpasset funktionsniveau. Medarbejderne nævner bl.a., hvordan en beboer selv kan vande blomster, gå ud med skrald eller lægge tøj på plads.

På forespørgsel omkring almindelige hygiejniske retningslinjer redegøres der for korrekt anvendelse af handsker og engangsforklæde samt for udførelse af håndhygiejne i overensstemmelse med retningslinjerne. Medarbejderne nævner eksempler på situationer, hvortil der skal være en særlig opmærksomhed på ekstra hygiejne, som f.eks. ved beboere med nedsat hygiejne og ved smitsom sygdom. Her følges retningslinjer fra kommunens intranet, og ved tvivl kan medarbejderne altid kontakte hygiejnesygeplejersken i kommunen.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at den praktiske hjælp leveres efter en god faglig standard, hvor både boliger og fællesarealer fremstår ryddelige og rengjorte. De observerede hjælpemidler fremstår ligeledes rengjorte. Dertil er det tilsynets vurdering, at beboerne oplever, at den praktiske hjælp og støtte er svarende til deres behov. Det er tilsynets vurdering, at beboerne inddrages aktivt efter funktionsniveau, at beboerne er tilfredse med kvaliteten af hjælpen, samt at medarbejderne kan redegøre for området.

3.5 Mad og måltider

Data

OBSERVATION

I en afdeling er mange beboere samlet rundt om et stort bord. Der sidder fire medarbejdere med ved måltidet. Bordet er pyntet med juleløber og andet julepynt, og smørrebrødet er serveret på fade. Stemningen er let, glad og hjemlig, og der er masser af snak og grin, bl.a. taler en mandlig medarbejder og en mandlig beboer om biler.

I en anden afdeling observeres der ligeledes en rolig og hjemlig stemning omkring måltidet, hvor der sidder flere medarbejdere med ved bordet og understøtter dialog. Der afspilles afdæmpet musik, og der forekommer ingen unødig støj eller forstyrrelser. Maden ser indbydende ud med pynt, og der står drikkelse på bordet, som beboerne selv kan forsyne sig fra.

I forbindelse med måltidet i en tredje afdeling sørger to medarbejdere for at servere frokost og middagsmedicin i beboernes boliger. To beboere sidder i den fælles dagligstue. Beboerne får hver serveret en tallerken med individuelt smurt smørrebrød. De to beboere spiser alene, og indimellem kommer de to medarbejdere forbi og spørger, om de to beboere vil have mere at spise. Medarbejderne ordner praktiske gøremål, bl.a. sættes vasketøj over i et tilstødende lokale under måltidet. Hen imod afslutningen af måltidet sætter en medarbejder sig ned og spørger en af beboerne til gårsdagens julefrokost.

BEBOERINTERVIEW

Flertallet af beboere beskriver generelt tilfredshed med madens kvalitet, smag og variation. Beboerne oplever, at de selv kan bestemme, hvor de ønsker at indtage deres måltider, og de beskriver en god stemning og mulighed for hyggeligt socialt samvær under måltiderne. En beboer med nedsat syn beskriver, hvordan der gives hjælp til at få maden skåret ud, så beboeren selv kan spise. Beboerne er generelt glade for morgenmaden og frokosten, hvor to beboere oplever ikke altid at være tilfredse med den varme mads kvalitet, både i forhold til variation og smag. En beboer oplever, at maden altid smager af det samme, og en beboer oplever, at maden mangler krydderier.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Har beboerne ønsker til menuen vil medarbejderne bringe ønskerne videre til køkkenet. Hver afdeling har en køkkenmedhjælper, som sørger for, at beboerne får morgenmad og frokost ud fra deres individuelle præferencer.

Dertil arbejdes der rehabiliterende i afviklingen af måltiderne. Flere beboere opfordres f.eks. til at deltage i borddækningen, oprydningen eller opvasken, og der anvendes fadservering til de beboere, som selv kan forsyne sig.

Medarbejderne fordeler rollerne imellem sig, inden måltidet begynder, så der er medarbejdere, der sidder med ved bordene og er måltidsvært, mens andre hjælper beboerne i boligerne. Dertil er der fokus på, at beboerne placeres hensigtsmæssigt i forhold til hinanden, så sociale relationer understøttes.

Måltidsværten understøtter dialog og rolige rammer under måltidet.

Hver 14. dag er der Kostforum med ernæringsansvarlig kollega. Her sparres der tværfagligt, og der lægges planer og evalueres ud fra beboernes vægt og medarbejdernes særlige viden om beboernes appetit og præferencer.

Tilsynets vurdering – 4

Det er tilsynets vurdering, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der fremgår en hyggelig og rolig stemning under to observerede måltider. Rammerne om måltiderne tager afsæt i en rehabiliterende tilgang med fokus på beboernes selvbestemmelse og medindflydelse. Beboerne understøttes i socialt samvær og appetitlig anrettet mad i forbindelse med måltiderne. Dog er det tilsynets vurdering, at der i en afdeling sidder to beboere og spiser alene, imens medarbejdere går til og fra spiseområdet. Tilsynet vurderer, at beboerne generelt er tilfredse med madens kvalitet, mulighed for medindflydelse og rammerne for måltidet. Dog er det tilsynets vurdering, at der er to beboere, der ikke altid er tilfredse med kvaliteten af den varme mad.

Det er tilsynets vurdering, at de interviewede medarbejdere på reflekteret vis kan redegøre for faktorer, der medvirker til at understøtte 'Det gode måltid'.

3.6 Kommunikation og adfærd

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer medarbejdere, som hilser venligt og respektfuldt på de beboere, som de møder på fællesarealerne. Medarbejderne tiltaler beboerne ved fornavn, og de anvender i flere tilfælde berøring i kontakten med beboerne. Kommunikationen foregår i øjenhøjde, og der tales i en rolig tone, hvortil der sikres en nærværende kontakt. Herudover observeres det, hvordan kommunikationen er tilpasset til den enkelte beboers behov, bl.a. observeres en medarbejder, der har en nærværende en-til-en kontakt med en beboer i demensafsnittet. Situationen skaber ro hos beboeren. Tilsynet observerer desuden, hvordan medarbejderne er opmærksomme på beboerne, og at de tilbyder omsorgsfuld hjælp og støtte, bl.a. til at transportere sig til boligen.

BEBOERINTERVIEW

Alle fem beboere giver udtryk for, at de har en god kontakt og kommunikation med medarbejderne, som generelt opleves høflige og respektfulde. Beboerne oplever, at medarbejderne taler pænt, og at de banker på, inden de træder ind i boligen. En beboer oplever dog, at der kan være tilfælde, særligt ved spisebordet i aftenvagten, hvor medarbejdere anvender bandeord, og taler uhensigtsmæssigt om forskellige emner.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Kommunikationen tilpasses individuelt til beboerne med udgangspunkt i ligeværdighed. Medarbejderne beskriver, hvorledes der lægges vægt på at lytte til beboerne, at tale tydeligt samt at møde beboerne med et smil. Medarbejderne fortæller, at de altid banker på, præsenterer sig ved indtræden i boligen og tiltaler beboerne ved navn. Her understreges det, hvorledes det er vigtigt først at skabe kontakt, inden opgaven startes.

Ved kognitiv funktionsnedsættelse anvendes metoder, såsom *spejling* samt *at invitere* beboeren i stedet for at stille spørgsmål. Det fremhæves, at det er særligt vigtigt med et kropssprog, som udstråler, at medarbejderen vil beboeren det godt. Hjælp gives eventuelt lidt ad gangen af flere omgange i løbet af dagen, afmålt beboerens reaktion. Nogle gange er det nødvendigt, at medarbejderen trækker sig og prøver igen senere.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne udviser en respektfuld og anerkendende adfærd og kommunikation over for beboerne. Dertil vurderer tilsynet, at beboerne generelt oplever, at medarbejderne er høflige og respektfulde. Det er dog tilsynets vurdering, at en beboer indimellem oplever mindre respektfuld kommunikation ved spisebordet om aftenen.

Det vurderes, at medarbejderne på faglig reflekteret vis kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe en ligeværdig og respektfuld kommunikation.

3.7 Aktiviteter og træning

Data

OBSERVATION

På tilsynsdagen observeres der forskellige hverdagsaktiviteter, men tilsynet observerer ikke nogen af plejecentrets fællesaktiviteter på dagen. Herudover observeres det, at der er opsat flere træningsredskaber, fordelt rundt på afdelingerne samt på fællesarealer, som beboerne frit kan benytte. Desuden er der et større fitnessrum på plejecentret. Tilsynet observerer et roligt hverdagsliv, hvor flere beboere i formiddagstimerne opholder sig på fællesarealerne. En beboer læser i dagens avis, mens to beboere ser fjernsyn, og en fjerde beboer tager et hvil i en lænestol med en demensdukke i favnen.

På opslagstavlerne i afdelingerne hænger opslag, herunder invitation til julehygge for beboere og pårørende, julekoncert og beboerjulefrokost. Desuden ses en aktivitetsoversigt for ugen i afdelingerne. I blåt team fremgår det f.eks. af oversigten, at beboerne kan deltage i bl.a. musik i kælderen, fredagsbar og gymnastik.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne giver generelt udtryk for, at der er flere aktiviteter at vælge imellem, og flere beboere deltager regelmæssigt i disse. En beboer besvarer dog spørgsmålene til temaet i begrænset omfang.

Af aktiviteter fremhæves litteratur-klub, musik og banko. En beboer ønsker dog ikke at deltage i musikarrangementerne, da beboeren oplever en dårlig akustik i kælderen, hvor arrangementerne afholdes.

Flere beboere deltager i træningsaktiviteter, såsom gymnastik. En beboer oplever dog ikke, at der er tilbud om gymnastik som tidligere, og beboeren ville gerne gå til gymnastik to gange om ugen. Flere beboere beskriver, hvordan de generelt holder sig aktive i hverdagen ved selvtræning, og flere beboere modtager egenbetalt fysioterapi.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Beboerne opfordres og støttes til at deltage i de planlagte aktiviteter, som f.eks. gudstjeneste, gymnastik, koncert eller klippe/klistre. Dertil arrangeres der, i det daglige, spontane aktiviteter, som f.eks. gåture inde som ude og sociale aktiviteter, fx at en snak over en kop kaffe.

Ved indflytningssamtalen spørges der ind til beboernes vaner og interesser. Beboerne og pårørende kan altid komme med ønsker til aktiviteter.

På en afdeling er der forsøgsvist ansat en aktivitetsmedarbejder nogle timer om ugen, som står for mange kreative aktiviteter. Det er medarbejdernes oplevelse, at beboerne er glade for de aktiviteter, som tilbydes.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på Søndersøhave. Beboerne tilkendegiver generelt tilfredshed med tilbuddet af aktiviteter, og at de deltager heri efter eget ønske. Dog vurderes det, at en beboer ikke oplever tilbud om gymnastik som tidligere, og at en beboer ikke deltager i musikarrangementerne pga. akustikken i kælderen, hvor koncerterne afholdes. Dertil er det tilsynets vurdering, at beboerne støttes i den daglige vedligeholdende træning. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for området.

3.8 Medicinhåndtering

Data

OBSERVATION

Der er gennemgået medicinbeholdning ved de fem interviewede beboere.

Dokumentation (medicinskema)

Alle fem beboeres medicinlister ses opdaterede, og alle ordinationer ses med dato for ordination, beskrevet med indikation, dosis og antal tabletter. Pn medicin er angivet med antal enheder og max døgndosis. Det er tydeligt angivet, om medicinen er fast eller pn, eller om medicinen er dosisdispenseret. Dertil er det tydeligt registreret, om borgeren er selvadministrerende, eller om det er medarbejderne, der administrerer medicinen.

Dog konstateres der følgende mangler til medicinskemaet:

- Hos tre beboere ses et til to tilfælde af handelsnavn(e), som ikke stemmer overens med handelsnavn på medicinen i beholdningen.
- Hos en beboer ses manglende beskrivelse af, at medicinen skal indtages efter særlig anvisning.

Opbevaring

Medicinen opbevares i beboernes boliger i uaflåste gennemsigtige plastbokse, medmindre der er indikation for aflåsning. Der anvendes farvede poser til adskillelse af aktuel og ikke anbrudt aktuel medicin samt adskillelse af seponeret og pn medicin. Dog observeres der følgende mangler til opbevaring:

- Hos en beboer mangler et pn præparat i beholdningen.
- Hos en beboer ses der ikke konsekvens i anvendelsen af de farvede poser.
- Hos en beboer ses et medicinsk præparat uden for originalindpakningen, som opbevares i kasse med doseret medicin.
- Hos to beboere ses manglende datoangivelse på en anbrudt ikke dispensérbar medicin med begrænset holdbarhed efter åbning.

Risikosituationslægemidler

To beboere er i behandling med et risikosituationslægemiddel, hvortil der ses en varieret og manglende ensrettet dokumentation:

- I en journal ses handlingsanvisning på to ud af tre risikosituationslægemidler, men uden tydelig beskrivelse af behandlingsplanen, herunder f.eks. aftaler om kontrol af blodprøver.
- I den anden journal ses ingen handlingsanvisning på de to risikosituationslægemidler, og der ses kun sparsom beskrivelse i helbredstilstandene med manglende oplysninger om behandlingsplan, herunder f.eks. aftaler om blodprøvekontrol eller nedtrapningsplan.

Dispensering af medicin

I fire ud af fem medicingennemgange ses der overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne. Doseringsæsker er mærkede med CPR-nummer og beboernes navn. I en medicingennemgang observeres dog følgende uoverensstemmelse:

- Der er doseret seks tabletter i stedet for fem tabletter. Det konstateres, at den ekstra tablet er et mineraltilskud, som ifølge FMK er pauseret.

Administration af medicin

Tilsynet konstaterer, at alle fem beboere ved medicingennemgangen har fået administreret deres tabletter. Dog konstaterer tilsynet følgende mangler:

- Hos en beboer ses manglende kvittering af ikke dispensérbar medicin i op til syv dage ud af en bagudrettet 14 dages periode.
- Hos alle fem beboere ses det, at der ikke konsekvent kvitteres tidstro for administreret medicin.

BEBOERINTERVIEW

Fire beboere giver udtryk for at være tilfredse med og trygge ved medarbejdernes håndtering af deres medicin. Beboerne fortæller, at medicinen udleveres til tiden. En beboer kan ikke besvare spørgsmålet.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Ved dispensering opdateres FMK. Medicinskema printes. Der sørges for, at der er ro til dispenseringen, og der tages eventuelt en gul vest på, som indikerer, at medarbejderen ikke må forstyrres. Al medicin stilles frem, og det tjekkes, om der er nok medicin til hele perioden, idet der ikke må efterdoseres. Det tjekkes, at handelsnavne stemmer overens med medicinskema, og ordinationer tjekkes i forhold til, om der er behov for kontakt til den behandlingsansvarlige læge. Det kunne evt. være, at der var medicin, som kunne seponeres eller blodprøvekontroller, som mangler bestilling. Medicinen tjekkes for holdbarhed, navn og CPR-nummer.

Ved administration af medicin, tjekkes navn, CPR-nummer, ugedag og tidspunkt på doseringsæsken. Medicinen tælles efter, og observeres der uregelmæssigheder i doseringen, kontaktes en kollega med højere kompetenceniveau med det sammes. Når medicinen er set indtaget, kvitteres der i Nexus mobil.

Social- og sundhedshjælperne må kun administrere medicin, som de er oplært i. I tilfælde af, at medicin f.eks. ikke er givet aftenen før, indberettes det som en UTH, og der gives besked til en social- og sundhedsassistent eller en sygeplejerske.

Medarbejderne er bevidste om risikosituationslægemidler, og de fortæller, at behandlingen beskrives i handlingsanvisninger med plan og særlige opmærksomhedsområder. F.eks. ved fald skal der være særlig opmærksomhed på risiko for blødning, hvis beboeren er i behandling med blodfortyndende medicin. Medarbejderne kan nævne alle medicingrupper, som indgår i kategorien risikosituationslægemidler.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der fremgår enkelte til flere mangler i medicinhåndteringen relateret til dokumentation, opbevaring, risikosituationslægemidler, medicindispensering og medicinadministration, som samlet set vil kræve en målrettet indsats at rette op på. Det er dog tilsynets vurdering, at beboerne er tilfredse med medarbejdernes håndtering af deres medicin, og de interviewede medarbejdere kan med faglig overbevisning redegøre for arbejdsgange for korrekt medicinhåndtering.

4. Tilsynets formål og metode

4.1 Formål

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for borgere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 Metode

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 Vurderingsskema

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
Score: 4	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne • En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne • Få elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
Score: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne • Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 Tilsynets tilrettelæggelse

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-3 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

Om BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejehjem, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som f.eks. økonomi, ledelse, evaluering m.m.

Relateret document 11/18

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Plejeboligerne Brogårdshøj 2023-Gentofte-Endelig rapport.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Plejeboligerne Brogårdshøj 2023-Gentofte-Endelig rapport**
Dokument ID:	**5278919**

Tilsynsrapport Gentofte Kommune

Plejeboligerne Brogårdshøj

Uanmeldt tilsyn
November 2023

Indhold

Indhold 2
Forord 3
1. Oplysninger om plejecentret 4
2. Vurdering 5
2.1 Tilsynets vurderinger 5
2.2 Tilsynets anbefalinger 6
3. Datagrundlag 8
3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder 8
3.2 Dokumentation 9
3.3 Personlig pleje 10
3.4 Praktisk hjælp og støtte 11
3.5 Mad og måltider 12
3.6 Kommunikation og adfærd 13
3.7 Aktiviteter og træning 14
3.8 Medicinhåndtering 15
4. Tilsynets formål og metode 17
4.1 Formål 17
4.2 Metode 17
4.3 Vurderingsskema 18
4.4 tilrettelæggelse 19
Om BDO 20

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt tilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering af centret og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete center.

Anden del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og de individuelle undersøgelser. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. 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: 28 10 56 80
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Mette Norré Sørensen
Director
Mobil: 41 89 04 75
Mail: meo@bdo.dk
Projektansvarlig

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

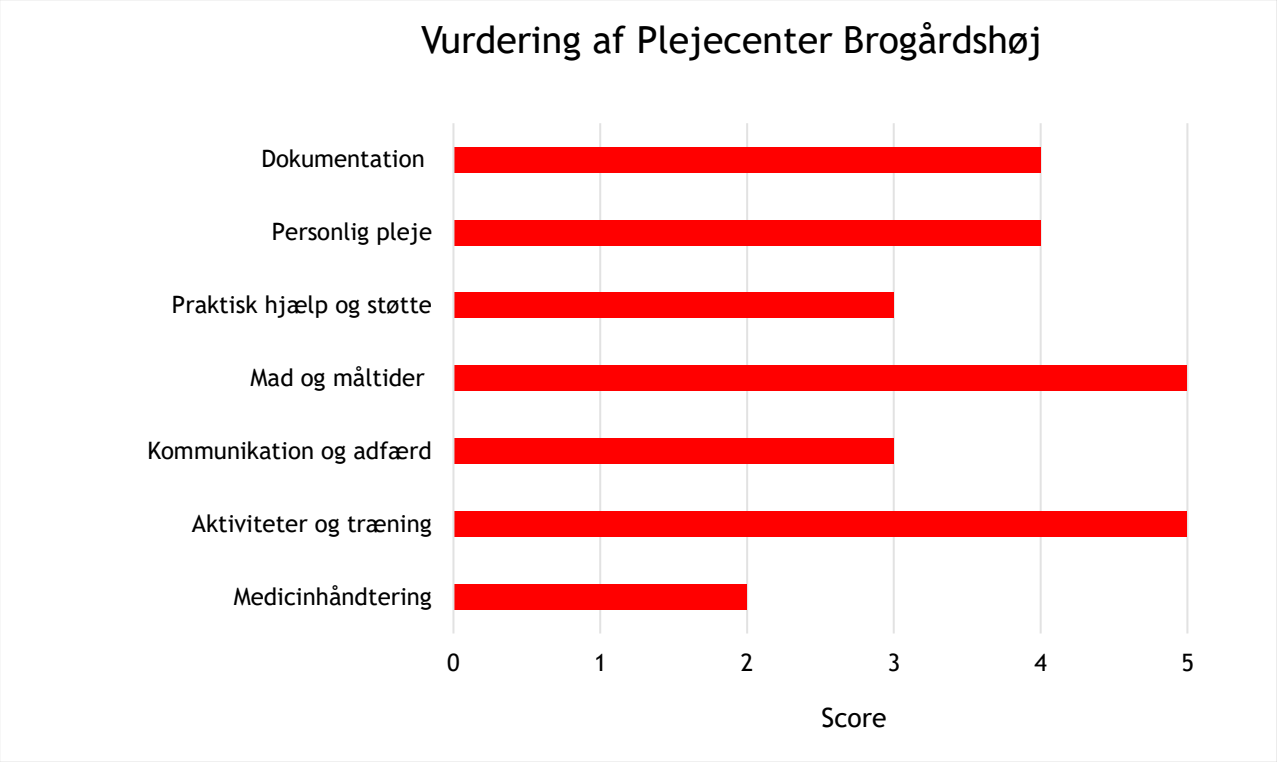
1. Oplysninger om plejecentret

Oplysninger om plejecentret og tilsynet
Navn og Adresse: Plejeboligerne Brogårdshøj, Brogårdsvej 60, 2820 Gentofte
Leder: Hanne Munch
Antal boliger: 44 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 1. november 2023
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejeboligernes ledelse • Interview af tre beboere • Gennemgang af dokumentation (SEL) for tre beboere • Gennemgang af medicinhåndtering for tre beboere • Gruppeinterview med tre medarbejdere (to social- og sundhedshjælpere, en social- og sundhedsassistent) Beboerne, som indgår i individuelle interview, har givet deres accept til at indgå i tilsynet. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Karin Kappel, Senior Manager og sygeplejerske

2. Vurdering

2.1 Tilsynets vurderinger

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation

Tilsynet vurderer, at Brogårdshøj har arbejdet målrettet med dokumentationen, på baggrund af at der generelt ses opdaterede og fyldestgørende døgnrytmeplaner, som kan anvendes som et aktivt redskab i hverdagen. Døgnrytmeplanerne fremstår generelt handlevejledende og individuelt beskrevet, fraset enkelte tilfælde, hvor beskrivelserne for aften og nat er sparsomme og med manglende handlevejledning. Dertil er det tilsynets vurdering, at funktionsevnetilstande og observationer er fyldestgørende. I forhold til generelle oplysninger ses overordnet relevante beskrivelser på alle områder, fraset et tilfælde hvor borgeren er indflyttet for en måned siden.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne på faglig og reflekteret vis kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med oprettelse, anvendelse og ajourføring af dokumentationen. Dog bemærker tilsynet, at en medarbejder ikke har tilstrækkelig tid til dokumentation i arbejdstiden og at dokumentationen derved ikke bliver tidstro.

Personlig pleje

Tilsynet vurderer, at beboerne er soignerede i overensstemmelse med deres habitus. Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever at få den hjælp til personlig pleje og støtte, de har behov for, og at deres autonomi respekteres. Det er samtidig tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje og støtte, hvor medarbejderne dog har behov for tilsynets støtte til at beskrive områderne rehabilitering og faglige tilgange.

Praktisk hjælp og støtte

Tilsynet vurderer, at den praktiske hjælp generelt leveres efter en god faglig standard, hvor både boliger og fællesarealer fremstår ryddelige og rengjorte. Dog observerer tilsynet et meget beskidt køleskab hos en beboer. De observerede hjælpemidler fremstår rengjorte. Dertil vurderes det, at beboerne oplever, at den

praktiske hjælp og støtte er svarende til deres behov. Det er tilsynets vurdering, at beboerne inddrages aktivt efter funktionsniveau, og at de er tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for tilrettelæggelse af de praktiske opgaver, herunder inddragelse af beboerne. Medarbejderne kender de hygiejniske retningslinjer i relation til de almindelige daglige plejeopgaver, fraset en plejemedarbejder med meget lange negle, som tilsynet observerer på fællesarealerne. Medarbejderne fremstår imidlertid meget utrygge i relation til en specifik beboers sygdom og gældende hygiejniske retningslinjer i relation hertil.

Mad og måltider

Tilsynet vurderer, at der er en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid, hvor medarbejderne arbejder ud fra faste roller, og hvor beboernes selvbestemmelse er i fokus. Tilsynet vurderer, at beboerne er særdeles tilfredse med madens kvalitet, mulighed for medindflydelse og rammerne for måltidet, samt at medarbejderne på reflekteret vis kan redegøre for faktorer, der medvirker til at afvikle 'Det gode måltid'.

Kommunikation og adfærd

Det er tilsynets vurdering, at flere medarbejdere har en respektfuld og imødekommende kommunikation med og adfærd overfor beboerne. Tilsynet vurderer imidlertid, at en medarbejder ikke udviser respektfuld adfærd i kontakten med beboeren i en konkret situation. Dertil vurderer tilsynet, at beboerne oplever, at medarbejderne er søde og hjælpsomme. Det vurderes, at medarbejderne generelt og på et basalt niveau kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe en ligeværdig og respektfuld kommunikation, men at medarbejderne har behov for tilsynets støtte til at beskrive deres overvejelser i kontakten med beboere med kognitive udfordringer.

Aktiviteter og træning

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på Brogårdshøj. Beboerne tilkendegiver tilfredshed med de tilbudte aktiviteter, og at de deltager heri efter eget ønske. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for området og samtidigt kender arbejdsgangene for det tværfaglige samarbejde.

Medicinhåndtering

Tilsynet vurderer, at der på Brogårdshøj er flere mangler på medicinområdet med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes. Der konstateres mangler af forskellig alvorlighedsgrad i både dokumentationen, opbevaringen, dispenseringen og i relation til risikosituationslægemidler. Beboerne vurderes at være tilfredse med kvaliteten af hjælpen, og medarbejderne kan, på nogle områder, redegøre fagligt og reflekteret i relation til medicinområdet. Dog er det tilsynets vurdering, at medarbejderne fremstår med manglende viden om risikosituationslægemidler og instrukser i relation hertil.

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:

1. Tilsynet anbefaler, at det ledelsesmæssige fokus på den pleje- og sundhedsfaglige dokumentation fastholdes. Herunder anbefaler tilsynet fokus på følgende:

   At døgnrytmeplanerne indeholder handlevejledende beskrivelser af beboernes støtte gennem hele døgnet, inkl. aften og nat

   Opmærksomhed på at 'Generelle oplysninger' udfyldes i forbindelse med beboerens indflytning

   At medarbejderne kender og har tilstrækkelig tid til at efterleve plejeboligernes retningslinjer for dokumentationsarbejdet.

2. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt iværksættes tiltag, som sikrer at medarbejderne har viden om og er i stand til at arbejde ud fra en rehabiliterende tilgang og en fælles faglig forståelse
3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter tiltag som sikrer, at alle medarbejdere har viden om, udviser forståelse for, samt efterlever de gældende hygiejniske retningslinjer i praksis, herunder:
    - At medarbejderne varetager og sikrer god hygiejne i beboernes boliger, herunder rengøring af køleskab efter behov
    - At medarbejderne overholder de hygiejniske retningslinjerne i relation til kravet om korte negle, når man varetager plejeopgaver
    - At medarbejderne kender og efterlever de gældende instrukser i relation til beboernes sygdomme og aktuelle smitterisiko
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter relevante tiltag i relation til medarbejdernes kommunikation og adfærd overfor beboerne, herunder:
    - At medarbejderne udviser forståelse for en respektfuld kommunikation og adfærd i kontakten med beboerne, herunder at banke på ved adgang til beboernes boliger, præsentere medarbejderens formål med besøget, samt sikre beboernes selvbestemmelse og medindflydelser på medarbejderens gøremål i boligen
    - At medarbejderne har viden om kommunikation med kognitiv svækkede beboere og er i stand til at omsætte viden i kontakten med beboerne
5. Tilsynet anbefaler at ledelsen straks iværksætter tiltag, som sikrer at Brogårdshøjs medicinhåndtering lever op til gældende retningslinjer på området, herunder:
    - At sikre korrekt opdateret medicinoversigt og dokumentation i forhold til beboernes medicinske behandlinger
    - At sikre korrekt opbevaring af medicinen med særligt fokus på adskillelse, holdbarhed og anbrudsdatoer på præparater med begrænset holdbarhed efter anbrud, samt efterlevelse af lokale medicininstrukser
    - At sikre overholdelse af retningslinjer i forbindelse med ophældt p.n. medicin
    - At sikre korrekt håndtering og dokumentation i forhold til beboere i behandling med risikosituationslægemidler

3. Datagrundlag

3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder

Data

LEDERINTERVIEW:

Plejeboligerne Brogårdshøj modtog ved det seneste tilsyn anbefalinger i relation til dokumentationen, beboernes tilfredshed med den personlig pleje, kvaliteten af rengøringen, medarbejdernes adfærd i pressede situationer, sikring af en faglig reflekteret tilgang, medicinhåndteringen, kendskab til anvendelse af handlingsanvisninger i forbindelse med opgaveoverdragede opgaver, samt hygiejne.

Ledelsen beskriver, i forhold til dokumentationsarbejdet, hvordan der umiddelbart efter sidste tilsyn blev indgået at samarbejde med en ekstern konsulent. Konsulenten har siden bistået plejeboligerne med systematisk en-en undervisning, først for sygeplejersker, siden social og sundhedsassistenter og social og sundhedshjælpere. Konsulenten varetager fortsat oplæring af nyansatte, hvor der tages udgangspunkt i plejeboligernes arbejdsgangsbeskrivelse for arbejdet med journalen. Der gennemføres løbende audits ud fra arbejdsgangsbeskrivelsen, til hvilket arbejde social- og sundhedsassistenterne får afsat tid.

Ledelsen beskriver desuden, hvordan der er udarbejdet en fast skabelon i forhold til døgnrytmeplanen og ledelsen fortæller, hvordan der er en større bevidsthed om at bruge de rigtige betegnelser på journalens delområder, f.eks. betegnelsen 'handlingsanvisning'.

Ledelsen beskriver i relation til anbefalingen omkring beboernes tilfredshed med den personlige pleje, at der nu arbejdes med beboerkonferencer og her tales ind i den enkelte beboers individuelle behov. Ledelsen beskriver ligeledes, hvordan der ledelsesmæssigt er umiddelbar reaktion på og konsekvens af uhensigtsmæssig kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side.

Ledelsen beskriver, hvordan det er lykkedes at få etableret et større korps af egne afløsere, hvorfor der kun sjældent anvendes eksterne vikarer. Vikarer og afløsere kan tilgå døgnrytmeplanerne og kan ligeledes kvittere for medicinadministration. Ledelsen beskriver, hvordan der fortsat skal arbejdes med opfølgning på observationer, så det ikke blot er observationerne, der dokumenteres, men også en kontinuerlig opfølgning på de dokumenterede observationer.

Ledelsen beskriver, at der er fokus på at italesætte og sikre forventningsafstemning omkring kvalitetsstandarden for rengøring i forbindelse med en ny beboers indflytning. Desuden sikrer ledelsen, at medarbejderne ved, hvad der ligger i rengøringsopgaven og de praktiske opgaver i borgernes boliger.

Beboernes særlige udfordringer håndteres individuelt og der er fokus på den rehabiliterende tilgang i relation til de praktiske opgaver.

Ledelsen beskriver, hvordan der er arbejdet med at forebygge en "fortravlethedskultur", dels efter det seneste kommunale tilsyn, men også efter tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed, som også havde opmærksomheder hertil. Ledelsen beskriver, hvordan en trængt økonomi har betydet omstruktureringer og en anden fordeling af personalet, hvilket ledelsen har måttet håndtere reaktionerne på.

Ledelsen oplever, at der efterhånden er etableret en mere differentieret tilgang til travlhed i plejeboligerne.

Ledelsen beskriver i relation til anbefalingen vedrørende sikring af en fagligt reflekteret tilgang hos medarbejderne, at plejeboligernes store fokus på elevarbejdet har bidraget til en generel lærende tilgang og skaber en legalitet i forhold til stille spørgsmål og blive klogere sammen. Der er ansat en afdelingssygeplejerske og har pt. en vakant sygeplejerskestilling. Ledelsen ønsker at opnå en professionel, ambitiøs tilgang hos alle medarbejdere og oplever at være godt på vej. I introduktionen af nye medarbejdere oplever ledelsen en stolthed af at være en del af Brogårdshøj.

Ledelsen beskriver, i forhold til overholdelse af retningslinjer for medicinhåndtering, at der er implementeret Nexus mobil i plejeboligerne og derfor kan medicinen både kontrolleres og kvitteres for, på telefonen. Der sikres løbende undervisning i medicinadministration.

Et sygeplejedepot er blevet indrettet som medicinrum, hvor den enkelte medarbejder kan finde ro til dispensering. Der er ligeledes indkøbt dispenseringsmåtter. I forhold til de opgaveoverdragede opgaver

beskriver ledelsen, hvordan der primært har været fokus på medicinadministration, som ved gentagne lejligheder er gennemgået. Medicinadministration er den primære opgaveoverdragede opgave. Undervisning i medicinadministrationsprocessen er gennemført og der auditeres ligeledes på medicinadministration, bl.a. på kvittering. Der udarbejdes samlerapport på utilsigtede hændelser i relation til medicinområdet. Sygeplejersken indrapporterer og analyserer.

Ledelsen beskriver, at håndhygiejne er et løbende fokus. I forbindelse med mødet '15 faglige minutter' har afdelingssygeplejersken flere gange gennemgået og italesat de hygiejniske retningslinjer. Hygiejnen er et tilbagevendende tema.

Ledelsen beskriver i tillæg til opfølgning på anbefalingerne, at dokumentationen er det største faglige udviklingsområde, idet dokumentationen skal skabe overblik og sikre den rette faglige indsats. Desuden beskriver ledelsen et økonomifokus, som betyder en skærpet opmærksomhed på at få mest mulig faglighed for pengene.

Ledelsen italesætter, at der er et vigtigt fokus på, at alle arbejder godt sammen og har fokus på beboerne. Ledelsen beskriver i tilknytning hertil, at der er kompetente social og sundhedsassistenter på Brogårdshøj, men at der aktuelt er vakante sygeplejerskestillinger.

I forhold til beboerne på Brogårdshøj, som har status som plejeboliger med hjemmehjælp, er der et særligt fokus på at understøtte den sociale netværksdannelse beboerne imellem.

3.2 Dokumentation

Data

OBSERVATION

Der foretages observation i tre beboeres omsorgsjournaler.

Døgnrytmeplanen

Døgnrytmeplanerne fremstår systematisk opbyggede med faste overskrifter. Døgnrytmeplanerne er opdaterede og aktuelle for alle tre beboere, og de indeholder generelt handlevejledende beskrivelser af den hjælp og støtte, som beboerne modtager over døgnet. I to ud af tre tilfælde ses dog manglende beskrivelser af beboernes behov for tilsyn om natten og i en tredje beboers tilfælde ses sparsomme beskrivelser af hjælpen om aftenen. I døgnrytmeplanerne fremgår der beskrivelser af beboernes ressourcer, herunder f.eks. *'kan selv spise, hvis maden er skåret ud'*, og *'skal huskes på frokost, men kan selv køre til cafeen'*. Beboernes ressourcer er beskrevet i forhold til både personlig pleje og praktiske opgaver, hvortil der i forhold til sidstnævnte beskrives, at beboeren ønsker at deltage i forbindelse med håndtering af vasketøj.

Døgnrytmeplanerne beskriver desuden særlige opmærksomhedspunkter, f.eks. om en beboeres manglende evne til behovsudsættelse og hvordan man som medarbejdere skal handle i relation hertil og en anden beboer, hvor det beskrives, hvordan medarbejderne skal agere i forhold til at sikre en værdig kommunikation med beboeren. Der ses beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, f.eks. hudpleje i forbindelse med personlig pleje. Ved alle eksempler er det beskrevet, hvilke forebyggende handlinger, der skal udføres.

Funktionsevnetilstande

I alle tre journaler fremgår funktionsevnetilstandene relevant aktiverede med beskrivelser af beboernes udfordringer på det pågældende funktionsområde. Alle funktionsevnetilstande ses opdateret indenfor den seneste måned.

Generelle oplysninger

I to ud af tre journaler fremgår generelle oplysninger fyldestgørende med relevante beskrivelser med værdi for beboerforløbet, f.eks. er mestring, motivation, ressourcer, roller, vaner og livshistorie beskrevet. I en journal ses sparsomme beskrivelser under generelle oplysninger, bl.a. er der ikke udfyldt livshistorie. Beboeren er imidlertid indflyttet for en måned siden.

Observationsnotater:

I alle tre journaler ses observationer ved afvigelser i beboernes tilstand, hvilket primært ses beskrevet i relation til SUL-ydelser, bl.a. beskrivelser af en svampeinfektion og efterfølgende behandling. Tilsynet bemærker positivt, hvordan der i relation til en beboer, der fornyeligt er indflyttet, ses udførlige observationsnotater fra beboerens første døgn på Brogårdshøj, bl.a. i forhold til vurdering af beboerens egne ressourcer i relation til personlige pleje.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver et stort fokus på sikring af opdaterede døgnrytmeplaner. Døgnrytmeplanen udarbejdes indenfor de første 14 dage af en beboers ophold. Døgnrytmeplanerne opdateres fast hver tredje måned eller ved ændringer, f.eks. ændret badedag og hvis beboeren har fået tildelt nye hjælpemidler. Medarbejderne fremhæver, at døgnrytmeplanen anvendes til at give et godt overblik og i relation til, at huske borgerens faste aftaler i løbet af ugen. Døgnrytmeplanen skal indeholde beboerens behov for pleje og støtte, herunder mobilisering, bad og rengøring. Medarbejderne beskriver, hvordan døgnrytmeplanerne skal være udarbejdet, så afløsere kan udføre opgaverne.

En medarbejder beskriver, hvordan hun tager sin tablet med hjem og dokumenterer derhjemme, hvis hun ikke når at dokumentere på arbejdspladsen. Ved efterfølgende drøftelse med ledelsen er dette ikke i henhold til Brogårdshøjs retningslinjer. Ledelsen vil drøfte dette med den pågældende medarbejder. I forhold til tilbagemeldingspligten fortæller medarbejderne, at de afholder triage to gange om ugen, hvor samtlige beboere gennemgås med henblik på aktuelle funktionsniveau og helbredstilstand.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at Brogårdshøj har arbejdet målrettet med dokumentationen, på baggrund af at der generelt ses opdaterede og fyldestgørende døgnrytmeplaner, som kan anvendes som et aktivt redskab i hverdagen. Døgnrytmeplanerne fremstår generelt handlevejledende og individuelt beskrevet, fraset enkelte tilfælde, hvor beskrivelserne for aften og nat er sparsomme og med manglende handlevejledning. Dertil er det tilsynets vurdering, at funktionsevnetilstande og observationer er fyldestgørende. I forhold til generelle oplysninger ses overordnet relevante beskrivelser på alle områder, fraset et tilfælde hvor borgeren er indflyttet for en måned siden.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne på faglig og reflekteret vis kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med oprettelse, anvendelse og ajourføring af dokumentationen. Dog bemærker tilsynet, at en medarbejder ikke har tilstrækkelig tid til dokumentation i arbejdstiden og at dokumentationen derved ikke bliver tidstro.

3.3 Personlig pleje

Data

OBSERVATION

Tilsynet taler med tre beboere. Hos alle beboere ses det, at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats svarer til deres behov. Beboerne fremstår soignerede og veltilpasse i overensstemmelse med deres habitus.

BEBOERINTERVIEW

Beboere fortæller, at de får den hjælp og støtte, som de har behov for og at de er trygge ved at vide, at de til enhver tid kan bede om mere hjælp fra medarbejdernes side, hvis de får behov. Beboerne fortæller, at de oplever, at hjælpen er af god kvalitet. Hjælpen leveres som aftalt, bl.a. fortæller en beboer, at det er muligt at aftale sengetid fra dag til dag. Alle medarbejderne beskrives søde og hjælpsomme og beboerne tilføjer, at det desuden er faste medarbejdere, der varetager hjælpen, hvilket beboerne er glade for. Alle beboere gør det, de selv er i stand til, bl.a. fortæller en beboer, at hun fortsat kan vaske sig selv i ansigtet med sin raske arm.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan de bruger deres faglighed og gennem dialog med beboerne sikrer, at beboerne får den pleje og støtte, som de har behov for. Medarbejderne beskriver, hvordan beboerne som målgruppe adskiller sig fra et almindeligt plejehjem og beboernes ressourcer typisk er lidt bedre. Medarbejderne beskriver desuden, hvordan døgnrytmeplanerne anvendes som arbejdsredskaber og bidrager til, at beboerne får den hjælp, der er aftalt.

I forbindelse med en ny beboers indflytning afholdes indflytningssamtale, i hvilken forbindelse der indsamles viden om beboerens ønsker og vaner, præferencer i forhold til mad og aktiviteter, sengetider m.v. Desuden drøftes gensidige forventninger – også med de pårørende, hvilket især er relevant i relation til boligformen på Brogårdshøj.

Medarbejderne beskriver, hvordan tryghed for den enkelte beboer etableres gennem medarbejdernes ærlighed, at beboerne oplever at blive forstået, mødes med tålmodighed, bliver lyttet til og vises omsorg for. Medarbejderne tilføjer, at det er vigtigt at huske 'de små ting' og overholde de aftaler, der er indgået med beboerne.

I forbindelse med interviewet kan medarbejderne, med støtte fra tilsynet, beskrive, at rehabilitering handler om at bruge den enkelte beboers ressourcer og sikre, at beboerne får tilbud om træning og aktiviteter. Medarbejderne beskriver, at det virker helt naturligt at lade beboerne bruge deres egne ressourcer. I relation til faglige tilgange kan medarbejderne ikke nævne specifikke faglige tilgange. På forespørgsel fra tilsynet omkring kendskab til den personcentrerede omsorg kan en medarbejder beskrive, at medarbejderen har arbejdet med teorien på en tidligere arbejdsplads og fortsat anvender Tom Kitwoods teori om 'Blomsten' i sit daglige arbejde på Brogårdshøj.

Medarbejderne kan redegøre for, hvordan de handler i tilfælde af, at en beboer bliver dårlig, hvortil medarbejderne er bevidste om eget ansvars- og kompetenceområde. Medarbejderne beskriver i den forbindelse, at der udover de to ugentlige triageringsmøder ligeledes afholdes korte koordineringsmøder dagligt kl. 8 og kl. 11, hvor beboerne, der afviger fra deres habituelle tilstand, drøftes tværfagligt.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboerne er soignerede i overensstemmelse med deres habitus. Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever at få den hjælp til personlig pleje og støtte, de har behov for, og at deres autonomi respekteres. Det er samtidig tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje og støtte, hvor medarbejderne dog har behov for tilsynets støtte til at beskrive områderne rehabilitering og faglige tilgange.

3.4 Praktisk hjælp og støtte

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer, at de besøgte boliger fremstår renholdte og ryddelige, ligesom alle fællesarealer fremstår rene. Dertil ses rene hjælpemidler. I forbindelse med kontrol af medicin observeres dog et meget beskidt køleskab hos en beboer, som ikke selv er i stand til at varetage rengøringen.

Tilsynet observerer desuden, i forbindelse med rundgang på plejeboligernes fællesarealer, en medarbejder, som har meget lange negle. Medarbejderen deltager aktivt i plejeopgaver.

BEBOERINTERVIEW

Alle tre beboere udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til rengøring og praktiske opgaver. Alle beboerne beskriver, hvordan de alle deltager aktivt i de praktiske opgaver i samarbejde med medarbejderne, f.eks. deltager en beboer i at lægge rent vasketøj på plads.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan de varetager både pleje og praktiske opgaver hos den enkelte beboer. Beboerne inddrages individuelt i de praktiske opgaver efter funktionsniveau. Medarbejderne udfører eller understøtter i den daglige oprydning og lettere rengøring, herunder f.eks. sikring af god hygiejne på beboerens toilet og i boligens køkken.

På forespørgsel omkring almindelige hygiejniske retningslinjer kan medarbejderne redegøre for korrekt anvendelse af handsker og engangsforklæde, samt for udførsel af håndhygiejne i overensstemmelse med retningslinjerne. På forespørgsel omkring særlig risiko for smitte, nævner medarbejderne et eksempel med en beboer, hvis diagnose, medarbejderne er utrygge ved og derfor beskytter medarbejderne sig selv ekstraordinært ved bl.a. anvendelse af dobbeltlag handsker. Tilsynet har efterfølgende en drøftelse med medarbejderne om de specifikke retningslinjer i relation til beboerens sygdom, hvortil medarbejderne tilkendegiver, at de godt er klar over, at der ikke er særlige restriktioner i forhold til beboeren, men at dette ikke ændrer ved deres utryghed og deraf manglende efterlevelse af gældende retningslinjer. Tilsynet oplever desuden tidligere på tilsynsdagen, hvordan en anden medarbejders adfærd er påvirket af samme beboers diagnose.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at den praktiske hjælp generelt leveres efter en god faglig standard, hvor både boliger og fællesarealer fremstår ryddelige og rengjorte. Dog observerer tilsynet et meget beskidt køleskab hos en beboer. De observerede hjælpemidler fremstår rengjorte. Dertil vurderes det, at beboerne oplever, at den praktiske hjælp og støtte er svarende til deres behov. Det er tilsynets vurdering, at beboerne inddrages aktivt efter funktionsniveau, og at de er tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for tilrettelæggelse af de praktiske opgaver, herunder inddragelse af beboerne. Medarbejderne kender de hygiejniske retningslinjer i relation til de almindelige daglige plejeopgaver, fraset en plejemedarbejder med meget lange negle, som tilsynet observerer på fællesarealerne. Medarbejderne fremstår imidlertid meget utrygge i relation til en specifik beboers sygdom og gældende hygiejniske retningslinjer i relation hertil.

3.5 Mad og måltider

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer, hvordan der i plejeboligernes fælles cafe dækkes bord kort før frokost. Bordene er fint pyntet med forskellige græskar og servietter i glassene. Desuden ses bordkort med beboernes navne. Under frokosten observeres en hyggelig stemning, hvor der er samtaler i gang ved alle borde. Dagens menu, bestående af stegte sild og varm kartoffelsalat, serveres fra en madvogn i cafeen. Nogle borde får anrettet maden på fade, hvor andre borde får serveret maden portionsanrettet, hvilket virker tilpasset beboernes funktionsniveau. Enkelte beboere har behov for støtte under måltidet og tilbydes dette af en medarbejder. Der er en del medarbejdere samlet ved måltidet, som på forskellig måde understøtter en positiv afvikling af måltidet.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne beskriver, hvordan de selv kan bestemme, hvor de ønsker at indtage deres måltider. Beboerne spiser alle et eller flere måltider i plejeboligernes fælles cafe, hvortil beboerne generelt beskriver en god stemning og mulighed for hyggeligt socialt samvær. En ny indflyttet beboer synes endnu ikke at have fundet nogen af tale med under måltiderne. Beboerne giver udtryk for tilfredshed med madens kvalitet og variation og fortæller, at den serveres på en indbydende og appetitlig måde.

Alle beboerne udtrykker tilfredshed med indflydelsen på, hvad der serveres for dem. En beboer fortæller, at man kan komme med ønsker til menuen på møder, og en anden beboer fortæller, at beboeren ikke har så stor appetit til aftensmaden og derfor har aftalt med medarbejderne, at beboeren får et stykke rugbrød med brie og lidt udskåret frugt.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan beboerne har mulighed for at have indflydelse på menuen, bl.a. i forbindelse med måltidsmødet en gang om måneden, hvor der er mulighed for at komme med konkrete ønskemenuer, som herefter føres på menuplanen. Medarbejderne beskriver et velfungerende samarbejde med køkkenet og hvordan de tager hensyn til den enkelte beboers behov, herunder allergier, dysfagi m.v. Medarbejderne beskriver, hvordan de understøtter det gode måltid gennem faste roller under måltiderne, f.eks. er der medspisende måltidsværter ved hvert bord, som understøtter samtale og god stemning ved bordet.

Tilsynets vurdering – 5

Det er tilsynets vurdering, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der er en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid, hvor medarbejderne arbejder ud fra faste roller, og hvor beboernes selvbestemmelse er i fokus.

Tilsynet vurderer, at beboerne er særdeles tilfredse med madens kvalitet, mulighed for medindflydelse og rammerne for måltidet, samt at medarbejderne på reflekteret vis kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre 'Det gode måltid'.

3.6 Kommunikation og adfærd

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer generelt en venlig og imødekommende kommunikation på fællesarealerne på Brogårdshøj. Tilsynet observerer imidlertid en episode, som har betydning for tilsynets vurdering af temaet. Under et interview med en beboer, kommer en medarbejder ind i beboerens bolig uden at banke på. Medarbejderen går direkte hen i beboerens køkken og uden at henvende sig til beboeren, åbner medarbejderen et køkkenskab, tager noget i skabet, og forlader herefter boligen igen. Tilsynet spørger beboeren om, hvorvidt beboeren er klar over, hvad medarbejderens ærinde var, men det ved beboeren ikke. Senere kommer medarbejderen igen og adspurgt direkte af tilsynet, beskriver medarbejderen at hun havde behov for at hente et stykke plaster, som hun vidste beboeren havde i sit køkkenskab. Ved efterfølgende drøftelse oplyser ledelsen, at medarbejderen er ny social- og sundhedsassistentelev på Brogårdshøj.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne oplever, at de har en god kontakt med medarbejderne, som opleves som søde og flinke. Beboerne oplever desuden, at der er respekt omkring deres privatliv og personlige grænser, herunder at der bankes på inden adgang til boligen. En enkelt beboer fortæller om en medarbejder, som kun en sjælden gang imellem er på arbejde. Medarbejderen har ikke en ordentlig tone. Beboeren opfordres til at nævne det for ledelsen, hvilket beboeren vil overveje.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan de kender deres faste beboere og ved, hvad der er vigtigt i kommunikationen med den enkelte beboer. Hertil beskriver medarbejderne, at de lægger særligt vægt på, at

kommunikationen med beboerne er respektfuld og omsorgsfuld. Således er det vigtigt, at medarbejderne overholder aftaler med den enkelte beboer. Medarbejderne beskriver desuden, hvordan de er opmærksomme på deres tavshedspligt overfor beboerne og ikke taler med beboerne om de andre beboere. Ligeledes videregives oplysninger heller ikke til pårørende uden beboerens samtykke.

Medarbejderne har brug for støtte fra tilsynet i forhold til at beskrive deres overvejelser i kontakten med beboere med kognitive udfordringer.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at flere medarbejdere har en respektfuld og imødekommende kommunikation med og adfærd overfor beboerne. Tilsynet vurderer imidlertid, at en medarbejder ikke udviser respektfuld adfærd i kontakten med beboeren i en konkret situation. Dertil vurderer tilsynet, at beboerne oplever, at medarbejderne er søde og hjælpsomme. Det vurderes, at medarbejderne generelt og på et basalt niveau kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe en ligeværdig og respektfuld kommunikation, men at medarbejderne har behov for tilsynets støtte til at beskrive deres overvejelser i kontakten med beboere med kognitive udfordringer.

3.7 Aktiviteter og træning

Data

OBSERVATION

Hos beboerne ses aktivitetsoversigter, der viser et varieret tilbud af aktiviteter, bl.a. motion, sang og kaffehygge. Dertil observeres et aktivt hverdagsliv i huset, hvor flere af beboerne benytter sig af muligheden for at opholde sig i plejeboligernes cafeområde, enten i en rolig krog, ved tv'et eller som deltager i dagens aktivitet, som er boldspil.

BEBOERINTERVIEW

Alle beboerne giver udtryk for at kende til husets tilbud om aktiviteter og muligheden for deltagelse heri. Flere beboere henviser til ugeoversigten med aktiviteter, som de har fået udleveret. Beboerne deltager i varieret grad efter lyst og evne. Beboerne mener, at der er meningsfulde og varierede aktivitets- og træningstilbud. En beboer deltager i tegning og maling, samt fysisk træning. Beboeren har desuden diagnosebaseret vederlagsfri fysioterapi.

En anden beboer holder sig i gang ved en gang om dagen at gå ned i cafeen og tilbage igen. På spørgsmålet om, hvorvidt beboeren har behov for yderligere træning, svarer beboeren grinende *'Hva skulle jeg træne for'* med henvisning til beboerens høje alder.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan tre aktivitetsmedarbejdere tilrettelægger ugens aktivitetstilbud med udgangspunkt i beboernes ønsker. Aktivitetstilbuddene varierer fra uge til uge, men kan være f.eks. bevægelse, motion, quiz, maling, sang, podcasts og højtlæsning. Desuden udvælges hver måned et nyt land, hvorfra der tilberedes måltider.

Medarbejderne beskriver, hvordan der kan rekvireres fysioterapeut og ergoterapeut udefra efter behov. Ved behov for hjælpemidler tager medarbejderne kontakt til forflytningsvejlederen, som kontakter ergoterapeuten i kommunen.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på Brogårdshøj. Beboerne tilkendegiver tilfredshed med de tilbudte aktiviteter, og at de deltager heri efter eget ønske. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for området og samtidigt kender arbejdsgangene for det tværfaglige samarbejde.

3.8 Medicinhåndtering

Data

OBSERVATION

Dokumentation (medicinoversigten):

Alle tre beboeres medicinoversigter ses generelt opdaterede, og alle ordinationer ses med dato for ordination, beskrevet med indikation, dosis og antal tabletter. Pn medicin er angivet med antal enheder og max. døgndosis. Det er tydeligt angivet, om medicinen er fast eller pn. og det er tydeligt registreret, om beboeren er selvadministrerende. Der observeres dog enkelte mangler i forhold til medicinoversigten:

- I fire tilfælde ses uoverensstemmelse imellem label på medicinglas og ordination i medicinoversigten, hvortil det ikke fremgår af bemærkningsfeltet, at ordination på label er ændret
- I to tilfælde ses aktuelle handelsnavn ikke opdateret

Opbevaring

For alle tre medicingennemgange ses, at beboerens medicinbeholdning opbevares i plastkasse i beboerens bolig sammen med to mapper med dispenseret medicin til en 14 dages periode. Jf. plejeboligernes retningslinjer er morfika-præparater opbevaret i en aflåst boks. Ikke-dispensérbar medicin opbevares ligeledes i beboerens bolig i enten køleskab eller i køkkenskabet. Der anvendes i udgangspunktet farvede poser for at sikre tydelig adskillelse af aktuel og ikke anbrudt aktuel medicin samt adskillelse af seponeret og pn medicin. Dog observeres der følgende mangler til opbevaring:

- To æsker med p.n.-præparat i samme medicinbeholdning er udløbet i hhv. 2022 og 2023
- I en medicinbeholdning opbevares et aktuelt uanbrudt præparat ikke i pose til aktuel uanbrudt medicin, hvor flere andre tilsvarende præparater forefindes
- I en anden medicinbeholdning ligger farvede poser til alle kategorier, men medicinen er ikke adskilt. Således ligger fem seponerede præparater ikke adskilt fra præparater i anvendelse.
- I en medicinbeholdning er et morfika-præparat ikke opbevaret i aflåst boks jf. plejeboligernes retningslinjer for morfika-præparater
- Der mangler anbrudsdato på inhalationsmedicin med begrænset holdbarhed

Risikosituationslægemidler

En beboer er i behandling med et risikosituationslægemiddel. Det fremgår ikke af journalen, at medicinen indeholder risikosituationslægemidler, ligesom der ikke findes beskrivelser af planen for beboerens smertebehandling med både morfin-smerteplaster og tablet morfin. I relation til skift af smerteplaster ses desuden manglende kvittering for skift af plaster hver tredje dag. I et tilfælde ses et observationsnotat oprettet vedrørende skift af smerteplaster.

Dispensering af medicin

Doseringsæsker er mærkede med CPR-nummer og beboerens navn, dog ses flere labels næsten ulæselige. I alle tre medicingennemgange ses der overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinoversigten og antallet af tabletter i doseringsæskerne med den faste medicin. I to tilfælde er der ophældt p.n.-medicin i dagsdoseringsæsker, hvortil tilsynet konstaterer følgende:

- I et tilfælde er et korrekt antal morfintabletter ophældt i æske med angivelse af navn, cpr.nr. præparatnavn og dosering. Der mangler dog angivelse af udløbsdato på den aktuelle medicin i medicinæsken.
- I et andet tilfælde er der ophældt to stk. panodil 500 mg p.n. i en dagsæske. De to panodil er ophældt i æskens morgenrum. Ordinationen i medicinoversigten lyder på to stk. panodil 500

mg 2 stk. max x 1 til natten. Tilsynet konstaterer imidlertid, at borgeren samtidig har en fast ordination på panodil 500 mg 2 stk. tre gange i døgnet, som er dispenseret kl. 8, kl. 17 og kl. 22., hvorfor p.n.-ordination bør ordineres og ophældes til kl. 12.

Administration af medicin

Alle tre beboere har på tilsynsdagen fået deres medicin svarende til ordination og tidspunkt, og der er ligeledes kvitteret for medicinadministration, inklusiv ikke-dispensérbare præparater.

BEBOERINTERVIEW

Alle tre beboere giver udtryk for at være trygge ved medarbejdernes håndtering af deres medicin. Beboerne fortæller, at medicinen udleveres til tiden.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne kan redegøre for opbevaring af beboernes medicin. Social og sundhedsassistenten kan redegøre for medicindispenseringsprocessen, herunder gennemgang og opdatering af medicinoversigten, dispensering til perioden, samt kontrol efter dispensering. Ved administration af medicin tjekkes navn og CPR-nummer, og medicinen tælles, jf. skema på Nexus-mobil. Medarbejderne beskriver, hvordan der tages kontakt til social og sundhedsassistent, hvis der er afvigelser f.eks. hvis beboeren ikke ønsker at tage medicinen.

Medarbejderne har begrænset bevidsthed om risikosituationslægemidler, hvortil der kan nævnes to korrekte præparater og flere præparater, som ikke er kendetegnet som risikosituationslægemidler. Dertil har medarbejderne svært ved at beskrive, hvorfor der skal være en skærpet opmærksomhed på risikosituationslægemidler og hvilke arbejdsgange, der er gældende på Brogårdshøj i relation hertil.

Tilsynets vurdering – 2

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der på Brogårdshøj er flere mangler på medicinområdet med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes. Der konstateres mangler af forskellig alvorlighedsgrad i både dokumentationen, opbevaringen, dispenseringen og i relation til risikosituationslægemidler. Beboerne vurderes at være tilfredse med kvaliteten af hjælpen, og medarbejderne kan, på nogle områder, redegøre faglig og reflekteret i relation til medicinområdet. Dog er det tilsynets vurdering, at medarbejderne fremstår med manglende viden om risikosituationslægemidler og instrukser i relation hertil.

4. Tilsynets formål og metode

4.1 Formål

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for borgere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 Metode

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 Vurderingsskema

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
Score: 4	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne • En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne • Få elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
Score: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne • Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 tilrettelæggelse

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-3 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

Om BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejehjem, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.

Relateret document 12/18

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Plejehjemmet Salem 2023-Gentofte-Endelig rapport.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Plejehjemmet Salem 2023-Gentofte-Endelig rapport**
Dokument ID:	**5275958**

Tilsynsrapport Gentofte Kommune

Plejehjemmet Salem

Uanmeldt tilsyn
November 2023

Indhold

Indhold 2
Forord 3
1. Oplysninger om plejehjemmet 4
2. Vurdering 5
2.1 Tilsynets vurderinger 5
2.2 Tilsynets anbefalinger 6
3. Datagrundlag 7
3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder 7
3.2 Dokumentation 8
3.3 Personlig pleje 9
3.4 Praktisk hjælp og støtte 10
3.5 Mad og måltider 11
3.6 Kommunikation og adfærd 12
3.7 Aktiviteter og træning 12
3.8 Medicinhåndtering 13
4. Tilsynets formål og metode 15
4.1 Formål 15
4.2 Metode 15
4.3 Vurderingsskema 16
4.4 Tilsynets tilrettelæggelse 17
Om BDO 18

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt tilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering af centret og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete center.

Anden del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og de individuelle undersøgelser. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. 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: 28 10 56 80
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Mette Norré Sørensen
Director
Mobil: 41 89 04 75
Mail: meo@bdo.dk
Projektansvarlig

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

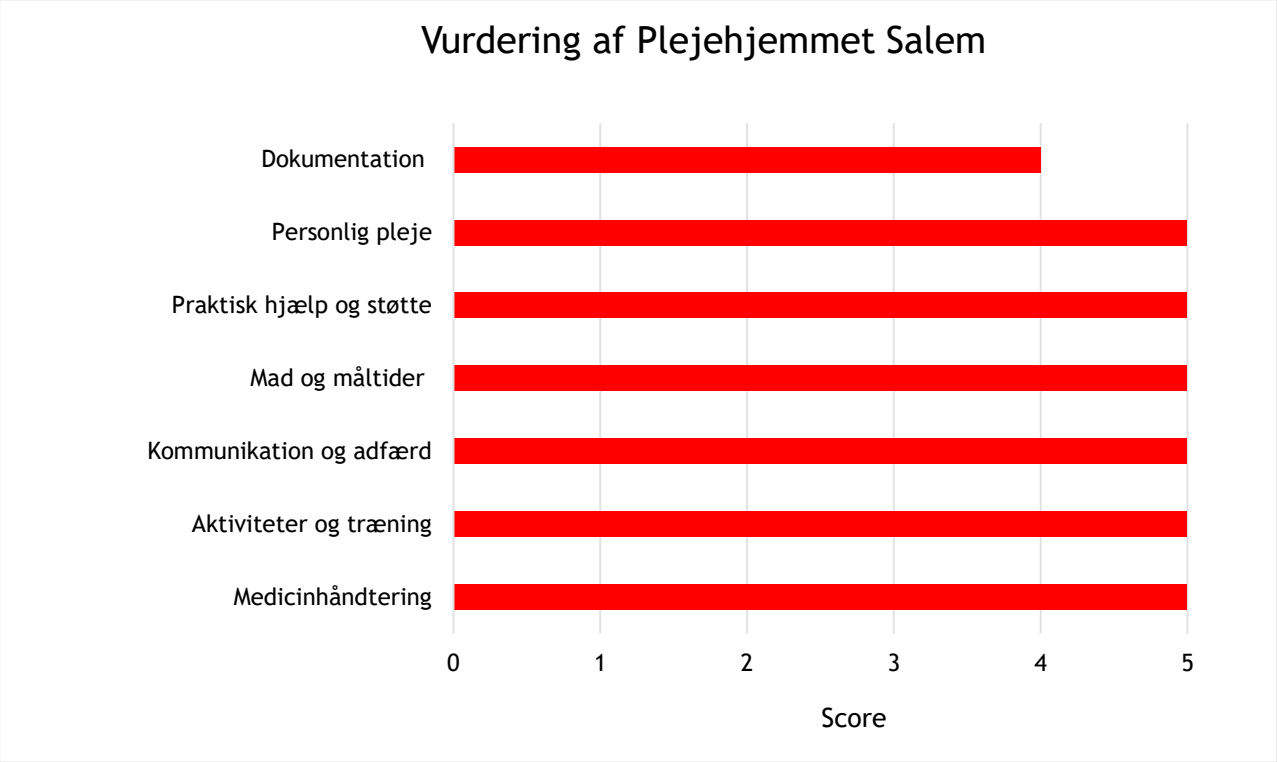
1. Oplysninger om plejehjemmet

Oplysninger om plejehjemmet og tilsynet
Navn og Adresse: Plejehjemmet Salem, Mitchellsstræde 5, 2820 Gentofte
Leder: Helle Staudt
Antal boliger: 45 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 3.11. 2023
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejehjemmets ledelse • Interview af tre beboere • Gennemgang af dokumentation(SEL) for tre beboere • Gennemgang af medicinhåndtering for tre beboere • Gruppeinterview med tre medarbejdere (en social- og sundhedshjælper, to social- og sundhedsassistenter) Beboerne, som indgår i individuelle interview, har givet deres accept til at indgå i tilsynet. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Karin Kappel, Senior Manager og sygeplejerske

2. Vurdering

2.1 Tilsynets vurderinger

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation

Tilsynet vurderer, at Salem har arbejdet målrettet med dokumentationen, på baggrund af at der generelt ses opdaterede og fyldestgørende døgnrytmeplaner, som kan anvendes som et aktivt redskab i hverdagen. Døgnrytmeplanerne fremstår generelt handlevejledende og individuelt beskrevet, fraset enkelte tilfælde, hvor beskrivelserne for nat og bad er sparsomme og med manglende handlevejledning. Dertil er det tilsynets vurdering, at funktionsevnetilstande, generelle oplysninger og observationer er fyldestgørende. Tilsynet vurderer, at medarbejderne på faglig og reflekteret vis kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med oprettelse, anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

Personlig pleje

Tilsynet vurderer, at beboerne er soignerede i overensstemmelse med deres habitus. Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever at få den hjælp til personlig pleje og støtte, de har behov for, og at deres autonomi respekteres. Det er samtidig tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med tilrettelæggelsen af en personcentreret pleje og omsorg, hvortil medarbejderne er opmærksomme på at anvende en rehabiliterende tilgang. Medarbejderne er desuden bevidste om eget ansvars- og kompetenceområde.

Praktisk hjælp og støtte

Tilsynet vurderer, at den praktiske hjælp leveres efter en god faglig standard, hvor både boliger og fællesarealer fremstår ryddelige og rengjorte. Dertil vurderes det, at beboerne oplever, at den praktiske hjælp og støtte er svarende til deres behov. Det er tilsynets vurdering, at beboerne inddrages aktivt efter funktionsniveau, og at de er tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for tilrettelæggelse af de praktiske opgaver, herunder inddragelse af beboerne. Medarbejderne kender

de hygiejniske retningslinjer i relation til både almindelige daglige plejeopgaver og i tilfælde af smitteudbrud.

Mad og måltider

Tilsynet vurderer, at der er en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid, hvor beboernes selvbestemmelse er i fokus. Tilsynet vurderer, at beboerne er særdeles tilfredse med madens kvalitet, mulighed for medindflydelse og rammerne for måltidet, samt at medarbejderne på reflekteret vis kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre 'Det gode måltid'.

Kommunikation og adfærd

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne har en særdeles respektfuld og imødekommende kommunikation med og adfærd overfor beboerne. Dertil vurderer tilsynet, at beboerne oplever, at medarbejderne er ordentlige og nærværende. Tilsynet vurderer desuden, at medarbejderne kan redegøre fyldestgørende for faktorer, som medvirker til at skabe en ligeværdig og respektfuld kommunikation og i tilknytning hertil er i stand til at henvise til konkrete teoretiske og praktiske metoder.

Aktiviteter og træning

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på Salem. Beboerne tilkendegiver tilfredshed med de tilbudte aktiviteter, og at de deltager heri efter eget ønske. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for området og samtidigt kender arbejdsgangene for det tværfaglige samarbejde med de eksterne terapeuter.

Medicinhåndtering

Tilsynet vurderer, at der i relation til området er få, mindre væsentlige mangler, hvilket drejer sig om at få seponeret p.n. præparater, som ikke er i anvendelse. Tilsynet vurderer, at beboerne er trygge ved håndteringen af deres medicin og medarbejderne kan redegøre særdeles tilfredsstillende for området.

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:

1. Tilsynet anbefaler, at det ledelsesmæssige fokus på den pleje- og sundhedsfaglige dokumentation fastholdes. Herunder anbefaler tilsynet fokus på, at døgnrytmeplanerne indeholder handlevejledende beskrivelser af beboernes støtte med særlig fokus på handlevejledende beskrivelser af hjælpen til bad og om natten.

3. Datagrundlag

3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder

Data

LEDERINTERVIEW:

Plejehjemmet modtog ved det seneste tilsyn anbefalinger i relation til dokumentationen, en pædagogisk indsats i forhold til en specifik beboer, ventetid på nødkald, forstyrrelser under måltidet, medicinområdet, utilsigtede hændelser, faglig refleksion, samt hygiejne.

Ledelsen beskriver, hvordan dokumentationen har haft et massivt fokus siden sidste tilsyn. Der er etableret fast undervisning for nye og eksisterende medarbejdere, hvortil tilsynet præsenteres for en plan for syv kommende undervisningsseancer for hjælpergruppen, benævnt Nexus-café. Formålet med undervisningen er at give social- og sundhedshjælperne et større medansvar for døgnrytmeplanerne. Seancerne begyndes med, at den enkelte medarbejder får etableret et godt overblik på startskærmen, hvor døgnrytmeplanen kommer frem som det første. Nexuscaféen har desuden fokus på undervisning i gode observationer og hvordan man følger op på observationer. Senere følger ledelsen op med undervisning til gruppen af social- og sundhedsassistenter. Ledelsen beskriver desuden, hvordan plejehjemmet følger kommunens aktuelle indsatser omkring 'Ensartet dokumentation'. I november opstartes en lokal dokumentationsgruppe, som planlagt skal afholde et månedligt møde med henblik på en løbende implementering af Nexus-opdateringer. Et kommende medicinkursus har ligeledes snitflader til dokumentationsområdet.

I relation til anbefalingen vedrørende en pædagogisk indsats hos en specifik beboer, fortæller ledelsen, at der generelt er et stort fokus på at oprette socialpædagogiske handleplaner, hvis beboerne har behov for en særlig pædagogisk indsats. De socialpædagogiske handleplaner oprettes med udgangspunkt i det, der virker hos den enkelte beboer og ud fra, hvordan beboeren tilgås med fokus på værdighed.

I relation til anbefalingen vedrørende ventetid på nødkald beskriver ledelsen, at en afdelingsleder på Salem har gennemført en større indsats i forhold til nødkald og ventetider, bl.a. igennem hyppige tjek af nødkaldsloggen, analyse af type af kald og varighed før besvarelse. Ledelsen oplever, at det store fokus har haft en betydelig effekt. Beboernes konkrete oplevelser med afvigelser i relation til nødkaldesystemet undersøges altid grundigt. Ledelsen fortæller desuden, at hver enkelt beboers evne til at anvende nødkaldet altid beskrives øverst i døgnrytmeplanen og evalueres således også løbende.

Ledelsen fortæller, at der er arbejdet målrettet med måltiderne. Der er udarbejdet en mad og måltidspolitik, som beboerne har haft indflydelse på udformningen af. Der er nogle beboere, der har udtrykt ønske om, at pårørende/gæster ikke deltager i måltiderne i hverdagen af hensyn til madroen. I den ene have har beboerne dog ønsket, at to navngivne ægtefæller er velkomne. Salem har eget produktionskøkken og køkkenpersonalet kender beboerne rigtig godt, herunder deltager ernæringsassistenten en gang om måneden i triage.

Medarbejderne er pt. på kursus i værtskab, og som en del af mad og måltidspolitikken vægtes medarbejdernes rolle under måltiderne højt, bl.a. i forhold til facilitering af samtalen under måltiderne. Der er ligeledes fokus på match mellem beboere, der sidder sammen og etablering af ro under måltidet, bl.a. ved at der ikke er radio, fjernsyn eller opvaskemaskine i gang.

Ledelsen italesætter et fokuseret arbejde omkring medicinen, hvor ledelsen beskriver, hvordan man på mange måder er startet forfra på plejehjemmet, og bl.a. har sikret at alle medarbejdere kender retningslinjerne for medicinhåndtering, til hvilket formål ledelsen har udarbejdet undervisningsmateriale.

Afdelingslederne dispenserer regelmæssigt for at holde kompetencen ved lige. Utilsigtede hændelser indrapporteres af den enkelte medarbejder og ledelsen sikrer et forebyggende og lærende udbytte heraf, bl.a. i forbindelse med '15 faglige minutter'.

Ledelsen beskriver, at der arbejdes kontinuerligt med den faglige refleksion. Ledelsen nævner i den forbindelse flere relevante temaer, som plejehjemmet har drøftet med medarbejderne, herunder refleksion omkring rumsensorer og håndtering af telefoniske henvendelser fra pårørende.

Ledelsen fortæller, at der i relation til anbefalingen vedrørende hygiejne, er gennemført undervisning for medarbejderne. Desuden er plejehjemmet begyndt at sende hygiejneinstrukserne til afløsere inden

ansættelsesopstart. Plejehjemmet har etableret en hygiejnegruppe og der er i forbindelse med hygiejneugen gennemført forskellige tiltag, bl.a. hygiejnequiz. Ledelsen fremhæver, at der er etableret en kultur på plejehjemmet, hvor det er legalt at gøre hinanden opmærksom på afvigelser og uhensigtsmæssig hygiejneadfærd.

I tillæg til ledelsens beskrivelser af tiltag i relation til sidste års anbefalinger, fortæller ledelsen at plejehjemmet aktuelt er optaget af pårørendesamarbejdet, i hvilken forbindelse der er fokus på, hvordan man modtager nye pårørende på plejehjemmet, hvordan pårørende støttes i overgangen og hvilken rolle man som pårørende kan have i plejehjemmets hverdagsliv.
Ledelsen beskriver desuden, hvordan plejehjemmet i samarbejde med et konsulentfirma, har søgt puljemidler til at arbejde med temaet omsorgstræthed/forråelse.

3.2 Dokumentation

Data

OBSERVATION

Der foretages observation i tre beboeres omsorgsjournaler.

Døgnrytmeplanen

Døgnrytmeplanerne fremstår systematisk opbyggede med faste overskrifter. Døgnrytmeplanerne er opdaterede og aktuelle for alle tre beboere, og de indeholder generelt handlevejledende beskrivelser af den hjælp og støtte, som beboerne modtager over døgnet. I to ud af tre tilfælde ses dog manglende beskrivelser af beboernes behov for tilsyn om natten og i et tilfælde ses desuden manglende handlevejledning i relation til hjælpen til bad. I døgnrytmeplanerne fremgår beskrivelser af beboernes ressourcer under overskriften 'borgerens indsats' herunder f.eks., hvordan en beboer guides til selvstændigt at klare egen personlig hygiejne. I et andet tilfælde beskrives, hvordan beboeren selv kan deltage ved forflytninger, hvis et specifikt forflytningshjælpemiddel anvendes. Døgnrytmeplanerne beskriver desuden særlige opmærksomhedspunkter, f.eks. opmærksomhed på en beboers tendens til at være passiv og gå i seng i løbet af dagen og hvordan man som medarbejder skal agere i relation hertil. Der ses desuden beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, f.eks. hudpleje i forbindelse med personlig pleje, særlige fokusområder ved mundpleje, tryksårsforebyggelse, samt dysfagi. Ved alle eksempler er det beskrevet, hvilke forebyggende handlinger, der skal udføres.

Funktionsevnetilstande

I alle tre journaler fremgår funktionsevnetilstandene relevant aktiverede med beskrivelser af beboernes udfordringer på det pågældende funktionsområde.

Generelle oplysninger

I alle tre journaler fremgår generelle oplysninger med fyldestgørende og relevante beskrivelser med værdi for beboerforløbet, f.eks. er mestring, motivation, ressourcer, roller, vaner og livshistorie beskrevet. I en journal ses f.eks. beskrivelser af, hvordan en beboer motiveres af ros og anerkendelse.

Observationsnotater:

I alle tre journaler ses opfølgning på observationer ved afvigelser i beboernes tilstand, hvilket primært ses beskrevet i relation til SUL-ydelser. Tilsynet bemærker positivt, hvordan der i relation til en beboer, der fornyeligt er udskrevet fra hospitalet, ses udførlige observationsnotater fra hver vagt omkring beboerens tilstand. I et andet tilfælde ses observationsnotat om, at en beboer har været i bad, hvilket er meningsfuldt i relation til, at der ugen forinden er dokumenteret, at beboeren ikke kunne motiveres til bad.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver et stort fokus på sikring af opdaterede døgnrytmeplaner, som indeholder korte og præcise beskrivelser af beboerens pleje og støtte og tager udgangspunkt i beboerens ressourcer, som beskrives under hhv. borgerens indsats og medarbejderens indsats. Medarbejderne fremhæver desuden fokus på særlige opmærksomheder og henvisninger til handleplaner, herunder bl.a. observationer i relation til behandling med risikosituationslægemidler og socialpædagogiske handleplaner.

Medarbejderne beskriver, hvordan kontaktpersonerne har det primære ansvar for udarbejdelsen af døgnrytmeplanerne, hvortil medarbejderne beskriver, at der løbende er undervisningstilbud på plejehjemmet, dels i form af Nexuscafe og dels i form af sidemandsoplæring.

Døgnrytmeplanerne opdateres fast hver anden måned eller ved ændringer. Medarbejderne fremhæver, at døgnrytmeplanen anvendes til at give et godt overblik og skal være udarbejdet, så afløsere kan udføre opgaverne. I forhold til tilbagemeldingspligten fortæller medarbejderne, at de afholder daglig triage, hvor beboere gennemgås med henblik på aktuelle funktionsniveau og helbredstilstand. I tillæg hertil afholdes 15 faglige minutter tre gange om ugen, hvor faglige temaer i relation til beboernes udfordringer drøftes.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at Salem har arbejdet målrettet med dokumentationen, på baggrund af at der generelt ses opdaterede og fyldestgørende døgnrytmeplaner, som kan anvendes som et aktivt redskab i hverdagen. Døgnrytmeplanerne fremstår generelt handlevejledende og individuelt beskrevet, fraset enkelte tilfælde, hvor beskrivelserne for nat og bad er sparsomme og med manglende handlevejledning. Dertil er det tilsynets vurdering, at funktionsevnetilstande, generelle oplysninger og observationer er fyldestgørende. Tilsynet vurderer, at medarbejderne på faglig og reflekteret vis kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med oprettelse, anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

3.3 Personlig pleje

Data

OBSERVATION

Tilsynet taler med tre beboere. Hos alle beboere ses det, at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats svarer til deres behov. Beboerne fremstår soignerede og veltilpasse i overensstemmelse med deres habitus.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne fortæller, at de får den hjælp og støtte, som de har behov for og at de er trygge ved den tildelte hjælp, som primært leveres af kendte og vellidte medarbejdere. Beboerne fortæller, at de oplever, at hjælpen er nærværende og af en god kvalitet. Hjælpen leveres som aftalt, bl.a. fortæller en beboer, at hjælpen til bad leveres på et fast tidspunkt, som højest varierer med fem minutter.
Alle beboere gør det, de selv er i stand til, bl.a. fortæller en beboer, at hun fortsat kan vaske sig selv i hverdagene, men får let støtte til et bad en gang om ugen.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan de i forbindelse med en ny beboers indflytning på plejehjemmet investerer tid i at lære den nye beboer at kende og i takt hermed sikrer et udførligt dokumentationsgrundlag, herunder indledningsvist med fokus på den sygeplejefaglige udredning og funktionsevnetilstandene.

I forbindelse med en ny beboers indflytning afholdes indflytningssamtale indenfor de første 14 dage af opholdet. Til samtalen indsamles viden om beboernes ønsker og vaner, præferencer i forhold til mad og aktiviteter, sengetider m.v. Desuden anvendes oplysninger fra tidligere leverandører, f.eks. Tranehaven, hjemmeplejen m.v.

Medarbejderne beskriver, hvordan tryghed for den enkelte beboer etableres gennem medarbejdernes tilgang og fokus på relationsdannelse, hvor medarbejderne tager udgangspunkt i Diakonissestiftelsens værdier, herunder respekt, ordentlighed, næstekærlighed og medmenneskelighed.

I forbindelse med interviewet kan medarbejderne beskrive, hvordan der i alle sammenhænge er fokus på en rehabiliterende tilgang og på at sikre, at beboerne får tilbud om træning og aktiviteter. Medarbejderne beskriver, at det f.eks. kan være, at beboeren kan spise selv, hvis beboeren tilbydes en lettere kop og får maden skåret ud. Medarbejderne beskriver desuden et velfungerende samarbejde med ekstern tilknyttet fysioterapeut.

I relation til faglige tilgange beskriver medarbejderne, at der arbejdes ud fra en personcentreret omsorg, hvilket medarbejderne beskriver er implementeret i forbindelse med demenskursus på plejehjemmet. Medarbejderne redegør i den forbindelse for faglige begreber som spejling, socialpædagogiske tiltag og low arousal, som bl.a. er aktive redskaber i plejehjemmets fokus på at reducere antipsykotisk medicin. Aktuelt er ingen beboere i antipsykotisk behandling. Medarbejderne kan redegøre for, hvordan de handler i tilfælde af, at en beboer bliver dårlig, hvortil medarbejderne er bevidste om eget ansvars- og kompetenceområde.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboerne er soignerede i overensstemmelse med deres habitus. Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever at få den hjælp til personlig pleje og støtte, de har behov for, og at deres autonomi respekteres. Det er samtidig tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med tilrettelæggelsen af en personcentreret pleje og omsorg, hvortil medarbejderne er opmærksomme på at anvende en rehabiliterende tilgang. Medarbejderne er desuden bevidste om eget ansvars- og kompetenceområde.

3.4 Praktisk hjælp og støtte

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer, at de besøgte boliger fremstår renholdte og ryddelige, ligesom alle fællesarealer fremstår rene. Dertil ses generelt rene hjælpemidler. En enkelt rollator trænger til aftørring.

BEBOERINTERVIEW

Alle tre beboere udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til rengøring og praktiske opgaver. Alle beboerne beskriver hvordan de deltager aktivt i de praktiske opgaver i samarbejde med medarbejderne, f.eks. i relation til oprydning og håndtering af vasketøj.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan de varetager både pleje og praktiske opgaver hos den enkelte beboer. Beboerne inddrages individuelt i de praktiske opgaver efter funktionsniveau. Medarbejderne udfører eller understøtter beboeren i den daglige oprydning og lettere rengøring, herunder f.eks. sikring af god hygiejne på beboerens toilet. Medarbejderne beskriver, hvordan de altid vender sig om, inden de forlader en beboers bolig og reflekterer over, om alt er ok. Medarbejderne beskriver, hvordan der i den forbindelse er opmærksomhed på, hvordan pårørende vil opleve at ankomme til boligen. Medarbejderne italesætter ligeledes beboernes selvbestemmelsesret og i relation hertil bevidsthed om, at nogle beboere kan have andre standarder for oprydning og ryddelighed.

På forespørgsel omkring almindelige hygiejniske retningslinjer kan medarbejderne redegøre for korrekt anvendelse af handsker og engangsforklæde, samt for udførsel af håndhygiejne i overensstemmelse med retningslinjerne. På forespørgsel omkring særlig risiko for smitte, nævner medarbejderne Clostridium som et eksempel, hvortil medarbejderne kan redegøre for værnemidler, proceduremappe, værnemiddelvogn, samt dokumentation i relation til en særlig smittefare hos beboeren.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at den praktiske hjælp leveres efter en god faglig standard, hvor både boliger og fællesarealer fremstår ryddelige og rengjorte. Dertil vurderes det, at beboerne oplever, at den praktiske hjælp og støtte er svarende til deres behov. Det er tilsynets vurdering, at beboerne inddrages aktivt efter funktionsniveau, og at de er tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for tilrettelæggelse af de praktiske opgaver, herunder inddragelse af beboerne. Medarbejderne kender de hygiejniske retningslinjerne i relation til både almindelige daglige plejeopgaver og i tilfælde af smitteudbrud.

3.5 Mad og måltider

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer måltider, hvor medarbejdere understøtter beboernes egne ressourcer og individuelle behov. Tilsynet observerer, hvordan beboernes selvbestemmelse understøttes, bl.a. gennem tilbud om en selvvalgt menu til morgenmad. Måltiderne afvikles i en ramme, som fremstår hjemlig og foregår i rolige omgivelser uden unødige forstyrrelser. Tilsynet observerer desuden, at plejehjemmet har en tilknyttet cafe, hvor flere beboere opholder sig.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne beskriver stor tilfredshed med afviklingen af måltiderne på Salem, hvortil beboerne oplever, at de selv kan bestemme, hvor de ønsker at indtage deres måltider. Beboerne beskriver en god stemning og mulighed for hyggeligt socialt samvær i forbindelse med måltider, som indtages i de fælles spisestuer. Beboerne giver udtryk for tilfredshed med madens kvalitet og variation og fortæller, at den serveres på en indbydende og appetitlig måde. Flere beboere henviser til månedsplanen, hvoraf det fremgår, hvad der er på menuen. En beboer fortæller, at der på fødselsdage er mulighed for selv at vælge menuen. En anden beboer fortæller smilende, hvordan hun og hendes mand hver dag spiser frokost i plejehjemmets cafe.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan beboerne har mulighed for at have indflydelse på menuen, bl.a. i forbindelse med bruger- og pårørendemødet hvert kvartal, hvor der er muligheder for at komme med feedback og ønsker til menuer. Beboerne kan ligeledes ønske menu i forbindelse med fødselsdage, hvilket medarbejderne beskriver er værdifuldt på flere måder. Dels at beboerne får den menu, de godt kan lide på deres fødselsdag, men ligeledes den positive opmærksomhed, beboerne får fra deres medbeboere på fødselsdagen.

Medarbejderne beskriver, hvordan de understøtter det gode måltid gennem faste roller under måltiderne, f.eks. er der medspisende måltidsværter ved hvert bord, som understøtter samtale og god stemning ved bordet. Medarbejderne beskriver fokus på beboersammensætningen ved bordene, samt skærmning af beboere med behov herfor. Endeligt fortæller medarbejderne, at de arbejder med spejling i relation til særligt småtspisende, kognitivt svækkede beboere.

Tilsynets vurdering – 5

Det er tilsynets vurdering, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der er en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid, hvor beboernes selvbestemmelse er i fokus. Tilsynet vurderer, at beboerne er særdeles tilfredse med madens kvalitet, mulighed for medindflydelse og rammerne for måltidet, samt at medarbejderne på reflekteret vis kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre 'Det gode måltid'.

3.6 Kommunikation og adfærd

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer generelt en meget venlig og imødekommende kommunikation på fællesarealerne på Salem, hvor beboernes behov understøttes på en varm og nærværende måde.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne oplever, at de har en god kontakt med medarbejderne, som opleves som ordentlige og nærværende. Beboerne oplever desuden, at der er respekt omkring deres privatliv og personlige grænser, herunder at der bankes på inden adgang til boligen. En beboer fortæller, hvordan medarbejderne altid spørger ind til de ting, hun har foretaget sig.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan de, i forbindelse med kommunikation med beboerne, er opmærksomme på at tale tydeligt, forståeligt og med øjenkontakt, samt altid sikre medinddragelse af beboeren. Medarbejderne beskriver, hvordan de er opmærksomme på det rigtige tidspunkt til en bestemt samtale, f.eks. ønsker til livets afslutning. Hertil beskriver medarbejderne, at de lægger særligt vægt på, at kommunikationen med beboerne er tilpasset den enkelte beboer, hvortil medarbejderne er opmærksomme på deres egen nonverbale kommunikation.

Medarbejderne har modtaget undervisning i High og Low arousal og at det er legalt at sige 'husk low arousal' til en kollega, idet medarbejderne har en fælles faglig forståelse af, hvad det betyder.

Endeligt beskriver medarbejderne, hvordan de er opmærksomme på deres tavshedspligt overfor beboerne og ikke taler med beboerne om de andre beboere.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne har en særdeles respektfuld og imødekommende kommunikation med og adfærd overfor beboerne. Dertil vurderer tilsynet, at beboerne oplever, at medarbejderne er ordentlige og nærværende. Tilsynet vurderer desuden, at medarbejderne kan redegøre fyldestgørende for faktorer, som medvirker til at skabe en ligeværdig og respektfuld kommunikation og i tilknytning hertil er i stand til at henvise til konkrete teoretiske og praktiske metoder.

3.7 Aktiviteter og træning

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer et aktivt hverdagsliv på Salem, hvor mange beboere opholder sig på fællesarealerne i hyggeligt samvær med medbeboere og medarbejdere. Plejehjemmet udgiver et månedsblad, som beboerne får udleveret. Heri fremgår hvilke aktivitetstilbud, der udbydes.

På tilsynsdagen afvikler plejehjemmet en koncert med en guitarist, hvortil der er stoleopstilling i plejehjemmets havestue. Der er stort tilslutning til koncerten.

BEBOERINTERVIEW

Alle beboerne giver udtryk for at kende til husets tilbud om aktiviteter og muligheden for deltagelse heri. Flere beboere henviser til beboerbladet, hvori der ses oversigt over aktiviteter. Beboerne deltager i varieret grad efter lyst og evne. Beboerne mener, at plejehjemmet udbyder meningsfulde og varierede aktivitets- og træningstilbud. En beboer deltager primært i koncerter og foredrag. En anden beboer tager med på ture ud af huset og en tredje beboer kan godt lide fællessang om torsdagen.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan aktiviteterne fremgår af plejehjemmets blad og består af et bredt udvalg af aktiviteter, såsom gymnastik, cykelture, koncerter, gudstjenester, samarbejde med børnehave, besøgshund, kaffevogn, isbod, cirkus m.v. Medarbejderne beskriver et stort fokus på udeliv i relation til Gentofte Kommunes målsætninger herom. Medarbejderne beskriver desuden, hvordan der er etableret en 'Kreavogn', som kan tages med ud i afdelingerne forud for højtider og fester, hvortil der kan produceres pynt og bordkort.

Medarbejderne fortæller, at plejehjemmet har tilknyttet frivillige, som varetager aktiviteter og hjælper til fester. Pårørende inviteres jævnligt med til arrangementer i huset. Medarbejderne beskriver, at beboernes foretrukne aktiviteter altid vil fremgå af døgnrytmeplanen. Medarbejderne italesætter et velfungerende samarbejde med eksterne terapeuter, som bidrager med konkret vejledning i forhold til beboernes problemstillinger, herunder træning af ADL-funktioner og rekvirering af hjælpemidler.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på Salem. Beboerne tilkendegiver tilfredshed med de tilbudte aktiviteter, og at de deltager heri efter eget ønske. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for området og samtidigt kender arbejdsgangene for det tværfaglige samarbejde med de eksterne terapeuter.

3.8 Medicinhåndtering

Data

OBSERVATION

Alle tre beboeres medicinoversigter ses opdaterede, og alle ordinationer ses med dato for ordination, beskrevet med indikation, dosis og antal tabletter. Pn medicin er angivet med antal enheder og max. døgndosis. Det er tydeligt angivet, om medicinen er fast eller pn. og det er tydeligt registreret, om beboeren er selvadministrerende.

Opbevaring

For alle tre medicingennemgange ses, at beboerens medicinbeholdning opbevares i plastkasse i beboerens bolig. Dispenseret medicin opbevares i medicinvogn til den aktuelle uge. Ikke-dispensérbar medicin opbevares ligeledes i beboerens bolig i enten køleskab eller i medicinskabet. Dertil kan medicin låses ned i kasse, hvilket ses helt korrekt i et tilfælde med insulin. Der anvendes farvede poser for at sikre tydelig adskillelse af aktuel og ikke anbrudt aktuel medicin samt adskillelse af seponeret og pn medicin. Tilsynet observerer, at en ordineret p.n. behandling ikke forefindes i beholdningen, idet beboeren ikke længere anvender præparatet.

Risikosituationslægemidler

Alle beboere er i behandling med et eller flere risikosituationslægemidler, hvortil der ses relevante og udførlige beskrivelser under beboernes helbredstilstande. Om en beboer i blodfortyndende behandling, ses beskrivelser af kontroller hos egen læge, måling af værdier og frekvens, samt opmærksomheder i forhold til behandlingen, bl.a. ophør i forbindelse med operative indgreb. I forhold til en anden beboer i insulin-behandling ses bl.a. oplysninger lægekontrol, frekvens for måling af blodsukker, samt referenceværdier.

Dispensering af medicin

Doseringsæsker er mærkede med CPR-nummer og beboerens navn. I alle tre medicingennemgange ses der overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinoversigten og antallet af tabletter i doseringsæskerne og i dosisdispenserede poser med den faste medicin.

Administration af medicin

Alle tre beboere har på tilsynsdagen fået deres medicin svarende til ordination og tidspunkt, og der er ligeledes kvitteret for medicinadministrationen, inklusiv ikke-dispensérbare præparater. I forhold til en beboer i behandling med smerteplaster ses placeringsskema opbevaret i medicinskabet. En medarbejder viser tilsynet social og sundhedsassistenternes besøgsliste, hvoraf bl.a. beboer i insulinbehandling fremgår inklusiv referenceværdier for blodsukker. Medarbejderen beskriver, hvordan der, med anvendelse af listen, hver dag tages konkret stilling til, hvem der har kompetencen til at udføre opgaven.

BEBOERINTERVIEW

Alle tre beboere giver udtryk for at være trygge ved medarbejdernes håndtering af deres medicin. Beboerne fortæller, at medicinen udleveres til tiden.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne kan redegøre for dokumentation og opbevaring af beboernes medicin. Social og sundhedsassistenten kan redegøre for medicindispenseringsprocessen, herunder gennemgang og opdatering af medicinoversigten, dispensering til perioden, samt kontrol efter dispensering. Ved administration af medicin tjekkes navn og CPR-nummer, og medicinen tælles. Medarbejderne beskriver, hvordan der tages kontakt til social og sundhedsassistent eller sygeplejerske, hvis der er afvigelser i antal tabletter. I forhold til ikke-dispensérbar medicin fremgår disse af social- og sundhedsassistentens besøgsliste, som hver dag gennemgås og fordeles med udgangspunkt i den enkelte medarbejders delegeringsskema.

Medarbejderne har relevant viden om risikosituationslægemidler, hvortil alle syv præparater kan nævnes. Dertil kan medarbejderne beskrive, hvorfor der skal være en skærpet opmærksomhed på risikosituationslægemidler og hvilke arbejdsgange, der er gældende på Salem i relation hertil.
Medarbejderne italesætter afslutningsvist, hvordan samarbejdet imellem social- og sundhedshjælperne og social- og sundhedsassistenterne er forbedret det sidste år, hvilket har medført en højere grad af sikkerhed og tryghed omkring beboernes medicinske behandlinger, idet social og sundhedsassistenterne modtager relevante tilbagemeldinger fra social- og sundhedshjælperne.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der i relation til området er få, mindre væsentlige mangler, hvilket drejer sig om at få seponeret p.n. præparater, som ikke er i anvendelse. Tilsynet vurderer at beboerne er trygge ved håndteringen af deres medicin og medarbejderne kan redegøre særdeles tilfredsstillende for området.

4. Tilsynets formål og metode

4.1 Formål

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejehjemmets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejehjem. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for borgere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 Metode

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 Vurderingsskema

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
Score: 4	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne • En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne • Få elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
Score: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne • Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 Tilsynets tilrettelæggelse

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-3 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

Om BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejehjem, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.

Relateret document 13/18

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Plejecenter Adelaide 2023-Gentofte-Endelig rapport.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Plejecenter Adelaide 2023-Gentofte-Endelig rapport**
Dokument ID:	**5285958**

Tilsynsrapport Gentofte Kommune

Plejecenter Adelaide

Uanmeldt tilsyn
November 2023

Indhold

Indhold 2
Forord 3
1. Oplysninger om plejecentret 4
2. Vurdering 5
2.1 Tilsynets vurderinger 5
2.2 Tilsynets anbefalinger 6
3. Datagrundlag 7
3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder 7
3.2 Dokumentation 8
3.3 Personlig pleje 10
3.4 Praktisk hjælp og støtte 11
3.5 Mad og måltider 11
3.6 Kommunikation og adfærd 12
3.7 Aktiviteter og træning 13
3.8 Medicinhåndtering 13
4. Tilsynets formål og metode 16
4.1 Formål 16
4.2 Metode 16
4.3 Vurderingsskema 17
4.4 tilrettelæggelse 18
Om BDO 19

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt tilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering af centret og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete center.

Anden del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og de individuelle undersøgelser. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. 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: 28 10 56 80
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Mette Norré Sørensen
Director
Mobil: 41 89 04 75
Mail: meo@bdo.dk
Projektansvarlig

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

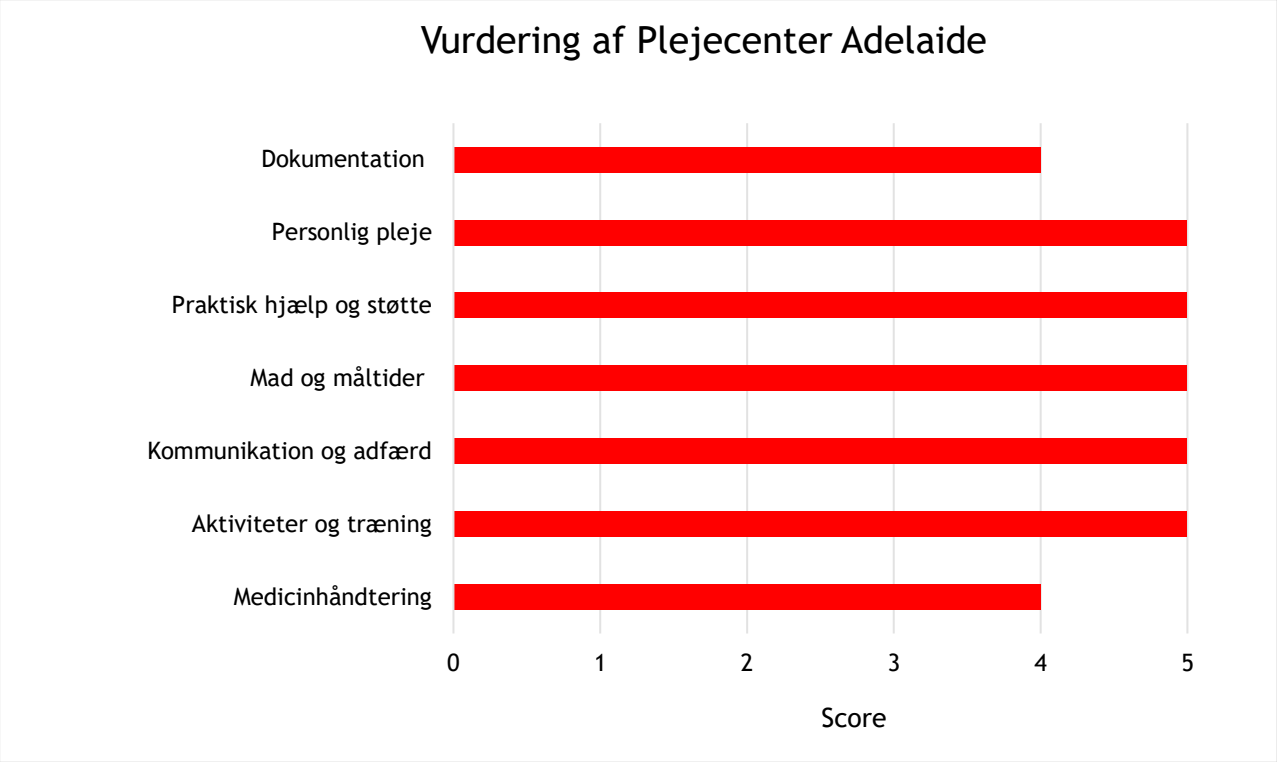
1. Oplysninger om plejecentret

Oplysninger om plejecentret og tilsynet
Navn og Adresse: Plejehjemmet Adelaide, Ejgårdsvej 5, 2920 Charlottenlund
Leder: Tina Strand Pedersen
Antal boliger: 55 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 6. november 2023
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejecentrets ledelse • Interview af tre beboere • Gennemgang af dokumentation for tre beboere • Gennemgang af medicinhåndtering for tre beboere • Gruppeinterview med fire medarbejdere (to social- og sundhedshjælper og to social- og sundhedsassistenter) Beboerne, 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: Karin Kappel, Senior Manager og sygeplejerske Kristina Ovesen, 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 plejecentret har arbejdet meget målrettet med dokumentationen, hvilket afspejles i, at der generelt ses opdaterede og fyldestgørende døgnrytmeplaner, som kan anvendes som et aktivt redskab i hverdagen. Døgnrytmeplanerne fremstår generelt handlevejledende og individuelt beskrevet, fraset enkelte tilfælde, hvor beskrivelserne for nat og bad er sparsomme og med manglende handlevejledning. Dertil er det tilsynets vurdering, at funktionsevnetilstande og generelle oplysninger ses udfyldt med relevante og opdaterede oplysninger, fraset en beboer, hvor livshistorien ikke er beskrevet. I relation til opfølgning på observationer konstaterer tilsynet enkelte mangler. Tilsynet vurderer, at medarbejderne på faglig og refleksteret vis kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med oprettelse, anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

Personlig pleje

Tilsynet vurderer, at beboerne er soignerede i overensstemmelse med deres habitus. Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever at få den hjælp til personlig pleje og støtte, de har behov for, samtidig med, at de sikres inddragelse. Det er desuden tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med tilrettelæggelsen af en personcentreret pleje og omsorg, hvortil medarbejderne er opmærksomme på at anvende en rehabiliterende tilgang. Medarbejderne er desuden bevidste om eget og kollegers ansvars- og kompetenceområde.

Praktisk hjælp og støtte

Tilsynet vurderer, at den praktiske hjælp leveres efter en god faglig standard, hvor både boliger og fællesarealer fremstår ryddelige og rengjorte. Dertil vurderes det, at beboerne oplever, at den praktiske hjælp

og støtte er svarende til deres behov. Det er tilsynets vurdering, at beboerne inddrages aktivt efter funktionsniveau, og at de er tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for tilrettelæggelse af de praktiske opgaver, herunder inddragelse af beboerne. Medarbejderne kender de hygiejniske retningslinjer i relation til både almindelige daglige plejeopgaver og i tilfælde af smitteudbrud.

Mad og måltider

Tilsynet vurderer, at beboerne tilbydes socialt samvær, valgfrihed og appetitlig anrettet mad i forbindelse med afviklingen af den daglige morgenbuffet i stueetagen. Tilsynet vurderer, at beboerne er særdeles tilfredse med madens kvalitet, mulighed for medindflydelse og rammerne for måltidet, samt at medarbejderne på reflekteret vis kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre 'Det gode måltid'.

Kommunikation og adfærd

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne har en respektfuld og imødekommende kommunikation med og adfærd over for beboerne. Dertil vurderer tilsynet, at beboerne oplever, at medarbejderne optræder omsorgsfulde og nærværende. Tilsynet vurderer desuden, at medarbejderne kan redegøre fyldestgørende for faktorer, som medvirker til at skabe en ligeværdig og respektfuld kommunikation.

Aktiviteter og træning

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på Adelaide. Beboerne tilkendegiver tilfredshed med de tilbudte aktiviteter, og at de deltager heri efter eget ønske. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for området.

Medicinhåndtering

Tilsynet vurderer, at der i relation til området er enkelte, mindre alvorlige mangler, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats, herunder at sikre, at den ordinerede medicin altid forefindes i beholdningen, at seponeret medicin opbevares adskilt fra aktuel medicin, og at medicinoversigten og beboernes øvrige dokumentation opdateres i relation til ændringer i beboernes behandlinger. Tilsynet vurderer, at beboerne er trygge ved håndteringen af deres medicin, og medarbejderne kan redegøre meget tilfredsstillende for området, dog med lidt usikkerhed i forhold til at nævne risikosituationslægemidlerne.

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:

1. Tilsynet anbefaler, at det ledelsesmæssige fokus på den pleje- og sundhedsfaglige dokumentation fastholdes. Herunder anbefaler tilsynet fokus på, at døgnrytmeplanerne indeholder handlevejledende beskrivelser af beboernes støtte med særligt fokus på handlevejledende beskrivelser af hjælpen til bad og hjælpen om natten. Desuden anbefaler tilsynet, at fokus rettes på konsekvent udfyldelse af beboernes livshistorie samt sikring af opfølgning på observationer.

2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder fokus på at sikre arbejdsgange omkring beboernes medicinhåndtering, herunder at sikre, at den ordinerede medicin altid forefindes i beholdningen, at seponeret medicin opbevares adskilt fra aktuel medicin, og at medicinoversigten og beboerens øvrige dokumentation opdateres i relation til ændringer i beboerens behandlinger. Desuden anbefales ledelsen at sikre, at de autoriserede medarbejdere ved, hvilke præparater der betegnes som risikosituationslægemidler.

3. Datagrundlag

3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder

Data

LEDERINTERVIEW:

Plejecentret fik ved det seneste tilsyn anbefalinger i relation til dokumentationen, medarbejderes og afløseres kendskab til beboernes behov, medicinområdet, sikring af stabil drift, medarbejdernes faglige kompetencer og organiseringen omkring de utilsigtede hændelser samt hygiejne.

Plejecentret har arbejdet målrettet med dokumentationen. Medarbejderne har modtaget undervisning, herunder har social- og sundhedsassistenterne modtaget undervisning i sundhedslovsdokumentation, og social- og sundhedshjælperne i udarbejdelsen af døgnrytmeplaner.

Igennem en længere periode har medarbejdere dagligt været allokeret til at udarbejde og opdatere beboernes journaler, og som erstatning herfor har plejecentret anvendt eksterne vikarer.

Plejecentret har arbejdet ud fra en baseline, og de trækker nu basisrapporter og følger konsekvent op minimum hver tredje måned.

I relation til anbefalingen vedrørende medarbejderes og afløseres kendskab til beboernes behov, beskriver ledelsen, hvordan faste afløsere får koder til Nexus, og dermed kan de logge ind og læse om beboerne ved vagtstart. Alle medarbejdere tilbydes grundig introduktion i op til en uges varighed, hvorefter der ledelsesmæssigt tages stilling til den enkelte medarbejders kompetencer. Alle medarbejdere sikres konkret, målrettet oplæring i f.eks. komplekse forflytninger, spisesituationer mv. Ledelsen oplyser desuden, at døgnrytmeplanerne er blevet et godt arbejdsredskab, efter at de er blevet opdaterede.

I relation til anbefalingen vedrørende mad og måltider beskriver ledelsen, at samarbejdet med den tidligere madleverandør er ophørt, og at der er indgået aftale med et nyt køkken, som beboerne udtrykker langt større tilfredshed med. Den nye leverandør leverer ikke diæter, men disse bestilles hos Det danske Madhus. Udredninger for dysfagi udføres af det Tværgående træningsteam.

I forhold til medicinområdet beskriver ledelsen, hvordan der bl.a. er indkøbt medicinvogne, og hvordan der er en øget opmærksomhed på, om beboerne kan overgå til dosisdispensering. Plejecentret har for nyligt skiftet plejehjemslæge, og de er lidt bagud med årskontrollerne, men alle er planlagt i nær fremtid. Der er etableret et velfungerende samarbejde med bl.a. Steno og Gerontopsykiatrisk team, hvilket, ifølge ledelsen, kommer beboerne til gavn.

Plejecentret har ændret arbejdsgange omkring medicinadministration, så der i dag er en medicinansvarlig i hver afdeling, der sikrer, at alle beboere får deres medicin, hvilket har betydet en mere sikker proces med færre utilsigtede hændelser. Plejecentrets medicininstruks er tilrettet, og der er desuden udarbejdet en tjekliste til social- og sundhedsassistenterne i forbindelse med dispensering. Desuden er der udarbejdet en instruks for delegering og en instruks omkring ansvaret som medicinansvarlig. Plejecentret er ligeledes en del af processen 'Ensartet dokumentation' i Gentofte Kommune, hvor der senest har været fokus på lægekontakt, og hvor der er udarbejdet en vejledning i håndtering af lægekontakt, samt dokumentation heraf.

I forhold til anbefalingerne vedrørende sikring af stabil drift, faglige kompetencer og organisering af utilsigtede hændelser, beskriver ledelsen, hvordan der fortsat indrapporteres utilsigtede hændelser, men at plejecentret fortsat er i proces med at skabe læring omkring de utilsigtede hændelser. Plejecentret har rekrutteret kompetente medarbejdere, og de prioriterer en løbende kompetenceudvikling, herunder er plejecentrets faglærte medarbejdere det seneste år tilbudt bl.a. forflytningskurser, praktikvejlederkurser samt undervisning i KOL, inhalationsmedicin og iltbehandling og kommunikation. På tilsynsdagen skal flere medarbejdere deltage i førstehjælpskursus.

Ledelsen beskriver, i relation til anbefalingen vedrørende faglig refleksion, at medarbejderne tilbydes supervision, hvor fokus er på kommunikationen og forebyggelse af omsorgstræthed og forråelse. Ledelsen har modtaget særdeles gode tilbagemeldinger vedrørende forløbet. I hverdagen støttes medarbejderne i faglige tilbagemeldinger og refleksioner, bl.a. i forbindelse med den daglige triage i dagvagten, hvor beboerne gennemgås.

I relation til hygiejne beskriver ledelsen, hvordan der er fulgt op på anbefalingen med en gennemgang af de hygiejniske retningslinjer, som ledelsen i det daglige følger op på ved at være tæt på medarbejderne og beboerne. Plejecentret har aktuelt haft flere COVID-tilfælde, hvor medarbejderne har udvist stort ansvar for at efterleve de hygiejniske retningslinjer, bl.a. er der etableret en smittevogn i hver afdeling.

Ledelsen beskriver desuden, hvordan der arbejdes med nedbringelser af psykofarmaka. Dertil er der fokus på nonfarmakologiske tiltag, hvortil der er investeret i bl.a. kugledyne, kædedyner og demensdukker. Plejecentret har gennemgået beboere med smerteplastre, og de har så vidt muligt taget initiativ til, at beboerne er overgået til peroral behandling, eller er startet på en nedtrapning.

Ledelsen beskriver desuden, hvordan der er fokus på at tilbyde beboerne meningsfulde aktiviteter, hvortil plejecentret har ansat en pædagog, som alene har fokus på at sikre et varieret aktivitetstilbud.

Beboerne inddrages I planlægningen af tilbuddene på plejecentret, og flere tilbud lægges sidst på dagen, så pårørende har mulighed for at deltage sammen med deres kære. Plejecentret afholder dialogmøder med centrets pårørende fire gange om året, hvor ledelsen oplever et stort fremmøde og interesse for dialogen om plejecentrets hverdagsliv.

Plejecentret har udarbejdet en instruks for indflytning, hvor der afholdes en samtale inden for 14 dage. Der er udarbejdet spørgsmål til beboeren og beboerens livshistorie. Ligeledes er det beskrevet, hvilke punkter der skal gennemgås første gang, lægen tilser beboeren på plejehjemmet.

3.2 Dokumentation

Data

OBSERVATION

Der foretages observation i tre beboeres omsorgsjournaler.

Døgnrytmeplanen

Døgnrytmeplanerne fremstår overskuelige og i flere tilfælde med faste overskrifter, dog ses manglende stringens, dels i anvendelsen af Nexus-felterne, og dels i forhold til, hvilke faste overskrifter der anvendes i døgnrytmeplanerne. Døgnrytmeplaner er opdaterede og aktuelle for alle tre beboere, og de indeholder generelt handlevejledende beskrivelser af den hjælp og støtte, som beboerne modtager hele døgnet. I to ud af tre tilfælde ses dog manglende beskrivelser af beboernes behov for tilsyn om natten og i forbindelse med hjælpen til bad. I døgnrytmeplanerne fremgår beskrivelser af beboernes ressourcer, primært under overskriften 'borgerens indsats', hvor det f.eks. fremgår, hvordan en beboer motiveres til træning tre gange ugentligt, og vedr. en anden beboer fremgår, at beboer selv klarer store dele af den personlige pleje, men at beboeren har behov for støtte til mundpleje.

Døgnrytmeplanerne beskriver desuden særlige opmærksomhedspunkter, f.eks. en beboer, som ikke må løfte armen over skulderhøjde, en beboer med neglect, som har tendens til at køre ind i døre, og en beboer, hvor om det står beskrevet; *'går op i at se pæn ud - obs neglerens'*.

Der ses desuden beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, f.eks. hudpleje i forbindelse med personlig pleje, observation af rødme på udsatte steder på huden samt forebyggelse af urinvejsinfektion og dehydrering. I forbindelse med alle beskrivelser fremgår det, hvilke forebyggende handlinger, medarbejderen skal udføre.

Funktionsevnetilstande

I alle tre journaler fremgår funktionsevnetilstandene relevant aktiverede med beskrivelser af beboernes udfordringer på det pågældende funktionsområde.

Generelle oplysninger

I alle tre journaler fremgår generelle oplysninger generelt med fyldestgørende og relevante beskrivelser med værdi for beboerforløbet, f.eks. er mestring, motivation, ressourcer, roller, vaner og livshistorie beskrevet. Bl.a. fremgår oplysninger om, at en beboer motiveres af socialt samvær, og at beboeren har ressourcer til at sige til og fra. Om en anden beboer fremgår det under vaner, at beboeren ønsker en rolig start på dagen med morgenmad i boligen foran tv'et inden personlig pleje. I forhold til en beboer er livshistorien dog ikke oprettet eller beskrevet.

Observationsnotater:

I alle tre journaler ses generelt udførlig opfølgning på observationer ved afvigelser i beboernes tilstand, bl.a. bemærker tilsynet positivt, hvordan der i relation til en beboer er opmærksomhed på forebyggelse af tryk. I et andet tilfælde ses et observationsnotat om, at en beboer har pådraget sig en luftvejsinfektion, hvortil der over to dage dokumenteres en opfølgning på beboerens tilstand i hver vagt.

I to tilfælde ses manglende opfølgning på observationer. I et tilfælde ses et notat, der beskriver, at en beboer har en virusinfektion, men ikke om/eller, hvordan beboeren er påvirket af infektionen. I et andet tilfælde er en beboer faldet om natten, hvortil der er oprettet en faldregistrering. Der ses ingen opfølgning på faldet i den efterfølgende dagvagt.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver et aktuelt og stort fokus på oprettelse af døgnrytmeplaner, som kan anvendes af vikarer og afløsere, som et trygt arbejdsredskab. Medarbejderne beskriver, hvordan døgnrytmeplanerne skal indeholde korte og præcise beskrivelser af beboerens pleje og støtte og tage udgangspunkt i beboerens ressourcer, vaner og behov. Medarbejderne fremhæver desuden fokus på særlige hensyn i relation til den enkelte beboer, hvortil medarbejderne nævner relevante eksempler.

Medarbejderne beskriver, hvordan kontaktpersonerne har det primære ansvar for udarbejdelsen og opdateringen af døgnrytmeplanerne. Døgnrytmeplanerne opdateres ved ændringer og med sammenhæng til beboerens funktionsevnetilstande. Medarbejderne fortæller desuden, at der aktuelt er et fokus på at indhente oplysninger til journalernes Generelle oplysninger, hvor det indtil videre primært er helbredsoplysningerne, der konsekvent udfyldes. I forhold til tilbagemeldingspligten fortæller medarbejderne, at de afholder daglig triage, hvor beboere gennemgås med henblik på deres aktuelle funktionsniveau og helbredstilstand. Retningslinjerne foreskriver, at den medarbejder, der konstaterer en ændring i en beboers tilstand, også er den, der skal dokumentere ændringen.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at plejecentret har arbejdet meget målrettet med dokumentationen, hvilket afspejles i, at der generelt ses opdaterede og fyldestgørende døgnrytmeplaner, som kan anvendes som et aktivt redskab i hverdagen. Døgnrytmeplanerne fremstår generelt handlevejledende og individuelt beskrevet, fraset enkelte tilfælde, hvor beskrivelserne for nat og bad er sparsomme og med manglende handlevejledning. Dertil er det tilsynets vurdering, at funktionsevnetilstande og generelle oplysninger ses udfyldt med relevante og opdaterede oplysninger, fraset en beboer, hvor livshistorien ikke er beskrevet. I relation til opfølgning på observationer konstaterer tilsynet enkelte mangler. Tilsynet vurderer, at medarbejderne på faglig og reflekteret vis kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med oprettelse, anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

3.3 Personlig pleje

Data

OBSERVATION

Tilsynet taler med tre beboere. Hos alle beboere ses det, at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats svarer til deres behov. Beboerne fremstår derfor soignerede og veltilpasse i overensstemmelse med deres habitus.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne fortæller, at de får den hjælp og støtte, som de har behov for, og at de er trygge ved den tildelte hjælp, som primært leveres af kendte og vellidte medarbejdere. Beboerne fortæller, at de oplever, at hjælpen er af en god kvalitet. Hjælpen leveres desuden som aftalt. Alle beboere fremfører, at de gør det, de selv er i stand til, hvortil beboerne giver eksempler på, hvordan de selv udfører dele af deres personlige hygiejne.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan de i forbindelse med en ny beboers indflytning indledningsvist anvender det materiale, som ofte følger med ved overgangen fra f.eks. hospital, rehabiliteringen eller hjemmeplejen. Medarbejderne beskriver, at de herefter har fokus på identificering af beboernes ressourcer og tilrettelæggelsen af plejen med udgangspunkt heri. Der tages hensyn til beboernes ønsker og vaner i planlægningen, f.eks. i forhold til, hvornår beboerne ønsker at stå op om morgenen. Hertil giver medarbejderne desuden udtryk for, at der altid er mulighed for at tage udgangspunkt i beboerens dagsform, f.eks. hvis beboeren ikke har sovet godt om natten, og har behov for at sove lidt længere end vanligt.

Medarbejderne beskriver, hvordan tryghed for den enkelte beboer etableres gennem medarbejdernes tilgang og fokus på tryghedsskabende faktorer, såsom øjenkontakt, nærvær, lytte og udvise tålmodighed. Medarbejderne beskriver desuden, hvordan tryghed skabes ved, at beboernes behov som udgangspunkt varetages af deres faste kontaktpersoner, hvorfor den daglige planlægning sker med udgangspunkt i kontaktpersonsordningen, men også med skelen til kompleksitet, og hvilke kompetencer der er til rådighed på dagen.

I forbindelse med interviewet kan medarbejderne beskrive, hvordan der i alle sammenhænge er fokus på en rehabiliterende tilgang og på at sikre, at beboerne får tilbud om træning og aktiviteter. Medarbejderne beskriver, at det f.eks. kan være, at beboeren har behov for støtte til personlig hygiejne og påklædning, men måske selv kan tage blusen på. I relation til faglige tilgange nævner medarbejderne bl.a. Maslows Behovspyramide, og i tillæg hertil beskriver medarbejderne flere eksempler på en personcentreret omsorg. Bl.a. beskriver en medarbejder, hvordan hun synger for en beboer under plejen, og at hun oplever god effekt heraf. En anden medarbejder beskriver, hvordan en beboer altid har været vant til at tage bad om aftenen, og at beboeren fortsat tilbydes dette på plejecentret. Medarbejderne beskriver ligeledes beboere med manglende erkendelse af behov for hjælp, hvortil medarbejderne foretager en konkret vurdering af, hvordan den enkelte beboer håndteres pædagogisk.

Medarbejderne kan redegøre for, hvordan de handler i tilfælde af, at en beboer bliver dårlig, hvortil medarbejderne er bevidste om eget ansvars- og kompetenceområde. Medarbejderne tilføjer, at den daglige triage også bidrager til at kvalificere afløseres observationer.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboerne er soignerede i overensstemmelse med deres habitus. Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever at få den hjælp til personlig pleje og støtte, de har behov for, samtidig med, at de sikres inddraget. Det er desuden tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med tilrettelæggelsen af en personcentreret pleje og omsorg, hvortil medarbejderne er opmærksomme på at anvende en rehabiliterende tilgang. Medarbejderne er desuden bevidste om eget og kollegers ansvars- og kompetenceområde.

3.4 Praktisk hjælp og støtte

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer, at de besøgte boliger fremstår renholdte og ryddelige, ligesom alle fællesarealer fremstår rene. Dertil ses generelt rene hjælpemidler.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til rengøring og praktiske opgaver, og en beboer beskriver, at hjælpen til rengøring er *'ualmindelig god'*. Beboerne deltager aktivt i de praktiske opgaver i samarbejde med medarbejderne, f.eks. i relation til oprydning.

En beboer kan ikke besvare spørgsmålet.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan faste rengøringsmedarbejdere varetager rengøringen i boligerne. Medarbejderne bistår beboerne med akutte rengøringsopgaver og oprydning. Beboerne inddrages individuelt i de praktiske opgaver efter funktionsniveau. Medarbejderne nævner bl.a., hvordan en beboer hver dag hænger menuer op, og andre beboere, som deltager i at fodre husets fugle.

På forespørgsel omkring almindelige hygiejniske retningslinjer kan medarbejderne redegøre for korrekt anvendelse af handsker og engangsforklæde samt for udførelse af håndhygiejne i overensstemmelse med retningslinjerne. Medarbejderne er ligeledes i stand til at redegøre for håndtering af smitteudbrud på plejecentret, eksempelvis har plejecentret aktuelt flere COVID-tilfælde.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at den praktiske hjælp leveres efter en god faglig standard, hvor både boliger og fællesarealer fremstår ryddelige og rengjorte. Dertil vurderes det, at beboerne oplever, at den praktiske hjælp og støtte er svarende til deres behov. Det er tilsynets vurdering, at beboerne inddrages aktivt efter funktionsniveau, og at de er tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for tilrettelæggelse af de praktiske opgaver, herunder inddragelse af beboerne. Medarbejderne kender de hygiejniske retningslinjer i relation til både almindelige daglige plejeopgaver og i tilfælde af smitteudbrud.

3.5 Mad og måltider

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer, hvordan plejecentret tilbyder beboerne fælles morgenbuffet i plejecentrets stueetage, hvor mange beboere er samlet på tilsynsdagen. Tilsynet observerer desuden beboere, som efter eget ønske, indtager morgenmåltidet i egen afdeling eller bolig. Morgenbuffet'en understøtter beboernes egne ressourcer, hvor de, der selv kan, forsyner sig selvstændigt. Måltiderne afvikles i en ramme, som fremstår hyggelig og understøtter et behageligt socialt miljø, hvortil tilsynet bemærker, at buffeten er anrettet særdeles appetitlig med udskåret frisk frugt og nybagt brød.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne beskriver stor tilfredshed med afviklingen af måltiderne på plejecentret, hvortil de oplever, at de selv kan bestemme, hvor de ønsker at indtage deres måltider. Beboerne beskriver en god stemning og mulighed for hyggeligt socialt samvær i forbindelse med indtagelse af morgenmåltider i stueetagen. Beboerne giver udtryk for tilfredshed med madens kvalitet og variation, og de fortæller, at den serveres på en indbydende og appetitlig måde.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan beboerne har mulighed for at have indflydelse på menuen, bl.a. i forbindelse med beboermøder. Desuden har beboerne stor valgfrihed i forbindelse med måltiderne, bl.a. fordi morgenmaden serveres som en velassorteret buffet. I forbindelse med frokosten anretter medarbejderne pålægsfade til beboere, som selv kan anrette smørrebrødet. De øvrige beboere får støtte til at anrette maden.

Medarbejderne beskriver, hvordan de understøtter det gode måltid gennem faste roller under måltiderne, f.eks. er der medspisende måltidsværter ved hvert bord til frokost, som understøtter samtale og god stemning ved bordet. Medarbejderne beskriver fokus på beboersammensætningen ved bordene.

Tilsynets vurdering – 5

Det er tilsynets vurdering, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboerne tilbydes socialt samvær, valgfrihed og appetitlig anrettet mad i forbindelse med afviklingen af den daglige morgenbuffet i stueetagen. Tilsynet vurderer, at beboerne er særdeles tilfredse med madens kvalitet, mulighed for medindflydelse og rammerne for måltidet, samt at medarbejderne på reflekteret vis kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre 'Det gode måltid'.

3.6 Kommunikation og adfærd

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer en meget venlig og imødekommende kommunikation på fællesarealerne, hvor beboernes behov understøttes på en omsorgsfuld og nærværende måde. Tilsynet observerer flere tilfælde, hvor beboere har behov for hjælp, og at der er en umiddelbar reaktion herpå, bl.a. en kognitivt svækket beboer, som en medarbejder straks aflæser har behov for toiletbesøg, alene på baggrund af beboerens adfærd. Tilsynet bemærker, hvordan beboerne mødes med smil og en hånd på armen eller omkring ryggen. Tilsynet bemærker ligeledes, at der er en særdeles venlig og anerkendende omgangstone medarbejderne imellem.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne oplever, at de har en god kontakt med medarbejderne, som opleves søde og flinke. Beboerne oplever desuden, at der er respekt omkring deres privatliv og personlige grænser. En beboer fortæller, hvordan medarbejderne altid er meget omsorgsfulde, nærværende og kærlige.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan de i forbindelse med kommunikationen med beboerne er opmærksomme på at signalere 'Du er vigtig' til beboerne. Medarbejderne beskriver desuden, hvordan de i dialogen med beboerne taler ærligt, tydeligt, forståeligt og med øjenkontakt og evt. berøring. Medarbejderne italesætter, hvordan de er opmærksomme på at vælge den rette medarbejder og det rette match i forhold til beboerne, og at der er fokus på, at medarbejderen ikke skal tage det personligt, hvis relationsdannelsen ikke lykkes i forhold til en beboer.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne har en respektfuld og imødekommende kommunikation med og adfærd overfor beboerne. Dertil vurderer tilsynet, at beboerne oplever, at medarbejderne optræder omsorgsfulde og nærværende. Tilsynet vurderer desuden, at medarbejderne kan redegøre fyldestgørende for faktorer, som medvirker til at skabe en ligeværdig og respektfuld kommunikation.

3.7 Aktiviteter og træning

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer et aktivt hverdagsliv på plejecentret, hvor mange af beboerne opholder sig på fællesarealerne i hyggeligt samvær med medbeboere og medarbejdere. Plejecentret afvikler daglige aktiviteter, som fremgår på plejecentrets elektroniske skærme. På tilsynsdagen er der tilbud om deltagelse i IT-klubben. Tilsynet observerer desuden, hvordan der er flere fuglebure, herunder en papegøje, samt akvarier.

BEBOERINTERVIEW

Alle beboerne giver udtryk for at kende til husets tilbud om aktiviteter og muligheden for deltagelse heri. Beboerne oplever, at medarbejderne opfordrer beboerne til at deltage i aktiviteterne, men at der er mulighed for at vælge til og fra efter lyst og evne. En beboer sørger hver dag for at fodre plejecentrets papegøje, og en anden beboer fortæller, at der ofte er ture ud af huset, som beboeren gerne deltager i.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan der udbydes et bredt udvalg af aktiviteter, herunder beskrives der bl.a. et meget populært Curlinghold, som mange beboere deltager aktivt og engageret i. Hertil nævnes aktiviteter, såsom busture og IT-klubben. Medarbejderne beskriver, at der er ansat en pædagog, som varetager planlægningen og afholdelse af husets aktiviteter. Medarbejderne italesætter et velfungerende samarbejde med de eksterne terapeuter, som kommer i huset, og medarbejderne supplerer terapeuternes indsatser med motionstilbud til beboerne, f.eks. stolegymnastik, når tiden tillader det.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på plejecentret. Beboerne tilkendegiver tilfredshed med de tilbudte aktiviteter, og at de deltager heri efter eget ønske. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for området.

3.8 Medicinhåndtering

Data

OBSERVATION

Dokumentation (Medicinoversigten)

Alle tre beboeres medicinoversigter ses generelt opdaterede, og alle ordinationer ses med dato for ordination, beskrevet med indikation, dosis og antal tabletter. Pn medicin er angivet med antal enheder og max. døgndosis. Det er tydeligt angivet, om medicinen er fast eller pn, og det er tydeligt registreret, om beboeren er selvadministrerende. Tilsynet konstaterer enkelte mangler i relation til dokumentationen:

- I forhold til to medicinoversigter ses manglende opdatering af enkelte handelsnavne.
- På to medicinoversigter ses tilfælde med manglende overensstemmelse imellem ordination og label på medicinpakken i beholdningen. Der er ikke gjort opmærksom herpå i dokumentationen.
- I et tilfælde ses manglende overensstemmelse imellem medicinoversigten og beboerens døgnrytmeplan, idet beboerens døgnrytmeplan ikke er opdateret i forhold til, at beboeren er nyopereret i øjnene. Døgnrytmeplanen beskriver fortsat, at 'Beboers øjne kan dryppes ved behov', hvilket er en henvisning til, at beboeren normalt anvender viskøse øjendråber, som under normale omstændigheder kan håndteres af oplærte uautoriserede medarbejdere.

Opbevaring

For alle tre medicingennemgange ses, at beboerens medicinbeholdning opbevares i plastkasse i plejecentrets medicinrum. Dispenseret medicin opbevares i medicinvogn til den aktuelle uge. Ikke-dispensérbar medicin opbevares ligeledes i beboerens bolig. Der anvendes farvede poser for at sikre tydelig adskillelse af aktuel og ikke anbrudt aktuel medicin samt adskillelse af seponeret og pn medicin. Tilsynet observerer følgende mangler i relation til opbevaring:

- I et tilfælde forefindes et seponeret præparat i en pn pose.
- I et tilfælde forefindes et seponeret præparat sammen med den aktuelle medicin.
- I et tilfælde mangler et ordineret pn præparat i medicinbeholdningen.

Risikosituationslægemidler

En beboer er i behandling med et risikosituationslægemiddel, hvortil der ses relevante og udførlige beskrivelser under beboerens helbredstilstand. I relation til beboerens blodfortyndende behandling ses beskrivelser af kontroller hos egen læge, måling af værdier og frekvens samt opmærksomheder i forhold til behandlingen, bl.a. i forbindelse med eventuelle fald.

Dispensering af medicin

Doseringsæsker er mærkede med CPR-nummer og beboerens navn. I alle tre medicingennemgange ses der overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinoversigten og antallet af tabletter i doseringsæskerne og i dosisdispenserede poser med den faste medicin.

Administration af medicin

Alle tre beboere har på tilsynsdagen fået deres medicin, svarende til ordination og tidspunkt, og der er ligeledes kvitteret for medicinadministrationen, inklusiv ikke-dispensérbare præparater.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne giver udtryk for at være trygge ved medarbejdernes håndtering af deres medicin. Beboerne fortæller, at medicinen udleveres til tiden. En beboer er ikke i stand til at besvare spørgsmålet.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne kan redegøre for dokumentation og opbevaring af beboernes medicin. Social- og sundhedsassistenterne kan redegøre for medicindispenseringsprocessen, herunder gennemgang og opdatering af medicinoversigten, dispensering til perioden samt kontrol efter dispensering. En udpeget medicinansvarlig varetager administration af al medicin, hvortil medarbejderen tjekker navn og CPR-nummer samt tæller tabletterne. Hvis den medicinansvarlige er uddannet social- og sundhedshjælper, tager medarbejderen kontakt til en social- og sundhedsassistent eller sygeplejerske, hvis der er afvigelser i antal tabletter.

Medarbejderne har kendskab til risikosituationslægemidler, hvortil de kan nævne to ud af syv præparater. Dertil kan medarbejderne beskrive, hvorfor der skal være en skærpet opmærksomhed på risikosituationslægemidler, og hvilke arbejdsgange der er gældende på plejecentret i relation hertil.

En social- og sundhedsassistent nævner afslutningsvist, at der er stor tillid imellem faggrupperne, og medarbejderen oplever, at social- og sundhedshjælperne er meget kompetente, og de sikrer relevant tilbagemelding, f.eks. i forhold til bivirkninger til beboernes forskellige behandlinger.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der i relation til området er enkelte, mindre alvorlige mangler, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats, herunder at sikre, at den ordinerede medicin altid forefindes i beholdningen, at seponeret medicin opbevares adskilt fra aktuel medicin, og at medicinoversigten og beboerens øvrige dokumentation opdateres i relation til ændringer i beboerens behandlinger.

Tilsynet vurderer, at beboerne er trygge ved håndteringen af deres medicin, og medarbejderne kan redegøre meget tilfredsstillende for området, dog med lidt usikkerhed i forhold til at nævne risikosituationslægemidlerne.

4. Tilsynets formål og metode

4.1 Formål

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for borgere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 Metode

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 Vurderingsskema

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
Score: 4	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne • En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne • Få elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
Score: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne • Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 tilrettelæggelse

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-3 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

Om BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejehjem, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.

Relateret document 14/18

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Plejecenter Jægersborghave 2023-Gentofte-Endelig rapport.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Plejecenter Jægersborghave 2023-Gentofte-Endelig rapport**
Dokument ID:	**5310344**

Tilsynsrapport Gentofte Kommune

Plejecenter Jægersborghave

Uanmeldt tilsyn
November 2023

Indhold

Indhold 2
Forord 3
1. Oplysninger om plejecentret 4
2. Vurdering 5
2.1 Tilsynets vurderinger 5
2.2 Tilsynets anbefalinger 6
3. Datagrundlag 8
3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder 8
3.2 Dokumentation 9
3.3 Personlig pleje 10
3.4 Praktisk hjælp og støtte 11
3.5 Mad og måltider 12
3.6 Kommunikation og adfærd 13
3.7 Aktiviteter og træning 14
3.8 Medicinhåndtering 15
4. Tilsynets formål og metode 17
4.1 Formål 17
4.2 Metode 17
4.3 Vurderingsskema 18
4.4 Tilsynets tilrettelæggelse 19
Om BDO 20

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt tilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering af centret og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete center.

Anden del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og de individuelle undersøgelser. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. 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: 28 10 56 80
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Mette Norré Sørensen
Director
Mobil: 41 89 04 75
Mail: meo@bdo.dk
Projektansvarlig

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

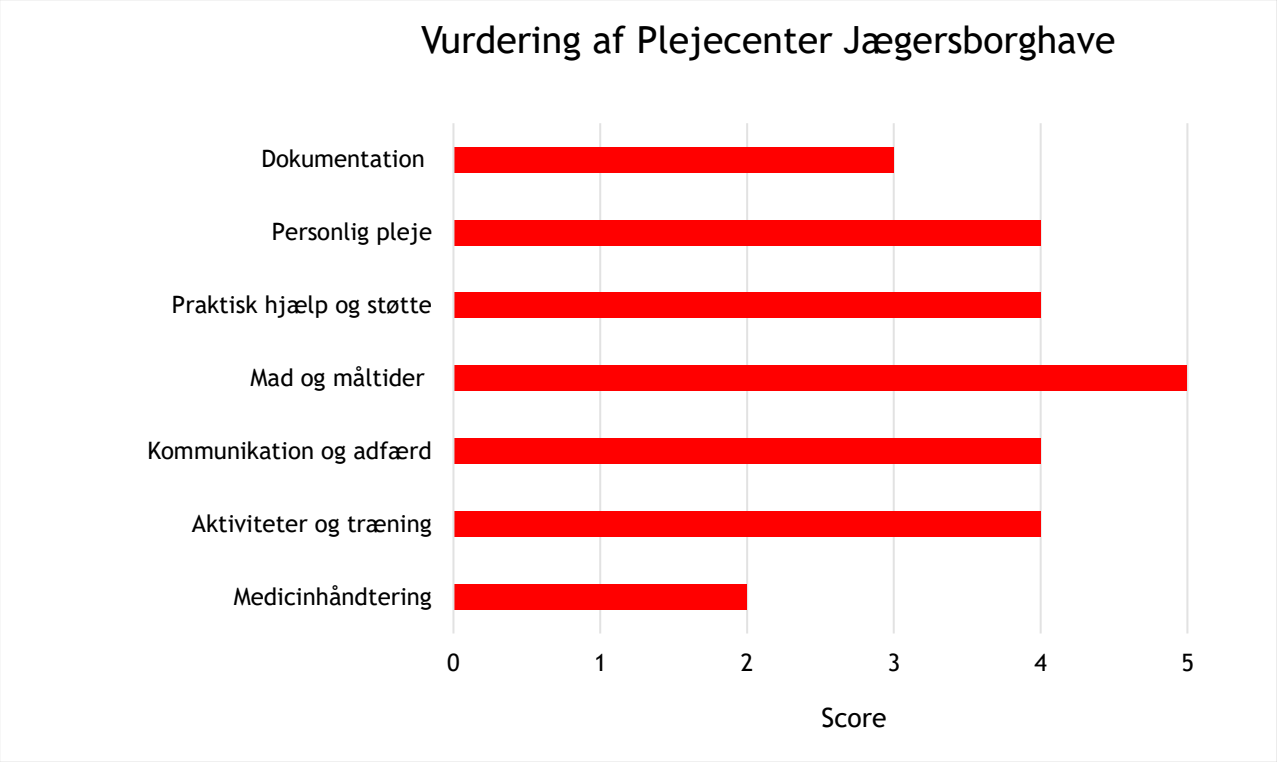
1. Oplysninger om plejecentret

Oplysninger om plejecentret og tilsynet
Navn og adresse: Plejecenter Jægersborghave, Jægersborg Alle 150, 2820 Gentofte
Leder: Ulla Rytved
Antal boliger: 144 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 10. november 2023
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejecentrets ledelse • Interview af syv beboere • Gennemgang af dokumentation (SEL) for syv beboere • Gennemgang af medicinhåndtering for syv beboere • Gruppeinterview med fire medarbejdere (en plejehjemsassistent, en social og sundhedsassistent og to social- og sundhedshjælpere) • Beboerne, der 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 Lee Anderskov, Senior manager og sygeplejerske Kristina Ovesen, Manager og sygeplejerske Andreas Bertelsen, Manager og sygeplejerske

2. Vurdering

2.1 Tilsynets vurderinger

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation

Det er tilsynets vurdering, at der er flere elementer af fyldestgørende dokumentation. Dog er det tilsynets vurdering, at der er en del mangler, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats. Det vurderes, at døgnrytmeplanerne generelt mangler systematik og ensretning. Dertil mangler der beskrivelse af medicinadministration ved opgaveoverdragelse.

Desuden er det tilsynets vurdering, at der er mangler i forhold til udfyldelse af generelle oplysninger, opdatering af funktionsevnetilstande samt opfølgning på observation med forværring.

På trods af de konstaterede mangler på dokumentationen vurderer tilsynet, at de interviewede medarbejdere kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

Personlig pleje

Tilsynet vurderer, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne generelt er tilfredse med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje fra det faste personale. Enkelte beboere oplever, at kvaliteten påvirkes negativt, når der er vikarer. Her kan der opleves længere ventetid på besvarelse af nødkald samt mindre omhyggelighed i hjælpen.

Det er tilsynets vurdering, at de interviewede medarbejdere på en særdeles faglig reflekteret måde kan redegøre for hjælpen til personlig pleje og praktisk støtte, og at medarbejderne i høj grad udviser en faglig forståelse for arbejdet med principperne bag den personcentrerede omsorg og den rehabiliterende tilgang.

Praktisk hjælp og støtte

Tilsynet vurderer, at den praktiske hjælp leveres efter en god faglig standard, hvor både boliger og fællesarealer fremstår ryddelige og rengjorte. De observerede hjælpemidler fremstår generelt rengjorte, fraset en elektrisk kørestol, som fremstår med indtørrede madrester.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever, at den praktiske hjælp og støtte er svarende til deres behov. Det er tilsynets vurdering, at beboerne inddrages aktivt efter funktionsniveau, at der er tilfredshed med kvaliteten af hjælpen, samt at medarbejderne kan redegøre for området.

Mad og måltider

Det vurderes, at der skabes en hyggelig og rolig stemning under de observerede måltider. Hertil vurderes det, at rammerne om måltidet tager afsæt i en rehabiliterende tilgang med fokus på at sikre beboernes selvbestemmelse og medindflydelse. Dertil tilbydes beboerne socialt samvær og appetitlig anrettet mad i forbindelse med måltiderne. Tilsynet vurderer, at beboerne er særdeles tilfredse med madens kvalitet, mulighed for medindflydelse og rammerne for måltidet, samt at medarbejderne på reflekteret vis kan redegøre for faktorer, der medvirker til at understøtte 'Det gode måltid'.

Kommunikation og adfærd

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne generelt udviser en respektfuld og anerkendende adfærd og kommunikation med beboerne. Tilsynet vurderer dog, at der er et tilfælde, hvor der anvendes en mindre professionel kommunikation, idet en beboer tiltales ved kælenavn, uden at det fremstår som værende beboerens ønske. Det er tilsynets vurdering, at de interviewede beboere oplever, at medarbejderne er ordentlige, omsorgsfulde og flinke. Dertil vurderes det, at de interviewede medarbejdere på faglig reflekteret vis kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe en ligeværdig og respektfuld kommunikation.

Aktiviteter og træning

Det vurderes, at der generelt udbydes aktiviteter og vedligeholdende træning på Jægersborghave. Beboerne tilkendegiver generelt tilfredshed med tilbuddet af aktiviteter, og at de deltager heri efter eget ønske. Dog er det tilsynets vurdering, at en beboer efterspørger information om aktivitetstilbud, og at beboeren savner flere tilbud.

Det er tilsynets vurdering, at de interviewede medarbejdere på faglig vis kan redegøre for den vedligeholdende træning i hverdagen samt for prioriteringen af aktiviteter.

Medicinhåndtering

Tilsynet vurderer, at der er væsentlige mangler i opfyldelsen af målepunkterne til medicinhåndteringen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats at rette op på. Det er tilsynets vurdering, at manglerne særligt vedrører opbevaring, risikosituationslægemidler, dispensering og administration. Det er dog tilsynets vurdering, at beboerne er tilfredse og trygge med medarbejdernes hjælp, og de interviewede medarbejdere kan overordnet redegøre for arbejdsgange ved medicinadministration og dispensering.

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:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter en målrettet indsats på dokumentationsområdet, således at:
    - Døgnrytmeplaner opbygges med en ens systematik og struktur.
    - Funktionsevnetilstande løbende opdateres ift. beboernes begrænsninger.

- Generelle oplysninger beskrives med oplysninger, der vil give mening og værdi for den personcentrerede omsorg og i relations arbejdet.
- Der dokumenteres opfølgning på observationsnotater med forværring.

2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortætter med en øget opmærksomhed på, at vikarer har den nødvendige viden om beboernes behov, særlige udfordringer, ønsker og vaner, før plejen opstartes.
3. Tilsynet anbefaler, at der rettes en opmærksomhed på arbejdsgange vedrørende rengøring af beboernes hjælpemidler.
4. Tilsynet anbefaler, at der igangsættes faglige drøftelser af anvendelse af kælenavne i kommunikationen med beboerne.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter en opmærksomhed på, at alle beboere, for hvem det er relevant, får information om de planlagte samt spontane aktiviteter.
6. Tilsynet anbefaler, at ledelsen igangsætter en skærpet og målrettet indsats på medicinhåndteringen, således at:
    - Der implementeres en arbejdsgang for medicindispensering, hvor det sikres, at der dispenseres korrekt, jf. ordination.
    - Der implementeres en arbejdsgang for at tjekke medicinens holdbarhed inden anvendelse.
    - Der konsekvent kvitteres for administreret medicin.
    - Behandlingsplan for risikosituationslægemidler beskrives, herunder beskrivelse af smerteproblematik, aftaler om kontrol/opfølgning.
    - Der påføres anbrudsdato på ikke-dispensérbar medicin med begrænset holdbarhed efter åbning.
    - Al ordineret medicin forefindes i beholdningen.
    - Der sikres systematisk struktur i opbevaringen af medicin, så der sikres adskillelse af aktuel og ikke anbrudt aktuel medicin samt adskillelse af seponeret medicin og pn medicin.

3. Datagrundlag

3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder

Data

LEDERINTERVIEW:

Ved sidste års tilsyn fik plejecentret anbefalinger vedrørende syv temaer; 1) dokumentation, 2) personlig pleje, 3) mad og måltider, 4) kommunikation og adfærd, 5) aktiviteter og træning, 6) medicinhåndtering og 7) organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde.

Plejecentret arbejder målrettet med dokumentationen, og det fremhæves, at dette arbejde er en kontinuerlig udviklingsproces. Hele kommunen er i proces med at "re-implementere" Nexus, herunder at etablere ensrettede arbejdsgange på tværs af enhederne i kommunen. En styregruppe i kommunen, bestående af medlemmer fra de fleste enheder, arbejder med at udvikle og implementere en fælles retning for en ensartet dokumentationspraksis.

Dertil har Jægersborghave organiseret sig med Nexus-superbrugere på tværs af afdelingerne, som mødes hver 14. dag til faglige drøftelser om system-releases og praksisnær dokumentation. Superbrugergruppen har fx senest haft et stort fokus på døgnrytmeplaner. Her er der særligt arbejdet med at tydeliggøre den personcentrerede tilgang i døgnrytmeplanerne, og det er ledelsens oplevelse, at døgnrytmeplanerne nu fremstår mere fyldestgørende. Afdelingssygeplejerskerne følger med i kvaliteten af dokumentationen, og de tager ofte dokumentationen op på faglige møder.

Desuden arbejdes der, som noget nyt i kommunen, med "KMD basis rapportering", hvor ledelsen månedligt kan trække data ia udviklingssygeplejersken fra omsorgssystemet. Fx kan der trækkes data på, hvilke beboere der har en bestemt indsats, og om helbredstilstandene er tilsvarende oprettede. Det er ledelsens opfattelse, at rapporteringssystemet kan bidrage som et relevant ledelsesredskab til udvikling af dokumentationsområdet.

Ledelsen redegør for, at der i forhold til anbefalingen vedrørende personlig pleje, herunder kvaliteten af hjælpen, når den leveres af vikarer, har været fokus på, at vikarerne ved ankomst bliver introducerede til opgaverne. Vikarerne får udleveret Nexus mobil, vikarkode, og de bliver vist omsorgssystemet, så de som minimum ved, hvor døgnrytmeplanen tilgås.

Vedrørende anbefalingen omkring mad og måltider har der siden sidste tilsyn været arbejdet med "Projekt mad og måltidspolitik". Medarbejderne har været på kursus, og der arbejdes kontinuerligt med at udvikle på området. Ledelsen fortæller, at måltidet er en vigtig del af hverdagslivet for beboerne, og udvikling af området prioriteres højt. Der arbejdes blandt andet med, hvordan måltidet starter og slutter, rollefordeling, afskærmning, ro, indretning, hjemlighed og hygge. Dertil arbejdes der med at forstå sammenhængen og betydningen mellem fx beboernes behov, omgivelser, madens præsentation og appetit. Der er lavet skilte til pårørende, så de ledes uden om spisestuen under måltiderne. Dertil er der lavet måltidsplakater, så medarbejdere, med anden kulturel baggrund end dansk, kan se, hvordan maden skal anrettes. Medarbejderne, som bestiller mad, har fået redskaber til at se økologiprocent, årstidens grøntsager, og de arbejder i højere grad med beboerinddragelse. Desuden er der samarbejdet med en lokalansat demenskonsulent i forhold til at danne små og hensigtsmæssige spisefællesskaber, der i højere grad imødekommer beboere med kognitive udfordringer.

Ledelsen beskriver i relation til anbefalingen vedrørende kommunikation og adfærd, at der på de daglige morgenmøder er et stort fokus på at planlægge dagen, så aftaler med beboerne overholdes og prioriteres. Dertil arbejdes der kontinuerligt med, at den personcentrerede tilgang er omdrejningspunktet for at være sammen med beboerne, uanset travlhed. Der har været undervisning i personcentret omsorg med udgangspunkt i værktøjskassen fra demensrejseholdet.

I forhold til aktiviteter og træning er der blevet arbejdet med at styrke fællesskabet mellem nord og syd, og Orangeriet i midten fungerer som et fælles samlingspunkt, hvor der afholdes arrangementer flere gange om måneden. Det fremhæves, at beboerne altid skal have mulighed for kulturelle oplevelser, hvis de ikke har mulighed for at træde ud i samfundet.

Dertil er der aktiviteter i hver enkelt afdeling, som springer ud af et dagligt fokus på det gode hverdagsliv, og som tilpasses og afstemmes med beboerne på afdelingerne. Medarbejderne arrangerer fx hverdagsaktiviteter, såsom børnehavebesøg, hundebesøgsvenner, gymnastik, gåture osv.

I forhold til anbefalingen vedrørende medicinhåndtering fortæller ledelsen, at der er et øget fokus, og at der er en proces i gang. Der er blevet ansat en udviklingssygeplejerske, som arbejder med udvikling af området. Der er blandt andet implementeret brug af doseringsmåtter, som tydeliggør struktur under doseringsprocessen. Der er etableret medicinvogne i alle afdelinger med arbejdsgange for hvert vagtlags ansvarsområde. Dertil har der været fokus på håndtering af ikke-dispensérbar medicin og kvittering. Desuden arbejdes der med samlerapportering på ikke givet medicin til læring og fokus på de daglige arbejdsgange for medicinadministration.

I relation til anbefalingen vedrørende organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde, herunder rekruttering af medarbejdere, er der siden sidste tilsyn ansat ca. 28 nye medarbejdere, og der er åbnet tre nye afdelinger med i alt 72 beboere. Der er primært ansat faglærte medarbejdere, men der er også ufaglærte ansat. Ledelsen skal i nærmeste fremtid på kursus omhandlende rekruttering og fastholdelse. Der arbejdes allerede via MED møder med faktorer, der spiller ind på "Den gode arbejdsplads", som fx fleksibilitet, seniorordninger osv.

Af andre faglige udviklingsområder fortæller ledelsen, at Jægersborghave er optaget af mange forskellige områder ud over ovenstående. Der fremhæves særligt palliationsindsatsen, som også er et fokus centralt fra, hvor flere medarbejdere har været på kursus. Der er udpeget en medarbejder, som tovholder for palliation, og som skal facilitere og fastholde fokus. Der arbejdes fx med kulturen, når en beboer dør. Både i forhold til pleje og lindring under den terminale fase, men også med fokus på medbeboerne, og den sorg, de kan opleve. Medarbejderne skal klædes på, så de kan gå ind i de svære samtaler.

Dertil har pårørendesamarbejdet og beboeres og pårørendes medinddragelse et stort fokus. Der er et velfungerende beboer-/pårørenderåd, som der arbejdes tæt sammen med.

3.2 Dokumentation

Data

OBSERVATION

Der foretages observation i syv beboeres omsorgsjournal.

Døgnrytmeplanen

Døgnrytmeplanerne fremstår generelt opdaterede og aktuelle for alle syv beboere, og de indeholder overordnet beskrivelser af den hjælp og støtte, som beboerne modtager over døgnet. I døgnrytmeplanerne fremgår der beskrivelser af beboernes ressourcer og særlige opmærksomhedspunkter, som fx at beboeren sover med åben dør. Dertil ses beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, som fx, at beboeren har skrøbelig hud, kroniske smerter, nedsat balance eller kognitive udfordringer, og ved alle eksempler er det beskrevet, hvilke forebyggende handlinger, der skal udføres. Tilsynet konstaterer dog, at døgnrytmeplanerne fremstår uensartede uden en tydelig struktur og systematik.

Det bemærkes, at der er en uensartet arbejdsgang i forhold til dokumentation af opgaveoverdragede sundhedslovsindsatser, herunder medicinadministration. Beskrivelse af denne opgave er i nogle tilfælde beskrevet i henholdsvis døgnrytmeplanen, handlingsanvisning eller i funktionsevnetilstanden. I nogle tilfælde mangler beskrivelsen helt.

Funktionsevnetilstande

Funktionsevnetilstandene ses i de syv journaler i varieret grad aktiveret, opdateret og relevant udfyldt. Der ses følgende mangler:

- For tre beboere mangler der opdatering af funktionsevnetilstande.
- For en beboer mangler der oprettelse af tre funktionsevnetilstande.

Generelle oplysninger

I størstedelen af journalerne ses der mangler under de generelle oplysninger, hvortil der f.eks. ikke er taget stilling til beboernes mestring, ressourcer eller livshistorie.

Observationsnotater:

Tilsynet konstaterer, at der kun i nogen grad er dokumenteret opfølgning på observationer med forværring. Fx konstateres der manglende opfølgning på en beboer, der er beskrevet med smerter, en beboer, der er beskrevet med hudproblematik og hævelse af hånd, og en beboer, der er beskrevet som værende forvirret.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Døgnrytmeplanen anvendes som redskab i det daglige. Det er kontaktpersonen og gruppelederen, der er ansvarlige for oprettelse af døgnrytmeplanerne. Planerne tilrettes i det daglige, når beboernes behov ændrer sig, og derudover er der faste planlagte gennemgange, hvor kadencen herfor dog er forskellig i afdelingerne. Døgnrytmeplanerne skal til enhver tid kunne anvendes af vikarer og afløsere eller af faste medarbejdere, der skal passe en beboer, som de ikke kender.

En god døgnrytmeplan er udspecificeret i forhold til at forberede medarbejderen på, hvad det er for en beboer, der skal have hjælpen. Planerne skal således indeholde en detaljeret beskrivelse af, hvordan plejen skal leveres ved den individuelle beboer. Fx hvis en beboer gerne vil sove længe, skal dette fremgå af planen.

Funktionsevnetilstande beskrives i forhold til, hvad beboerne kan. Der arbejdes med Generelle oplysninger med, men på forskellig vis, hvortil medarbejderne fortæller, at der er en proces i gang i forhold til at få disse udfyldt på relevant vis.

Ved observerede ændringer i beboernes tilstand dokumenteres der observationsnotat, hvortil der dokumenteres opfølgning, når denne er foretaget.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er flere elementer af fyldestgørende dokumentation. Dog er det tilsynets vurdering, at der er en del mangler, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats. Det vurderes, at døgnrytmeplanerne generelt mangler systematik og ensretning. Dertil mangler der beskrivelse af medicinadministration ved opgaveoverdragelse.

Desuden er det tilsynets vurdering, at der er mangler i forhold til udfyldelse af generelle oplysninger, opdatering af funktionsevnetilstande samt opfølgning på observation med forværring.

På trods af de konstaterede mangler på dokumentationen vurderer tilsynet, at de interviewede medarbejdere kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

3.3 Personlig pleje

Data

OBSERVATION

Tilsynet har interviewet syv beboere. Hos alle syv beboere ses det, at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats svarer til deres behov. Beboerne fremstår soignerede og veltilpasse i overensstemmelse med deres habitus.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne fortæller, at de generelt får den hjælp og støtte, som de har behov for, og at de generelt er trygge ved den tildelte hjælp, som primært leveres af kendte og vellidte medarbejdere. Beboerne fortæller, at de oplever, at hjælpen er af en god kvalitet, og at hjælpen leveres som aftalt. Alle beboere

fremfører, at de gør det, de selv er i stand til, hvortil beboerne giver eksempler på, hvordan de selv udfører dele af deres personlige hygiejne. Dog er der to beboere, som ikke er helt tilfredse med hjælpen, når den leveres af vikarer. Her oplever den ene beboer, særligt om natten, længere tid på besvarelse af nødkald og mindre kvalitet i hjælpen. Den anden beboer oplever, at vikarer ikke altid er gode og omhyggelige, og at de ikke kender rytmen og beboeren.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Plejen tilrettelægges ud fra hygiejniske principper og ud fra, hvad beboeren selv kan udføre. Der arbejdes altid rehabiliterende, da det er vigtigt at understøtte beboerens egne ressourcer. Kender medarbejderen ikke beboeren, vil døgnrytmeplanen blive anvendt.

Tryghed skabes igennem relationer med beboeren og ved at møde beboeren, hvor beboeren er. Kontaktpersoner prioriteres, så vidt muligt i fordelingen af beboerne. Dertil fordeles beboerne i forhold til kompetencer på dagen, hvor social- og sundhedsassistenterne altid vil passe de beboere, som har mere komplekse plejebehov.

Der arbejdes ud fra en personcentreret omsorg, hvor medarbejderne tager udgangspunkt i den enkelte beboers vaner og individuelle behov.

Ved hver vagts begyndelse læses dokumentationen for det seneste døgn, og der planlægges med opfølgning. Medarbejderne samles på daglige morgenmøder i afdelingerne, hvor der drøftes observationer af beboerne og opfølgninger. Dertil er der tværfaglige beboerkonferencer i afdelingerne ca. hver 3. måned, hvor der planlægges indsatser ved beboere med særlige plejebehov.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne generelt er tilfredse med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje fra det faste personale. Enkelte beboere oplever, at kvaliteten påvirkes negativt, når der er vikarer. Her kan der opleves længere ventetid på besvarelse af nødkald samt mindre omhyggelighed i hjælpen.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på en særdeles fagligt reflekteret måde kan redegøre for hjælpen til personlig pleje, og at medarbejderne i høj grad udviser en faglig forståelse for arbejdet med principperne bag den personcentrerede omsorg og den rehabiliterende tilgang.

3.4 Praktisk hjælp og støtte

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer, at de besøgte boliger fremstår renholdte og ryddelige, ligesom alle fællesarealer fremstår rene. Rengøringsmedarbejderne er iklædt engangsforklæde, og de bærer engangshandsker i forbindelse med rengøringsopgaverne.

Dertil ses rene hjælpemidler, fraset en elektrisk kørestol i en afdeling, som konstateres udpræget beskidt med indtørrede madrester.

BEBOERINTERVIEW

Alle syv beboere udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til rengøring og praktiske opgaver. En beboer understreger, at rengøringen er meget grundig, fx rengøres der også oven på billedrammerne på væggen. Dertil angiver flere beboere at deltage aktivt i at holde egen bolig ryddelig og ren, og en beboer fortæller at hjælpe til i køkkenet.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Beboerne inddrages individuelt i de praktiske opgaver efter funktionsniveau. Jægersborghave har rengøringsmedarbejdere ansat til den faste rengøring. Dertil udfører medarbejderne lettere oprydning og rengøringsopgaver i forbindelse med plejen og efter behov. Hjælpen udføres så vidt muligt sammen med beboeren, afstemt beboerens behov, ønsker og vaner. Fx kan nogle beboere med støtte selv rede seng, lægge tøj på plads eller hjælpe med borddækning.

I tilfælde af, at der er særlig risiko for smitte i en bolig, er der klare procedurer og retningslinjer for, hvilke værnemidler der skal anvendes i forhold til den konkrete smitte. Dertil nævner medarbejderne, at de altid anvender engangsforklæde og handsker ved hjælpen til personlig pleje. I det daglige sikres der korrekt hygiejne ved, at emnet italesættes mellem medarbejderne, og beboerne støttes til håndhygiejne.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at den praktiske hjælp leveres efter en god faglig standard, hvor både boliger og fællesarealer fremstår ryddelige og rengjorte. De observerede hjælpemidler fremstår generelt rengjorte, fraset en elektrisk kørestol, som fremstår med indtørrede madrester.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever, at den praktiske hjælp og støtte er svarende til deres behov. Det er tilsynets vurdering, at beboerne inddrages aktivt efter funktionsniveau, at der er tilfredshed med kvaliteten af hjælpen, samt at medarbejderne kan redegøre for området.

3.5 Mad og måltider

Data

OBSERVATION

Morgenmaden anrettes i afdelingernes anretter-køkkener, hvor medarbejderne anretter en serveringsbakke med beboerens ønsker. Bakker bringes ned til beboerne, og der er fokus på den rehabiliterende tilgang, idet smør og syltetøj serveres i skåle, der er en lille termokande med kaffe og en mindre kande til vand. Beboerne kan selv forsyne sig med det, som ønskes.

Der observeres en rolig stemning og ingen unødig støj. Personalet går til og fra den fælles spisestue, og en beboer, som henvender sig og efterspørger hjælp, hjælpes med det samme.

Tilsynet observerer frokosten på en afdeling. Beboerne er placerede ved tre mindre borde. Medarbejdere sidder med ved to af bordene. Ved det tredje bord sidder fire selvhjulpne beboere. På bordene står mindre kander med drikkevarer, som beboerne selv kan forsyne sig fra. Smørrebrødet er anrettet på et fad, som fremvises for beboerne. Beboerne spørges venligt ind til, hvad de kunne tænke sig at spise, og senere nødes beboerne til at tage et ekstra stykke smørrebrød. Beboerne tilbydes ostemad og frisk frugt til dessert. Ved bordene bidrager medarbejderne til at føre en livlig dialog om hverdagsrelaterede emner, og særligt ved det ene bord, hvor beboerne er selvhjulpne, observeres socialt samvær med dialog og grin.

BEBOERINTERVIEW

En beboer fremstår for kognitivt begrænset til at kunne besvare spørgsmålene omkring temaet. De andre beboere beskriver stor tilfredshed med afviklingen af måltiderne på plejecentret, og de oplever, at de selv kan bestemme, hvor de indtager deres måltider. Beboerne oplever en god stemning og mulighed for hyggeligt socialt samvær i forbindelse med måltiderne i det fælles spiseområde. Beboerne giver udtryk for tilfredshed med madens kvalitet og variation, og de fortæller, at den serveres på en indbydende og appetitlig måde. En beboer siger fx:

- *"Nu er den (maden) meget god, efter den er blevet ændret, nu spiser man med appetit, og den rettes altid pænt an. Det er en meget varieret kost, og det kan altid tygges. Jeg spiser ude i den fælles spisestue, det er hyggeligt".*

En anden beboer siger fx:

- *"Er absolut tilfreds med maden og dens kvalitet, jeg spiser ude i den fælles spisestue, hvor jeg har fundet sammen med tre andre beboere, og det er hyggeligt at spise sammen".*

MEDARBEJDERINTERVIEW

Beboerne har indflydelse på mad og måltider på flere måder. Der smøres fx et varieret udvalg af smørrebrød, som beboerne kan vælge imellem til frokosten. Dertil spørges beboerne inden, at der bestilles varer, om der er ønsker til pålæg eller kage. Den rehabiliterende tilgang er en del af hverdagen, og beboerne støttes også i forbindelse med måltiderne til at anvende egne ressourcer aktivt.

Beboerne placeres hensigtsmæssigt ved forskellige borde, så de beboere, der gerne vil snakke under måltidet placeres sammen. Ved behov tænkes der ligeledes i mindre skærmede grupper, hvor en medarbejder fortæller at have god erfaring med, at nogle mandlige beboere på et tidspunkt blev samlet i en mindre "mande-spise-gruppe".

Der arbejdes med at skabe hjemlig stemning og hygge omkring måltiderne. Medarbejderne rollefordeler imellem sig, så nogle medarbejdere sidder ved bordene og understøtter socialt samvær og dialog, andre går med bakker, og andre hjælper de beboere, som har behov herfor. Rollefordelingen planlægges om morgenen.

Ved højtider, royale begivenheder eller sportsbegivenheder gøres der noget særligt ud af måltiderne, hvor der ofte dækkes op med pynt.

Tilsynets vurdering – 5

Det er tilsynets vurdering, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der skabes en hyggelig og rolig stemning under de observerede måltider. Hertil vurderes det, at rammerne omkring måltidet tager afsæt i en rehabiliterende tilgang med fokus på at sikre beboernes selvbestemmelse og medindflydelse. Dertil tilbydes beboerne socialt samvær og appetitlig anrettet mad i forbindelse med måltiderne. Tilsynet vurderer, at beboerne er særdeles tilfredse med madens kvalitet, mulighed for medindflydelse og rammerne for måltidet, samt at de interviewede medarbejdere på reflekteret vis kan redegøre for faktorer, der medvirker til at understøtte 'Det gode måltid'.

3.6 Kommunikation og adfærd

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer en venlig og imødekommende kommunikation på fællesarealerne, hvor beboernes behov understøttes på en omsorgsfuld og nærværende måde. Medarbejderne hilser på beboerne, når de går forbi, og i flere tilfælde anvendes der en kærlig berøring på beboernes ryg eller skulder. Der bankes konsekvent på beboernes døre, inden medarbejderne træder ind. Dog observerer tilsynet en medarbejder, som i flere tilfælde anvender kælenavne som *Skat*, *Skattemus* og *Skattebasse* til en beboer. Beboeren bliver af tilsynet adspurgt, hvordan det opleves, at medarbejderne anvender kælenavne, hvortil beboeren giver udtryk for, at det ikke er beboerens behov.

BEBOERINTERVIEW

De interviewede beboere oplever, at de har en god kontakt med medarbejderne, som opleves som omsorgsfulde, ordentlige og flinke. Beboerne oplever desuden, at der er respekt omkring deres privatliv og personlige grænser. En beboer siger fx: *"medarbejderne taler altid høfligt og ordentligt, og har jeg et konkret problem, så er medarbejderne altid hurtige til at hjælpe, også selv om det er små ting".*

MEDARBEJDERINTERVIEW

I kommunikationen lægges der vægt på en individuel tilgang, tilpasset beboeren. Ved beboere med kognitive udfordringer er det fx vigtigt ikke at snakke for meget eller spørge for meget, men i stedet tale roligt og tydeligt. Dertil er det vigtigt at anvende metoder, såsom at "aflede", "invitere" og så

vidt muligt at møde beboeren i den "verden", som beboeren befinder sig i. Kommunikationen med mere kognitivt velbevarede beboere er ofte præget af en deltagelse i snakke omkring mere aktuelle og relevante emner. Dertil er der beboere, som ikke ønsker at snakke så meget, og evt. bare gerne vil holdes lidt i hånden eller have et kram. Derudover tager medarbejderne altid hensyn til, at de er gæster, og at de arbejder i beboernes hjem.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne generelt udviser en respektfuld og anerkendende adfærd og kommunikation med beboerne. Tilsynet vurderer dog, at der er tilfælde, hvor der anvendes en mindre professionel kommunikation, idet en beboer tiltales ved kælenavne, uden at det er beboerens behov. Det er tilsynets vurdering, at de interviewede beboere oplever, at medarbejderne er ordentlige, omsorgsfulde og flinke. Dertil vurderes det, at de interviewede medarbejdere på faglig reflekteret vis kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe en ligeværdig og respektfuld kommunikation.

3.7 Aktiviteter og træning

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer ikke nogen former for træning eller aktiviteter.

I hver afdeling hænger der elektroniske touchskærme, hvor der kan fremsøges oversigter over aktiviteter, informationer og billeder fra tidligere udflugter.

Dertil ses opslagstavler med informationer om månedens arrangementer i Orangeriet, som er Jægersborghaves fælles samlingssted. Her ses planlagte koncerter, foredrag og gudstjeneste. Dertil ses henholdsvis Mortensaften og italiensk tema i afdelingerne samt fælles gåtur hver torsdag.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne giver generelt udtryk for at kende til Jægersborghaves tilbud om aktiviteter og muligheden for deltagelse heri. Beboerne deltager efter lyst i de udbudte aktiviteter. Flere beboere deltager i arrangementerne i Orangeriet, og de er glade herved.

Enkelte beboere fortæller selv at holde sig aktive ved at gå ture og hjælpe med opgaver, såsom at rive blade sammen og vande blomster. Flere beboere nævner deltagelse i stolegymnastik, og en enkelt beboer nævner deltagelse i banko.

En beboer oplever dog ikke at være tilfreds med udbuddet af aktiviteter, og beboeren siger, at der ikke sker ret meget. Beboeren mener ikke at få udleveret en aktivitetsoversigt, og beboeren oplever ikke, at medarbejderne foreslår beboeren at deltage i nogle aktiviteter. Beboeren ønsker flere udflugter og arrangementer. Det manglende udbud af aktiviteter har medvirket til, at beboeren nu ønsker at flytte.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne oplever et tilfredsstillende samarbejde med de eksterne terapeuter, hvor medarbejderne oplever mulighed for at søge viden og sparring.

Lokalt i afdelingerne afholdes der forskellige former for gymnastik. En afdeling har i en begrænset periode en ekstra ressource tilknyttet som aktuelt står for gymnastik hver tirsdag, men i de andre afdelinger tilbydes der aktiviteter, når plejepersonalet finder tid hertil. Medarbejderne fortæller, at der arbejdes rehabiliterende i hjælpen, hvilket bidrager til at vedligeholde beboernes funktioner. Beboerne inddrages fx i daglige praktiske gøremål, såsom at køre af sted med vasketøjskurven, selv gå med sin bakke, borddækning, lave saftevand og rydde af bordet.

Hver 14. dag er der fælles gåtur på tværs af afdelingerne, hvor mange beboere deltager. Dertil er der kondicykel på afdelingerne, og frivillige kommer og kører cykelture med beboerne.

Medarbejderne fortæller, at de godt kan mærke, at der er færre ressourcer til aktiviteter end for nogle år siden, men at der generelt er en oplevelse af, at det er muligt at lave aktiviteter med beboerne i hverdagen.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der generelt udbydes aktiviteter og vedligeholdende træning på Jægersborghave. Beboerne tilkendegiver generelt tilfredshed med tilbuddet af aktiviteter, og at de deltager heri efter eget ønske. Dog er det tilsynets vurdering, at en beboer efterspørger information om aktivitetstilbud og savner flere tilbud.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for den vedligeholdende træning i hverdagen samt for prioriteringen af aktiviteter.

3.8 Medicinhåndtering

Data

OBSERVATION

Der er gennemgået medicin ved seks ud af syv interviewede beboere. En af de interviewede beboere får ingen medicin.

Dokumentation (medicinliste)

Alle seks beboeres medicinlister ses opdaterede, og alle ordinationer ses med dato for ordination, beskrevet med indikation, dosis og antal tabletter. Pn medicin er angivet med antal enheder og max døgndosis. Det er tydeligt angivet, om medicinen er fast eller pn samt om medicinen er dosisdispenseret. Der konstateres følgende mangler:

- Ved fem beboere ses der enkelte til flere handelsnavne, som ikke stemmer overens med handelsnavn på medicin i beholdningen.
- For fire beboere er der ikke oprettet informationer om, hvorvidt beboeren har medicinsk CAVE.
- For en beboer stemmer ordination ikke med label på medicin i beholdningen, og der er ikke dokumenteret opmærksomhed herpå.

Opbevaring

Beboernes medicin, inklusiv ikke-dispensérbar medicin, og ugemapper med doseret medicin opbevares i afdelingsvise medicinrum, indrettede med computerpladser, doseringsunderlag, aflåste medicinskabe og køleskabe, hvor relevant medicin og adrenalin bliver opbevaret. Medicinen opbevares i individuelle kurve, og der ses farvede poser til adskillelse af aktuel og ikke anbrudt aktuel medicin samt adskillelse af seponeret og pn medicin. Dog observeres der følgende mangler til opbevaring:

- I en afdeling opbevares alle beboernes doseringsæsker samlet for hver enkelt ugedag. Altså opbevares beboernes medicin ikke adskilt.
- For tre beboere ses der manglende konsekvens i anvendelsen af farvede poser til korrekt adskillelse af medicin.
- For en beboer mangler et aktuelt præparat i beholdningen.
- For to beboere er der anbrudt flere pakker af samme præparat.
- For en beboer er der ikke anført anbrudsdato på ikke-dispensérbar medicin med begrænset holdbarhed efter åbning.
- Ved tre beboere konstateres der medicin, som har overskredet holdbarhedsdato.

Risikosituationslægemidler

Flere af beboerne er i behandling med et risikosituationslægemiddel, hvor der ses eksempler på fyldige helbredstilstande med beskrivelser af aftaler med behandlingsansvarlig læge og behandlingsplan. Tilsynet konstaterer følgende mangler til risikosituationslægemidler:

- En beboer, som er i behandling med medicinsk plaster, har ikke fået skiftet dette, jf. ordination. Plastret skulle senest have været skiftet to dage forinden tilsynsdagen.
  Dertil ses i helbredstilstanden sparsom beskrivelse af beboerens smerteproblematik og behandlingsplan, herunder aftaler med den behandlingsansvarlige læge. Herudover ses der ikke konsekvent kvittering af administration af smerteplaster over en 14 dages periode.
- Ved en anden beboer, som er i behandling med stærkt smertestillende, ses i helbredstilstanden kun sparsom beskrivelse af beboerens smerteproblematik og behandlingsplan, herunder aftaler med den behandlingsansvarlige læge. Dertil ses der ikke konsekvent kvittering af medicinadministration i en 14 dags periode.

Dispensering af medicin

I fem ud af seks medicingennemgange ses der overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne. Doseringsæsker er mærkede med CPR-nummer og beboerens navn. Dog konstateres følgende dispenseringsfejl:

- En beboer mangler en tablet i alle doseringsæsker.

Administration af medicin

Tilsynet konstaterer, at der hos alle seks beboere er op til flere mangler i kvittering for medicinadministration. F.eks. ses det hos en beboer, at der over en bagudrettet 14 dages periode fra tilsynsdagen mangler kvittering i syv ud af 14 dage.

BEBOERINTERVIEW

Alle seks beboere giver udtryk for at være tilfredse med og trygge ved medarbejdernes håndtering af deres medicin. Beboerne fortæller, at medicinen udleveres til tiden.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Ved dispensering opdateres FMK. Dispenseringen udføres i medicinrum, hvor der er ro, og hvor beboernes medicin opbevares adskilt. Al medicin stilles frem, og der tjekkes, at der er nok medicin. Der anvendes doseringsmåtter, og der udføres egenkontrol, hvor der tælles efter.

Ved administration af medicin tjekkes navn, CPR-nummer, ugedag og tidspunkt på doseringsæsken. Medicinen tælles efter, og observeres der uregelmæssigheder i doseringen, kontaktes en kollega med højere kompetenceniveau med det sammes. Når medicinen er set indtaget, kvitteres der i Nexus.

Medarbejderne er bevidste om risikosituationslægemidler, og de fortæller, at der skrives i bemærkningsfeltet på medicinskemaet for at gøre opmærksom herpå. Det er fortrinsvist social- og sundhedsassistenter, der passer beboere, som får risikosituationslægemidler, hvortil medarbejderne kan nævne de fleste medicingrupper, som indgår i kategorien.

Tilsynets vurdering – 2

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der er væsentlige mangler i opfyldelsen af målepunkterne til medicinhåndteringen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats at rette op på. Det er tilsynets vurdering, at manglerne særligt vedrører opbevaring, risikosituationslægemidler, dispensering og administration. Det er dog tilsynets vurdering, at beboerne er tilfredse og trygge med medarbejdernes hjælp, og de interviewede medarbejdere kan overordnet redegøre for arbejdsgange ved medicinadministration og dispensering.

4. Tilsynets formål og metode

4.1 Formål

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for borgere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 Metode

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 Vurderingsskema

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
Score: 4	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne • En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne • Få elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
Score: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne • Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 Tilsynets tilrettelæggelse

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-3 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

Om BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejehjem, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.

Relateret document 15/18

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Plejeboliger Nymosehave 2023-Gentofte-Endelig rapport.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Plejeboliger Nymosehave 2023-Gentofte-Endelig rapport**
Dokument ID:	**5295995**

Tilsynsrapport
Gentofte Kommune

Plejeboliger med hjemmehjælp og plejecenterboliger Nymosehave

Uanmeldt tilsyn
November 2023

Indhold

Indhold 2
Forord 3
1. Oplysninger om plejeboligerne 4
2. Vurdering 5
2.1 Tilsynets vurderinger 5
2.2 Tilsynets anbefalinger 6
3. Datagrundlag 8
3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder 8
3.2 Dokumentation 10
3.3 Personlig pleje 11
3.4 Praktisk hjælp og støtte 12
3.5 Mad og måltider 13
3.6 Kommunikation og adfærd 14
3.7 Aktiviteter og træning 15
3.8 Medicinhåndtering 16
4. Tilsynets formål og metode 18
4.1 Formål 18
4.2 Metode 18
4.3 Vurderingsskema 19
4.4 Tilsynets tilrettelæggelse 20
Om BDO 21

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt tilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering af centret og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete center.

Anden del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og de individuelle undersøgelser. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. 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: 28 10 56 80
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Mette Norré Sørensen
Director
Mobil: 41 89 04 75
Mail: meo@bdo.dk
Projektansvarlig

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

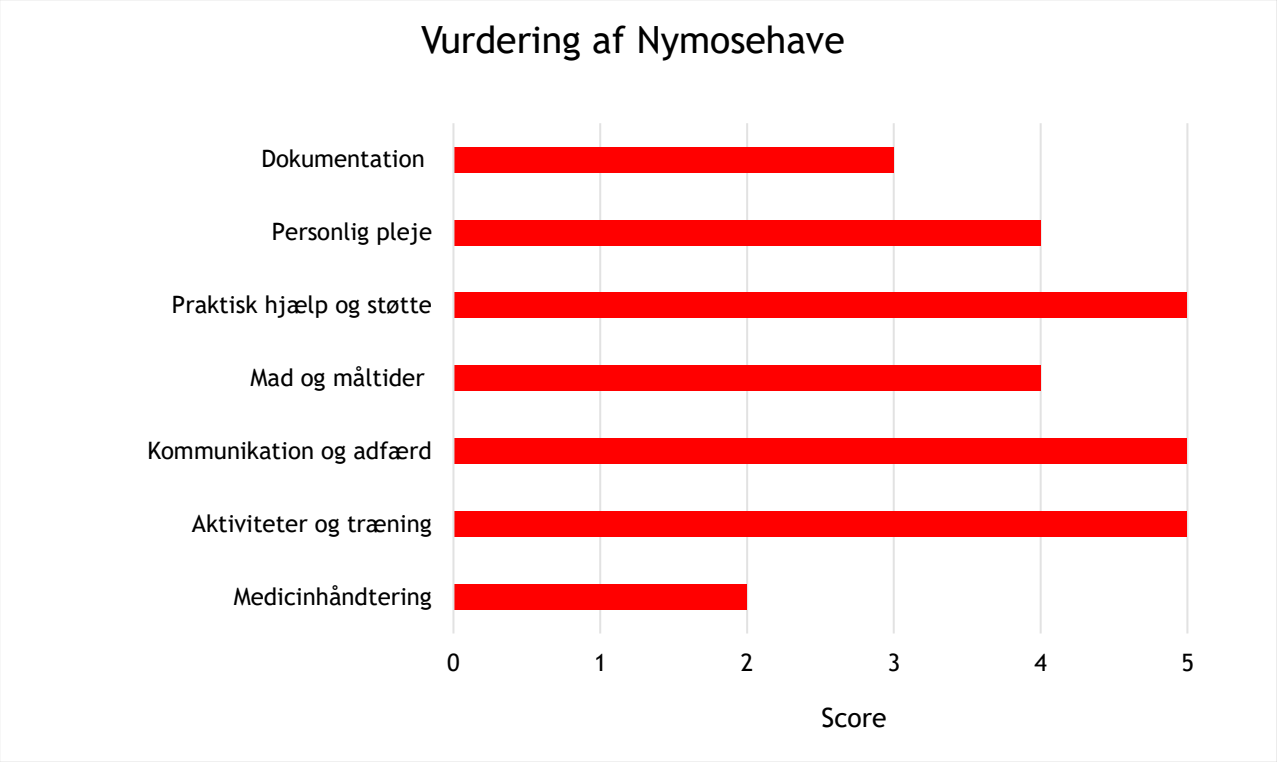
1. Oplysninger om plejeboligerne

Oplysninger om plejeboligerne 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 14. november 2023
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejeboligernes ledelse • Interview af syv beboere • Gennemgang af dokumentation (SEL) for syv beboere • Gennemgang af medicinhåndtering for syv beboere • Gruppeinterview med tre medarbejdere (en social- og sundhedshjælper og to social- og sundhedsassistenter) Beboerne, 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 Lee Anderskov, Senior manager og sygeplejerske Karin Kappel, Senior manager og sygeplejerske Mette Norré Sørensen, Director og sygeplejerske

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 der er flere elementer af fyldestgørende dokumentation. Dog er det tilsynets vurdering, at der er en del mangler, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats.

Det vurderes, at døgnrytmeplanerne generelt fremstår fyldestgørende og handlevejledende, men at de mangler systematik og ensretning. Dertil ses enkelte manglende opdateringer samt manglende beskrivelse af den pædagogiske tilgang ved en beboer med nedsat kognitiv funktion.

Desuden er det tilsynets vurdering, at der i halvdelen af journalerne ses mangler i forhold til konsekvent udfyldelse af generelle oplysninger, opdatering af funktionsevnetilstande samt opfølgning på observation med forværring.

På trods af de konstaterede mangler på dokumentationen vurderer tilsynet, at de interviewede medarbejdere kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

Personlig pleje

Tilsynet vurderer, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne generelt er tilfredse med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje. Dog vurderes det, at enkelte beboere oplever mindre tilfredshed med hjælpen, idet en beboer oplever, at kvaliteten påvirkes negativt, når hjælpen leveres af vikarer, og en beboer har oplevet manglende besvarelse af nødkald.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig reflekteret vis kan redegøre for hjælpen til personlig pleje, og at medarbejderne i høj grad udviser en faglig forståelse for arbejdet med den personcentrerede omsorg og den rehabiliterende tilgang.

Praktisk hjælp og støtte

Tilsynet vurderer, at den praktiske hjælp leveres efter en god faglig standard, hvor både boliger og fællesarealer fremstår ryddelige og rengjorte. De observerede hjælpemidler fremstår ligeledes rengjorte. Dertil er det tilsynets vurdering, at beboerne oplever, at den praktiske hjælp og støtte er svarende til deres behov. Det er tilsynets vurdering, at beboerne inddrages aktivt efter funktionsniveau, at beboerne er tilfredse med kvaliteten af hjælpen, samt at medarbejderne kan redegøre for området.

Mad og måltider

Det vurderes, at der skabes en hyggelig og rolig stemning under de observerede måltider på Nymosehave. Hertil vurderes det, at rammerne om måltidet tager afsæt i en rehabiliterende tilgang med fokus på at sikre beboernes selvbestemmelse og medindflydelse. Beboerne tilbydes socialt samvær og appetitlig anrettet mad i forbindelse med måltiderne. Tilsynet vurderer, at beboerne generelt er tilfredse med madens kvalitet, mulighed for medindflydelse og rammerne for måltidet. Dog er det tilsynets vurdering, at der er tre beboere, der ikke altid er tilfredse med kvaliteten af den varme mad. Det er tilsynets vurdering, at de interviewede medarbejdere på reflekteret vis kan redegøre for faktorer, der medvirker til at understøtte 'Det gode måltid'.

Kommunikation og adfærd

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne udviser en respektfuld og anerkendende adfærd og kommunikation over for beboerne. Dertil vurderer tilsynet, at beboerne oplever, at medarbejderne er flinke, lyttende og imødekommende. Det vurderes, at medarbejderne på faglig reflekteret vis kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe en ligeværdig og respektfuld kommunikation.

Aktiviteter og træning

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på Nymosehave. Beboerne tilkendegiver tilfredshed med tilbuddet af aktiviteter, og at de deltager heri efter eget ønske. Dertil er det tilsynets vurdering, at beboerne støttes i den daglige vedligeholdende træning. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for området.

Medicinhåndtering

Tilsynet vurderer, at der er væsentlige mangler i opfyldelsen af målepunkterne til medicinhåndteringen med betydning for beboernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats at rette op på. Det er tilsynets vurdering, at manglerne til medicinhåndteringen vedrører opbevaring, risikosituationslægemidler, herunder insulin, medicindispensering og medicinadministration. Det er dog tilsynets vurdering, at beboerne er tilfredse med medarbejdernes håndtering af deres medicin, og de interviewede medarbejdere kan overordnet redegøre for en faglig korrekt medicinhåndtering.

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:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter en målrettet indsats på dokumentationsområdet, således at:
    - Døgnrytmeplaner opbygges med en ensrettet systematik og struktur.
    - Funktionsevnetilstande løbende opdateres ift. beboernes begrænsninger.

- Generelle oplysninger beskrives med oplysninger, der giver mening og værdi for den personcentrerede omsorg og i relationsarbejdet.
- Der dokumenteres opfølgning på observationsnotater med *forværring*.

2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter en opmærksomhed på, at vikarer, særligt i aftenvagten, kender til opgaverne hos den enkelte beboer. Dertil, at der rettes en opmærksomhed på ventetiden ved besvarelse af nødkald med særligt fokus på aftenvagten.

3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter med en øget opmærksomhed på at forbedre den varme mads kvalitet herunder:
   - At fortsætte det tætte samarbejde med køkkenet, hvor feedback fra beboerne videregives til køkkenet.
   - At medarbejderne følger instruktion i tilberedelse af den varme mad i afdelingskøkkenerne.

4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter med en skærpet og målrettet indsats på medicinområdet, så der implementeres arbejdsgange, der understøtter og sikrer:
   - Korrekt dispensering.
   - Kvittering for administreret medicin.
   - Anbrudsdato på insulin.
   - At det sikres, at der behandles med medicin med den ordinerede styrke.
   - At der følges op på ordinationer, så forældede ordinationer seponeres.
   - At al medicin haves i beholdningen.
   - At dosisdispenseret medicin afstemmes med medicinskema.

3. Datagrundlag

3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder

Data

LEDERINTERVIEW:

Ved sidste års tilsyn fik plejeboligerne anbefalinger vedrørende syv områder; 1) dokumentation, 2) personlig pleje, 3) mad og måltider, 4) aktiviteter og træning, 5) medicin 6) sygepleje og 7) observationsstudier af pleje.

Ledelsen redegør for, at i forhold til dokumentationen har der siden sidste tilsyn været et stort fokus. Blandt andet undervises medarbejderne løbende, og inden for den seneste tid har fokus været på at sikre handlevejledende beskrivelser i døgnrytmeplanerne. Det er den daglige ledelse på de respektive afdelinger, der formidler viden og fastholder fokus på dokumentationen i det daglige. Dertil er der centralt fra i kommunen en tværgående indsats i gang, hvor en styregruppe med repræsentanter fra enkelte plejeboliger i kommunen arbejder med at udvikle en fælles retning for dokumentationen. Dertil har Nymosehave organiseret sig med superbrugere, der går forrest med dokumentationen, og de står til rådighed for sparring med kollegaer i det daglige arbejde med dokumentation.

Ledelsen fortæller, at der vedrørende anbefalingen omkring den personlige pleje, herunder besvarelse af nødkald, kontinuitet og overholdelse af aftaler med beboerne, hyppigt laves kontrol af svartider på nødkald via "loggen". Dertil er der udarbejdet en vejledning i forhold til kontrol af telefonernes funktion, hvor der fx tjekkes for netværk, om telefonen er sat på lyd, og i det hele taget kontrol af, om telefonen virker. Hver morgen italesættes denne kontrol af telefonernes funktion. I forhold til kontinuitet arbejdes der med kontaktpersonsordning til alle beboerne, og i plejecenterboligerne arbejdes der aktuelt med at opsætte billeder af kontaktpersoner i boligerne. Dertil arbejdes der med kontinuitet ved, at alle nye medarbejdere og vikarer oplæres i at anvende døgnrytmeplanerne, inden plejen går i gang. Der er implementeret Nexus mobil, hvilket skulle gøre det lettere for medarbejderne at anvende døgnrytmeplanen hos beboerne. Derudover italesættes det, hvad der er vigtigt for beboerne i mødet med (nye) medarbejdere, såsom fx adfærd, respekt, at der bankes på, inden medarbejderne går ind i boligen og overholdelse af aftaler.

Angående anbefalingen om at mindske sandsynligheden for, at beboerne uønsket går ind i hinandens boliger, har der her været en øget opmærksomhed. Situationerne er analyserede i forhold til tidspunkter og omstændigheder for hændelserne, og der er arbejdet med faglige metoder, såsom afskærmning af døre og demensalarmer.

I forhold til mad og måltider fortæller ledelsen, at der har været opmærksomhed på at sikre kompetencerne hos de medarbejdere, der hjælper beboere med at spise. Dertil har der været fokus på det "gode måltid", herunder blandt andet med fokus på redskaber til at understøtte dialog under måltidet. Desuden har flere medarbejdere været på kursus i mad og måltidspolitik i kommunen.

Vedrørende anbefalingen til kommunikation og adfærd er der fulgt op på en konkret situation, og der er løbende fokus på respektfuld kommunikation, og hvordan beboere altid skal inddrages i dialogen medarbejdere imellem.

Til anbefalingen omkring aktiviteter og træning redegør ledelsen for, at aktivitetsmedarbejderne i det daglige understøtter beboerne individuelt, og at de opfordrer beboerne til at deltage i relevante aktiviteter. Der udkommer et nyhedsblad "Nymosehave Nyt" hver måned med blandt andet billeder fra udflugter og arrangementer. Dertil indeholder bladet en aktivitetskalender med både faste aktiviteter og månedsarrangementer. Det er ledelsens oplevelse, at dette blad anvendes aktivt af medarbejdere og beboere, og at det ofte danner udgangspunkt for gode snakke, relaterede til aktiviteter i huset.

I relation til anbefalingen omkring kompetencer til sygeplejeopgaver er der fokus på, at medarbejderne har de relevante kompetencer til at løse opgaverne. Alle autoriserede medarbejdere bliver klædt på til opgaverne, og ved opgaver, der kan overdrages til social og sundhedshjælpere, sikres oplæring og tydelig handlevejledende beskrivelser i dokumentationen. Dertil er der siden sidste år blevet ansat en udviklingssygeplejerske, som er med til at kompetenceudvikle medarbejderne i praksis.

Derudover er der organiseret med en vagt på tværs af dag og aften, så en social- og sundhedsassistent, som er forflytningsvejleder, har timer ind i aftenvagten med det formål at understøtte læring og udvikling på tværs af de to vagtlag.

I forhold til medicinhåndteringen har der været et stort arbejde med medicindispenseringsprocessen, hvor der er strammet op på, at alle skal anvende dispenseringsmodulet ved dispensering. Der er en ressourceperson, som underviser i dispenseringsmodulet, og der har været et særligt fokus på brugen af egenkontrol-funktionen.

Dertil påtænkes implementering af systematisk medicinauditering. Desuden arbejdes der generelt i kommunen med at få flere beboere på dosisdispensering. Derudover har der været fokus på kvittering af medicin, og implementeringen af Nexus mobil har netop gjort arbejdsgangen lettere.

Vedrørende anbefalingen til overholdelse af de hygiejniske retningslinjer, er alle procedurer for håndhygiejne gennemgåede og afprøvede i praksis med medarbejderne. Dertil sender kommunens hygiejnesygeplejerske nyhedsbreve ud, hvilket bidrager til, at der kontinuerligt er fokus på hygiejnen. Derudover har plejeenheden organiseret sig med hygiejne-ressourcepersoner, som indimellem mødes med hygiejnesygeplejersken, og går forrest angående korrekt hygiejne. Der tages jævnligt aktuelle og relevante fokus op, som fx rengøring af toiletter og risici for smittespredning herved. Desuden trænes anvendelsen af værnemidler jævnligt fx i tilfælde af COVID.

Af andre udviklingsområder arbejdes der med palliation, herunder med et særligt fokus i plejeboliger med hjemmehjælp på tidlig palliation. Her arbejdes med tidligt, og sammen med pårørende, at få opmærksomhed på, hvordan beboeren kan få det bedste liv på Nymosehave. Blandt andet ved tidligt at få beskrevet livshistorien og at anvende denne i plejen. I nogle afdelinger har livshistorien været et fokus, hvor den er gennemgået i plenum og dokumenteret. Alle faggrupper er planlagt til kursus i palliation inden for den kommende tid.

Dertil er plejeenheden optaget af fastholdelse og rekruttering. Der arbejdes blandt andet med; et generelt fokus på at højne trivslen, at alle medarbejdere skal have mulighed for at gå op i tid, der skal være tilbud til seniorer og fleksibel arbejdstid. Sidstnævnte fokus er der allerede kommet positiv feedback på fra medarbejdere, som oplever mere ro på hjemmefronten, og det forventes, at fleksibiliteten vil have en effekt på fastholdelsen.

Desuden er der igangsat et "Alkohol projekt", hvor der ses ind i, hvordan alkohol påvirker ældre mennesker. Projektet skal udmøntes i møder og workshops med beboere og pårørende.

Dertil er der et Madudvalg, bestående af beboere, ledelse og køkkenpersonale, der mødes fire gange om året. Her bliver beboerne hørt og får indflydelse på maden, der serveres.

På tilsynsdagen kommer en kontaktperson fra leverandøren af den varme mad, og skal to aftenener i træk, se på processen omkring færdig-tilberedning af maden i afdelingskøkkenet inden servering, idet der har været udfordringer med kvaliteten af den varme mad.

Tilsynet oplyses om, at der på tilsynsdagen er planlagt vaccinationer af alle beboerne, samt at der i plejecenterafdelingen Berthe, er planlagt VISO forløb for medarbejderne i et tidsrum på fire timer.

3.2 Dokumentation

Data

OBSERVATION

Der foretages observation i syv beboeres omsorgsjournal.

Døgnrytmeplanen

Døgnrytmeplanerne fremstår generelt opdaterede og aktuelle for alle syv beboere, og de indeholder overordnet beskrivelser af den hjælp og støtte, som beboerne modtager over døgnet. I døgnrytmeplanerne fremgår der beskrivelser af beboernes ressourcer og særlige opmærksomhedspunkter, som fx at beboeren ønsker at få avisen ind før morgenmaden, og om beboeren ønsker, at medarbejderen skal spørge; "hej må jeg komme ind", førend der trædes ind i boligen.

Dertil ses beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, som fx, at beboeren har hudproblematikker, ernæringsproblematik, hallucinationer, nedsat hygiejne eller nedsat hukommelse, og ved alle eksempler er det beskrevet, hvilke forebyggende handlinger der skal udføres. Tilsynet konstaterer dog, at døgnrytmeplanerne fremstår uensartede uden en tydelig struktur og systematik. Dertil ses enkelte mangler på opdatering, enkelte handlevejledende beskrivelser samt en manglende beskrivelse af den pædagogiske tilgang ved en beboer, hvor det vurderes fagligt relevant. Beboeren beskrives fx i observationer ikke at ville samarbejde til skift af ble samt i nogle tilfælde, at blive vred og smide nattevagten ud.

Funktionsevnetilstande

I fire journaler ses funktionsevnetilstandene relevante og aktuelle.

I tre journaler ses enkelte til flere mangler relaterede til opdatering af tilstande, svarende til beboernes aktuelle funktionsniveau.

Generelle oplysninger

I fire journaler fremgår generelle oplysninger fyldestgørende med relevante beskrivelser med værdi for borgerforløbet, fx er mestring, motivation, ressourcer og livshistorie beskrevet. Dog konstaterer tilsynet, at der i tre journaler helt mangler eller kun er sparsomt med oplysninger.

Observationsnotater:

For alle syv journaler ses det, at der beskrives observationer ved afvigelser i beboernes tilstand. Dog konstaterer tilsynet følgende mangler:

- I fire journaler, ved gennemgang af de sidste ti observationsnotater, ses manglende dokumentation af opfølgning, efter at beboerne er beskrevet med forværring. Den manglende opfølgning vedrører blandt andet observationer af smerter ved kateter, vrede og udadreagerende adfærd og utilpashed ved COVID-sygdom.

MEDARBEJDERINTERVIEW

I det daglige er der fokus på, at alle nye medarbejdere eller afløsere skal læse døgnrytmeplanerne på de beboere, som de skal passe. Det er kontaktpersonen, som er ansvarlig for at udfylde planerne. Er det en mere kompliceret pleje, vil en social- og sundhedsassistent være med i udarbejdelsen af planerne. Planerne skal indeholde beskrivelser af den individuelle pleje, så en medarbejder, der ikke kender beboeren, vil kunne varetage plejen ud fra beskrivelserne. Dertil skal planen indeholder beboerens særlige ønsker og behov. Det kunne være, at en beboer vågner meget tidligt og skal have hjælpen tidligt, eller at en beboer ønsker at sove længe. Planerne tilrettes, ligesom resten af dokumentationen, løbende i takt med ændringer i beboerens funktionsniveau og behov. Ved observerede ændringer tages observationerne op til tværfaglig sparring ved dagens triagemøde. Ved beboere, der er triagerede gule og røde er der særlige retningslinjer for dokumentationen.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er flere elementer af fyldestgørende dokumentation. Dog er det tilsynets vurdering, at der er en del mangler, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats.

Det vurderes, at døgnrytmeplanerne generelt fremstår fyldestgørende og handlevejledende, men at de mangler systematik og ensretning. Dertil ses enkelte manglende opdateringer samt manglende beskrivelse af den pædagogiske tilgang ved en beboer med nedsat kognitiv funktion.

Desuden er det tilsynets vurdering, at der i halvdelen af journalerne ses mangler i forhold til konsekvent udfyldelse af generelle oplysninger, opdatering af funktionsevnetilstande samt opfølgning på observation med forværring.

På trods af de konstaterede mangler på dokumentationen vurderer tilsynet, at de interviewede medarbejdere kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

3.3 Personlig pleje

Data

OBSERVATION

Tilsynet taler med syv beboere. Hos alle beboerne ses det, at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats svarer til deres behov. Beboerne fremstår således soignerede og veltilpasse i overensstemmelse med deres habitus.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne fortæller, at de generelt får den hjælp og støtte, som de har behov for, og at de generelt er trygge ved den tildelte hjælp, som primært leveres af faste og vellidte medarbejdere. Beboerne fortæller, at de generelt oplever, at hjælpen er af en god kvalitet, og at hjælpen leveres som aftalt. Dertil fortæller flertallet af beboerne, at de gør det, de selv er i stand til, hvortil beboerne giver eksempler på, hvordan de selv udfører dele af deres personlige hygiejne. Dog er der en beboer, som ikke er helt tilfreds med hjælpen, når den leveres af vikarer om aftenen. Her oplever beboeren, at vikarerne virker fortravlede, og at de ikke altid udstråler energi og hjælpsomhed. En anden beboer fortæller at være glad for at bo på Nymosehave, men beboeren oplever nogle gange lang ventetid på nødkald. Beboeren fortæller at have trykket på nødkaldet seks gange aftenen forinden tilsynet, hvortil der ikke kom hjælp, hvilket beboeren blev utilfreds over.

Ledelsen oplyser til tilsynet efter tilsynsdagen, at beboerens log over nødkaldet er gennemgået og viser, at alarmen er startet 22:31 og er afsluttet med samtale via ”lejlighedsapparat” kl. 22:41.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Beboere fordeles efter kontaktpersonsordning, og hvem der kender beboerne, samt ud fra en faglig vurdering af, om den enkelte beboer har særlige behov. For nogle beboere med kognitive udfordringer er det fx afgørende, at det er den samme person, der leverer hjælpen. Social- og sundhedsassistenten er tilknyttet alle beboerne i en afdeling, og har således det fulde overblik.

Der arbejdes ud fra døgnrytmeplanen, men der vil altid tages hensyn til justeringer på dagen ud fra beboerens ønsker og behov. Dertil anvendes livshistorien i mødet og dialogen med beboerne.

Ved nye beboere understøttes tryghed ved, fx at medarbejderne har sat sig ind i beboerens tidligere journal. Dertil vil medarbejderne møde beboeren, hvor denne er, og på en rolig måde arbejde med relationsdannelse. Derudover er genkendeligt personale tryghedsskabende for beboerne, samt at beboerne oplever at få hjælp, når de anvender nødkaldet.

Dertil nævner medarbejderne, at tryghed for beboerne også kan være oplevelse af tryghed i sociale sammenhænge, hvor medarbejderne fx understøtter, at beboeren bliver modtaget og anvist en plads i spiseområdet, når beboeren kommer ud.

Observeres ændringer i helbredstilstanden hos en beboer, kontaktes gruppeleder eller anden kollega med højere kompetenceniveau. Ved akutte ændringer vil social- og sundhedsassistent måle værdier, læse i journalen om evt. referenceværdier, behandlingsplaner, sparre med kollega og kontakte læge.

Rehabilitering er integreret i den daglige hjælp, og det er naturligt for de fleste beboere at tage aktiv del i hjælpen. Medarbejderne reflekterer over, at det er en faglig vurdering at tilpasse, hvor lidt eller hvor meget hjælp den enkelte beboer har behov for på dagen, idet beboernes ressourcer kan svinge fra dag til dag. Dertil er det vigtigt at give kompenserende hjælp, der hvor beboeren måske skal "gemme" energi og ressourcer til andre aktiviteter den pågældende dag. Det understreges, at ressourcer ligeledes kan være mentale ressourcer, hvor beboeren kan inddrages i valg af tøj.

Viden deles ved daglige triagemøder, og i det hele taget sparres der løbende med kollegaer samt eksterne kollegaer, som fx demenskonsulent eller psykiatrisk sygeplejerske i kommunen.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne generelt er tilfredse med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje fra det faste personale. Dog vurderes det, at enkelte beboere oplever mindre tilfredshed med hjælpen, idet en beboer oplever, at kvaliteten påvirkes negativt, når hjælpen leveres af vikarer, og en beboer har oplevet manglende besvarelse af nødkald.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig reflekteret vis kan redegøre for hjælpen til personlig pleje, og at medarbejderne i høj grad udviser en faglig forståelse for arbejdet med den personcentrerede omsorg og den rehabiliterende tilgang.

3.4 Praktisk hjælp og støtte

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer, at de besøgte boliger fremstår renholdte og ryddelige, ligesom alle fællesarealer fremstår rene. Dertil ses generelt rene hjælpemidler.

BEBOERINTERVIEW

Alle syv beboere udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til rengøring og praktiske opgaver. Beboerne lægger særligt vægt på kontinuiteten, og at rengøringen leveres på faste tidspunkter og af faste medarbejdere.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Der er ansat faste rengøringsmedarbejdere, som varetager rengøringen i boligerne. Medarbejderne bistår beboerne med daglige rengørings- og oprydningsopgaver, som fx at fjerne mudder eller spildt mad fra gulvet samt at rengøre efter udskillelser på badeværelset. Beboerne inddrages individuelt i de praktiske opgaver efter funktionsniveau. Medarbejderne nævner bl.a., hvordan en beboer selv støver af, rykker et møbel til side, så rengøringen kan komme til, eller hjælper med at lægge tøj på plads.

På forespørgsel omkring almindelige hygiejniske retningslinjer redegøres der for korrekt anvendelse af handsker og engangsforklæde samt for udførelse af håndhygiejne i overensstemmelse med retningslinjerne. I tilfælde af særlig smitte henviser medarbejderne til "Smittemappe", hvori den konkrete smitte kan slås op med beskrivelse af retningslinjer for værnemidler og hygiejne.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at den praktiske hjælp leveres efter en god faglig standard, hvor både boliger og fællesarealer fremstår ryddelige og rengjorte. De observerede hjælpemidler fremstår ligeledes rengjorte. Dertil er det tilsynets vurdering, at beboerne oplever, at den praktiske hjælp og støtte er svarende til deres behov. Det er tilsynets vurdering, at beboerne inddrages aktivt efter funktionsniveau, at beboerne er tilfredse med kvaliteten af hjælpen, samt at medarbejderne kan redegøre for området.

3.5 Mad og måltider

Data

OBSERVATION

I Klubben er mange beboere samlet til frokost. Klubben er hyggeligt indrettet, og der er tændte stearinlys og blomster på bordene. To aktivitetsmedarbejdere og to køkkenmedarbejdere hjælper beboerne på plads, og der serveres mad og drikkevarer efter beboernes ønsker. Flere beboere får et glas vin til maden.

På plejehjemmet observerer tilsynet, at der forud for frokosten dækkes borde med service samt servietter i glassene. En medarbejder står i køkkenet og forbereder frokosten. Nogle beboere får smurt smørrebrød, men der anrettes også fade med pålæg og brød, hvor beboerne selv kan forsyne sig fra. Fadene er anrettede særdeles appetitligt, og medarbejderne spørger ind til, om maden smager godt, og om beboerne ønsker mere at spise.

Ved et bord i Klubben begynder en beboer at hoste kraftigt, hvorefter en medarbejder opsøger bordet, og spørger om alt er okay.

Både i Klubben og på plejecenterafdelingen ses en hyggelig stemning i forbindelse med måltidet, hvor der observeres hyggelig samtale, og hvor beboerne støttes til aktiv deltagelse i måltidet på en værdig måde.

Måltiderne afvikles uden unødige forstyrrelser.

BEBOERINTERVIEW

Flertallet af beboere beskriver stor tilfredshed med madens smag, variation og tilberedning. Beboerne oplever, at de selv kan bestemme, hvor de ønsker at indtage deres måltider, og de beskriver en god stemning og mulighed for hyggeligt socialt samvær under måltiderne.

En beboer siger fx; *"Det er en god borgerlig kost, der er god variation, aldrig det samme to dage i træk, den er frisk, der er både fisk, brød og kød – den (maden) er langt bedre, end da jeg selv lavede den".*

En anden beboer siger fx; "Vi har faste pladser, det er rart, så kender man dem, man sidder ved siden af, det er tryghed. Jeg kan ellers være lidt nervøs, når jeg skal til frokost eller aftensmad".

Tre beboere oplever dog ikke altid at være tilfredse med den varme mads kvalitet, både i forhold til konsistens, tilberedning, servering og indflydelse. To beboere oplever, at maden ikke bliver tilberedt ordentligt. En beboer siger, at maden bliver tilberedt længe før, den serveres, så maden opleves tør og kedelig ved servering. Den anden beboer siger, at maden serveres på en måde, som gør maden mindre god og appetitlig. En tredje beboer oplever ikke at have indflydelse på maden.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Beboerne sikres indflydelse på mad og måltider på flere måder. I plejeboliger med hjemmehjælp har beboerne fx indflydelse ved, at de ud fra en menu vælger, hvad de kunne tænke sig at spise for en måned ad gangen. På plejecenterafdelingen har beboerne fx indflydelse ved, at beboerne spørges vedrørende ønsker til pålæg og kage. Ved indflytningssamtalen spørges beboerne til madvaner og livretter.

Dertil er der et madudvalg, hvor beboerne mødes med køkkenpersonale, hvor maden drøftes, og beboerne kan komme med forslag til menuen.

Dertil arbejdes der rehabiliterende i afviklingen af måltiderne. Flere beboere opfordres til at deltage i borddækningen og oprydningen. De beboere, som har nedsat fysisk funktionsniveau, kan støttes til at spise selv ved, at der anvendes det rette ergonomiske service eller ved, at en medarbejder hjælper med at få maden på gaflen, hvor beboeren så selv kan løfte gaflen til munden.

Medarbejderne fordeler rollerne imellem sig, inden måltidet begynder, så der er medarbejdere, der sidder med ved bordene, hvor de sørger for medicin, nogle hjælper i boligerne, og andre står for servering af maden. Desuden er der fokus på dialog og rolige rammer under måltidet. Dertil er der fokus på, at beboerne placeres hensigtsmæssigt i forhold til hinanden, så sociale relationer understøttes.

Medarbejderne tilbyder beboerne at blive vejet månedligt, og de er opmærksomme på at nøde beboerne til energirige mellemmåltider.

Tilsynets vurdering – 4

Det er tilsynets vurdering, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der skabes en hyggelig og rolig stemning under de observerede måltider. Hertil vurderes det, at rammerne om måltidet tager afsæt i en rehabiliterende tilgang med fokus på at sikre beboernes selvbestemmelse og medindflydelse. Dertil tilbydes beboerne socialt samvær og appetitlig anrettet mad i forbindelse med måltiderne. Tilsynet vurderer, at beboerne generelt er tilfredse med madens kvalitet, mulighed for medindflydelse og rammerne for måltidet. Dog er det tilsynets vurdering, at der er tre beboere, der ikke altid er tilfredse med kvaliteten af den varme mad. Det er tilsynets vurdering, at de interviewede medarbejdere på reflekteret vis kan redegøre for faktorer, der medvirker til at understøtte 'Det gode måltid'.

3.6 Kommunikation og adfærd

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer en venlig og imødekommende kommunikation på fællesarealerne, hvor medarbejderne hver gang hilser på de beboere, som de passerer. Tilsynet observerer, hvordan medarbejderne tilpasser kommunikationen til den enkelte beboer, herunder observerer tilsynet, at en medarbejder, i kommunikationen med en beboer med kognitiv svækkelse, anvender korte sætninger, og ikke stiller spørgsmål. I et andet tilfælde sidder en beboer for åben dør og kalder 'hjælp'. Der er med det samme medarbejdere, der reagerer på beboerens kalden, og går ind til beboeren.

Tilsynet bemærker desuden, hvordan der ringes og bankes på, inden indtræden i beboernes boliger.

BEBOERINTERVIEW

Alle syv beboere beskriver, at de har en god kontakt og kommunikation med medarbejderne, som altid opleves rare og flinke. En beboer siger fx; *"Alle er søde – der er ingen, som virker utålmodige"*. Beboeren fremhæver sin langsomhed, griner og tilføjer; *"Personalet laver lidt sjov og ballade, og det gør, at det hele ikke er så kedeligt"*.

Beboerne oplever, at medarbejderne er lyttende og imødekommende i alle døgnets timer. Dertil fortæller beboerne, at medarbejderne altid banker på, inden de træder ind i boligen.

MEDARBEJDERINTERVIEW

I fordelingen af beboerne tages der hensyn til, om der er beboere og medarbejdere, som har en særlig god kemi, idet en god kemi er grundlaget for et godt samarbejde beboer og medarbejder imellem. Dertil tilpasses kommunikationen altid individuelt. Nogle beboere har behov for en særlig rammesætning for, at medarbejderen kan få lov at yde hjælpen, fx at medarbejderen skaber ro, udviser tålmodighed omkring plejesituationen og taler i korte sætninger. Desuden anvendes altid aktiv lytning og en anerkendende tilgang. Medarbejderne fortæller at anvende Low Arousal teori i mødet med beboerne, fx hvordan træder medarbejderen ind ad døren, og med hvilken energi, og i det hele taget med en særlig adfærd, som medarbejderen skal medtænke i mødet med beboerne.

Medarbejderne kalder beboerne ved fornavn eller ved det navn, som beboeren ønsker. Der anvendes som udgangspunkt ikke kælenavne med mindre, at beboeren har et ønske herom.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne udviser en respektfuld og anerkendende adfærd og kommunikation over for beboerne. Dertil vurderer tilsynet, at beboerne oplever, at medarbejderne er flinke, lyttende og imødekommende. Det vurderes, at medarbejderne på faglig reflekteret vis kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe en ligeværdig og respektfuld kommunikation.

3.7 Aktiviteter og træning

Data

OBSERVATION

Tilsynet bemærker, at mange beboere er samlet i Klubben, som er mødested for beboerne fra plejeboliger med hjemmehjælp. Her kan beboerne deltage i aktiviteter, spise frokost og drikke kaffe. På tilsynsdagen er der tilbud om at deltage i "Tirsdagsklubben" om formiddagen. Der er to aktivitetsmedarbejdere tilknyttede Klubben. På et opslag er der tilbud om, at beboerne i denne uge kan deltage i et arrangement med to herrer, som fortæller kendte eventyr. Dog observerer tilsynet, at der på fællesarealerne ved plejeboligerne med hjemmehjælp er meget stille, og at der kun ses personale, når beboerne skal have deres planlagte besøg.

Alle beboerne tilbydes på tilsynsdagen influenzavaccination, hvilket afvikles på en koordineret måde i et større fælleslokale. Alle de mange deltagende beboere forholder sig roligt og afventende på de dertil indrettede stole.

I plejecenterafdelingerne ses der på begge etager demensgyngestole i et afskærmet hjørne. Her er ansat en aktivitetsmedarbejder, som varetager og planlægger aktivitetstilbud.

Alle aktiviteter på Nymosehave annonceres via husets avis "Nymosehave Nyt". Tilsynet bemærker, at der via opslag inviteres til Julekomsammen i december, hvor både medarbejdere, beboere og pårørende er inviterede. Desuden ses et årshjul for 2023, hvor alle årets faste arrangementer, herunder nytårskur, pandekagedag og sommerfest, er datosat.

Uden om Nymosehave ses demensvenlige stier og indbydende terrasser, hvor man kan opholde sig.

BEBOERINTERVIEW

Flertallet af beboerne er bekendte med de forskellige aktivitetstilbud. En beboer kan ikke besvare spørgsmålene til temaet. Beboerne giver udtryk for, at der er mange aktiviteter at vælge imellem, og at de flittigt deltager i disse flere gange om ugen. Flere beboere deltager fx fast til gymnastik og aktiviteter, såsom quiz, film, museum, café, busture og herrefrokoster. En beboer deltager ikke i aktiviteter, da beboeren foretrækker at blive hos sig selv.

Flertallet af beboerne beskriver, hvordan de generelt holder sig aktive i hverdagen for at vedligeholde deres funktionsniveau. Flere beboere går selv ture i naturen, og de anvender træningscykel.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Beboerne i plejeboligerne opfordres dagligt til at deltage i Klubbens aktiviteter, som fx gymnastik, tirsdagsklub, sang, højtlæsning, film osv. Dertil arrangeres der, i det daglige, spontane aktiviteter, som fx fælles gåtur i området. Derudover afholdes der større arrangementer, såsom årstidsfester og særlige temafester.

På plejecenterafdelingen arrangerer aktivitetsmedarbejderen fx strikkeklub, stolegymnastik, gåture og manicure.

Ved indflytningssamtalen spørges der ind til beboernes interesser, og beboerne og pårørende kan altid komme med ønsker til aktiviteter.

Medarbejderne oplever at have et godt samarbejde med aktivitetsmedarbejderne.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på Nymosehave. Beboerne tilkendegiver tilfredshed med tilbuddet af aktiviteter, og at de deltager heri efter eget ønske. Dertil er det tilsynets vurdering, at beboerne støttes i den daglige vedligeholdende træning. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for området.

3.8 Medicinhåndtering

Data

OBSERVATION

Der er gennemgået medicinbeholdning ved alle syv interviewede beboere.

Dokumentation (medicinskema)

Alle syv beboeres medicinlister ses opdaterede, idet der ikke ses "rød bjælke", som indikerer, at opdatering afventer, og alle ordinationer ses med dato for ordination, beskrevet med indikation, dosis og antal tabletter. Pn medicin er angivet med antal enheder og max døgndosis. Det er tydeligt angivet, om medicinen er fast eller pn eller om medicinen er dosisdispenseret. Dertil er det tydeligt registreret, om borgeren er selvadministrerende, eller om det er medarbejdere, som administrerer medicinen.

Der konstateres mangler, som vedrører ordinationer på skemaet, som angiveligt ikke længere er aktuelle, disse er beskrevet under afsnittet opbevaring nedenfor.

Opbevaring

Der ses et velindrettet medicinrum i plejecenterafdelingen, hvor der ses skabe med individuelle kasser, som er mærkede med beboernes navn. Der ses orden og system i opbevaringen. På væggen i medicinrummet hænger der en oversigt over medicinhåndteringsprocessen, der er medicinborde og pc-adgang.

På fællesarealet i afdelingerne er der en medicinvogn, hvor beboerens doseringsæsker opbevares.

Ikke-dispensérbare præparater opbevares i de fleste tilfælde i boligen, og på en afdeling opbevares laksantia i et skab på kontoret.

For beboerne i plejeboliger med hjemmehjælp opbevares beboernes medicin, inklusiv ikke-dispensérbar medicin, og ugemapper med doseret medicin findes i et skab i beboerens bolig. Medicin, som skal opbevares på køl, observeres opbevaret i beboerens køleskab.

På hele Nymosehave anvendes farvede poser for at sikre tydelig adskillelse af aktuel og ikke anbrudt aktuel medicin samt adskillelse af seponeret og pn medicin. Dog observeres der følgende mangler til opbevaring:

- Hos en beboer opbevares et præparat i aktuelbeholdningen (laktulose), som beboeren ikke længere er i behandling med, og som skal fjernes fra både medicinskema og aktuelbeholdning.
- Hos en beboer opbevares et præparat i aktuelbeholdningen (øredråber), som beboeren ikke længere er i behandling med, og som skal fjernes fra både medicinskema og aktuelbeholdning.
- Hos en beboer mangler et præparat i aktuelbeholdningen (medicinsk creme), og beboeren har ikke fået behandlingen i flere dage. Tilsynet oplyses, at præparatet er bestilt.

Risikosituationslægemidler

Hos de beboere, der er i behandling med blodfortyndende medicin, ses, at der i døgnrytmeplanen er beskrevet særlig opmærksomhed herpå i tilfælde af fald.

Tilsynet observerer følgende mangler til risikosituationslægemidler:

- Hos en beboer mangler insulinpen navn og anbrudsdato.

Dispensering af medicin

I fem ud af syv medicingennemgange ses der overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne. Doseringsæsker er mærkede med CPR-nummer og beboernes navn. I to medicingennemgange observeres dog følgende uoverensstemmelser:

- Hos en beboer indeholder to æsker (i morgenrummet) ikke det antal tabletter, der er anført på medicinskema – der er 15 tabletter, og der skal, jf. medicinskemaet, være 14 tabletter.
- Hos en beboer ses en sidedosering ophældt til kl. 08.00, men på medicinskemaet er der angivet, at medicinen skal gives kl. 08 og kl. 09.
- Hos en beboer stemmer indhold i dosispose ikke overens med medicinskema (LMK).

Administration af medicin

Tilsynet konstaterer op til flere mangler i kvittering for medicinadministration af tabletter i en bagudrettet 14 dages periode fra tilsynsdagen. Dertil konstateres følgende;

- Hos en beboer ses manglende kvittering for ikke-dispensérbar medicin (Vagifem).
- Hos en beboer konstateres en forkert dosis/styrke på et præparat i aktuelbeholdningen. Der er givet forkert styrke gennem længere tid (kalktilskud).

BEBOERINTERVIEW

De fleste beboere giver udtryk for at være tilfredse med og trygge ved medarbejdernes håndtering af deres medicin. Beboerne fortæller, at medicinen udleveres til tiden. En beboer kan ikke besvare spørgsmålet.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Ved dispensering opdateres FMK. Der sørges for, at der er ro til dispenseringen. Al medicin stilles frem, og det tjekkes, om der er nok medicin. Der anvendes doseringsmåtter, og det tjekkes, at handelsnavne stemmer overens med medicinskema, og at behandlingsplaner tjekkes i forhold til, om der er behov for kontakt til den behandlingsansvarlige læge. Dertil tjekkes det, om medicinen må tages ud af blisterpakningen.

Ved administration af medicin, tjekkes navn, CPR-nummer, ugedag og tidspunkt på doseringsæsken. Medicinen tælles efter, og observeres der uregelmæssigheder i doseringen, kontaktes en kollega med højere kompetenceniveau med det sammes. Når medicinen er set indtaget, kvitteres der i Nexus.

Medarbejderne er bevidste om risikosituationslægemidler, og de fortæller, at behandlingen beskrives i tilstande, og i døgnrytmeplanen angives særlig opmærksomhed i tilfælde af fald, herunder risiko for blødning. Medarbejderne kan nævne de fleste medicingrupper, som indgår i kategorien risikosituationslægemidler.

Tilsynets vurdering – 2

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der er væsentlige mangler i opfyldelsen af målepunkterne til medicinhåndteringen med betydning for beboernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats at rette op på. Det er tilsynets vurdering, at manglerne til medicinhåndteringen vedrører opbevaring, risikosituationslægemidler, herunder insulin, medicindispensering og medicinadministration. Det er dog tilsynets vurdering, at beboerne er tilfredse med medarbejdernes håndtering af deres medicin, og de interviewede medarbejdere kan overordnet redegøre for en faglig korrekt medicinhåndtering.

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, plejeboligernes referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for borgere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 Metode

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 Vurderingsskema

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
Score: 4	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne • En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne • Få elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
Score: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne • Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 Tilsynets tilrettelæggelse

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-3 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

Om BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejehjem, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.

Relateret document 16/18

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Plejecenter Lindely 2023-Gentofte-Endelig rapport.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Plejecenter Lindely 2023-Gentofte-Endelig rapport**
Dokument ID:	**5321996**

Tilsynsrapport Gentofte Kommune

Plejecenter Lindely

Uanmeldt tilsyn
December 2023

Indhold

Indhold 2
Forord 3
1. Oplysninger om plejecentret 4
2. Vurdering 5
2.1 Tilsynets vurderinger 5
2.2 Tilsynets anbefalinger 7
3. Datagrundlag 8
3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder 8
3.2 Dokumentation 9
3.3 Personlig pleje 11
3.4 Praktisk hjælp og støtte 12
3.5 Mad og måltider 13
3.6 Kommunikation og adfærd 15
3.7 Aktiviteter og træning 15
3.8 Medicinhåndtering 16
4. Tilsynets formål og metode 19
4.1 Formål 19
4.2 Metode 19
4.3 Vurderingsskema 20
4.4 tilrettelæggelse 21
Om BDO 22

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt tilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering af centret og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete center.

Anden del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og de individuelle undersøgelser. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. 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: 28 10 56 80
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Mette Norré Sørensen
Director
Mobil: 41 89 04 75
Mail: meo@bdo.dk
Projektansvarlig

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

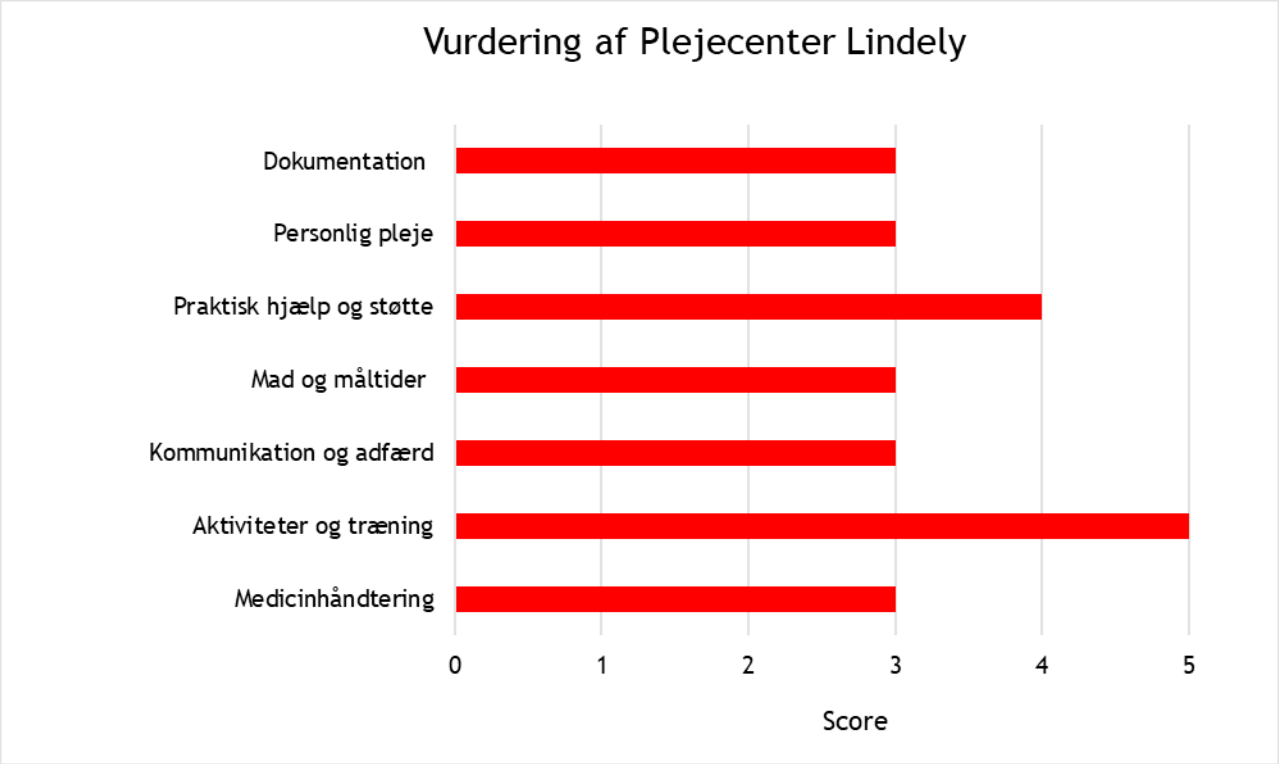
1. Oplysninger om plejecentret

Oplysninger om plejecentret og tilsynet
Navn og adresse: Plejecentret Lindely, Sankt Lukas Vej 9A, 2900 Hellerup
Leder: Konst. forstander Stine Arup
Antal boliger: 65 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 5. december 2023
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejecentrets ledelse • Interviews af fem beboere • Gennemgang af dokumentation for fem beboere • Gennemgang af medicinhåndtering for fem beboere • Gruppeinterview med tre medarbejdere (en ufaglært medarbejder, en social- og sundheds-hjælper og en social- og sundhedsassistent) Beboerne, som indgår i individuelle interview, har givet deres accept til at indgå i tilsynet. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Karin Kappel, Senior Manager og sygeplejerske Gitte Anderskov, Senior Manager og sygeplejerske

2. Vurdering

2.1 Tilsynets vurderinger

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation

Tilsynet vurderer, at døgnrytmeplanerne generelt er opbyggede efter en ensartet og systematisk tilgang, og beskrivelserne fremstår generelt ajourførte og handlevejledende, fraset enkelte områder, som ikke fremstår med handlevejledende beskrivelser af beboerens behov for hjælp. Det vurderes, at funktionsevnetilstandene har en del mangler, og at der generelt mangler beskrivelse af beboernes livshistorier i de generelle oplysninger. Hertil ses enkelte mangler i forhold til beskrivelser af beboernes vaner og motivation, og i en enkelt borgerjournal ses manglende sammenhæng mellem beskrivelserne og observationer af beboeren. Herudover vurderes det, at der i forhold til hovedparten af beboerne ses opfølgning på udførte observationer, men at der i forhold til to beboere mangler opfølgning på konkrete observationer i relation til beboernes helbred. På trods af de konstaterede mangler på dokumentationsområdet vurderer tilsynet, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelsen og ajourføringen af dokumentationen.

Personlig pleje

Det vurderes på baggrund af tilsynets observationer, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse.

Tilsynet vurderer imidlertid, at beboerne har varierede oplevelser af, om de modtager den hjælp til personlig pleje, som de har behov for, og hvorvidt kvaliteten af hjælpen er tilfredsstillende. To beboere er fuldt ud tilfredse, imens tre beboere har kritikpunkter i forhold til bl.a. lang ventetid på nødkald og medarbejdernes manglende nærvær og adfærd, som direkte påvirkning for oplevelsen af en god pleje og omsorg. En beboer oplever desuden manglende mulighed for at udføre de opgaver, beboeren selv kan.

Tilsynet vurderer, at der kan være usikkerhed omkring berigtigelsen af beboernes oplevelser, dels fordi nødkaldsloggen ikke understøtter beboernes udsagn, og dels fordi to beboere fremstår med kognitiv funktionsnedsættelse. Det er dertil tilsynets vurdering, at de interviewede medarbejdere kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje, herunder hvordan der arbejdes med at sikre tryghed gennem hurtig besvarelse af nødkald. Desuden udviser de interviewede medarbejdere forståelse for og opmærksomhed på den rehabiliterende tilgang.

Praktisk hjælp og støtte

Tilsynet vurderer på baggrund af observationer, at beboernes boliger og hjælpemidler fremstår rengjorte, hvilket også er gældende for plejecentrets fællesarealer. Tilsynet vurderer, at beboerne generelt er tilfredse med hjælpen til den praktiske støtte, fraset en beboer, som ikke mener, at rengøringen er grundig nok. Tilsynet vurderer desuden, at medarbejderne kan redegøre for arbejdsgangene omkring den praktiske hjælp, herunder snitflader med rengøringspersonalet, samt retningslinjer for hygiejneområdet både i den almindelige pleje og i forbindelse med smitteudbrud.

Mad og måltider

Det vurderes, at der er forskel på organiseringen i de observerede måltider, hvortil medarbejderne i nogle afdelinger arbejder ud fra faste roller og sikrer gode rammer for afvikling af et hyggeligt måltid, men hvor der i en afdeling er en uhensigtsmæssig organisering og gennemførelse af måltidet, som dermed ikke fremstår med en hyggelig stemning. Det er tilsynets vurdering, at hovedparten af beboerne italesætter tilfredshed med maden, men at to beboere oplever maden og rammen omkring måltidet som mindre tilfredsstillende. Medarbejderne kan efter tilsynets vurdering redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre 'Det gode måltid'.

Kommunikation og adfærd

Tilsynet vurderer, at der er en venlig og respektfuld kommunikation på plejecentret. Det er dog tilsynets vurdering, at beboerne har forskellige oplevelser af kommunikation fra medarbejdernes side, hvor to beboere alene oplever en venlig og respektfuld kommunikation, men tre beboere retter kritik af enkelte medarbejderes kommunikation og adfærd. Tilsynet vurderer imidlertid, at de interviewede medarbejdere på en faglig reflekteret måde kan redegøre for faktorer, der medvirker til at skabe respektfuld kommunikation og adfærd.

Aktiviteter og træning

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på plejecentret, og at beboerne oplever, at de tilbydes meningsfulde aktiviteter og træning, som de kan deltage i efter eget ønske. Samtidig vurderes det, at medarbejderne på særdeles tilfredsstillende vis kan redegøre for området.

Medicinhåndtering

Tilsynet vurderer, at der generelt er en struktureret og systematisk praksis for medicinhåndteringen. Dog er det tilsynets vurdering, at der er udviklingsområder vedrørende dokumentation, opbevaring og medicinadministration, herunder ses bl.a. manglende dokumentation i relation til risikosituationslægemidler. Det er endvidere tilsynets vurdering, at der er flere mangler i relation til at sikre en tidstro kvittering for medicinadministration af ikke-dispensérbare præparater. Tilsynet vurderer, at udviklingsområderne inden for medicinhåndteringen vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats. Under halvdelen af beboerne vurderes at være tilfredse med kvaliteten af hjælpen til medicinen, men tilsynet vurderer imidlertid, at de interviewede medarbejdere på faglig og reflekteret vis kan redegøre for området.

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:

1. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt fortsættes et målrettet arbejde med at sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation til enhver tid lever op til gældende retningslinjer på området. Herunder anbefaler tilsynet, at der rettes et særligt fokus på at sikre, at døgnrytmeplanerne indeholder handlevejledende beskrivelser af alle indsatser hos den enkelte beboer, at funktionsevnetilstandene er opdaterede og aktuelle, og at beboernes livshistorier dokumenteres, hvis beboerne samtykker. Endvidere anbefales ledelsen at fastholde fokus på en konsekvent opfølgning på dokumenterede observationer.
2. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt fortsat er fokus på beboernes oplevelser af, at der kan være lang ventetid på besvarelse af nødkald, herunder at der fortsat gennemføres audits på nødkaldsloggen.
3. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt iværksættes tiltag, som kan øge beboernes oplevelse af en nærværende og tryg pleje og omsorg døgnet rundt.
4. Tilsynet anbefaler, at der følges op på en konkret beboers oplevelse af utilfredsstillende rengøring
5. Tilsynet anbefaler, at det planlagte udviklingstema vedrørende kvalitetssikring af måltiderne gennemføres, hvortil tilsynet anbefaler, at der rettes et ledelsesmæssigt og fagligt fokus på organiseringen af måltiderne og medarbejdernes værtsrolle, så der sikres en rehabiliterende tilgang i serveringen af måltiderne samt fagligt fokus på at sikre, at måltiderne afholdes i rolige omgivelser, hvor medarbejderne prioriterer det sociale samvær.

   Desuden anbefaler tilsynet, at arbejdet med måltiderne inkluderer drøftelser omkring inddragelsen af den enkelte beboer, herunder formidling af valgmuligheder i forbindelse med måltiderne.
6. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter relevante tiltag i relation til medarbejdernes kommunikation og adfærd over for beboerne, så beboerne i højere grad oplever en venlig og respektfuld kommunikation fra alle medarbejderne, uanset tidspunkt på døgnet.
7. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter et målrettet kvalitetsarbejde i relation til medicinområdet med særligt fokus på at sikre opdaterede medicinlister, sikre at beboerne får behandling, jf. ordinationen, sikre medicinens holdbarhed, sikre relevant dokumentation i relation til beboernes behandling med risikosituationslægemidler, samt at sikre konsekvent tidstro kvittering for ikke-dispensérbare præparater.

3. Datagrundlag

3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder

Data

LEDERINTERVIEW:

Ledelsen beskriver, at plejecentret har arbejdet målrettet med dokumentationen siden sidste tilsyn. Ledelsen fortæller, at der har været fokus på at kompetenceudvikle social- og sundhedshjælperne, så de er i stand til at varetage dokumentationen for de beboere, de er kontaktpersoner for.

Alle medarbejderne er undervist af en ekstern konsulent i 2022 for at sikre et ensartet udgangspunkt for dokumentationsarbejdet. Nu sidemandsoplæres nye medarbejdere efter samme skabelon, og en social- og sundhedsassistent er allokeret til at varetage opgaven, som gennemføres via sidemandsoplæring. Desuden har plejecentret sikret, at der er tilgængelige mapper i afdelingerne med guides til, hvordan man udfylder de forskellige dele af dokumentationen.

Plejecentret har ligeledes haft fokus på handlingsanvisninger siden sidste tilsyn, og der skal oprettes handlingsanvisninger i relation til alle sygeplejeydelser. To nye sygeplejersker er netop ansat. Den ene sygeplejerske er lige startet, og den anden starter 1. januar. Begge har erfaring med dokumentationen på ældreområdet samt omsorgsjournalen Nexus, og de skal derfor fremadrettet varetage ansvaret for dokumentationsarbejdet. I relation til vægtmålinger og registrering heraf, fortæller ledelsen, at dette, i tråd med den øvrige dokumentation, har været et tema siden sidste tilsyn.

Ledelsen beskriver, hvordan der i forhold til anbefalingen vedrørende kontinuitet og besvarelse af nødkald har været en oplæring af alle medarbejderne i at bruge nødkaldet korrekt. Nødkaldsloggen gennemgås kontinuerligt, og afvigelser undersøges. Der opleves indimellem tekniske udfordringer med nødkaldet, som ledelsen straks iværksætter tiltag i relation til.

Ledelsen beskriver, hvordan der i forhold til anbefalingen vedrørende medarbejderes og afløseres kendskab til beboernes behov for hjælp og støtte er indført helhedspleje for social- og sundhedsassistenterne, som sikrer kvalitet i varetagelsen af særligt de komplekse forløb. Ledelsen har desuden haft fokus på at oplære egne afløsere frem for at anvende eksterne vikarer. Ledelsen har dog besluttet ikke at tage flere nye afløsere ind før i det nye år, for nu at koncentrere sig om en grundig oplæring af de nuværende nyansatte afløsere. Når ledelsen indkalder eksterne vikarer, sker det primært i dagtimerne, hvor der er flere faste medarbejdere på arbejde. Eksterne vikarer tildeles vikarkoder, hvilket i modsætning til tidligere, fungerer rigtigt godt nu. Ledelsen oplever, at hovedparten af de eksterne vikarer logger på ved vagtstart, og får dokumenteret i løbet af vagten.

Ledelsen italesætter i forhold til anbefalingen vedrørende mad og måltider, at der er arbejdet lidt med mad og måltider det seneste år, men det er ikke det område, der har haft størst fokus. Ledelsen har indført, at aktivitetsmedarbejderne deltager i måltiderne på skift, og at de bidrager til at facilitere samtale og god stemning under måltiderne. Medarbejderne er undervist i korrekt brug af værnemidler under måltiderne og i værtsrollen ved måltidet. Der er truffet en central beslutning om at ændre servering af den varme mad til frokost og smørrebrød til aften, hvilket er blevet indført tre dage før tilsynsdagen.

Ledelsen beskriver, at der i forhold til medicinområdet er indkøbt nye og større medicinkasser. Udviklingssygeplejersken laver løbende medicinaudits, hvor resultaterne tages op på de ugentlige sygeplejemøder. Social- og sundhedsassistenterne er fornyeligt begyndt at rotere imellem afdelingerne, så de ikke altid dispenserer hos de samme beboere, hvilket bidrager til at skærpe reflektionen hos den enkelte medarbejder i relation til beboernes medicinbeholdninger.

Der er afholdt medicinworkshops to gange i en enkelt afdeling, som en afprøvning, hvor ledelsen har printet et antal medicinskemaer, som medarbejderne i fællesskab har haft fokus på forbedringer til. Ledelsen oplever, at det har været succesfulde workshops, hvor en bonuseffekt har været, at medarbejderne har lært beboerne bedre at kende i forhold til deres ansvarshavende vagter.

Ledelsen beskriver i relation til de utilsigtede hændelser, hvordan der er en kommende ændring til decentral sagsbehandling på vej. Plejecentrets udviklingssygeplejerske varetager opsamlingen i dag. Ledelsen beskriver, hvordan der indberettes utilsigtede hændelser, og på det seneste flere vedrørende

dysfagi, hvorfor udviklingssygeplejersken har gennemført undervisning med cases vedrørende dysfagi. Undervisningen for medarbejderne er gennemført for mindre grupper ad gangen.

Plejecentret skal desuden i gang med at samlerapportere, hvilket udviklingssygeplejersken varetager ansvaret for.

Ledelsen beskriver i relation til samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere, at der ikke længere er lang responstid, og at de faglige samarbejdspartnere generelt benyttes i stor udstrækning. Ledelsen beskriver bl.a., hvordan samarbejdet med rehabiliteringscentret Tranehaven er styrket.

Ledelsen beskriver, at udviklingssygeplejersken har arbejdet med hygiejneområdet, bl.a. i forbindelse med hygiejneugen. Der har været et særligt fokus på engangsforklæder, og i hvilke situationer engangsforklæder anvendes, og der er sikret fokus på, at handsker alene er til urene procedurer.

Ledelsen beskriver i forhold til øvrige udviklingsområder, at der er fokus på at sikre en stabil drift og ro omkring plejecentrets medarbejdere, beboere og pårørende efter flere udskiftninger i centrale stillinger, herunder flere forstander- og afdelingslederskift.

Ledelsen beskriver, at der fremadrettet vil være et særligt fokus på måltiderne og magtanvendelse.

Aktivitetsmedarbejderne vil fra det nye år være tilknyttede afdelingerne, frem for kun at afholde fællesaktiviteter. Desuden vil aktivitetsmedarbejderne fremadrettet have weekendvagter for at sikre, at der også er aktiviteter i weekenderne.

3.2 Dokumentation

Data

OBSERVATION

Der foretages observation i fem beboeres omsorgsjournaler.

Døgnrytmeplanen

For alle tre beboere er der oprettet døgnrytmeplaner for dag, aften og nat, fraset en journal, hvor der mangler beskrivelser af beboerens behov for hjælp om natten.

Fire ud af fem døgnrytmeplaner er opbyggede efter en ensartet struktur med overskrifter, herunder 'personlig pleje', 'ernæring' og 'medicin', hvilket bidrager til en systematisk og overskuelig opbygning. En besøgsplan indeholder ikke faste overskrifter. I flere journaler ses desuden samme tekst beskrevet under borgers indsats og medarbejders indsats, hvilket i nogle tilfælde betyder, at døgnrytmeplanen fremstår lidt teksttung.

Døgnrytmeplanerne indeholder beskrivelser af den hjælp og støtte, som beboerne modtager, og de dokumenterede oplysninger er opdaterede og ajourførte. Døgnrytmeplanerne fremstår generelt handlingsanvisende for de servicelovsindsatser, der udføres hos beboeren, bl.a. ses vejledende tidspunkter for de besøg, der skal tilbydes hos beboeren, og hvordan hjælpen udføres på en måde, som er tilrettelagt ud fra beboerens ønsker og vaner. En beboer skal f.eks. ikke vækkes, hvis beboeren sover i forbindelse med besøg i boligen.

Tre døgnrytmeplaner fremstår ikke handlevejledende i forhold til beboerens hjælp til bad, idet det blot fremgår, at beboeren tilbydes bad, men ikke hvordan badet afvikles under hensyn til den enkelte beboer. En døgnrytmeplan fremstår tillige med manglende handlevejledning i relation til den daglige personlige pleje, hvilket ses i forhold til en beboer, som ikke har overskud til at forklare tingene selv.

Ligeledes konstaterer tilsynet, at tre døgnrytmeplaner fremstår med manglende handlingsanvisning for beboerens behov for hjælp og støtte om natten, idet der i de tre døgnrytmeplaner blot fremgår antallet af tilsyn, f.eks. 'Tilsyn x 3'.

Tilsynet observerer, hvordan døgnrytmeplanerne indeholder beskrivelser af særlige hensyn og opmærksomhedspunkter, som er gældende hos den enkelte beboer. Der nævnes f.eks., at medarbejderne skal møde beboeren ud fra en specifik pædagogisk tilgang, da beboeren ellers kan blive vred. I forhold til en anden beboer ses kosthensyn beskrevet. En tredje beboer har latenstid på grund af Parkinsons sygdom, og det beskrives, hvordan det er vigtigt at give beboeren god tid til at udføre ADL-aktiviteter.

Samtidig fremstår alle fem beboeres døgnrytmeplaner med beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, f.eks. daglig hudpleje, og der ses tydelige beskrivelser af den rehabiliterende tilgang, f.eks. ses beskrivelser af en beboer, som kan varetage bad selvstændigt, hvis blot en medarbejder er til stede og skaber den nødvendige tryghed for beboeren.

Funktionsevnetilstande

En ud af fem journaler indeholder opdaterede og aktuelle funktionsevnetilstande, som ses i overensstemmelse med beboerens døgnrytmeplan og observerede funktionsniveau. I to journaler ses manglende beskrivelser af beboerens kognitive/mentale tilstand, hvor dette er relevant. I to journaler ses funktionsevnetilstandene oprettede, men med scorer, som ikke svarer til beboernes aktuelle funktionsevnetilstand, f.eks. beskrives en beboer i forhold til toiletbesøg med totale begrænsninger, hvilket ikke er tilfældet.

Generelle oplysninger

I en ud af fem journaler ses fyldestgørende beskrivelser i alle felter under de generelle oplysninger, og oplysningerne giver værdi i beboerforløbet. Fire ud af fem beboere har ingen beskrevet livshistorie, og i forhold til tre beboere mangler der beskrivelser af motivation og vaner. Tilsynet bemærker desuden, hvordan beskrivelserne i relation til en beboer er meget dystre, og de beskriver, hvordan beboeren har givet op og venter på døden, hvortil tilsynet ikke ser sammenhæng med, at beboeren med stor glæde har deltaget i julekoncerten dagen i forvejen, men dog beskrives svær at motivere.

Observationsnotater:

I forhold til tre ud af fem beboere ses begrænsede, men relevante observationsnotater med opfølgning på afvigelser i relation til servicelovsområdet og dokumentation for udførte sundhedslovsindsatser, bl.a. ses opfølgning på en beboers problemer med vandladningen.

I forhold til to beboere ses manglende opfølgning.

En beboer er ifølge observationsnotaterne de seneste uger observeret sengekær og småtspisende samt evt. forstoppet. Beboeren er triageret gul, hvilket beboeren har været siden september måned pga. problemer med et øje. Der ses ikke konsekvent opfølgning i forhold til beboerens almene tilstand. I nogle vagter dokumenteres beboerens tilstand inkl. væske og fødeindtag, men i andre vagter ses ingen dokumentation. Ifølge plejecentrets instruks skal der dokumenteres i alle vagter i relation til beboere, der er triagerede gule.

I forhold til en anden beboer beskrives det om fredagen, at egen læge via MedCom har bedt om, at beboerens mentale tilstand observeres i alle vagtlag hen over weekenden. Der ses imidlertid først et observationsnotat fra søndag aften, hvor beboeren beskrives depressiv og nedtrykt.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan de arbejder med døgnrytmeplanen som et aktivt arbejdsredskab i det daglige, og hvordan den opdateres ved ændringer, så eksterne vikarer kan orientere sig om beboernes behov for pleje og støtte. Medarbejderne beskriver, hvordan det er særdeles vigtigt at beskrive f.eks. beboerens ressourcer og eventuelle kosthensyn, f.eks. ved dysfagi.

Det er ifølge medarbejderne beboerens kontaktperson, der er ansvarlig for at opdatere døgnrytmeplanen. En nyansat ufaglært medarbejder fortæller, hvordan hun har haft stor glæde af døgnrytmeplanerne, som medarbejderen oplever, giver et godt og hurtigt overblik. Medarbejderen beskriver, hvordan der f.eks. fremgår gode beskrivelser af, hvordan man taler med beboerne, og hvad der virker konfliktnedtrappende. Desuden har medarbejderen også mundtligt fået beskrevet beboerne i forbindelse med introduktionen.

Hvis medarbejderne observerer ændringer i beboerens tilstand, beskriver medarbejderne, hvordan ændringen dokumenteres og beboeren drøftes med en kollega med en højere uddannelse.

Funktionsevnetilstandene anvendes igennem tilstandshjulet. Der udarbejdes observationsnotater i tilknytning til den enkeltes tilstand. Generelle oplysninger anvendes, og plejecentret er aktuelt i proces med at opdatere beboernes livshistorier.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at døgnrytmeplanerne generelt er opbyggede efter en ensartet og systematisk tilgang, og beskrivelserne fremstår generelt ajourførte og handlevejledende, fraset enkelte områder, som ikke fremstår med handlevejledende beskrivelser af beboerens behov for hjælp. Det vurderes, at funktionsevnetilstandene har en del mangler, og at der generelt mangler beskrivelse af beboernes livshistorier i de generelle oplysninger. Hertil ses enkelte mangler i forhold til beskrivelser af beboernes vaner og motivation, og i en enkelt borgerjournal ses manglende sammenhæng mellem beskrivelserne og observationer af beboeren. Herudover vurderes det, at der i forhold til hovedparten af beboerne ses opfølgning på udførte observationer, men at der i forhold til to beboere mangler opfølgning på konkrete observationer i relation til beboernes helbred. På trods af de konstaterede mangler på dokumentationsområdet vurderer tilsynet, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelsen og ajourføringen af dokumentationen.

3.3 Personlig pleje

Data

OBSERVATION

Beboerne fremstår soignerede og veltilpasse. Deres tilstand bærer således præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov.

BEBOERINTERVIEW

To beboere oplever, at de får den hjælp til personlig pleje, som de har behov for, hvortil beboerne generelt udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen. De to beboere beskriver, at de oplever medinddragelse og selvbestemmelse i deres hverdag samt i plejesituationerne, og at aftaler overholdes. En beboer fortæller bl.a. om en god og nærværende kontakt til de faste aftenvagter, som beboeren oplever lyttende, interesserede og lydhøre. Trygheden begrundes ud fra perspektivet om, at det er de samme faste medarbejdere, som varetager plejen, samt at tryk på nødkaldet besvares hurtigt. Beboerne beskriver oplevelsen af, at hjælpen leveres af faste medarbejdere, hvilket bidrager til oplevelsen af kontinuitet, genkendelighed og faste rutiner. Beboerne oplever desuden, at de støttes i at gøre så meget som muligt selv, og de sætter også pris på at holde sig i gang på den måde.

Tre beboere udtrykker mindre tilfredshed med hjælpen til den personlige pleje.

En beboer fortæller, at medarbejderne ikke altid kommer, når beboeren ringer. Ifølge beboeren kan der gå flere timer, især om natten. Tilsynet får indsigt i nødkaldsloggen, som viser, at den maksimale ventetid den seneste uge er 25 min. i en aftenvagt mellem kl. 18-19. Beboeren har ifølge loggen ikke trykket nødkald om natten den seneste uge. Beboeren beskriver desuden, hvordan en medarbejder tidligere på morgenen kom ind i beboerens bolig. Beboeren siger: *'Hun sagde ikke et kuk, så jeg fik ikke mulighed for at sige, hvad jeg havde brug for, inden hun gik igen*'.

En anden beboer beskriver oplevelsen af, at der nogle gange ikke kommer nogen, når beboeren ringer. Beboeren beskriver, hvordan beboeren ringer fire-seks gange, og beboeren oplever problemet størst om natten. Tilsynet får indsigt i nødkaldsloggen, som viser, at beboeren ikke har trykket nødkald om natten den seneste uge. Beboeren beskriver desuden, at beboeren godt kunne tænke sig at få lidt mere hjælp til bad; *'Jeg får kun bad en gang om ugen, men nogle gange, kan der gå op til ti dage. Jeg ville gerne have bad lidt oftere'*. Desuden beskriver beboeren, oplevelsen af, at der er *'helt tomt i huset, når man kommer ud på gangen*', hvilket bekymrer beboeren, f.eks. hvis nogen falder og slår sig.

En tredje beboer, som i funktionsevnetilstanden beskrives med kognitiv funktionsnedsættelse, beskriver en oplevelse af ikke at få den hjælp, som beboeren har brug for, f.eks. oplever beboeren manglende reaktion ved tryk på nødkald. Beboeren beskriver desuden oplevelsen af ventetid på at komme på toilettet, og som følge heraf sker der uheld. Beboeren fortæller, at nogle medarbejdere skælder ud, når beboeren har brug for bleskift. Beboeren beskriver desuden, hvordan hjælpen på tilsynsdagen har været mere effektiv end vanligt, hvilket beboeren tilskriver tilsynets tilstedeværelse. Beboeren tilføjer, at det tit er forskellige medarbejdere, der leverer hjælpen, at den er fortravlet, og derfor

ikke er god nok. Bl.a. oplever beboeren at der, pga. af travlhed, ikke altid er tid til, at beboeren selv udfører de opgaver, beboeren selv kan i forbindelse med plejen.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan der altid tages udgangspunkt i den enkelte beboers behov, ønsker og vaner. Beboerne spørges ind til, hvordan de ønsker, at hjælpen skal tilrettelægges, hvortil medarbejderne beskriver, at der tages højde for eksempelvis beboernes ønsker om at sove længe, når dagen planlægges. Medarbejderne italesætter, hvordan de støtter beboerne i at klare mest muligt selv, og på den måde bidrager til at vedligeholde den enkelte beboers tilbageværende ressourcer.

Medarbejderne beskriver, at det, der skaber mest tryghed for beboerne, er, at det er kontaktpersonen eller en anden fast medarbejder fra afdelingen, der varetager den daglige pleje hos den enkelte beboer. Eksterne vikarer sættes godt ind i tingene, så det er så trygt som muligt for beboeren at modtage hjælp fra en medarbejder, de ikke kender. Desuden anvendes døgnrytmeplaner som vigtige arbejdsredskaber, når der er eksterne vikarer på vagt.

Medarbejderne beskriver desuden, hvordan de altid, i forbindelse med personlig pleje, tilbyder beboerne nedre hygiejne i sengen for at sikre en høj kvalitet i opgaveløsningen og samtidigt sikrer sig gode arbejdsforhold. Desuden beskriver medarbejderne, at social og sundhedsassistenterne har helhedsplejen for to beboere, men at de også kan gå med i plejen som 2. person sammen med de øvrige medarbejdere, og herigennem bidrage med fagligt input.

Medarbejderne beskriver, at de anvender Tom Kitwoods 'Blomsten' i forhold til beboere med kognitive udfordringer, men at der generelt anvendes en personcentreret omsorg, hvilket medarbejderne er i stand til at give relevante eksempler på, f.eks. i forhold til tiltaleform og konfliktnedtrappende adfærd.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det vurderes på baggrund af tilsynets observationer, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse.

Tilsynet vurderer imidlertid, at beboerne har varierede oplevelser af, om de modtager den hjælp til personlig pleje, som de har behov for, og hvorvidt kvaliteten af hjælpen er tilfredsstillende. To beboere er fuldt ud tilfredse, imens tre beboere har kritikpunkter i forhold til bl.a. lang ventetid på nødkald og medarbejdernes manglende nærvær og adfærd, som direkte påvirkning af oplevelsen af en god pleje og omsorg. En beboer oplever desuden manglende mulighed for at udføre de opgaver, beboeren selv kan.

Tilsynet vurderer, at der kan være usikkerhed omkring berigtigelsen af beboernes oplevelser, dels fordi nødkaldsloggen ikke understøtter beboernes udsagn, og dels fordi to beboere fremstår med kognitiv funktionsnedsættelse. Det er dertil tilsynets vurdering, at de interviewede medarbejdere kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje, herunder hvordan der arbejdes med at sikre tryghed gennem hurtig besvarelse af nødkald. Desuden udviser de interviewede medarbejdere forståelse for og opmærksomhed på den rehabiliterende tilgang.

3.4 Praktisk hjælp og støtte

Data

OBSERVATION

Såvel beboernes boliger som hjælpemidler fremstår tilstrækkeligt rengjorte, hvilket generelt også er tilfældet for plejecentrets fællesarealer.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne udtrykker generelt stor tilfredshed med den praktiske støtte, hvortil de beskriver, at de selv deltager på det niveau, de er i stand til, bl.a. i forbindelse med oprydning og mindre rengøringsopgaver. Beboerne synes, at det er meget tilfredsstillende, at der tilbydes rengøring en gang ugentligt. En

beboer udtrykker mindre tilfredshed. Beboeren italesætter, at hjælpen til rengøring ikke er så god, som beboeren kunne ønske sig, idet beboeren ikke oplever, at rengøringen er grundig nok. Beboeren beskriver oplevelsen af at have fået skæld ud af rengøringspersonalet pga. et for stort sofabord.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan der er faste rengøringsmedarbejdere tilknyttede afdelingerne. Medarbejderne redegør for snitfladerne i det daglige, hvor plejemedarbejderne sikrer den daglige oprydning og lettere rengøringsopgaver, f.eks. hvis beboeren har spildt noget på gulvet.

En medarbejder beskriver, hvordan medarbejderen bakker ud af boligen, og sikrer sig, at boligen fremstår indbydende og ryddelig, når den forlades. Medarbejderne kan redegøre for de hygiejniske retningslinjer, både i den daglige pleje og ved smitteudbrud, i hvilken forbindelse der anvendes smittevogne og instruksbeskrevne arbejdsgange. I Hygiejneugen havde plejecentret fokus på håndhygiejne og urinvejsinfektioner.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer på baggrund af observationer, at beboernes boliger og hjælpemidler fremstår rengjorte, hvilket også er gældende for plejecentrets fællesarealer.

Tilsynet vurderer, at beboerne generelt er tilfredse med hjælpen til den praktiske støtte, fraset en beboer, som ikke mener, at rengøringen er grundig nok.

Tilsynet vurderer endvidere, at medarbejderne kan redegøre for arbejdsgangene omkring den praktiske hjælp, herunder snitflader med rengøringspersonalet samt retningslinjer for hygiejneområdet, både i den almindelige pleje og i forbindelse med smitteudbrud.

3.5 Mad og måltider

Data

OBSERVATION

Tilsynet foretager kort observationer på de forskellige etager.

I tre afdelinger opleves frokostmåltider med en rolig og stemningsfuld atmosfære, hvor tilsynet bemærker livlig snak, historiefortælling og latter. På bordene står drikkevarer og serveringsskåle, som beboerne selv forsyner sig fra. Beboerne sidder omkring bordene i større eller mindre grupper. Der sidder medarbejdere med ved alle bordene, der støtter beboerne undervejs. Støtten ydes ud fra en respektfuld, nærværende og værdig tilgang.

På en afdeling er spisestuen indrettet med et langbord, hvor der sidder fem beboere, og med et mindre bord, hvor der sidder en beboer. To beboere er placerede foran tv'et i sofagruppen i den anden ende af spisestuen. Den ene beboer sover, og den anden beboer spiser middagsmaden ved sofabordet. Tv'et er tændt, og det kan høres i hele spisestuen, hvilket virker forstyrrende. Beboerne er netop begyndt at spise, da tilsynet ankommer. Der ses tre medarbejdere, som går rundt og udfører forskellige praktiske opgaver. F.eks. deles der brød ud direkte fra plastikposen. På et tidspunkt sætter en medarbejder sig ned og begynder at hjælpe en beboer med at spise. Medarbejderen fremstår fortravlet, og er ikke helt til stede i situationen. Medarbejderen kommer et kuvertbrød direkte ned i beboerens dybe tallerken med suppe og begynder at skære brødet ud med kniv og gaffel. En beboer, der sidder på den anden side af medarbejderen, spørger, om de kan få noget at drikke, men medarbejderen hører det ikke. Alle beboerne, på nær en enkelt beboer, som drikker en øl, har tomme glas, og der står ikke drikkevarer fremme på bordet. Flere beboere spørger, hvad det er for en suppe, der er serveret, hvortil medarbejderne svarer, at de ikke ved det, da der på menuen står *dagens suppe*. Flere beboere siger, at suppen ikke smager godt. Det observeres desuden, at opvaskemaskinen er tændt, og at dette kan høres i spisestuen. En medarbejder sætter sig ved bordet, hvor der sidder en beboer, og der føres en dialog. Medarbejderen taler dog flere gange fra bordet til sine kollegaer i den anden ende af spisestuen.

Et stykke tid inde i måltidet rejser den medarbejder sig op, som hjælper en beboer med at spise, og henter kander med saft. Der bliver skænket saft til alle beboerne uden forudgående forespørgsel om, hvad beboerne ønsker at drikke. Tilsynet oplyses senere om, at der på tilsynsdagen er en overrepræsentation af afløsere på arbejde i netop denne afdeling.

BEBOERINTERVIEW

Tre ud af fem beboere er overvejende tilfredse med madens kvalitet, smag og variation. Beboerne, som vælger at spise i den fælles spisestue, er desuden tilfredse med stemningen omkring måltidet.

En beboer fortæller, at der er noget af den mad, der serveres, som beboeren ikke kan tåle, og som giver beboeren diarre. Beboeren fortæller, at beboeren i disse situationer enten ikke spiser noget eller får sin søn til at komme med noget mad. Beboeren oplever desuden ikke at have indflydelse på maden, men ledelsen oplyser senere, at beboeren sidder med i plejecentrets beboer- og pårørenderåd, hvor maden ofte er til debat.

En anden beboer er stærkt kritisk over for måltiderne, som beboeren generelt mener er meget dårlige. Beboeren beskriver, hvordan al maden har den samme smag, og hvor der er begrænsede valgmuligheder. Beboeren oplever ikke at have indflydelse på maden eller måltiderne. Beboeren udtaler; *'Det er ærgerligt, at maden ikke er noget, man glæder sig til! Der er heller ikke hyggeligt. Et stort hvidt bord, hvor der ikke bliver gjort noget særligt ud af det'*. Beboeren fremhæver dog selskabet under måltidet i positive vendinger, idet beboeren sidder sammen med to medbeboere, som beboeren kan tale med.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, at organisering af måltidet gribes lidt forskelligt an på plejecentrets afdelinger. I en afdeling beskrives det, hvordan der arbejdes med bordformænd ved alle borde, der sikrer, at måltidet afvikles i ro og orden. I den afdeling har en medarbejder ansvaret for beboerne, som vælger at spise i deres bolig.

I en anden afdeling er der en anden fordeling af medarbejderne, fordi mange beboere spiser i boligerne. Generelt beskriver medarbejderne, hvordan beboerne under måltiderne støttes i at gøre mest muligt selv. Beboerne sammensættes i forhold til, hvor mange ressourcer de har, og ved de borde, hvor der sidder forholdsvis selvhjulpne beboere, er der servering på fade og i skåle, som beboerne selv kan forsyne sig fra.

Medarbejderne beskriver, hvordan beboerne har faste pladser, fordi de godt kan lide det sådan. Medarbejderne tilføjer desuden, at der er fokus på, at alle trives og har det godt under måltidet. Der tages f.eks. hensyn til, at nogle beboere klarer sig bedst under måltidet, hvis der er kendte medarbejdere omkring dem.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er forskel på organiseringen i de observerede måltider, hvortil medarbejderne i nogle afdelinger arbejder ud fra faste roller og sikrer gode rammer for afvikling af et hyggeligt måltid, men hvor der i en anden afdeling er en uhensigtsmæssig organisering og gennemførelse af måltidet, som dermed ikke fremstår med en hyggelig stemning. Det er tilsynets vurdering, at hovedparten af beboerne italesætter tilfredshed med maden, men at to beboere oplever maden og rammen omkring måltidet som mindre tilfredsstillende. Medarbejderne kan efter tilsynets vurdering redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre 'Det gode måltid'.

3.6 Kommunikation og adfærd

Data

OBSERVATION

Overalt på plejecentret observeres der en imødekommende og respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side. Det observeres f.eks., hvordan medarbejderne banker på døren, inden de træder ind i boligen, hvordan de henvender sig til beboerne med smil og i øjenhøjde, eller hvordan der anvendes fysisk berøring i kontakten med beboerne. I flere tilfælde observerer tilsynet, hvordan beboere og medarbejdere har små drillerier med hinanden, hvilket virker til at glæde begge parter.

I en afdeling med flere kognitivt svækkede beboere observeres et roligt samvær med få ord, men med berøring, bl.a. ses en medarbejder lægge sin arm omkring en beboer, som herefter virker rolig og afslappet.

BEBOERINTERVIEW

To ud af fem beboere beskriver, hvordan de altid bliver talt pænt til af søde og imødekommende medarbejdere, dog fortæller den ene beboer, at der indimellem kan være forståelsesudfordringer i kommunikationen med enkelte medarbejdere.

Tre beboere er ikke altid tilfredse med kommunikationen.

En beboer oplever, at de fleste medarbejdere taler pænt, men at kontakten indimellem opleves lidt fortravlet. *'De er meget hurtigt ude ad døren igen'* fortæller beboeren.

En anden beboer, som har en kognitiv funktionsnedsættelse, fortæller om en meget varieret kontakt med medarbejderne. Nogle medarbejdere taler ordentligt, og banker altid på, men beboeren oplever også medarbejdere, som taler mindre pænt og til tider nedværdigende.

En tredje beboer fortæller, at medarbejderne generelt er søde, men at der er stor forskel på vagtlagene, hvor beboeren om dagen oplever, at medarbejderne er søde, men om natten oplever at blive skældt ud, hvis beboeren har behov for bleskift.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fremhæver, hvordan der på plejecentret er fokus på, at kommunikationen skal være ligeværdig. Som medarbejder skal man kunne rumme og lytte til beboernes kommunikation på en professionel måde, også selv om den kan være kritisk fra beboernes side. En ufaglært medarbejder, som deltager i interviewet, fremhæver, at det er vigtigt, at kommunikationen er empatisk, og at man spørger ind til beboeren. Endelig beskriver medarbejderne, at man som kontaktperson kommer tættere på beboerne, hvilket kan stimulere til en mere åben dialog.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer at der er en venlig og respektfuld kommunikation på plejecentret. Det er dog tilsynets vurdering, at beboerne har forskellige oplevelser af kommunikationen fra medarbejdernes side, hvor to beboere alene oplever en venlig og respektfuld kommunikation, mens tre beboere retter kritik af enkelte medarbejderes kommunikation og adfærd. Tilsynet vurderer imidlertid, at de interviewede medarbejdere på en fagligt reflekteret måde kan redegøre for faktorer, der medvirker til at skabe respektfuld kommunikation og adfærd.

3.7 Aktiviteter og træning

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer opslag på opslagstavlerne over ugens aktiviteter. Her ses flere daglige aktiviteter, som f.eks. musik og bevægelse, husmoderdag, og drop in café. Der er desuden invitation til Ballet og

Cello, hvor en cellist og en balletdanser kommer forbi og optræder, dels på fællesarealerne, men også i beboernes boliger, hvis beboeren ikke har lyst til at komme ud.

På tilsynsdagen observeres der ingen af de planlagte aktiviteter. Der observeres derimod et aktivt hverdagsliv, hvor flere beboere benytter sig af fællesarealerne. Herunder møder tilsynet en beboer, som er i gang med at cykle på en af de motionscykler, som står placerede i de fleste afdelinger. Beboeren guides af en medarbejder. Flere beboere sidder desuden sammen i en sofa foran et tændt tv. Nogle sidder med en kop kaffe.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne redegør for et bredt udvalg af aktiviteter, som de i forskellige grad tager del i.

En beboer fortæller om et ugentligt besøg af en frivillig, som taler amerikansk. Et besøg beboeren ser meget frem til. En anden beboer fortæller om filmfremvisning og julemusik i kælderen. Samme beboer holder af at tage med på busture. To beboere har svært ved at redegøre for spørgsmålet om aktiviteter og træning.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan der er en café i huset, og hvordan de støtter beboerne i at deltage i de udbudte aktiviteter. De beboere, som ikke bryder sig om at komme i caféen, tilbydes aktiviteter i afdelingen. En medarbejder beskriver, hvordan en beboer gangtræner med medarbejderen hver dag.

Nogle beboere får hver dag oplyst af medarbejderne, hvad der sker i caféen, og de beslutter sig herefter, om de vil deltage. Medarbejderne beskriver, hvordan plejecentrets aktivitetsmedarbejdere er gode til at spørge beboerne, hvilke aktiviteter der ønskes. Mange beboere trives ligeledes i deres eget selskab, hvilket respekteres, men der er også beboere, der motiveres, fordi medarbejderne ved, at de profiterer af socialt samvær. Medarbejderne sørger for, at beboerne gør alt det, de kan selv i hverdagen. Aktivitetsmedarbejderne tilbyder desuden musik og bevægelse hver formiddag, som beboerne kan deltage i.

Mange beboere modtager fysioterapi flere gange ugentligt – både selvbetalt og vederlagsfri.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på plejecentret, og at beboerne oplever, at de tilbydes meningsfulde aktiviteter og træning, som de kan deltage i efter eget ønske.

Samtidigt vurderes det, at medarbejderne på særdeles tilfredsstillende vis kan redegøre for området.

3.8 Medicinhåndtering

Data

OBSERVATION

Dokumentation (medicinoversigten):

Alle fem beboeres medicinlister ses generelt opdaterede, og alle ordinationer ses med dato for ordination, beskrevet med indikation, dosis og antal tabletter. Pn medicin er angivet med antal enheder og max. døgndosis. Det er tydeligt angivet, om medicinen er fast eller pn, samt om medicinen er dosisdispenseret. Dertil er det tydeligt registreret, om beboeren er selvadministrerende. Der ses enkelt mangler i relation til medicinlisten:

- I forhold til en beboer ses manglende opdatering af to handelsnavne.
- I forhold til to beboere ses manglende overensstemmelse imellem label på medicinglasset og medicinlisten

Opbevaring

For alle fem medicingennemgange ses, at beboerens igangværende ugemappe med doseret medicin og rullen med dosisdispenseret medicin opbevares i medicinvogn. Ikke-dispensérbar medicin opbevares ligeledes i medicinvognen, medmindre det skal opbevares på køl. Resten af beboerens medicinbeholdning opbevares i en gennemsigtig plastboks i medicinrummet. Der anvendes farvede poser for at sikre tydelig adskillelse af aktuel og ikke anbrudt aktuel medicin samt adskillelse af seponeret og pn medicin. Dog observeres der følgende mangler til opbevaring:

Risikosituationslægemidler

En ud af fem beboere er i behandling med et risikosituationslægemiddel. Der ses ingen beskrivelser af behandlingen, som er mod cirkulationsproblemer, i hverken helbredstilstand eller handlingsanvisning.

Dispensering af medicin

I alle fem medicingennemgange ses der overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne. Doseringsæsker er mærkede med CPR-nummer og beboerens navn. Dosisrullerne stemmer overens med medicinlisten.

Administration af medicin

Alle fem beboere har på tilsynsdagen fået medicin, svarende til ordination. Tilsynet konstaterer følgende mangler i forhold til administration:

- Tre beboere har ordineret ikke-dispensérbare præparater, hvortil der konstateres mangler i kvittering af medicin hos alle tre beboere over en bagudrettet 14 dages periode fra tilsynsdagen, bl.a. ses manglende kvittering i seks ud af 14 dage i forhold til behandling med medicinsk salve, manglende kvittering i 10 ud af 14 dage for inhalationsmedicin samt manglende kvittering i tre ud af 14 dage for øjendråber
- En borger har ordineret en medicinsk behandling for svamp under brystet. Der er kvitteret for behandlingen frem til og med aftenen før tilsynet. I boligen ses to udløbne Brentan-salver, jf. de påførte anbrudsdatoer.

BEBOERINTERVIEW

To beboere oplever stor tryghed i forbindelse med både medicindispensering og medicinadministration.

Tre beboere er ikke helt trygge ved medarbejdernes håndtering af deres medicin.

En beboer tilkendegiver at være tryg, men fortæller, at beboeren nogle gange om aftenen spytter den ene pille ud, efter at medarbejderne er gået, da den giver uro i benene.

En anden beboer siger; *'Jeg er ikke altid tryg, fordi det går så hurtigt, der bliver bare sat et glas piller foran en, og så siger de, at jeg skal tage dem'.*

En tredje beboer som fremstår kognitivt svækket fortæller, at beboeren ikke er tryg ved medicinadministrationen.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Den interviewede social- og sundhedsassistent beskriver, hvordan hun forud for en medicindispensering tjekker, om der er FMK opdateringer, og om der er kommet medicin hjem fra apoteket. I den forbindelse tjekker medarbejderen bl.a. om præparatnavn og styrke er korrekt. Herefter gennemgår medarbejderen dispenseringsprocessen, herunder hvordan dispenseringsmodulet anvendes undervejs, og hvordan der anvendes dispenseringsmodulets funktion *'egenkontrol'* afslutningsvist. Medarbejderen beskriver, hvordan der kun dispenseres til de dage, der er medicin til.

Den medicinansvarlige medarbejder beskriver, hvordan det netop er indført, at alle social og sundhedsassistenter roterer imellem afdelingerne, så de ikke altid dispenserer hos de samme beboere, hvilket medarbejderen mener kan være meget sundt, men også udfordrende, fordi man ikke kender beboerne i de andre afdelinger.

Social- og sundhedshjælperen beskriver medicinadministrationsprocessen, herunder, at eventuelle afvigelser dokumenteres i Nexus.

I forhold til risikosituationslægemidler er plejecentret i en proces, hvor de skal afklare, hvordan der skal dokumenteres i forhold til risikosituationslægemidlerne. Indtil videre beskrives risikosituationslægemidlerne, ifølge social og sundhedsassistenten, i bemærkningsfeltet på medicinlisten. Medarbejderen kan også beskrive korrekt opbevaring af medicinen og anvendelse af farvede poser til adskillelse af aktuel og ikke-aktuel medicin.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der generelt er en struktureret og systematisk praksis for medicinhåndteringen. Dog er det tilsynets vurdering, at der er udviklingsområder vedrørende dokumentation, opbevaring og medicinadministration, herunder ses bl.a. manglende dokumentation i relation til risikosituationslægemidler. Det er endvidere tilsynets vurdering, at der er flere mangler i relation til at sikre en tidstro kvittering for medicinadministration af ikke-dispensérbare præparater. Tilsynet vurderer, at udviklingsområderne inden for medicinhåndteringen vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats. Under halvdelen af beboerne vurderes at være tilfredse med kvaliteten af hjælpen til medicin, men tilsynet vurderer imidlertid, at medarbejderne på faglig og reflekteret vis kan redegøre for området.

4. Tilsynets formål og metode

4.1 Formål

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for borgere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 Metode

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 Vurderingsskema

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
Score: 4	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne • En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne • Få elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
Score: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne • Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 Tilsynets tilrettelæggelse

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-3 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

Om BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejehjem, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.

Relateret document 17/18

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Rygårdscentret 2023-Gentofte-Endelig rapport.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Rygårdscentret 2023-Gentofte-Endelig rapport**
Dokument ID:	**5324962**

Tilsynsrapport Gentofte Kommune

Plejecenter Rygårdcentret

Uanmeldt tilsyn
December 2023

Indhold

Indhold 2
Forord 3
1. Oplysninger om plejecentret 4
2. Vurdering 5
2.1 Tilsynets vurderinger 5
2.2 Tilsynets anbefalinger 6
3. Datagrundlag 8
3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder 8
3.2 Dokumentation 9
3.3 Personlig pleje 10
3.4 Praktisk hjælp og støtte 12
3.5 Mad og måltider 12
3.6 Kommunikation og adfærd 14
3.7 Aktiviteter og træning 14
3.8 Medicinhåndtering 15
4. Tilsynets formål og metode 18
4.1 Formål 18
4.2 Metode 18
4.3 Vurderingsskema 19
4.4 Tilsynets tilrettelæggelse 20
Om BDO 21

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt tilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering af centret og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete center.

Anden del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og de individuelle undersøgelser. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. 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: 28 10 56 80
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Mette Norré Sørensen
Senior Manager
Mobil: 41 89 04 75
Mail: meo@bdo.dk
Projektansvarlig

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

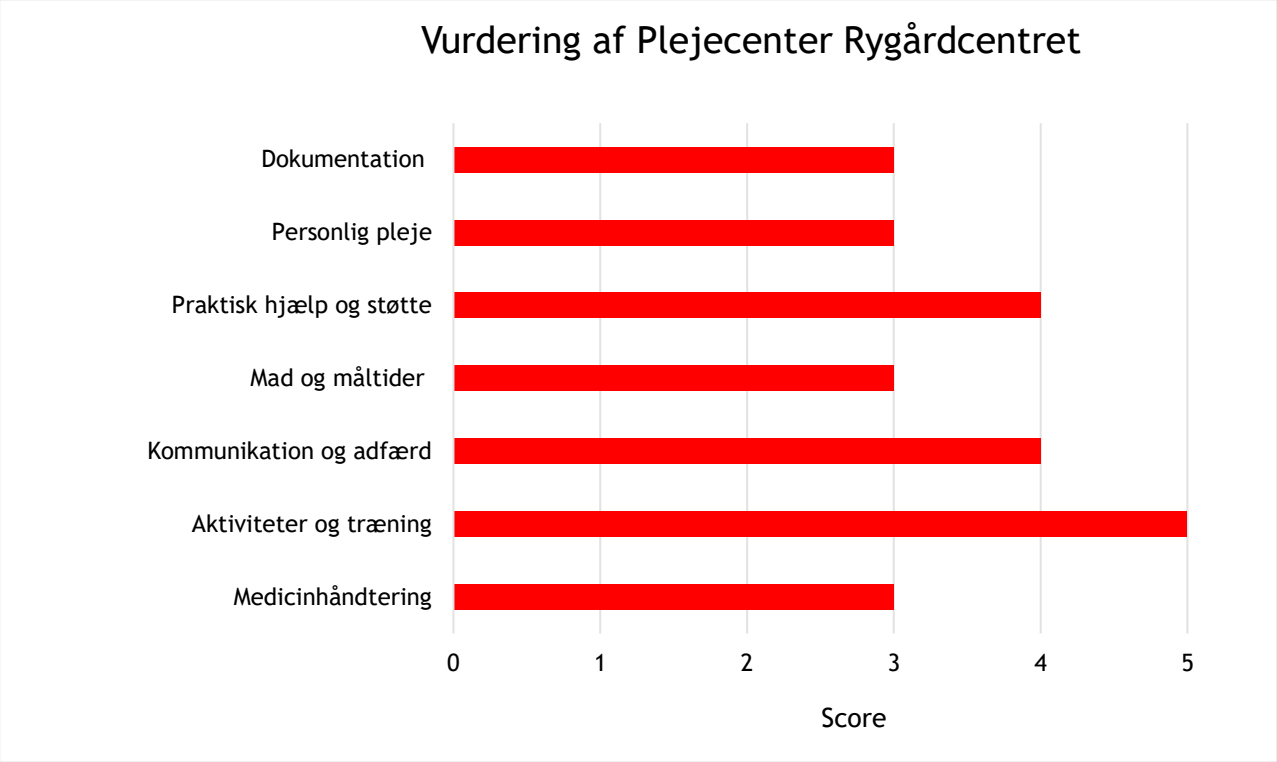
1. Oplysninger om plejecentret

Oplysninger om plejecentret og tilsynet
Navn og adresse: Rygårdcentret, Niels Andersens Vej 22, 2900 Hellerup
Leder: Berit Kronby
Antal boliger: 102 boliger – men aktuelt er der ca. 30 ledige boliger, da plejeboliger med hjemmehjælp skal overgå til plejehjemsboliger.
Dato for tilsynsbesøg: Den 11. december 2023
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejecentrets ledelse • Interview af syv beboere • Gennemgang af dokumentation for syv beboere • Gennemgang af medicinhåndtering for syv beboere • Gruppeinterview med fire medarbejdere (to social- og sundhedshjælpere og to sygeplejersker) Beboerne, 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 Lee Anderskov, Senior manager og sygeplejerske Karin Kappel, Senior manager og sygeplejerske Kristina Ovesen, Manager og sygeplejerske

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 den gennemgåede dokumentation på servicelovsområdet fremstår med varieret kvalitet, herunder ses en del mangler som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats.

Det er tilsynets vurdering, at der i størstedelen af journalerne ses fyldestgørende og aktuelle beskrivelser i generelle oplysninger, men at funktionsevnetilstande ses med enkelte mangler. Dertil vurderes det, at døgnrytmeplanerne er oprettet og generelt fremstår med beskrivelser af hjælpen over døgnet. Dog ses det, at flere planer ikke er opdateret svarende til ændringer i beboerens behov for hjælp. Dertil ses manglende ensretning og systematik i planerne, hvilket kan gøre planerne svære at orientere sig i. Ligeledes vurderes det, at der i flertallet af journalerne forekommer mangler på opfølgning efter observeret forværring eller ændring.

På trods af de konstaterede mangler på dokumentationen vurderer tilsynet, at de interviewede medarbejdere kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

Personlig pleje

Tilsynet vurderer, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov.
Det er tilsynets vurdering, at beboerne generelt er tilfredse med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje fra det faste personale. Dog vurderes det, at tre beboere oplever mindre tilfredshed med hjælpen, når hjælpen leveres af vikarer, idet det opleves, at vikarerne ikke er sat ind i opgaven. Det vurderes desuden, at to beboere oplever lang besvarelse på nødkald, hvor den ene tilskriver den lange ventetid, når der er vikarer. Ledelsen oplyser dog i forbindelse med faktuel høring, at det drejer sig om to vikarer fra et vikarbureau, som ikke længere anvendes og at episoderne er sket tre måneder tidligere.

Det er tilsynets vurdering, at de interviewede medarbejdere på faglig reflekteret vis kan redegøre for hjælpen til personlig pleje, og at medarbejderne udviser en faglig forståelse for arbejdet med den individuelle pleje og rehabiliterende tilgang.

Praktisk hjælp og støtte

Tilsynet vurderer, at den praktiske hjælp leveres efter en god faglig standard, hvor både boliger og fællesarealer fremstår ryddelige og rengjorte. De observerede hjælpemidler fremstår ligeledes rengjorte. Dertil er det tilsynets vurdering, at flertallet af beboerne oplever, at den praktiske hjælp og støtte er svarende til deres behov fraset en beboer, som ikke oplever, at rengøringen er af en tilfredsstillende karakter. Det er tilsynets vurdering, at beboerne inddrages aktivt efter funktionsniveau, samt at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for området.

Mad og måltider

Det vurderes, at der skabes en hyggelig og rolig stemning under de observerede måltider. Hertil vurderes det, at rammerne om måltidet tager afsæt i en rehabiliterende tilgang med fokus på at sikre beboernes selvbestemmelse og medindflydelse. Dertil tilbydes beboerne socialt samvær og appetitligt anrettet mad. Tilsynet vurderer, at beboerne generelt er tilfredse med madens kvalitet til frokost, men mindre tilfredse med den varme mads smag og variation om aftenen. Dertil er det tilsynets vurdering, at der konstateres en episode under forberedelsen af frokosten, hvor en medarbejder ikke overholder de hygiejniske retningslinjer, idet der foretages håndvask med handsker på.

Det er tilsynets vurdering, at de interviewede medarbejdere på reflekteret vis kan redegøre for faktorer, der medvirker til at understøtte 'Det gode måltid'.

Kommunikation og adfærd

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne udviser en respektfuld og ligeværdig kommunikation og adfærd i mødet med beboerne. Tilsynet vurderer, at beboerne generelt oplever, at medarbejderne er flinke og imødekommende fraset en beboer, som ikke altid oplever tilfredsstillende kommunikation i relation til vikarer og afløsere. Dertil vurderes det, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for en professionel kommunikation og adfærd.

Aktiviteter og træning

Det vurderes, at plejecentret har et varieret tilbud om aktiviteter, der understøtter et aktivt hverdagsliv for beboerne. Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever, at de tilbydes meningsfulde aktiviteter og træning, som de deltager i efter eget ønske.

Samtidig vurderes det, at medarbejderne på reflekteret vis kan redegøre for området.

Medicinhåndtering

Det er tilsynets vurdering, at der er fundet mangler, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats at afhjælpe. Dette vedrører blandt andet mangler i forhold til dokumentation, opbevaring, risikosituationslægemidler og administration. På trods af de konstaterede fejl og mangler vurderer tilsynet, at beboerne udtrykker tilfredshed med medarbejdernes håndtering af deres medicin, og at medarbejderne kan redegøre for dispensering og administration i overensstemmelse med gældende retningslinjer på området.

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:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter den målrettede indsats på dokumentationsområdet med særligt fokus på at sikre:

- Ajourføring af døgnrytmeplaner ved ændringer
- Ens systematik og struktur i døgnrytmeplanerne evt. med anvendelse af overskrifter
- Ajourføring af funktionsevnetilstande
- Opfølgning på observationer ved forværring

2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen igangsætter en målrettet indsats på arbejdsgange ved nødkald herunder rettidig besvarelse af nødkald, beboernes evne til at anvende nødkaldet, og kontrol af om nødkaldet virker. Dertil anbefales det, at der iværksættes en arbejdsgang, hvor det sikres, at vikarer og afløsere bliver klædt tilstrækkeligt på til at varetage opgaverne hos beboerne.
3. Tilsynet anbefaler, at der rettes en opmærksomhed omkring kvaliteten af rengøringen hos en konkret beboer.
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen etablerer en målrettet indsats på korrekt håndhygiejne i forbindelse med køkkenopgaver. Derudover, at ledelsen retter en opmærksomhed på kvaliteten af den varme mad.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter en opmærksomhed på, at alle medarbejdere kommunikerer med beboerne på professionel vis.
6. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter en målrettet indsats på medicinområdet med et særligt fokus på at sikre:
    - Korrekte handelsnavne
    - Konsekvent systematik i opbevaringen
    - Tydelig dokumentation omkring behandlingsplaner ved risikosituationslægemidler
    - Implementering af arbejdsgange, der minimerer fejl i synkronisering af FMK og LMK, således at ordinationer bliver lagt korrekt ind jf. ordination, herunder form på medicin og administrationstidspunkter
    - Mærkning af doseret pn medicin jf. retningslinjer for korrekt medicinhåndtering
    - Udfasning af printede medicinskemaer.

3. Datagrundlag

3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder

Data

LEDERINTERVIEW:

Ved sidste års tilsyn fik plejecentret anbefalinger vedrørende fem områder; 1) dokumentation, 2) personlig pleje, 3) mad og måltider, 4) medicinhåndtering og 5) observationsstudie af pleje.

Ledelsen redegør for, at der i forhold til dokumentationsområdet er igangsat et øget fokus siden sidste tilsyn. Fra central side er der igangsat en indsats, hvor en arbejdsgruppe, sammensat af medlemmer fra kommunens forskellige enheder, udarbejder fælles retningslinjer for dokumentationen i kommunen. Arbejdsgruppen har fokus på forskellige temaer, som de enkelte medlemmer går forrest med at implementere i de lokale enheder. F.eks. har der for nylig været et fokus på dokumentationen af lægekontakter og behandlingsplaner, hvor det ved auditering kunne konstateres, at der fortsat er udviklingsområder omkring at få afsluttet indsatser i omsorgssystemet relateret til lægekontakt.

Der gøres meget ud af vigtigheden af, at journalerne opdateres løbende. Udviklingssygeplejersken forestår en-til-en undervisning eller i mindre grupper. Undervisningen tager udgangspunkt i auditresultater og i forhold til de fokusområder, der kommer fra dokumentations-arbejdsgruppen i kommunen.

Der arbejdes på, at social og sundhedshjælperne og ufaglærte medarbejdere læres op til, at kunne dokumentere selvstændigt på servicelovsområdet. Aktuelt udarbejdes døgnrytmeplanerne i et samarbejde med social og sundhedsassistent eller sygeplejerske.

Udviklingssygeplejerske har udarbejdet en guide, som anvendes til beskrivelse af døgnrytmeplaner. Dertil er der arbejdet med at udfylde generelle oplysninger, hvor demensressourcepersonen har spillet en vigtig rolle.

Vedrørende anbefalingen omkring personlig pleje, herunder at medarbejdere introduceres til opgaverne, er der lavet en ny organisering siden sidste tilsyn. Der er ansat to nye medarbejdere i en nøglefunktion til henholdsvis dokumentation og koordination, og som blandt andet står for introduktion af alle medarbejdere. Der er udarbejdet introduktionsprogrammer med inspiration fra kommunens materialer med fokus på kompetenceudvikling og evaluering.

Eksterne vikarer anvendes i begrænset omfang i Kastanjelunden, mens der i Egelunden anvendes flere vikarer pga. vakante stillinger. Ledelsen oplyser, at det er medarbejderne i vagten, som er ansvarlige for at introducere vikarerne til opgaverne.

I forhold til anbefalingen omkring mad og måltider herunder relevant brug af handsker, har der efterfølgende været løbende dialog med medarbejderne herom. Det er ledelsens oplevelse, at der er en kultur for at italesætte faglig korrekte arbejdsgange omkring hygiejne i tilfælde af, at der observeres uregelmæssigheder. I forhold til at skabe ro om måltidet og mindske forstyrrelser, har der ligeledes været arbejdet med principper for Det gode måltid med fokus på rollefordeling og organisering.

Ledelsen redegør for, at der siden sidste tilsyn har været et øget fokus på korrekt medicinhåndtering. Der er blandt andet implementeret farvede poser til system i opbevaringen af medicin. Dertil har der været fokus på, at beboerne ikke skal tage deres "gamle" medicin med hjemmefra. Der er ophængt vejledninger/arbejdsgangsbeskrivelser i medicinrum til kontrol af f.eks. udløbsdato. Desuden er der implementeret Nexus mobil til kvittering af administreret medicin.

Ligeledes er der igangsat en proces omkring arbejdet med risikosituationslægemidler, herunder hvad der skal beskrives i dokumentationen.

Dertil er der fokus på grundig introduktion til arbejdsgange omkring medicinhåndtering til alle nyansatte sundhedsfaglige medarbejdere.

I henhold til anbefalingen vedrørende observationsstudie, herunder håndhygiejne, har der været fokus på organisering af arbejdsgange, der muliggør efterlevelse af korrekt håndhygiejne. Det er ledelsens oplevelse, at medarbejderne er vidende om korrekt håndhygiejne, men at indarbejdede uhensigtsmæssige arbejdsgange kan være en hindring. Der har været fokus på, at håndsprit er til rådighed under personlig pleje, så det er muligt at spritte hænder mellem handskeskift.

Af andre udviklingsområder, som plejecentret aktuelt er optaget af, fremhæver ledelsen, at der er fokus på tidlig palliation. Alle faggrupper er tilbudt kursus; *Palliation i det levede liv*.

Dertil har der været set på organiseringen af kompetencer og ressourcer. På Egelunden er der blandt andet ansat de ovenfor omtalte ressourcepersoner i dokumentation og koordinering. Dertil ses der aktuelt ind i organiseringen over døgnet, så rette kompetencer fordeles over døgnet. Der er i denne proces omorganiseret i forhold til en mere hensigtsmæssig fordeling af sygeplejerskeressourcerne fra begyndelsen af det nye år.
I forhold til rekruttering og fastholdelse prioriteres dette højt i Gentofte kommune. Herunder blandt andet, at alle medarbejdere har ret til fuld tid, har indflydelse på arbejdstid, mulighed for seniorordninger og orlovsordninger. Der er fokus på trivsel og medarbejderindflydelse.

Dertil arbejdes der med en rammesætning for faglig sparring og kompetenceudvikling. Der afholdes faglige dialogmøder hver uge i dagvagten og hver 2. uge for aftenvagten. Her planlægges på forhånd med et fagligt tema og ofte med et teoretisk oplæg.

3.2 Dokumentation

Data

OBSERVATION
Der foretages observation i syv beboeres omsorgsjournal.

Døgnrytmeplaner

Døgnrytmeplanerne er i alle syv journaler oprettet for alle vagtlag. Planerne indeholder generelt beskrivelser af den hjælp og støtte, som beboerne modtager over døgnet. Dertil fremgår der beskrivelser af beboernes ressourcer og særlige opmærksomhedspunkter, som f.eks., at beboeren har et synshandicap, at beboeren ønsker lyset tændt om natten, og hvorledes beboeren ønsker at blive vækket tidligt om morgenen. Dertil ses beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, som f.eks., at beboeren har hudproblematikker, ernæringsproblematik, balanceproblemer, eller angstproblematik, og ved alle eksempler er det beskrevet, hvilke forebyggende handlinger, der skal udføres. Tilsynet konstaterer dog, at flere planer mangler at blive opdateret svarende til beboerens ændrede funktionsniveau samt enkelte beskrivelser ses mindre handlevejledende, f.eks. i forhold til hjælpen til bad. Dertil ses det, at døgnrytmeplanerne fremstår uensartet i opbygningen uden en tydelig struktur og systematik, hvilket bevirker, at enkelte planer kan fremstå svære at orientere sig i.

Funktionsevnetilstande
I fire journaler ses funktionsevnetilstandene relevante og aktuelle.
I tre journaler ses enkelte til flere mangler relateret til opdatering af tilstande svarende til beboerens aktuelle funktionsniveau.

Generelle oplysninger
I fem journaler fremgår generelle oplysninger fyldestgørende med relevante beskrivelser med værdi for borgerforløbet f.eks. er mestring, motivation, ressourcer og livshistorie beskrevet. Dog konstaterer tilsynet, at der i to journaler helt mangler eller kun er sparsomt med oplysninger.

Observationsnotater

For alle syv journaler ses det, at der beskrives observationer ved afvigelser i beboerens tilstand. Dog konstaterer tilsynet, at der i fem journaler, ved gennemgang af de sidste ti observationsnotater, ses manglende dokumentation af opfølgning, efter at beboeren er beskrevet med forværring. Den manglende opfølgning vedrører blandt andet observationer ved feber, smerter, hudproblematik, ændring af kost og urolig adfærd.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Døgnrytmeplanerne opdateres løbende, så de kan anvendes af medarbejdere, som ikke kender beboeren. Det er social og sundhedshjælperne, som er ansvarlige for udarbejdelse og opdatering af planerne, men medarbejderne oplever, at det ofte sker i et samarbejde med social og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Døgnrytmeplanerne skal indeholde, hvordan hjælpen skal leveres. F.eks. skal der stå, hvordan beboer mobiliseres, hvordan morgenplejen skal udføres, hvad beboeren ønsker til morgenmad og hvad tid beboeren normalt står op.
På en afdeling er det gruppelederen (social og sundhedsassistent), der i den første uge, varetager hjælpen til den ny indflyttede beboer. Her oprettes den grundlæggende dokumentation og vurdering af beboerens behov klarlægges.
Funktionsevnetilstandene beskrives og opdateres ofte sammen med en sygeplejerske. Det opleves at dette samarbejde bidrager til faglige refleksioner. Generelle oplysninger udfyldes hen ad vejen, i takt med at kontaktpersonerne lærer beboeren at kende. På Egelunden, udfyldes dele af generelle oplysninger af aktivitetsmedarbejderen.
Ved observerede ændringer vil medarbejderne skrive observationsnotat samt kontakte kollega med højere kompetenceniveau.
En gang ugentligt er der fagligt dialogmøde, hvor der sparres tværfagligt i forhold til konkrete beboere med det formål at planlægge den bedste hjælp for den enkelte beboer. Bliver der foretaget ændringer i planen opdateres døgnrytmeplanen i forlængelse af mødet. Medarbejderne understreger, at det tværfaglige forum bidrager til læring og refleksion.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at den gennemgåede dokumentation på servicelovsområdet fremstår med varieret kvalitet, herunder ses en del mangler, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats.

Det er tilsynets vurdering, at der i størstedelen af journalerne ses fyldestgørende og aktuelle beskrivelser i generelle oplysninger, men at funktionsevnetilstande ses med enkelte mangler. Dertil vurderes det, at døgnrytmeplanerne er oprettet og generelt fremstår med beskrivelser af hjælpen over døgnet. Dog ses det, at flere planer ikke er opdateret svarende til ændringer i beboerens behov for hjælp. Dertil ses manglende ensretning og systematik i planerne, hvilket kan gøre planerne svære at orientere sig i. Ligeledes vurderes det, at der er i flertallet af journalerne, forekommer mangler på opfølgning efter observeret forværring eller ændring.

På trods af de konstaterede mangler på dokumentationen vurderer tilsynet, at de interviewede medarbejdere kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

3.3 Personlig pleje

Data

OBSERVATION

Tilsynet taler med syv beboere. Hos alle beboere ses det, at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats svarer til deres behov. Beboerne fremstår således soignerede og veltilpasse i overensstemmelse med deres habitus.

BEBOERINTERVIEW

Tilsynet interviewer syv beboere, hvoraf to beboere fremstår med nedsat kognitiv funktion, og kun delvist besvarer spørgsmålene. Beboerne fortæller, at de generelt får den hjælp og støtte, som de har behov for, og at de overordnet er trygge ved den tildelte hjælp. Beboerne fortæller, at de generelt oplever, at hjælpen er af en god kvalitet, og at hjælpen leveres som aftalt. Dertil giver flertallet af beboerne eksempler på, hvordan de selv udfører dele af deres personlige hygiejne. Dog er der tre beboere (to på Egelunden og en på Kastanjelunden), som ikke altid er tilfredse med hjælpen. To beboere oplever, at vikarer og afløsere ikke er sat ind i opgaverne, hvor den ene beboer oplever det i udpræget grad om aftenen. En tredje beboer oplever også, at der kan være lang ventetid på besvarelse af nødkald, når der er vikarer, og særligt om aftenen.
En af beboerne oplever ligeledes, at der generelt kan være lang ventetid på besvarelse af nødkald, især når beboeren anvender armbånds-kaldet.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at plejen leveres til beboeren, som den er beskrevet i døgnrytmeplanerne, men at hjælpen udføres i et samarbejde med beboeren. Medarbejderne understreger, at alle beboerne er forskellige, og nogle beboere vil f.eks. gerne sove længe, og nogle beboere vil gerne have morgenmaden på en bestemt måde. Det er vigtigt, at beboernes ønsker og behov imødekommes for at give beboerne en god start på dagen. Medarbejderne giver eksempler på, hvorledes beboernes ressourcer inddrages i hjælpen, så beboerne støttes i at vedligeholde deres funktionsniveau. Vikarer bliver informeret om, at de skal læse planerne inden plejen påbegyndes.
En medarbejder kommer med eksempler på, hvorledes det for nogle beboere er vigtigt at skabe strukturer, rammer og kontinuitet. Der arbejdes med kontaktpersonsordning og det prioriteres, at det er de samme medarbejdere, som passer beboerne.
Der gives eksempler på, hvorledes der arbejdes rehabiliterende og socialpædagogisk. F.eks. ved beboere med nedsat kognitiv funktion beskrives, hvorledes vaskekluden kan rækkes til beboeren, og hvordan beboeren langsomt kan guides til selv at udføre en del af plejen ad gangen. Det beskrives, hvorledes der kan anvendes ros som redskab til at motivere beboeren til aktiv deltagelse.
Alle medarbejdere har været på demenskursus, selvom det for nogle er mange år siden. Medarbejderne understreger, hvorledes mange års erfaring giver mange redskaber til arbejdet med beboere med demens. Af faglige teorier, fortæller medarbejderne, at der arbejdes ud fra *Blomsten.* Dertil sparres der ofte med demenskoordinator i forhold til de mere komplicerede forløb.
Ved observerede ændringer i beboernes tilstande kontaktes sygeplejerske eller gruppeleder

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.
Det er tilsynets vurdering, at beboerne generelt er tilfredse med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje fra det faste personale. Dog vurderes det, at tre beboere oplever mindre tilfredshed med hjælpen, når hjælpen leveres af vikarer, idet det opleves, at vikarerne ikke er sat ind i opgaven. Det vurderes desuden, at to beboere oplever lang besvarelse på nødkald, hvor den ene tilskriver den lange ventetid, når der er vikarer. Ledelsen oplyser dog i forbindelse med faktuel høring, at det drejer sig om to vikarer fra et vikarbureau, som ikke længere anvendes og at episoderne er sket tre måneder tidligere.

Det er tilsynets vurdering, at de interviewede medarbejdere på faglig reflekteret vis kan redegøre for hjælpen til personlig pleje, og at medarbejderne udviser en faglig forståelse for arbejdet med den individuelle pleje og rehabiliterende tilgang.

3.4 Praktisk hjælp og støtte

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer, at de besøgte boliger fremstår renholdte og ryddelige, ligesom alle fællesarealer fremstår rene. Dertil ses rene hjælpemidler i de besøgte boliger og på fællesarealer.

BEBOERINTERVIEW

Størstedelen af beboere udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til rengøring og praktiske opgaver. Beboerne lægger særligt vægt på, at rengøringen leveres på faste tidspunkter, og flere beboere udfører selv dele af de praktiske opgaver i samarbejde med medarbejderne. En beboer er dog ikke tilfreds med kvaliteten af rengøringen, som opleves mindre grundig. To beboere besvarer ikke spørgsmålene.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Der er ansat faste rengøringsmedarbejdere, som varetager rengøringen i boligerne. Medarbejderne bistår beboerne med daglige rengørings- og oprydningsopgaver, som f.eks. at tørre borde af, tømme askebæger og skraldespande. Beboerne inddrages individuelt i de praktiske opgaver efter funktionsniveau. Medarbejderne nævner bl.a., hvordan en beboer selv lægger tøj på plads eller guides til at vande sine blomster. På forespørgsel omkring almindelige hygiejniske retningslinjer redegøres der for korrekt anvendelse af handsker og engangsforklæde, samt for udførelse af håndhygiejne i overensstemmelse med retningslinjerne. Medarbejderne fortæller, at korrekt håndhygiejne ofte skal gentages overfor afløsere. I tilfælde af særlig smitte henviser medarbejderne til, hvorledes der anvendes ekstra værnemidler. Medarbejderne beskriver, at der er vogne på alle afdelinger, som er klargjort med rette værnemidler, hvilket social og sundhedsassistenterne står for. Dertil følges retningslinjen for den konkrete smitte og beboere med særlig smitte varetages ikke af vikarer.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at den praktiske hjælp leveres efter en god faglig standard, hvor både boliger og fællesarealer fremstår ryddelige og rengjorte. De observerede hjælpemidler fremstår ligeledes rengjorte. Dertil er det tilsynets vurdering, at flertallet af beboerne oplever, at den praktiske hjælp og støtte er svarende til deres behov fraset en beboer, som ikke oplever, at rengøringen er af en tilfredsstillende karakter. Det er tilsynets vurdering, at beboerne inddrages aktivt efter funktionsniveau, samt at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for området

3.5 Mad og måltider

Data

OBSERVATION

I morgentimerne observeres rolige morgenstunder i spiseområderne. Der sidder enkelte beboere og spiser morgenmad fra individuelt tilberedte bakker. På en beboers bakke ses en bolle med ost, juice, kaffe og udskåret frugt i en skål. Der observeres synlige medarbejdere i afdelingskøkkenerne, som er opmærksomme på beboernes behov, og der ses beboere, der er placeret trygt ved en afskærmning. Der afspilles rolig musik i den ene afdeling, hvilket beboerne ser ud til at nyde.

Tilsynet foretager observation af frokostmåltid i en afdeling. Flere beboere ankommer selvstændigt til spisestuen, og enkelte beboere bliver fulgt af personalet. Beboerne sidder fordelt ved seks mindre borde. En medarbejder kører et rullebord ind i spisestuen, hvor der er service og drikkevarer på. Bordene dækkes, mens beboerne sidder på deres pladser. Bordene er dekoreret med julepynt og lanterne med lys i. På bordene står en mindre trækasse med forskellige sauce og smagsforstærkere, så beboerne selv kan tilsmage maden efter behag.

En medarbejder går rundt blandt beboerne og tilbyder at skænke drikkevarer op. Medarbejderen giver sig god tid og taler med hver enkelt beboer, imens der skænkes op i glasset. En beboer læser avis, imens der ventes på frokosten. Ved flere borde fører beboerne en livlig dialog med hinanden.

Beboerne bliver tilbudt færdigsmurt smørrebrød fra fade. En medarbejder fordeler fadene, så der er et fad på hvert bord. Ved flere borde kan beboerne selv tage smørrebrødet over på deres tallerkener. Der er en hyggelig og hjemlig stemning, hvor flere medarbejdere sidder med ved bordene og sikrer en god stemning under måltidet. Medarbejderne understøtter dialog under måltidet, og der spørges løbende ind til, om der ønskes mere mad.

Tilsynet observerer dog i et af køkkenerne, at en medarbejder forbereder frokost til beboerne. Medarbejderen har handsker på og gør et ophold i tilberedningen i forbindelse med, at hun skal låse flere døre op. Medarbejderen har fortsat handskerne på og inden madlavningen genoptages, vasker medarbejderen hænderne med handsker på. Medarbejderen forklarer, at hun altid gør sådan og ikke er bevidst om, at det ikke er i tråd med de hygiejniske retningslinjer. Medarbejderens begrundelse er, at hun har for fugtige hænder til at få nye handsker på.

BEBOERINTERVIEW

Tilsynet interviewer fire beboere fra Egelunden omkring mad og måltider. Beboerne fra Kastanjelunden er ikke med i denne madordning, men fortæller, at de får den hjælp til indkøb og tilberedning af mad, som de har behov for. Af de fire beboere fra Egelunden, kan to besvare spørgsmålene. Begge beboere er tilfredse med smørrebrødet til frokost og finder denne varieret og velsmagende. Begge beboere er dog generelt ikke tilfredse med kvaliteten af den varme mad om aftenen, hvilket blandt andet tilskrives manglende variation og smag. Beboerne oplever selv at bestemme, hvor de vil indtage maden og oplever generelt en god stemning, når maden spises i fællesskab med andre beboere i spisestuen.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fordeler rollerne imellem sig, inden måltidet begynder. Der er medarbejdere, der sidder med ved bordene, nogle hjælper i boligerne, og måltidsværten står for servering af maden. Der er fokus på dialog og rolige rammer under måltidet. Beboerne placeres hensigtsmæssigt i forhold til hinanden, så de beboere, der gerne vil tale under måltidet, sidder sammen, og de beboere som har brug for mere ro, placeres herefter. Nogle beboere har brug for at blive skærmet helt under måltidet.

Smørrebrødet er tilberedt på forhånd og serveres på fade. De beboere som selv kan, opfordres til selv at forsyne sig, og sende fadet rundt ved bordet.

Beboerne har indflydelse på menuen. Aktivitetsmedarbejderen taler løbende med beboerne om, hvad de ønsker af pålæg og sørger for, at der bestilles herefter.

Tilsynets vurdering – 3

Det er tilsynets vurdering, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det vurderes, at der skabes en hyggelig og rolig stemning under de observerede måltider. Hertil vurderes det, at rammerne om måltidet tager afsæt i en rehabiliterende tilgang med fokus på at sikre beboernes selvbestemmelse og medindflydelse. Dertil tilbydes beboerne socialt samvær efter behov og appetitlig anrettet mad. Tilsynet vurderer, at beboerne generelt er tilfredse med madens kvalitet til frokost, men mindre tilfredse med den varme mads smag og variation om aftenen. Dertil er det tilsynets vurdering, at der konstateres en episode under forberedelsen af frokosten, hvor en medarbejder ikke overholder de hygiejniske retningslinjer ved at foretage håndvask med handsker på.

Det er tilsynets vurdering, at de interviewede medarbejdere på reflekteret vis kan redegøre for faktorer, der medvirker til at understøtte 'Det gode måltid'.

3.6 Kommunikation og adfærd

Data

OBSERVATION

Tilsynets observerer en venlig og respektfuld kommunikation. Medarbejderne banker på, inden de går ind i boligerne, og beboerne mødes i øjenhøjde.

BEBOERINTERVIEW

Flertallet af beboerne oplever, at medarbejderne er venlige og imødekommende. F.eks. fortæller en beboer, at der bruges humor, hvilket beboeren godt kan lide. En anden beboer fortæller, at medarbejderne gerne giver et kram, hvilket beboeren er glad for og en tredje beboer lægger vægt på, at medarbejderne taler pænt og ordentligt. Dog oplever en enkelt beboer, at der er nogle afløsere og vikarer, som ikke taler *særlig pænt*.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fremhæver, at der i kommunikationen særligt lægges vægt på det nonverbale sprog, herunder mimik og kropssprog. Dertil er det vigtigt at udvise nærværende tilstedeværelse, at være positiv og være opmærksom på, hvilken energi beboerne mødes med. En medarbejder beskriver hertil, at det er vigtigt lige at *lande,* inden der trædes ind i boligen. Derudover er det vigtigt for medarbejderne, at den enkelte beboer og medarbejder forstår hinanden. Det er vigtigt at tale tydeligt og i tilfælde af, at en beboer ikke forstår medarbejderen, er det vigtigt at tage fat i en kollega, der kan hjælpe. Dertil er det vigtigt altid at lytte aktivt til beboeren også i tilfælde af, at beboeren har nedsat kognitiv funktion. Her nævnes, at f.eks. beboere med demens indimellem siger noget, der bidrager til forståelsen af den person de er, hvilket kan være vigtigt i plejen og arbejdet med beboeren. Til slut siger medarbejderne samstemmende, at det vigtigste i kommunikationen, er at udvise respekt.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne udviser en respektfuld og ligeværdig kommunikation og adfærd i mødet med beboerne. Tilsynet vurderer, at beboerne generelt oplever, at medarbejderne er flinke og imødekommende fraset en beboer, som ikke altid oplever tilfredsstillende kommunikation i relation til vikarer og afløsere. Dertil vurderes det, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for en professionel kommunikation og adfærd.

3.7 Aktiviteter og træning

Data

OBSERVATION

På afdelingerne ses elektroniske skærme med informationer om aktiviteter, menu og forskellige oplysninger om plejecentret. På whiteboard-tavler har aktivitetsmedarbejderen skrevet ugens aktiviteter på med fine tegninger af julemotiver. Af aktiviteter i ugen ses blandt andet julefrokost, Lucia-optog, banko, sang og gudstjeneste. Dertil ses opslag med oversigt over årets fælles faste årstidsbestemte arrangementer.

I afdelingerne observeres det levede hverdagsliv. I en afdeling sidder en beboer i en demensgyngestol med et tæppe over sig og småblunder. I en anden afdeling er mange beboere samlet til fællessang i dagligstuen. I centrets cafe sidder en aktivitetsmedarbejder sammen med tre beboere og forbereder servietter til morgendagens julefrokost. Gruppen har en hyggelig stund med kaffe og lakridskonfekt til arbejdet. Der er gang i snakken, og der bliver især talt en del om menuen til den kommende julefrokost. Rundt om i afdelingerne ses motionscykler placeret.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne udtrykker tilfredshed med udbuddet af aktiviteter. Flere af beboerne husker dog ikke helt, hvilke aktiviteter de deltager i, og en beboer kan ikke svare på spørgsmålene, men ses efterfølgende deltage i fællessang med stor entusiasme. Et par beboere fortæller, at de deltager i gymnastik, busture, musikarrangementer, højtlæsning og bankospil.

En beboer fortæller, at han efter eget ønske ikke deltager i så mange aktiviteter, men deltager når der er fester. Flere beboere fortæller, at de får fysioterapeut fast to gange om ugen samt selv sørger for at holde sig i form ved at gå ture på gangen og udendørs.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør for arbejdet med aktiviteter og træning, hvortil det beskrives, at aktivitetsmedarbejderne står for planlægningen heraf. Der tilbydes generelt mange forskellige aktiviteter afdelingsvis, men også fælles arrangementer for hele plejecentret. Medarbejderne nævner aktiviteter som fællessang, gåture, højtlæsning, strikkeklub, yoga, snakkegrupper og stolegymnastik. Aktivitetsmedarbejderne tager højde for, at der udbydes aktiviteter i både mindre grupper samt ved en-til-en.

Medarbejderne understøtter dagligt, at beboerne deltager i aktiviteterne ved at italesætte det for beboerne og eventuelt følge dem til aktiviteterne.

Aktiviteterne foregår lidt forskelligt i de to afdelinger, da lokale aktiviteter, faciliteret af medarbejderne, er mere udbredt i plejeboligerne med fast personale for at kunne imødekomme målgruppens behov. Der er desuden frivillige tilknyttet, som bidrager ved større traditionsbundne arrangementer, som f.eks. julefrokost og høstfest samt i forbindelse med ture ud af huset.

Nogle beboere modtager vederlagsfri fysioterapi, mens andre er i andre træningsforløb med kommunens fysioterapeuter, som kan rekvireres ved behov. Medarbejderne fortæller, at den vedligeholdende træning er integreret i den rehabiliterende tilgang i plejen. Der gives eksempler på, at aktiviteter som selv at gå til toilettet, børste tænder og at gå med rollator, alle er aktiviteter der vedligeholder beboernes funktionsniveau.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at plejecentret har et varieret tilbud om aktiviteter der understøtter et aktivt hverdagsliv for beboerne. Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever, at de tilbydes meningsfulde aktiviteter og træning, som de deltager i efter eget ønske.

Samtidig vurderes det, at medarbejderne på reflekteret vis kan redegøre for området.

3.8 Medicinhåndtering

Data

OBSERVATION

Tilsynet har gennemgået syv beboeres medicin.

Dokumentation (medicinskema)

Beboernes medicinliste ses opdateret, og alle ordinationer ses med dato for ordination, beskrevet med indikation, dosis og antal tabletter. Det er tydeligt angivet, om medicinen er fast eller pn, og pn medicin er angivet med antal enheder og max døgndosis. Dog observeres der følgende mangler:

- Hos tre beboere ses et til flere handelsnavne, som ikke stemmer overens med handelsnavn på medicinæsken i beholdningen

- Hos en beboer ses et medicinsk præparat, som ikke er oprettet i overensstemmelse med ordinationen. Præparatet er oprettet til en fast daglig administration, og medicinens form er angivet som tabletter. Medicinens form er spray og skal gives en gang månedligt jf. ordination. Borger har ifølge medarbejder ikke fået behandlingen dagligt, og der er ikke kvitteret herfor
- Hos en borger ses et præparat ordineret til hver anden dag, men hver anden uge ses der ikke overensstemmelse med ordinationen. Medicinen er dispenseret korrekt jf. ordination
- Hos en beboer er P-drik lagt ind fast, men er ordineret som pn.

Opbevaring

Beboernes medicin opbevares forskelligt i de to afdelinger.

I plejeboligerne er medicinen opbevaret i skabe i aflåste medicinrum, hvor medicinen er placeret i særskilte skuffer med beboernes navn og CPR-nummer. I hjemmeplejeboligerne opbevares medicinen i et aflåst skab i beboernes boliger. I begge afdelinger ses et system til tydelig adskillelse af aktuel og ikke anbrudt aktuel medicin samt adskillelse af seponeret og pn medicin. Der anvendes printede medicinskemaer i begge afdelinger.

I plejeboligerne er den dispenserede medicin placeret i en medicinvogn, hvor der ses en systematisk og ensartet opbevaring, og der ses tydelig mærkning med navn og CPR-nummer på ikke-dispenserbar medicin. Dog observeres følgende mangler:

- Hos to beboere er der en enkelt label, som ikke stemmer overens med ordination, hvortil uoverensstemmelsen ikke er dokumenteret
- Hos to beboere ses enkelte mangler til konsekvent adskillelse af medicinen
- Hos en beboer er der ophældt pn medicin i en doseringsæske uden angivelse af præparatets navn, styrke og dosis, samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato. Ledelsen oplyser dog i forbindelse med faktuel høring, at dette er beboerens eget ønske og at aftalen fremgår veldokumenteret i Nexus

Risikosituationslægemidler

Fem ud af syv af de interviewede beboere er i behandling med et risikosituationslægemiddel, hvortil der konstateres følgende mangler:

- Ved to beboere, som er i behandling med blodfortyndende medicin, ses der ikke oprettet en helbredstilstand på cirkulation med beskrivelse af behandlingsplan
- Ved en beboer med diabetes, ses der ikke en tydelig beskrivelse i helbredstilstand om behandlingsplan
- En beboer, som er i behandling med flydende kaliumklorid, mangler kvittering af administration i fem ud af 14 dage
- En beboer, som er i behandling med smerteplaster, har ikke fået kvitteret herfor ved de seneste fire administrationer.

Dispensering af medicin

I alle syv medicingennemgange ses der overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne. Doseringsæsker er mærkede med CPR-nummer og beboerens navn.

Administration af medicin

Alle syv beboere har på tilsynsdagen fået medicin, svarende til ordination, og alle syv beboere har fået administreret deres medicin, inklusiv ikke dispenserbare præparater. Dog konstateres der for alle beboere op til flere mangler på kvittering af medicin ved en gennemgang af kvitteringer i en 14 dages periode op til tilsynsdagen. Herunder ikke-dispenserbar medicin som øjendråber, medicinsk shampoo og p-drikke samt ved risikosituationslægemidler som beskrevet ovenfor.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne giver udtryk for at være tilfredse med medarbejdernes håndtering af deres medicin. En beboer kan ikke besvare spørgsmålene.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Inden hver medicindispensering, opdateres medicinskemaet med FMK. Det sikres, at der er medicin nok til en hel dispensering. Dertil tjekkes for navn og CPR-nummer på doseringsæsker, beboerens ordinationer tjekkes i forhold til, om der skal tages kontakt til læge, der tjekkes for medicinens holdbarhed, og om der er nok medicin til en hel periode. Der arbejdes ikke med efterdosering. Efter dosering udføres egenkontrol. Medicinen opbevares i aflåste skabe og det sikres, at medicinen opbevares, så aktuel medicin er adskilt fra ikke aktuel medicin. Får beboeren et risikosituationslægemiddel gøres der opmærksom herpå, ved at det skrives i bemærkningsfeltet på medicinskemaet. Medarbejderne fortæller, at der er en proces i gang i forhold til at lave tydelige arbejdsgange omkring risikosituationslægemidler.

Inden medicinadministration tjekkes navn og cpr-nummer, tabletter tælles, og det ses altid, at beboeren indtager medicinen, hvorefter der kvitteres i Nexus mobil, tidstro. Hvis beboeren er i fællesområdet, tages hele æsken med ud til beboeren, så identifikation kan sikres.

Medarbejderne fortæller, at er der tvivl om medicinen, så kontaktes en kollega med højere kompetenceniveau.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for medicinområdet er opfyldt i middel grad.

Det er tilsynets vurdering, at der er fundet mangler, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats at afhjælpe. Dette vedrører blandt andet mangler i forhold til dokumentation, opbevaring, risikosituationslægemidler og administration.

På trods af de konstaterede fejl og mangler vurderer tilsynet, at beboerne udtrykker tilfredshed med medarbejdernes håndtering af deres medicin, og at medarbejderne kan redegøre for dispensering og administration i overensstemmelse med gældende retningslinjer på området.

4. Tilsynets formål og metode

4.1 Formål

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for borgere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 Metode

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 Vurderingsskema

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
Score: 4	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne • En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne • Få elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
Score: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne • Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 Tilsynets tilrettelæggelse

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-3 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

Om BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejehjem, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som f.eks. økonomi, ledelse, evaluering m.m.

Relateret document 18/18

Dokument Navn:	**Kort samlet opsummering af de kommunale uanmeldte tilsyn i Pleje og Sundhed 2023.pdf**
Dokument Titel:	**Kort samlet opsummering af de kommunale uanmeldte tilsyn i Pleje og Sundhed 2023**
Dokument ID:	**5329907**

Kort samlet opsummering af de kommunale uanmeldte tilsyn i Pleje og Sundhed 2023

Hjemmeplejen – Gentofte hjemmepleje samt de to private leverandører

Dokumentation
Der forekommer mangler i dokumentationen, relateret til udfyldelse af døgnrytmeplaner og generelle oplysninger, opdatering af funktionsevnetilstande og manglende opfølgning på observationer. Medarbejderne kan på faglig og reflekteret vis redegøre for arbejdsgange i forbindelse med oprettelse, anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

Personlig pleje
Medarbejderne kan på en faglig reflekteret måde redegøre for hjælpen til personlig pleje. Hos Gentofte Hjemmepleje oplever borgerne i forskellig grad sammenhæng i forløbet. Nogle er tilfredse med hjælpen til personlig pleje, og borgerne oplever, at hjælpen passer til deres behov, og at der er et godt samarbejde med medarbejderne omkring leveringen af hjælpen. Andre udtrykker manglende tilfredshed på enkelte til flere områder af hjælpen til personlig pleje. Hos de private leverandører fremstår borgerne velplejede og soignerede efter deres individuelle ønsker, hvilket borgerne også tilkendegiver en stor tilfredshed omkring. Ydermere beskriver borgerne, at de oplever en tilstrækkelig kontinuitet i hjælpen hos de faste medarbejdere, samt at deres individuelle behov og ønsker respekteres.

Praktisk hjælp og støtte
De besøgte hjem fremstår tilstrækkeligt ryddelige og rengjorte, svarende til borgernes habitus, og hjælpemidler er tilstrækkeligt rengjorte. Borgerne oplever at få den hjælp til praktisk støtte, som de har behov for og udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen. Få borgere har en enkelt bemærkning til hjælpen vedrørende enten kontinuitet eller kvalitet. Medarbejderne kan på faglig reflekteret vis redegøre for deres arbejdsgange, relaterede til de praktiske opgaver.

Sundhedsfremme og forebyggelse
Der tages hånd om borgernes helbredsmæssige forhold, både forebyggende, sundhedsfremmende samt ved akutte situationer. Borgerne oplever stor tilfredse med, hvordan medarbejderne spørger ind til deres velbefindende, og at de følger op på eventuelle helbredsmæssige problemstillinger. Medarbejderne er fagligt reflekteret og kan redegøre for observationer og handlinger, relateret til sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Der er enkeltstående mangler, herunder dokumentation eller hvor borgeren oplever at medarbejderen ikke har tilstrækkelig viden til at foretage sundhedsmæssige observationer.

Kommunikation og adfærd
Medarbejderne har en respektfuld og venlig kommunikation og adfærd i mødet med borgerne. Borgerne oplever en venlig og respektfuld kommunikation og adfærd. Medarbejderne kan fagligt og reflekteret redegøre for, hvorledes der sikres respektfuld kommunikation og adfærd. Hos en af de private leverandører mangler de viden om at redegøre fyldestgørende for kommunikationen med kognitivt svækkede borgere. Enkelte borgere hos Gentofte Hjemmepleje har bemærkninger af negativ karakter til temaet.

Rehabilitering § 83a
Der er generelt oprettet mål og plan for indsatsen. Dog vurderes det, at indsatsen ses med mindre sammenhæng til døgnrytmeplan og de daglige dokumenterede observationer ved hjemmeplejen. Borgerne oplever i forskellig grad sammenhæng i forløbet. Medarbejderne kan på faglig vis redegøre for, hvorledes

rehabilitering indtænkes i den leverede hjælp, men medarbejderne kan i varierende grad redegøre for arbejdsgangene og samarbejdet ved §83a indsatser. De private leverandører varetager få forløb med vedligeholdende træning, herunder§ 83a forløb.

Medicinhåndtering
Der er mangler af forskellig alvorlighedsgrad ved medicinhåndtering. Manglerne relaterer sig til opbevaring, dokumentation, risikosituationslægemidler, medicindispensering og medicinadministration. Borgerne er tilfredse med medarbejdernes håndtering af deres medicin. Medarbejderne kan med faglig overbevisning redegøre for arbejdsgange for korrekt medicinhåndtering, dog med usikkerhed i relation til risikosituationslægemidlerne, dokumentation og medicinadministration.

Midlertidige pladser

Center for Rehabilitering og forebyggelse

Dokumentation
Der forekommer betydende mangler i dokumentationen. Medarbejdernes dokumentation, relateret til det terapeutfaglige område, indeholder generelt tilstrækkelige faglige beskrivelser, som giver værdi for borgerforløbet, herunder kontinuerlige træningsnotater, målbeskrivelser, aftaler og træningsregimer. Medarbejdernes dokumentationen, omhandlende de plejefaglige opgaver og observationer, relaterede til Serviceloven, fremstår med betydelige mangler, samt at indholdet ikke fremstår tilstrækkeligt handlevejledende, og ikke er beskrevet individuelt tilpasset borgeren. Medarbejderne kan generelt redegøre for egen dokumentationspraksis, men der er en usikkerhed omkring andre faggruppers dokumentation.

Træningsydelser
De to individuelle træningsseancer forløber velorganiserede med et tilstrækkeligt fagligt og empatisk fokus. Borgerne italesætter stor tilfredshed med træningsforløbet, hvor træningshyppigheden og intensiteten i høj grad er opfyldt, samt at borgerne finder de regelmæssige målsamtaler meget tilfredsstillende. Medarbejderne kan med stor faglig overbevisning og indsigt redegøre relevant for området.

Fysiske rammer
De fysiske rammer og træningsfaciliteter fremstår egnede til målgruppen af borgere og deres behov. Borgerne tilkendegiver en stor tilfredshed med rammerne og forholdene, hvor enestuerne medvirker til at give borgerne en høj grad af ro og privatliv, hvilket bevirker, at borgerne oplever en øget livskvalitet ifm. sygdomsforløbet.

Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling
Siden sidste års tilsyn, kalder flere indsatser fortsat på ledelsens opmærksomhed omkring udvikling og implementering, herunder en skærpet opmærksomhed på medarbejdernes generelle dokumentationspraksis og kultur, indberetning af de utilsigtede hændelser samt organisationsændringens indvirkning på strukturer og samarbejdsflader.

Tværfagligt samarbejde
Ledelsen har iværksat en organisationsændring, hvor det tværfaglige samarbejde er flyttet ud i det enkelte team, hvilket i højere grad forventes at bidrage til at styrke den daglige tværfaglige indsats. Medarbejderne er bevidste om mulighederne for at inddrage de tværfaglige samarbejdspartnere samt at drøfte borgerforløb på fastlagte møde.

Drossellunden

Dokumentation

Der forekommer en del mangler i dokumentationen, herunder mangler i borgernes døgnrytmeplaner, funktionsevnetilstande og i de generelle oplysninger. Medarbejderne kan på tilfredsstillende vis redegøre for deres arbejdsgange samt redegøre for de generelle dokumentationskrav.

Personlig pleje:

Borgerne fremstår soignerede og veltilpasse, hvor borgerne også tilkendegiver tilfredshed med hjælpen til den personlige pleje, og de fortæller, at plejen svarer til deres individuelle behov, samt at deres ønsker og vaner imødekommes. Plejen leveres til den aftalte tid, at borgerne føler sig trygge i hverdagen, og de oplever at kunne efterspørge hjælp på alle tidspunkter af døgnet. Medarbejderne kan redegøre relevant for deres faglige overvejelser og arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje, herunder medarbejdernes fokus på at sikre opmærksomhed på den rehabiliterende tilgang.

Praktiske hjælp og støtte:

Det er tilsynets vurdering, at både hjælpemidler og stuer fremstår tilfredsstillende rengjorte, samt at fællesarealerne fremtræder ryddelige og renholdt. Borgerne tilkendegiver tilfredshed med hjælpen til den praktiske støtte og medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange og refleksioner relaterede til opgaven.

Mad og måltider:

Der forekommer en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid, hvortil medarbejderne arbejder ud fra faste roller, og hvor borgerne sikres mulighed for rolige omgivelser, rehabilitering og medindflydelse. Borgerne udtrykker varierende tilfredshed med kvaliteten af måltiderne. Medarbejderne kan redegøre for faktorer, der er medvirkende til at sikre principperne for det gode måltid, herunder medarbejdernes forståelse for at skabe rolige omgivelser, hverdagsrehabilitering samt fokus på borgernes medindflydelse.

Kommunikation og adfærd:

Der opleves en imødekommende og respektfuld dialog, hvilket alle borgerne også tilkendegiver. Medarbejderne kan i meget høj grad argumenterer med deres overvejelser omkring kommunikationen og omgangen med borgerne, og tilmed redegøre med faglige overvejelser omkring den individuelle- og situationsbestemte kommunikation.

Træning og rehabilitering:

Borgerne påpeger et behov for at modtage tilbud omkring træning, rehabilitering og en aktiv hverdag, hvilket er foreneligt med, at der ifm. tilsynsbesøget ikke observeres direkte trænings- eller rehabiliteringsaktiviteter. Der er tilknyttet terapeuter til stedet, men plejepersonalet har igennem længere tid ikke været bevidste om, hvor de har kunne tilgå terapeuternes notater i Nexus, hvilket fortsat beskrives som en udfordring, som påvirker det tværfaglige samarbejde. Medarbejderne efterspørger, at borgernes træning i hverdagen i højere grad prioriteres.

Medicinhåndtering:

Medicin håndteres på en systematisk måde. Der forekommer få mangler i medicinhåndteringen. Borgerne er tilfredse, samt at medarbejderne generelt kan redegøre for deres arbejdsgange og deres håndtering af borgernes medicin, men medarbejderne tilkendegiver en mangelfuld praksis for oprettelsen af handlingsanvisninger på medicinområdet, samt at der ikke er en overbevisende faglig viden om og omkring håndteringen af risikosituationsmedicin.

Plejeboligerne

Dokumentation
Dokumentationen er fyldestgørende og anvendelig i hverdagens praksis. Der forekommer der enkelte mangler relateret til udfyldelse af generelle oplysninger, opdatering af funktionsevnetilstande, manglende opfølgning på observationer samt systematik og ensretning. Medarbejderne kan på faglig og reflekteret vis redegøre for arbejdsgange i forbindelse med oprettelse, anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

Personlig pleje
Beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Beboerne oplever at få den hjælp til personlig pleje og støtte, de har behov for, og at deres autonomi respekteres. Beboerne er generelt tilfredse med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje fra det faste personale og de oplever medinddragelse og tryghed i den leverede hjælp. Der opleves enkelte mangler i forhold til kontinuiteten når det faste personale har fri. Medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje og praktisk støtte, herunder hvordan der arbejdes med at sikre beboernes tryghed og sikkerhed.

Praktisk hjælp og støtte
Den praktiske hjælp leveres efter en god faglig standard, hvor både boliger, fællesarealer og hjælpemidler fremstår ryddelige og rengjorte. Beboerne oplever, at den praktiske hjælp og støtte er svarende til deres behov. Beboerne inddrages aktivt efter funktionsniveau og de er tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Medarbejderne kan redegøre for området og kender de hygiejniske retningslinjer i relation til både almindelige daglige plejeopgaver og i tilfælde af smitteudbrud. Få steder er der observeret forhold der ikke var efter god faglig standard og et sted oplever medarbejderne utryghed omkring gældende hygiejniske retningslinjer i relation til en beboers sygdom.

Mad og måltider
Der er en hensigtsmæssig organisering af de observerede måltider, hvor der skabes en hyggelig og rolig stemning. Medarbejderne arbejder ud fra faste roller, hvor beboerne sikres mulighed for selvbestemmelse og medindflydelse. Hovedparten af beboerne er særdeles tilfredse med madens kvalitet, mulighed for medindflydelse og rammerne for måltidet. Enkelte beboer er ikke altid tilfredse med kvaliteten af måltidet. Medarbejdere kan på reflekteret vis redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre ”Det gode måltid”.

Kommunikation og adfærd
Medarbejderne udviser en respektfuld og anerkendende adfærd og kommunikation med beboerne. Beboerne oplever, at medarbejderne er lyttende og imødekommende. Medarbejderne kan på faglig reflekteret vis redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe en ligeværdig og respektfuld kommunikation. Tilsynet vurderer, at der er enkelte tilfælde, i konkrete situationer, hvor kommunikationen ikke er tilfredsstillende.

Aktiviteter og træning
Der er et aktivt hverdagsliv på plejeboligerne. Beboerne tilkendegiver tilfredshed med tilbuddet af aktiviteter, og at de deltager heri efter eget ønske. Beboerne støttes i den daglige vedligeholdende træning og alle medarbejdere kan på faglig vis redegøre for området. Enkelte beboer efterspørger ændringer i relation til aktivitets- og træningstilbuddene.

Medicinhåndtering
Der er mangler af forskellig alvorlighedsgrad ved medicinhåndtering. Manglerne relaterer sig til opbevaring, dokumentation, risikosituationslægemidler, medicindispensering og medicinadministration. Beboerne er

tilfredse med medarbejdernes håndtering af deres medicin og medarbejderne kan med faglig overbevisning redegøre for arbejdsgange for korrekt medicinhåndtering, dog med lidt usikkerhed i relation til risikosituationslægemidlerne. En enkelt beboer oplever ikke at få medicin til tiden.

Ambulant genoptræning

Dokumentation
Dokumentation indeholder i meget høj grad faglige beskrivelser og en kvalitet, der medvirker til at give værdi for borgerforløbene, herunder kontinuerlige træningsnotater, målbeskrivelser, aftaler og træningsregimer. Medarbejderne kan med en stor faglig overbevisning redegøre for deres dokumentationspraksis, samt at dokumentationsarbejdet italesættes som standardiseret og velorganiseret.

Træningsydelser
Der forekommer en hensigtsmæssig organisering af de observerede indsatser, samt at terapeuternes faglighed, arbejdsgange og systematik vurderes at være af høj kvalitet. Borgerne tilkendegiver en meget høj grad af tilfredshed, idet deres forløb blev igangsat rettidigt, at der foreligger definerede mål, samt at de tydeligt mærker en effekt af indsatserne. Medarbejderne kan med stor faglig overbevisning redegøre for deres arbejdsgange relateret til området.

Fysiske rammer
De fysiske rammer og træningsfaciliteter fremstår egnede til målgruppen af borgere og deres behov. Borgerne tilkendegiver en stor tilfredshed med rammerne og forholdene på centeret.

Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling
Der forekommer en hensigtsmæssig organisering af forebyggelses- og genoptræningsindsatsen, som varetages af et kompetent tværfagligt team, herunder at det faglige udviklingsarbejde varetages af udviklingsterapeuten samt ifm. medarbejdernes tværfaglige udviklingsmøder. Medarbejderne kan i meget høj grad redegøre for deres faglige ansvarsområder og kompetencer, herunder arbejdet med de utilsigtede hændelser samt de regelmæssige undervisningsforløb og studiebesøg.

Tværfagligt samarbejde
På centeret er der organiseret et tilstrækkeligt tværfagligt samarbejde, hvor medarbejderne er organiserede i tværfaglige teams og der forekommer regelmæssige tværfaglige møder. Medarbejderne italesætter, at det tværfaglige samarbejde i meget høj grad er en del af deres daglige arbejde, samt at den systematiske mødestruktur bidrager til et tilfredsstillende tværfagligt samarbejde.

Dokument Navn:	**Bilag 1 - Kørsel efter Sundhedslovens § 170.pdf**
Dokument Titel:	**Bilag 1 - Kørsel efter Sundhedslovens § 170**
Dokument ID:	**5361574**
Placering:	**Emnesager/Politisk godkendelse af serviceniveauer for kørselsordninger 2022-2023/Dokumenter**
Dagsordens titel	**Godkendelse af serviceniveau for lægekørsel samt kørselsordninger på voksen-handicapområdet**
Dagsordenspunkt nr	**9**
Appendix nr	**1**
Relaterede Dokumenter:	**5**

Dette dokument blev genereret af getorganized for SharePoint

Kørsel efter Sundhedslovens § 170 – Serviceniveau

Ifølge § 170 i Sundhedsloven skal kommunerne tilbyde befordring eller befordringsgodtgørelse til borgere i sygesikringsgruppe 1 (dvs. borgere som er tilknyttet en fast praktiserende læge), der modtager social pension (folkepension eller førtidspension), vedr. deres transport til og fra praktiserende læge og speciallæge.

I Gentofte Kommune har udgifterne til denne kørselsordning i 2020-2022 fordelt sig således:

- 2020: 42.872 kr.
- 2021: 40.362 kr.
- 2022: 71.883 kr.

Det registreres normalt ikke, hvor mange borgere, som benytter sig af ordningen, men ifm. den kørselsanalyse, som BDO udarbejdede for Gentofte Kommune i 2022, viste datatræk, at der i 2021 var 81 unikke borgere, som benyttede sig af ordningen.

Serviceniveau i Gentofte Kommune

Hverken loven eller den tilhørende bekendtgørelse siger noget om, hvordan befordring eller befordringsgodtgørelsen skal foranstaltes af kommunerne. Det åbner for, at befordringen kan foretages med kommunale busser, offentlig transport (når det er forsvarligt), taxi og/eller godtgørelse til borgere/pårørende for egentransport.

Serviceniveauet i Gentofte Kommune: Borgere, der benytter sig af kørselsordningen, modtager refusion for taxakørsel til og fra læge. Borgeren arrangerer selv taxitransporten. Betingelserne for refusion er, at borgeren:

- *er i sygesikringsgruppe 1 (dvs. tilknyttet en fast praktiserende læge)*
- *modtager folkepension eller førtidspension*
- *kan fremvises dokumentation for kørsel (en lægestemplet taxi-kvittering)*
- *af helbredsmæssige årsager er forhindret i at benytte offentlige transport*

Det valgte serviceniveau har en lav grad af administration, idet der ikke visiteres til ordningen efter ansøgning. En egentlig visitation vil kunne give en mere differentieret kørselsordning (f.eks. offentlig transport til de mest mobile og taxi/Gentofte Busser til de mindre mobile), men vil også være tungere at administrere.

Serviceniveauet i de andre 4K-kommuner ser således ud:

- Gladsaxe Kommune: Borgere, der modtager social pension, kan få kørsel eller kørselsgodtgørelse til det efter forholdene billigste, forsvarlige transportmiddel. Taxakørsel bevilges efter onlineansøgning, hvor man skal redegøre for nedsat mobilitet.
  (Søg om tilskud til kørselsordning hos Gladsaxe).
- Lyngby Taarbæk Kommune: Borgere, der modtager social pension, og som af helbredsmæssige årsager er forhindret i at benytte offentlige transportmidler, kan få refusion for kørsel til egen læge eller nærmeste speciallæge. Udbetaling sker efter fremsendelse af befordringsdokumentation (en lægestemplet taxibon).

(Befordringsgodtgørelse til egen læge eller nærmeste speciallæge | Lyngby-Taarbæk Kommune (ltk.dk)).

- Rudersdal Kommune: Borgere, der er ude af stand til at tage tog og bus, kan på refunderet udgifter til selvarrangeret taxikørsel. Udbetaling sker efter fremsendelse af befordringsdokumentation (en lægestemplet taxibon). (https://www.rudersdal.dk/infosider/koersel-til-laege-og-speciallaege?search=k%C3%B8rsel).

Gentofte Kommunens serviceniveau minder om serviceniveauet i Lyngby Taarbæk Kommune og Rudersdal Kommune. Gladsaxe Kommune afskiller sig fra de øvrige ved at kræve en decideret ansøgning.

Relateret document 2/5

Dokument Navn:	**Bilag 2 - Kvalitetsstandard 105.pdf**
Dokument Titel:	**Bilag 2 - Kvalitetsstandard 105**
Dokument ID:	**5329901**

Kvalitetsstandard: Kørsel til beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud, serviceloven § 105

Ansvarlig forvaltning og afdeling

Social og Sundhed - Social og Handicap Myndighed

Indledning

Denne kvalitetsstandard beskriver Gentofte Kommunes serviceniveau for kørsel til beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud.

Lovgrundlag

Social- og boligministeren fastsætter i en bekendtgørelse regler om løn m.v. efter stk. 1 og regler om støtte til befordringsudgifter i tilknytning til tilbud efter §§ 103 og 104.
Den fulde lovtekst kan læses her: Serviceloven § 105 (danskelove.dk)

Målgruppe

Gentofte Kommune tilbyder kørsel til beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud til borgere med betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, der ikke er er i stand til at transportere sig selv.

Formål med indsatsen

At give borgere mulighed for at deltage i beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud.

Kriterier: Hvad lægges der vægt på ved vurdering af indsatsen?

Efter en konkret og individuel vurdering bevilges indsatsen til borgere der er bevilget enten beskyttet beskæftigelse eller aktivitets- og samværstilbud, og som ikke er i stand til at transportere sig selv.
Der lægges vægt på:

- At borgeren har en funktionsnedsættelse, der gør det umuligt, at borgeren kan transportere sig selv.
- At borgeren er forsøgt optrænet i at blive så selvtransportende som muligt.
- At borgeren ikke er i stand til at benytte offentlige transportmuligheder.
- At den bedste og billigste indsats vælges.

Kriterier for fælleskørsel

- At borgeren ikke er selvtransporterende og i stand til selv at tage offentlig transport, f.eks. fordi borger er ude af stand til at orientere sig i tid og sted.
- At borger ikke er i stand til at transportere sig til offentlig transport, f.eks. pga. en meget begrænset gangdistance, eller fordi borger ikke er i stand til at komme ind i det offentlige transportmiddel, selv om transportmidlet er handicapvenligt indrettet.

Kriterier for solokørsel

Borgeren kan undtagelsesvist visiteres til solokørsel, hvis:

- Borger ikke er i stand til at køre sammen med andre pga. særlig adfærd, og
- At øvrige kørselsmuligheder er undersøgt og udtømt, og borger vil være ude af stand til at modtage det tilbud, som borger er visiteret til, hvis der ikke samtidig visiteres til solokørsel.

Leverandør

Gentofte Kommune benytter i udgangspunktet Gentofte Busser eller leverandører der er omfattet af udbud.
Gentofte Kommune anviser den billigste transportform, der er forsvarlig og anvendelig for den enkelte borger.
Der er ikke frit valg på kørselsleverandør. Borgeren kan afgive ønske om leverandør, som vil indgå sammen med faglige og økonomiske hensyn i kommunens vurdering.

Indsatsens indhold

Indsatsen bliver tilrettelagt ud fra borgerens individuelle ressourcer og behov.

Indsatsen indeholder:

- Afhentning og aflevering fra folkeregisteradresse eller aflastningsadresse.
- Information om fast afhentningstidspunkt +/- 15 min.
- En vejledende køretid på 60 min.
- Aflevering og afhentning på/fra bevilget tilbud.

Borgerens ansvar

Borgeren skal indgå i og samarbejde om planlægning og aftaler vedrørende indsatsen.
Derudover er det borgerens ansvar, i det omfang at det er muligt:

- At være klar til 15 min før det oplyste tidspunkt og 15 min efter.
- At give relevante oplysninger og medvirke til kommunens udredning af borgerens behov og funktionsniveau, herunder evt. indhentning af lægeoplysninger

Opfølgning på indsatsen

Gentofte Kommune har det borgerrettede tilsyn og vil løbende følge op på, om indsatsen fortsat er relevant.
Opfølgning vil ske løbende eller ved behov.

Omfang og varighed

Gentofte Kommune anviser som udgangspunkt fælleskørsel. Der kan på baggrund af en konkret og individuel vurdering bevilges solokørsel til borgere der ikke er i stand til at køre sammen med andre.
Der kan alene visiteres kørsel til og fra beskyttet beskæftigelse eller aktivitets- og samværstilbud.
Hvis borgeren ikke gør brug af indsatsen, vil sagen blive revurderet, og der vil blive truffet beslutning om, hvorvidt borgeren kan forsætte, eller om borgeren har behov for en anden indsats.

Hvordan søges der?

Kontakt Social & Handicap på telefonnr. 3998 0000 eller mail socialoghandicap@gentofte.dk. Gentofte Kommunes sikker mail er gentofte@gentofte.dk.
Er borgeren allerede i kontakt med Social og Handicap Myndighed, kan vedkommende henvende sig til sin sagsbehandler

Klagevejledning

Hvis borgeren ikke får fuldt medhold i afgørelsen, har borgeren mulighed for at klage over Gentofte Kommunes afgørelse inden 4 uger. Klagevejledning vil fremgå af afgørelsen.

Relateret document 3/5

Dokument Navn:	**Bilag 3 - Kvalitetsstandard for kørsel til specialundervisning.pdf**
Dokument Titel:	**Bilag 3 - Kvalitetsstandard for kørsel til specialundervisning**
Dokument ID:	**5338020**

Kvalitetsstandard: Kørsel til specialundervisning

Ansvarlig forvaltning og afdeling

Social og Sundhed - Social og Handicap Myndighed

Indledning

Denne kvalitetsstandard beskriver Gentofte Kommunes serviceniveau for kørsel til specialundervisning

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne § 5

Lov om ungdomsuddannelse for unge med særlige behov § 10

Bekendtgørelse om specialundervisning for voksne § 8-10

Bekendtgørelse om ungdomsuddannelse for unge med særlige behov kap.4.
Læs hele lovgivningen på Bekendtgørelse af lov om specialundervisning for voksne (retsinformation.dk)

Målgruppe

Gentofte Kommune tilbyder kørsel til specialundervisning til borgere med betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, der ikke er er i stand til at transportere sig selv.

Formål med indsatsen

At give borgere mulighed for at deltage i specialundervisning.

Kriterier: Hvad lægges der vægt på ved vurdering af indsatsen?

Som udgangspunkt forventes det, at borgeren selv kan transportere sig eller blive transporteret til specialundervisningen. Hvis borgeren ikke kan transportere sig selv, kan der efter en konkret og individuel vurdering i særlige tilfælde bevilges kørsel.
Der lægges vægt på:

- At borgeren har en funktionsnedsættelse, der gør det umuligt, at borgeren kan transportere sig selv.
- At borgeren er forsøgt optrænet i at blive så selvtransportende som muligt.
- At borgeren ikke er i stand til at benytte offentlige transportmuligheder.
- At der er indhentet lægeerklæring eller anden sagkyndig udtalelse.

Leverandør

Gentofte Kommune benytter i udgangspunktet Gentofte Busser eller leverandører der er omfattet af udbud. Gentofte Kommune anviser den billigste transportform, der er forsvarlig og anvendelig for den enkelte borger. Der er ikke frit valg på kørselsleverandør. Borgeren kan afgive ønske om leverandør, som vil indgå sammen med faglige og økonomiske hensyn i kommunens vurdering.

Indsatsens indhold

Indsatsen bliver tilrettelagt ud fra borgerens individuelle ressourcer og behov.
Indsatsen indeholder:

- Afhentning og aflevering fra folkeregisteradresse eller aflastningsadresse.
- Information om fast afhentningstidspunkt +/- 15 min.
- En vejledende køretid på 60 min.
- Aflevering og afhentning på/fra bevilget tilbud.

Borgerens ansvar

Borgeren skal indgå i og samarbejde om planlægning og aftaler vedrørende indsatsen.
Derudover er det borgerens ansvar, i det omfang at det er muligt:

- At være klar til transport 15 min før det oplyste tidspunkt og 15 min efter.
- At give relevante oplysninger og medvirke til kommunens udredning af borgerens behov og funktionsniveau, herunder indhentning af lægeoplysninger

Opfølgning på indsatsen

Gentofte Kommune har det borgerrettede tilsyn og vil løbende følge op på, om indsatsen fortsat er relevant. Opfølgning vil ske løbende eller ved behov.

Omfang og varighed

Gentofte Kommune anviser som udgangspunkt fælleskørsel. Der kan på baggrund af en konkret og individuel vurdering bevilges solokørsel til borgere, der ikke er i stand til at køre sammen med andre.
Der kan alene visiteres kørsel til og fra beskyttet beskæftigelse eller aktivitets- og samværstilbud.
Hvis borgeren ikke gør brug af indsatsen, vil sagen blive revurderet, og der vil blive truffet beslutning om, hvorvidt borgeren kan forsætte, eller om borgeren har behov for en anden indsats.

Hvordan søges der?

Kontakt Social og Handicap på telefonnr. 3998 0000 eller mail socialoghandicap@gentofte.dk. Gentofte Kommunes sikker mail er gentofte@gentofte.dk.
Er borgeren allerede i kontakt med Social og Handicap Myndighed, kan vedkommende henvende sig til sin sagsbehandler

Klagevejledning

Hvis borgeren ikke får fuldt medhold i afgørelsen, har borgeren mulighed for at klage over Gentofte Kommunes afgørelse inden 4 uger. Klagevejledning vil fremgå af afgørelsen.

Relateret document 4/5

Dokument Navn:	**Bilag 4 - Kvalitetsstandard for kørsel til STU.pdf**
Dokument Titel:	**Bilag 4 - Kvalitetsstandard for kørsel til STU**
Dokument ID:	**5338022**

Kvalitetsstandard: Kørsel til STU

Ansvarlig forvaltning og afdeling

Social og Sundhed – Social og Handicap Myndighed

Indledning

Denne kvalitetsstandard beskriver Gentofte Kommuneserviceniveau for kørsel til Særligt Tilrettelagt Uddannelse (STU)

Lovgrundlag

§ 10. Kommunalbestyrelsen sørger for eller afholder udgifterne til fornøden befordring mellem hjem eller fast aflastningshjem og uddannelsesinstitution eller praktiksted for unge, der deltager i uddannelsen.
Stk. 2. Undervisningsministeren fastsætter regler om befordring. STU-loven (retsinformation.dk)

Målgruppe

Gentofte Kommune tilbyder kørsel til borgere der er visiteret til et STU-tilbud og som ikke er er i stand til at som ikke er er i stand til at

transportere sig selv.

Formål med indsatsen

At give borgere mulighed for at deltage i STU
transportere sig selv.

Kriterier: Hvad lægges der vægt på ved vurdering af indsatsen

- At borgeren er visiteret til en STU.
- At borgen har et særligt befordringsbehov (helbreds- og adfærdsmæssigt)
- At borgeren har en funktionsnedsættelse, der gør det umuligt, at borgeren kan transportere sig selv.
- At borgeren er forsøgt optrænet i at blive så selvtransportende som muligt.
- At borgeren ikke er i stand til at benytte offentlige transportmuligheder.
- At den bedste og billigste transportform vælges.

Borgere, der er selvtransporterende (bil, cykel, knallert, bus o.l.), kan søge om dækning af udgifter til transport, hvis han/hun har en afstand mellem hjem/fast aflastningssted og undervisningssted og tilbage på 22 km og derover.

Borgeren kan i en periode, hvor der trænes transport, bevilges kørsel den ene eller begge veje.
Borgere der ikke er selvtransporterende, kan søge om kørsel, uanset afstand.

Kriterier for fælleskørsel

- At borgeren ikke er selvtransporterende og i stand til selv at tage offentlig transport, f.eks. fordi borger er ude af stand til at orientere sig i tid og sted.
- At borger ikke er i stand til at transportere sig til offentlig transport, f.eks. pga. en meget begrænset gangdistance, eller fordi borger ikke er i stand til at komme ind i det offentlige transportmiddel, selv om transportmidlet er handicapvenligt indrettet.

Kriterier for solokørsel

Borgeren kan undtagelsesvist visiteres til solokørsel, hvis:

- Borger ikke er i stand til at køre sammen med andre pga. særlig adfærd, og
- At øvrige kørselsmuligheder er undersøgt og udtømt, og borger vil være ude af stand til at modtage det tilbud, som borger er visiteret til, hvis der ikke samtidig visiteres til solokørsel.

Leverandør

Gentofte Kommune benytter i udgangspunktet Gentofte Busser eller leverandører der er omfattet af udbud.
Gentofte Kommune anviser den billigste transportform, der er forsvarlig og anvendelig for den enkelte borger.
Der er ikke frit valg på kørselsleverandør. Borgeren kan afgive ønske om leverandør, som vil indgå sammen med faglige og økonomiske hensyn i kommunens vurdering.

Indsatsens indhold

Indsatsen bliver tilrettelagt ud fra borgerens individuelle ressourcer og behov.
Indsatsen indeholder:

- Afhentning og aflevering fra folkeregister- eller aflastningsadresse.
- Information om fast afhentningstidspunkt +/- 15 min.
- En vejledende køretid på 60 min.
- Leverandøren orienterer om varige ændringer i tilrettelæggelsen af kørslen med mindst en uges varsel.

Gentofte Kommune dækker kørsel med den billigste egnede kørselsform mellem borgerens hjem/faste aflastningssted og uddannelsessted i 1-5 dage om ugen. Gentofte Kommunen afholder hele udgiften til befordring til borgere, som har et kørselsbehov og ikke er selvtransporterende.
Gentofte Kommune afholder de nødvendige udgifter til kørsel, når den samlede afstand er 22 km eller derover for borgere, der er selvtransporterende

Kommunen vurderer hvilken type befordring, der er nødvendig.
Primært vil befordring ske i busser, hvor flere borgere transporters sammen. Der kan kun i helt særlige tilfælde bevilges solokørsel.

Borgerens ansvar

Borgeren skal indgå i og samarbejde om planlægning og aftaler vedrørende indsatsen.
Derudover er det borgerens ansvar, i det omfang at det er muligt:

- At være klar til 15 min før det oplyste tidspunkt og 15 min efter.
- At give relevante oplysninger og medvirke til kommunens udredning af borgerens behov og funktionsniveau, herunder evt. indhentning af lægeoplysninger

Egenbetaling

Hvis borger ikke har et befordringsbehov og afstanden mellem hjem/fast aflastningssted og uddannelsen er under 22 km (retur), skal borger enten selv afholde udgiften.

Opfølgning på indsatsen

Gentofte Kommune har det borgerrettede tilsyn og vil løbende følge op på, om indsatsen fortsat er relevant.
Opfølgning vil ske løbende eller ved behov.

Omfang og varighed

Gentofte Kommune bevilger som udgangspunkt fælleskørsel, men der kan på baggrund af en konkret og individuel vurdering bevilges solokørsel til borgere der ikke er i stand til at køre sammen med andre
Der kan alene visiteres kørsel til og fra STU.

Er borgeren ikke selvtransporterende benyttes primært Gentofte Busser
Sekundært tilbydes kørsel leveret af tilbud efter Movia udbud.
Efter en konkret og individuel vurdering kan der gives tilskud eller støtte til:

- Kørselsgodtgørelse – dækning af udgifter til kørsel i egen bil, cykel ol.

- Rejsekort

Hvis borgeren ikke gør brug af indsatsen, vil sagen blive revurderet, og der vil blive truffet beslutning om, hvorvidt borgeren kan forsætte, eller om borgeren har behov for en anden indsats.
Indsatsen følger bevillingen til STU.

Hvordan søges der

Kontakt Social og Handicap på telefonnr. 3998 0000 eller mail socialoghandicap@gentofte.dk. Gentofte Kommunes sikker mail er gentofte@gentofte.dk.
Er borgeren allerede i kontakt med Social og Handicap Myndighed, kan vedkommende henvende sig til sin sagsbehandler

Klagevejledning

Det er ikke muligt at klage over afgørelsen.

Relateret document 5/5

Dokument Navn:	**Bilag 5 - Høringssvar fra Seniorrådet - Serviceniveaubeskrivelse for lægekørselsordningen.pdf**
Dokument Titel:	**Bilag 5 - Høringssvar fra Seniorrådet - Serviceniveaubeskrivelse for lægekørselsordningen**
Dokument ID:	**5352141**

Høringssvar fra Seniorrådet på Serviceniveaubeskrivelse for lægekørselsordningen

Seniorrådet har fået forelagt ovennævnte beskrivelse til udtalelse.

Seniorrådet har drøftet det gode oplæg og finder det vigtigt, at det niveau, Gentofte Kommune indtil nu har tilbudt seniorerne i kommunen, opretholdes.

Det er af stor vigtighed for de seniorer, der ikke selv har mulighed for at sørge for transport, at de fortsat hjælpes, så de kan komme til de lægeaftaler, der er vigtige for deres helbred.

Såfremt niveauet sænkes, er risikoen, at mange vil undlade at transportere sig til egen læge, hvilket kan medføre forhøjede omkostninger f.eks. til hospitalsindlæggelser.

Endvidere finder Seniorrådet det af allerstørste vigtighed, at tilgængelighed til anvendelse af ordningen bevares, så den er enkel at anvende, især for de seniorer der ikke mestrer de digitale værktøjer.

Seniorrådet noterer, at der i flere kommuner kræves online ansøgning for at blive tilsluttet ordningen, men at Gentofte kommune indtil nu ikke har krævet en sådan ansøgning og Seniorrådet indstiller, at der ikke indføres en sådan ansøgningsordning.

Endelig har Seniorrådet drøftet kriterierne for at blive tilsluttet ordningen og noterer at kriteriet ”modtager folkepension” betyder, at alle, der modtager folkepension efter de nye regler, er berettigede til at anvende ordningen, hvis de øvrige kriterier ligeledes er opfyldt.

Med disse bemærkninger kan Seniorrådet tiltræde Serviceniveaubeskrivelse for lægekørselsordningen.

Seniorrådet

17. januar 2024

Dokument Navn:	**Bilag 1 Endelig rapport - klimaborgersamling.pdf**
Dokument Titel:	**Bilag 1 Endelig rapport - klimaborgersamling**
Dokument ID:	**5358721**
Placering:	**Emnesager/Politisk behandling af klimaborgersamlingens anbefalinger/Dokumenter**
Dagsordens titel	**Behandling af klimaborgersamlingens anbefalinger**
Dagsordenspunkt nr	**10**
Appendix nr	**1**
Relaterede Dokumenter:	**4**

Dette dokument blev genereret af getorganized for SharePoint

Anbefalinger

Klimaborgersamling i Gentofte Kommune

Gentofte Kommune

December 2023

Indholdsfortegnelse

Læsevejledning **3**

Baggrund for borgersamlingen, opgaven og mandatet **3**
Om borgersamlingen i Gentofte 4
Medlemmer og sammensætning 5

Anbefalinger **7**
Vores drøm og vision for kommunen 7
Klimaborgersamlingens ambition 7
Borgersamlingens værdigrundlag 8
Borgersamlingens anbefalinger 8
1. Bedre viden, bevidsthed og fællesskaber om klima 10
2. Bygning, Energi og Forsyning 15
3. Hvordan ændres folks forbrugsmønster? 21
4. Handl lokalt og spis efter klimakostrådene 26
5. Mobilitet 30
6. Et Gentofte i fuldt flor 36

Udtalelser **41**
Ekspertgruppens udtalelse 41
Tredjepartsudtalelse 43

Borgersamlingens proces og forløb **44**
Kort om metoden 44
Borgersamlingens organisering 45
Borgersamlingens forløb 45
Samlinger 46
Observatører 51
Arbejdsmetoder 52

Læsevejledning

Kære læser

Du sidder nu med den samlede anbefalingsrapport fra borgersamlingen i Gentofte 2023. Rapporten indeholder formidling af borgersamlingens baggrund, opbygning, forløb og arbejdsmetoder samt medlemmernes anbefalinger til Gentofte Kommune.

Rapporten er i fire dele:

Første del består af en introduktion til borgersamlingen i Gentofte, baggrunden for borgersamlingen og sammensætningen af medlemmerne.

Anden del præsenterer borgersamlingens anbefalinger og værdier. Denne del er resultatet af borgersamlingens arbejdsproces og er udviklet og skrevet af medlemmerne i fællesskab.

Tredje del består af udtalelser fra ekspertgruppen og tredjepartssekretariatet, der validerer borgersamlingens arbejde.

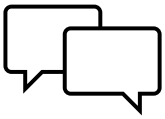
Fjerde del indeholder et overblik over borgersamlingens forløb og beskriver de forskellige samlinger og metoder anvendt i arbejdet.

God læselyst

Baggrund for borgersamlingen, opgaven og mandatet

En borgersamling er et demokratisk format, der bygger på samarbejdet mellem en gruppe repræsentativt udvalgte borgere om en problemstilling, der er givet af en myndighed, organisation eller politisk gruppe.

Over en periode mødes borgersamlingens medlemmer flere gange, hvor de bliver præsenteret for ekspertviden, oplæg fra relevante oplægsholdere og går i dialog med andre borgere og interessenter. På den baggrund udarbejder borgersamlingen en række konkrete anbefalinger til beslutningstagere, der har forpligtet sig til at forholde sig til anbefalingerne, når de skal tage beslutninger inden for det givne emne.



Om borgersamlingen i Gentofte

Gentoftes Klimaborgersamling blev igangsat af Gentoftes kommunalbestyrelse med det formål at løfte kvaliteten af de politiske beslutninger om særligt den forbrugsbaserede bæredygtige omstilling i kommunen og for at sikre en øget borgerinddragelse i processen. Kommunalbestyrelsen besluttede projektets tema og stillede borgersamlingen følgende spørgsmål:

Kernespørgsmål
Vi har brug for din hjælp til at forestille os en fremtid i Gentofte Kommune, hvor vi sammen omstiller til en klimaneutral og bæredygtig adfærd i hverdagen.

Gentoftes Klimaborgersamling har været samlet fem gange fra september til november 2023 og havde herudover et åbent borgermøde, hvor borgere i Gentofte kunne bidrage til borgersamlingens arbejde. Medlemmerne har tilsammen lagt mere end 900 timers arbejde i borgersamlingen, svarende til over 38 døgns sammenlagt arbejde.

Gentofte Kommune støtter op om Gentoftes Klimaborgersamling og har givet dem mandat til at udarbejde uvildige og uafhængige anbefalinger indenfor kerneopgaven. Borgersamlingen har fulgt OECD's principper for deliberative processer og borgersamlingens mandat tydeliggør medlemmernes rettigheder og rolle. Herunder, at medlemmerne har haft til opgave at rådgive og komme med anbefalinger, men ikke beslutte den endelige politik. Borgersamlingens anbefalinger udgør ét af flere spor, der skal belyse, hvordan Gentofte Kommune skal omstilles til en klimaneutral og bæredygtig hverdag.

Gentoftes kommunalbestyrelse har forpligtet sig til at forholde sig til og viderebringe anbefalingerne til politiske beslutninger om Gentofte Kommunes bæredygtige omstilling. De forpligter sig til at komme med en tilbagemelding til borgersamlingen tre måneder efter lanceringen af anbefalingerne, samt når kommunens endelige Klimahandleplan 2025-2026 lanceres, hvor også en evaluering af processen samt forvaltningens forslag til det videre arbejde med anbefalingerne fremlægges. Kommunalbestyrelsen er således ikke forpligtet til at realisere anbefalingerne, men redegøre for, hvordan de bliver fulgt – og eventuelt ikke fulgt.

900 timer

har medlemmerne tilsammen lagt i borgersamlingens arbejde

Borgersamlingerne er designet på baggrund af input fra borgersamlingens ekspertgruppe og følger OECD's principper for borgersamlinger og deliberativt demokrati. For at sikre borgersamlingens uafhængighed har et tredjepartssekretariat, rådgivningsvirksomheden We Do Democracy, designet, ledet og faciliteret borgersamlingen.

Medlemmer og sammensætning

I foråret 2023 blev 30.233 borgere i Gentofte Kommune inviteret til at deltage i borgersamlingen. Heraf tilmeldte 333 sig, og blandt dem blev 36 borgere udvalgt ud fra fire kriterier; alder,

køn, bopæl og uddannelse, så det svarede til Gentofte Kommunes demografi. Det er gjort ud fra en tankegang om, at man kan have forskellige perspektiver og erfaringer fra hverdagslivet, alt efter hvilket køn man har, hvor lang tid, man har levet, hvad man arbejder med, og hvor man bor.

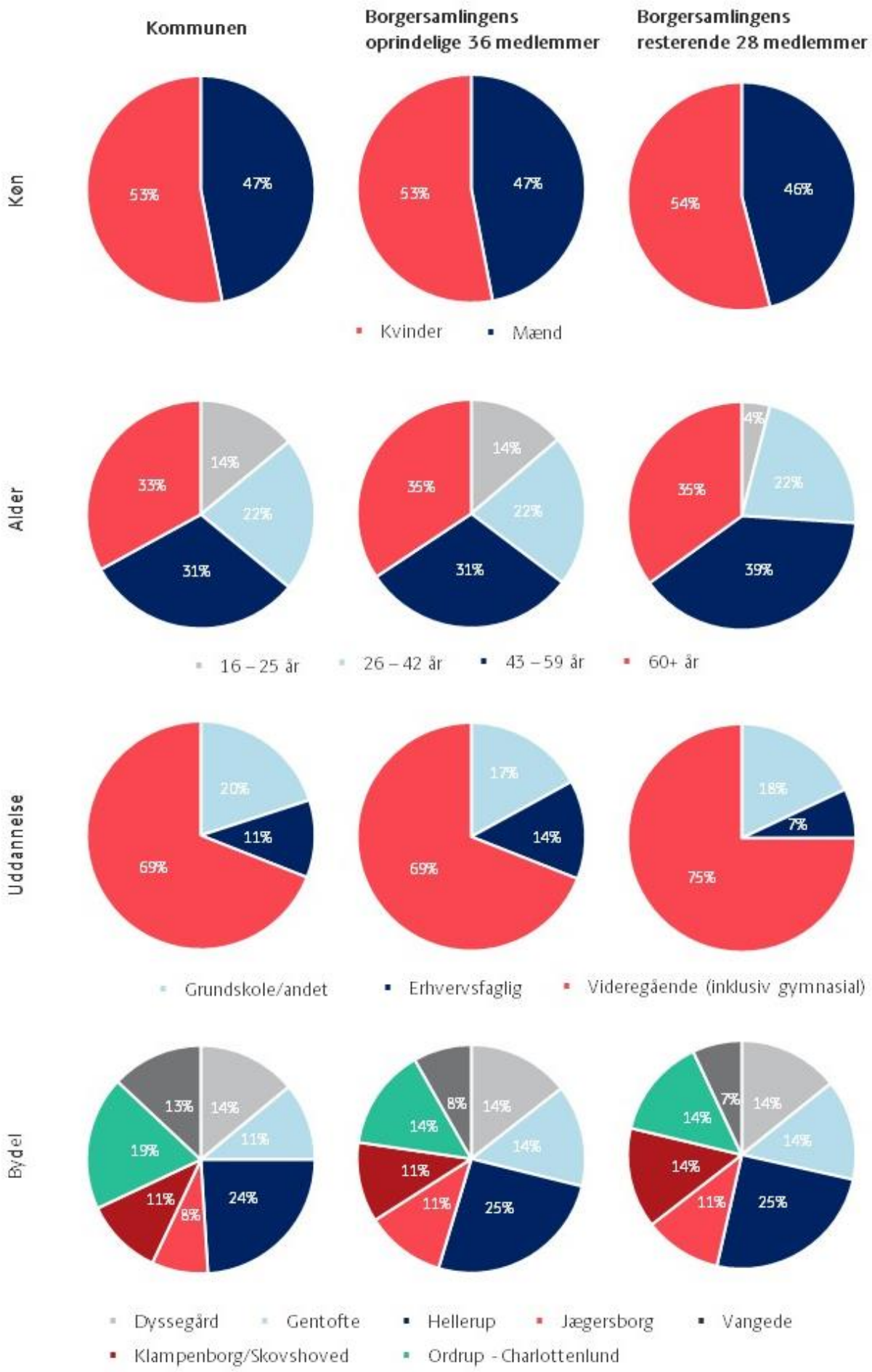
333

borgere tilmeldte sig lodtrækningen til borgersamlingens 36 pladser

Lodtrækningsparametrene blev besluttet af Gentofte Kommunes projektgruppe, tredjepartssekretariatet (We Do Democracy), og analysebureauet Analyse & Tal har rådgivet om og gennemført lodtrækningen. Alle de udtrukne borgere blev kontaktet via telefon, hvor de blev informeret om opgaven, processen og forløbet.

Af de oprindelige 36 medlemmer, var der en håndfuld medlemmer, der meldte sig ud af Gentoftes Klimaborgersamling af personlige årsager. Det er naturligt, at der sker frafald i borgersamlinger på grund af borgeres livsomstændigheder, sygdom med mere. Efter 2. samling besluttede We Do Democracy sammen med projektgruppen i Gentofte Kommune at analysere borgersamlingens repræsentativitet og på den baggrund eventuelt foretage en genrekruttering for at sikre, at medlemmerne udgjorde en repræsentativ gruppe. Analysen viste, at borgersamlingens medlemmer udgjorde en repræsentativ gruppe, og at der dermed ikke var sket et systematisk frafald blandt en bestemt gruppe borgere. Ved borgersamlingens afslutning var der 28 aktive borgere, der har deltaget ved flere møder.

På næste side kan de tilbageværende 28 medlemmers profiler ses sammenholdt med de oprindelige 36 medlemmer, samt borgersammensætningen i Gentofte.
Som det fremgår, er der i løbet af borgersamlingen sket en forskydning i på tværs af de fire forskellige karakteristika – køn, alder, uddannelse og geografi. Her ses en forskydning særligt på aldersfordelingen, hvor aldersgruppen +60 år udgør en større andel af borgersamlingens sammensætning end udgangspunktet og kommunens demografi.


Kommunen
Borgersamlingens oprindelige 36 medlemmer
Borgersamlingens resterende 28 medlemmer
Køn
53%
47%
53%
47%
54%
46%
Kvinder
Mænd
Alder
33%
14%
22%
31%
35%
14%
22%
31%
35%
4%
22%
39%
16 – 25 år
26 – 42 år
43 – 59 år
60+ år
Uddannelse
69%
20%
11%
69%
17%
14%
75%
18%
7%
Grundskole/andet
Erhvervsfaglig
Videregående (inklusiv gymnasial)
Bydel
13%
14%
11%
19%
11%
8%
24%
8%
14%
14%
14%
11%
11%
25%
7%
14%
14%
14%
14%
11%
25%
Dyssegård
Gentofte
Hellerup
Jægersborg
Vangede
Klampenborg/Skovshoved
Ordrup - Charlottenlund

Anbefalinger

I dag er Gentofte en ressourcestærk kommune med god økonomi og et højt serviceniveau - det skal kommunen fortsætte med at være. Til gengæld er mange af kommunens borgere også blandt de mest CO_2-udledende i verden – qua deres boligsituation, bil, rejsemønstre og forbrug. Sådan skal det ikke fortsætte med at være, hvis vi skal give vores lokale bidrag til at mindske global opvarmning.

Vi skal derfor gøre det lettere og mere attraktivt for Gentoftes borgere, virksomheder og institutioner at træffe grønne valg.

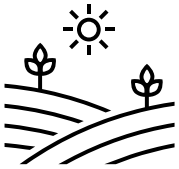
"Vi skal gøre det lettere og mere attraktivt for Gentoftes borgere, virksomheder og institutioner at træffe grønne valg".

Gentofte er en lille kommune i areal med en veludbygget infrastruktur i forhold til vejnet, fjernvarme, skoler med videre. Alene i perioden 2019-2022 er sket en stigning i bilparken i Gentofte Kommune på 4 procent. Hvis CO_2-udledningen skal ned, skal vækst i antallet af biler stoppes. Det kalder på forbedringer; blandt andet i forhold til den offentlige transport på tværs (herunder øst-vest) af kommunen og i forhold til muligheden for at bevæge sig på cykel.

Kommunen er i dag fuldt udbygget og har intet landbrug eller store produktionsvirksomheder. Til gengæld findes der mange grønne områder og nærhed til kysten, som skal fastholdes og styrkes med for eksempel flere træer, fælleshaver og generelt flere små grønne pletter i bybilledet.

Borgerne i kommunen er hovedsageligt ressourcestærke, når det kommer til uddannelse, økonomi og sundhed, og dette skal fastholdes og styrkes med for eksempel grønne og bæredygtige valg i kommunens kantiner, skoler og institutioner.

Vores drøm og vision for kommunen



Klimaborgersamlingens drøm for livet i et CO_2-neutralt Gentofte er:

- at der er skabt et værdiskabende og tillidsfuldt samarbejde mellem Gentofte-borgere og -politikere, hvor der er opnået en lokal forankring af de nødvendige klimatiltag til opnåelse af CO_2-neutralitet i 2030.

- at kommunen går forrest med ambitiøse mål og sikrer rammer og infrastruktur, som på den ene side gør det meget let og attraktivt for den enkelte borger, institution og virksomhed at agere minimalt klimabelastende - og på den anden side år for år gør kommunen grønnere, mere klimavenlig og biodivers og endnu mere attraktiv at være borger, virksomhed og institution i.

Klimaborgersamlingens ambition

Vi medlemmer af klimaborgersamlingen giver bred opbakning til Gentofte Kommunes ambition om at leve op til Paris-aftalen om, at den globale opvarmning skal holdes under 2 grader og helst 1,5 grader.

Borgersamlingens overordnede ambition er at reducere vores samlede forbrugsbaserede CO_2-udledning (det vil sige scope 1, 2 og 3) per indbygger fra omkring 13 tons ned mod cirka 3 tons 2030. Da det, som vi foreslår, ikke får os helt i mål, anbefaler vi, at der arbejdes videre med at udvikle initiativer.

Vi er bevidste om, at omstilling til en CO_2-neutral fremtid er en proces, der tager tid, men vi vil gerne i gang så hurtigt som muligt. Vi har forståelse for, at ikke alle initiativer kan starte på én gang, og at nogle initiativer må igangsættes senere, men ikke glemmes.

"Vi vil gerne i gang så hurtigt som muligt".

Omstillingen kræver en høj grad af adfærds- og tankeændring hos os alle, men med plads til et vist omfang af individuelle behov.

Borgersamlingens værdigrundlag

Medindflydelse og deltagelse - Lokal forankring sikrer medindflydelse, fællesskab og et medejerskab af tiltag.

Omstilling - Gentofte Kommune skal sikre de rammer og strukturer, der gør, at borgere, virksomheder og institutioner let kan bidrage til den grønne omstilling.

Ansvarlighed - Kommunens medarbejdere og politikere tager ansvar for omstillingen, så man gør det let for borgere og virksomheder at nå kommunens klimamål.

Politisk mod - At politikerne baserer deres arbejde på tværgående samarbejde og har modet til at skabe de rammer, som kan sikre den ønskede forandring.

Bekæmpelse af klimaforandringer - Sikres blandt andet ved at vise, at man som kommune og lokalt styre, på få år kan gøre en markant forskel i forhold til at reducere CO_2.

Kommunikation - Tydelig, professionel og dialogbaseret kommunikation fra Gentofte Kommune er vigtigt for at gennemføre de nødvendige ændringer og tiltag for at opnå målet om et CO_2-neutralt Gentofte i 2030. (se også punkt Omstilling).

Borgersamlingens anbefalinger

1. Bedre viden, bevidsthed og fællesskaber om klima
2. Bygning, Energi og Forsyning
3. Hvordan ændres folks forbrugsmønster?
4. Handl lokalt og spis efter klimakostrådene
5. Mobilitet
6. Et Gentofte i fuldt flor

For at sikre repræsentation og demokratisk forankring i borgersamlingen anbefalinger, er alle anbefalinger i rapporten støttet op af minimum 70 procent af borgersamlingens medlemmer.

Det, der har gjort størst indtryk på mig, har været de meget engagerede medlemmer af borgersamlingen. Det har været et maraton, folk holder ud og holder af, og det har været fint.

I Gentofte i fremtiden drømmer jeg om, at vi ikke mere er borgere, men at vi er medborgere, og om at vi ser hinanden, snakker sammen, og tager hensyn til hinanden.

Karen, medlem af Gentoftes klimaborgersamling

1. Bedre viden, bevidsthed og fællesskaber om klima

Vores vision
Gentofte Kommunes borgere, arbejdspladser og foreninger får

- Konkret viden om, hvad man selv kan gøre på en række områder for at have en mere klimavenlig adfærd
- Mulighed for at registrere sin klimaadfærd (og hvordan den bliver lidt mere klimavenlig), så det kan formidles år for år som inspiration til andre
- Viden om, hvor man kan få råd, hjælp og vejledning, hvis man vil videre med et klimarelevant initiativ
- Information om, hvordan det går med Gentofte Kommunes klimaindsats
- Tilbud om at komme med til en årlig samling, hvor man diskuterer klimainitiativer og mødes på tværs (til et årligt Gentofte klimamøde)
- Tilbud om online læringsforløb

Vores omstilling
Gentofte Kommunes borgere, medarbejdere og besøgende skal år for år

- gives lidt mere viden om,
- gives lidt mere motivation til,
- have mulighed for at indgå i lidt flere fællesskaber,
- have gjort sig lidt flere erfaringer med

en mere klimavenlig adfærd. Det skal resultere i, at man flere steder oplever, hvad det helt aktuelle energiforbrug (CO_2-udslip) er, som er koblet på en situation: for eksempel hvor meget energi bruger den skole, man kommer på lige nu? Hvor meget energi bruger ens plejehjem lige nu? Hvor meget energi bruger vi på kørsel i denne bydel med mere.

Derudover skal man i situationen vide, hvad man kan gøre for at reducere CO_2-udledningen det sted, hvor CO_2-udslippet er; for eksempel skru ned for varmen, sluk lyset, tag cyklen osv. Så viden skal kobles på (for)brugssituationen. Og man skal få erfaringer med at reducere CO_2.

Konkrete initiativer

Initiativ 1: Skab 7777 klimavenner

Skab 7777 klimavenner

Klimavennerne (cirka 10% af kommunens borgere) får en nøglerolle i omstillingen i Gentofte Kommune. Præcis hvilken rolle de får, kommer de selv til at meddefinere undervejs, men som udgangspunkt får de en grundviden om deres egne muligheder i forhold til at gøre en klimamæssig forskel. Klimavennerne får:

- Konkret viden om, hvad man selv kan gøre på en række områder for at have en mere klimavenlig adfærd
- Mulighed for at registrere sin klimaadfærd (og hvordan den bliver lidt mere klimavenlig), så det kan formidles år for år
- Tilbud om deltagelse i quizzer og spørgeskemaundersøgelser
- Viden om, hvor man kan få råd, hjælp og vejledning, hvis man vil videre med et klimarelevant initiativ
- Information om, hvordan det går med Gentofte Kommunes klimaindsats.
- Tilbud om at komme med til en årlig samling, hvor man diskuterer klimainitiativer og mødes på tværs
- Tilbud om online læringsforløb

Klimavennerne skal komme fra alle dele af kommunen; det vil sige både geografisk og fra private husstande, skoler, virksomheder, foreninger, klubber, vejforeninger, offentlige arbejdspladser, pendlerklubber, restauranter og så videre. Alle kan blive klimaven, og der skal være en lav barriere for at tilmelde sig ordningen. Man skal blot have lyst til at vide mere, og måske gøre lidt ekstra i dagligdagen.
Når initiativet er blevet en succes lokalt, kan det udbredes nationalt og globalt.

Modtagere:
Gentofte Kommune skal afsætte penge til at løbe initiativet i gang (og eventuelt i samarbejde med ekstern partner) arbejde for, at der fundraises og over de kommende år rekrutteres 7777 klimavenner, og at disse får god relevant information, klædes på med værktøjer, følge op på, hvordan deres indsatser virker og så videre.

Målepunkter:

- Initiativet designes nærmere, og der afsættes penge til at gennemføre det
- Ordningen skal køre i minimum tre år
- 7777 har registreret sig som klimavenner

Hvordan får vi Gentofte med:
Der laves en samlet indsats for at få folk forskellige steder fra til at tilmelde sig.

Initiativ 2: Synliggør aktuelle klimabelastninger og -gevinster

Registrer og brug elektronisk visning på hjemmeside / skærme / standere forskellige steder i kommunen, som løbende orienterer om aktuel CO_2-besparelse/forbrug og også gerne sammenligner på tværs (for eksempel ranglister aktuelt energiforbrug per kvadratmeter per skole, per kvadratmeter per daginstitution, per kvadratmeter per bibliotek, per forening, per plejehjem, per klubhus og så videre), kørsel i bil i hver bydel.

Modtagere:
Gentofte kommune - den enhed, som tager sig af energiforbrug (elvarme)

Målepunkter:
- Igangsættes i 2024
- Fuldt implementeret i 2027

Synliggør aktuelle klimabelastninger og - gevinster

Initiativ 3: Årlige klimaideer og -tilbud

Alle kommunale institutioner, private og virksomheder i kommunen får hvert år nogle ideer til eller et tilbud om, hvordan de kan reducere deres CO_2-udledning. Ideer kan for eksempel være, hvor der kan søges tilskud til energirenoveringer eller tilbud om at installere en gratis kompostbeholder eller et tilbud om at fortælle om et godt klimainitiativ, man har foretaget i det forgangne år, planter man kan have i sin have, hvordan man kan køre fælles og så videre. På den måde bliver institutionerne, foreningerne, kirkerne, arbejdspladserne, borgerne og så videre ikke pålagt ekstra opgaver, men de får inspiration og værktøjer til, hvordan de kan bidrage klimamæssigt samtidig med, at de løser deres opgave.

Målepunkter:
- Tilbud om reduktionshandlinger
- Formidling af viden

Modtagere:
Kommunen faciliterer

Årlige klimaideer og -tilbud

Initiativ 4: Tydelig, professionel og let forståelig klimakommunikation

På Gentofte Kommunes hjemmeside og i bybilledet / offentlige steder / bydelsskure professionaliseres klimakommunikationen, så:
- man kan få info om kommunens tilbud / initiativer
- man kan se, hvordan det går helt aktuelt med de forskellige målepunkter.

Modtagere:
Kommunen formidler kommunikation til borgerne

Målepunkt:
Der laves en årlig temperaturmåling på kommunens klimakommunikation, hvor borgerne kan evaluere den.

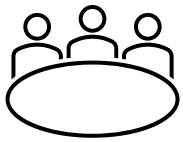
Tydelig, professionel og let forståelig klimakommunikation

Initiativ 5: Gentofte klimatopmøde

Stort årligt samskabende klimatopmøde i Gentofte, hvor kommunalbestyrelsen mødes med klimavenner, andre borgere, virksomheder, klubber med videre (alle relevante aktører) og

1) redegør for årets klimaresultater
2) får inspiration og
3) indgår i en dialog om næste års handlinger, mål og så videre

Modtagere:
Kommunen skal igangsætte initiativet.



Gentofte klimatopmøde

Initiativ 6: Gentofte kommunikerer grønt

En model for kommunal dialog. Enkel, ubureaukratisk og billig. Baseret på de ideer, som blev fremsat på klimaborgersamlingens åbne møde på Gentofte Rådhus den 1. november 2023.

Kommunens Klimaenhed inviterer aktive unge (for eksempel fra den grønne klimabevægelse og gymnasierne i kommunen) til at stille nogle centrale adfærdsændrende spørgsmål (max fem) (for eksempel har du talt med dine venner og familie om, hvordan I kunne reducere CO_2).
Klimaenheden samler forslagene til spørgsmål, sammenfatter dem til max fem spørgsmål og sender dem til et bredt udsnit af foreninger, menighedsråd, medarbejderforeninger og virksomheder i kommunen.

Foreningerne får et par måneder til at drøfte spørgsmålene i deres medlemskreds.

Svarene sendes til Klimaenheden der samler svarene og videresender materialet til Gentoftes biblioteksvæsen. Gentoftes biblioteker oplyser om relevant litteratur og arrangerer et offentligt møde, hvor svarene fremlægges og diskuteres.

Modtagere:
Bibliotekerne og kommunens klimaenhed

Hvordan får vi Gentofte med:
Der skal ikke oprettes nye råd, udvalg eller forvaltningsorganer. Der skal ikke søges om økonomisk støtte. Spild ikke tid med at oprette nye organer.
Brug i stedet allerede eksisterende institutioner såsom skoler og foreninger.
Gentoftes unge bør stå i centrum. Det er dem der skal leve i fremtiden, og den frygter mange af dem. Mange af dem ønsker også at indgå i en dialog med andre borgere i Gentofte. Jo før jo bedre.
Tag udgangspunkt i allerede eksisterende undervisningsforløb og diskussionsgrupper i skoler og gymnasier. Ideen skal derefter brede sig på en organisk og selvsupplerende måde.

Gentofte kommunikerer grønt

Initiativ 7: Klimafølgegruppe

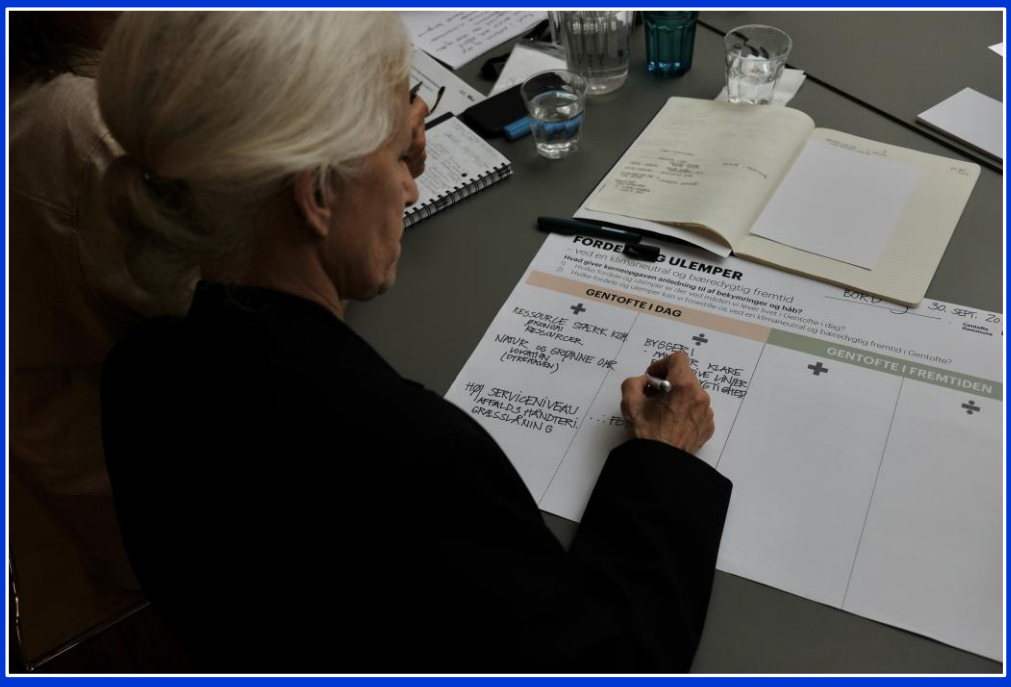
Klimaborgersamlingen inviteres til et årligt møde de næste to år for at høre, hvordan kommunen arbejder med anbefalingerne og hvor langt, man er med resultaterne.

Modtagere:
Kommunalbestyrelsen og medlemmerne af borgersamlingen.

Hvordan får vi Gentofte med:
Vi kommunikerer arbejdet på gentofte.dk, i Villabyerne og TV2/Cosmopol (tidligere Lorry).

Klimafølgegruppe

4


GENTOFTE I DAG
GENTOFTE I FREMTIDEN

2. Bygning, Energi og Forsyning

Vores vision
Vi ønsker en kommune, hvor der er adgang til fri og sikker energi, der ikke forurener. En kommune, hvor vi er bedre til at udnytte el, varme, regn- og drikkevand. En kommune, hvor der kun bygges nyt, når mulighederne for renovering samlet set er uhensigtsmæssige. En kommune, hvor der tænkes i genbrug af byggematerialer, hver gang det kan lade sig gøre, med respekt for de æstetiske og historiske værdier af arkitekturen i Gentofte.

Vores omstilling
Vi skal år for år bo på mere bæredygtige måder. I dag udleder især nybyg rigtig meget CO_2. Derfor skal vi i fremtiden i langt højere grad passe på vores bygninger og ikke bare rive ned for at bygge nyt.
Samtidig skal vi blive bedre til at spare på energien, der også kun skal være vedvarende. Det gælder for hele Gentofte, men også i ombygninger, hvor energiproduktion som for eksempel solceller kan opstilles.
Det er både Gentoftes borgere, virksomheder og kommunen, der skal være med i denne omstilling.

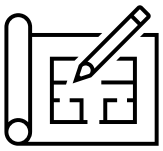
Konkrete initiativer

Initiativ 1: Renovering, ombygning og bevaring i videst muligt omfang

Nybyggeri bør kun ske, når renovering ud fra en samlet betragtning ikke er mere hensigtsmæssig. Renovering og eventuel udbygning bør ske så klimavenligt som muligt (både i forhold til byggeproces og i forhold til det varige forbrug). Alternative energikilder bør anvendes, hvor det giver mening, og hvor det ikke påvirker æstetikken negativt. Genbrugsbyggematerialer og mindre klimabelastende materialer bør benyttes, hvor det er hensigtsmæssigt og brug af beton bør minimeres.

Modtagere:
Virksomheder, Gentofte Kommune og borgere.

Målepunkt:
Dette er en kontinuerlig proces.



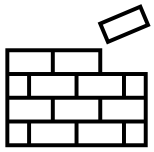
Renovering, ombygning og bevaring i videst muligt omfang

Initiativ 2: Byg klimavenligt

Når det ud fra en samlet betragtning ikke kan svare sig at renovere, så bør kommunen altid sikre, at der i byggeprocessen tænkes i at reducere klimabelastningen (både i forhold til byggeprocessen og i forhold til det permanente energiforbrug).

Modtagere:
Virksomheder, Gentofte Kommune og borgere.

Målepunkt:
Dette er en kontinuerlig proces.



Byg klimavenligt

Initiativ 3: Optimering af energiforbrug

Det bør gøres lettere og mere attraktivt for både private boliger, offentlige institutioner og virksomheder at gøre deres bygninger mere klimavenlige for eksempel ved fjernvarme eller bedre isolering. Derudover bør der ske en yderligere markedsføring af alternative muligheder for at minimere CO_2 og energiomkostninger i bygninger i kommunen ved for eksempel at bruge jord-, vand- eller solvarme.

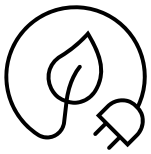
Gentofte Kommune skal fastholde arbejdet mod en 90% reduktion i CO_2-udledningen herunder, at CO_2 capture på Vestforbrændingen gennemføres som planlagt.

Gentofte Kommune bør komme med anbefalinger til, hvordan både institutioner, virksomheder og private hjem kan reducere deres varmeforbrug. Gentofte kommune bør promovere de ordninger og apps, der måler ens forbrug af vand, varme og el og søge, at det bliver muligt at sammenligne med de bedste sammenlignelige husstande.

Modtagere:
Kommunalbestyrelsen, virksomheder og individer.

Målepunkt:

- Kommunen har promoveret de relevante apps
- Det overordnede el-, varme- og vandforbrug i kommunen i skal falde. Dette skal gerne formidles til hele kommunen. På den måde er det tydeligt, om kommunen bliver bedre til at spare på energien.



Optimering af energiforbrug

Initiativ 4: Modvirk lysforurening

Under overskriften "Skal vi have Karlsvognen tilbage?" bør effekterne af lysforurening i Gentofte Kommune undersøges; herunder hvad der vil kunne spares i CO_2 og penge, og hvordan det ville påvirke dyr og mennesker, hvis man på udvalgte steder og tidspunkter skruede ned for belysningen for eksempel ved gader, veje, boldbaner og andre offentlige områder.

Modtagere:
Kommunalbestyrelsen i samarbejde med relevante fagfolk.

Målepunkter:

- Tidshorisont på 0-3 år. Dette er afhængigt af en række faktorer, herunder blandt andet strømomkostninger
- En undersøgelse af effekterne af lysforurening i Gentofte Kommune er færdiggjort. I denne undersøgelse skal trafiksikkerhed og tryghed for borgerne inkluderes
- Gadebelysningen er slukket på udvalgte områder

Hvordan får vi Gentofte med:
Indfør eventuelt i pilotområder og brug erfaringerne herfra.

Modvirk lysforurening

Initiativ 5: Regnvandsopsamling

Udvidelse af kommunens opsamling af regnvand, for eksempel til brug af vanding af private haver og kommunens grønne områder i tørketider og så det kan bidrage positivt til biodiversiteten.

Modtagere:
Kommunalbestyrelsen.

Målepunkter:
- Start op i 2024
- Lav mål for hvor meget det skal udvides hvert år
- Mål årligt på vandbesparelse

Hvordan får vi Gentofte med:
- Giv viden om, hvad man gør herunder, hvordan man selv kan opsamle og bruge regnvand
- Gør det let at koble sig på

Regnvandsopsamling

Initiativ 6: Fjern kalk fra vandet

Fra Gentoftes vandforsyning bør der hurtigst muligt blive fjernet kalk fra brugs- og drikkevandet i Gentofte Kommune, så borgere, virksomheder og institutioner sparer penge og CO_2 på tre måder:
1) Ved at reducere produktion, distribution og arbejdet med kalkfjerningsmidler.
2) Ved at reducere det daglige elforbrug (fordi ikke-tilkalkede husholdningsapparater bruger mindre el på at opvarme vand).
3) Ved at forlænge holdbarheden på armaturer og husholdningsapparater, der bruger vand (opvaskemaskiner, vaskemaskiner, kaffemaskiner, strygejern mm.) fordi de ikke ødelægges af kalk, og derigennem reducerer CO_2-forbruget, der sker, når man udskifter husholdningsapparater.

Modtagere:
Kommunalbestyrelsen og vandværket, der leverer til Gentofte.

Målepunkter:
Der bør hurtigst muligt blive regnet på, hvad et centralt blødgøringsanlæg (eller flere) vil koste OG samtidig bør der regnes på, hvor meget CO_2 Gentofte herigennem vil spare; herunder også, hvor meget hver husstand, virksomhed og institution vil spare over tid på mindsket rengøring (fjernelse af kalk), mindsket dagligt forbrug (ved mindre tilkalkede maskiner) og længere holdbarhed (og dermed mindre udskiftning af armaturer og husholdningsapparater. Herudover bør der også regnes på, hvor meget økonomi og CO_2 der spares ved, at x antal husstande ikke hver for sig i de kommende år skal investere i decentrale blødgøringsanlæg.

Hvordan får vi Gentofte med:
Kræver ikke noget fra borgerne, men de vil formentlig alle spare penge (og CO_2).

Fjern kalk fra vandet

Det der har gjort mest indtryk på mig, er det store engagement, der har været i klimaborgersamlingen. Alle de mange aldersgrupper, uddannelser, geografi, som alle har arbejdet sammen om det her fælles mål.

Det har ændret mit syn på bæredygtig omstilling i kommunen at være med i borgersamlingen. Jeg tror mere på, at kommunen nok skal nå det, end da jeg kom.

Anesten, medlem af Gentoftes klimaborgersamling

3. Hvordan ændres folks forbrugsmønster?

Vores vision
Vi drømmer om et væsentligt mindre forbrug (af for eksempel møbler, tøj, mad, elektronik) og dermed reducere mængden af affald.

- At det bliver lige så let at købe/have adgang til brugt, som at købe nyt
- At de ting, vi ikke bruger ofte, gøres tilgængelige for flere
- At man bruger ting så lang tid som muligt
- At man kan bruge eksisterende eller skabe nye foreninger til at etablere fælles deleordninger
- At affalds- og genbrugsordningen i kommunen styrkes
- At der åbner flere repair shops som den i Byens Hus, og at kommunikation om disse bliver styrket

Vores omstilling
Der er brug for, at kommunen og borgerne skal reducere køb af nyt: for eksempel tøj, møbler og elektronik samt at kommunikere, at genbrug og reparation er økonomisk fordelagtigt og godt for klimaet.
Vi ønsker et større fokus på bedre holdbarhed, kvalitet og levetid.
Vi ønsker, at der kommer fokus på reparation af produkter i stedet for at smide ud.

Konkrete initiativer

Initiativ 1: Byttebørser

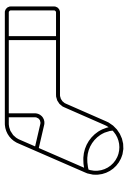
Der bør oprettes attraktive lokale steder fordelt i kommunen, hvor borgere kan bringe deres ting/sager, som de vil forære til andre. Det skal være faciliteret af kommunen.

I byttebørsen findes møbler og andre gode, brugbare ting, som ellers ville være sat ud til storskrald. Der kunne evt. bruges den kommunale afhentningsfunktion, så det der var for godt til genbrugspladsen, kunne blive kørt til byttebørsen.

Modtagere:
Kommunen faciliterer, og borgerne bruger det.

Målepunkt:
Der oprettes mindst 1 lokal fysisk byttebørs. Herefter evalueres forsøget, og hvis det er en succes, udvides det til de andre bydele.

Hvordan får vi Gentofte med:
Fokus på en ændret forbrugerkultur. Det fordelagtige ved genbrug (CO_2, penge).



Byttebørser

Initiativ 2: Flere repair shops

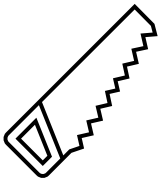
Der skal oprettes flere repair-shops i Gentofte Kommune. Der eksisterer allerede en i Byens Hus, men de skal gerne udbredes til andre bydele.

Modtagere:
Gentofte Kommune og foreninger.

Målepunkt:
Der skal være mindst en repair shop oprettet i 2024. Herefter evalueres og udvides ordningen i 2025 på baggrund af de første erfaringer.

Hvordan får vi Gentofte med:

- Gratis gode ting
- Reparationsmuligheder
- Pæne mødesteder
- Mulighed for at møde andre i kommunen omkring positive ting



Flere repair shops

Initiativ 3: Reducer plastik og affald

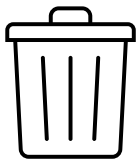
Gentofte Kommune skal bruge sin indflydelse på at reducere plast og affald. Selvom Gentofte ikke kan lovgive om alt dette selv, skal den presse på i de relevante fora for, at der kommer et øget fokus på reduktion af plastik og affald.

Gentofte Kommune skal gå foran og nedbringe sin egen produktion af restaffald.

Modtagere:
Gentofte Kommune, derudover borgere, supermarkeder, leverandører og virksomheder.

Målepunkt:
Det skal være tydeligt, hvor meget affald, der produceres i Gentofte Kommune samt, hvorvidt det lykkes at nedbringe mængden af restaffald og øge mængden af genbrug. Denne data skal være tilgængelig for borgerne i kommunen.

Hvordan får vi Gentofte med:
Det bør undersøges, om der kan iværksættes en ordning, der kan give incitamenter til, at affald reduceres.



Reducer plastik og affald

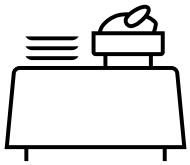
Initiativ 4: Brug det hele

Madspild skal reduceres ved at bruge de ukurante fødevarer i egne kantiner og institutioner. Brugere kunne eventuelt købe overskudsmad med hjem.

Derudover skal kommunen opfordre til, at borgere, virksomheder og supermarkeder også arbejder på at reducere madspild.

Modtagere:
Kommune, virksomheder, borger.

Målepunkt:
Nul madspild.



Brug det hele

Initiativ 5: Indførsel af Central Affaldssortering og optimering af egensortering

Affaldssortering er et ansvar for både kommunen og den individuelle borger, institution og virksomhed. Centralsortering er næste trin, der bør lægges ovenpå det individuelle ansvar. En cost/benefit analyse om, hvordan dette bedst implementeres, må foreligge.

Indtil dette kan iværksættes bør der ske en markedsføring af ordningen om, at alle husstande og ejendomme gratis kan anmode om ekstra/større opbevaring/spande til for eksempel plastikaffald, da dette formentlig med det samme vil resultere i at mere plastik med mere sorteres korrekt. Mange husstande har nemlig ikke plads nok til at sortere alt plastikaffald. Promoveringen af denne ordning kunne for eksempel ske på to måder:

1) Alle husstande får brev om det i e-Boks (herunder også hvor meget plastgenanvendelsen betyder i forhold til CO_2-udledningen.
2) Skraldemændene kan sætte en meddelelsesseddel på alle overfyldte plastikskraldespande med en QR-kode til, hvor man bestiller en større spand.

Modtagere:
Kommunalbestyrelsen/renovationsselskabet og individer.

Målepunkt:
3-5 år. Målet vurderes ved en kontinuerlig dialog mellem Kommune og borgere.

Indførsel af Central Affaldssortering og optimering af egensortering

NATURMANGFOLDET

4. Handl lokalt og spis efter klimakostrådene

Vores vision
Madens klimaaftryk skal reduceres. Normen for kost skal være plantebaseret og reduktion af belastningen fra animalske fødevarer med klimakostrådene som baseline.

Vores omstilling
Gentoftes klimahandlingsplan skal sætte det rigtige fokus og prioriteter for alle aktører (inklusive økologi, kød og helbred), og viden om det skal udbredes. For at nå det overordnede mål om klimaneutralitet i 2030 kræver det at:

- Gentofte måler, hvor langt kommunale aktører når, mindst hver år for hvert mål med hensyn til fødevarer og mad i Klimahandleplanen og klimakostrådene
- Borgerne, særligt børn og unge, skal undervises i klimavenlig madlavning
- Gentoftes indkøbspolitik skal kunne prioritere klimavenlige madindkøb samt producenter, som beskriver klimaftryksinformation på deres produkter og dermed giver mulighed for at foretrække at handle lokalt og reducere klimaaftryk
- Gentofte bør støtte op om det nationale initiativ til opgørelse af fødevares klimaaftryk, dog uden at vente med deres egne handlinger
- Alle samfundsaktører, især Gentofte Kommune skal opmuntre befolkningen til at spise klimavenligt og handle bevidst med det mål at:

- øge årstidsbaserede indkøb
- øge lokal handel
- reducere madspild
- reducere fødevarer med langdistancetransport
- reducere klimaaftryk fra emballage
- øge oplysning om klimaaftryk og madforurening fra emballage
- øge info om tilberedning af spændende mad uden klimabelastning
- øge produktion i by-, nytte-, /hav- og taghaver
- begræns animalske fødevarer (især rødt kød - okse og lam)
- øge tilknytning mellem skolerne, 'Haver til maver' lignende projekter for voksne borgere
- engagement af supermarkederne og dansk landbrug for at opfordre til mere klimainformation om fordele ved at købe lokalt i forhold til klimabelastning

Konkrete initiativer

Initiativ 1: Madklubber og madskoler til familier og individer

Der bør gives mulighed for, at kommunen støtter og stiller plads til rådighed for eksempel skolekøkkener og tilbyder undervisning for hele familien, så man lærer om klimavenlig madtilberedning. Igennem forskellige initiativer skal der lægges fokus på at nå forskellige målgrupper inklusive børn, unge og voksne, så madtilberedningsnormerne bliver ændret.

Modtagere:
Familier, kokke, lærere, foreninger, skoler, SFOer, Gentofte Kommune skal sikre rammerne.

Madklubber og madskoler til familier og individer

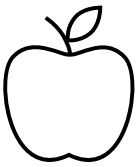
Initiativ 2: Etablering af små nytte/byhaver på frivillig basis og præsentationsgård til inspiration

Små køkkenhaver til dyrkning af almindelige danske årstidsbaserede grønne fødevarer (frugt, grønt og krydderurter) i samarbejde med kommunens skoler, samt udbredning af læring om fra 'Have til mave'.

Modtagere:
Frivillige borgere i samarbejde med Park og Vej/Natur- og Miljøafdelingerne i Gentofte Kommune.

Målepunkt:
De første 3-5 haver skal gerne være klar i sommeren 2024.

Hvordan får vi Gentofte med:
Glade medborgere som gennem oplysning kan delagtiggøres i pasning og produktion samt nyde godt af de lokalt producerede fødevarer.



Etablering af små nytte/byhaver på frivillig basis og præsentationsgård til inspiration

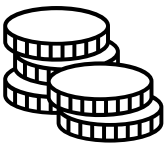
Initiativ 3: Intern afgift på fødevarer

Vi foreslår en intern afgift til Gentoftes kommunale indkøb af råvarer, der skal promovere klimavenlige madindkøb.

Modtagere:
Gentofte Kommune.

Målepunkt:
Andelen af klimavenlige madprodukter øges, klimaaftryk minimeres. Årlig afrapportering. Løbende prissætning af klimabelastende fødevarer.

Hvordan får vi Gentofte med:
Vi indfører "Aarhus-Modellen" som redskab til reduktion fra kantinerne, der pålægges en intern afgift på klimabelastende fødevarer. De penge, der kommer ind gennem afgifterne, bliver brugt til at nedbringe priserne på mere klimavenlig mad. I Aarhus har det haft en enorm effekt.

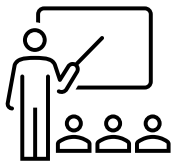


Intern afgift på fødevarer

Initiativ 4: Klimavenlig mad i skolernes madkundskab

Børnene laver udelukkende mad, der er klimavenlig i forhold til klimakostrådene. På den måde lærer børnene om nye retter og kan inspirere deres forældre og omgangskreds til at prøve nyt.

Modtagere:
Kommunen og institutioner/skoler.



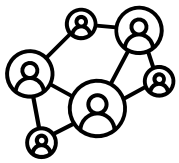
Klimavenlig mad i skolernes madkundskab

Initiativ 5: Klimanetværk blandt Gentoftes supermarkedschefer og lignende virksomheder

Netværket har mødecenter på Rådhuset, hvor de klædes på med viden og sparrer om, hvordan de i fællesskab og hver især kan bidrage til, at deres supermarkeder fremmer klimavenlige indkøb.

Modtagere:
Kommunen og supermarkeder.

Målepunkt:
Et målepunkt kunne være nedbringelse af salget af oksekød; nedbringelse af salget af særlig klimabelastende varer; forøgelse af information om klimaaftryk på produkter.



Klimanetværk blandt Gentoftes supermarkedschefer og lignende virksomheder

Jeg håber, at Gentofte Kommune vil indføre madskoler, som gør, at vi underviser børn i, hvordan vi omlægger til den kost, vi skal til at spise, der er meget mere plantebaseret. Vi kan ikke forvente at folk skal vide, hvordan man gør selv. Hvis vi starter ved børnene, er der håb forude, og det er jo fremtiden vi skal tænke på.

Cathrine, medlem af Gentoftes klimaborgersamling

5. Mobilitet

Vores vision
Gør det mere attraktivt at transportere sig klimaneutralt og bæredygtigt rundt i Gentofte.

Vores omstilling
Gentofte Kommune skal i de forskellige områder og bydele kontinuerligt måle på og overfor kommunens borgere (for eksempel på en app) synliggøre, at en stigende andel af transporten foregår klimavenligt og bæredygtigt. Det gør bæredygtig transport mere attraktivt. Konkret skal privatbilismen reduceres til fordel for andre transportformer. Det betyder, at der for hvert år skal måles på, og være en forbedring i alle Gentoftes områder/bydele således:

- at både beboere og transportbrugere oplever deres område grønnere, tryggere og rarere at færdes i - uden brug af egen bil
- at der kommer flere cyklister
- at kollektiv transport på tværs af kommunen forbedres
- at trafikstøjen reduceres
- at luften bliver renere
- at biodiversiteten stiger, og at der plantes flere træer
- at der køres færre kilometer i bil i kommunen
- at antallet af biler indregistreret i Gentofte reduceres
- at bilhastighederne nedsættes
- at færre biler parkeres ulovligt og trafikfarligt (således, at det bliver mere attraktivt at vælge cyklen)
- at kommunens transport-CO_2-udslip reduceres kontinuerligt, fx. arbejdsrelateret transport
- at miljøzonen i København udvides til også at omfatte Gentofte
- at indrette / planlægge kommunen som "15-minutters By"
- at vejene, når de renoveres, forberedes på en fremtid:
- hvor der klargøres til selvkørende biler
- hvor der bliver flere ladestandere til biler /cykler
- hvor det er grønnere
- hvor det er mere fordelagtigt at være blød trafikant

Konkrete initiativer

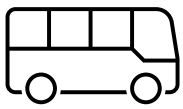
Initiativ 1: 15-minutters by - mere kollektiv transport

Det skal være muligt at transportere sig med mere kollektiv transport rundt i kommunen inden for 15 minutters by-princippet.

Modtagere:
Gentofte Kommune.

Målepunkt:
Det skal være helt implementeret om 5 år, det vil sige år 2029. Det må gerne foregå ved at blive udbygget i etaper i kommunen. Vi ser en klar fordel i at lave det som offentlige shuttlebusser - både i forhold til økonomi og udbredelse. Vi foreslår, at der indledes med at lave et pilotprojekt på den strækning i kommunen, hvor det vil gøre størst forskel og samtidig være lettest at implementere shuttlebusser, som kunne køre i pendulfart og forbinde S-tog-, tog- og busstationer.

Hvordan får vi Gentofte med:
Vi anbefaler, at det er et højt prioriteret emne, for at reducere privatbilisme og øge den kollektive trafik, som skal være CO_2-neutralt i kommunen. For eksempel ved implementering af shuttle-busser.
Det er vores overbevisning, at øget kollektiv trafik vil reducere (ikke styrke) den private bilisme og bil-parkeringsarealer, som skal give plads til mere biodiversitet.
Som led i dette, foreslår vi kampagner, der udbredes i kommunen for eksempel
"Vi cykler eller går i skole"-kampagne eller "Vi cykler eller går på arbejde"-kampagne.



15-minutters by – mere kollektiv transport

Initiativ 2: Frem bløde trafikanters sikkerhed og oplevelse

Vi vil fremme børnenes og de bløde trafikanters cykelsikkerhed.
Det vil vi gøre ved at undgå uhensigtsmæssig parkering, så flere børn, unge og voksne går og cykler i kommunen.

Modtagere:
Gentofte Kommune.

Målepunkt:
Det bør være muligt at etablere inden for 2 år - år 2026. Med hurtig etablering på prøveområder.

Hvordan får vi Gentofte med:
Det gør vi ved hurtigst muligt at etablere prøveområder, som indikerer retning og får hurtig feedback fra borgere for at måle succesraten.

Frem bløde trafikanters sikkerhed og oplevelse

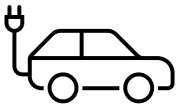
Initiativ 3: Et strategisk opstillede antal ladestandere for elbiler og elcykler

Gør det lettere for borgere at benytte el-cykler og el-biler (fremfor benzinbiler) til transport rundt i kommunen. Særligt ved etageejendomme er der i dag få ladestationer. Det bør laves om.

Modtagere:
Private udbydere til opsætning. Kommunen faciliterer.

Målepunkt:
Løbende fra januar 2024.

Hvordan får vi Gentofte med:
Jo flere ladestandere der bliver sat op, jo mere vil de blive benyttet.



Et strategisk opstillede antal ladestandere for elbiler og elcykler

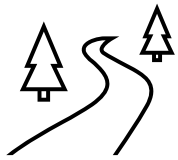
Initiativ 4: Flere 'grønne' veje

For at understøtte lavere hastigheder, mindre støj og bidrage til mere biodiversitet og bedre oplevelse for gående og cyklister, kunne det være godt med flere alléer og grønne 'chikane'-områder på vejene. I stil med den bevilling, kommunalbestyrelsen er kommet med i forhold til at udvikle tre projektforslag for Bernstorffsvej, kunne det være godt at projektere tilsvarende på andre hovedfærdselsårer; for eksempel Vangedevej, hvor der ligger tre skoler, station, daginstitutioner med videre, hvorfor der færdes rigtigt mange børn i trafikken.

Modtagere:
Gentofte Kommune.

Målepunkt:
Påbegyndelse i 2024 og etaper hvert år hen over de næste 10 år.

Hvordan får vi Gentofte med:
Via oplysning på kommunens hjemmeside og med skiltning for hver etape. På samme måde som der blev med Gentofterenden.



Flere grønne veje

Initiativ 5: Flere cykler, hvis bilhastighed nedsættes på kommunale veje

Nedsat hastighed på udvalgte veje vil gøre det mere attraktivt at vælge cyklen. Samtidig behøver vejbanerne ikke være helt så brede, hvis hastigheden er lavere. Det giver bedre plads til cykelstier.

Modtagere:
Kommunen.

Målepunkt:
I 2024 laves eksperimenter udvalgte steder med nedsat vejhastighed. Det kunne for eksempel være at:

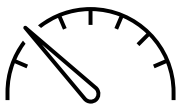
- hastigheden på Lyngbymotorvejen nedsættes fra de nuværende 90 km/t til 80 eller 70 km/t (efter beregnet effekt)
- hastigheden på Bernstorffsvej nedsættes fra de nuværende 60 km/t til 50 km/t (hvis det vil have en positiv CO_2-effekt)
- hastigheden på Vangedevej nedsættes fra de nuværende 50 km/t til 40 km/t
- hastigheden på udvalgte villaveje, hvor der ikke kører busser som nedsættes fra de nuværende 50 km/t til 40 km/t
- hastigheden på butiksgaderne og foran skoler/daginstitutioner nedsættes til 30 km/t
- der laves intelligent og CO_2-besparende trafikregulering i det omfang, det teknisk kan lade sig gøre, så man kun skal stoppe ved tværgående trafik.

Målepunkter:

- Hvor meget vil CO_2-, partikel- og støjforureningen samt dæk og vejslitage og ulykker blive reduceret?
- Hvor mange, der vælger at konvertere bil til cykel, de steder?
- Hvor meget vil rejsetiden på hver af vejene blive forøget / forkortet?

På baggrund af resultaterne (herunder CO_2-besparelsen), kan projektet efterfølgende udvides eller nedskaleres.

Hvordan får vi Gentofte med:
Effekten af tiltaget skal formidles. Stederne, der vælges til pilotprojekter kan eventuelt stemmes igennem efter bruttoliste fra Park og Vej.



Flere cykler, hvis bilhastighed nedsættes på kommunale veje

Initiativ 6: Reduktion af kommunale flyrejser

Tjenesterejser for ansatte og skolerejser for elever i Gentofte Kommune må kun ske med fly, hvis ikke andet er muligt.

Modtagere:
Gentofte Kommune.

Målepunkt:
Antal flyrejser i kommunen (ikke privatrejser) per år (skal reduceres år for år).

Hvordan får vi Gentofte med:
Mere gennemsigtighed og oplysning om kommunen som forbillede vil være til inspiration til kommunens borgere.

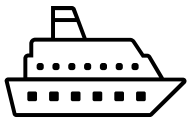
Reduktion af kommunale flyrejser

Initiativ 7: Reduktion og fartbegrænsning af speedbåde

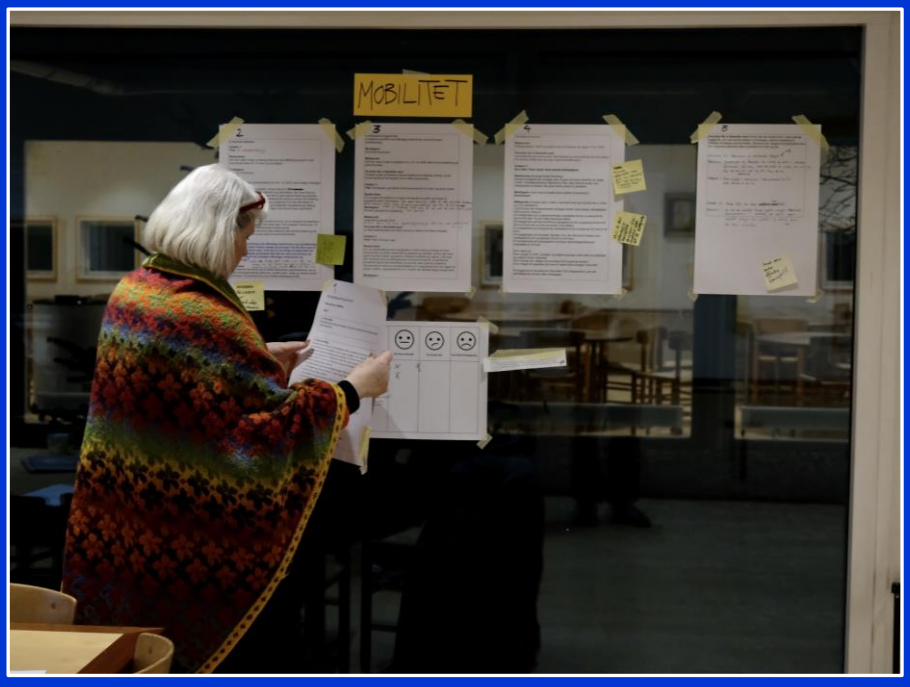
Ud fra klimaperspektiv: Har kommunen mulighed for at påvirke hastighederne hos de speedbåde, der sejler ud for kommunens kystområder? Hvis muligt er en reduktion og fartbegrænsning af speedbåde på vandet langs med /udenfor kommunens kystområder et ønskværdigt tiltag.

Hvis muligt, skal kommunen også sikre, at speed- og motorbåde har partikelfiltre på deres motorer.

Modtagere:
Gentofte Kommune.



Reduktion og fartbegrænsning af speedbåde


MOBILITET

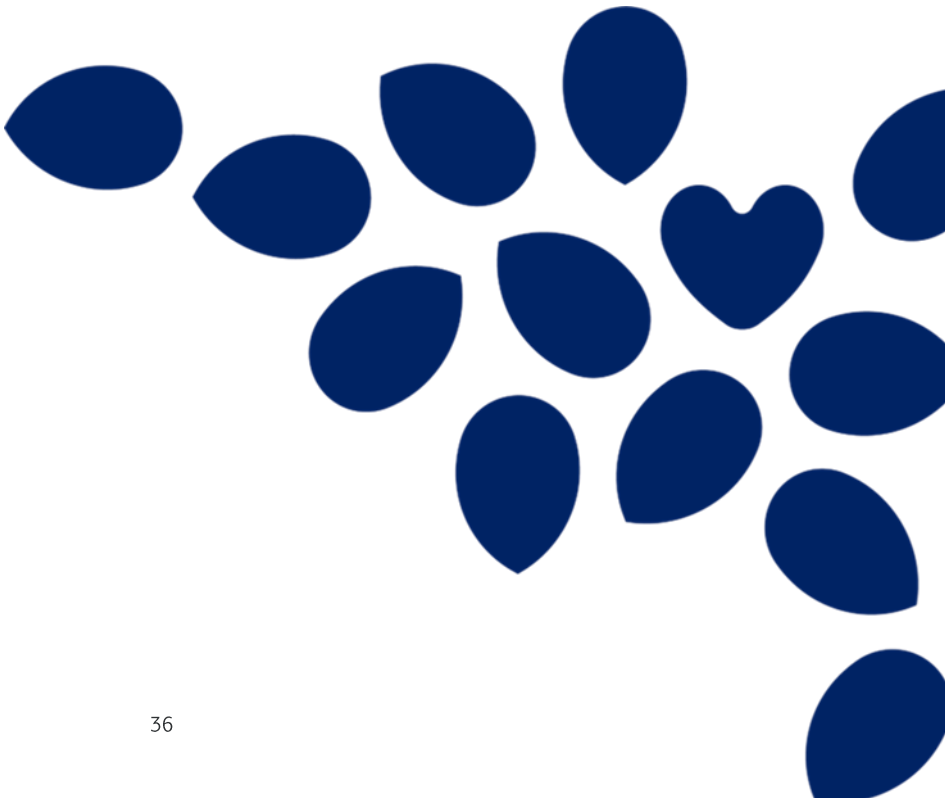
6. Et Gentofte i fuldt flor

Vores vision
Vi drømmer om et Gentofte, hvor kommunen i eget regi går forrest på flere områder inden for biodiversitet og mulighed for flere udendørs opholdssteder.

Kommunen skal spille en aktiv rolle i vejledning/opførelsen af adgang til og etablering af lomme-, nytte- og vilde haver på land og til vands.

Vores omstilling
Vi drømmer om, at

- Kommunen skal gå forrest i bedre udnyttelse til beplantning af arealer i offentlig og privat regi
- Større synlighed af kommunens initiativer og vejledninger
- Mere biodiversitet og mindre asfalt / fliser hvor muligt



Konkrete initiativer

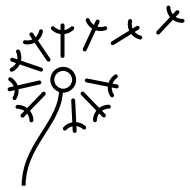
Initiativ 1: MERE VILD NATUR!

Mere vild natur! Frivillig udlægning til vild natur i haverne. Gerne i nærheden af hinanden (så vi skaber såkaldte biodiversitetskorridorer). Eventuelt kan opfordringer gå på at lade områder af haven stå uberørt, eller søge hjælp hos kommunen til at skabe mere biodiversitet i sin have, samt lade visne blade ligge, da de binder CO_2.

Modtagere:
Kommunen skal anbefale det, og hjælpe de enkelte borgere eller vejfællesskaber. Der kunne desuden være en konkurrence om største/længste/vildeste biodiversitetskorridor.

Målepunkt:
Det endelige mål (fra EU) er 30% vild natur i 2050. Kommunen skal fastsætte mål for andel af vild natur i eget regi frem mod år 2030 med udgangspunkt i EU's målsætning.

Hvordan får vi Gentofte med:
Kampagner og konkurrencer arrangeres af kommunen. Derudover viden om samarbejde med naturvejledere, og viden om spiselige vilde planter.



Mere vild natur

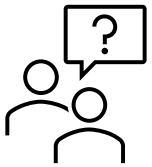
Initiativ 2: Informationskampagner

Udbredelse af natur skal fremmes gennem målrettede kommunale informationskampagner, fortællinger om initiativer, aktiviteter og konkurrencer. Også gerne mere information om allerede eksisterende initiativer og aktiviteter.

Modtagere:
Borgere og virksomheder.

Målepunkt:
Udgivelse af nyhedsbrev og måske i samarbejde med Villabyerne eller sociale medier. Med information om konkrete tiltag, initiativer og gode nyheder inden for det grønne område.

Hvordan får vi Gentofte med:
Gennem informations- og oplysningskampagner fremmes interesse og forståelse af vigtigheden hos kommunens borgere. Det vil på længere sigt føre til en større udbredelse af biodiversitet.



Informationskampagner

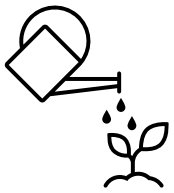
Initiativ 3: Tæt på naturen

Mere natur i gadebilledet i form af flere vejtræer, grønne rabatter, øvrig grøn beplantning og flere alléer. Formidling i direkte tilknytning (skilte med videre) vil kunne informere borgerne om den værdiskabende indsats. I tillæg kan man udbygge antallet af naturvejledere (naturkorps) i Gentofte.

Modtagere:
Alle med kommunalt tilhørsforhold (borgere, virksomheder, med videre).

Målepunkt:
Kommunen skal fastsætte mål for bevoksning i eget regi frem mod 2030, samt kunne måle de samme værdier hos borgere og virksomheder.

Hvordan får vi Gentofte med:
Kommunikation samt oplevet ændring af gadebilledet.



Tæt på naturen

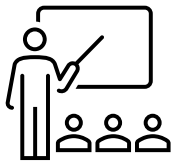
Initiativ 4: Inddragelse af skoler og institutioner

Vild natur og småhaver på skolernes område. Formidling og undervisning. Udnyttelse af tagarealer til grønne områder.

Modtagere:
Kommunen, skoler, institutioner.

Målepunkt:
Fastsættelse af vækstmål frem mod 2030.

Hvordan får vi Gentofte med:
Kommunen beslutter/vedtager i eget regi.



Inddragelse af skoler og institutioner

Initiativ 5: Mere grønt - mindre befæstningsgrad

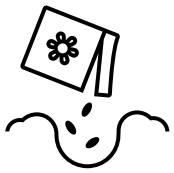
Det skal begrænses, hvor stor en del af grundene, der befæstes (for eksempel bebygget, asfalteret og flisebelagt).
Ved nybyggeri stilles der i lighed med maksimal bebyggelsesprocent krav til andel af område for vild natur/beplantning.

Herudover ejer Gentofte Kommune i øjeblikket mange steder små arealer mellem for eksempel etageejendomme og fortove. Her er kommunens grund meget ofte asfalteret (det gælder for eksempel ved flere etageejendomme på Vangedevej). Her kunne kommunen med det samme begrønne disse steder med græsser, bede eller træer. Og hvis kommunen ikke selv vil bruge pengene på at forgrønne disse steder, kunne man overdrage dem gratis og frivilligt til de ejendomme, der selv gerne vil stå for at begrønne dem.

Modtagere:
Park og Vej, kommunen og især den sektion, der arbejder med lokalplanerne.

Målepunkt:
At flere asfalterede rabatter, områder foran ejendomme med mere begrønnes hvert år.
Maksimalt procent befæstet, eventuelt målt via luftfoto. Grønne tage kan eventuelt undtages / tælle med under "Vild natur".

Hvordan får vi Gentofte med:
Indføre en "fliser for planter" ordning, hvor man på den lokale genbrugsplads kan bytte fliser, man har fjernet i sin have til planter eller frø.



Mere grønt –
mindre befæstningsgrad

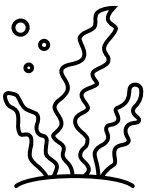
Initiativ 6: Havhaver

Udvidelse af havhaver og øget biodiversitet i Øresund. Gerne med mere information om arbejdet.

Modtagere:
Kommunen, sammen med naturvejledere, DTU og organisationen 'Havhøst' (initiativ findes allerede i Københavns Kommune).

Målepunkt:
Øget biodiversitet, flere fisk og renere hav. (Styr på spildevand).

Hvordan får vi Gentofte med:
Tang, ålegræs eller muslinger. Visse typer af produkter kan eventuelt sælges til private og for eksempel anvendes til madlavning.



Havhaver

Mindretalsudtalelse fra Flemming, medlem af borgersamlingen

Klimaborgersamlingen i Gentofte.
Dato: 07.12.2023

Mindretalsudtalelse til klimaborgersamlingens anbefalinger, v/ Flemming Bækkeskov.

Indledning

Klimaborgersamlingens flertal har vedtaget en række anbefalinger til Gentoftes kommunalbestyrelse. Et lille mindretal blandt borgersamlingens 36 deltagere – heriblandt undertegnede - er ikke enige i alle de anbefalinger, der nu præsenteres.

Generelt mener jeg, at beslutninger om klimatiltag skal tages på internationalt niveau, og de største påvirkere af klimaet – herunder lande som Kina, Indien, USA og øvrige dele af Asien – skal gå forrest. Et lille land som Danmark, med praktisk talt ingen betydning for det globale klimas udvikling, skal følge de store lande. Men det må være folketinget – og ikke på mikroplan (kommunerne) – beslutninger om danske klimarelaterede tiltag træffes. Og det vil være meningsløst og velfærdsnedsættende at pålægge en kommunes borgere udgifter til tiltag, som isoleret set ingen betydning vil have for det globale klima – dog bortset fra sådanne tiltag, der på den korte bane kan have positiv betydning for borgerne selv, for eksempel et mere grønt, energisikkert og støjfattigt miljø.

Supplerende punkter til enkelte af klimagruppens anbefalinger:

Værdier og visioner:
Jeg er ikke enig i, at Gentoftes borgere ikke skal kunne fortsætte med at være blandt de mest CO_2-forbrugende mennesker i verden - vi tilhører jo den rigeste del af den globale befolkning, der naturligt har stort forbrug.

Fællesskab, kommunikation:
(Ingen yderligere bemærkninger.)

Mobilitet:
Jeg er ikke enig i, at det er et mål at reducere privatbilismen til fordel for mere kollektiv transport. Både børnefamilier og mange andre er helt afhængige af biltransport for at få hverdagene til at 'hænge sammen'.

Biodiversitet/Gentofte i fuld flor:
(Ingen yderligere bemærkninger.)

Bygning, energi, forsyning:
Kommunen er udbygget, derfor alene nybyggeri hvor renovering af eksisterende bygninger og tekniske forhold nødvendiggør nybyggeri, som så ikke må være i konflikt med det overordnede ønske om at bevare og udvide kommunens grønne præg. Ja til fremme af sikker energi, eksempelvis vindmøller i Øresund ud for kommunes kyst.

Forbrug af ting:
Ikke enig i en overordnet målsætning om mindre forbrug hos Gentoftes borgere – (men eventuelt gerne i kommunens skattebetalte forbrug). Ja til etablering af central, automatiseret affaldssortering.

Fødevarer:
Nej til at det offentlige skal blande sig i voksnes valg af fødevarer, herunder til deres børn. Vejledning på grundlag af sundhed er vejen frem, men stort NEJ til 'intern' afgift'.

Udtalelser

Ekspertgruppens udtalelse

Det er en kompleks, vigtig og aktuel udfordring, Gentofte Kommune har valgt at give borgerne mulighed for at hjælpe med at finde løsninger til. Den grønne omstilling er noget, alle landets kommuner skal forholde sig til i disse år. Derfor er det vores forhåbning, at denne borgersamling både kan hjælpe Gentofte Kommune og inspirere andre kommuner i hele landet.

Debatten om klima og den grønne omstilling er domineret af udtalelser fra de samme yderpositioner. Denne polarisering kan gøre det svært at træffe beslutninger og finde gode, langsigtede kompromiser. Vi håber, at borgersamlingsmetoden kan aktivere den brede midte frem for yderpositionerne for at skabe en grøn omstilling med bred opbakning fra borgerne.

"Vi håber, at borgersamlingsmetoden kan aktivere den brede midte frem for yderpositionerne..."

Som ekspertgruppe har vi fulgt borgersamlingen i Gentofte og bidraget med vores viden for at understøtte medlemmernes arbejdsproces. I samarbejde med tredjepartssekretariatet, We Do Democracy, har det været vores opgave at sikre uvildighed og uafhængighed i borgersamlingens faglige rammesætning. Det har vi gjort ved at give input til materialesamlingen i form af forskningsbaseret litteratur, ved løbende at kvalificere borgersamlingens faglige input samt ved at deltage med fagindlæg på borgersamlingens arbejdsmøder. Ved at basere det faglige grundlag på anerkendt viden har vi givet borgersamlingens medlemmer de bedste forudsætninger for at kunne navigere i de mange perspektiver, hensyn og holdninger, der findes i arbejdet med den grønne omstilling.

"Ved at basere det faglige grundlag på anerkendt viden har vi givet borgersamlingens medlemmer de bedste forudsætninger for at kunne navigere..."

I denne udtalelse vil vi ikke vurdere det konkrete indhold i borgersamlingens enkelte anbefalinger. I stedet vil vi kommentere på processen, og hvad vi overordnet hæfter os ved som ekspertgruppe. Vi repræsenterer forskellige fagområder og har dermed kunnet bidrage med viden og inspiration inden for følgende temaer:

- Mobilitet
- Energi
- Grønne fællesskaber
- Adfærd

For at dække det kernespørgsmål, som borgersamlingen har arbejdet med, har vi trukket på relevant forskning – vores egen og andres – og vores faglige netværk inden for de respektive fagområder. Vi er bevidste om, at den viden og ekspertise, vi har bragt i spil, ikke er udtømmende for alle de nuancer, den kompleksitet og de mange vinkler, som findes i relation til emnet. Det står også klart, at det er begrænset, hvor meget viden, der kan formidles i den relativt korte tid borgerne har til rådighed.

"Vi er bevidste om, at den viden og ekspertise, vi har bragt i spil, ikke er udtømmende..."

I valget af kernespørgsmål fokuserer kommunalbestyrelsen på, hvordan der skabes klimaneutral og bæredygtig adfærd i fremtiden. I vores øjne er det vigtigt at fokusere på netop adfærden hos både offentlige, private og civilsamfundsorganisationer samt kommunens borgere, hvis der skal opnås klimaneutralitet. Der er behov for at tænke reduktioner på tværs af sektorer og problemfelter. Derudover er der store reduktioner at hente, ved at understøtte ændringer af den enkelte borgers forbrugsvaner – særligt i en kommune som Gentofte, hvor borgernes personlige CO_2-udledning er blandt de højeste i landet.

Overordnet læser vi ud fra anbefalingerne, at borgerne har en forståelse for, at den grønne omstilling tager tid. Vi lægger derudover mærke til, at borgerne giver udtryk for, at de er villige til at ændre adfærd. Flere undersøgelser viser, at adfærdsændringer er svære at gennemføre, selvom mange borgere støtter op om den grønne omstilling. Vi håber derfor, at borgersamlingen kan skabe sammenhæng mellem opbakningen til den grønne omstilling og de adfærdsændringer, der skal til for at opnå de nødvendige reduktioner.

"Vi håber derfor, at borgersamlingen kan skabe sammenhæng mellem opbakningen til den grønne omstilling og de adfærdsændringer, der skal til for at opnå de nødvendige reduktioner."

Vi har været imponerede over borgernes arbejde i og dedikation til processen, og vi håber, at de politikere, som skal tage imod anbefalingerne, lægger lige så meget tid og energi i det videre arbejde med anbefalingerne, som borgerne har gjort. Det fortjener anbefalingerne.

"Vi har været imponerede over borgernes arbejde og dedikation i processen..."

Vi vil desuden gerne takke politikerne i Gentofte for at tage initiativ til at gennemføre en demokratisk proces, som gør brug af forskningsbaseret viden i et nyt sammenspil med borgere og politikere.

December 2023

Anna Thormann Boesen – Programchef for Klimaplaner og Mobilitet i Gate 21
Alexandra O'Sullivan Freltoft – Fuldmægtig i Energistyrelsen
Simon Westergaard Lex – Lektor i antropologi, KU
Charlotte Louise Jensen – Adfærdsanalytiker i Concito

Tredjepartsudtalelse

Vi har som tredjepartssekretariat ledet organiseringen og faciliteringen af borgersamlingen i Gentofte 2023. Denne validering vægter, hvordan borgersamlingen opfylder principperne for borgersamlinger i overensstemmelse med OECD's principper for deliberative processer. Disse principper omhandler blandt andet uvildighed, stratificeret lodtrækning, gennemsigtighed i processen, brug af uafhængig ekspertviden, antallet af timer til rådslagning, og opdragsgivers forpligtelse til at modtage og svare på anbefalingerne, samt at viderebringe disse uredigeret fra borgersamlingen til offentligheden. På alle områder vurderer vi, at borgersamlingen i Gentofte lever op til OECD's principper, hvorfor borgersamlingen må betragtes som legitim.

"På alle områder vurderer vi, at borgersamlingen i Gentofte lever op til OECD´s principper, hvorfor borgersamlingen må betragtes som legitim".

Opdragsgiver

Som opdragsgiver har Gentofte Kommune truffet en beslutning om at igangsætte en repræsentativ borgersamling på vegne af hele kommunen. Organisationen har allerede betydelig erfaring med borgerinddragelse og samskabelse, men det er første gang, at borgersamlingsmetoden benyttes i kommunen. Vi har oplevet en organisation, der har været optaget af at understøtte borgersamlingens arbejdsproces og af at leve op til OECD's principper for deliberative processer. Herunder har organisationen overladt ansvaret for design og facilitering af borgersamlingens proces til tredjepartssekretariatet og har dermed ladet borgersamlingen arbejde uafhængigt uden påvirkning fra kommunen.

"Vi har oplevet en organisation, der har været optaget af at understøtte borgersamlingens arbejdsproces og af at leve op til OECD´s principper for deliberative processer".

Medlemmer

Medlemmerne af borgersamlingen i Gentofte har deltaget engageret i en samtale om kernespørgsmålet, hvor de har lært om og gransket problemstillingen, lyttet til eksperter, debatteret med hinanden og arbejdet med fælles anbefalinger til initiativer. Den personlige adfærd i forhold til den grønne omstilling kan være et emne, der er delte holdninger til. Vi har oplevet, at medlemmerne er gået åbent og nysgerrigt til de uenigheder, der er opstået i processen og har fokuseret på at indgå kompromiser, som alle medlemmer kunne stå inde for.
Alle medlemmer har haft mulighed for at kommentere på og indgå i udarbejdelsen af anbefalingerne, hvorfor de endelige anbefalinger er baseret på borgersamlingens fælles refleksioner og er skrevet med deres egne ord. Anbefalingerne er dermed udtryk for den balance, som medlemmerne har kunnet nå frem til på tværs af holdninger. Alle medlemmer har haft mulighed for at afgive en minoritetsudtalelse og et medlem har gjort dette.

"Vi har oplevet, at medlemmerne er gået åbent og nysgerrigt til de uenigheder, der er opstået i processen..."

Modtagelse

Som tredjepartssekretariat har vi observeret, at medlemmerne er gået respektfuldt og konstruktivt til opgaven og dens præmisser. Medlemmerne har arbejdet fokuseret og målrettet med at udarbejde et produkt, som kommunalbestyrelsen og alle øvrige aktører i berøring med den grønne omstilling kan bruge i deres fremtidige arbejde.

Vi opfordrer kommunalbestyrelsen, embedsværket, øvrige aktører og offentligheden til at tage imod borgersamlingens anbefalinger med samme respekt, som de er blevet udarbejdet med. Vi glæder os til at følge den videre behandling af anbefalingerne i kommunen.

"Vi opfordrer ... til at tage imod borgersamlingens anbefalinger med samme respekt, som de er blevet udarbejdet med".

Borgersamlingens proces og forløb

Kort om metoden

Borgersamlingen i Gentofte anvender den deliberative demokratimetode, borgersamling. Borgersamlinger har til formål at give borgere mulighed for at beskrive og give deres bud på politiske løsninger. Metoden har vist sig at være god, når der arbejdes med komplekse problemstillinger - som adfærd i forhold til den grønne omstilling – og til at udvikle medierede anbefalinger. Det vil sige, at der i processen arbejdes med, at medlemmerne formulerer og udvikler løsninger, som alle kan stå inde for.

Ved at lade en repræsentativ borgergruppe udarbejde fælles anbefalinger kan beslutningstagere kvalificere deres beslutninger på baggrund af borgernes fælles anbefalinger. Metoden er internationalt anerkendt og bliver anvendt systematisk i blandt andet EU, Canada, Storbritannien, Tyskland, Australien, Irland, Bolivia, Belgien og Finland.

Borgersamlingen i Gentofte 2023 er designet efter internationale principper for borgersamlinger og borgerting, som er udviklet af OECD[1]. De 11 fokusområder i OECD's principper kan ses i figuren nedenfor.

[1] https://www.oecd.org/gov/open-government/good-practice-principles-for-deliberative-processes-for-public-decision-making.pdf

Borgersamlingens organisering

Projektgruppen
Borgersamlingens projektgruppe består af medarbejdere fra Gentofte Kommune samt fra We Do Democracy. Projektgruppen har haft ansvar for den løbende koordinering og fremdrift af borgersamlingen.

Tredjepartssekretariat
Borgersamlingens ekspertgruppe har haft til opgave at sikre, at borgernes arbejde er baseret på neutral og saglig viden. De har rådgivet borgersamlingens tredjepartssekretariat og bidraget med viden, materiale til borgersamlingens materialesamling, oplægsholdere og løbende faglig sparring.

Ekspertgruppe
Borgersamlingens ekspertgruppe har haft til opgave at sikre, at borgernes arbejde er baseret på neutral og saglig viden. De har rådgivet borgersamlingens tredjepartssekretariat og bidraget med viden, materiale til borgersamlingens materialesamling, oplægsholdere og løbende faglig sparring.

Borgersamlingens forløb

Det faglige udgangspunkt

Materialesamling

Ekspertgruppen, bistået af We Do Democracy, udarbejdede en materialesamling til medlemmerne. Formålet var at give medlemmerne en fælles baggrundsviden for borgersamlingens emne. Ekspertgruppen udvalgte tekster til materialesamlingen, som dækker de vigtigste emner på en tilgængelig og oplyst måde. Materialesamlingen var opbygget omkring spørgsmålene om, hvordan forbrug påvirker klimaet, og hvordan udledninger fra forbruget kan reduceres. Materialesamlingen kan rekvireres i Klimaenheden i Gentofte Kommune, se kontaktoplysninger på bagsiden af denne rapport.

Fem samlinger

Centralt for anbefalingernes udarbejdelse har været borgersamlingens fem samlinger (møder), der både er foregået i weekenden og på hverdagsaftenener i perioden september til november 2023. Udover de fem møder har der været en åben samling, redaktionsmøder og afslutningsvis en lancering af anbefalingerne den 18. december 2023, hvor borgersamlingens anbefalinger blev overdraget til politikerne i Gentoftes Kommunalbestyrelse.

Spørgerunder og åben dialog

Medlemmerne af borgersamlingen har løbende haft mulighed for at styre, hvilken retning samt viden inden for kernespørgsmålet, de ønskede at lære mere om og arbejde med. Medlemmerne af borgersamlingen har derfor haft medindflydelse på emnerne for de faglige oplæg og interessantperspektiver, de er blevet præsenteret for på de forskellige samlinger. Desuden har borgersamlingen løbende haft spørgerunder med ekspertgruppen og andre fagpersoner med ekspertise på borgersamlingens interesseområder, og en åben dialog med Gentoftes Kommunalbestyrelse, om hvordan borgersamlingens anbefalinger kunne hjælpe politikerne bedst muligt i politikernes arbejde for en grøn, retfærdig omstilling.

Samlinger

Samling 1
Lørdag den 16. september
Byens Hus

Introduktion til opgaven og emnet

Formålet med dagen var at introducere medlemmerne for hinanden, borgersamlingens arbejdsmetode, processen og borgersamlingens kerneopgave. Herunder give medlemmerne de første faglige perspektiver på nogle grundlæggende temaer indenfor bæredygtig omstilling, samt give medlemmerne mulighed for at udarbejde spilleregler og værdisæt arbejdet med anbefalingerne.

Velkomst og rammesætning ved Michael Fenger, borgmester Gentofte Kommune, samt Johan Galster på vegne af sekretariatet fra We Do Democracy.

Borgerne møder hinanden og laver spilleregler
Den første borgersamling begyndte med, at medlemmerne blev præsenteret for opgaven og hinanden, og talte om deres forventninger til borgersamlingens forløb. Derefter udarbejdede borgersamlingen et fælles sæt spilleregler for, hvordan borgene gerne ville arbejde sammen.

Borgersamlingens værdier
Medlemmerne samarbejdede om at blive enige om, hvilke værdier, der skulle være styrende for gruppens arbejde med de endelige anbefalinger.

Oplæg
Klimaborgertinget fik input fra to oplægsholdere, der skulle spore dem ind på nogle af problemstillingerne i opgaven. I mellemtiden tog de noter og samlede til sidst op på væsentlige opmærksomhedspunkter for deres videre arbejde.

- Forbrug og vaner af Bente Halkier, professor ved Københavns Universitet
- Klima og følelser af Nina Bendixen, klimajournalist og forfatter

Samling 2
Lørdag den 30. september
Byens Hus

Faglig viden og fremtidens Gentofte

Formålet med dagen var at få begrebsafklaret kerneopgavens fokus på klimaneutral og bæredygtig adfærd, samt at få mere viden om temaer på klimadagsordenen på baggrund af oplæg og Q&A med eksperter på områderne. Derudover arbejdede borgerne med at udpege de vigtigste udfordringer og tematikker i arbejdet med anbefalingerne.

Velkomst og rammesætning ved Johan Galster, We Do Democracy

Oplæg og begrebsafklaring

Borgersamlingen havde ønsket en mere dybdegående gennemgang af kerneopgaven og Gentofte Kommunes yderligere arbejde med bæredygtig omstilling. Desuden blev medlemmerne opfordret til, at den grønne omstilling kan skabe velvære og være inspirerende.

- Afgrænsning af opgaven og definitioner af Camilla Lønborg-Jensen, leder af Klimaenheden i Gentofte Kommune
- Vi skaber den fremtid, vi forestiller os af Alexandra Freltoft, analytiker ved Energistyrelsen og medlem i ekspertgruppen

Ekspertspeeddating

Som det næste var der "Ekspertspeeddating". Borgersamlingens medlemmer blev inddelt i tre grupper, og hver gruppe fik på skift besøg af dagens tre eksperter, Camilla Lønborg-Jensen, Alexandra Freltoft og Emil Høg fra Aalborg Universitet. Hver ekspert havde først et kort oplæg på tre minutter om deres ekspertområde, hvorefter borgertingets medlemmer kunne stille spørgsmål.

Fordele og ulemper ved Gentofte

Medlemmerne arbejdede med at finde styrkerne og udfordringerne ved den bæredygtige omstilling i Gentofte Kommune, for at undersøge, hvad der kunne gavne deres arbejde med anbefalingerne.

Samling 3
Onsdag den 25. oktober
Byens Hus

Retning for borgersamlingen og første udkast til anbefalinger

Formålet med denne samling var sætte retning på borgernes arbejde med anbefalingerne og at give medlemmerne inspiration til hvilke bæredygtige tiltag andre kommuner har taget.

Velkomst og rammesætning ved Kolja Dahlin fra We Do Democracy

Oplæg om kommunale tiltag
Som inspiration til medlemmernes videre arbejde handlede dagens oplæg om kommuners erfaringer med den bæredygtige omstilling og om de tiltag, der kan gøre hverdagen lettere.

- Klima og adfærdspåvirkning i kommunale projekter af Signe Frøkier Schou, Gate 21

Temaværksteder: det første arbejde med anbefalinger
Medlemmer blev delt i grupper, der skulle arbejde med de første udkast til anbefalinger indenfor borgersamlingens seks hovedkategorier: mobilitet, fødevarer, natur og biodiversitet, kommunikation fællesskaber og inddragelse, bygninger energi og forsyning samt forbrug og genbrug af ting, samt en gruppe, der arbejdede med anbefalingernes overordnede vision og værdier, som borgersamlingen vurderer, er vigtige for fremtidens Gentofte.

Åbent møde
Onsdag den 1. november
Gentofte Rådhus

Bidrag fra byens borgere og samtale med kommunalpolitikere

Formålet med denne samling var at invitere resten af Gentofte indenfor og give dem mulighed for at bidrage til borgersamlingens arbejde.

Forberedelse til åbent møde ved Johan Galster og Kolja Dahlin
Velkomst og politisk indflyvning ved Karen Riis Kjølbye, kommunalbestyrelsesmedlem og formand for Klima-, Miljø- og Teknikudvalget i Gentofte Kommune.

Gruppearbejde
Aftenens gæster blev fordelt ud på de forskellige temagrupper, hvor borgersamlingens foreløbige anbefalinger blev præsenteret for gæsterne, som havde mulighed for at kommentere på anbefalingerne og udpege idéer til løsninger på blinde vinkler. Det åbne møde blev rundet af med opsamling i plenum og en stor tak til dagens gæster for deres bidrag.

Kommunalpolitisk spørgerunde
Efter aftenens gæster igen var gået, samledes borgersamlingens medlemmer til en fælles refleksion med seks medlemmer af Gentoftes kommunalbestyrelse herunder Borgmester Michael Fenger, Karen Riis Kjølbye, Malene Brandt, Jesper Marcus, Frederik Dehlholm og Britta Johanna Riis. Sammen snakkede de med medlemmerne om, hvordan borgersamlingens anbefalinger bedst muligt kunne hjælpe politikerne med at skabe fremtidens Gentofte.

Samling 4
Lørdag den 18. november
Byens Hus

Skriveværksted

Formålet med denne samling var, at medlemmerne skulle samle op på og skabe overblik over inputs fra borgernes bidrag fra det åbne møde og spørgerunden med kommunalpolitikerne. På den baggrund skulle arbejdede medlemmerne videre med anbefalingerne, samt lægge en plan for at færdiggøre anbefalingerne.

Velkomst og rammesætning ved Johan Galster og Kolja Dahlin

Dagens arbejde indledtes med, at medlemmerne fik skabt sig et overblik over de inputs og den feedback, de havde modtaget fra de borgere, der kom til det åbne møde, samt den efterfølgende spørgerunde med Gentoftes Kommunalpolitikere. Herefter med en samtale om borgersamlingens overordnede ambition og retning, som udgangspunkt for at færdigskrive borgersamlingens anbefalinger.

Galleribesøg

I mellemtiden var borgersamlingens foreløbige anbefalinger blevet hængt op i lokalet, så medlemmerne kunne læse, kommentere og tilføje til de andre gruppers arbejde. På den baggrund havde alle borgersamlingens medlemmer mulighed for at give deres bidrag til alle emneområderne i anbefalingerne.

Herefter arbejdede de videre med, justerede og finpudsede de foreløbige anbefalinger.

Samling 5
Onsdag den 29. november
Gentofte Rådhus

Færdiggøre og afstemning af anbefalinger

Formålet med femte samling var at færdiggøre anbefalingerne. Desuden påbegyndte afstemningen om de endelige anbefalinger.

Velkomst og rammesætning ved Johan Galster og Kolja Dahlin.

Borgersamlingens medlemmer fik endnu en gang mulighed for at læse de andre gruppers foreløbige arbejde. Herefter havde de mulighed for at tilkendegive deres tilfredshed med anbefalingerne, hvor borgerne skulle tage stilling til i hvilken grad, at de, som medlemmer, kunne stå inde for anbefalingerne. Medlemmerne satte sig herefter ved computerne og fik implementeret eventuelle kommentarer og skrevet de endelige anbefalinger færdige.

Afstemning
Efterfølgende påbegyndtes afstemning om de endelige anbefalinger. Hvert initiativ under et tema blev gennemgået, og med enten et grønt eller en rødt papkort skulle medlemmerne stemme for eller imod anbefalingen. Et grønt kort indikerede, at man var helt enig, enig eller, at man kunne stå inde for anbefalingen, mens et rødt kort indikerede, at man var uenig med præmissen ved anbefalingen eller var direkte imod. Var der over 70 procent opbakning på en anbefaling blev den betragtet stemt igennem. Tre ud af de seks emneområder blev stemt om fysisk. Det sidste møde blev afsluttet med en orientering af borgersamlingens medlemmer om det videre arbejde med anbefalingerne hen imod lanceringen og overrækkelsen af anbefalingerne. Herunder blev der nedsat en redaktionsgruppe, der skulle arbejde med at færdiggøre anbefalingerne.

Færdiggørelse af anbefalingerne, samt overdragelse til opdragsgiverne
Borgersamlingens redaktørgruppe fik til opgave at færdiggøre borgersamlingens anbefalinger redaktionelt ud fra den vejledende afstemning og de noter, som medlemmerne gav under afstemningen til samling 5. Redaktørgruppen mødtes for at færdiggøre anbefalingerne. Herefter blev de resterende tre emneområder, der ikke blev stemt om på samling 5, samt borgersamlingens overordnede vision, sendt til afstemning via et online spørgeskema. Her havde borgerne 4 hverdage til at stemme om anbefalingerne. 24 af borgersamlingens medlemmer deltog i den afsluttende afstemning.

Borgersamlingens anbefalinger overdrages til Gentoftes kommunalbestyrelse, som senere vil svare på anbefalingerne. Lanceringen og overdragelsen af anbefalingerne er medlemmernes mulighed for at præsentere anbefalingerne til anbefalingerne og skabe dialog.

Observatører

Borgersamlingen har undervejs haft en række observatører siddende med på møderne. Som observatør må man ikke blande sig i borgernes arbejde, men udelukkende observere fra bagerst i lokalet. Som observatør har man underskrevet en kontrakt for de regler, som gør sig gældende som observatør.

Følgende har været med som observatører:

Malene Brandt (medlem af kommunalbestyrelsen i Gentofte), Lennart Emborg (Demokratteriet), Jacob Munk (Danmarks Naturfredningsforening), Ole Aabenhus (borger), Niels H.H. Jørgensen (borger), Jarl Bræstrup og Helena Toft (Roskilde Universitet), Torben Wallach (borger), Trine Beckett (borger), Katja Rohde (medarbejder i Gentofte Kommune), Bodil Stenvig (borger).

Arbejdsmetoder

I borgersamlingens forløb har der været anvendt en række relevante dialog- og samarbejdsmetoder for at sikre en produktiv, engagerende og inkluderende arbejdsfremgang. Metoderne har muliggjort aktiv deltagelse for borgere med vidt forskellige forudsætninger og præferencer. Hele forløbet har været designet og faciliteret af We Do Democracy – i samarbejde med Gentofte Kommunes hold af procesværter. De anvendte metoder indbefatter blandt andet:

Vekselvirkning
Vekselvirkning mellem individuelle refleksioner, gruppearbejde og medierede plenumdialoger. På den måde er der mulighed for, at alle medlemmer har mulighed for at komme til orde ude i de mindre gruppediskussioner samtidig med, at borgersamlingens medlemmer kan diskutere forskellige problemstillinger i plenum.

Procesværter
Alt gruppearbejde har været faciliteret af procesværter, der har fungeret som ordstyrere ved bordene. Deres fornemmeste opgave har været at facilitere en åben og demokratisk dialog. Procesværterne består hovedsageligt af medarbejdere fra Gentofte Kommunes forvaltninger, der er trænede i at understøtte procesarbejde. De er derudover blevet orienteret om formål og arbejdsgang forud for hver samling.

Faglige input
Borgersamlingen er løbende blevet præsenteret for diverse faglige oplæg med relevans til kernespørgsmålet. Oplæggene er blevet kombineret med plads til, at man som medlem selv har kunnet fordøje, forstå, spørge og tage stilling til vigtigheden af inputtet.

Visuelle, engagerende og kreative formater
Borgerne har vekslet mellem at arbejde ved borde, arbejde med plancher, lytte til podcasts, deltage i spørgerunder, bruge rummet og bevæge sig rundt. De har haft mulighed for at arbejde med bordplakater, afstemnings-klistermærker, papkort og grej til selv at producere og dokumentere resultater.

Borgerne producerer selv
Under hele forløbet er det borgernes egne ord og ønsker til formuleringer, der er blevet nedskrevet. Borgerne har selv ført pennen, og alt er blevet læst højt og afstemt undervejs. Hermed sikrer vi, at borgersamlingens resultater er borgernes eget produkt. Dette styrker borgersamlingens legitimitet og understøtter borgernes ejerskab og engagement.

Åben og uformel stemning
Under hele forløbet har det været en vigtig prioritet, at alle medlemmerne har følt sig velkomne og tilpas. Vi har undervejs arbejdet for en uformel og inkluderende stemning gennem f.eks. musik, blomster og forplejning.

Dokumentation og opsamling
Forløbet er løbende blevet dokumenteret gennem fotos af materialer og noter, der efterfølgende er indskrevet digitalt. Den løbende dokumentation sikrer, at borgernes materiale ikke går tabt, men derimod aktivt anvendes. Derudover styrker dokumentationen borgertingets åbenhed og legitimitet.

2

Klimaenheden
Bernstorffsvej 161
2920 Charlottenlund

Telefon 21762287
www.gentofte.dk
psta@gentofte.dk

Relateret document 2/4

Dokument Navn:	**Bilag 2 Faglig vurdering af Klimaborgersamlingens anbefalinger.docx**
Dokument Titel:	**Bilag 2 Faglig vurdering af Klimaborgersamlingens anbefalinger**
Dokument ID:	**5352593**

Bilag 1: Faglig vurdering af Klimaborgersamlingens 36 handlinger

Anbefaling	Handling	Faglig vurdering	Økonomi	Næste skridt
1. Bedre viden, bevidsthed og fællesskaber om klima	1. Skab 7777 klimavenner (side 11)	Initiativet er i god tråd med den igangværende indsats og kan supplere den eksisterende klimaambassadør-ordning.	200.000 kr.	Indarbejdes i Klima-handleplan 2025-2026.
	2. Synliggør aktuelle klimabelastninger og -gevinster (side 12)	Der er allerede igangsat et pilotforsøg med at udvikle dashboards til lokale ledere på kommunens arbejdspladser for at synliggøre lokale klimadata. Det kan være en videreudvikling af dette projekt at gøre data tilgængelig for brugere og besøgende på offentlige skærme. I fald er der behov for et budget hertil. Desuden er et klimasubsite på gentofte.dk på vej, hvor klimadata skal formidles.	Behov for nøjere økonomisk vurdering i forhold til videreudvikling af projektet om dashboards.	Når dashboards til lokale ledere er implementeret vurderes om skærme skal tages i anvendelse.
	3. Årlige klimaidéer og tilbud (side 12)	En stor del af klimakommunikationen fra Gentofte Kommune er i dag ideer og gode råd til, hvordan man reducerer sin CO2-udledning. Denne indsats fortsætter på tværs af kommunens eksterne kommunikationskanaler og internt i organisationen.	Håndteres inden for nuværende budgetramme.	Indsatsen fortsætter.
	4. Tydelig, professionel og let forståelig klimakommunikation (side 12)	Klimakommunikation foregår i dag bredt på kommunens kanaler. Vi kan med fordel undersøge, hvordan vi kan kommunikere om flere klimarelaterede emner i den fysiske kommunikation i bybilledet. Nyt klimasite på gentofte.dk er på vej.	Håndteres inden for nuværende budgetramme.	Styrket opmærksomhed på at formidle klimabudskaber.
	5. Gentofte klimatopmøde (side 13)	I forbindelse med videreudvikling af Gentofte Bæredygtighedsnetværk indgår et klimatopmøde som forslag til fremtidig aktivitet.	75.000 kr.	Indarbejdes i Klima-handleplan 2025-2026.
	6. Gentofte kommunikerer grønt (side 13)	Gentofte Kommune har besluttet at nedsætte et ungeklimanetværk. Handlingen kan indarbejdes som en del af netværkets indsatser.	Håndteres indenfor nuværende budgetramme.	Bringes videre til Ungeklimanetværket. Indarbejdes i Klima-handleplan 2025-2026.
	7. Klimafølgegruppe (side 14)	Borgersamlingens medlemmer har fået tilbud om at følge arbejdet med anbefalingerne. De kan blive en følgegruppe, som inviteres/får en rolle i forbindelse med klimatopmøde og andre arrangementer.	Håndteres inden for nuværende budgetramme.	Plan for inddragelse af borgersamlingens medlemmer er udarbejdet.

Bilag 1: Faglig vurdering af Klimaborgersamlingens 36 handlinger

Anbefaling	Handling	Faglig vurdering	Økonomi	Næste skridt
2. Bygning, Energi og forsyning	8. Renovering, ombygning og bevaring i videst muligt omfang (side 17)	Det er allerede den politiske holdning. For private ejendomme sætter lovgivningen begrænsningerne for, hvad der kan kræves. Bevaringsværdige bygninger må ikke rives ned eller ombygges uden tilladelse.	Midler til SAVE-vurdering er del af budget 2024.	Registrering af bevaringsværdige bygninger udvides til bygninger opført frem til år 2000.
	9. Byg klimavenligt (side 17)	Det er allerede den politiske holdning. For private ejendomme sætter lovgivningen begrænsningerne for, hvad der kan kræves.	Ved kommunale bygninger vil økonomien blive afklaret i forbindelse med anlægsbudgetter.	Indsatsen fortsætter.
	10. Optimering af energiforbrug (side 18)	Kommunen kommunikerer løbende om energibesparelser og har ansat en energikonsulent, som vejleder om energi-optimering i forbindelse med ombygnings- og renoverings-projekter, der kræver byggetilladelse. Kommunen kan ikke markedsføre apps uden at komme i karambolage med konkurrencelovgivningen. Pilotinstitutioner kan i foråret 2024 følge energi, vand- og affaldsforbrug på lokale klimadashboards. Forbrugsdata på organisationsniveau bliver en del af det kommende klimadashboard på gentofte.dk. Vestforbrænding fortsætter udviklingsarbejdet med CCS (Carbon Capture Storage).	Håndteres inden for nuværende budgetramme.	Indsatsen fortsætter.
	11. Modvirk lysforurening (side 18)	I parker og grønne områder opsættes som udgangspunkt ikke belysning, primært af hensyn til natur og dyreliv. Kommunens gadebelysning er udskiftet til LED, hvilket har reduceret CO_2 udledningen med 50 – 60%. Spildlys fra gadelamper reduceres ved at opsætte afskærmninger på udvalgte gadelamper. Der er fortsat fokus på lysforurening både fra gadebelysning, lys fra fodgængerovergange og fra signalanlæg. Vi undersøger løbende de sager der kommer til vores kendskab.	Håndteres inden for nuværende budgetramme.	
	12. Regnvands-opsamling (side 19)	Regnvandsopsamling foregår i dag i mindre målestok ved enkelte af kommunens ejendomme. Det er relevant at arbejde videre med opskalering.	Behov for nøjere økonomisk vurdering.	Arbejder videre med opskalering.

Bilag 1: Faglig vurdering af Klimaborgersamlingens 36 handlinger

		På kommunens hjemmeside kan borgerne orientere sig håndtering af regnvand på egen grund. I forbindelse med separatkloakering vil borgerne også løbende blive informeret om muligheder og regler. Der er ikke planer om, at borgerne skal kunne koble sig til den kommunale regnvandsopsamling med henblik på at udnytte regnvand til brugsvand. Som en del af planen med separatkloakering vil matriklerne hen af vejen blive koblet på den kommunale afledning af regnvand, hvor det bliver muligt.		
	13. Fjern kalk fra vandet (side 19)	Novafos, der leverer vand til Gentofte Kommune, vurderer, at effekten ved at blødgøre vandet ikke står mål med de omkostninger, der er forbundet med processen. Andre undersøgelser viser desuden, at der ingen CO2-gevinst er ved at blødgøre vandet pga. det energiforbrug, der vil være ved at fjerne kalken.		Handlingen er ikke en igangværende eller umiddelbar forestående indsats.
3. Hvordan ændres folks forbrugsmønster	14. Byttebørser (side 22)	Byttebørser er beskrevet i Affaldsplan 2021-2032 og politikernes inspirationsoplæg til fremme af direkte genbrug – input til budget 2025. I 2024 opstartes forsøg med at etablere byttebørs(er) i det offentlige rum inkl. borgerinddragelse.	150.000-200.000 kroner for et pilotprojekt med byttebørs i container i seks måneder.	Er spillet ind i budget 2025-2026 processen. Indarbejdes i Klima-handleplan 2025-2026
	15. Flere repair shops (side 22)	Ved at reparere vores ting, når de går i stykker, kan vi forlænge levetiden for vores ting, tøj og møbler. På den måde undgår vi et unødigt forbrug af nye ressourcer, når der produceres nyt. Repair shops kan også være med til at skabe nye fællesskaber med et omdrejningspunkt om at reparere og upcycle.	Kan håndteres inden for eksisterende budget.	Dialog med foreningen Repair Café Hellerup om at drive og etablere flere repair shops. Indarbejdes i Klima-handleplan 2025-2026
	16. Reducer plastik og affald (side 23)	Klimastatus 2023 har dokumenteret behov for at øge affaldssortering i kommunens ejendomme. Øget affalds-sortering og genbrug kan fx ske ved at reducere emballage via indkøbsaftaler, recirkulere produkter mellem institutioner, adfærdsændring og tekniske løsninger. Reduktion af affaldsmængder i hele kommunen er også relevant. Via forebyggelseskampagner vil kommunen inspirere og motivere	700-750.000 kr.	Indarbejdes i Klima-handleplan 2025-2026.

	borgere og virksomheder til at benytte sig af flergangs-emballager. Via et klimadashboard på kommunens hjemmeside, bliver det muligt for borgerne at følge udviklingen for affald og genanvendelse.			
17. Brug det hele (side 23)	10 % af vores klimaaftryk kommer fra mad, vi smider ud. Gennem kampagner vil kommunen inspirere borgere og virksomheder til at reducere deres madspild og kende forskel på madspild og madaffald. Forebyggelse af madspild er et initiativ i Affaldsplan 2021-2032 og går godt i spænd med Klimaborgersamlingens initiativ.		Håndteres inden for nuværende budgetramme.	At udvikle en kampagne, der giver borgere og virksomheder redskaber til at mindske madspild.
	Som udgangspunkt er der ikke kantiner i kommunens folkeskoler, dog er der igangsat et forsøg med en kantine på Bakkegårdsskolen. Kantinen skal leve op til Mad- og Måltidspolitikken, herunder at begrænse spild af mad. Køkkenpersonalet på dagtilbudsområdet planlægger måltiderne ud fra Gentofte Kommunes mad- og måltidspolitik, hvor der er fokus på at anvende årstidens råvarer og økologiske produkter og undgå madspild. Mad- og måltidspolitikken gælder også plejeområdet, hvor der derfor tilsvarende er et vedvarende fokus på at minimere madspild.		Håndteres inden for nuværende budgetramme.	Der fokuseres fortsat på at minimere madspild.

	18. Indførsel af central affaldssortering og optimering af egensortering (side 24)	Pt. blæser vindene ikke for indførsel af central affalds-sortering. 10 fynske kommuner ønskede at sammenblande plast samt mad- og drikkekartoner med restaffaldet for senere i processen at sortere disse fra ved central sortering. Miljøstyrelsen har vurderet projektet (oktober 2023), hvor der fremhæves en række problematiske faktorer, bl.a. at central sortering forventes at forringe genanvendelsen af fødevareplast. Området er meget teknologi- og videnstungt. Skal det indføres kræver det stordrift og derfor vil Gentofte Kommune generelt læne sig op ad Vestforbrændings anbefalinger. Men området følges nøje. Alle husstande kan gratis få mere kapacitet til plastaffald. Dette kan være en ekstra beholder til plast – ud over den todelte beholder de i dag har til plast og metal.		Handlingen er ikke en igangværende eller umiddelbar forestående indsats.

Bilag 1: Faglig vurdering af Klimaborgersamlingens 36 handlinger

Anbefaling	Handling	Faglig vurdering	Økonomi	Næste skridt
4. Handl lokalt og spis efter klimakostrådene	19. Madklubber og madskoler til familier og individer	I Byens Hus arbejdes der for i samarbejde med en række fonde at etablere madværksteder i Byens Hus. Det vil styrke aktiviteter og fællesskaber omkring madlavning og måltider, der med fordel kan kobles til arbejdet med klimakostrådene. Hvis det lykkes at etablere køkkenerne, skal der investeres i løn til en værksteds-ansvarlig medarbejder, der kan understøtte og facilitere aktiviteter omkring madlavning og fællesspisning.	Fondsansøgning er i igangsat.	Afhænger af udviklingen i anlægssagen om Byens Hus og dialogen med relevante fonde.
		FOF og skolerne samarbejder i dag om at anvende faglokaler til madlavningskurser. Dette (eller lignende) samarbejde kan styrkes og udvides, hvis der kan findes en model, der tilgodeser både skolernes og brugernes behov og inddrager skoleledelser og bestyrelser i beslutningsprocessen og en eventuel rammeaftale. Set i forhold til en eventuel privat adgang til skolernes faglokaler uden for en organiseret kontekst som fx FOF, skal juridiske og organisatoriske aspekter undersøges, ligesom en række praktiske forhold skal på plads.	Behov for en nøjere økonomisk vurdering ift. midler til bl.a. madvarer.	Indarbejdes i Klima-handleplan 2025-2026 Skoleledelser og bestyrelser inddrages i beslutningsprocessen.
	20. Etablering af små nytte/byhaver på frivillig basis og præsentationsgård til inspiration (side 27)	Projektet Haver til Maver eksisterer i dag i skoleregi som et tilbud til skoleelever. Nogle få skoler (Tjørnegård og Skovgård) har etableret små haver og natur- og grønne områder i undervisnings- og fritidsøjemed. Skolerne kan bidrage med deres erfaringer, men de kan ikke drive et projekt med nytte/byhaver på frivillig basis.	Håndteres inden for nuværende budgetramme.	Indsatsen fortsætter.
		Er meget interesseret i at få en præsentationshave, der kan formidle de elementer i en have, der er med til at styrke biodiversiteten. Med infotavler eller lignende, så haven kan være selvforklarende, men med lejlighedsvise guidede rundture.	Behov for nøjere økonomisk vurdering.	Indarbejdes i Klimahandleplan 2025-2026 (som opfølgning på kommende Biodiversitetsstrategi)

Bilag 1: Faglig vurdering af Klimaborgersamlingens 36 handlinger

	21. Intern afgift på fødevarer (side 27)	Det er umiddelbart vurderingen, at det vil være komplekst og administrativt ressourcekrævende at indføre en intern afgift. Der ses i stedet andre muligheder for at ændre på indkøbsmønsteret. F.eks. ved at tydeliggøre miljø-og klimabelastningen af de foretagende indkøb, hæve økologimålsætningen (som også vil have en klimaeffekt) eller gennem uddannelse af køkkenpersonalet. Flere projekter er i gang.		Handlingen er ikke en igangværende eller umiddelbar forestående indsats.
	22. Klimavenlig mad i skolernes madkundskab (side 28)	Mad- og måltidspolitikken i Gentofte Kommune rummer allerede et tema, der omhandler bæredygtig produktion, hvor der bl.a. er fokus på klimavenlig mad. Undervisningen i madkundskab indbefatter at eleverne skal kunne foretage kritisk reflekterede madvalg på baggrund af viden om fødevarer, sæson, oprindelse, sundhedsværdi, produktionsformer og bæredygtighed. (Fælles Mål for faget Madkundskab). Der kan kigges nærmere på, hvorvidt overskudsmad fra lokale supermarkeder kan indgå i madkundskab.	I forhold til en større indsats for at realisere ambitionerne er der behov for en nøjere økonomisk vurdering ift. midler til konsulent, madvarer mm.	Mulighederne kan afhænge af om skolerne allerede har en klima-venlig madpolitisk praksis. Det skal undersøges og skoleledelser og bestyrelser inddrages i beslutningsprocessen. Indarbejdes i Klima-handleplan 2025-2026.
	23. Klimanetværk blandt Gentoftes supermarkedschefer og lignende virksomheder (side 28)	Mange supermarkeder og lign. er bundet af centrale aftaler. I samarbejdet med detailhandlen herunder supermarkeder og lign. virksomheder om at skabe levende bydele også om 5 – 10 år kan der, når samarbejdet er etableret, nysgerrigt spørges ind til, hvordan der kan arbejdes mere lokalt med dagsordenen om klimavenlige/bæredygtige indkøb.		Handlingen er ikke en igangværende eller umiddelbar forestående indsats.

Bilag 1: Faglig vurdering af Klimaborgersamlingens 36 handlinger

Anbefaling	Handling	Faglig vurdering	Økonomi	Næste skridt
5. Mobilitet	24. 15- minutters by – mere kollektiv transport (side 31)	I samarbejde med Movia blev Nyt Bynet 2019 evalueret, baseret på data indsamlet i perioden oktober 2022 til og med januar 2023. Evalueringen viser, at store dele af Nyt Bynet 2019 når de mål, der blev sat i forbindelse med planlægningen og implementeringen. Evalueringen viser også, at dele af Nyt Bynet 2019 med fordel kan justeres. I det kommende år vil vi, i samarbejde med nabokommuner og Movia, forsøge at finde løsninger på de udfordringer evalueringen påviste. Vi har ikke egne kampagner vedrørende kollektiv transport. Når kampagner igangsættes, er det i samarbejde med Movia.	Et pilotprojekt med små shuttlebusser, vil ikke kunne dækkes inden for de nuværende økonomiske rammer. Et pilotprojekt vil kræve yderligere økonomiske midler.	Der arbejdes løbende med vores nabokommuner og Movia om at optimere det eksisterende busnettet.
	25. Frem bløde trafikanters sikkerhed og oplevelse (side 31)	Dette område er højt prioriteret. Der arbejdes løbende på at fremme bløde trafikanters sikkerhed og tryghed. Det foregår i regi af kommunens Trafiksikkerhedsplan, som udmøntes årligt.	Håndteres inden for eksisterende budgetramme.	Indsatsen fortsætter.
	26. Et strategisk opstillede antal ladestandere til el-biler og el-cykler (side 32)	Handlingen er i gang for så vidt angår ladestandere til elbiler. Ladeinfrastrukturen udbygges løbende som markedet modnes. Lademulighed for elcykler er tidligere undersøgt i forbindelse med Trafikknude-punktet på Hellerup St. Omkostningen står ikke mål med udbyttet, da der pga. risiko for tyveri af batteri fx skal opføres aflåste skabe.	Håndteres inden for eksisterende budgetramme.	Indsatsen fortsætter.
	27. Flere "grønne" veje (side 32)	Handlingen er i gang. Der vil være en CO_2-effekt, som vil afhænge af træernes art, forventede levetid samt metode og synergi med andre projekter i anlægsfasen. Af andre større hovedfærdselsårer arbejdes desuden på at begrønne Søborg Hovedgade (i synergi med trafiksanering) og Høegsmindevej-Smakkegårdsvej (i synergi med klimatilpasning) og potentielt Bregnegårdsvej, Nybrovej og Maglemosevej (i synergi	Behov for en nøjere økonomisk vurdering af handlingen.	Indarbejdes i Klima-handleplan 2025-2026.

		med fortovsrenoveringer. Screening ift. ledninger og andre arbejder pågår).		
	28. Flere cykler, hvis bilhastighed nedsættes på kommunale veje (side 33)	Der arbejdes løbende på cykelfremmende tiltag via Trafiksikkerhedsplanen, der udmøntes årligt. Både tiltag der skal gøre det mere attraktivt, nemt og trygt at vælge cyklen – herunder også hastighedsnedsættelse. Kommunen arbejder ikke med data for betydningen af, hvad hastighedsnedsættelse fra 50 til 40 km/t betyder for CO2 regnskabet. Der findes heller ikke data for, om en hastighedsnedsættelse bidrager til, om borgerne vælger cyklen frem for bilen. Fokus er at skabe så gode rammer som det er muligt for cykler, og derved få borgerne til at vælge cyklen frem for bilen. Der arbejdes løbende med at optimere trafikreguleringen, og have fokus på en så smidig trafikafvikling som muligt.	Håndteres inden for eksisterende budgetramme.	Indsatsen fortsætter.
	29. Reduktion af kommunale flyrejser (side 33)	Kommunen har allerede et begrænset forbrug på flyrejser, og langt det meste vedrører skolerejser. Udgifter til flyrejser i administrationen har samlet i 2022 og 2023 ligget i omegnen af 300 t.kr. Effekten ved yderligere reduktioner skønnes derfor begrænset. Forslaget om, at flyrejser kun må ske, hvis andet ikke er muligt, synes i øvrigt i nogle sammenhænge at kunne karambolere med hensyn til arbejdstid og økonomi, fx for at undgå ellers unødvendige overnatninger.		Handlingen er ikke en igangværende eller umiddelbar forestående indsats.
	30. Reduktion og fartbegrænsning af speedbåde (side 34)	Sejlads ud for kysten i Gentofte Kommune er reguleret ved Reglement for sejlads med motorbåde og vandscootere ud for kysten i Nordsjællands politikreds. Reglementet indeholder ikke en direkte hastighedsbegrænsning, men badende må ikke udsættes for fare eller ulempe eller unødig støj.		Handlingen er ikke en igangværende eller umiddelbar forestående indsats.

Bilag 1: Faglig vurdering af Klimaborgersamlingens 36 handlinger

Anbefaling	Handling	Faglig vurdering	Økonomi	Næste skridt
6. Et Gentofte i fuldt flor	31. Mere vild natur! (side 37)	Handlingen er i gang i projektet Vilde Have ambassadører, hvor ca. 60 borgere er blevet uddannet af Grøn Guide på et éndagskursus. Projektet kan på samme tid understøtte, at ejerne af villahaver/private haver, på frivillig basis, er med til at skabe grønne korridorer, som vil styrke sammenhængen mellem de eksisterende naturområder i kommunen.	Behov for 50.000-100.000 kr. til øget kommunikationsindsats.	Indarbejdes i Klima-handleplan 2025-2026.
	32. Informations-kampagner (side 37)	Kommunen har formidlet om natur og biodiversitet i Gentofte Lige Nu og i Villabyerne løbende. Men en decideret informationskampagne kunne være gavnligt for en større udbredelse af budskabet. I forbindelse med kommunens nye klimasite indtænkes et tilbud til borgerne om et nyhedsbrev, der også skal rumme nyheder om biodiversitet.	Behov for en nøjere økonomisk vurdering – et bud er 200.000 kr. til øget kommunikation.	Indarbejdes i Klima-handleplan 2025-2026 (som opfølgning på ny Biodiversitetsstrategi).
	33. Tæt på naturen (side 38)	I disse år er en pulje på 10 mio. kr. til begrønning af Gentofte under udmøntning. Den udmøntes i flere grønne vejhjørner og pladser samt et større projekt på Bernstorffsvej. Byen er tæt bebygget og vejene fuld af ledninger og kabler, så der er begrænset plads. Lokal formidling af projekterne er en god ide, som kan ske via kommunens hjemmesider samt nyhedsbrev.	Håndteres inden for eksisterende budgetramme.	Indsatsen fortsætter.
	34. Inddragelse af skoler og institutioner (side 38)	Nogle få skoler (Tjørnegård og Skovgård) har etableret små haver og natur- og grønne områder i undervisnings- og fritidsøjemed. Mange skoler er dog udfordret af små matrikler og mangel på udearealer. Det er derfor nødvendigt at undersøge, hvilke skoler, som har plads til mere vild natur og småhaver. Initiativet er i god tråd med den igangværende indsats. Der er afsat 3. mio. kr. til etablering af overdækkede udearealer på kommunens dagtilbud. De overdækkede udearealer skal etableres med grønne tage for at bidrage til klimasikring og levesteder for insekter. Et antal overdækkede udearealer etableres i 2024 med grønne tage i forbindelse med kommunens dagtilbud.	Behov for en nøjere økonomisk vurdering.	Skoleledelser og bestyrelser inddrages i processen. Indarbejdes i Klimahandleplan 2025-26.

Bilag 1: Faglig vurdering af Klimaborgersamlingens 36 handlinger

	35. Mere grønt - mindre befæstningsgrad (side 39)	I disse år er en pulje på 10 mio. kr. til begrønning under udmøntning. Den udmøntes i flere grønne vejhjørner og pladser samt et større projekt på Bernstorffsvej. Gentofte Kommune vil gerne samarbejde med lokale borgere, der får overdraget et areal til begrønning. Det er forsøgt tidligere med begrænset succes. Gentofte Kommune vil i forbindelse med den kommende revision af kommuneplanen overveje, om og i givet fald på hvilken måde, der i kommuneplanen og efterfølgende i lokalplanlægning kan fastsættes bestemmelser om henholdsvis befæstelsesgrad og begrønningsprocent. Der er ved revisionen af planloven indført udvidede muligheder for i lokalplaner at regulere naturindhold på ejendomme. Det er altid muligt at komme af med fliser på genbrugsstationen og fx tage noget kompost med tilbage til haven.	Håndteres inden for nuværende budgetramme.	Vision for Bernstorffsvej er undervejs og idé og tidlig inddragelse vil blive politisk forelagt KMT til april. I 2024 vil der blive anlagt yderligere grønne vejbede og pladser rundt om i kommunen. Forvaltningen udarbejder oplæg til drøftelse i Byplanudvalget. Forslag til Kommuneplan 2024 forventes behandlet i Kommunalbestyrelsen august 2024.
	36. Havhaver	Forslaget om udvidelse af havhaver og øget biodiversitet spiller fint sammen med de forslag en undersøgelse af havmiljøets tilstand ud for Gentoftes kyst kommer med af miljøforbedrende tiltag af Øresund, som fx stenrev, ålegræs, fiskebørnehaver samt flere formidlingsaktiviteter, som havhaver kan bidrage til. Vil dog kræve flere frivillige borgere, ligesom foreningen Skovshoved Havhave er drevet af frivillige. Foreningen har allerede planer om en bølgemark, som er en større flydende platform, som Havhøst har.	Behov for nøjere økonomisk vurdering af omkostninger til formidlingsaktiviteter som skilte, undervisningsforløb i samarbejde med Skovshoved Havhave, midler til studenter-medhjælp mv.	Indarbejdes i Klima-handleplan 2025-2026 (som opfølgning på kommende Biodiver-sitetsstrategi, der inkluderer den marine/blå biodiversitet)

Relateret document 3/4

Dokument Navn:	**Bilag 3 Kommunikationsplan om klimaborgersamlingens anbefalinger.docx**
Dokument Titel:	**Bilag 3 Kommunikationsplan om klimaborgersamlingens anbefalinger**
Dokument ID:	**5358701**

Bilag 2: Kommunikationsplan om klimaborgersamlingens anbefalinger

Hvad skal kommunikeres?	Til hvem?	Hvordan?	Hvornår?
Klimaborgersamlingens arbejde behandles af kommunalbestyrelsen den 26. februar 2023.	Borgersamlingens medlemmer og observatører[1]	Direkte mail til dem, der har ønsket at stå på en kontaktliste	Medio februar 2024
Anbefalingerne er blevet behandlet af kommunal-bestyrelsen. Udvalgte handlinger vil indgå i det videre arbejde med Klimahandleplan 2025-26.	Borgersamlingens medlemmer og observatører	Mail med information om de handlinger, der arbejdes videre med. Link til referat	Primo marts 2024, når referatet er klar
Invitation til at deltage som interessent i arbejdet med Klimahandleplan 2025-2026.	Borgersamlingens medlemmer	Mail	Forår-sommer 2024
Sådan er det gået med at implementere anbefalingerne i planen for kommunens klimaindsats de næste to år (Kommunalbestyrelsen behandler Klimahandleplan 2025-2026 i december 2024).	Borgersamlingens medlemmer og observatører	Mail med link til hjemmeside	Januar 2025

[1] I forbindelse med overdragelse af det fortsatte arbejde med klimaborgersamlingens anbefalinger, har rådgiver bedt medlemmerne af borgersamlingen om deres tilladelse til, at Gentofte Kommune må kontakte dem. Desuden har Gentofte Kommune indhentet samme tilladelse blandt de personer, der valgte at deltage som observatører. Ikke alle observatører er borgere i kommunen.

Relateret document 4/4

Dokument Navn:	**Bilag 4 Evalueringsrapport - klimaborgersamling.pdf**
Dokument Titel:	**Bilag 4 Evalueringsrapport - klimaborgersamling**
Dokument ID:	**5358722**

Gentofte Kommune

WE DO DEMOCRACY

EVALUERINGSRAPPORT

Klimaborgersamling i Gentofte Kommune

Evalueringsdesign og baggrund

- **Evalueringen af Klimaborgersamlingen i Gentofte Kommune** er en spørgeskemaundersøgelse, hvor medlemmerne af borgersamlingen i overensstemmelse med OECDs principper er blevet inviteret til anonymt at evaluere deres oplevelse af at deltage i borgersamlingen.

- Evalueringen er foretaget af borgersamlingens tredjepartssekretariat, We Do Democracy. Som et led i borgersamlingens samlede opgaveløsning er evalueringen igangsat i samarbejde med borgersamlingens opgavestiller, Gentofte Kommune

- Spørgsmålene i spørgeskemaet bygger på OECD's retningslinjer for evaluering af medlemmer i deliberative processer jf. Evaluation Guidelines for Representative Deliberative Processes (2021). Spørgsmålene er oversat til brug generelt i en dansk kontekst og enkelte spørgsmål er præciseret forhold i den konkrete gennemførelse af borgersamlingen i Gentofte Kommune fx navne på leadfacilitatorer på opgaven. .

- Spørgeskemaet blev besvaret af 20 ud af de 28 medlemmer, der afslutningsvis udgjorde borgersamlingen.

Grupper af spørgsmål

Spørgeskemaet er opdelt i følgende grupper af spørgsmål jf. OECDs evalueringskriterier for at komme bedst muligt rundt om medlemmernes samlede oplevelse af deres deltagelse i borgersamlingen:

1. **Din oplevelse af borgersamlingen generelt og som borger i Gentofte Kommune**
2. **Borgersamlingens facilitering**
3. **Borgersamlingens opgave, problemstilling og faglige oplæg**
4. **Taletid og demokratisk lighed på borgersamlingen**

1. DIN OPLEVELSE AF BORGERSAMLINGEN GENERELT OG SOM BORGER I GENTOFTE KOMMUNE

Gentofte Kommune

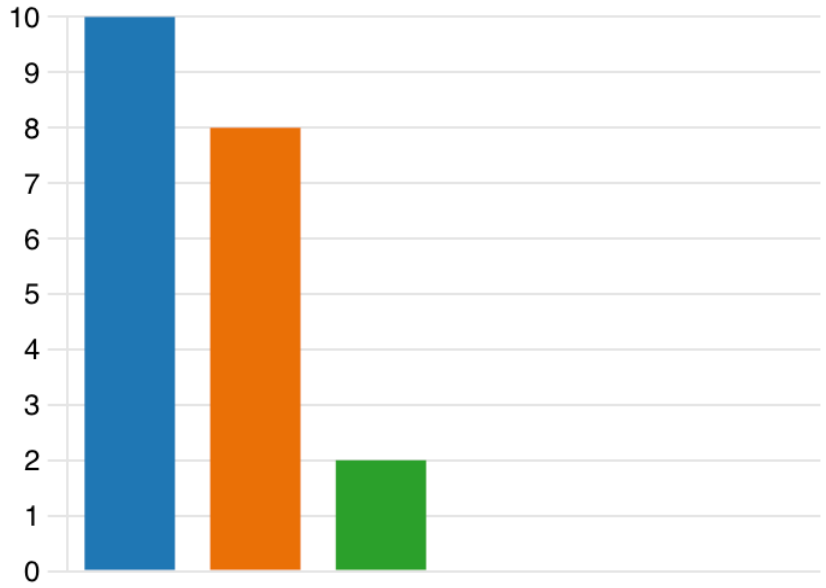
WE DO DEMOCRACY

Gentofte Kommune

WE DO DEMOCRACY

Har det overordnet set været en god oplevelse at deltage i borgersamlingen?

I meget høj grad	10
I høj grad	8
Hverken eller	2
I lav grad	0
I meget lav grad	0
Ved ikke	0



2. Ville du anbefale andre at deltage i en borgersamling?

Ja	17
Nej	2
Ved ikke	1

3. Har det at deltage i borgersamlingen styrket din oplevelse af at være borger i Gentofte Kommune?

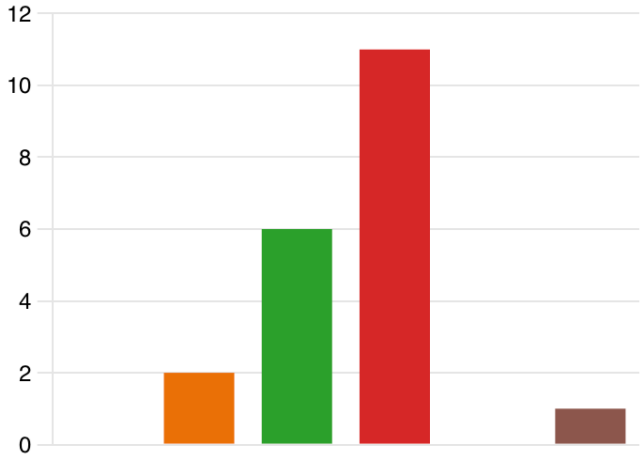
Har det eksempelvis påvirket dit tilhørsforhold til lokalområdet/kommunen eller inspireret dig til at engagere i tiltag, der finder sted i lokalområdet eller lignende?

Ja	18
Nej	1
Ved ikke	1

4.

Hvor mange af de andre medlemmer havde efter din opfattelse andre synspunkter, end du havde?

Alle	0
De fleste	2
Cirka halvdelen	6
Nogle få	11
Ingen	0
Ved ikke	1



5.

Oplevede du, at der var nogle grupper eller dele af lokalsamfundet, der ikke var repræsenteret blandt borgersamlingens medlemmer?

Ja	10
Nej	6
Ved ikke	4

6. Har du andet, som du ønsker at tilføje?

De helt unge borgere manglede
ønske om et opfølgningsmøde om ca. 6 - 12 måneder for deltagerne af borgersamlingen, for at følge op på om politikerne har brugt borgersamlingens anbefalinger, og i hvilken udstrækning.
Frafaldsprocent var stor men måske meget normalt. Desværre virkede det som om at det i et vist omfang påvirkede den oprindelig tiltænkte diversitet i gruppe sammensætningen
De unge var underrepræsenteret. Det er svært at vurdere, hvor mange jeg var uenige med. Der var mange diskussioner om forskellige emner på meget forskellige detaljeringsniveauer. Nogle gange var vi enige om det overordnede, men uenige om detaljerne. Men alt i alt en meget positiv oplevelse
Savnede nogle af kommunens unge borgere.
Næsten alle grupper var repræsenteret, men ungdommen manglede og børnefamilierne var underrepræsenteret. Borgersamlingens opbygning og krav til tidsforbrug afskrækker nok disse grupper, men favoriserer ældre / pensionerede / enlige. Dejligt at opleve interessen, men det er de underrepræsenterede gruppers fremtid det handler om. Vi har bl.a. 5 gymnasier i kommunen - hvis man vil have uhæmmet kreativitet så er det dem man skal tage fat i - de ser ikke de samme begrænsninger som os der er lidt mere oppe i årene.
Man kunne godt allerede de første gange have startet formuleringen af forslag. Det havde givet mere tid til at viderebearbejde dem.
Jeg anbefaler at deltagerne bliver interviewet inden opstart med henblik på at afdække om de kan følge arbejdsmetoden.

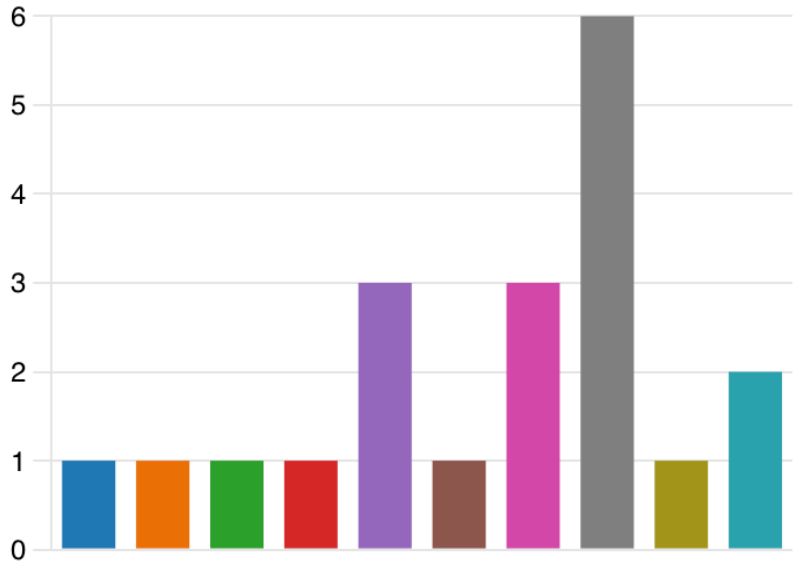
2. BORGERSAMLINGENS FACILITERING

Gentofte Kommune

WE DO DEMOCRACY

7. I hvor høj grad havde du overblik over den proces du meldte dig til i starten?

1 - I meget lav grad	1
2	1
3	1
4	1
5	3
6	1
7	3
8	6
9	1
10 - i meget høj grad	2



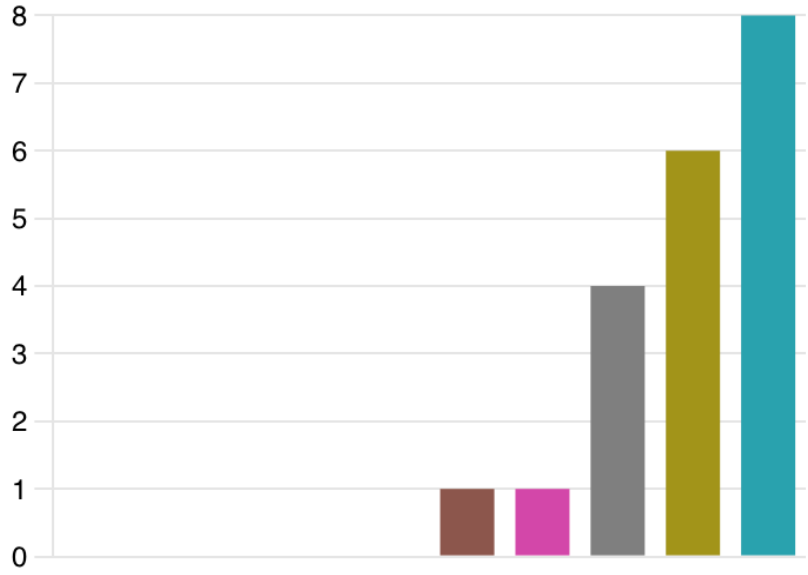
8.

Mener du, at den samlede længde af borgersamlingen var passende? (antallet af møder)

Ja, tiden var passende	9
Jeg synes, at den samlede længde var for kort	9
Jeg synes, at den samlede længde var for lang	2
Ved ikke	0

9. I hvor høj grad oplevede du, at facilitatorerne (Johan og Kolja) var neutrale eller partiske (at de foretrak bestemte meninger eller fremsatte deres egne)?

1 - meget partiske	0
2	0
3	0
4	0
5	0
6	1
7	1
8	4
9	6
10 - meget neutrale	8



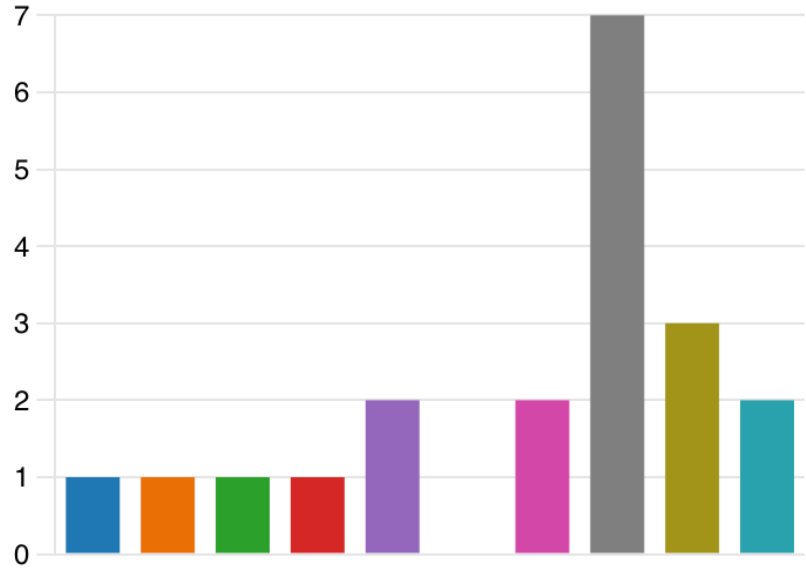
10.

Hvordan oplevede du balancen mellem tid brugt i små gruppediskussioner og i plenum (fælles gruppediskussioner) under møderne?

- Balancen mellem små grupper og plenum var helt rigtig 11
- For meget tid brugt i plenum, ikke nok brugt i små grupper 7
- For meget tid brugt i små grupper, ikke nok i plenum. 1
- Ved ikke 1

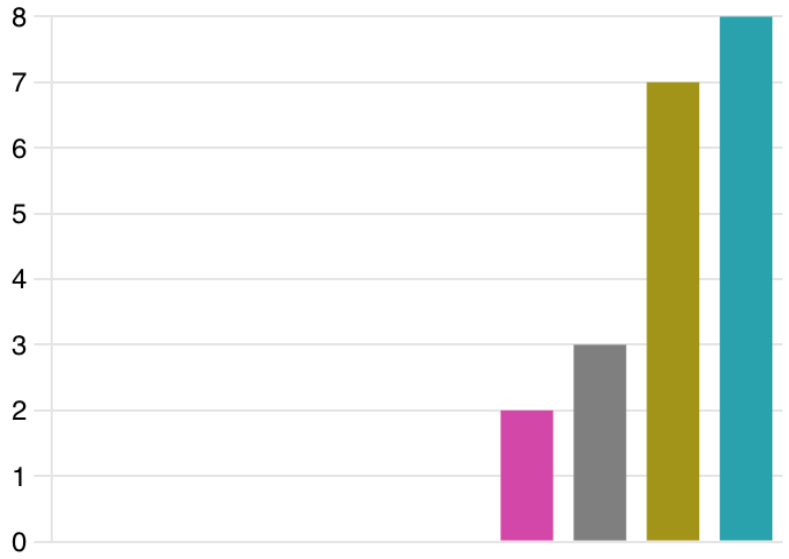
11. I hvor høj grad oplevede du, at procesværterne ved bordene var til hjælp i løbet af opgaverne og samtalerne?

1 - I meget lav grad	1
2	1
3	1
4	1
5	2
6	0
7	2
8	7
9	3
10 - i meget høj grad	2



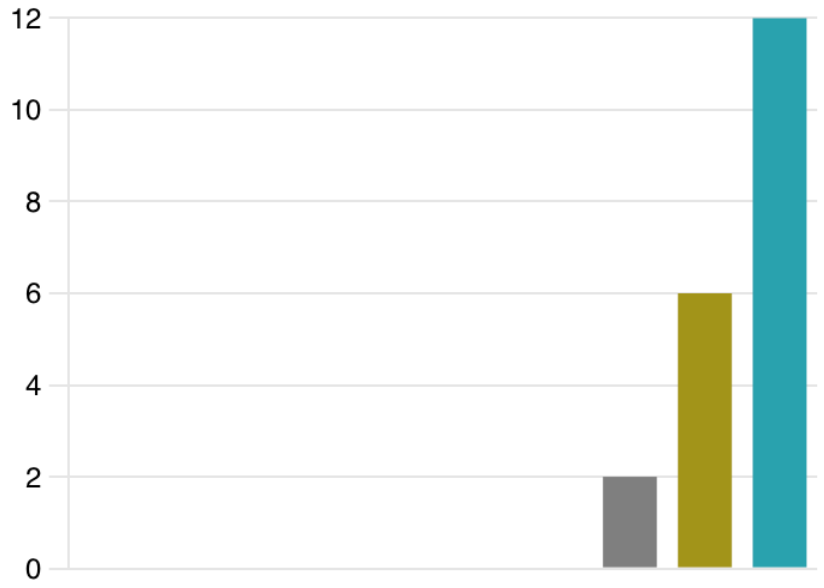
12. I hvor høj grad oplevede du, at procesværterne ved bordene var neutrale eller partiske (at de foretrak bestemte meninger eller fremsatte deres egne)?

1 - meget partiske	0
2	0
3	0
4	0
5	0
6	0
7	2
8	3
9	7
10 - meget neutrale	8



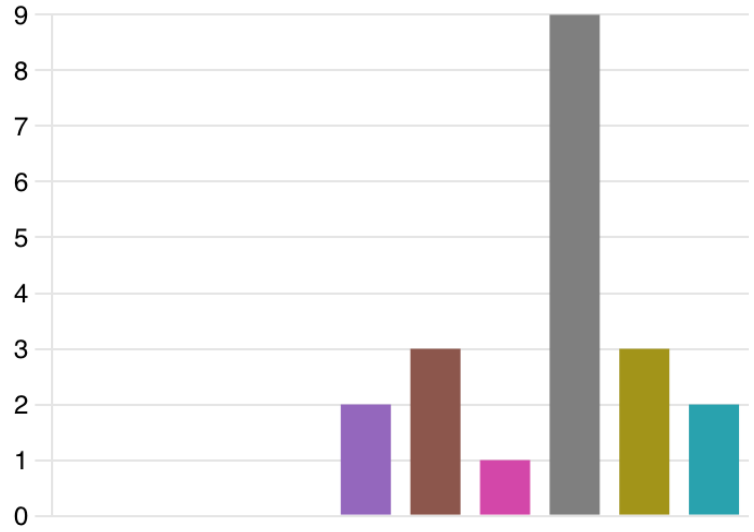
13. I hvor høj grad oplevede du, at procesværterne ved bordene gav plads til, at du kunne komme til orde?

1 - I meget lav grad	0
2	0
3	0
4	0
5	0
6	0
7	0
8	2
9	6
10 - i meget høj grad	12



14. I hvor høj grad har du følt dig klædt på til at deltage via kommunikation fra kommunen om borgersamlingen fra start til slut?

1 - I meget lav grad	0
2	0
3	0
4	0
5	2
6	3
7	1
8	9
9	3
10 - i meget høj grad	2



15. Har du andet, som du ønsker at tilføje?

Deltagerantallet var for lavt. Det medførte, at nogle grupper bestod af to personer. Er to personer ved et bord en gruppe? Der var heller ikke tid nok. Det intellektuelle niveau var endvidere meget ujævnt, og en del af deltagerne havde en meget begrænset viden om det danske samfund og det danske sprog. Resultatet er en endelig rapport med meget springende niveauer. De inviterede gæsters rolle var uklart defineret. Afrapporteringen ligeså.
Oplevede ikke at bordværterne, 'hjalp', men tænker heller ikke det var det de skulle. Men de var til rådighed, og det var virkelig dejligt. Det gav også en følelse af at 'kommunen' var med og lyttede.
Min oplevelse er at det samlede teamet bag borgersamlingen - kommunens ansatte, bordværter, observatører og We Do Democracy, har fungeret meget godt sammen mht. mødeforberedelserne, mødefacilitering, kommunikation med god tid til at besvare deltagernes spørgsmål og udfordringer.
Svært at generaliserer men virkede som om at tiden tilsat gennemarbejde de endelige anbefalinger til tider var knap og byttet mellem grupper fra gang til gang gjorde ikke processen nemmere.
1-2 møder ekstra havde været godt. 1 møde ekstra med eksperter - Folk glemte lidt evidence fra eksperter og så blev det lige lovlige meget deres egne kæpheste 1 møde ekstra til at skrive forslag igennem, inden vi skulle overdrage dem til den næste gruppe. Der var meget der gik tabt, da det vi afleverede stadig var skrevet med stikord
Det hvade været godt at kende agendaen for alle møderne fra start af - derved ville man have en forståelse for hvilken bearbejdelsesprocess de forskellige initiativer skulle igennem, herunder hvordan de skulle gå fra ustrukturerede, individuelle holdninger og ideer til en samlet indstilling til politikerne.
Grundlagen for anbefalingerne var meget tilfældige og det var svært at få indblik i kommunens og anbefalingernes krav til ressourcer

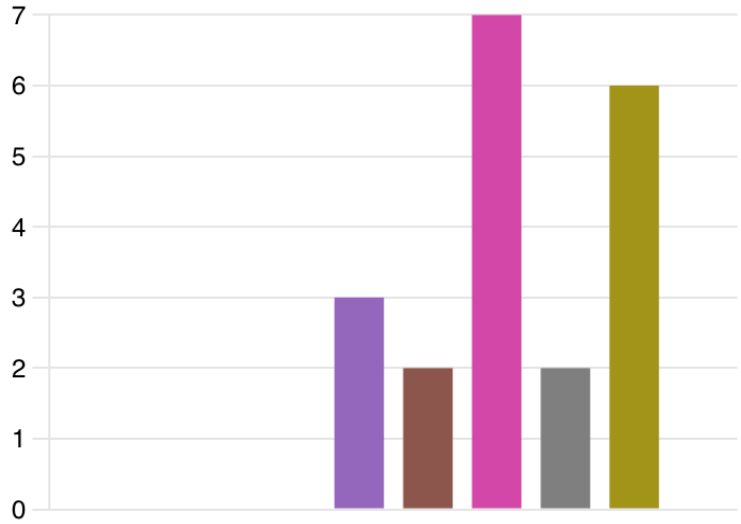
3. BORGERSAMLINGENS OPGAVE, PROBLEMSTILLING OG FAGLIGE OPLÆG

Gentofte Kommune

WE DO DEMOCRACY

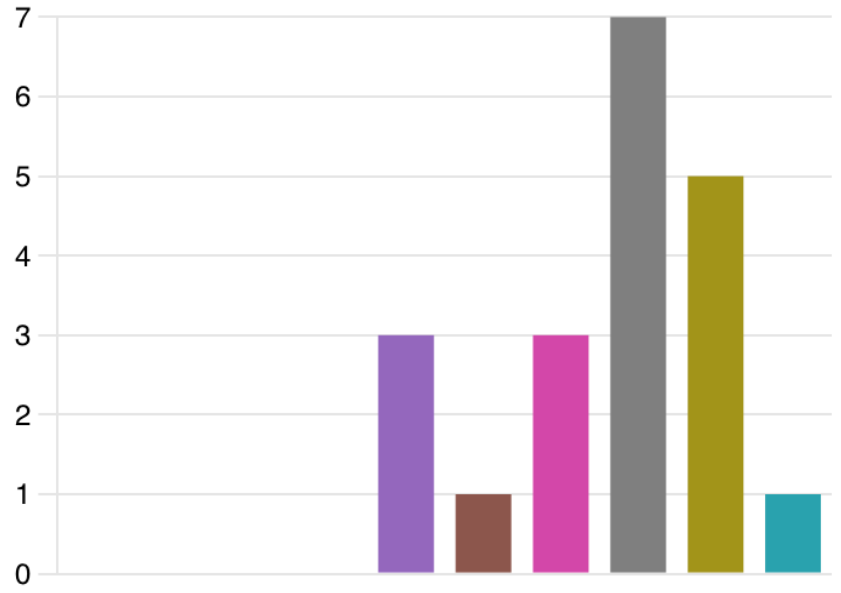
16. I hvor høj grad oplevede du, at borgersamlingens problemstilling og kernespørgsmål var tilstrækkeligt tydeligt til at kunne besvare opgaven?

1 - i meget lav grad	0
2	0
3	0
4	0
5	3
6	2
7	7
8	2
9	6
10 - i meget høj grad	0



17. I hvor høj grad oplevede du, at kerneopgaven blev diskuteret fra mange forskellige perspektiver?

1 - I meget lav grad	0
2	0
3	0
4	0
5	3
6	1
7	3
8	7
9	5
10 - i meget høj grad	1

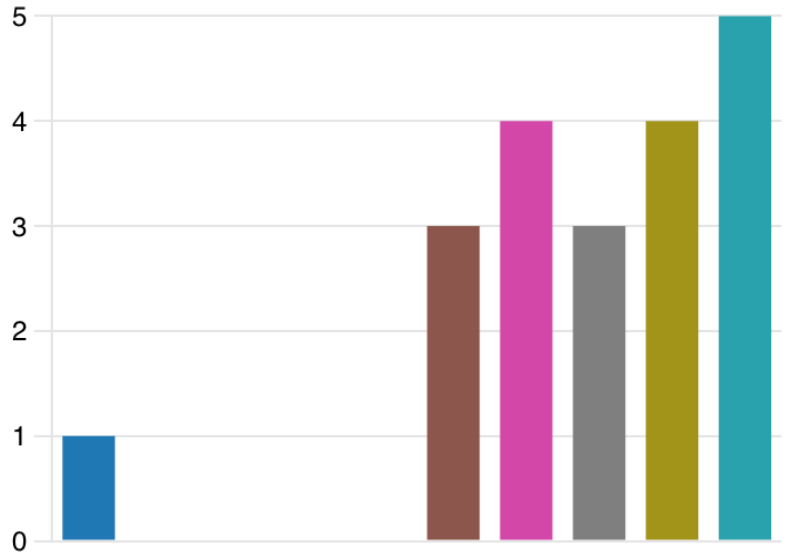


18. Syntes du, at informationerne, der blev fremlagt af oplægsholderne, var lette eller svære at forstå?

- Informationerne var lette at forstå 11
- I starten var informationerne svære at forstå, men ved slutningen af forløbet forstod jeg dem meget bedre 8
- Jeg fandt informationerne svære at forstå hele vejen igennem 0
- Ved ikke 1

19. I hvor høj grad oplevede du, at informationerne, du modtog, var neutrale (forskelligartede og nuancerede) eller var partiske (ensidige)?

1 - meget partiske	1
2	0
3	0
4	0
5	0
6	3
7	4
8	3
9	4
10 - meget neutrale	5



20. Har du andet, som du ønsker at tilføje?

Det var ærgerligt, at I ikke kunne holde tidsplanen. Den fælles drøftelse som fandt sted på det sidste møde, burde have været placeret tidligere i programmet og med mere tid til drøftelse af de forskellige forslag. Det skete ikke, så de sidste afstemninger foregik via mail uden forudgående drøftelser i plenum. Det var utilfredsstillende. Kommunikationen var i det hele taget et forsømt emne. De inviterede kommunikationseksperter var ikke gode nok. De var velmenende men var tilsyneladende uden større viden om mulige metoder. Rapporten har flere uklare henvisninger til den ønskede kommunikation. De stritter i forskellige retninger og fortæller, at der ikke har været en fælles drøftelse af dette centrale emne, så nogle anbefalinger er baseret på envejskommunikation, mens andre er vage hensigtserklæringer. Egentlige strategier for dialogbaseret information, folkeoplysning og adfærdsændrende indlæring er fraværende, og det svækker rapportens betydning. Det kunne være gjort meget bedre.
Personligt var jeg ikke sååååå begejstret for oplægsholderne. Tænker man kunne have fundet nogle der var bedre informative, og som havde fakta informationer som var mere brugbare. De to første fandt jeg desværre fuldstændige ligegyldige i forhold til hvad vi arbejdede med og de resultater vi nåede frem til. Så jeg håber, at man næste gang vælger nogle mere faktabaseret oplæg, og ikke idealistisk 'fluffiness'. 😉
Mere tid til eksperterne havde været godt. Et er at få viden, men vi kunne godt have brugt eksperterne til at hjælpe os med at omsætte viden til handling. Fx. 15-min byer. Super spændende, men hvad er egentlig meningen og hvordan kan vi arbejde med det i Gentofte. Mere tid til eksempler fra andre kommuner havde også været godt til inspiration. Det gjorde, at nogle af anbefalingerne blev lidt vage..... fx Forbrug og Bygning
Kernespørgsmålet oplevedes fortolket meget ensidigt på CO2, men var formuleret med "bæredygtighed" som fokus. Vi fik bl.a. biodiversitet ind i anbefalingerne, men det havde været godt om ordet "bæredygtig" havde været klarere defineret.
Hmmm ... info fra eksperter skal jo ikke være neutral. De ved jo noget (fx om hvad der virker). Det må de gerne fortælle.

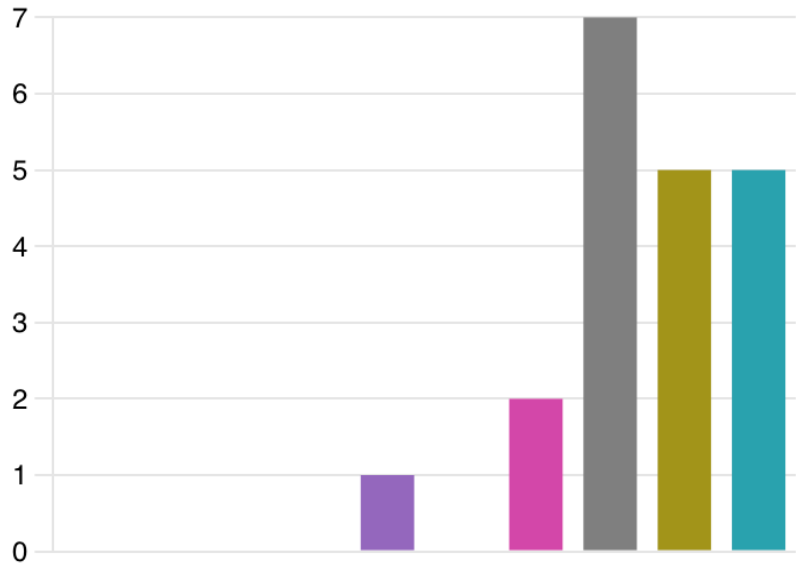
4. TALETID OG DEMOKRATISK LIGHED PÅ BORGERSAMLINGEN

Gentofte Kommune

WE DO DEMOCRACY

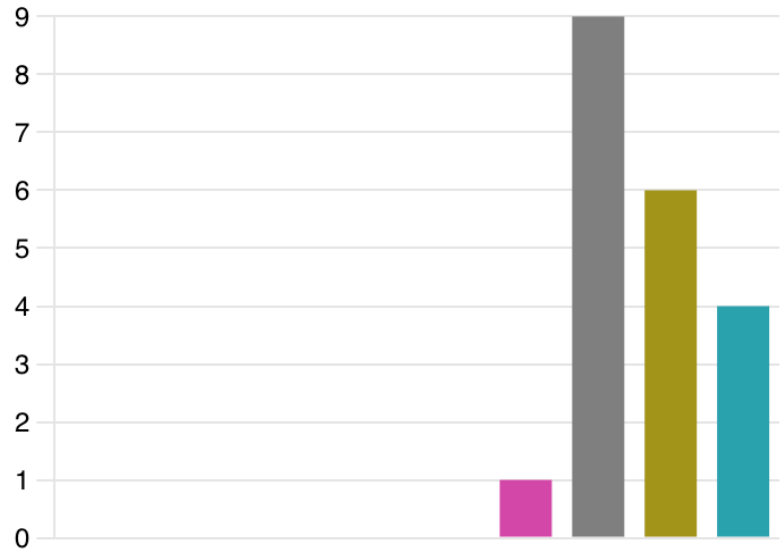
21. I hvor høj grad oplevede du, at du havde rimelig mulighed for at tale?

1 - I meget lav grad	0
2	0
3	0
4	0
5	1
6	0
7	2
8	7
9	5
10 - i meget høj grad	5



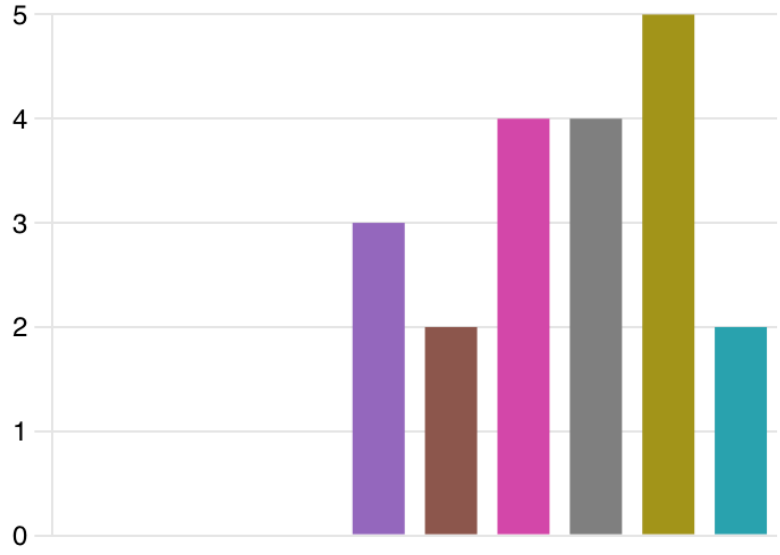
22. I hvor høj grad oplevede du, at andre medlemmer havde rimelige muligheder for at komme til orde?

1 - I meget lav grad	0
2	0
3	0
4	0
5	0
6	0
7	1
8	9
9	6
10 - i meget høj grad	4



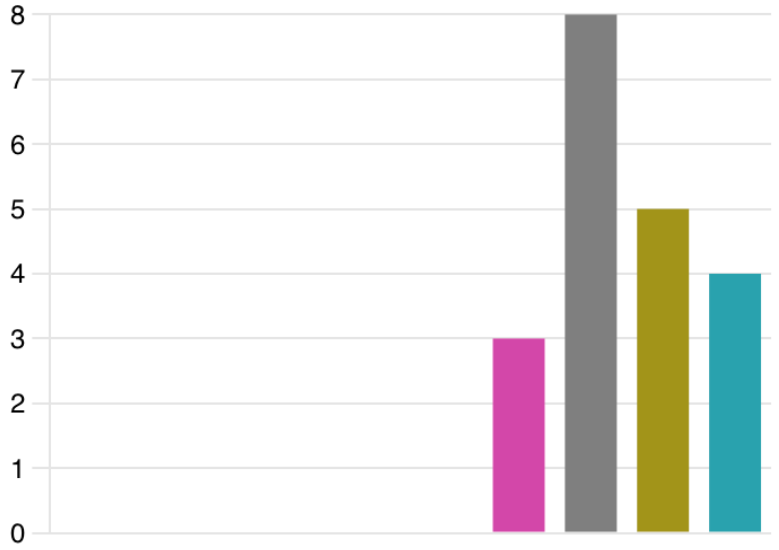
23. I hvor høj grad oplevede du, at alle deltog i diskussionerne?

1 - I meget lav grad	0
2	0
3	0
4	0
5	3
6	2
7	4
8	4
9	5
10 - i meget høj grad	2



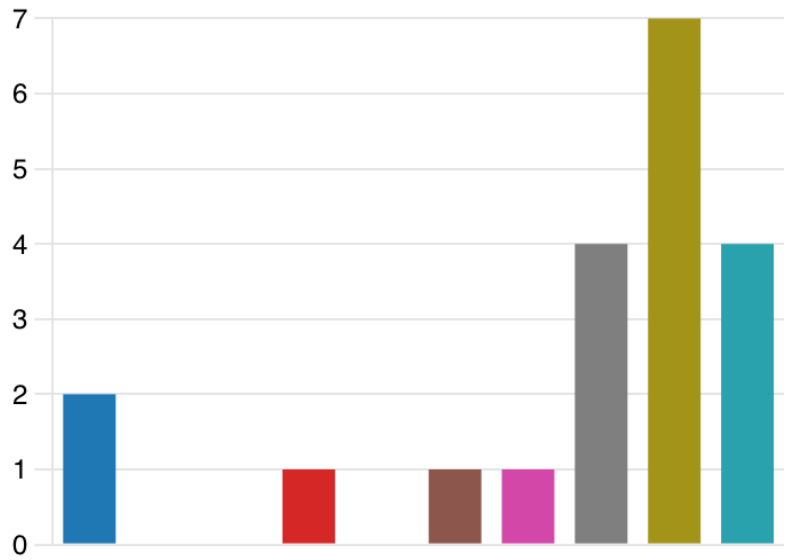
24. I hvor høj grad oplevede du, at andre medlemmer respekterede det, du havde at sige, selv når de ikke var enige med dig?

1 - I meget lav grad	0
2	0
3	0
4	0
5	0
6	0
7	3
8	8
9	5
10 - i meget høj grad	4



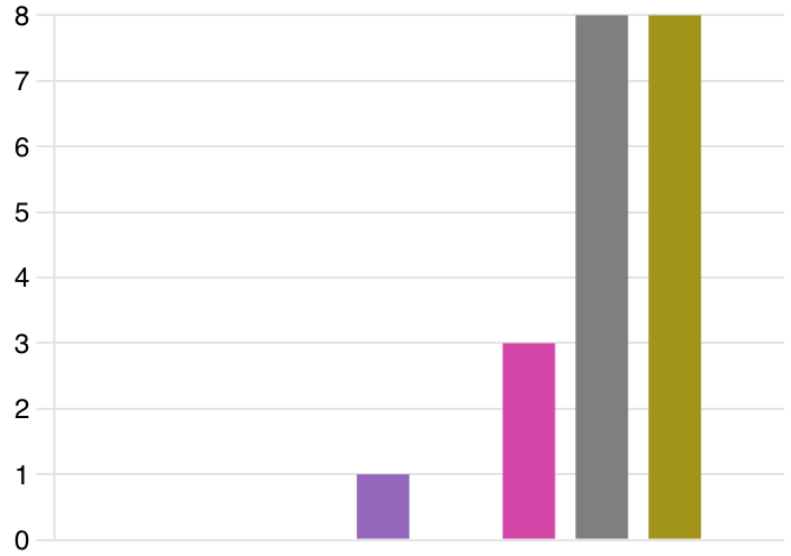
25. I hvor høj grad oplevede du, at du ikke blev presset til at tilslutte dig andres idéer eller argumenter?

1 - I meget lav grad	2
2	0
3	0
4	1
5	0
6	1
7	1
8	4
9	7
10 - i meget høj grad	4



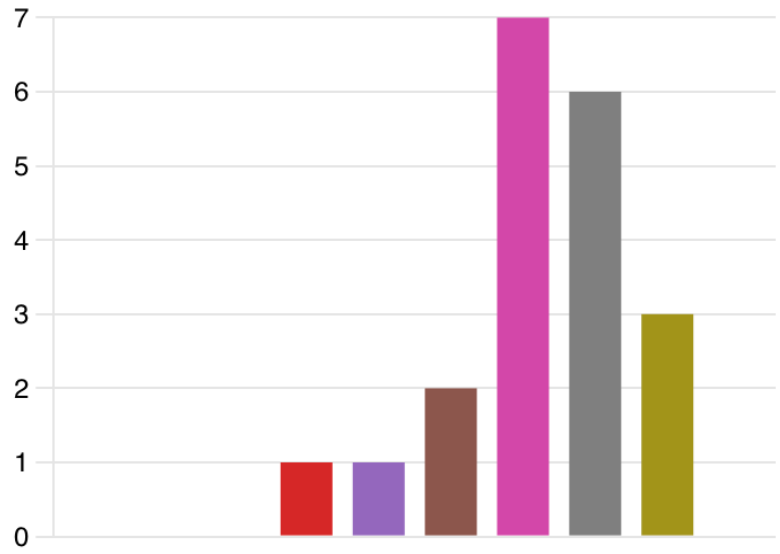
26. I hvor høj grad oplevede du, at du fik en bedre forståelse af andres meninger om kerneopgaven gennem forløbet?

1 - I meget lav grad	0
2	0
3	0
4	0
5	1
6	0
7	3
8	8
9	8
10 - i meget høj grad	0



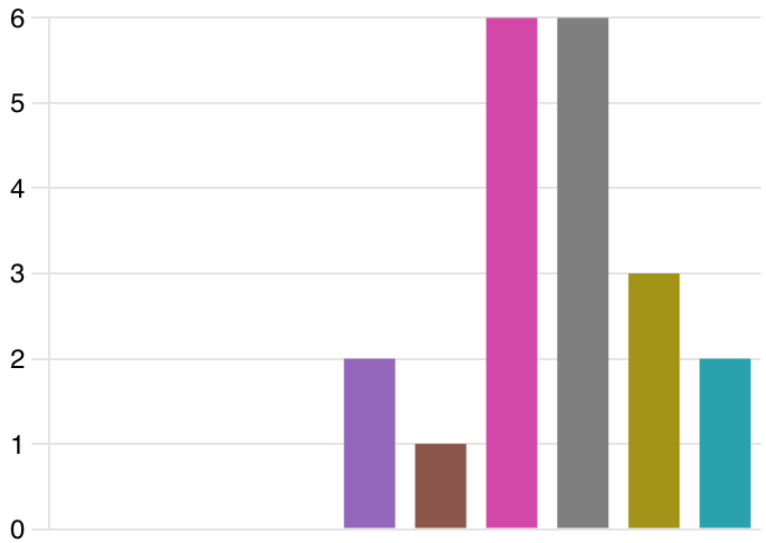
27. I hvor høj grad oplevede du, at dine bidrag kom med i anbefalingerne?

1 - I meget lav grad	0
2	0
3	0
4	1
5	1
6	2
7	7
8	6
9	3
10 - i meget høj grad	0



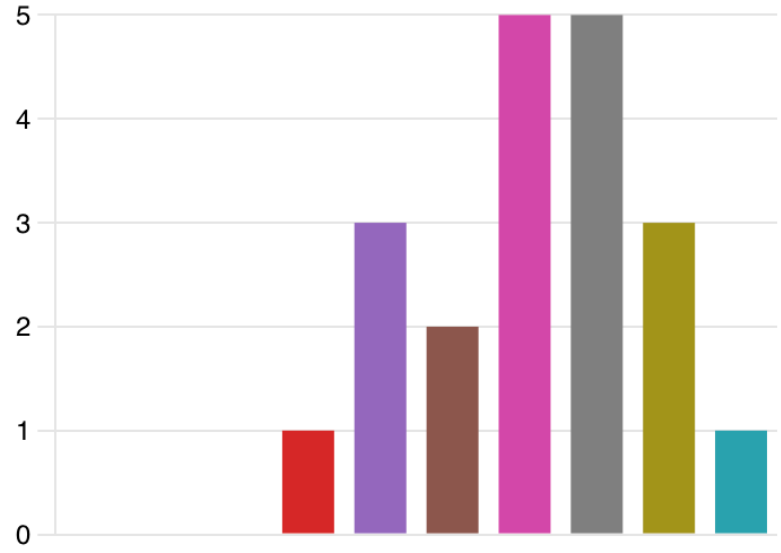
28. I hvor høj grad oplevede du, at de endelige anbefalinger afspejler medlemmernes forskellige synspunkter og vurderinger?

1 - I meget lav grad	0
2	0
3	0
4	0
5	2
6	1
7	6
8	6
9	3
10 - i meget høj grad	2



29. I hvor høj grad forstår du, hvordan borgersamlingens anbefalinger indgår i de politiske prioriteter?

1 - I meget lav grad	0
2	0
3	0
4	1
5	3
6	2
7	5
8	5
9	3
10 - i meget høj grad	1



30. Tak for din besvarelse: Har du andet, som du ønsker at tilføje?

Jeg kunne godt tænke mig, at de endelige skribenter havde været mere neutrale. Jeg oplevede at der flere steder var ændret i meningen på det vi som gruppe havde skrevet. Og synes det var tydeligt at en enkelt person fik sat sit eget overordentlige store fodaftryk på den endelige skrivelse. Så tænker det kunne have været godt med tid til allersidste redigering i hver af grupperne, så vi kunne tjekke, at vores oprindelige mening/forståelse ikke var forsvundet/ erstattet af anden mening. Eller redigeret væk. Der skulle have været mere tid til at stemme og diskutere de sidste emner på plads. Jeg var gerne kommet 1 elr. 2 gange mere. Gerne en hel lørdag mere. De sidste skriverier blev lidt forhastet igennem, og det var super synd. Ellers tak for et fantastisk spændende forløb. Meget lærerigt. Tak for at jeg måtte være med, og håber at mit bidrag får betydning for Gentofte.
Input til forbedring af proces. Endnu bedre forklaring ved opstart af proces, gruppeændringer, mandat/rolle og hvordan anbefalinger forventes anvendt. Tidshorisont for disse. Bedre indblik i kommunens nuværende situation og allerede drøftede/planlagte aktiviteter frem til 2030++ Bedre facilitering/guidens fra kommunale bordrepræsentanter omkring styring/struktur af det forventede besvarelsesformat. Sikre gruppe sammensætninger og størrelser er mere homogene. Der var en del som gav udtryk for ,at have andre præferencer til hvilke grupper de ønskede og følte de kunne bidrage til at deltage i. En del af de spørgsmål der blev stillet mellem møderne fra deltagerne og som skulle undersøges, tror jeg aldrig vi fik tilbagemelding på.
Det var en rigtig god oplevelse at deltage i Borgersamlingen. Sjovt at møde medborgere som jeg højst sandsynlig aldrig ellers ville tale med. interessant at høre andres perspektiver og ideer også selvom vi ikke altid var enige. Der var en meget hyggelig stemning på alle møderne. Både kommunes medarbejdere og We Do Democracy var imødekommende og gode at samarbejde med. Jeg blev til tider udfordret på min tålmodighed og jeg har lært, at især de ældre medborgere har utrolig mange kæpheste, de hele tiden skal pointere ;-)
Det var en spændende proces at være med i, og at opleve vores borgmester og de forskellige kommunalpolitikere.
Det gavnlige ved at variere oplæggene lidt kunne man godt arbejde med. For meget powerpoint. Synes der kunne have været en lidt større opfordring til at fokusere gruppearbejdet, så vi blev endnu mere konkrete i.f.t. til politikerne. Borgersamlingen afspejlede, at det trods bredden i os borgere alligevel er dem, der har det lidt bredere perspektiv, der tager téten og en tredjedel forsvinder undervejs i forløbet.. Det bliver ikke så repræsentativt, som man måske forledes til at tro. Alligevel var det helt overvejende en god oplevelse at deltage.
Alle deltagerne havde deres særlige interesser, men struktureringen af arbejdet betød at man blev tilfældigt fordelt på grupper og sat til at arbejde med et tema man ikke nødvendigvis havde viden om eller interesse i, samtidigt med at andre arbejdede med "ens" tema - det føltes lidt som et overgreb (stærkt ord - helt så slemt var det dog ikke) samtidig med at det reducerede kvaliteten af de enkelte forslag og initiativer fordi nuancerne fra dem der havde viden / holdninger ikke kom med.
We do democracy var kompetente og gjorde et fint stykke arbejde - sørgede for en god stemning og at alle blev hørt.

Dokument Navn:	**Anbefaling Fremtidens idrætsfaciliteter 6. december 2023.docx**
Dokument Titel:	**Anbefaling Fremtidens idrætsfaciliteter 6. december 2023**
Dokument ID:	**5349137**
Placering:	**Emnesager/Aflevering fra opgaveudvalget Fremtidens idrætsfaciliteteter/Dokumenter**
Dagsordens titel	**Anbefalinger fra opgaveudvalget Fremtidens idrætsfaciliteter. Aflevering fra opgaveudvalg.**
Dagsordenspunkt nr	**11**
Appendix nr	**1**
Relaterede Dokumenter:	**4**

Dette dokument blev genereret af getorganized for SharePoint

Fremtidens Idrætsfaciliteter

- Udvikles med visioner og nytænkning

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse 2

Fremtidens idrætsfaciliteter 3

Principper 4
1. Mange muligheder i faciliteterne 4
2. Mange forskellige typer af faciliteter 4
3. Imødekommende faciliteter, der inviterer til fællesskab 5
4. Balance mellem centrale anlæg og lokale faciliteter 5

Dilemmafyldte emner ved prioritering af fremtidens idrætsfaciliteter 6

Prioriteringsredskab 8
Step 1: Screening af behov og økonomi 8
Step 2: Vurdering ud fra kriterier 9

Bag om Fremtidens Idrætsfaciliteter 13
Gentofte i bevægelse 14
Fakta om idrætten i Gentofte Kommune 14
Supplerende data 15
Antal af faciliteter (anlæg eller baner) i Gentofte Kommune 16

Fremtidens idrætsfaciliteter

Fire principper sætter retning for udvikling af fremtidens idrætsfaciliteter.

Opgaveudvalget Fremtidens Idrætsfaciliteter har formuleret fire principper, der skal sikre et transparent grundlag for udvikling af faciliteter til idræt og bevægelse i Gentofte Kommune i fremtiden.

Principperne rummer de væsentligste værdier, som Kommunalbestyrelsen bør forholde sig til, når idrættens fysiske rammer skal udvikles, uanset om det er nybyggeri eller eksisterende faciliteter, der skal ombygges eller moderniseres. Værdierne er konkretiseret i en række kriterier. Derudover er der formuleret en række dilemmafyldte emner, der opsummerer de mange og modsatrettede krav og ønsker til udviklingen af idrætsfaciliteter, som Gentofte Kommune møder i arbejdet med at bygge og udvikle store og små idrætsfaciliteter til gavn og glæde for udøvere i idrætsforeninger, oplysningsforbund, institutioner og selvorganiseret regi.

Idrætsfaciliteter deler de samme grundvilkår som alt andet byggeri i kommunen. Der skal tages hensyn til den økonomiske ramme, det gode naboskab, samt klimahensyn og bæredygtighed.

Opgaveudvalgets anbefalinger skal fungere i sammenhæng med de relevante politikker og strategier i Gentofte Kommune. Her skal fremhæves tilgængelighed, så alle borgere, inklusive borgere med handicap, har mulighed for at deltage i fritidslivet, og indeholdt i dette er universelt design, som understøtter fri og uhindret adgang til og i faciliteter, samt et stærkt kommunikationsspor, der informerer om muligheder og tilbud for alle.

Principper

Opgaveudvalget anbefaler, at de fire principper anvendes til at kvalificere prioriteringen af idrætsfaciliteter. Principperne skal danne grundlag for de politiske drøftelser i idé- og vurderingsfasen. Rækkefølgen er ikke prioriteret.

1. Mange muligheder i faciliteterne

Vi vil sikre multifunktionelle og ændringsegnede rammer, der imødekommer eksisterende og fremtidige behov.

Fokus er at bygge, udvikle og fremtidssikre faciliteter, der kan rumme mange forskellige aktiviteter og brugergrupper, uden at gå på kompromis med kvaliteten.

For at…

- imødekomme fremtidige trends og behov
- skabe flest mulige aktivitetstimer i de faciliteter, vi har

Uddybning
Gentofte Kommune er en tætbefolket kommune med mange borgere pr. idrætsfacilitet. Derfor skal faciliteterne kunne udnyttes optimalt og være gode rammer for et bredt udbud af aktiviteter. Faciliteterne skal bygges og udvikles, så de er ændringsegnede over for fremtidige trends og skiftende behov. Faciliteterne skal skabe langsigtet værdi og relevans for idrætsforeninger, udøvere og institutioner.

2. Mange forskellige typer af faciliteter

Vi vil sikre gode rammer, der understøtter faciliteter til flest mulige idrætter og aktiviteter.

Fokus er at udvikle et varieret udbud af faciliteter, der imødekommer en bred vifte af behov og forventninger blandt alle brugergrupper.

For at…

- motivere flest mulige til bevægelse gennem et bredt udvalg af aktiviteter
- skabe gode rammer for bevægelse i alle livsfaser

Uddybning
Gentofte Kommune har gennem mange år arbejdet målrettet for at skabe gode rammer for et mangfoldigt idrætsliv. Der skal være faciliteter både til dem, der allerede har etableret gode bevægelsesvaner, og til dem der skal motiveres til at få et liv med fysisk aktivitet, med en idræt der interesserer dem.

Faciliteterne skal fremme det varierede idrætsliv, hvor talenter kan opleve progression og højspecialiserede faciliteter, og breddeudøvere i alle aldre kan opleve leg og bevægelsesglæde. Der skal være fokus på udvikling af faciliteter til målgrupper, som vil have gavn af særlig opmærksomhed og nytænkning. Det kan fx være faciliteter, der tager højde for piger og drenges forskellige behov, sikrer tilgængelighed for alle borgere eller er målrettet det store antal af selvorganiserede udøvere.

3. Imødekommende faciliteter, der inviterer til fællesskab

Vi vil styrke det store fællesskab på tværs af brugergrupper ved at skabe rammer for sociale møder i og uden for aktiviteten.

Fokus er at udvikle sociale områder i og omkring aktivitetsarealerne til glæde og engagement for familie, venner og fællesskaber på tværs i idrætslivet.

For at…

- styrke trivsel og fastholdelse, samt skabe liv i og omkring idrætsaktiviteterne
- udvikle rammerne til nutidens idrætsfællesskaber, så der skabes liv på tværs af aktiviteter

Uddybning

Gentofte Kommune prioriterer de sociale idrætsfællesskaber højt. Vores måder at være sammen på har ændret sig, og det kræver nytænkning i forhold til at skabe de mest inviterende rammer for vores møder med etablerede fællesskaber, udvidede netværk og nye relationer. Faciliteterne skal understøtte sammenhængskraften i den enkelte brugergruppe ved at være indbydende, motiverende og skabe rammer for tilknytning. Der skal være rammer i det store fællesskab, der også understøtter det lille fællesskab. Arkitektoniske greb skal bidrage til at invitere indenfor og skabe sammenhæng og synlighed mellem aktivitet og sociale områder i et inspirerende bevægelsesmiljø.

4. Balance mellem centrale anlæg og lokale faciliteter

Vi vil udvikle nye og eksisterende faciliteter, så der tilbydes høj kvalitet både i centrale anlæg og lokale faciliteter.

Fokus er at sikre balance og kvalitet i den geografiske placering af idrætsfaciliteter. Større centrale idrætsanlæg skal håndtere stor variation af aktiviteter og servicering af mange forskellige brugergrupper. Skolehaller, mindre faciliteter og byens rum skal optimeres, så de skaber en attraktiv ramme for idræt i nærmiljøet.

For at…

- sikre høj kvalitet i faciliteter til elite, bredde og selvorganiserede
- sikre faciliteter for børn og unge i nærmiljøet

Uddybning

Geografisk er Gentofte en forholdsvis lille kommune, og alle borgere har relativ kort afstand til større bemandede anlæg med specialfunktioner (se nedenstående oversigter over idrætsfaciliteter i Gentofte Kommune). Det er en fuldt udbygget kommune, og det er ikke umiddelbart muligt at bygge større idrætsanlæg andre steder end i Gentofte Sportspark.
Derudover har alle skoler idrætssale og boldbaner, som understøtter især børns adgang til idrætsaktiviteter i nærområdet. Børns aktiviteter foregår næsten udelukkende i de kommunale idrætsanlæg, mens voksnes aktiviteter mest foregår i grønne områder og byrum, som der er let adgang til i alle bydele. Der skal tages højde for de ændrede bevægelsesmønstre i specielt den voksne del af befolkningen, hvor aktiviteter i højere grad sker udendørs. Faciliteter i byens rum kan enten være specialanlæg som fx udendørs styrketræning, anlæg til skateaktiviteter, støttepunkter til opbevaring og socialt samvær, og boldbaner til multibrug.

Dilemmafyldte emner ved prioritering af fremtidens idrætsfaciliteter

Opgaveudvalget Fremtidens Idrætsfaciliteter har udpeget en række centrale emner, som er væsentlige at drøfte i forbindelse med udvikling af fremtidens idrætsfaciliteter i Gentofte Kommune. Nogle emner vedrører de fysiske rammer og andre vedrører brugerne og deres organisering. Emnerne er overlappende og er med til at belyse kompleksiteten på et område med mange behov og modstridende interesser. Problemstillingerne gælder uanset, om der skal bygges nyt, eller om eksisterende faciliteter skal ombygges til nye aktivitetsformer.

Multifunktionalitet kontra specialiseret facilitet

Et centralt dilemma opstår i valget mellem multifunktionalitet og specialiseret facilitet. Skal faciliteten være en alsidig facilitet, der kan rumme forskellige idrætsgrene og aktiviteter, eller skal den specialiseres til at imødekomme udvalgte idrætsgrenes specifikke behov? Multifunktionalitet kan sikre en så stor brug som muligt med mange forskellige aktivitetstyper, mens en specialiseret facilitet kan bidrage til højere kvalitet for én bestemt idrætsgren. Dertil kommer, at nogle idrætter er kendetegnet ved i praksis bedst at kunne afvikles i en specialiseret facilitet.

Kvalitet og bæredygtighed kontra flest mulige aktive kvadratmeter

Kvalitet og bæredygtighed spiller ind i et økonomisk dilemma, hvor der skal vælges mellem udvikling af faciliteter i bedste kvalitet, eller prioriteres flere eller større faciliteter med flere aktive kvadratmeter. Kvalitet skal her forstås bredt, i form af både materialer, indretning og udstyr, og samtidig også i samfundsperspektiv, som et bæredygtighedsdilemma.

Sociale områder kontra flest mulige aktive kvadratmeter

Sociale områder er med til at fremme inklusion og trivsel, og de skaber liv og engagement i faciliteten. Men ofte nedprioriteres café og sociale områder i og omkring aktiviteten i forhold til de aktive kvadratmeter af hensyn til plads og økonomi.

Små idrætter kontra store idrætter

Et væsentligt dilemma forbundet med facilitetens brugere er afvejningen mellem at tilgodese store og små idrætter. Skal der prioriteres flere faciliteter til de mest populære idrætsgrene med mange udøvere eller faciliteter til de mindre idrætsgrene, der har færre udøvere? De store idrætsgrene vil typisk hurtigere kunne aktivere en større brugergruppe i faciliteten, mens de mindre idrætter vil understøtte mangfoldighed i idrætsudbuddet og måske tiltrække nye borgere til idræt, som ikke motiveres af de store idrætsgrene.

Mange aktive per kvadratmeter kontra få aktive per kvadratmeter

Der er ligeledes et dilemma forbundet med faciliteter til idrætsgrene med mange aktive per kvadratmeter kontra idrætsgrene med få aktive per kvadratmeter. Skal den relativt begrænsede plads til idrætsfaciliteter aktivere flest mulige brugere, eller skal ønsket om et mangfoldigt udbud af aktiviteter komme de idrætter til gode, der aktiverer relativt få brugere per kvadratmeter?

Specifikke målgrupper kontra ikke-specifikke målgrupper

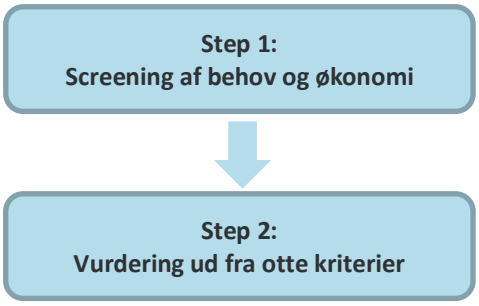
Endelig kan der opstå dilemmaer om, hvordan specifikke målgruppers behov imødekommes i faciliteten. Skal der tilpasses områder til bestemte aldersgrupper, køn, eller fysiske behov? Kan man fx indrette særlige aktivitetsarealer eller omklædningsrum til specifikke målgrupper, eller skal faciliteten være mere alsidig og tilgængelig for alle? Omvendt kan særlige hensyn i faciliteten også betyde mindre fleksibilitet og mindre plads til flertallets brug af faciliteten.

Del 2: Redskab til politisk prioritering

Prioriteringsredskab

Opgaveudvalget har udviklet et redskab til politisk prioritering af fremtidens idrætsfaciliteter. Opgaveudvalget anbefaler, at prioriteringsredskabet indgår i Fritid og Gentofte Ejendommes vurdering af nye byggeprojekter.

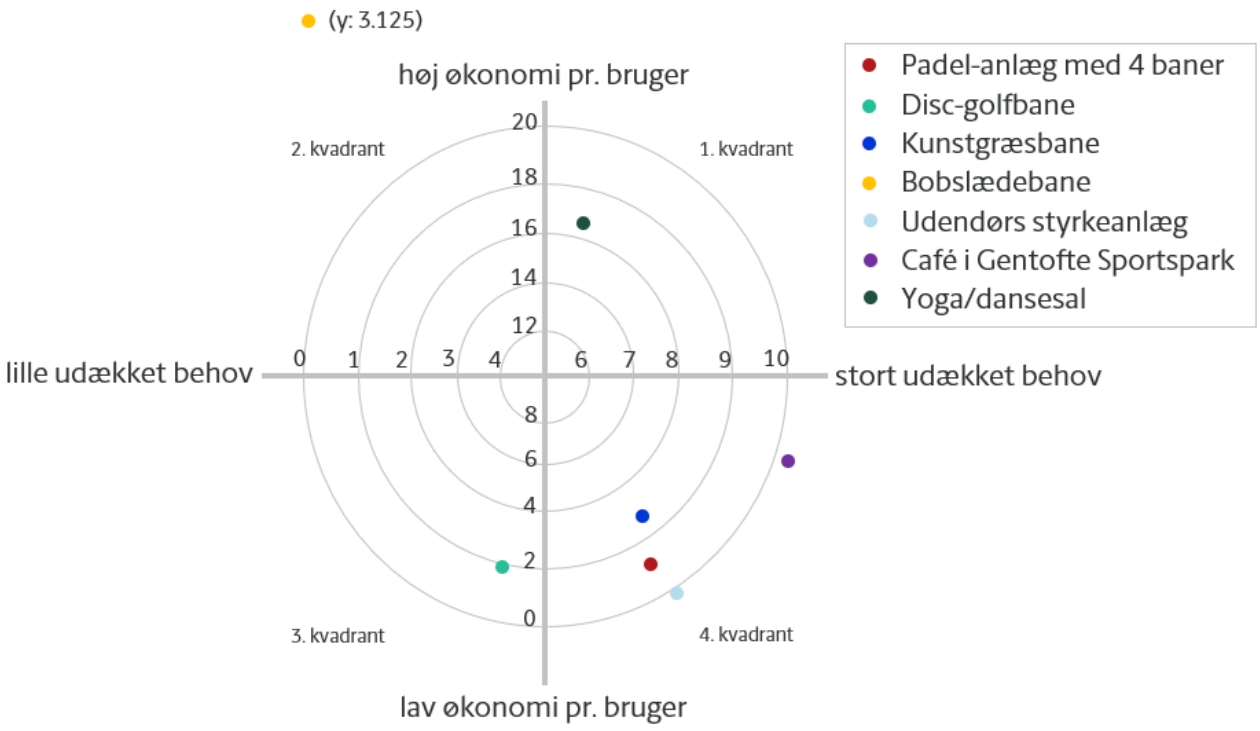
Redskabet består af to dele. Step 1 tager udgangspunkt i en screening af behov og økonomi, og step 2 bruges til at vurdere faciliteten ud fra otte kriterier, der understøtter principperne.



Step 1: Screening af behov og økonomi

I screeningen placeres faciliteten i et koordinatsystem ud fra udækket behov og økonomi pr. bruger (figur 1). For at illustrere modellen, er her indsat syv eksempler på forskellige facilitetstyper.

- Facilitetens værdi for udækket behov defineres ved at multiplicere værdierne for behov opnået i tabel 1.
- Facilitetens værdi for økonomi pr. bruger defineres ved at dividere prissætningen fra tabel 1 med det forventede antal brugere pr. uge.



Figur 1: Afdækning af behov og økonomi

Behov		Økonomi pr. bruger	
Findes faciliteten i forvejen i kommunen?	Hvis ja: 1,5 point Hvis nej: 2 point	Facilitetens anlægsudgift + driftsudgift for de første 10 år	[pris i dkk]
Hvor efterspurgt er faciliteten?	Vurdering ml. 0-5 point	Antal forventede brugere pr. uge	[antal]

Tabel 1: Udregning til indplacering på figur 1

Modellen giver et overblik i forhold til at vurdere faciliteter med udgangspunkt i økonomi og behov. Faciliteter yderst i 2. kvadrant viser kun et lille udækket behov og er samtidig forbundet med en meget høj udgift (fx en bobslædebane). Disse faciliteter er sjældent relevante at arbejde videre med.

Screeningen vil give et naturligt incitament for at fokusere på faciliteterne i 4. kvadrant, som er billige og har et stort udækket behov. Ud fra et ønske om at udvikle mange forskellige typer af faciliteter, er det dog væsentligt, at man ikke udelukkende kigger på denne gruppe af faciliteter, men også inddrager faciliteter i 1. og 3. kvadrant, samt inderst i 2. kvadrant i den fortsatte analyse.

Step 2: Vurdering ud fra kriterier

Efter afdækningen af behov og økonomi vurderes faciliteten ud fra otte kriterier. Kriterierne er formuleret med henblik på at konkretisere principperne for prioritering af kommende idrætsbyggeri. Rækkefølgen af kriterier er ikke prioriteret. En given facilitet vurderes i hvert kriterie ud fra en række underliggende udsagn. Til sammen beskriver udsagnene facilitetens kvaliteter og kan fungere som et oplæg til politisk drøftelse. De otte kriterier er:

- **Kriterie A:** Faciliteten rummer flere idrætter
- **Kriterie B:** Faciliteten kan tilpasses til fremtidige behov
- **Kriterie C:** Faciliteten kan understøtte både organiseret og selvorganiseret idræt
- **Kriterie D:** Faciliteten skaber mulighed for nye aktiviteter eller specifikke brugergrupper
- **Kriterie E:** Faciliteten har rammer for social aktivitet
- **Kriterie F:** Faciliteten giver adgang til fællesfaciliteter for flere brugergrupper
- **Kriterie G:** Placeringen understøtter en jævn geografisk fordeling
- **Kriterie H:** Faciliteten understøtter optimal udvikling af de større anlæg

Nedenfor listes kriterier og tilhørende udsagn. For en given facilitet skal hvert udsagn overvejes for at vurdere i hvor høj grad faciliteten lever op til det enkelte kriterie. Listen af udsagn skal opfattes dynamisk med mulighed for tilpasning i overensstemmelse med udviklingen på området.

Princip	Kriterie	Udsagn
Mange muligheder i faciliteterne	A: Faciliteten rummer flere idrætter	• Rummer flere idrætter
	B: Faciliteten kan tilpasses til fremtidige behov	• Kan nemt udvides • Kan nemt ændres/tilpasses til nye aktiviteter • Kan på sigt inkludere flere aktiviteter • Kan bruges af flere brugergrupper • Fleksibilitet bidrager til høj anvendelsesgrad
Mange forskellige typer af faciliteter	C: Faciliteten kan understøtte både organiseret og selvorganiseret idræt	• Kan bruges af selvorganiserede • Kan bruges af foreninger • Kan bruges af kommercielle • Kan bruges af oplysningsforbund • Kan bruges af institutioner
	D: Faciliteten skaber mulighed for nye aktiviteter eller specifikke brugergrupper	• En idræt, som ikke har haft en facilitet, får en facilitet • Er udviklet med udgangspunkt i universel design[1] • Er et anlæg med en specialiseret funktion • Moderniserer og gentænker funktionalitet for idrætsaktivitet • Bidrager til flere aktive
Imødekommende faciliteter, der inviterer til fællesskab	E: Faciliteten har rammer for social aktivitet	• Har rammer for social aktivitet i forbindelse med aktiviteten • Har rammer for social aktivitet i umiddelbar nærhed af aktiviteten • Har rammer for social aktivitet med udsyn til aktiviteten
	F: Faciliteten giver adgang til fællesfaciliteter for flere brugergrupper	• Fælles køkken • Fælles styrkefacilitet • Fælles omklædningsfaciliteter • Fælles mødefaciliteter
Balance mellem centrale anlæg og lokale faciliteter	G: Placeringen understøtter en jævn geografisk fordeling	• Der findes ikke andre lignende faciliteter i nærområdet • Placeres i et område med generelt få idrætsfaciliteter • Der er et særligt behov for faciliteten i lokalområdet • Ligger i forbindelse med en skole • Er placeret centralt i en bydel • Bidrager ikke til støj for naboer • Giver ikke lys-gener for naboer
	H: Faciliteten understøtter optimal udvikling af de større anlæg	• Er placeret i umiddelbar nærhed af andre idrætsfaciliteter • Indgår i et samlet anlæg med andre faciliteter • Har fælles ressourcer med det øvrige anlæg (fælles faciliteter, materialer og mandskab etc.) • Der er tydelig sammenhæng med omkringliggende faciliteter • Er synlig og inviterende for omverdenen

[1] Universel design er et designprincip hvormed man ønsker at undgå at opdele mennesker i grupper med og uden funktionsnedsættelse. Idéen er i stedet at tage afsæt i, det grundvilkår, at mennesker er forskellige, og ved at omfavne diversiteten skabe løsninger, der tilgodeser alles behov.

EKSEMPEL

Disc-golf bane i Dyssegårdsparken

Princip	Kriterie	Udsagn
Mange muligheder i faciliteterne	A: Faciliteten rummer flere idrætter	~~Rummer flere idrætter~~
	B: Faciliteten kan tilpasses til fremtidige behov	• Kan nemt udvides • Kan nemt ændres/tilpasses til nye aktiviteter • Kan på sigt inkludere flere aktiviteter • Kan bruges af flere brugergrupper • Fleksibilitet bidrager til høj anvendelsesgrad
Mange forskellige typer af faciliteter	C: Faciliteten kan understøtte både organiseret og selvorganiseret idræt	• Kan bruges af selvorganiserede • Kan bruges af foreninger ~~Kan bruges af kommercielle~~ ~~Kan bruges af oplysningsforbund~~ • Kan bruges af institutioner
	D: Faciliteten skaber mulighed for nye aktiviteter eller specifikke brugergrupper	• En idræt, som ikke har haft en facilitet, får en facilitet ~~Er udviklet med udgangspunkt i universel design~~ • Er et anlæg med en specialiseret funktion ~~Moderniserer og gentænker funktionalitet for idrætsaktivitet~~ • Bidrager til flere aktive
Imødekommende faciliteter, der inviterer til fællesskab	E: Faciliteten har rammer for social aktivitet	~~Har rammer for social aktivitet i forbindelse med aktiviteten~~ ~~Har rammer for social aktivitet i umiddelbar nærhed af aktiviteten~~ ~~Har rammer for social aktivitet med udsyn til aktiviteten~~
	F: Faciliteten giver adgang til fællesfaciliteter for flere brugergrupper	~~Fælles køkken~~ ~~Fælles styrkefacilitet~~ ~~Fælles omklædningsfaciliteter~~ ~~Fælles mødefaciliteter~~
Balance mellem centrale anlæg og lokale faciliteter	G: Placeringen understøtter en jævn geografisk fordeling	• Der findes ikke andre lignende faciliteter i nærområdet ~~Placeres i et område med generelt få idrætsfaciliteter~~ ~~Der er et særligt behov for faciliteten i lokalområdet~~ ~~Ligger i forbindelse med en skole~~ ~~Er placeret centralt i en bydel~~ • Bidrager ikke til støj for naboer • Giver ikke lys-gener for naboer
	H: Faciliteten understøtter optimal udvikling af de større anlæg	• Er placeret i umiddelbar nærhed af andre idrætsfaciliteter • Indgår i et samlet anlæg med andre faciliteter ~~Har fælles ressourcer med det øvrige anlæg (fælles faciliteter, materialer og mandskab etc.)~~ ~~Der er tydelig sammenhæng med omkringliggende faciliteter~~ • Er synlig og inviterende for omverdenen

Del 3: Baggrund og viden

Bag om Fremtidens Idrætsfaciliteter

Det er mennesker, der giver liv til idrætsfaciliteter, men de rette rammer stimulerer og skaber gode muligheder for det attraktive og levende idrætsmiljø for alle.

Arbejdet med at formulere principper for fremtidens idrætsfaciliteter har spændt bredt. Drøftelserne har i høj grad taget afsæt i de mennesker som dyrker idræt og de rammer der understøtter et aktivt liv. Samtidig har der også været opmærksomhed på de ikke-idrætsaktive, og hvordan de rette rammer kan mindske barrieren, så flere får mulighed for og mod på deltagelse i idræt og bevægelse. Fokus for opgaveudvalgets arbejde har ikke kun været nye, men også eksisterende faciliteter. Eksisterende faciliteter kan både være idrætsanlæg og andre kommunale bygninger, som skal have ny anvendelse.

Opgaveudvalget har arbejdet med data og viden på idrætsområdet i Gentofte. Opfordringen er, at der fremover bliver arbejdet mere dataorienteret, når der skal tages bestik af nye tendenser og ændrede vilkår.

Opgaveudvalget er også opmærksom på at økonomi, nabohensyn og bæredygtighed er grundlæggende vilkår, der kræver overvejelser i forbindelse med byggeri. Overordnet skal kommunalbestyrelsen til enhver tid vurdere idrætsbyggeri i forhold til andre konkurrerende hensyn. Det kan fx være at sikre det gode naboskab mellem idrætsfaciliteter og boligområder, hvor interesserne for et aktivt fritidsliv skal balanceres i forhold til borgernes behov for ro. Det er ligeledes en overordnet præmis for anlæg af nye idrætsfaciliteter, at perspektiverne fra New European Bauhaus vedrørende grøn omstilling, arkitektur og inddragende dialog følges så vidt muligt. Eksisterende faciliteter bør, hvis muligt, udnyttes og ombygges, før der bygges nyt. Ligeledes bør der tages en konstruktiv dialog med samarbejdskommuner for at afsøge mulige facilitetsfællesskaber på tværs af kommunegrænser, for at bruge ressourcerne med omtanke.

Der kan desuden være en politisk vurdering i om visse former for anlæg ikke er en kommunal opgave, fx er nogle idrætter karakteriseret ved en kommercialisering, hvor kommunen ikke som udgangspunkt behøver bygge en facilitet, fordi behovet kan tilfredsstilles kommercielt.

Gentofte i bevægelse

Anbefalingerne for fremtidens idrætsfaciliteter knytter sig især til Gentofte Kommunes idræts- og bevægelsespolitik. Politikken sætter retning for udviklingen af idrætten i et fællesskab af foreningsliv, oplysningsforbund, institutioner, forbund og kommercielle aktører. Visionen er ambitiøs, favner bredt, og afspejler at idrætsområdet skal være kendetegnet ved mangfoldighed og muligheder for alle.

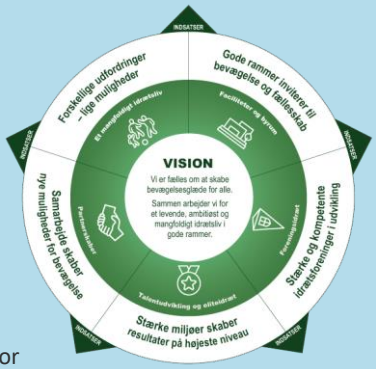
Visionen

Vi er fælles om at skabe bevægelsesglæde for alle. Sammen arbejder vi for et levende, ambitiøst og mangfoldigt idrætsliv i gode rammer.

Faciliteter og byrum – Gode rammer inviterer til bevægelse og fællesskab

Vi vil…

- Nytænke og udnytte faciliteter, klubhuse og byens rum optimalt
- Udvikle digitale løsninger, der fremmer gennemsigtighed, fleksibilitet og alsidig brug af faciliteter
- Udvikle byens forskellige rum, så de indbyder til bevægelse
- Være i dialog med kommercielle aktører og udøvere, der dyrker selvorganiseret idræt, for at understøtte behov, tendenser og skabe de bedste udfoldelsesmuligheder



Fakta om idrætten i Gentofte Kommune

I Gentofte Kommune dyrker 86% af de voksne borgere regelmæssigt sport eller motion. Mange aktive engagerer sig i forskellige organisatoriske rammer. 79% dyrker således deres aktivitet på egen hånd, 51% i foreninger, mens 40% benytter kommercielle træningstilbud. De mest udbredte aktiviteter blandt voksne er vandreture, løb og fitness.

Børnenes aktiviteter er væsensforskellige fra de voksnes. Børnene dyrker flere forskellige aktiviteter og hovedsageligt i idrætsforeningerne. I 2022 svarede medlemstallene til, at 108% af børnene i alderen 0-18 år i Gentofte Kommune var medlemmer af en idrætsforening[2]. Det er især gymnastik, fodbold, svømning, tennis og ridning, der tiltrækker mange børn til foreningslivet.

Generelt udgør de 10 mest populære idrætsgrene 84% af medlemmerne i idrætsforeningerne i Gentofte Kommune, mens de sidste 16% fordeler sig på en større mængde af mindre idrætter.

Et bredt udsnit af faciliteter er med til at understøtte de mange aktiviteter. Det omfatter bl.a. 45 tennisbaner, 19 idrætshaller, 32 idrætslokaler og sale, 18 fodboldbaner, 12 fitnesscentre, 8 ridehaller, 7 svømmebassiner, 3 is- og skøjteanlæg samt 3 skatefaciliteter[3].

10 mest populære foreningsidrætter i Gentofte Kommune

1. Fodbold
2. Gymnastik
3. Tennis
4. Sejlads
5. Ridning
6. Svømning
7. Roning og kajak
8. Badminton
9. Vinterbadning

[2] Medlemstallene er beregnet ud fra antal medlemskaber. Hvis én person er medlem i flere foreninger, tæller de altså med flere gang i statistikken. Således kan den samlede procent ramme over 100. Ligeledes er et opmærksomhedspunkt, at nogle medlemmer er borgere i andre kommuner, ligesom nogle af Gentoftes borgere er medlem af foreninger i andre kommuner.

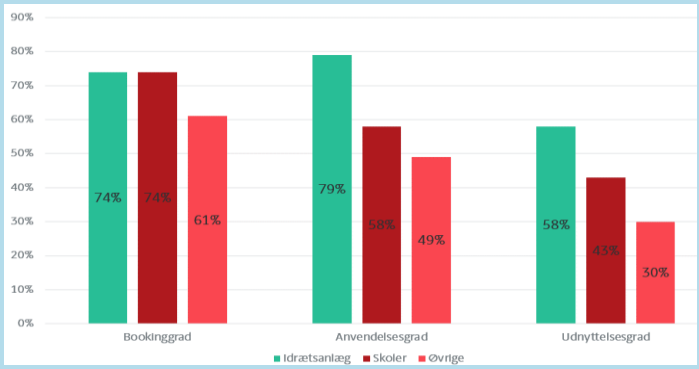
[3] Se tabel i bilag 1

Monitoreringsdata fra indendørs idrætsfaciliteter i Gentofte Kommune
32 indendørshaller og sale monitoreres gennem alle deres, i alt 83.765 timers årlige, åbningstimer. Faciliteterne bookes 60.409 timer årligt, primært af foreningsbrugere (49%), skolebrugere (42%) og øvrige brugere (9%), herunder patientforeninger, private aktører etc.

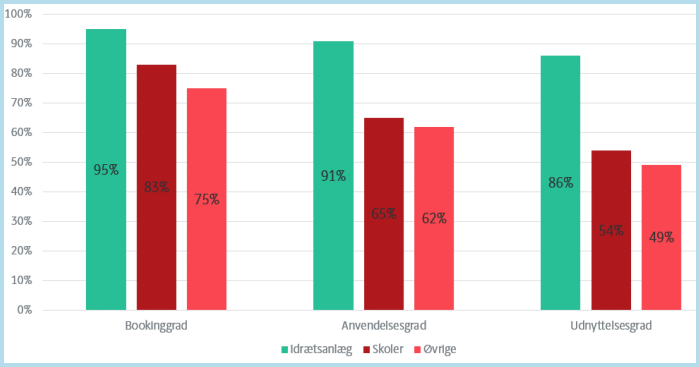
72% af alle åbningstimer er booket, mens kun 64% af de bookede timer anvendes. Dette svarer til en reel udnyttelsesgrad på 46% for skoler, foreninger og øvrige brugere, på tværs af alle indendørs idrætsfaciliteter i Gentofte Kommune.

I primetime er 85% af alle åbningstimer booket, mens 73% af de bookede timer anvendes. Dette svarer til en reel udnyttelsesgrad på 63% i primetime, på tværs af alle indendørs idrætsfaciliteter i Gentofte Kommune.

Generelt er booking- og anvendelsesgraden højest på faciliteter placeret på idrætsanlæg og i haller – særligt i primetime.



Figur 2: Monitoreringsdata fra haller og sale i Gentofte i tidsrum 8-22



Figur 2: Monitoreringsdata fra haller og sale i Gentofte i primetime kl. 16-20

Supplerende data

Toftgård, NA. & Forsberg, P. (2023). Facilitets- og aktivitetsanalyse Gentofte Kommune. Aarhus: Idrættens Analyseinstitut
Engel, Z., Høyer-Kruse, J. & Ibsen, B. (2021). Gentofte Kommune i Bevægelse Resultater fra undersøgelse af bevægelsesvaner. SDU
Monitorering af indendørs idrætsfaciliteter i Gentofte Kommune. (2023)

Antal af faciliteter (anlæg eller baner) i Gentofte Kommune

	Antal borgere pr. facilitet			
	Antal faciliteter i Gentofte	Gentofte Kommune	Hele landet	Region Hovedstaden
Idrætslokaler/sale (<300 m2)	32	2.339	2.526	2.774
Tennisbaner, udendørs	32	2.339	2.975	3.372
Baner i badmintonhaller	20	3.742	18.032	10.063
Fodboldbaner	18	4.158	1.297	2.441
Tennisbaner, indendørs	13	5.757	29.515	17.680
Fitnesscentre	12	6.237	3.913	5.359
Store idrætshaller (>800 m2)	10	7.484	3.570	7.033
Små idrætshaller (300-799 m2)	9	8.315	8.908	12.365
Rideanlæg	8	9.355	10.787	19.503
Svømmebassiner	7	10.691	6.947	9.652
Is- og skøjteanlæg	3	24.946	179.775	111.281
Skatefaciliteter	3	24.946	31.896	33.782
Parkouranlæg	2	37.419	55.445	57.327
Orienteringsbaner	2	37.419	24.927	33.189
Atletikanlæg	1	74.838	18.482	30.028
Padelbaner (single og double)	1	74.838	7.071	13.910
Skydeanlæg	1	74.838	7.705	17.517

Tabellen er konstrueret på baggrund af data fra Facilitetsdatabasen.dk, der drives af Idrættens Analyseinstitut og Lokale og Anlægsfonden. I Facilitetsdatabasen er der også registreret en stribe andre facilitetskategorier, men hvis disse ikke findes i Gentofte Kommune, er de ikke taget med i ovenstående tabel.

Principperne for fremtidens idrætsfaciliteter er formuleret i efteråret 2023 af borgere og politikere i Gentofte Kommune. Arbejdet har været baseret på spændende og frugtbare diskussioner mellem parter med forskellige baggrunde og erfaringer. Opgaveudvalget har brugt den viden som medlemmerne har bidraget med, samt involveret eksperter indenfor facilitetsområdet til at belyse det komplekse idrætsområde.

Udvalgets opgave har været at:

- drøfte og konkludere på dilemmaer forbundet med prioriteringer af idrætsfaciliteter.
- anbefale principper, som Kommunalbestyrelsen kan anvende til prioritering af fremtidige idrætsfaciliteter, herunder overvejelser om idrætsgrene og placering.

Gentofte Kommunes Kommunalbestyrelse anbefales at gøre brug af de fire principper og overveje de relevante dilemmaer, når kommende idrætsbyggeri skal drøftes. Fritid og Gentofte Ejendomme bør bruge principper, dilemmaerne og de medfølgende kriterier til fremlæggelse af idrætsfacilitetsprojekter til Kommunalbestyrelsen.

Kultur, Unge og Fritid
Bernstorffsvej 161
2920 Charlottenlund

Telefon: 39 98 00 00
www.gentofte.dk
fritid@gentofte.dk

Relateret document 2/4

Dokument Navn:	**Kommissorium Fremtidens idrætsfaciliteter .docx**
Dokument Titel:	**Kommissorium Fremtidens idrætsfaciliteter**
Dokument ID:	**5349109**

KOMMISSORIUM FOR OPGAVEUDVALG

Fremtidens idrætsfaciliteter

1. BAGGRUND OG FORMÅL

Gentofte Kommune har løbende bygget og udviklet idrætsfaciliteter til en bred vifte af formål og brugergrupper. Idrætsfaciliteter inspirerer og skaber mulighed for bevægelse for oplysningsforbund, foreninger, institutioner og selvorganiserede udøvere.

I Gentofte i Bevægelse, vores idræts- og bevægelsespolitik, er udvikling af faciliteter og byrum et særligt fokus. Eksisterende og kommende faciliteter er vigtige rammer, der bidrager til mangfoldige aktiviteter af høj kvalitet. Intentionen er, at faciliteterne understøtter de overordnede mål for idræt og bevægelse, som er, at

- I 2025 skal 52 % af borgerne i Gentofte Kommune være medlem af en idrætsforening
- I 2025 skal 79 % af borgerne skal være fysisk aktive

Idrætsområdet er forbundet med mange interesser, ønsker og behov, og særligt i en fuldt udbygget kommune som Gentofte, hvor pladsen sætter sine naturlige begrænsninger. Der er en række af dilemmaer i forhold til, hvordan idrætsfaciliteter fremover skal prioriteres. Dilemmaerne omfatter blandt andet vægtningen af:

- store kontra nicheidrætsgrene
- store foreninger kontra små foreninger
- geografisk spredning kontra synergi ved samlede anlæg
- foreningsidræt kontra selvorganiseret idræt
- nye kontra traditionelle idrætter

Derudover skal overvejelser om målgrupper i forhold til fx alder og evt. køn, økonomi og bæredygtighed samt mulig nytænkning af eksisterende faciliteter indgå i prioriteringen.

Målet med processen for Opgaveudvalget Fremtidens Idrætsfaciliteter er at formulere principper, som Gentofte Kommunes kommunalbestyrelse fremover kan anvende til at prioritere mellem forskellige faciliteter til Gentofte Kommunes idrætsliv. Fokus er både fremtidige idrætsfaciliteter og nytænkning af eksisterende idrætsfaciliteter og andre faciliteter. Idrætsfaciliteter dækker over idrætsanlæg, grønne områder, skolegårde [og andre kommunale bygninger der har potentiale til idrætsformål]. Fokus er alene på principper for kommende idrætsbyggerier og ikke inventar.

2. UDVALGETS OPGAVER

- Opgaveudvalget skal drøfte dilemmaer forbundet med prioriteringer af idrætsfaciliteter.
- Opgaveudvalget skal anbefale principper, som Kommunalbestyrelsen kan anvende til prioritering af fremtidige idrætsfaciliteter, herunder overvejelser om idrætsgrene og placering.
- [Opgaveudvalget kan også anbefale principper til prioritering af større renoveringer.]

3. SAMMENSÆTNING AF UDVALGET

Opgaveudvalget nedsættes af Kommunalbestyrelsen under Kultur-, Unge- og Fritidsudvalget, Skoleudvalget, Klima-, Teknik- og Miljøudvalget [og Økonomiudvalget] i henhold til § 17, stk. 4, i lov om kommunernes styrelse.

Opgaveudvalget består af følgende medlemmer:

5 medlemmer fra Kommunalbestyrelsen.

10 borgere fordelt således:

- 1 med erfaring fra ledelse i et oplysningsforbund
- 1 med viden om selvorganiseret idræt
- 1 med erfaring indenfor tilrettelæggelse af kommerciel idræt
- 2 med træner- eller ledererfaring i en idrætsforening med mere end 300 medlemmer, hvoraf en er under 25 år
- 2 med træner- eller ledererfaring i en mindre udbredt idrætsgren i Danmark, hvoraf en er under 25 år
- 1 borger over 60 år med erfaring i seniorers (60+) brug af idrætsfaciliteter
- 1 med viden om innovation og tendenser indenfor idrætsbyggeri
- 1 med erfaring indenfor udbredelsen af nye idrætsgrene

a. [1 med erfaring inden for idrætssamarbejde]
b. [1 med ledererfaring inden for eliteidræt]
c. [1 forældre til idrætsudøver]
d. [1 med erfaring i tilrettelæggelse af skoleidræt]
e. [1 med erfaring i tilrettelæggelse af gymnasieidræt]
f. [1 ikke-idrætsaktiv, hvor faciliteten opleves som en barriere]
g. [1 med erfaring i idrætter uden facilitet]
h. [1 med ledererfaring inden for breddeidræt]

Kommunalbestyrelsen udpeger formand og næstformand for opgaveudvalget.

Sekretariatsbetjeningen koordineres af direktør for Børn og Skole, Kultur, Unge og Fritid.

4. UDVALGETS ARBEJDSFORM

Opgaveudvalget tilrettelægger selv sin arbejdsform indenfor rammerne af styrelsesloven, Styrelsesvedtægten for Gentofte Kommune samt Kommunalbestyrelsens beslutninger. Formandskabet sikrer den nødvendige sammenhæng til de øvrige opgaveudvalg.

Opgaveudvalget skal orientere sig i Idræts- og bevægelsespolitikken - Gentofte i Bevægelse, anbefalinger fra opgaveudvalget Byens Rum – Rammer om Fællesskaber, samt Gentofte Kommunes folkeoplysningspolitik og facilitetsstrategi.

Derudover skal der være opmærksomhed på relevante temaer under Kultur-, Unge- og Fritidsudvalget samt Folkeoplysningsudvalget.

På opgaveudvalgets første møde fremlægges forslag til mødeplan.

Udvalget skal tage stilling til, hvordan de vil involvere borgere, foreninger, vidanspersoner mv., der ikke er medlemmer af udvalget, i udvalgets opgave.

Opgaveudvalget skal overveje, hvordan de teknologiske muligheder kan udnyttes i løsningen af udvalgets opgave, samt hvordan udvalget kan anlægge en innovativ tilgang til løsningen af opgaven.

5. TIDSPLAN

Opgaveudvalgets arbejde påbegyndes 3. kvartal 2023 og afsluttes i 1. kvartal 2024.

6. ØKONOMI

Udgifter i forbindelse med opgaveudvalgets arbejde afholdes indenfor eksisterende budget.

Relateret document 3/4

Dokument Navn:	**Uddrag af referat fra Handicaprådsmøde den 20. november 2023.docx**
Dokument Titel:	**Uddrag af referat fra Handicaprådsmøde den 20. november 2023**
Dokument ID:	**5342364**

3. Orientering om opgaveudvalg – Fremtidens Idrætsfaciliteter

Mia Schlichtkrull Richelieu gav en status på Fremtidens Idrætsfaciliteter. Baggrunden for opgaveudvalgets arbejde er, at der i en fuldudbygget kommune som Gentofte ikke er mange arealer, hvor man kan udbygge sine idrætsfaciliteter. Opgaveudvalget har udarbejdet fire principper for udvikling af fremtidens idrætsfaciliteter:

1. Balance mellem centrale anlæg og faciliteter
2. Mange muligheder i faciliteterne
3. Mange forskellige typer af faciliteter
4. Imødekommende faciliteter der inviterer til fællesskab

Mia fortalte, at principperne rummer de væsentligste værdier, som Kommunalbestyrelsen bør forholde sig til, når idrættens fysiske rammer skal udvikles, uanset om det er nybyggeri eller eksisterende faciliteter, der skal ombygges eller moderniseres.

Opgaveudvalget har påpeget nogle dilemmaer, som politikerne skal forholde sig til, når der skal planlægges fremadrettet. Derudover er opstillet en række kriterier, som understøtter principperne. Intentionen er, at udarbejdelsen af principper, kriterier og dilemmaer bliver et værktøj, der rejser de spørgsmål, som man skal forholde sig til i en beslutningsproces

Mitzi var glad for at se, at de tre områder fysisk tilgængelighed, universelt design og kommunikation, som hun havde nævnt på et møde i Folkeoplysningsudvalget, er medtaget.

Hans påpegede, at opgaveudvalget bør være tydelig i forhold til Fremtidens Idrætsfaciliteter og handicappede borgere. F.eks. er adgangsforhold og handicaptoiletter ikke nævnt, hvor der tales om omklædningsrum. Det er glædeligt, at hensynet til universelt design og handicaptilgængelighed er medtaget på forsiden, men det er skuffende, at disse generelt vigtige principper ikke er synlige andet steds i udvalgets produkt.

Yderligere input fra rådet skal være Mia i hænde torsdag den 23/11. Hans har i sine kommentar fra Danske Handicaporganisationer skrevet følgende:

Side 5: Mangfoldighed i faciliteterne
Det er vigtigt, at mangfoldigheden også har plads til sårbare borgere samt borgere med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser.
Især hvor vægten lægges på mulighederne for det sociale liv omkring idrætten, er det vigtigt at huske, at ovennævnte borgere er repræsenteret i alle aldersgrupper.

Side 8: Målgrupper
Her er alle målgrupper listet, men uden at indskrive borgere med handicap.

Relateret document 4/4

Dokument Navn:	**Uddrag af referat fra Seniorrådsmøde den 13. december 2023.docx**
Dokument Titel:	**Uddrag af referat fra Seniorrådsmøde den 13. december 2023**
Dokument ID:	**5342376**

1. Orientering fra opgaveudvalget Fremtidens Idrætsfaciliteter

Med dagsordenen var på forhånd udsendt bilag med opgaveudvalgets udkast til anbefalinger.

Mia Schlichtkrull de Richelieu uddybede, at borgerne i Gentofte Kommune er blandt de mest idræts- og bevægelsesaktive i landet med et foreningsliv, der rummer 37.000 medlemmer fordelt på knapt 90 foreninger, og hvor 78% voksne over 15 år er idrætsaktive – enten i forening eller på egen hånd. Gentofte Kommune har løbende bygget og udviklet idrætsfaciliteter til en bred vifte af formål og brugergrupper som oplysningsforbund, foreninger, institutioner og selvorganiserede udøvere. I en næsten fuldt udbygget kommune er der behov for prioritering af fremtidigt byggeri, hvorfor Kommunalbestyrelsen nedsatte opgaveudvalget Fremtidens idrætsfaciliteter.

Udvalgets opgave har været at drøfte dilemmaer forbundet med prioriteringer af idrætsfaciliteter og ud fra det formulere principper og et redskab, som Kommunalbestyrelsen kan anvende fremover. Intentionen er at sikre en konsekvent samt klog udnyttelse og udvikling, der tager højde for det samlede idræts- og bevægelsesliv i Gentofte Kommune.

Birgit Gotenborg spurgte til kunstgræsbaners gummigranulat, der indeholder miljø- og sundhedsskadelige stoffer, hvortil Anne Hjorth bekræftede, at man var opmærksomme herpå, og nye baner anlægges derfor med korkgranulat samtidig med, at eksisterende baner renoveres indenfor og senest om otte år.

Herefter fulgte drøftelser, hvorefter seniorrådet opfordrede udvalget til:

- at tænke mere adgang til etablerede rammer
- at digitale services kan være en barriere for nogle grupper
- at kommunikationen skal være bredt funderet

Mias præsentation vedlægges referatet.

Dokument Navn:	**Kommissorium for opgaveudvalget Vangede bydelscenter.pdf**
Dokument Titel:	**Kommissorium for opgaveudvalget Vangede bydelscenter**
Dokument ID:	**5360916**
Placering:	**Emnesager/Udpegning af medlemmer til opgaveudvalget Vangede bydelscenter/Dokumenter**
Dagsordens titel	**Udpegning af medlemmer til opgaveudvalget Vangede bydelscenter**
Dagsordenspunkt nr	**13**
Appendix nr	**1**
Relaterede Dokumenter:	**1**

Dette dokument blev genereret af getorganized for SharePoint

KOMMISSORIUM FOR OPGAVEUDVALG

Vangede bydelscenter

1. BAGGRUND

Kommunalbestyrelsen har besluttet, at der skal gennemføres lokale borgerdrøftelser om mulighederne for udvikling af lokalområderne henholdsvis ved Vangede bydelscenter og Jægersborg/Ibstrup Torv lokalcenter, og at der efterfølgende kan blive valgt nogle af de fremkomne forslag til udførelse.

Med henblik på at afdække behov og muligheder nedsættes der to opgaveudvalg, som – med inddragelse af relevante parter i områderne – skal udpege og beskrive forskellige forslag til initiativer og anlæg i hvert område.

2. FORMÅL

Gentofte Kommune ønsker generelt at udvikle byens rum som rammer om fællesskaber og gode oplevelser – byens rum skal udvikles til gavn for borgernes livskvalitet.

Udviklingen af byrummene skal, i det omfang det er muligt, bidrage til den grønne omstilling og udføres med tanke på god arkitektur og høj æstetik.

Omdannelse eller ændring af byrummene skal, så vidt muligt, understøtte den lokale identitet, herunder områdets særlige kulturarv, æstetik og oplevelsesværdier, og øge mulighederne for bevægelse til fremme af sundhed.

Ændringerne i de udvalgte byrum skal skabe en øget værdi både for det nære by- og butiksliv og for kommunen som sådan.

De udvalgte byrum skal fortsat være bymæssigt funktionelle, herunder indgå i en samlet løsning af trafik- og parkeringsforhold i lokalområdet.

Opgaveudvalgene skal både beskrive et langsigtet mål/vision for byrummene, som tager hensyn til fremtidige behov og krav, herunder fx behovet for øget biodiversitet, og beskrive en række forslag til, hvordan der aktuelt og konkret kan gennemføres tiltag, som forbedrer og forskønner områderne.

De to opgaveudvalg kan planlægge arbejdet, så eventuelle sammenfaldende problemstillinger kan behandles på fællesmøder.

3. UDVALGETS OPGAVER

Opgaveudvalget *Vangede bydelscenter* har til opgave at:

- Identificere behov for og ønsker til forbedringer i byrummet ved Vangede bydelscenter fra Dan Turells Plads til Vangede Kirke. Dette skal ske i samarbejde med lokalområdets borgere, lokale interessenter, erhvervsdrivende og kulturliv.
- Udarbejde et forslag til langsigtet mål for udvikling af det udpegede byrum, herunder beskrive, hvordan ændringerne kan bidrage til den grønne omstilling med tanke på god arkitektur og høj æstetik, øget biodiversitet, et attraktivt butiksliv og mulighed for bevægelse til fremme af sundhed.
- Udarbejde konkrete og begrundede anbefalinger til udvalg og Kommunalbestyrelse med prioriterede forslag til initiativer/anlæg, der kan etableres på kort og langt sigt.

4. SAMMENSÆTNING AF UDVALGET

Opgaveudvalget nedsættes af Kommunalbestyrelsen under Byplanudvalget, Klima-, Miljø- og Teknikudvalget, Kultur-, Unge- og Fritidsudvalget, Erhvervs-, Beskæftigelses- og Integrationsudvalget og Økonomiudvalget i henhold til § 17, stk. 4, i lov om kommunernes styrelse.

Opgaveudvalget består af følgende medlemmer:

5 medlemmer fra Kommunalbestyrelsen.

10 borgere fra eller med tilknytning til lokalområdet fordelt således:

- 2 borgere under 30 år
- 2 borgere med erhvervsmæssig tilknytning til detailhandel eller lokale virksomheder
- 3 borgere med tilknytning til lokale bolig- og ejerforeninger, borgergrupper og/eller fritidsforeninger
- 1 borger, som er bruger af det lokale område
- 2 borgere med interesse for og gerne med erfaring indenfor universel design, byplanlægning, tilgængelighed og/eller kultur- eller kunstudvikling i sammenhæng med udvikling af byrum

Kommunalbestyrelsen udpeger formand og næstformand for opgaveudvalget.

Sekretariatsbetjeningen koordineres af direktør for Klima, Miljø og Teknik.

5. UDVALGETS ARBEJDSFORM

Udvalget tilrettelægger selv sin arbejdsform indenfor rammerne af styrelsesloven, Styrelsesvedtægten for Gentofte Kommune samt Kommunalbestyrelsens beslutninger.

Formandskabet sikrer den nødvendige sammenhæng til de øvrige opgaveudvalg og de stående udvalgs arbejder.

På udvalgets første møde fremlægges forslag til mødeplan.

Udvalget skal tage stilling til, hvordan det vil involvere borgere, videnspersoner m.fl., der ikke er medlemmer af udvalget, i udvalgets arbejde.

Kommunens valgte digitale platform skal benyttes som en del af borgerinddragelsen.

Opgaveudvalget kan i udvalgets arbejde i kombination med mere klassiske mødeformer involvere eksperter udefra og arbejde med kreative idéudviklings- og dialogprocesser i form af workshops, sprints, camps, ekskursioner eller andre metoder.

Opgaveudvalget kan nedsætte underarbejdsgrupper, som kan dykke ned i udvalgte temaer og bringer viden og inspiration med tilbage til det samlede opgaveudvalg.

Udvalget kan vælge at holde fællesmøder med opgaveudvalget Jægersborg/*Ibstrup Torv lokalcenter*.

Opgaveudvalget skal komme med forslag til, hvordan borgerne i Gentofte Kommune aktivt kan bidrage til at realisere de tiltag, som opgaveudvalget foreslår.

6. TIDSPLAN

Opgaveudvalgets arbejde påbegyndes i 1. kvartal 2024 og afsluttes i 3. kvartal 2024.

7. ØKONOMI

Udgifter i forbindelse med opgaveudvalgets arbejde afholdes indenfor eksisterende budget.

Dokument Navn:	**Forslag til revideret kommissorium for opgaveudvalget Jægersborg-Ibstrup Torv lokalcenter.pdf**
Dokument Titel:	**Forslag til revideret kommissorium for opgaveudvalget Jægersborg-Ibstrup Torv lokalcenter**
Dokument ID:	**5391161**
Placering:	**Emnesager/Udpegning af medlemmer til opgaveudvalget Jægersborg/Ibstrup Torv lokalcenter/Dokumenter**
Dagsordens titel	**Udpegning af medlemmer til opgaveudvalget Jægersborg-Ibstrup Torv lokalcenter**
Dagsordenspunkt nr	**14**
Appendix nr	**1**
Relaterede Dokumenter:	**1**

Dette dokument blev genereret af

KOMMISSORIUM FOR OPGAVEUDVALG

Jægersborg/Ibstrup Torv lokalcenter

1. BAGGRUND

Kommunalbestyrelsen har besluttet, at der skal gennemføres lokale borgerdrøftelser om mulighederne for udvikling af lokalområderne henholdsvis ved Vangede bydelscenter og Jægersborg/Ibstrup Torv lokalcenter, og at der efterfølgende kan blive valgt nogle af de fremkomne forslag til udførelse.

Med henblik på at afdække behov og muligheder nedsættes der to opgaveudvalg, som, med inddragelse af relevante parter i områderne – skal udpege og beskrive forskellige forslag til initiativer og anlæg i hvert område.

2. FORMÅL

Gentofte Kommune ønsker generelt at udvikle byens rum som rammer om fællesskaber og gode oplevelser – byens rum skal udvikles til gavn for borgernes livskvalitet.

Udviklingen af byrummene skal, i det omfang det er muligt, bidrage til den grønne omstilling og udføres med tanke på god arkitektur og høj æstetik.

Omdannelse eller ændring af byrummene skal, så vidt muligt, understøtte den lokale identitet, herunder områdets særlige kulturarv, æstetik og oplevelsesværdier, og øge mulighederne for bevægelse til fremme af sundhed.

Ændringerne i de udvalgte byrum skal skabe en øget værdi både for det nære by- og butiksliv og for kommunen som sådan.

De udvalgte byrum skal fortsat være bymæssigt funktionelle, herunder indgå i en samlet løsning af trafik- og parkeringsforhold i lokalområdet.

Opgaveudvalgene skal både beskrive et langsigtet mål/vision for byrummene, som tager hensyn til fremtidige behov og krav, herunder fx behovet for øget biodiversitet, og beskrive en række forslag til, hvordan der aktuelt og konkret kan gennemføres tiltag, som forbedrer og forskønner områderne.

De to opgaveudvalg kan planlægge arbejdet, så eventuelle sammenfaldende problemstillinger kan behandles på fællesmøder.

3. UDVALGETS OPGAVER

Opgaveudvalget *Jægersborg/Ibstrup Torv lokalcenter* har til opgave at:

- Identificere behov for og ønsker til forbedringer i byrummet ved Jægersborg/Ibstrup Torv, inklusiv parkeringspladsen ved Jægersborg filialbibliotek, forbindelsen til Jægersborg Station og de to grønne områder overfor Ibstrup Torv. Dette skal ske i samarbejde med lokalområdets borgere, lokale interessenter, erhvervsdrivende og kulturliv.
- Udarbejde et forslag til langsigtet mål for udvikling af det udpegede byrum, herunder beskrive, hvordan ændringerne kan bidrage til den grønne omstilling med tanke på god arkitektur og høj æstetik, øget biodiversitet, et attraktivt butiksliv og mulighed for bevægelse til fremme af sundhed.
- Udarbejde konkrete og begrundede anbefalinger til udvalg og Kommunalbestyrelse med prioriterede forslag til initiativer/anlæg, der kan etableres på kort og langt sigt.

4. SAMMENSÆTNING AF UDVALGET

Opgaveudvalget nedsættes af Kommunalbestyrelsen under Byplanudvalget, Klima-, Miljø- og Teknikudvalget, Kultur-, Unge- og Fritidsudvalget, Erhvervs-, Beskæftigelses- og Integrationsudvalget og Økonomiudvalget i henhold til § 17, stk. 4, i lov om kommunernes styrelse.

Opgaveudvalget består af følgende medlemmer:

5 medlemmer fra Kommunalbestyrelsen.

10 borgere fra eller med tilknytning til lokalområdet fordelt således:

- 12 ~~-~~borgere~~-~~ under 30 år
- 2 borgere med erhvervsmæssig tilknytning til detailhandel eller lokale virksomheder
- 3 borgere med tilknytning til lokale bolig- og ejerforeninger, borgergrupper og/eller fritidsforeninger
- 2~~1~~ borgere, som er bruger af det lokale område
- 2 borgere med interesse for og gerne med erfaring indenfor universel design, byplanlægning, tilgængelighed og/eller kultur- eller kunstudvikling i sammenhæng med udvikling af byrum

Kommunalbestyrelsen udpeger formand og næstformand for opgaveudvalget.

Sekretariatsbetjeningen koordineres af direktør for Klima, Miljø og Teknik.

5. UDVALGETS ARBEJDSFORM

Udvalget tilrettelægger selv sin arbejdsform indenfor rammerne af styrelsesloven, Styrelsesvedtægten for Gentofte Kommune samt Kommunalbestyrelsens beslutninger.

Formandskabet sikrer den nødvendige sammenhæng til de øvrige opgaveudvalg og de stående udvalgs arbejder.

På udvalgets første møde fremlægges forslag til mødeplan.

Udvalget skal tage stilling til, hvordan det vil involvere borgere, vidanspersoner m.fl., der ikke er medlemmer af udvalget, i udvalgets arbejde.

Kommunens valgte digitale platform skal benyttes som en del af borgerinddragelsen.

Opgaveudvalget kan i udvalgets arbejde i kombination med mere klassiske mødeformer involvere eksperter udefra og arbejde med kreative idéudviklings- og dialogprocesser i form af workshops, sprints, camps, ekskursioner eller andre metoder.

Opgaveudvalget kan nedsætte underarbejdsgrupper, som kan dykke ned i udvalgte temaer og bringer viden og inspiration med tilbage til det samlede opgaveudvalg.

Udvalget kan vælge at holde fællesmøder med opgaveudvalget *Vangede bydelscenter*.

Opgaveudvalget skal komme med forslag til, hvordan borgerne i Gentofte Kommune aktivt kan bidrage til at realisere de tiltag, som opgaveudvalget foreslår.

6. TIDSPLAN

Opgaveudvalgets arbejde påbegyndes i 1. kvartal 2024 og afsluttes i 3. kvartal 2024.

7. ØKONOMI

Udgifter i forbindelse med opgaveudvalgets arbejde afholdes indenfor eksisterende budget.