



ALLERØD KOMMUNE

Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Møde nr. 24

Mødet blev holdt onsdag den 27. januar 2016 på Rådhuset i Mødelokale C.
Mødet begyndte kl. 07:30 og sluttede kl. 10:20.

Medlemmer: Formand - Olav B. Christensen (V), Næstformand - Poul Albrechtsen (O), Gurli Nielsen (C), Henriette Gedde (A), Niels Kirkegaard (V)

1. Bemærkninger til dagsordenen	1
2. Meddelelser	2
3. Budgetlægning 2017-2020 - økonomiske driftsrammer for fagudvalgene samt borger- og brugerinddragelse	3
4. Sundhedsstyrelsens tilsyn 2015	8
5. BDO tilsyn 2015	10
6. Sundhedshuse	15
7. Visitation og status pleje- og ældreboliger 2015	17
8. Status ældre- og plejeboliger 2016.....	19

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**1. Bemærkninger til dagsordenen**

Sagsnr.: 15/17646

Punkttype -**Tema** -**Sagsbeskrivelse** -**Administrationens
forslag** -**Afledte
konsekvenser** -**Økonomi og
finansiering** -**Dialog/høring** -**Bilag** Nej

Beslutning Til efterretning
Sundheds- og
Velfærdsudvalget
2014-2017 den 27-
01-2016**Fraværende** Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**2. Meddelelser**

Sagsnr.: 15/17594

Punkttype -**Tema**

- Strukturanalyse Ældre- og Sundhed
- Værdighedspolitik
- Henvendelse fra Ældre Sagen
- § 18 støtte til frivilligt socialt arbejde 2016

•

Sagsbeskrivelse -**Administrationens forslag** -**Afledte konsekvenser** -**Økonomi og finansiering** -**Dialog/høring** -**Bilag** Nej**Beslutning
Sundheds- og
Velfærdsudvalget
2014-2017 den 27-
01-2016**

Til efterretning, idet Ældre Sagen modtager svar på deres henvendelse. Derudover udarbejder Forvaltningen et notat på baggrund af spørgsmål fra Gurli Nielsen.

Fraværende Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**3. Budgetlægning 2017-2020 - økonomiske driftsrammer for fagudvalgene samt borger- og brugerinddragelse**

Sagsnr.: 15/17648

Punkttype Beslutning.**Tema** Fagudvalgenes arbejde med effektiviseringer og servicereduktioner igangsættes ifølge budgetstrategien 2017-2020 i januar/februar måned, og der beslutes en proces for dialogen med borgere og brugere.

Souschef Lisbeth Damborg Sørensen deltager under punktets behandling og er indbudt til kl. 7.30.

Sagsbeskrivelse Byrådet vedtog den 17. december 2015 budgetstrategien for 2017-2020.

Budgetstrategien fastlægger en proces, hvor fagudvalgene spiller en central rolle i budgetlægningsprocessen, og har ansvaret for senest 19. april 2016 på udvalgets område at beslutte forslag til driftsbespareser som følger:

- Forslag til servicereduktioner (som efterfølgende prioriteres i maj i fagudvalgene og derefter oversendes til Økonomiudvalget, hvor forslagene i juni fremlægges i et samlet katalog til brug i budgetforhandlingerne)
- Forslag til effektiviseringer gennem strukturløsninger, bygningskomprimering, optimering af arbejdsgange mv. (som efterfølgende oversendes til Økonomiudvalget og byrådet, hvor det i maj fremlægges i et samlet katalog til vedtagelse)

Fagudvalgene er ansvarlige for, at dette sker under hensyn til borger- og brugerinddragelse.

Derudover skal der senest den 19. april fremsendes ønsker vedr. omprioriteringer af driftsudgifter såvel som ønsker til nye anlægsinvesteringer, således at budgetoverslag og finansieringsforslag vedr. disse kan forelægges og oversendes til budgetforhandlingerne.

Finansieringsbehov

Budgetforliget 2016-2019 indeholder et finansieringsbehov på 1,6 pct. årligt svarende til 21,8 mio. kr. i 2017 priser. Finansieringsbehovet kan blive både mindre og større afhængig af udviklingen i

budgetforudsætningerne.

Budgetlægningsprocessen for 2017-2020 sikrer en proces, hvor beslutninger vedr. såvel effektiviseringer, servicereduktioner og anlægsinvesteringer vil blive truffet på baggrund af gennemarbejdede og kvalificerede oplæg fra Forvaltningen.

Samlet set skal fagudvalgene fremsende forslag til effektiviseringer og servicereduktioner på 31,8 mio. kr., hvilket svarer til ca. 3 pct. af serviceudgifterne. Fordelingen af besparelsen og besparelsens størrelse udtrykker, at byrådet ønsker handlemuligheder i forbindelse med budgetforhandlingerne.

De enkelte fagudvalg skal beslutte forslag til effektiviseringer og servicereduktioner svarende til udvalgets andel af kommunens serviceudgifter. Fordelingen på udvalgene fremgår af vedlagte bilag.

Budgetproces i forhold til effektiviseringer og servicereduktioner

Fagudvalgenes budgetproces igangsættes i januar med at udvalgene præsenteres for udvalgenes driftsbudgetter for 2017, som de er vedtaget i budgetforliget for 2016-2019 samt forslag til borger- og brugerinddragelse.

På efterfølgende møde behandler udvalgene forslag til effektiviseringer og servicereduktioner, som skal være færdige senest 19. april.

Forslag til effektiviseringer oversendes herefter Økonomiudvalget, som på maj-mødet vil blive forelagt et samlet katalog med alle forslag til effektiviseringer.

På forårsseminaret den 15.-16. april 2016 informerer fagudvalgene byrådet om status på budgetlægningsprocessen i de enkelte fagudvalg.

Forslag til servicereduktioner forbliver på fagudvalgene på maj-møderne, hvor fagudvalgene skal prioritere deres forslag i forhold til nøgletal for serviceniveauet på området i forhold til andre kommuner.

Efter prioriteringen af forslagene på fagudvalgsmøderne i maj oversendes forslagene til servicereduktioner til Økonomiudvalget, som i juni vil blive forelagt et samlet katalog med alle prioriterede forslag til servicereduktioner.

Fagudvalgenes budgetproces understøttes løbende af Forvaltningen, som har til opgave at tilvejebringe og fremlægge muligheder for effektiviseringer og servicereduktioner.

Fagudvalgenes og byrådets proces for driftseffektiviseringer og -servicereduktioner fremgår nedenfor:

Måned	Indhold
-------	---------

Januar/ Februar	Fagudvalgenes arbejde med effektiviseringer og servicereduktioner igangsættes med en præsentation af udvalgenes driftsrammer og der beslutes en dialog med borgere og brugere
Januar- Marts	Fagudvalgene udarbejder forslag til effektiviseringer og servicereduktioner, og har dialog med borgere og brugere
April	Fagudvalgene beslutter forslag til effektiviseringer (som oversendes til ØU) og servicereduktioner (som forbliver på fagudvalgene)
15/4,16/4	Byrådet afholder forårsseminar: Udvalgsformændene informerer byrådet om status på budgetlægningsprocessen.
Maj	Fagudvalgene inddrager nøgletal i prioriteringen af servicereduktionerne, og oversender disse til ØU i juni. Økonomiudvalget og byrådet behandler samlet katalog med forslag til effektiviseringer.
29/6	Byrådsaften: Udvalgsformændene præsenterer forslag til servicereduktioner og prioritering af disse

Fagudvalgenes driftsrammer

På fagudvalgsmøderne ultimo januar og primo februar præsenteres fagudvalgene for udvalgets driftsrammer. Vedlagte præsentation og bilag giver indsigt i udvalgenes budgetter, og viser budgetudviklingen fra 2014-2020 på de væsentligste driftsområder.

Proces for bruger- og borgerinddragelse

Som led i budgetlægningsprocessen skal det enkelte fagudvalg vedtage en proces for dialogen med borgere og brugere. Der vedlægges notat med forslag til borger- og brugerinddragelse på de enkelte fagudvalg.

Investeringsoversigt 2017-2020

Investeringsoversigten 2017-2020 i 2017-priser vedlægges som bilag. I 2020 fremgår der, i overensstemmelse med budgetstrategien 2017-2020, en uspecificeret anlægsramme på 30 mio. kr.

Omprioriteringsønsker og politiske spørgsmål til budgetprocessen

Formålet med budgetstrategien er at sikre et gennearbejdet og velkvalificeret oplæg til 1. behandlingen i september. Processen er tilrettelagt således, at byrådet inden sommerferien så vidt muligt kender de grundlæggende forudsætninger for budgettet og udvalgenes forslag til effektiviseringer og servicereduktioner samt politiske ønsker om investeringer og omprioriteringsønsker i driften.

Der er således mulighed for at supplere effektiviserings- og servicereduktionsforslag med ønsker om driftsomprioriteringer og nye anlæg til behandling i Økonomiudvalget i juni.

Ønskerne til omprioriteringer i driften samt nye anlægsinvesteringer skal dog kvalificeres, inden de oversendes fra Økonomiudvalget til budgetforhandlingerne.

Det indebærer, at politiske ønsker til belysning af indhold, økonomi samt øvrige konsekvenser af omprioriteringsønsker og nye anlægsinvesteringer skal fremsendes **senest 19. april 2016 jf. mailadresserne nedenfor.**

I forbindelse med *omprioriteringsønsker vedr. driften* skal der således senest den 19. april anmodes om at få opgjort de årlige merudgifter ved det ønskede serviceniveau for den nye ønskede driftsudgift. For at sikre at budgettet kan holdes inden for servicerammen, skal der udover peges på finansiering af de nye driftsudgifter, således at tiltagene kan ske ved omprioriteringer inden for rammen.

I forbindelse med *nye ønsker til anlægsinvesteringer* skal der senest den 19. april fremsendes beskrivelse af det nye ønskede anlæg, således at der kan udarbejdes budgetoverslag. Der skal ligeledes tages konkret stilling til, hvorvidt nye anlæg vil medføre afledte driftsudgifter. Hvis nye anlæg indebærer øgede driftsudgifter, skal der peges på finansiering af disse jf. ovenfor vedr. ønsker til ny drift.

De gennemarbejdede og kvalificerede grundlag for omprioriteringer i driften eller nye anlægsinvesteringer skal oversendes til budgetforhandlingerne på Økonomiudvalgets møde i juni.

Afklarende og specifikke (altså mindre og afgrænsede) spørgsmål til budgettet kan stilles indtil 30. juni 2016. Herefter kan der kun stilles afklarende spørgsmål i forhold til konkrete uklarheder i forbindelse med budgetbehandlingen.

Der gælder således følgende frister for ønsker og spørgsmål i budgetprocessen:

- Frist for fremsendelse af politiske ønsker og større budgetspørgsmål (bl.a. ønsker om omprioritering af driftsudgifter og nye anlægsinvesteringer) er den 19. april 2016
- Afklarende og specifikke spørgsmål til budgettet skal fremsendes senest den 30. juni.
- Derefter afklares kun mindre og helt konkrete uklarheder i budgetforhandlingerne

Politiske ønsker og spørgsmål vedr. budget 2017-2020 sendes via mail til Morten Knudsen mokn@alleroed.dk, Jette Møberg jemo@alleroed.dk og cc. Borgmesteren jjoh@alleroed.dk

Administrationens forslag

Forvaltningen foreslår at:

- Fordelingen af besparelseskraevne på fagudvalg tages til efterretning (finansieringsbehov)
- Budgetprocessen i fagudvalgene tages til efterretning
- Præsentationen af udvalgenes økonomiske driftsrammer tages til efterretning
- Forslag til borger- og brugerinddragelse for udvalget godkendes
- Investeringsoversigt 2017-2020 tages til efterretning
- Proces for omprioriteringsønsker og ønsker til nye anlægsinvesteringer tages til efterretning
- Tidsfrister for politiske inputs til budgetprocessen tages til efterretning

•

Bilag

Investeringsoversigt 2017-2020.pdf
Økonomiske driftsrammer for fagudvalgene 2014-2020
Fagudvalgenes proces for borger- og brugerinddragelse
Præsentation for fagudvalgene januar/februar møder

Beslutning Klima- og Miljøudvalget 2014-2017 den 25-01-2016

Udvalget godkendte Forvaltningens forslag.

Beslutning Børn- og Skoleudvalget 2014-2017 den 26-01-2016

Udvalget tog orienteringen til efterretning og godkendte Forvaltningens forslag vedr. bruger og borgerinddragelse.

Udvalget besluttede derudover at udgifter til det specialiserede område indarbejdes i den analyse, som byrådet allerede har bestilt for dette område. Kommissoriet for undersøgelsen forelægges for Børn- og Skoleudvalget på mødet den 5. april 2016

Børn- og Skoleudvalget ønsker derudover at få forelagt forslag til handleplan for håndtering af konsekvenser i forbindelse med muligt opstart af privatskole.

Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 27-01-2016

Udvalget tog orienteringen til efterretning, og godkendte Forvaltningens forslag vedrørende borger- og brugerinddragelse, idet Ældrerådet og Handicaprådet inviteres til dialogmøde i forbindelse med udvalgets møde den 6. april 2016.

Fraværende

Henriette Gedde

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**4. Sundhedsstyrelsens tilsyn 2015**

Sagsnr.: 15/14348

Punkttype Orientering

Tema Udvalget orienteres om gennemført Embedslægetilsyn 2015 ved Sundhedsstyrelsen på Plejecenter Mimosen.

Mimosen var det eneste Plejecenter i Allerød Kommune, der var varslet tilsyn i 2015.

Sagsbeskrivelse På Plejecenter Mimosen har tilsynet fundet fejl og mangler, som kun indebærer ringe risiko for patientsikkerheden. Denne vurdering gives, når det konstateres, at stort set alle Sundhedsstyrelsens krav er opfyldt.

På baggrund af de fundne fejl og mangler, stiller Sundhedsstyrelsen følgende krav:

- at der foreligger en aktuel oversigt over patientens sygdomme og handicap, som er af betydning for pleje og behandling
- at det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med borgerens læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme
- at de sygeplejefaglige optegnelser føres overskueligt og systematisk
- at dato for afslutning af den medicinske behandling fremgår af medicinlisten
- at det fremgår af journalen, hvornår egen læge har gennemgået patientens medicin, og personalet har dokumenteret de relevante faglige oplysninger og de delegerede sundhedsfaglige opgaver vedrørende medicinbeholdningen
- at den ordinerede medicin findes i patienternes medicinbeholdning

Plejecenter Mimosen har udarbejdet en handleplan, der imødekommer Sundhedsstyrelsens krav. Plejecenter Mimosen skal først have tilsyn igen i 2017.

Bemærkninger og anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, samt den udarbejdede handleplan er indgået i det anmeldte tilsyn for 2015.

Administrationens forslag	Forvaltningen anbefaler, at udvalget tager orienteringen til efterretning.
Afledte konsekvenser	-
Økonomi og finansiering	-
Dialog/høring	Ældre- og handicaprådet
Bilag	Tilsynsrapport Mimosen 2015 endelig Handleplan for Mimosen Plejecenter efter embedslægetilsyn 2015
Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 27-01-2016	<hr/> Udvalget tog orienteringen til efterretning. Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.
Fraværende	Henriette Gedde

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**5. BDO tilsyn 2015**

Sagsnr.: 15/14348

Punkttype Orientering**Tema** Udvalget orienteres om gennemført uanmeldt tilsyn i 2015 hos den kommunale hjemmepleje, det private hjemmeplejefirma Cura Pleje og på de kommunale plejecentre. Tilsynene er foretaget af BDO Kommunernes Revision.**Sagsbeskrivelse** Der har i henhold til tilsynsaftalen været gennemført uanmeldt tilsyn i den kommunale hjemmepleje, plejecentrene og hos kommunens private leverandører på området.

BDO Kommunernes Revisions tilsyn med hjemmeplejen og privat leverandør samt plejecentrene viser, at alle virksomheder og den private leverandør er godkendt.

En enkelt blev godkendt med mangler, hvor de øvrige blev godkendt uden mangler.

Den kommunale hjemmepleje: Godkendt med mangler, hvor dele af den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har mangler eller er utilfredsstillende.

BDO anbefaler Hjemmeplejen at:

- ledelsen igangsætter initiativer, der sikrer bevidsthed om tilbagemeldingspligten af borgernes ændrede funktionsevne, med henblik på regulering af den visiterede tid.
- der udarbejdes en procedure for borgermappen, med henblik på at gøre det lettere at orientere sig i borgernes sundhedsfaglige oplysninger, og at informationerne fremtræder i professionelt. Det anbefales endvidere at gennemføre en systematisk egenkontrol af borgermapperne.
- medarbejderne vejledes i hvorledes handleplanerne udarbejdes, således at de fremstår handlingsvejledende og individuelle gennem døgnet, for såvel personlig pleje, som praktisk hjælp, og med fyldestgørende beskrivelser af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats.

- hjemmeplejen og hjemmesygeplejen overvejer fordelene ved at udarbejde handleplaner i det elektroniske omsorgssystem.
- hjemmesygeplejen følger Sundhedsstyrelsen anbefalinger i forhold til opbevaring af medicin og mærkning af borgernes doseringsæsker.
- ledelsen udarbejder procedurer der sikrer, at de delegerede opgaver holdes ajourførte, samt at der foreligger skriftlig kompetenceoversigt på de medarbejdere, som har opgaver på grundkompetenceniveau.

Cura Pleje: Godkendt, hvor forholdene vurderes til at være gode og tilfredsstillende.

BDO anbefaler Cura Pleje at:

- fortsat arbejde målrettet med udvikling af døgn- og ugeplanerne, således de altid er ajourførte i forhold til borgerens aktuelle funktionsniveau, samt at beboernes ressourcer og hvordan de medinddrages i hverdagen fremstår opdateret.
- der tages kontakt til borgere, der er mindre tilfredse med den praktiske hjælp, og forventningsafstemmer serviceniveauet på rengøring.
- der udarbejdes en handleplan i forhold til en borger, hvor der er særlige udfordringer i forbindelse med at opretholde en forsvarlig hygiejnisk standard i hjemmet. Tilsynet vurderer, at sådanne tiltag desuden vil give medarbejderne en øget opmærksomhed på problematikken, og samtidig også vil sikre, at Cura Pleje får dokumenteret i tilstrækkelig grad i forhold til problematikken.

Plejecenter Skovvang: Godkendt, hvor forholdene vurderes til at være gode og tilfredsstillende.

BDO anbefaler Plejecenter Skovvang at

- der drøftes, hvorledes der i døgnrytmeplanerne kan indgå en mere generel beskrivelse/præsentation af beboerne.
- medarbejderne vejledes i hvorledes døgnrytmeplanerne udarbejdes, således at disse er ajourførte, handlevejledende og individuelt beskrevet gennem hele døgnet.
- plejecentret er opmærksom på at fastholde det høje sundhedsfaglige niveau.

Plejecenter Lyngehus: Godkendt, hvor forholdene vurderes til at være gode og tilfredsstillende.

BDO anbefaler Plejecenter Lyngehus at

- plejecentret fortsætter de målrettede initiativer i forhold til delegering af syge- og plejeopgaver, således at det altid sikres, at der sker korrekt dokumentation og instruktion af medarbejderne.

Plejecenter Mimosen: Godkendt, hvor forholdene vurderes til at være gode og tilfredsstillende.

BDO anbefaler Plejecenter Mimosen at

- plejecentret sikrer konstant ajourføring af døgnrytmeplaner. Herunder anbefaler tilsynet, at fordelene ved henvisning til relevante fokusområder i døgnrytmeplaner drøftes og italesættes over for medarbejderne.
- årsagen til urinlugt i en konkret beboers bolig afdækkes, og at der iværksættes handlinger til løsning af udfordringen.
- plejecentret fortsætter de målrettede initiativer i forhold til delegering af syge- og plejeopgaver, således at det altid sikres, at der sker korrekt dokumentation og instruktion af medarbejderne, samt at plejecenteret drøfter om opfølgning på de delegerede opgaver skal ske oftere.

Plejecenter Engholm: Godkendt, hvor forholdene vurderes til at være gode og tilfredsstillende.

BDO anbefaler Plejecenter Engholm at

- døgnrytmeplaner altid er handlevejledende beskrevet og fremstår ajourførte i forhold til beboernes ressourcer og funktionsniveau.
- fokus på udarbejdelsen af livshistorie øges, samt at der dokumenteres i journalen, hvis beboeren ikke ønsker, at der udarbejdes en livshistorie.
- plejecentret i højere grad sikrer dokumentation af dato for opfølgning på en delegeret opgave i de relevante skemaer.
- medarbejdernes rolle omkring måltidet italesættes for at medarbejderne i højere grad kan medvirke til at sikre en hyggelig dialog omkring måltidet.

Hjemmeplejen, Cura Pleje og plejecentrene har udarbejdet handleplaner for hver enkelt anbefaling. Bemærkninger og anbefalinger i det uanmeldte tilsyn samt de udarbejdede handleplaner er indgået i det anmeldte tilsyn for 2015.

Flere af bemærkningerne omkring dokumentation, handleplaner og døgnrytmeplaner, er endvidere en del af det arbejde der aktuelt foregår i flere nedsatte centrale dokumentationsgrupper, der forventes at komme med konkrete tværsektorielle anbefalinger i foråret 2016.

Administrationens forslag	Forvaltningen anbefaler, at udvalget tager orienteringen til efterretning.
Afledte konsekvenser	-
Økonomi og finansiering	-
Dialog/høring	Ældre- og handicapråd
Bilag	Tilsynsrapport 2015 - Kommunal Hjemmepleje og Hjemmesygepleje - Endelig rapport Handleplan BDO 2015 - Hjemmeplejen

Tilsynsrapport 2015 - Cura Pleje - Allerød kommune - Endelig rapport.pdf
Handleplan BDO 2015 - Cura Pleje
Tilsynsrapport 2015 - Plejecenter Engholm - Endelig rapport
Handleplan BDO 2015 - Engholm
Tilsynsrapport 2015 - Plejecenter Mimosen - Allerød Kommune - Endelig rapport
Handleplan BDO 2015 - Mimosen
Tilsynsrapport 2015 - Plejecenter Skovvang
Handleplan efter BDO tilsyn 2015 på Skovvang plejecenter.pdf
Tilsynsrapport 2015 - Lyngehus plejecenter- Endelig rapport
Handleplan efter BDO tilsyn 2015 på Lyngehus plejecenter.pdf

Beslutning
Sundheds- og
Velfærdsudvalget
2014-2017 den 27-
01-2016

Udvalget tog orienteringen til efterretning.

Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.

Fraværende

Henriette Gedde

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**6. Sundhedshuse**

Sagsnr.: 15/16646

Punkttype Orientering**Tema** Udvalget orienteres om visioner og drøftelser om etablering af sundhedshuse i Region Hovedstaden.**Sagsbeskrivelse** De seneste år har en række kommuner etableret sundhedshuse som en del af udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen og som en konsekvens af den overordnede hospitalsplan med etablering af supersygehuse. Sundhedshusene er i de forskellige kommuner skabt ud fra forskellige strategiske formål og fungerer således forskelligt.

Hovedstadsregionen har ønsket at være på forkant med at udvikle fremtidens sundhedsvæsen med borgeren og patienten i centrum og med fokus på kvalitet og sammenhængende forløb for borger og patient.

Som en del af denne strategi godkendte regionsrådet i Region Hovedstaden i april 2014 en fælles vision for sundhedshuse i Region Hovedstaden. Heri fremgår det blandt andet, at der skal sættes dagsorden for udvikling af nye tværsektorielle tilbud, uafhængig af de nuværende organisatoriske rammer. Vedlagt som bilag. Målet var at virkeliggøre visionen, i første omgang som et modelprojekt i Helsingør og høste erfaringer til eventuelle kommende fælles sundhedshuse i Region Hovedstaden.

Igennem 2015 har Region Hovedstaden, kommunerne i regionen og de praktiserende læger i forskellige fora arbejdet med idéen om en regionsdækkende vision for modeller for fælles sundhedshuse. I den anledning blev der i november 2015 afholdt et administrativt tværgående møde med deltagelse af kommuner, hospitaler, praksissektoren og brugerrepræsentanter for at drøfte muligheder og perspektiver på fælles sundhedshuse i hovedstadsregionen.

Kommunernes Landsforening har i flere tilfælde anbefalet udvikling af sundhedshuse. Senest er der i KLS udspil "Sammen om Sundhed" beskrevet et bud på "Et sundhedshus i 2020".

I Allerød Kommunes planstrategi 2015 godkendt af byrådet den 17. december 2015 er der, i afsnittet om sundhed og motion i fokusområde 3, beskrevet planer for et sundhedscenter i Lillerød Bymidte med samling af private sundhedsprofessionelle udbydere. Der er ikke konkrete beslutninger om etablering af et sundhedshus i Allerød Kommune.

Forvaltningen anbefaler, at etablering af et eventuelt sundhedshus i Allerød sker efter en bred drøftelse af formål, økonomi og finansiering, placering, etablering herunder mursten/virtuelt. Desuden bør det vurderes og kvalificeres hvilken model, funktioner, faggrupper, kompetencer, mål- og brugergrupper, forebyggelsesfunktioner, evt. behandling der skal tænkes ind. Dertil kommer de faglige og sundhedsmæssige temaer som samarbejde med læger, akutsygeplejersker, visitation, udgående teams og evt. døgnpladser.

Organisatorisk bør det overvejes om et eventuelt sundhedshus skal være tværkommunalt og/eller tværsektorielt, og hvordan psykiatrien kan tænkes ind i et sundhedshus.

Administrationens forslag	Forvaltningen anbefaler, at udvalget tager orienteringen til efterretning.
Afledte konsekvenser	-
Økonomi og finansiering	-
Dialog/høring	Ældreråd og handicapråd
Bilag	Vision for fælles sundhedshuse Region Hovedstaden 2014.pdf Udkast til regionsdækkende vision for fælles sundhedshuse dec 2015.pdf
Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 27-01-2016	<hr/> Udvalget tog orienteringen til efterretning. Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.
Fraværende	Henriette Gedde

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**7. Visitation og status pleje- og ældreboliger 2015**

Sagsnr.: 16/236

Punkttype Orientering**Tema** Udvalget orienteres en gang årligt om status for visitation til pleje- og ældreboliger.**Sagsbeskrivelse** Borgere visiteres til ældre- og plejebolig efter de gældende politiske godkendte kriterier samt lovgivning vedrørende plejeboliggaranti. Heri ligger, at borgere, der er godkendt til en almen plejebolig eller plejehjemsplads generelt, skal tilbydes en plads senest to måneder efter godkendelsen.

Allerød Kommune har i 2015 overholdt plejeboliggarantien.

Plejebolig:

Visitationen modtog i 2015 i alt 111 ansøgninger til plejebolig. 12 borgere var på venteliste fra 2014. Der var således i alt 123 ansøgere i 2015. 28 af ansøgningerne var fra borgere i andre kommuner, svarende til 25 % af ansøgningerne.

Der blev i alt anvist plejebolig til 93 borgere, en borger fik afslag, da vedkommende ikke opfyldte visitationskriterierne, og 4 borgere døde eller trak deres ansøgning, inden de blev tilbudt bolig. 7 borgere i Allerød søgte bolig i anden kommune.

Ved udgangen af 2015 var der 16 borgere, der ventede på plejebolig i Allerød Kommune og 2 der ventede på plejebolig i anden kommune. Der var ingen ledige plejeboliger.

1/3 2015 åbnede der 9 permanente boliger og 1 midlertidig demens bolig på Grøn gang på Plejecenter Engholm.

Ældrebolig:

Visitationen modtog i 2015 i alt 53 ansøgninger til ældrebolig. 2 borgere var godkendt i 2014. Der var således i alt 55 ansøgere i 2015. 5 ansøgninger var fra borgere i andre kommuner, mens 6 ansøgninger var fra borgere i Allerød, der søgte bolig i en anden kommune.

Der blev i alt anvist 19 ældreboliger. 12 borgere fik afslag, da de ikke opfyldte visitationskriterierne. 2 borgere døde eller trak deres ansøgning, inden de blev tilbudt bolig. Ved udgangen af 2015, var 16 borgere godkendt til ældrebolig, heraf søgte en borger ældrebolig i en anden kommune.

Der var ingen ledige ældreboliger.

	Ingen ældreboliger er gået til anden kommunal anvisning i Allerød Kommune i 2015.
Administrationens forslag	Forvaltningen anbefaler, at udvalget tager orienteringen til efterretning.
Afledte konsekvenser	-
Økonomi og finansiering	-
Dialog/høring	Ældreråd og handicapråd.
Bilag	Ventetid på plejebolig 2015 Ledige plejeboliger den 1. i hver måned, kontra borgere på venteliste 2015 diagram.xls.pdf - Ledige plejeboliger den 1. i hver måned, kontra borgere på venteliste 2015
Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 27-01-2016	<hr/> Udvalget tog orienteringen til efterretning. Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.
Fraværende	Henriette Gedde

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**8. Status ældre- og plejeboliger 2016**

Sagsnr.: 15/18196

Punkttype Orientering

Tema Udvalget orienteres om udvikling og kapacitetstilpasning på området for ældre- og plejeboliger. På mødet i april fremlægges en beslutningssag, hvor et eventuelt behov for kapacitetsudvidelser på kort eller lang sigt vil være konkretiseret, med baggrund i en opdateret befolkningsprognose.

Sagsbeskrivelse Udviklingen og demografien på ældreområdet har gennem flere år påvirket behovet for ældre- og plejeboliger. Status for området og den fremtidige plan blev senest behandlet i Sundheds- og Velfærdsudvalget april 2014, og genoptaget i august 2014, hvor det blev besluttet, at Forvaltningen skulle arbejde videre med et forslag til etablering af 40 – 65 demensboliger.

Sagen indgår i byrådets budget 2016-2019. Der er i 2016 budgetteret med for-projektering på 1 mio. kr. og anlæg i 2017 på 5 mio. kr. (serviceareal), og anlæg i 2018 på 3,5 mio. kr. (inventar) samt beregnet afledt drift i alt ca. 17,2 mio. kr. fra 2019.

For fortsat at sikre fokus og vurdering af behovet for ældre- og plejeboliger i takt med den demografiske udvikling, har forvaltningen opdateret bolignotatet fra 2014, se vedlagte bilag.

Det opdaterede notat beskriver den aktuelle status og de kommende udfordringer på området for ældre- og plejeboliger.

Kommunen råder aktuelt over 122 ældreboliger fordelt i alle byområder, samt 170 plejeboliger fordelt på de fire plejecentre: Engholm, Lyngehus, Mimosen og Skovvang. På Engholm er der desuden 11 midlertidige pladser, samt en midlertidig demensplads.

Desuden er der på Engholm 11 boliger, der er lukket med henblik på at indrette og anvende arealerne til genoptræning i henhold til byrådets beslutning. På Lyngehus er der 7 boliger samt 3 midlertidige boliger, der fortrinsvis anvendes til borgere med sociale og psykiske problemstillinger, og visiteres af Borgerservice i samarbejde med Socialpsykiatrien.

På baggrund af den demografiske udvikling med en stadig stigende andel af borgere over 75 år, en øget udvikling af antallet af borgere med demens, samt krav og forventninger i såvel Sundhedsaftale III som i udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen, har

Forvaltningen gennemgået området. Nuværende prognose med fremskrivning frem til 2020 viser at antallet af ældre over 75 år er estimeret til 2603 personer i Allerød Kommune. Det er en stigning på ca. 700 personer i forhold til 2015. I 2015 var behovet 0,09 plejebolig pr. borger over 75 år, hvilket svarer til et estimeret behov for ca. 235 plejeboliger i 2020.

Nationalt Videnscenter for Demens' fremskrivninger viser at antallet af demente i Allerød Kommune fra 2015 til 2020 stiger fra 391 til 474 personer. Erfaringer fra Allerød Kommune viser at det reelle antal af kendte demente er ca. 40% af Nationalt Videnscenters fremskrevne tal. Der er således tale om 156 personer i 2015 og forventet 190 personer i 2020.

Aktuelt har kommunen kendskab til ca. 140 borgere med demens eller demenslignende symptomer, heraf 55 hjemmeboende og 85 fordelt på samtlige plejecentre. Af de hjemmeboende er der løbende en andel, der nærmer sig at få behov for en demensbolig inden for kort tid her, 1-2 år.

I forhold til kommunens 11 midlertidige pladser opleves et stigende pres i perioder jf. bilag med figuren om belægning i 2015. De midlertidige pladser er med til at kommunen kan minimere udgifter til ventedage på sygehuset. Et økonomisk incitament er medfinansieringsmodellen, hvor kommunen fra 2015 og frem har betalt ca. 15.000 kr. pr. indlæggelse og genindlæggelse og ca. 2.000 kr. pr. døgn for ventedage.

Opsummerende i forhold til de faktorer, der har betydning for efterspørgslen på ældre- og plejeboliger er de væsentligste konklusioner at:

Demografi

- Antallet af ældre borgere stiger. I løbet af de næste 5 år, forventes antallet af ældre over 75 år at stige med ca. 36 %.
- Da risikoen for at udvikle demens stiger med alderen, må der forventes en betydelig vækst i antallet af demente i de kommende årtier.

Efterspørgsel på boliger

- Det er vanskeligt at vurdere behovet for flere ældre- og plejeboliger, hvorfor Forvaltningen følger udviklingen tæt
- Der er et stort pres på de midlertidige pladser pt. og det vurderes løbende om

kapaciteten er tilstrækkelig

- Det aktuelle antal ældreboliger dækker ikke behovet fremover

Forvaltningen følger fortsat situationen tæt, idet der er en stigende efterspørgsel efter særligt plejeboliger og midlertidige pladser, men samtidigt er det Forvaltningens oplevelse, at behovet varierer og hurtigt ændres.

Forvaltningen vil på denne baggrund udarbejde en prognose, der beskriver det forventede fremtidige behov for pleje- og ældreboliger. Prognosen forventes at være klar i april 2016 og på baggrund heraf vil det vise sig, hvilke beslutninger der er behov for, herunder vil følgende muligheder blive undersøgt nærmere.

- Kapacitet plejeboliger, herunder demensboliger. Mulighed for at fremskynde etablering og driftsbudget for det nye demenscenter ved Skovvang i budget 2017-2020. Forvaltningen vil udarbejde en konkret sag til byrådet vedrørende dette, såfremt det viser sig at der er behov for herfor.
- Kapacitet senior- og ældreboliger. Ud fra prognose, erfaring og tendenser de seneste år, hvor efterspørgslen på ældreboliger er stigende, vil behov og mulighed for at etablere nye almene ældreboliger blive nærmere undersøgt.
- Kapacitet midlertidige pladser ud fra et forventet stigende behov og pres fra hospitaler og region, samt et øget behov for træning, vente- og aflastningspladser. Behov og mulighed for at etablere yderligere midlertidige pladser vil blive belyst.

•

Administrationens forslag

Forvaltningen anbefaler, at udvalget tager orienteringen til efterretning

Afledte konsekvenser

-

Økonomi og finansiering	Der er ikke beregnet økonomi for skitserede muligheder.
Dialog/høring	Ældreråd og handicapråd
Bilag	Statusnotat Ældre- og Plejeboliger Allerød Kommune 210116
Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 27-01-2016	<hr/> Udvalget tog orienteringen til efterretning. Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.
Fraværende	Henriette Gedde

Signeret af:

Olav B. Christensen
Formand

Poul Albrechtsen
Næstformand

Gurli Nielsen
Medlem

Henriette Gedde
Medlem

Niels Kirkegaard
Medlem

Bilag: 3.1. Investeringsoversigt 2017-2020.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 2085/16

Investeringsoversigt 2017-2020 (2017-priser)					
Beløb i 1.000 kr. + = merudgifter, - = mindredgifter	2017	2018	2019	2020	Prioriteret beløb ved salgs-
Børn- og Skoleudvalget	4.575	6.625	0	0	
Om- og tilbygning af Tusindbassen	4.575				
Reinvestering - it på skoleområdet		6.625			
Betinget af salgsindtægter: Om- og tilbygning af Tusindbassen - udvidelse af projektet, når "Ny Blovstrød-byggeriet" etableres. Klatretræet og Tusindbassen fusioneres og Klatretræet afhændes.	0	0			19.500
Sundheds- og Velfærdsudvalget	-101	4.575	0	0	
Etablering af 40 demenspladser ved Skovvang Plejecenter samt to skærmede pladser. Anskaffelse af serviceareal i 2017 og inventar i 2018	5.084	3.558			
40 demenspladser ved Skovvang Plejecenter samt to skærmede pladser. Indtægt fra salg af areal	-7.625				
Aktivitetscenter (ifm. etablering af demenspladser).	2.440	1.017			
Teknik- og Planudvalget	15.357	10.167	4.591	0	
Anlægsprojekter for rekreative stier					
Kulturtorvet: Arealet mellem Skoven 4 og Mungo Park	6.100	6.100			
Trafiksanering, Blovstrød etape 2	1.898				
Supercykelsti - Forlængelse af Farumruten	1.259				
Supercykelsti - Forlængelse af Farumruten. Ændring af linjeføring via Nymøllevej. Beløbet på 4,0 mio. kr. er Allerød Kommunes egenfinansiering.	2.033				
Handleplan Trafik og Miljø - Prioritering af cykelstier på Hillerødvej de første år. Herefter prioriteres Kirkeltevej vest, Uggeløse bygede og Møllemosevej	4.067	4.067	4.067		
Naturlegepladser			524		

Investeringsoversigt 2017-2020 (2017-priser)					
Beløb i 1.000 kr. + = merudgifter, - = mindreudgifter	2017	2018	2019	2020	Prioriteret beløb ved salgs-
Betinget af salgsindtægter: Tillæg til Kulturtorvet - ny teatersal til Mungo Park. Der reserveres yderligere en kommunal medfinansiering af halvdelen af teatersalen		0			11.300
Betinget af salgsindtægter: Handleplan Trafik og Miljø - Cykelsti på Frederiksborgvej fra Amtsvej til Kollerødvej	0				3.500
Betinget af salgsindtægter: Handleplan Trafik og Miljø - resterende projekter/udvidelse af pulje		0			3.000
Kultur- og Idrætsudvalget	0	0	0	0	
Etablering af anretterkøkken i Skoven 4	0				250
Økonomiudvalget	6.211	6.211	25.935	30.000	
Energioptimering, "bølge 3" - Lånefinansieret	6.211	6.211	6.211		
Anlægsramme 2019 - omfatter i uprioriteret rækkefølge: tennishal og Dryland			19.724		
Anlægsramme 2020				30.000	
Skattefinansieret anlæg i alt	26.042	27.578	30.526	30.000	

Bilag: 3.2. Økonomiske driftsrammer for fagudvalgene 2014-2020

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 2267/16

Budgetoplæg 2017

	Mio.kr.i 2017 prisniveau							Indekseret udvikling (2014 = 100)						
	Regn- skab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020	Regn- skab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020
Allerød drift														
Børn og skoleudvalget														
Serviceudgifter														
Dagtilbudsområdet	116,2	110,5	106,4	106,1	107,3	109,4	109,4	100	95	92	91	92	94	94
Dagplejen	7,2	7,4	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6	100	103	92	92	92	92	92
Integrerede institutioner	110,3	104,2	98,4	98,5	99,7	101,8	101,8	100	95	89	89	90	92	92
Særlige dagtilbud og klubber	3,0	4,1	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	100	139	102	102	102	102	102
Klubber	15,0	15,3	16,1	15,7	15,7	15,7	15,7	100	102	107	105	105	105	105
Tilskud til privat pasning	4,2	3,5	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	100	85	92	92	92	92	92
Støtteressourcer	5,1	5,7	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	100	110	101	101	101	101	101
Pædagogstuderende	2,6	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	100	74	74	74	74	74	74
Køb af normal plader, dagtilbud	3,8	2,6	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	100	68	103	103	103	103	103
Salg af normal pladser, dagtilbud	-1,9	-1,0	-2,3	-2,3	-2,3	-2,3	-2,3	100	52	123	123	123	123	123
Forældrebetaling incl. søskenderabat + Fripladser Dagtilbud og klub	-33,5	-33,5	-30,4	-30,3	-30,3	-30,3	-30,3	100	100	91	91	91	91	91
Børnesprogskolen	0,4	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100	55	30	0	0	0	0
Skoleområdet	254,0	250,8	244,5	241,9	239,3	239,6	239,6	100	99	96	95	94	94	94
Folkeskoler	190,9	189,1	182,6	181,2	181,0	181,2	181,2	100	99	96	95	95	95	95
SFO	38,7	32,4	32,7	32,7	32,7	32,7	32,7	100	84	84	84	84	84	84
Specialskoler incl. SFO + Specialklasser + køb af specialskolepladser	68,2	60,2	64,5	64,5	64,5	64,5	64,5	100	88	95	95	95	95	95
Skolebiblioteket	2,3	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	100	90	88	88	88	88	88
Privat / statslige skoler og efterskoler	9,8	10,2	10,4	10,4	10,3	10,3	10,3	100	104	106	106	105	105	105
Allerød Ungdomsskole	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	100	101	99	99	99	99	99
Befordring af elever	3,5	6,7	6,5	6,4	6,4	6,4	6,4	100	189	185	181	181	181	181
Kommunikationscentret, KFS, Modersmålsundervisning, regionale inst., dansk skoleidræt, SSP, Projekter	2,2	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	100	107	109	109	109	109	109
Køb af normal pladser, skole/SFO	6,9	3,9	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	100	57	85	85	85	85	85
Salg af normal pladser, skole	-5,0	-5,4	-5,2	-5,2	-5,2	-5,2	-5,2	100	107	104	104	104	104	104
Flygtninge - modtageklasser	0,0	2,9	2,6	2,6	1,8	1,8	1,8		-	-	-	-	-	-
Forældrebetaling incl. søskenderabat + Fripladser SFO	-17,3	-16,3	-15,7	-15,7	-15,7	-15,7	-15,7	100	94	91	91	91	91	91
Indtægter - Egne specialskoler	-50,0	-40,9	-48,6	-48,6	-48,6	-48,6	-48,6	100	82	97	97	97	97	97
Besparelse 2016-2019 Restrukturering af specialområdet	0,0	0,0	0,0	-1,1	-2,6	-2,6	-2,6		-	-	-	-	-	-

Budgetoplæg 2017

	Regn- skab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020		Regn- skab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020
Statslig tjenestemandspension	1,3	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0		100	80	152	152	152	152	152
Udsatte børn	40,5	50,9	53,4	51,3	52,1	51,8	51,8		100	126	132	127	129	128	128
Skoleophold	2,0	2,1	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5		100	104	126	126	126	126	126
Kommunale specialskoler	2,3	2,5	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7		100	111	120	120	120	120	120
Ungdomsuddannelse for unge med særlige behov	1,2	1,4	1,5	1,3	1,3	1,3	1,3		100	122	128	109	109	109	109
Plejefamilier og opholdssteder	13,1	18,3	18,9	16,9	17,6	17,1	17,1		100	140	144	129	134	130	130
Anbringelser	9,4	7,7	8,5	8,5	8,7	8,9	8,9		100	81	90	90	92	94	94
Døgninstitutioner	5,8	10,8	10,3	10,3	10,3	10,3	10,3		100	187	179	179	179	179	179
Sikrede døgninstitutioner	0,9	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2		100	128	132	132	132	132	132
Aflastning handicappede	3,3	4,3	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5		100	128	135	135	135	135	135
Rådgivning og rådgivningsinstitutioner	1,9	1,7	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4		100	92	126	126	126	126	126
Ledsageordninger for personer med nedsat funktions?	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2		100	105	158	158	158	158	158
Det specialiserede børneområde, borgerrettede udgifter, lægeattest, kørsel, supervision, m.v.	0,6	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8		100	146	135	135	135	130	130
Øvrige	15,4	15,7	14,5	14,6	14,6	14,6	14,6		100	102	94	94	94	94	94
Sundhedsplejen	3,5	3,8	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6		100	107	102	102	102	102	102
Tandplejen	10,7	10,7	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2		100	100	95	95	95	95	95
Børnenaturcentret Vestre hus	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8		100	94	92	100	100	100	100
B&u-politik(R14), Strukturanalyse (FV15)	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		100	112	0	0	0	0	0
Overførselsudgifter															
Integrationsprogram og forløb	-0,6	-0,6	-1,2	-1,2	-1,2	-1,2	-1,2		100	102	209	209	209	209	209
Sociale formål (børn med nedsat arbejdsevne)	3,7	3,3	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4		100	87	91	91	91	91	91
Refusioner særligt dyre enkeltsager															
Særligt dyre enkeltsager	-1,6	-2,8	-2,1	-2,1	-2,1	-2,1	-2,1		100	179	134	134	134	134	134
Sundheds og velfærdsudvalget															
Serviceudgifter															
Ældreområdet	140,1	152,9	157,9	160,6	164,8	187,2	187,2		100	109	113	115	118	134	134
Hjemmehjælp i hjemmet	38,9	34,5	36,4	38,3	40,8	43,6	43,6		100	89	93	98	105	112	112
Elevuddannelser SOSU området	4,2	5,0	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7		100	120	111	111	111	111	111
Ældreområdet, administration, projekter og ikke udmøntet	-1,0	1,1	-0,8	-2,5	-2,5	15,1	15,1		100	-114	84	263	263	-1576	-1576
Hjælpebidler	13,5	14,2	15,7	16,5	17,5	18,7	18,7		100	106	116	122	130	139	139

Budgetoplæg 2017

	Regn- skab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020		Regn- skab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020
Terminalpleje	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4		100	85	85	85	85	85	85
Finansiering af sundhedsydelse	1,6	1,3	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6		100	80	98	98	98	98	98
Vederlagsfri fysioterapi	4,7	4,7	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8		100	100	104	103	103	103	103
Allerød borgere udenbys (plejecenter/hjemmepleje)	8,4	9,5	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3		100	113	111	111	111	111	111
Udenbys borgere i Allerød, ældrepleje	-26,2	-28,7	-29,6	-29,6	-29,6	-29,6	-29,6		100	109	113	113	113	113	113
Frit valg området hjemmepleje (netto)	0,6	3,7	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2		100	620	28	32	37	37	37
Hjemmesygepleje	7,9	7,9	9,7	10,3	10,9	11,7	11,7		100	100	123	129	138	148	148
Midlertidige pladser pleje	8,5	9,0	8,2	8,2	8,2	8,2	8,2		100	107	96	96	96	96	96
Akutteam hjemmeplejen	0,0	0,7	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9			-	-	-	-	-	-
Daghjem	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1		100	95	95	95	95	95	95
Den kommunale hjemmepleje, fællesudgifter	5,8	6,0	7,0	7,2	7,3	7,3	7,3		100	103	122	124	125	125	125
Plejecentre, drift	70,0	81,0	84,8	85,6	85,6	85,6	85,6		100	116	121	122	122	122	122
Pensionistkovtur, tilskud til frivillige samt fælleskommunale projekter	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5		100	87	89	105	105	105	105
Afholdelse af førstehjælpskursus	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1			-	-	-	-	-	-
Sundhedsområdet	10,4	11,2	11,1	12,1	12,5	12,9	12,9		100	108	107	117	121	124	124
Forebyggelse	1,8	2,8	3,0	3,6	3,6	3,6	3,6		100	154	164	200	200	200	200
Genoptræningen	8,5	8,5	8,1	8,5	8,9	9,2	9,2		100	99	95	99	104	108	108
Det specialiserede socialområde	95,3	96,8	92,8	92,8	92,8	92,8	92,9		100	102	97	97	97	97	98
Driftsikring af boligbyggeri	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		100	150	0	0	0	0	0
Specialundervisning til voksne	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		100	107	107	107	107	107	107
Ungdomsuddannelse for unge med særlige behov	5,1	3,5	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2		100	70	63	63	63	63	63
Projekt Lighed i sundhed	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			-	-	-	-	-	-
Pleje og omsorg m.v. af ældre og handicappede	5,7	7,7	6,8	6,8	6,8	6,8	6,8		100	134	120	120	120	120	120
Forebyggende indsats for ældre og handicappede	-9,5	-8,8	-2,0	-2,0	-2,0	-2,0	-1,8		100	93	21	21	21	21	19
Plejehjem og beskyttede boliger	0,5	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6		100	127	110	110	110	110	110
Hjælpe midler, forbrugsgoder, boligindretning og befording	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		100	77	104	104	104	104	104
Plejevederlag og hjælp til sygeartikler o.lign. ved pasning af døende i eget hjem	0,0	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3			-	-	-	-	-	-
Rådgivning og rådgivningsinstitutioner	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6		100	107	118	118	118	118	118
Botilbud for personer med særlige sociale problemer (§§109-110)	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4		100	130	123	123	123	123	123
Alkohol- og stofmisbrugsbehandling (efter servicelovens § 101 og sundhedslovens § 141 og 142)	2,9	3,3	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2		100	115	112	112	112	112	112
Botilbud til længerevarende ophold (§ 108)	50,7	51,8	46,6	46,6	46,6	46,6	46,6		100	102	92	92	92	92	92
Botilbud til midlertidigt ophold (§ 107)	21,7	19,7	15,4	15,4	15,4	15,4	15,4		100	91	71	71	71	71	71

Budgetoplæg 2017

	Regn- skab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020		Regn- skab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020
Kontaktperson- og ledsageordninger (§§ 45,97-99)	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0		100	104	108	108	108	108	108
Beskyttet beskæftigelse (§ 103)	5,8	6,1	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6		100	106	97	97	97	97	97
Aktivitets- og samværstilbud (§ 104)	9,5	9,5	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0		100	101	105	105	105	105	105
Øvrige udgifter	4,8	4,5	4,7	4,6	4,6	4,6	4,6		100	93	97	97	97	97	97
Overførsel af administrationsomkostninger til kt. 6 vedr. omkostningsbaserede takster	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1		100	96	96	96	96	96	96
Udgifter ifm. begravelser	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		100	129	109	109	109	109	109
Kørsel til lægebesøg	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2		100	100	107	107	107	107	107
Lægeattester og tolkning i Borgerservice	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8		100	92	96	96	96	96	96
Glad Mad og Rådhuskantinen	1,1	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9		100	90	87	87	87	87	87
Glad Service	0,2	0,0	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2		100	-2	143	128	128	128	128
Allerød Bo og Støtte	17,4	16,5	17,0	17,0	17,0	17,0	16,9		100	95	98	98	98	98	97
Social Rehabilitering og Integration	7,1	7,2	7,2	7,2	7,2	7,2	7,2		100	101	102	102	102	102	102
Overførselsudgifter	55,6	57,2	57,2	56,6	56,6	56,6	56,6		100	103	103	102	102	102	102
Førtidspension	40,1	42,1	42,0	41,5	41,5	41,5	41,5		100	105	105	103	103	103	103
Boligstøtte	13,2	12,5	12,6	12,6	12,6	12,6	12,6		100	95	95	95	95	95	95
Personlige tillæg m.v.	1,4	1,4	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6		100	101	118	118	118	118	118
Sociale formål	0,9	1,2	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9		100	132	109	101	101	101	101
Udgifter medfinansiering															
Medfinansiering af sundhedsvæsenet	87,2	86,4	91,6	92,3	92,5	92,5	92,5		100	99	105	106	106	106	106
Ældreboliger															
Ældreboliger, lejetab	3,4	1,5	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2		100	45	6	6	6	6	6
Refusioner særligt dyre enkeltsager															
Indtægter fra den centrale refusionsordning (særligt dyre enkeltsager)	-5,2	-5,1	-4,6	-4,6	-4,6	-4,6	-4,6		100	98	89	89	89	89	89
Teknik og planudvalget															
Serviceudgifter															

Budgetoplæg 2017

	Regn- skab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020		Regn- skab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020
Busdrift															
Busdrift	16,9	19,3	16,7	16,6	16,5	16,5	16,5		100	114	99	98	98	98	98
Byggesagsgebyrer															
Byggesagsbehandling	-1,3	-1,0	-1,7	-1,7	-1,7	-1,7	-1,7		100	75	132	132	132	132	132
Planarbejde m.v.															
Planarbejde m.v.	0,9	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8		100	84	96	96	96	96	96
Kommunale veje	31,4	34,2	35,8	36,2	36,6	36,6	36,6		100	109	114	115	117	117	117
Veje (asfalt, stier, fortove)	8,5	9,9	9,2	9,4	9,4	9,4	9,4		100	117	109	111	111	111	111
Veje (vejbelysning)	7,0	7,2	7,2	7,2	7,2	7,2	7,2		100	104	104	104	104	104	104
Veje (vejafvanding)	2,2	1,8	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3		100	80	106	106	106	106	106
Veje (vejafmærk, trafiksign.,broer, trafiksikkerhed m.v.)	0,7	1,4	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2		100	201	165	165	165	165	165
Park og vej - (konto 2 Transport og infrastruktur)	9,3	10,3	10,3	10,5	10,8	10,8	10,8		100	111	111	113	117	117	117
Vinterberedskab	3,8	3,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6		100	96	149	149	149	149	149
Udenomsarealer	3,0	3,8	3,9	3,9	3,8	3,8	3,8		100	126	131	129	127	127	127
Park og vej - (konto 3.01 - folkeskoler)	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3		100	106	105	103	103	103	103
Park og vej - (konto 5.14 - dagsinstitutioner)	1,2	1,0	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7		100	78	58	58	58	58	58
Park og vej - (øvrige områder)	1,1	2,4	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7		100	208	242	241	235	235	235
Park og vej - eksterne indtægter	-0,6	-0,8	-0,8	-0,8	-0,8	-0,8	-0,8		100	138	138	138	138	138	138
Klima og miljøudvalget															
Serviceudgifter															
Ambitiøst miljøarbejde	3,4	3,1	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4		100	91	71	71	71	71	71
Naturbeskyttelse	2,7	1,0	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5		100	38	54	56	56	56	56
Miljøbeskyttelse	1,5	2,2	2,3	2,0	2,0	2,0	2,0		100	151	160	134	134	134	134
Kultur og Idrætsudvalget															
Serviceudgifter															
Folkeoplysning	4,5	4,5	3,7	3,7	0,0	0,0	0,0		100	99	82	82	0	0	0
Folkeoplys. (Lovbundne udg.)															
Mellemkomm.ref./lokaletilsk./lokalebooking	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0			-	-	-	-	-	-
Allerørdning, tilskud oplysningsforbund, udv.pulje (lovbundne, men fastsættes af byrådet)	0,0	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0			-	-	-	-	-	-

Budgetoplæg 2017

	Regn- skab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020		Regn- skab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020
Øvrige konti under Folkeoplysning; Tilsk.udsatte børn, klassekamp m.v.	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0			-	-	-	-	-	-
Folkeoplysning (2014-2016 - ej opdelt på underomr.)	4,5	4,5	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0		100	99	82	0	0	0	0
Kulturområdet	23,7	22,3	20,7	20,7	20,7	20,7	20,7		100	94	88	88	88	88	88
Egnsteaterstøtte Mungo Park, børnetater og andre kulturelle opgaver	3,7	3,9	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8		100	106	102	102	102	102	102
Allerød kommunale musikskole	5,1	5,0	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6		100	98	91	91	91	91	91
Allerød bibliotek	14,9	13,4	12,4	12,4	12,4	12,4	12,4		100	90	83	83	83	83	83
Erhvervs- og Beskæftigelsesudvalget															
Serviceudgifter															
Erhvervsindsatser	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8		100	112	138	138	138	138	138
Tilskud til julebelysning	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1			-	-	-	-	-	-
Væksthuse og erhvervspolitiske målsætninger	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7		100	112	115	115	115	115	115
Uddannelsesindsatser	3,8	3,6	3,6	3,5	3,5	3,5	3,5		100	95	95	92	92	92	92
UU Sjælsø	3,0	2,8	2,8	2,7	2,7	2,7	2,7		100	95	93	90	90	90	90
Produktionsskoler	0,9	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9		100	95	102	102	102	102	102
Øvrige udgifter	2,0	0,4	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6		100	18	28	28	28	28	28
Løn til forsikrede ledige og personer under den særlige uddannelsesordning, den midlertidige arbejdsmarkedsydelsesordning eller med ret til kontantydelse ansat i kommuner	0,2	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4		100	133	158	158	158	158	158
Regional sundhedskoordinator tilknyttet jobcentret	1,8	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2		100	3	12	12	12	12	12
Overførselsudgifter															
Ydelser	60,3	62,7	66,4	64,0	60,3	60,3	60,3		100	104	110	106	100	100	100
Kontanthjælp til udlændinge omfattet af integrationsprogrammet og integrationsydelse	4,2	7,1	11,0	9,1	7,0	7,0	7,0		100	168	262	216	166	166	166
Sygedagpenge	29,4	26,4	21,9	21,5	21,5	21,5	21,5		100	90	74	73	73	73	73
Kontant- og uddannelseshjælp	11,4	11,8	12,3	12,2	12,2	12,2	12,2		100	104	108	107	107	107	107
Afløb og tilbagebetalinger mv. vedr. aktiverede kontant- og uddannelseshjælpsmodtagere	5,0	5,2	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3		100	104	125	125	125	125	125

Budgetoplæg 2017

	Regn- skab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020		Regn- skab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020
Særlig uddannelsesordning, midlertidig arbejdsmarkedsydelsesordning og kontantydelsesordning	0,5	0,0	1,6	1,6	0,0	0,0	0,0		100	-2	306	306	0	0	0
Revalidering, ressourceforløb og fleksjobordninger mv.	0,8	0,6	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1		100	79	134	134	134	134	134
Løntilskud m.v. til personer i fleksjob og personer i løntilskudsstillinger i målgruppe §2, nr. 6, jf. lov om en aktiv beskæftigelsesindsats (tidligere skånejob) samt modtagere af ledighedsydelse	5,4	4,9	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1		100	91	-3	-3	-3	-3	-3
Ressourceforløb og jobafklaringsforløb	3,2	6,3	8,5	8,5	8,5	8,5	8,5		100	198	267	267	267	267	267
Ledighedsydelse	0,0	0,0	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4			-	-	-	-	-	-
Driftsudgifter til den kommunale beskæftigelsesindsats	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		100	91	116	116	116	116	116
Beskæftigelsesordninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		100	33	26	26	26	26	26
Jobcenter indsatser	24,8	24,1	35,9	35,4	34,7	34,6	34,6		100	97	145	143	140	139	139
Erhvervsgrunduddannelsers skoleophold	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1		100	55	51	51	51	51	51
Integrationsprogram og introduktionsforløb m.v.	2,6	1,7	5,9	5,5	4,9	4,9	4,9		100	66	225	209	186	186	186
Kontanthjælp til udlændinge omfattet af integrationsprogrammet og integrationsydelse	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		100	15	114	114	114	114	114
Sygedagpenge	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		100	57	113	113	113	113	113
Afløb og tilbagebetalinger mv. vedr. aktiverede kontant- og uddannelseshjælpsmodtagere	0,8	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3		100	25	39	39	39	39	39
Særlig uddannelsesordning, midlertidig arbejdsmarkedsydelsesordning og kontantydelsesordning	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0		100	10	94	0	0	0	0
Revalidering, ressourceforløb og fleksjobordninger mv.	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		100	-8	-29	-29	-29	-29	-29
Løntilskud m.v. til personer i fleksjob og personer i løntilskudsstillinger i målgruppe §2, nr. 6, jf. lov om en aktiv beskæftigelsesindsats (tidligere skånejob) samt modtagere af ledighedsydelse	9,8	10,6	14,3	14,3	14,2	14,1	14,1		100	107	145	146	144	143	143
Ressourceforløb og jobafklaringsforløb	0,7	0,7	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4		100	96	188	188	188	188	188
Ledighedsydelse	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			-	-	-	-	-	-
Driftsudgifter til den kommunale beskæftigelsesindsats	5,4	4,1	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5		100	76	101	101	101	101	101
Seniorjob for personer over 55 år	1,0	0,7	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0		100	64	98	98	98	98	98
Beskæftigelsesordninger	4,0	5,9	7,2	7,2	7,2	7,2	7,2		100	148	179	179	179	179	179
Udgifter til forsikrede ledige															

Budgetoplæg 2017

	Regn- skab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020		Regn- skab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020
Dagpenge og beskæftigelsesindsatser til forsikrede ledige	30,2	29,3	26,8	24,8	24,8	24,8	24,8		100	97	89	82	82	82	82
Dagpenge til forsikrede ledige	28,5	28,4	25,3	23,3	23,3	23,3	23,3		100	100	89	82	82	82	82
Beskæftigelsesindsats for forsikrede ledige	1,8	0,9	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5		100	50	84	84	84	84	84
Økonomiudvalget															
Serviceudgifter															
Forvaltningsløn	99,9	106,1	106,5	105,8	105,8	105,8	105,8		100	106	107	106	106	106	106
Forvaltningsløn m.v. sekretariat og direktion	11,3	13,0	10,8	10,9	10,9	10,9	10,9		100	115	96	97	97	97	97
Forvaltningsløn m.v. Økonomi og IT	13,7	14,0	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4		100	103	98	98	98	98	98
Forvaltningsløn m.v. Personale	5,8	6,2	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9		100	107	102	102	102	102	102
Forvaltningsløn m.v. Plan og Byg	6,3	6,7	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6		100	107	106	106	106	106	106
Forvaltningsløn m.v. Teknik og Drift	4,0	3,4	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9		100	84	120	120	120	120	120
Forvaltningsløn m.v. Natur og Miljø	6,1	6,2	5,8	5,6	5,6	5,6	5,6		100	101	95	92	92	92	92
Forvaltningsløn m.v. Borgerservice	19,7	21,1	23,9	23,9	23,9	23,9	23,9		100	107	121	121	121	121	121
Forvaltningsløn m.v. Ældre og Sundhed	10,6	12,3	12,2	12,0	12,0	12,0	12,0		100	115	115	113	113	113	113
Forvaltningsløn m.v. familier	9,8	11,1	11,4	10,9	10,9	10,9	10,9		100	113	116	111	111	111	111
Forvaltningsløn m.v. Skole og dagtilbud	5,5	4,9	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7		100	89	85	85	85	85	85
PPR - Forvaltningsløn	7,0	7,1	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9		100	101	98	98	98	98	98
Bygningsdrift	68,9	88,2	91,1	94,5	96,8	96,2	96,2		100	128	132	137	140	140	140
Forbrugsafgifter (el, varme, gas, vand m.v.)	22,7	20,6	18,5	15,8	15,2	14,6	14,6		100	91	82	70	67	64	64
Bygningsrenovering	0,0	15,5	20,7	25,8	31,0	31,0	31,0			-	-	-	-	-	-
Risikostyring og forsikringer - ejendomme	0,0	4,8	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9			-	-	-	-	-	-
Udlejningsejendomme, bygningsdrift	2,6	3,5	5,3	6,1	5,2	5,2	5,2		100	136	207	238	202	202	202
Udlejningsejendomme, leje af pavillioner	0,1	2,3	4,8	4,8	0,9	0,9	0,9		100	1550	3311	3311	642	642	642
Udlejningsejendomme, huslejeindtægter	-5,5	-7,6	-9,4	-9,2	-6,7	-6,7	-6,7		100	139	170	167	122	122	122
Allerød Service - Personaleudgifter	17,9	15,6	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4		100	87	75	75	75	75	75
Allerød Service - Drift og vedligehold	13,1	16,0	17,1	17,1	17,1	17,1	17,1		100	122	130	131	131	131	131
Allerød Service - Rengøring	17,8	17,2	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4		100	97	92	92	93	93	93
Rådhuset inv. Vedligeholdelse, inventar mm.	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3		100	110	131	131	131	131	131
Centrale udgifter og puljer	32,2	28,1	30,1	31,0	31,7	31,8	31,8		100	87	93	96	98	99	99
Kurser, hovedudvalg, kontingenter, repræsentation, advokatbistand, kommunikation og annoncer	6,7	2,4	2,5	2,9	2,9	2,9	2,9		100	36	38	43	43	43	43

Budgetoplæg 2017

	Regn- skab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020		Regn- skab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020
Personalepolitiske tiltag	3,1	2,6	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4		100	85	111	111	111	111	111
Kontorelever	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0		100	112	102	97	97	97	97
Løn- og barselspuljer	9,4	9,9	9,7	9,7	9,7	9,7	9,7		100	105	103	103	103	103	103
Tjenestemandspension	5,7	5,7	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6		100	101	99	99	99	99	99
Forsikring ansvar og arbejdsskade mm.	3,6	3,0	4,6	4,7	4,9	5,0	5,0		100	83	127	131	135	138	138
Administrationsindtægter brugerfinansieret område	-0,5	-0,9	-0,9	-0,9	-0,9	-0,9	-0,9		100	182	182	182	182	182	182
Administrationsbidrag til udbetaling Danmark	3,2	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7		100	115	115	115	115	115	115
Udbud og indkøb	0,1	0,6	0,5	1,0	1,5	1,5	1,5		100	850	698	1456	2213	2213	2213
IT-udgifter	38,1	42,3	42,0	42,0	41,9	41,5	41,5		100	111	110	110	110	109	109
Kombit Monopolbrud	0,0	-0,1	1,2	1,3	1,1	0,7	0,7			-	-	-	-	-	-
It Infrastruktur og hardware	8,7	11,8	11,8	11,8	11,8	11,8	11,8		100	135	135	135	135	135	135
It fællesudgifter og forsendelse	3,4	1,9	2,4	2,3	2,3	2,3	2,3		100	58	72	70	70	70	70
It-drift og support	7,1	7,5	6,8	6,8	6,8	6,8	6,8		100	105	96	96	96	96	96
It-systemer	18,9	21,2	19,8	19,8	19,8	19,8	19,8		100	112	105	105	105	105	105
Politisk organisation	6,8	6,2	6,2	6,2	5,8	5,8	5,8		100	91	92	92	85	85	85
Politisk organisation: Udvalgenes budgetter	1,1	0,5	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7		100	48	65	65	65	65	65
Kommisioner, råd og nævn	0,5	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4		100	93	99	99	96	96	96
Valg	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8		100	120	99	105	99	99	99
Vederlag og diæter til kommunalbestyrelsen	4,5	4,3	4,3	4,3	3,9	3,9	3,9		100	96	96	96	86	86	86
Redningsberedskab															
Redningsberedskab - kontrakt §60-selskab	6,7	5,7	5,4	5,4	5,4	5,9	5,9		100	85	81	81	81	88	88
Øvrige	-0,5	-0,2	-0,6	-0,6	-2,2	-2,2	-2,2		100	33	107	114	427	427	427
Landinspektør, grønne områder, nyttehave, forpagtningsaftale, borgmesterens konto samt tilskud til politiske partier	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0		100	96	69	67	0	0	0
Ydelsesstøtte (almene boliger og ungdomsboliger), tinglysning, revision, gebyrer	1,6	1,9	1,6	1,5	0,0	0,0	0,0		100	121	97	95	0	0	0
Overførsel af administrationsomkostninger til kt. 6 vedr. omkostningsbaserede takster	-2,2	-2,1	-2,1	-2,1	-2,1	-2,1	-2,1		100	96	96	96	96	96	96
Plan og byg - diverse udgifter	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		100	-201	15	15	15	15	15
Vielser	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			-	-	-	-	-	-
Salg af legitimationskort, sundhedskort og folkeregisteroplysninger	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1		100	116	137	137	137	137	137
Fremme af digitaliseringsinitiativer i Borgerservice	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		100	651	651	651	651	651	651

Budgetoplæg 2017

	Regn- skab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020		Regn- skab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020
Overførselsudgifter															
Ældreboliger															
Ydelsesstøtte, ældreboliger	-2,7	-2,5	-2,5	-2,5	-2,5	-2,5	-2,5		100	96	96	96	96	96	96

Bilag: 3.3. Fagudvalgenes proces for borger- og brugerinddragelse

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 4536/16

NOTAT

Allerød Kommune

Økonomi og It
Bjarkesvej 2
3450 Allerød
<http://www.alleroed.dk>

Budgetlægningsproces 2017 - 2020 i Fagudvalgene

Dato: 11. januar 2016

Fagudvalgene skal beslutte en proces for borger- og brugerinddragelse på det pågældende udvalgs område. Dialogen skal være gennemført inden 19. april 2016.

Sagsnr. 15/17648

Fagudvalgene spiller en central rolle i budgetlægningsprocessen, og har i henhold til budgetstrategien 2017-2020 ansvaret for senest 19. april 2016 på udvalgets område at beslutte følgende:

- Forslag til driftsbesparelser, det vil sige reduktioner i serviceydelse
- Løbende driftseffektiviseringer gennem strukturløsninger, bygningskomprimering, optimering af arbejds gange mv.

Fagudvalgene er ifølge budgetstrategien 2017-2020 ansvarlige for, at dette sker under hensyn til *borger- og brugerinddragelse*.

Økonomiudvalget har desuden tilrettelagt en generel proces for borger- og brugerinddragelse, ligesom der foregår en dialog med Hovedudvalget og Økonomiudvalget.

Forvaltningen sikrer derudover den relevante inddragelse i forhold til ledere, medarbejdere og relevante faglige organisationer.

Dette notat indeholder Forvaltningens forslag til fagudvalgenes proces. Forvaltningen anbefaler, at fagudvalgenes dialog tager udgangspunkt i de etablerede samarbejdsorganer.

Forslag til bruger og borgerinddragelse på fagudvalgenes områder

Børn og Skoleudvalget

- Skole-, dagtilbuds- og klubområdet: Almindelige bestyrelsesmøder
- 0-18 årsområdet: Byrådet har vedtaget "Projektplan "Fælles afsæt – fælles udvikling", hvor der er planlagt dialog, jf. den reviderede projektplan.
- Skoleområdet: Skolebestyrelserne inddrages bl.a. via "Kommunalt samarbejdsforum" – et fælles dialogforum mellem skolebestyrelser og Forvaltning.
- Specialskoler og gruppeordninger indgår projektplanen "Fælles afsæt – fælles udvikling". Dialogen sker endvidere via handicaprådet og med skolebestyrelserne.

Sundheds og velfærdsudvalget



- Ældreområdet: Dialogen sker via ældre- og handicaprådet, som udvalget afholder dialogmøde med.
- Det specialiserede voksenområde: Dialogen sker via handicaprådet, som udvalget afholder dialogmøde med.

Udvalget afholder dialogmøde med ældre- og handicaprådet, hvilket sker på udvalgmøderne.

Teknik og planudvalget

- Ingen relevante samarbejdsfora.

Klima og miljøudvalget

- Dialogen sker via Rådet for Bæredygtig Udvikling på rådets møder den 24. februar og den 24. maj 2016. Rådet består af repræsentanter for kommunens grønne foreninger, erhvervsorganisationer, arbejdsgiver- og arbejdstagerorganisationer og byrådspolitikere og giver således stemme til en bred palet af interesser. Rådet afgiver skriftligt høringssvar.

Kultur og Idrætsudvalget

- Idrætsområdet: Dialogen sker via brugerrådene på idrætsområde.

Erhvervs- og Beskæftigelsesudvalget

- Ingen relevante samarbejdsfora.

Økonomiudvalget

- Ingen relevante samarbejdsfora.



Bilag: 3.4. Præsentation for fagudvalgene januarfebruar møder

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 4626/16

Økonomiske driftsrammer for fagudvalgene

Præsentation for fagudvalgene ultimo januar/primo februar 2016

Indholdsfortegnelse

- Besparelsesrammer og besparelseskraav ift. Servicerammen
- Tidsplan for fagudvalgenes budgetproces
- Omprioriteringsønsker og politiske inputs til budgetprocessen
- Samlet skattefinansieret driftsbudget
- Børn- og Skoleudvalget
- Sundheds- og Velfærdsudvalget
- Teknik- og Planudvalget
- Klima- og Miljøudvalget
- Kultur- og Idrætsudvalget
- Erhvervs- og beskæftigelsesudvalget
- Økonomiudvalget

Forslag til besparelser 2017 - fordeling

(2017-priser, i mio. kr.)

Serviceudgifter i mio. kr.	Budget 2017	Udvalgets andel af i %	Forslag i mio. kr.	Forslag i pct. af service-udgifter	Forslag i pct. af driftsudgifter
Børn- og Skoleudvalget	414,0	38,2%	12,1	2,9%	2,9%
Sundheds- og velfærdsudv	294,6	27,2%	8,6	2,9%	2,0%
Teknik- og Planudvalget	55,8	5,2%	1,6	2,9%	2,9%
Klima- og Miljøudvalget	5,9	0,5%	0,2	2,9%	2,9%
Kultur- og Idrætsudvalget	24,4	2,3%	0,7	2,9%	2,9%
Erhvervs- og Beskæftigelsesudv.	4,6	0,4%	0,1	2,9%	0,1%
Økonomiudvalget	284,3	26,2%	8,3	2,9%	3,0%
I alt	1.083,7	100,0%	31,8	2,9%	2,4%

Krav til besparelsesforslag skal ikke tages som udtryk for, hvilken prioritering Byrådet endeligt beslutter sig for. Besparelsens størrelse udtrykker, at Byrådet ønsker handlemuligheder til budgetforhandlingerne.

Budgetreduktion i 2016 – fordelt på udvalg mio. kr.

Børne- og skoleudvalget	-9,8
Sundheds- og Velfærdsudvalget	-9,5
Teknik- og Planudvalget	-3,6
Klima- og Miljøudvalget	0,0
Kultur- og idrætsudvalget	-1,4
Erhvervs- og beskæftigelsesudvalget	-1,3
Økonomiudvalget	-9,2
I alt	-34,8

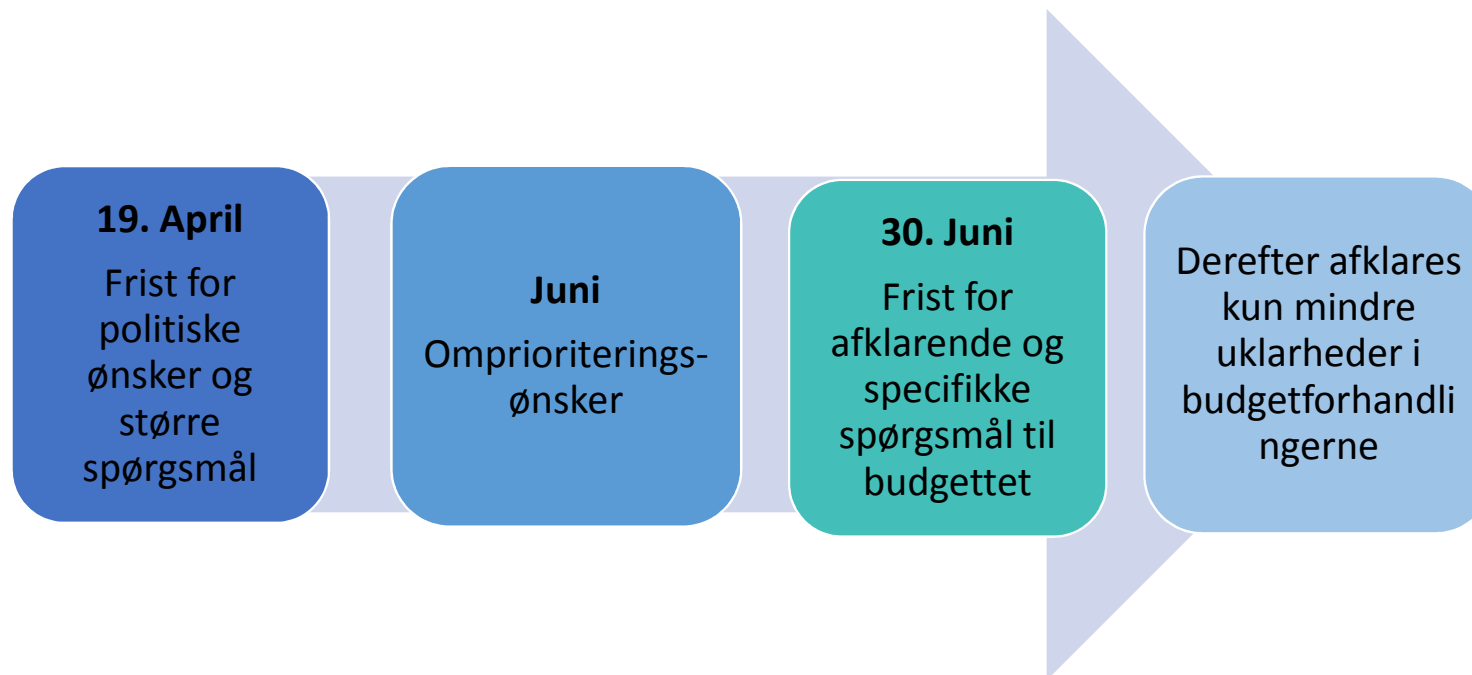
Skøn over besparelseskraav for at overholde servicerammen

- Nuværende serviceudgifter i budget 2017 udgør 1.083,7 mio. kr.
- Servicerammen reduceres som følge af omprioriteringsbidraget på 1 pct., det er usikkert hvorvidt der tilbageføres en andel til kommunerne uden bindinger
- Skønnet serviceramme i 2017 med et omprioriteringsbidrag på 0,5 pct. udgør 1.079,2 mio.kr., og indebærer et besparelseskraav 4,5 mio. kr. for at overholde servicerammen.
- Skønnet serviceramme i 2017 med et omprioriteringsbidrag på 1 pct. udgør 1.073,8 mio. kr., og indebærer et besparelseskraav på 9,9 mio. kr. for at overholde servicerammen.

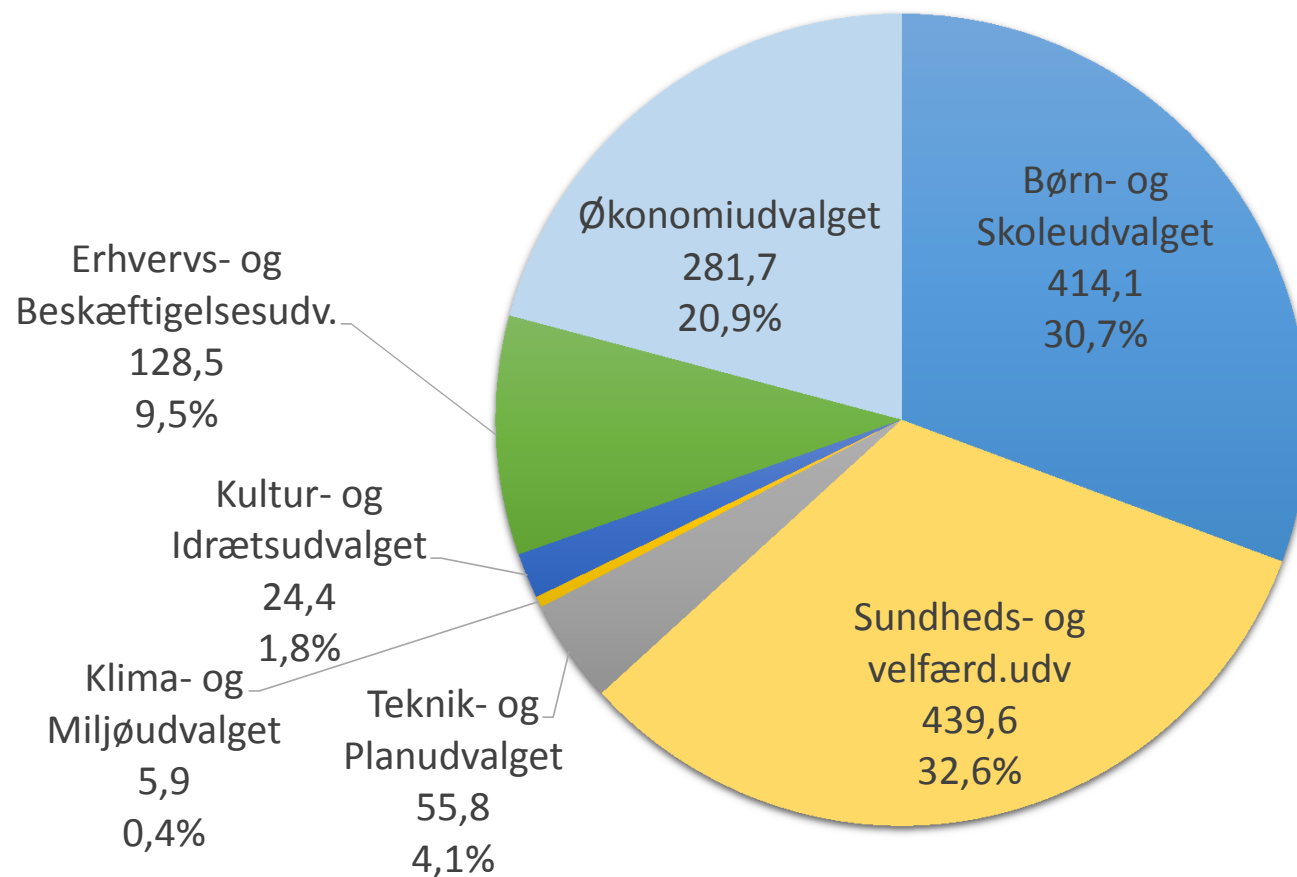
Tidsplan for fagudvalgenes budgetproces

Måned	Indhold	Hvad fremlægges
Januar	Fagudvalgene Fagudvalgenes arbejde med effektiviseringer og besparelser igangsættes, og der besluttet en dialog med borgere og brugere	<ul style="list-style-type: none"> - Statusnotat 1 vedr. budget 2017-2020 - Økonomiske driftsrammer for hvert fagudvalg - Forslag til proces for bruger- og borgerinddragelse
Januar- april	Fagudvalgene Dialog med borgere og brugere	
Marts	Fagudvalgene Fagudvalgenes behandler forslag til effektiviseringer og servicereduktioner på baggrund af oplæg fra Forvaltningen	<ul style="list-style-type: none"> - Katalog med forslag til effektiviseringer og servicereduktioner på udvalgets område
April	Fagudvalgene Fagudvalgenes beslutter forslag til effektiviseringer og servicereduktioner på baggrund af oplæg fra Forvaltningen	<ul style="list-style-type: none"> - Katalog med forslag til effektiviseringer og servicereduktioner på udvalgets område
15/4,16/4	Byrådet Forårsseminar: Udvalgsformændene informerer byrådet om status på budgetlægningsprocessen.	
Maj	Fagudvalgene Fagudvalgene inddrager nøgletal i prioriteringen af servicereduktionerne	<ul style="list-style-type: none"> - Nøgletal - Katalog med forslag til servicereduktioner på udvalgets område prioriteret med udgangspunkt i nøgletal og oversendes til økonomiudvalget til et samlet besparelseskatalog
29/6	Byråd Udvalgsformændene præsenterer besparelsesforslag og prioritering disse	<ul style="list-style-type: none"> - Det samlede besparelseskatalog med udvalgenes prioriterede besparelsesforslag

Omprioriteringsønsker og politiske inputs til budgetprocessen



Allerød skattefinansierede driftsbudget 2017 på 1,35 mia.kr. (ekskl. rammebesparelser, i mio. kr., nettobudget)



Budget 2017 (budgetforslag) svarer til det pris- og lønfremskrevne budgetoverslagsår, som vedtaget i budget 2016-2019. Der er ikke foretaget ændringer som følge af f.eks. mængde-reguleringer eller andre forhold

Skattefinansieret drift 2017 fordelt på rammer – alle udvalg

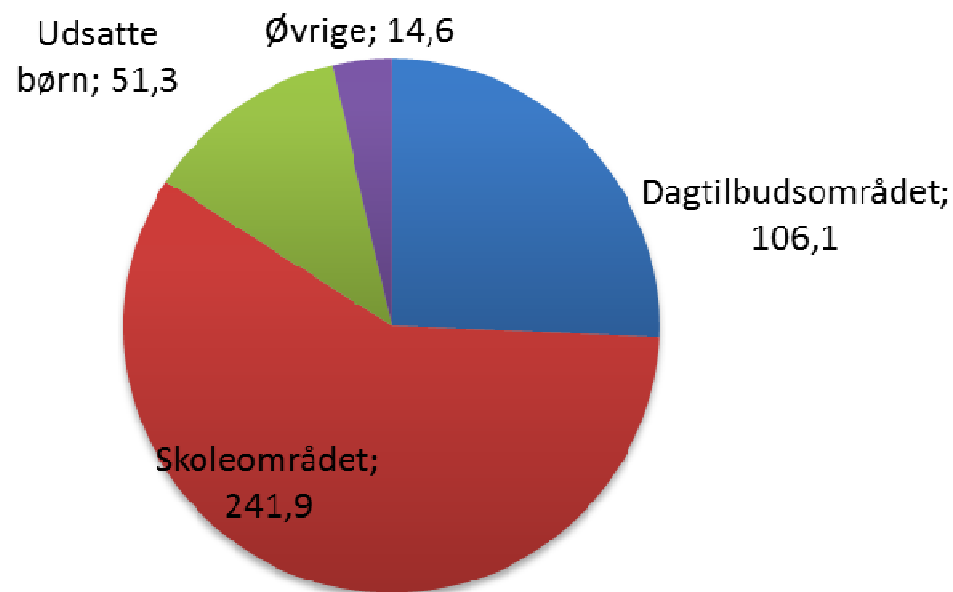
Mio. kr.	Udgifter	Indtægter	Total
Serviceudgifter	1.288,8	-205,1	1.083,7
Overførselsudgifter	231,0	-72,7	158,2
Udgifter til forsikrede ledige	27,9	-3,1	24,8
Udgifter til medfinansiering	92,3	0,0	92,3
Ældreboliger	3,4	-5,7	-2,3
Refusioner vedr. særligt dyre enkeltsager	0,0	-6,7	-6,7
I alt	1.643,3	-293,3	1.349,9

Børn- og Skoleudvalget

Udvalgsfordeling på rammer og områder

Mio. kr.	Udgift	Indtægt	Total
Serviceudgifter	541,1	-127,1	414,0
Overførselsudgifter	6,8	-4,6	2,2
Refusioner særligt dyre enkeltsager	0,0	-2,1	-2,1
I alt	547,9	-133,8	414,1

Fordeling på hovedområder (serviceudgifter)



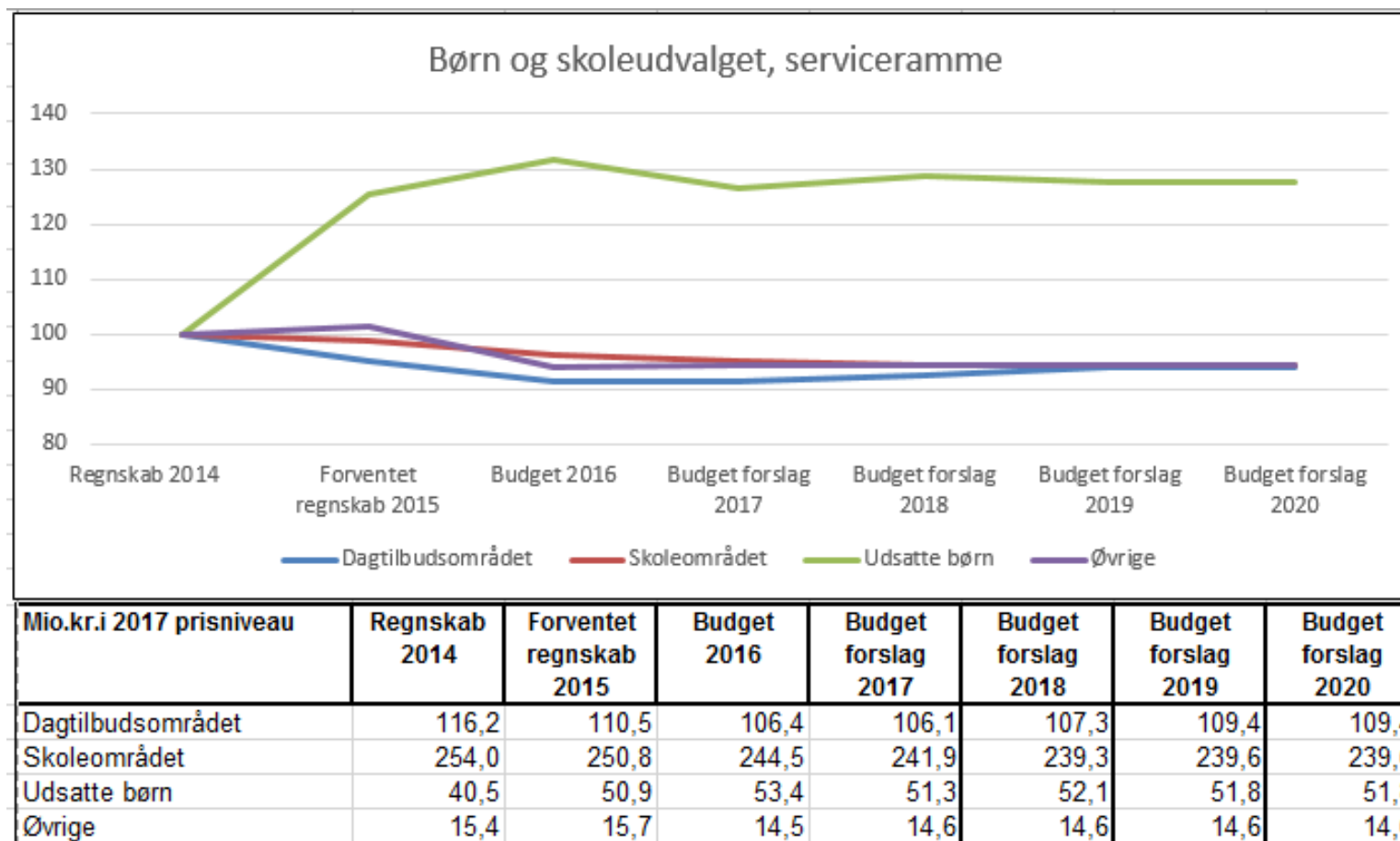
Børn- og skoleudvalget

<i>Budget i mio. kr.</i>	
Forvaltning (8,2 pct)	33,9
Virksomheder (91,8 pct.)	380,1
<i>Budget virksomheder</i>	
Allerød Tandpleje	10,2
Blovstrød skole	24,1
Lynge skole	41,7
Skovvangskolen	31,5
Lillerød skole	35,6
Engholmskolen	41,7
Ravnsholtskolen	31,4
Maglebjergskolen	28,2
Centerklasserne Skovvangskolen	10,2
Kongevejsskolen	6,1
Allerød Ungdomsskole	2,5

<i>Budget virksomheder</i>	
Børnehuset Grøftekanten	17,1
Børnehuset Kirsebærgården	7,0
Lynge Børnehus	5,5
Børnehuset Blommehaven	10,7
Skovvang Børnehus	6,5
Blovstrød Børnehus	8,8
Lillerød Børnehus	11,6
Ørnevang Børnehus	6,0
Børnehuset Molevitten	11,8
Firkløveret	13,9
Klub Vest	13,5
Klub Hobitten	4,6

Børn- og Skoleudvalget – udvikling

Nedenfor vises udviklingen på områderne fra 2014-2020 i indeks-tal. 2014 er indeks 100.

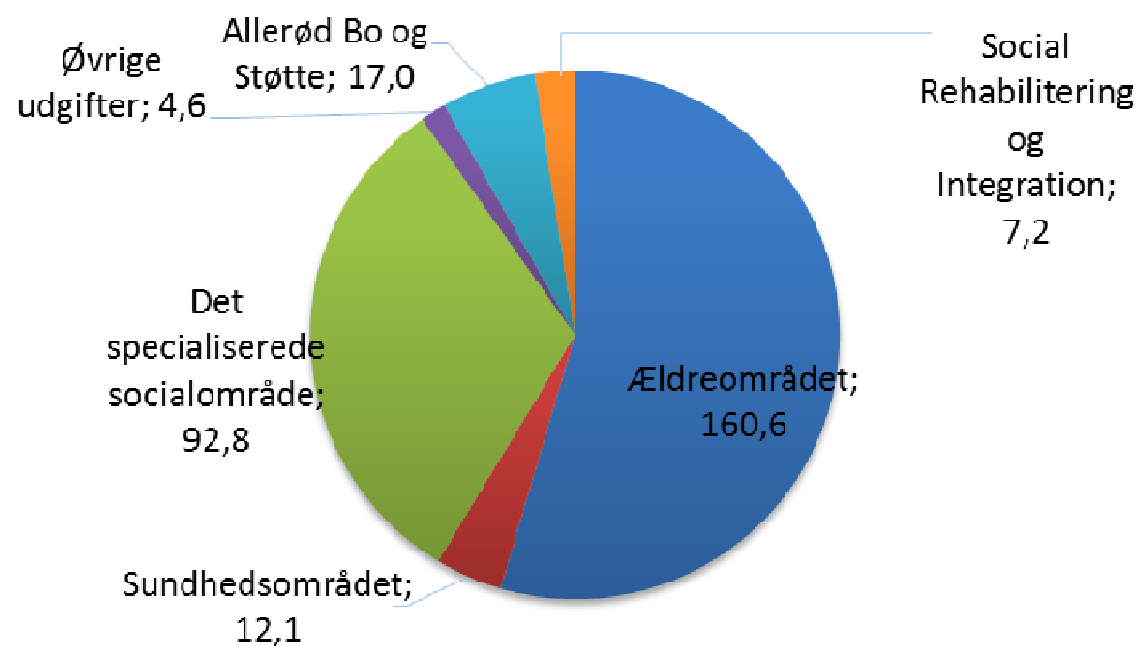


Sundheds- og velfærdsudvalget

Udvalgsfordeling på rammer

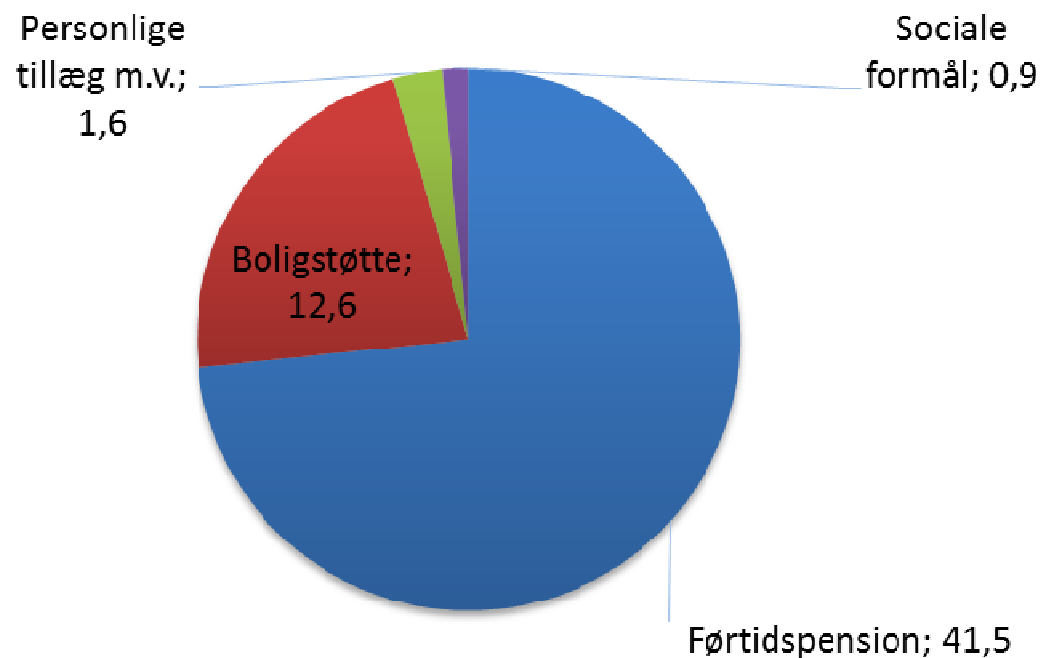
Mio. kr.	Udgift	Indtægt	Total
Serviceudgifter	350,7	-56,1	294,6
Overførselsudgifter	63,1	-6,2	56,9
Medfinansering	92,3	0,0	92,3
Ældreboliger	0,3	0,0	0,3
Refusioner særligt dyre enkeltsager	0,0	-4,6	-4,6
I alt	506,4	-66,8	439,6

Fordeling på hovedområder (serviceudgifter)



Sundheds- og velfærdsudvalget

Fordeling på hovedområder (overførselsudgifter)

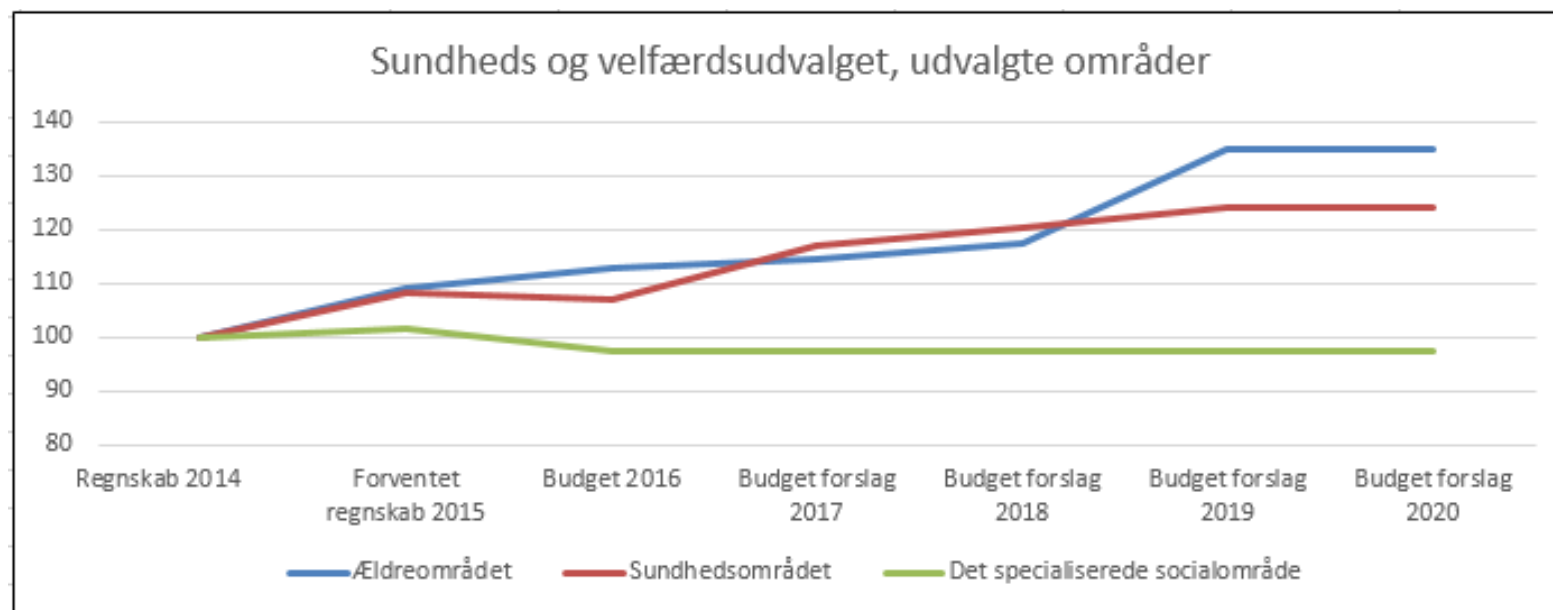


Sundheds- og velfærdsudvalget

<i>Budget i mio. kr.</i>	
Forvaltning (66,1 pct)	290,6
Virksomheder (33,9 pct.)	149,0
<i>Budget virksomheder</i>	
Genoptræning	8,5
Skovvang Plejecenter	25,6
Engholm Plejecenter	26,8
Lyngehus Plejecenter	19,3
Mimosen Plejecenter	13,9
Hjemmeplejen	30,8
Allerød bo og støtte	16,9
Social rehabilitering og Integration	7,2

Sundheds- og velfærdsudvalget - udvikling

Nedenfor vises udviklingen på områderne fra 2014-2020 i indeks-tal. 2014 er indeks 100.



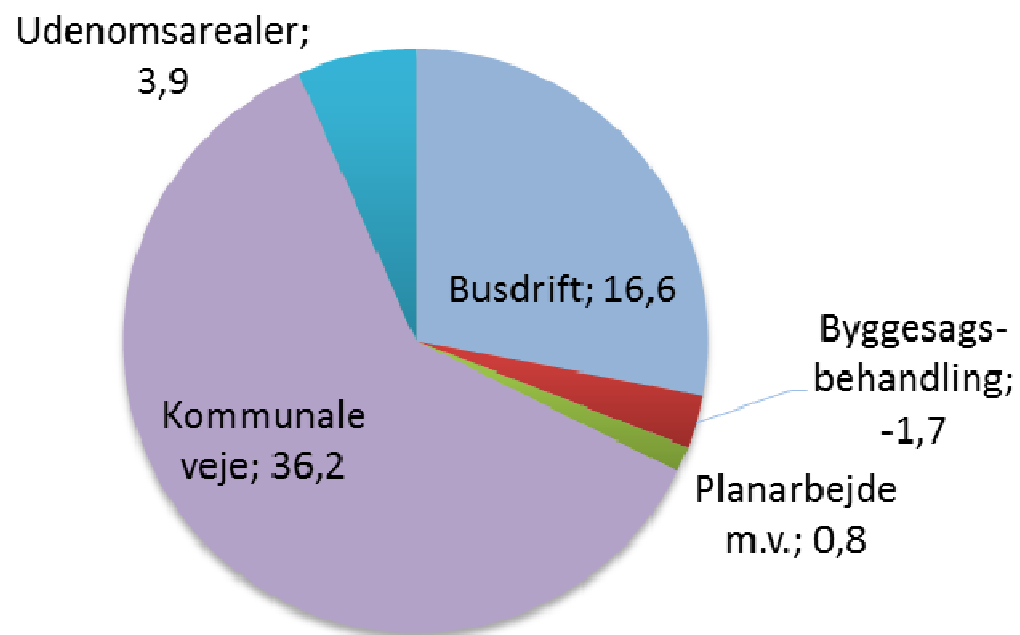
Mio.kr.i 2017 prisniveau	Regnskab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020
Ældreområdet	140,1	152,9	157,9	160,6	164,8	188,9	188,9
Sundhedsområdet	10,4	11,2	11,1	12,1	12,5	12,9	12,9
Det specialiserede socialområde	95,3	96,8	92,8	92,8	92,8	92,8	92,9

Teknik- og Planudvalget

Udvalgsfordeling på rammer

Mio. kr.	Udgift	Indtægt	Total
Serviceudgifter	58,5	-2,7	55,8
I alt	58,5	-2,7	55,8

Fordeling på hovedområder

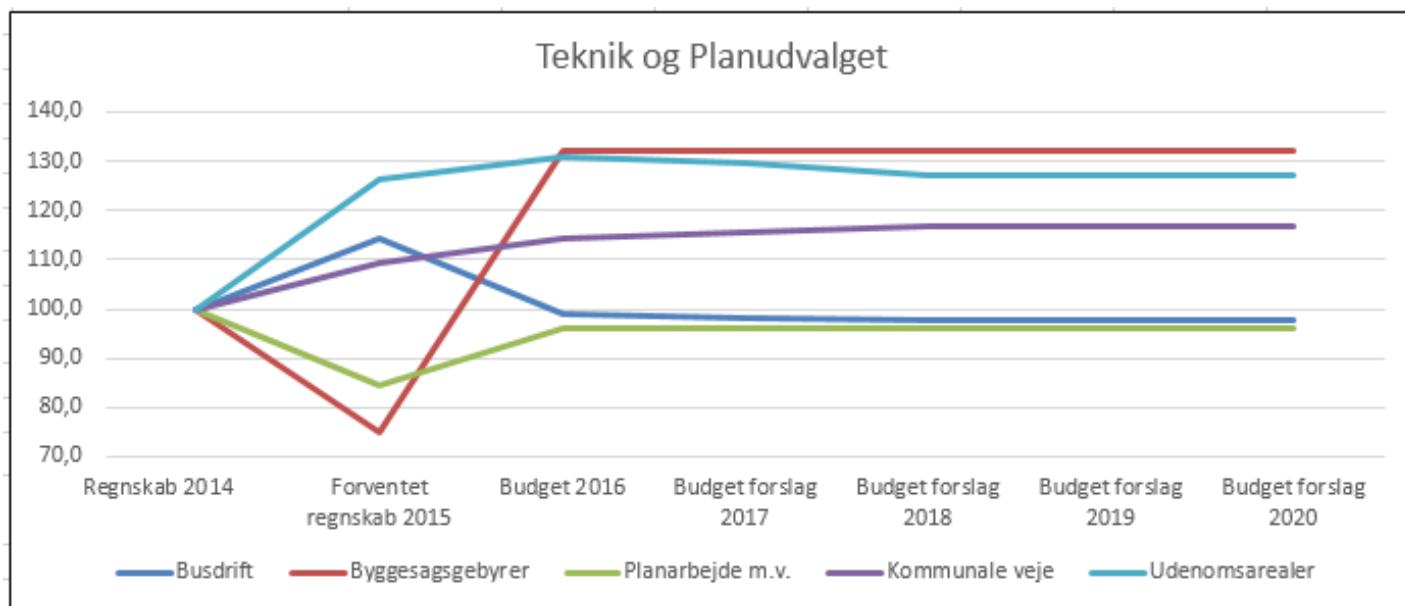


Teknik- og Planudvalget

<i>Budget i mio. kr.</i>	
Forvaltning (64,2 pct)	35,8
Virksomheder (35,8 pct.)	20,0
<i>Budget virksomheder</i>	
Park og Vej (herunder vinterberedskab)	20,0

Teknik- og Planudvalget - udvikling

Nedenfor vises udviklingen på områderne fra 2014-2020 i indeks-tal. 2014 er indeks 100.



Mio.kr.i 2017 prisniveau	Regnskab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020
Busdrift	16,9	19,3	16,7	16,6	16,5	16,5	16,5
Byggesagsgebyrer	-1,3	-1,0	-1,7	-1,7	-1,7	-1,7	-1,7
Planarbejde m.v.	0,9	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Kommunale veje	31,4	34,2	35,8	36,2	36,6	36,6	36,6
Udenomsarealer	3,0	3,8	3,9	3,9	3,8	3,8	3,8

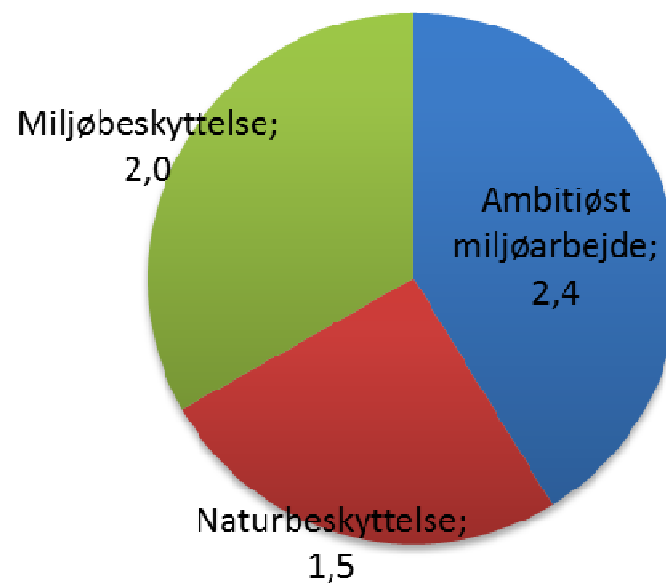
Klima- og Miljøudvalget

Udvalgsfordeling på rammer

Mio. kr.	Udgift	Indtægt	Total
Serviceudgifter	6,3	-0,4	5,9
I alt	6,3	-0,4	5,9

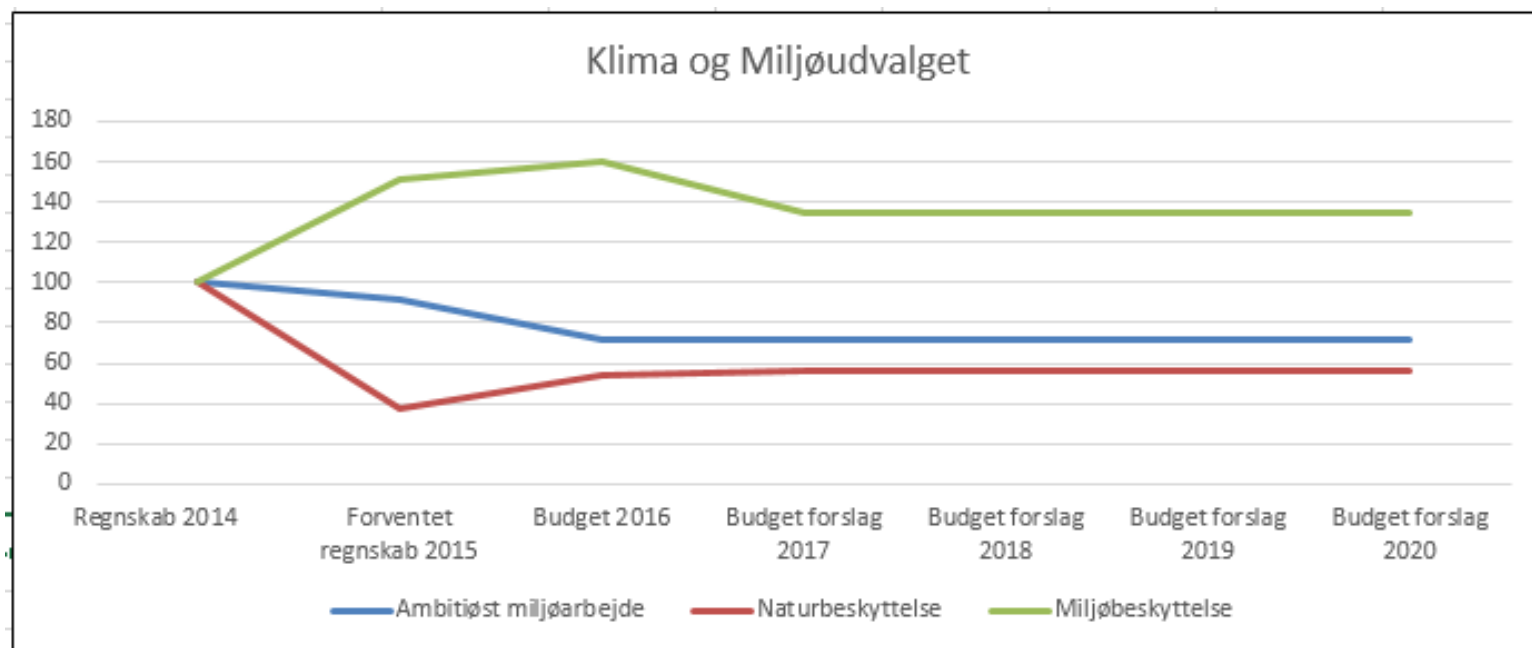
Budgettet ligger udelukkende i
Forvaltningen

Fordeling på områder



Klima- og miljøudvalget – udvikling

Nedenfor vises udviklingen på områderne fra 2014-2020 i indeks-tal. 2014 er indeks 100.



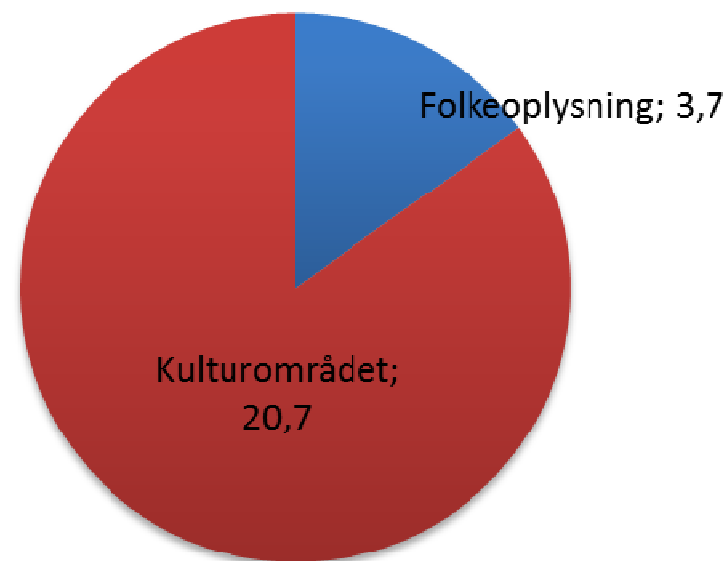
Mio.kr.i 2017 prisniveau	Regnskab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020
Ambitiøst miljøarbejde	3,4	3,1	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4
Naturbeskyttelse	2,7	1,0	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5
Miljøbeskyttelse	1,5	2,2	2,3	2,0	2,0	2,0	2,0

Kultur- og idrætsudvalget

Udvalgsfordeling på rammer

Mio. kr.	Udgift	Indtægt	Total
Serviceudgifter	31,2	-6,8	24,4
I alt	31,2	-6,8	24,4

Fordeling på hovedområder

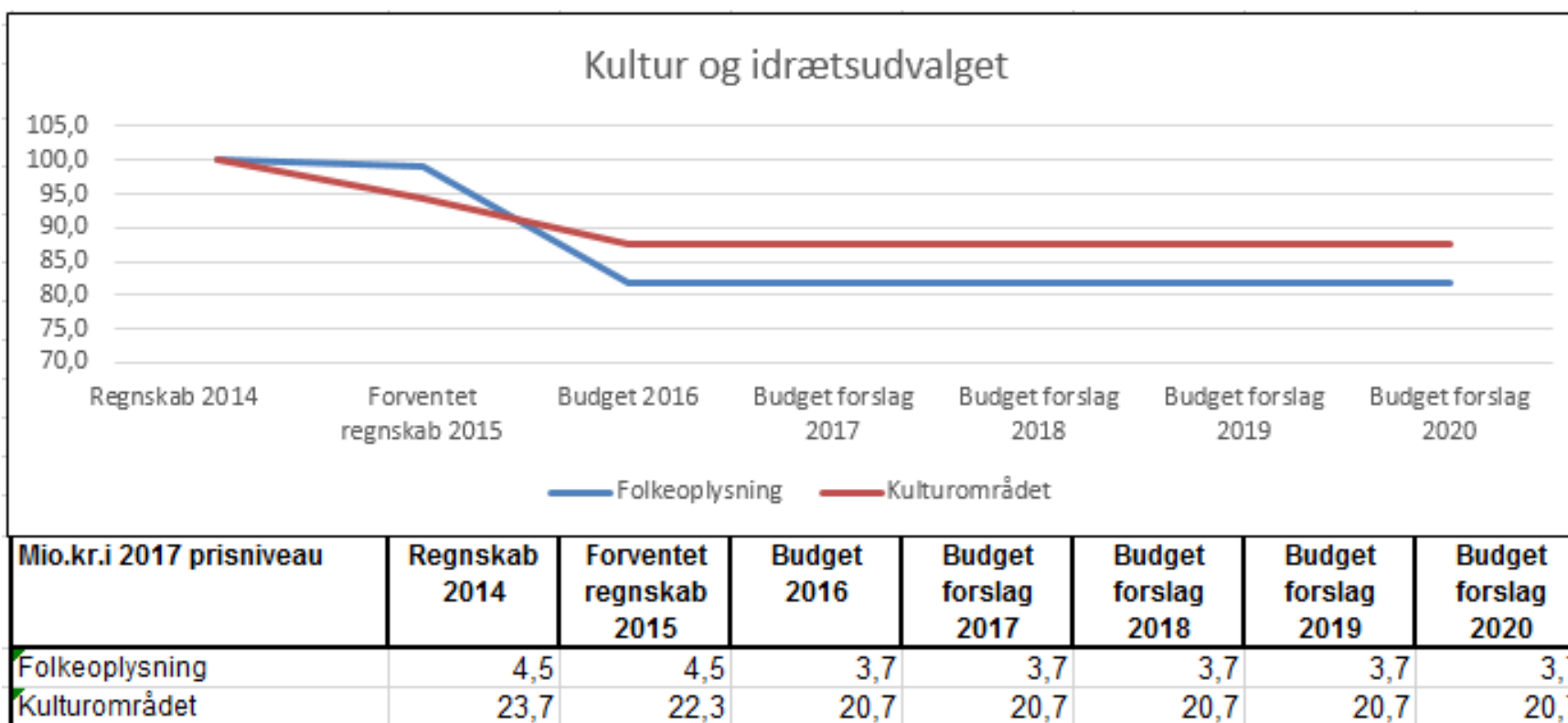


Kultur- og idrætsudvalget

<i>Budget i mio. kr.</i>	
Forvaltning (15,4 pct)	3,8
Virksomheder (84,6 pct.)	20,6
<i>Budget virksomheder</i>	
Allerød Kommunale Musikskole	4,6
Folkeoplysning (Allerød Service)	3,7
Allerød Bibliotek	12,4

Kultur- og idrætsudvalget - udvikling

Nedenfor vises udviklingen på områderne fra 2014-2020 i indeks-tal. 2014 er indeks 100.



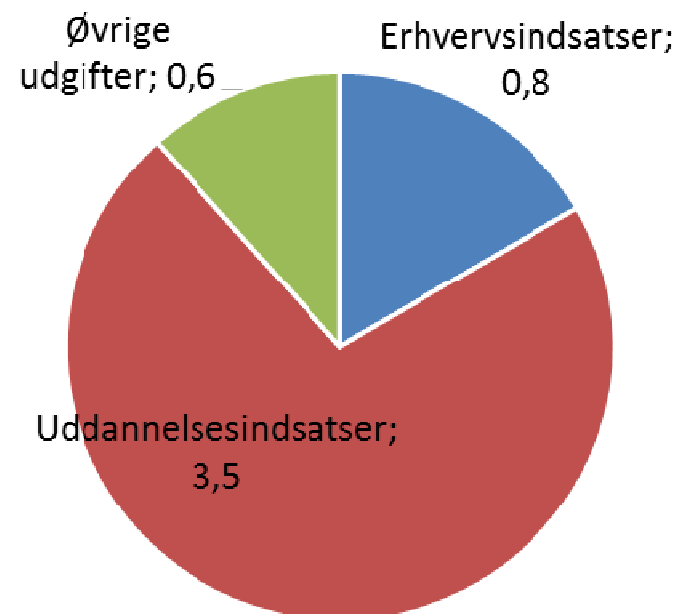
Erhvervs- og beskæftigelsesudvalget

Udvalgsfordeling på rammer

Mio. kr.	Udgift	Indtægt	Total
Serviceudgifter	4,8	-0,2	4,6
Overførselsudgifter	161,0	-61,9	99,1
Udgifter til forsikrede ledige	27,9	-3,1	24,8
I alt	193,7	-65,2	128,5

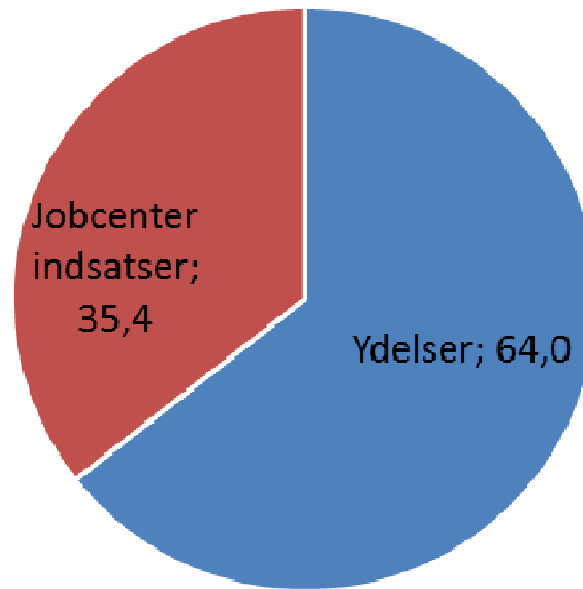
Budgettet ligger udelukkende i Forvaltningen

Fordeling på hovedområder (serviceudgifter)



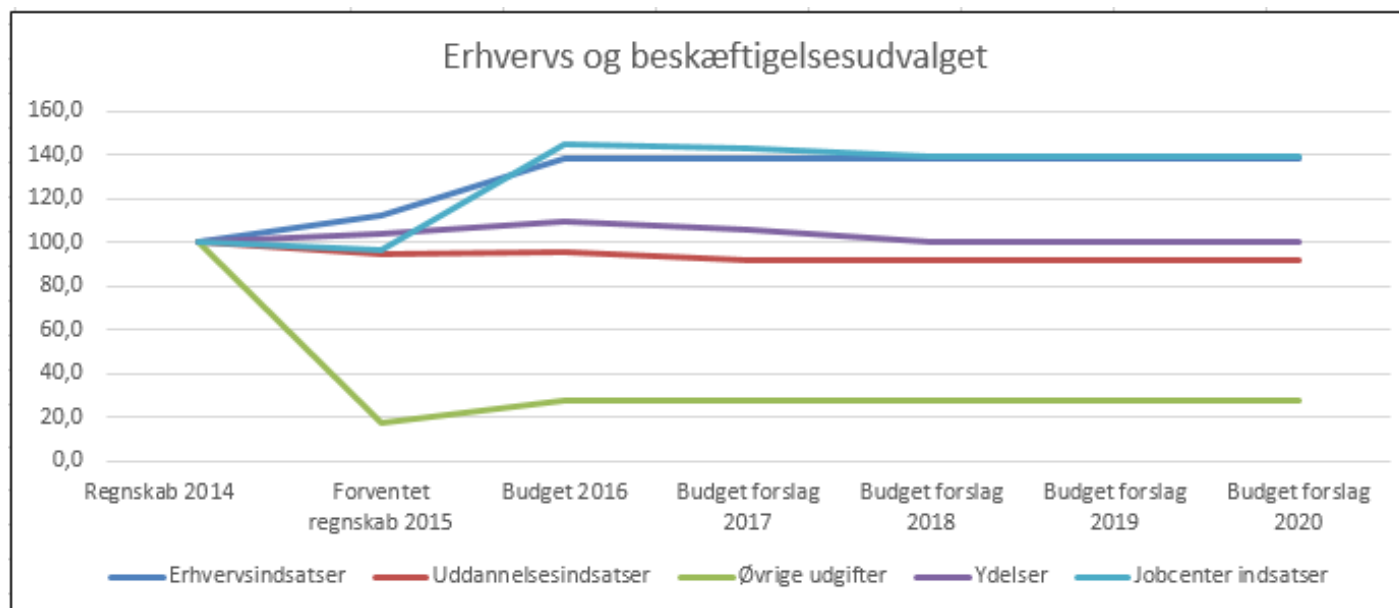
Erhvervs- og beskæftigelsesudvalget

Fordeling på hovedområder (overførselsudgifter)



Erhvervs- og beskæftigelsesudvalget - udvikling

Nedenfor vises udviklingen på områderne fra 2014-2020 i indeks-tal. 2014 er indeks 100.



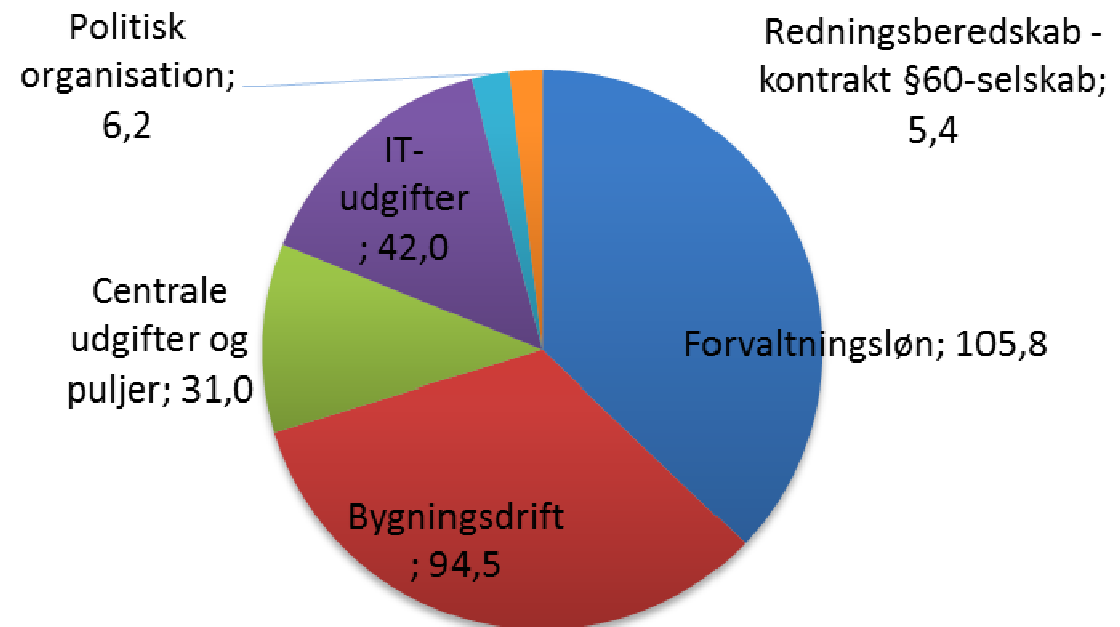
Mio.kr.i 2017 prisniveau	Regnskab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020
Erhvervsindsatser	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Uddannelsesindsatser	3,8	3,6	3,6	3,5	3,5	3,5	3,5
Øvrige udgifter	2,0	0,4	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Ydelser	60,3	62,7	66,4	64,0	60,3	60,3	60,3
Jobcenter indsatser	24,8	24,1	35,9	35,4	34,7	34,6	34,6

Økonomiudvalget

Udvalgsfordeling på rammer

Mio. kr.	Udgift	Indtægt	Total
Serviceudgifter	296,2	-11,8	284,3
Ældreboliger	3,1	-5,7	-2,7
I alt	299,2	-17,5	281,7

Fordeling på hovedområder (serviceudgifter)

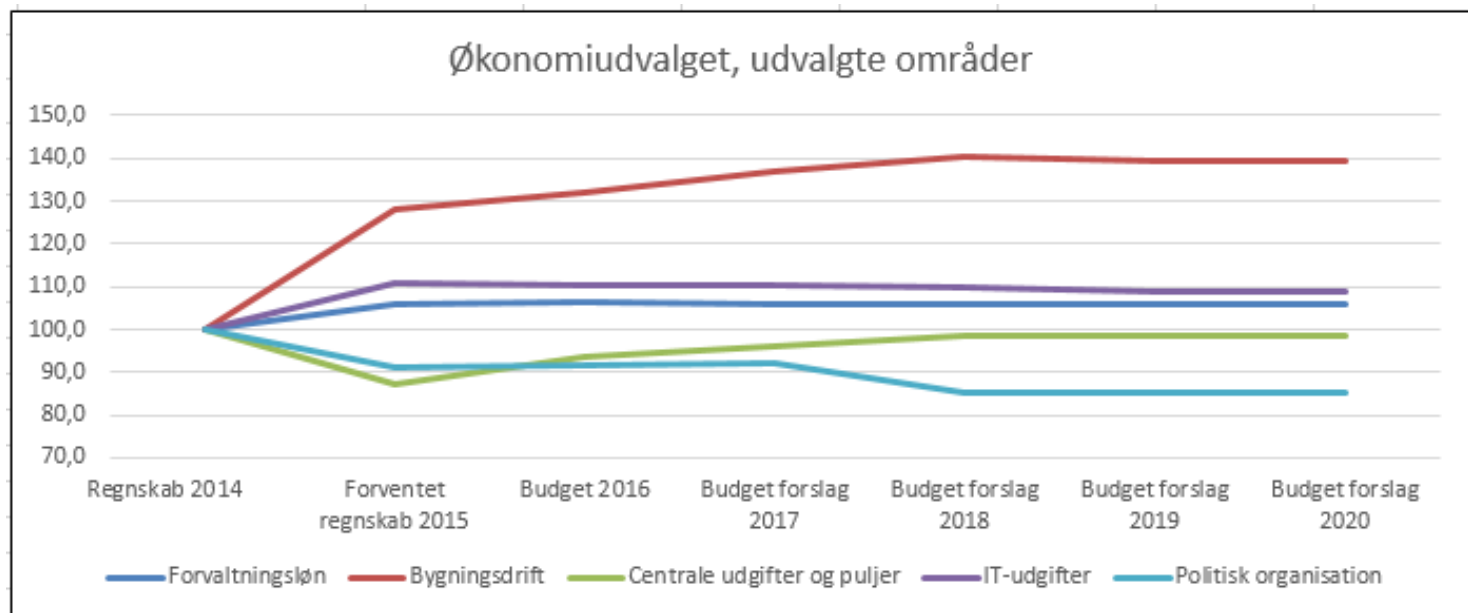


Økonomiudvalget

<i>Budget i mio. kr.</i>	
Forvaltning (83,4 pct)	234,8
Virksomheder (16,6 pct.)	46,9
<i>Budget virksomheder</i>	
Allerød Service	46,9

Økonomiudvalget - udvikling

Nedenfor vises udviklingen på områderne fra 2014-2020 i indeks-tal. 2014 er indeks 100.



Mio.kr.i 2017 prisniveau	Regnskab 2014	Forventet regnskab 2015	Budget 2016	Budget forslag 2017	Budget forslag 2018	Budget forslag 2019	Budget forslag 2020
Forvaltningsløn	99,9	106,1	106,5	105,8	105,8	105,8	105,8
Bygningsdrift	68,9	88,2	91,1	94,5	96,8	96,2	96,2
Centrale udgifter og puljer	32,2	28,1	30,1	31,0	31,7	31,8	31,8
IT-udgifter	38,1	42,3	42,0	42,0	41,9	41,5	41,5
Politisk organisation	6,8	6,2	6,2	6,2	5,8	5,8	5,8

Bilag: 4.1. Tilsynsrapport Mimosen 2015 endelig

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 95050/15

Tilsynsrapport 2015

Endelig

Plejecentret Mimosen

Adresse: Ellevej 38 - 49, 3450 Allerød

Kommune: Allerød

Leder: Tina Rantzau Christiansen

Telefon: 30 30 32 25

E-post: tirc@alleroed.dk

Dato for tilsynet: 24. september 2015

SST-id: PHJSYN-00005807

P-nr.: 1015512764

Sagsnr.: 5-2211-1018/1

Tilsynet blev foretaget af: Konsulent Birthe Margrethe Pedersen

Formål og lovgrundlag for Plejehjemstilsynet

Ifølge Sundhedsloven § 219, stk. 1 og 2 og lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, foretager Sundhedsstyrelsen årlige tilsyn med de sundhedsfaglige forhold på landets plejehjem. Formålet med tilsynet er at medvirke til at forbedre den sundhedsmæssige indsats over for de svage ældre på landets plejehjem. Plejehjemmenes ledelse og forvaltningen i kommunen er ansvarlige for, at de sundhedsmæssige forhold på plejehjemmene er i overensstemmelse med gældende love og vejledninger. Deraf følger en forpligtelse til opfølgning på de eventuelle krav, der bliver givet efter Sundhedsstyrelsens tilsyn, således at disse bliver fulgt.

Ved ændring af Lov nr. 538 af 17. juni 2008 blev det indført, at tilsynet på et plejehjem kan undlades det følgende år, hvis der ved et tilsynsbesøg ikke konstateres fejl og mangler, eller hvis der alene konstateres fejl og mangler, der efter Sundhedsstyrelsens skøn ikke har patientsikkerhedsmæssige konsekvenser. For at undlade tilsyn året efter skal følgende forhold være opfyldt, og kommunen har pligt til at oplyse Sundhedsstyrelsen om disse:

- Der har ikke været klagesager på plejehjemmet, eller disse har været af åbenlys grundløs karakter og/eller bagatelagtige, dvs. uden mistanke om patientsikkerhedsmæssige risici.
- Der har ikke været faglige tilsynssager eller andre sager af betydning for de sundhedsfaglige forhold.
- Kommunen har ikke meddelt Sundhedsstyrelsen, at der er fundet alvorlige problemer, som efter Sundhedsstyrelsens vurdering kan have betydning for de sundhedsfaglige forhold.
- Kommunen har ikke meddelt Sundhedsstyrelsen, at der er sket væsentlige ændringer siden sidste tilsyn, dvs. fx ny daglig ledelse, større personaleudskiftning eller lignende.

Sundhedsstyrelsen vurderer den sundhedsmæssige indsats ved at se på den sygeplejefaglige dokumentation og medicin håndteringen hos tilfældigt udvalgte patienter med komplekse plejebehov, som beskrevet i målepunkterne for tilsynet. Der bliver talt med patienter, ledelse og personale i forbindelse med tilsynet. Disse informationer indgår i den samlede vurdering af plejehjemmet.

Retningslinjer og lovgrundlag for Plejehjemstilsynet kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: <http://sundhedsstyrelsen.dk> og på Statens Seruminstutts hjemmeside: <http://www.ssi.dk>.

Konklusion

Tilsynet har fundet mindre fejl og mangler, som samlet kun indebærer ringe risiko for patientsikkerheden

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at ledelsen og personalet havde arbejdet konstruktivt og målrettet for at imødekomme Sundhedsstyrelsens krav efter sidste tilsyn.

Ved tilsynet kunne det konstateres, at næsten alle Sundhedsstyrelsens krav var opfyldt.

Nedenfor er angivet de krav, som skal være opfyldt, for at plejehjemmet efterlever Sundhedsstyrelsens regler for de sundhedsmæssige forhold. Der vedhæftes som bilag et forslag til handleplan, der indeholder de relevante oplysninger vi som minimum ønsker, skal fremgå af denne.

Sundhedsstyrelsen skal anmode om indenfor tre uger efter høringsperioden at få en tilbagemelding om, at de nedenfor anførte krav enten er imødekommet, eller hvornår de forventes at være imødekommet. Såfremt kravene er imødekommet inden tre uger, eller Sundhedsstyrelsen kan godkende tidsfristen i tilbagemeldingen, vil plejecentret være undtaget for tilsyn næste år, hvis de øvrige krav for at undlade tilsyn fortsat er opfyldt.

Plejhjemslederen og kommunen bekræfter skriftligt overfor Sundhedsstyrelsen, at fejlene er/bliver rettet indenfor tidsfristen, når kommentar til plejhjemsrapporten sendes til Sundhedsstyrelsen. Desuden meddeler plejehjemmet/kommunen, hvordan man vil undgå at fejlene gentages.

Når tidsfristen er udløbet, skal Sundhedsstyrelsen have en tilbagemelding på:

- hvilke løsninger, der er iværksat
- hvilken effekt de iværksatte løsninger har haft
- hvordan effekten er vurderet

Næste tilsyn vil, hvis der modtages en fyldestgørende handleplan og skriftlig oplysning om, at alle krav er opfyldt, blive foretaget i 2017.

Man fandt følgende problemer:

Der skal udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og handicap ved indflytningen, og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand.

Fund og kommentarer:

I en af tre stikprøver manglede oversigten over de sygdomme og handicap, hvor patienterne i stikprøven har aktuelle eller potentielle problemer.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af de aftaler om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap, som er indgået med de behandlende læger ved indflytning. Denne beskrivelse skal revideres ved ændringer i patienternes tilstand og/eller ændring af aftalerne.

Fund og kommentarer:

I to af tre stikprøver manglede beskrivelser af aftaler om kontrol og behandling af flere sygdomme herunder fx blodtryksbehandling.

Dokumentationen i de sygeplejefaglige optegnelser skal føres overskueligt og systematisk

Fund og kommentarer:

I tre af tre stikprøver blev den sundhedsfaglige dokumentation ikke ført systematisk og overskueligt, så det var muligt for personalet at få et overblik over patienternes helbredstilstand og den aktuelle indsats i forhold til denne. Det var ikke entydigt hvor man dokumenterede hvilke oplysninger.

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal dato for ordinationen (dag, måned, år) og/eller seponering være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.

Fund og kommentarer:

I en af tre stikprøver manglede angivelse af dato for seponering af antibiotika behandling.

Det skal fremgå af de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår den behandlende læge har gennemgået patientens medicin, og personalet har dokumenteret de relevante faglige oplysninger og de delegerede sundhedsfaglige opgaver vedrørende medicinhåndteringen.

Fund og kommentarer:

I en af tre stikprøver fremgik det ikke, hvornår den behandlende læge havde gennemgået patientens medicin.

Ledelse og personale skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patienternes medicinbeholdning.

Fund og kommentarer:

I en af tre stikprøver manglede paracetamol i patientens medicinbeholdning.

Ovennævnte giver anledning til at sundhedsstyrelsen stiller følgende krav

- at der foreligger en aktuel oversigt over patientens sygdomme og handicap, som er af betydning for pleje og behandling
- at det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme
- at de sygeplejefaglige optegnelser føres overskueligt og systematisk
- at dato for seponering fremgår af medicinlisten
- at det fremgår af journalen, hvornår egen læge har gennemgået patientens medicin, og personalet har dokumenteret de relevante faglige oplysninger og de delegerede sundhedsfaglige opgaver vedrørende medicinhåndteringen
- at den ordinerede medicin findes i patienternes medicinbeholdning

Generelle oplysninger

Antal patienter på plejehjemmet omfattet af det lovpligtige plejehjemstilsyn: 23

Oplysninger om tilsynet indhentet hos: Lederen og sygeplejersker

Afsluttende opsamling på tilsynets fund givet til: Lederen og sygeplejersker

Der blev taget 3 stikprøver hos patienter med komplekse pleje- og behandlingsbehov.

Opfølgning på tidligere tilsyn

Efter sidste tilsyn havde plejehjemmet udarbejdet interne handleplaner. Derudover havde sygeplejerskerne gennemført vejledning og undervisning af samtlige medarbejdere. Plejehjemmet havde bl.a. arbejdet med at skabe mere systematik og sammenhæng i dokumentationen.

Instrukserne var blevet gennemgået og opdateret.

Plejehjemmet var i gang med at implementerer at data fra det fælles medicinkort overføres til det lokale elektroniske omsorgssystem.

Plejecentrets sundhedsfaglige personalekategorier

Kategori	Dagvagt	Aftenvagt	Nattevagt	Week-end/helligdage
Sygeplejerske	X			(X)
Social- og sundhedsassistent	X	X	X	X
Social- og sundhedshjælper	X	X	X	X
Fysioterapeut				
Ergoterapeut	X			
Økonoma				
Ernæringsassistent				
Ufaglærte				
Andre				

Personalekategorier, der fungerer som konsulent/tilkald på plejecentret

Kategori	Dagvagt	Aftenvagt	Nattevagt	Weekend/helligdage
Sygeplejerske	X	X	X	X
Social- og sundhedsassistent				
Fysioterapeut	X			
Ergoterapeut				
Diætist	X			
Ufaglærte	X	X		X
Andre				

Tilsyn udført den 24. september 2015 på Plejecentret Mimosen

Ved tilsynet blev der fundet følgende forhold på plejehjemmet:

415: Personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling.

Den skriftlige instruks skal beskrive kompetence, ansvar- og opgavefordeling for alle ansatte personalegrupper, herunder vikarer, samt regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

515: Instrukser om patienternes behov for behandling

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for personalets opgaver i forbindelse med patienternes behov for behandling.

Den skriftlige instruks skal beskrive, hvordan personale skal forholde sig i forbindelse med ulykkestilfælde, smitsom sygdom, akut sygdom, kronisk sygdom og ved terminal behandling hos patienter, herunder krav til dokumentation af lægens anvisninger vedrørende delegerede opgaver og tilkald af læge.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

915:Instrukser om livsforlængende behandling

Ledelsen skal sikre, at der er skriftlige instrukser, om hvordan personalet i tilstrækkeligt omfang anmoder om en lægelig vurdering af patienterne med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling.

Instrukserne skal indeholde retningslinjer om:

- Ansvars- og kompetenceforhold
- Hvem der i konkrete sammenhænge anses for den behandlingsansvarlige læge
- Ansvaret for det involverede sygeplejefaglige personale, der har kendskab til patienten, og dertil hørende nødvendige procedurer til overholdelse af pligten til at kontakte den behandlingsansvarlige læge i relevant omfang
- Inddragelse af patient og nærmeste pårørende forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge
- Journalføring, herunder for placering i plejehjemmets patientjournal af oplysninger fra den behandlingsansvarlige læges om dennes beslutning af fravalg af livsforlængende behandling herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

245:Sundhedsfaglig dokumentation

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for føring, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser.

Den skriftlige instruks skal beskrive personalets opgaver og ansvar i forhold til føring, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser, samt krav til indhold og systematik i den sundhedsfaglige dokumentation.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

169:Medicinhåndtering

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for medicinhåndtering.

Den skriftlige instruks skal beskrive

- modtagelse af medicin, herunder kontrol og dokumentation af, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
- personalegruppernes kompetence i forhold til medicinbehandling
- dokumentation af medicinordinationer
- identifikation af patienten og patientens medicin
- hvordan medicin dispenseres
- medicinadministration og håndtering af dosisdispenseret medicin.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

701:Samarbejde med de behandlende læger

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for samarbejdet med de behandlende læger.

- Den skriftlige instruks skal beskrive personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med de behandlende læger, herunder håndtering af telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse og ophør med medicin.
- Den skriftlige instruks skal beskrive personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med den behandlingsansvarlige læge om den medicinske behandling, herunder gennemgang og revision af den ordinerede medicin og aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning.
- Den skriftlige instruks skal beskrive personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med den behandlende læge om behandling og kontrol af kroniske sygdomme.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

614:Håndhygiejne

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for håndhygiejne, der beskriver arbejdsgange og hjælpemidler til opfyldelse af almindelig anerkendt hygiejnisk standard.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

618:Håndhygiejne i overensstemmelse med instrukser etc.

Ledelsen skal sikre, at personalet har mulighed for at udføre håndhygiejne i overensstemmelse med instruksen, og at denne overholdes.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

314:Formelle krav til instrukser

Lederen skal sikre, at de skriftlige instrukser overholder de formelle krav til instrukser.

- De skriftlige instrukser skal være daterede, indeholde oplysning om, hvem der er ansvarlig for udarbejdelsen, og de skal være forsynet med dato for ikrafttrædelse og seneste ajourføring.
- De skriftlige instrukser skal indeholde en entydig og relevant fremstilling af emnet med en præcisering af den personalegruppe, som instruksen er rettet mod.
- De skriftlige instrukser skal have en udformning, et omfang og en placering, så de er anvendelige i det daglige arbejde.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

312:Personalet har kendskab til instrukserne, og følger retningslinjerne i disse

Ledelsen skal sikre, at personalet har kendskab til instruksernes indhold og opbevaring, og at de følger disse i det daglige arbejde.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

2110:De 11 områder i den sundhedsfaglige dokumentation

Den sundhedsfaglige dokumentation skal som minimum indeholde en beskrivelse og faglig vurdering af, hvorvidt patienten har aktuelle eller potentielle problemer inden for følgende problemområder:

- Aktivitet (ADL)
- Sansindtryk, inkl. syn og hørelse
- Kommunikation, inkl. hukommelse og sprogfunktion og vurdering af træningsbehov
- Smerter
- Bevægeapparat, inkl. balance og faldtendens og vurdering af træningsbehov
- Vejrtrækning og kredsløb
- Søvn og hvile

- Psykosociale forhold, inkl. stimulation og intellektuel funktion samt evt. misbrug
- Hud og slimhinder, herunder vurdering af risiko for udvikling af tryksår
- Udskillelse af affaldsstoffer, herunder inkontinens og obstipation
- Ernæring, inklusiv vægt og vurdering af ernæringsbehov.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

216:Oversigt over patienternes sygdomme og handicap

Der skal udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og handicap ved indflytningen, og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
1		X	
Fund og Kommentarer: I en af tre stikprøver manglede oversigten over de sygdomme og handicap, hvor patienterne i stikprøven har aktuelle eller potentielle problemer.			

217:Aftaler der er med den behandlende læge

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af de aftaler om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap, som er indgået med de behandlende læger ved indflytning. Denne beskrivelse skal revideres ved ændringer i patienternes tilstand og/eller ændring af aftalerne.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
2		X	
Fund og Kommentarer: I to af tre stikprøver manglede beskrivelser af aftaler om kontrol og behandling af flere sygdomme herunder fx blodtryksbehandling.			

218:Aktuel beskrivelse af pleje og behandling

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af pleje og behandling og indikation for denne, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

214:Beskrivelse af opfølgning og evaluering

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme. Der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlende læge.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

219:Dokumentationen er overskuelig og systematisk

Dokumentationen i de sygeplejefaglige optegnelser skal føres overskueligt og systematisk.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
3		X	
Fund og Kommentarer: I tre af tre stikprøver blev den sundhedsfaglige dokumentation ikke ført systematisk og overskueligt, så det var muligt for personalet at få et overblik over beboernes helbredstilstand og den aktuelle indsats i forhold til denne. Det var ikke entydigt hvor man dokumenterede hvilke oplysninger.			

220:Dokumentation føres i én journal

Den sundhedsfaglige dokumentation skal føres i én journal, som er tilgængelig for notater fra personale, der deltager i observation, pleje og behandling samt opfylder de formelle krav til dokumentation af identifikation, datering, rettelselser og opbevaring af sundhedsfaglig dokumentation. Det skal fremgå tydeligt af dokumentationen i journalen, hvis dele af denne føres på fx papir, og hvad disse omhandler. Relevante bilag skal opbevares i journalen eller ved brug af elektronisk journal i en separat manuel journal og i mindst 5 år.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

1112:Dato for ordinationen og/eller seponering

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal dato for ordinationen (dag, måned, år) og/eller seponering være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
1		X	
Fund og Kommentarer: I en af tre stikprøver manglede angivelse af dato for seponering af antibiotika behandling.			

1113: Ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal den ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen, hvor lægerne har ordineret medicin, være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

1114: Præparatets navn, dispenseringsform og styrke

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (f.eks. tabletter, mikstur) og styrke være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

1115: Enkelt dosis og døgndosis, herunder tidspunkt

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal enkelt dosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgift af fast medicin være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

1116: Enkelt dosis og maksimal døgndosis for p.n.-medicin

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal enkelt dosis og maksimal døgndosis for p.n.-medicin fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

1117:Behandlingsindikationer skal fremgå

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal behandlingsindikationer for den medicinske behandling fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

1118:Medicinlisten føres systematisk og entydigt

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

132:Medicingennemgang

Det skal fremgå af de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår den behandlende læge har gennemgået patientens medicin, og personalet har dokumenteret de relevante faglige oplysninger og de delegerede sundhedsfaglige opgaver vedrørende medicin håndteringen.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
1		X	
Fund og Kommentarer: I en af tre stikprøver fremgik det ikke, hvornår den behandlende læge havde gennemgået patientens medicin.			

130:Overensstemmelse mellem ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin

Ledelse og personale skal sikre, at der er overensstemmelse mellem den ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

131:Overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinliste og æsker

Ledelse og personale skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

126:Den ordinerede medicin findes i medicinbeholdning

Ledelse og personale skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patienternes medicinbeholdning.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
1		X	
Fund og Kommentarer: I en af tre stikprøver manglede paracetamol i patientens medicinbeholdning.			

127:Ophældt p.n.-medicin

Ledelse og personale skal sikre, at ophældt p.n.-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for ophældning og medicinens udløbsdato.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

144:Identifikation ved medicinudlevering

- Personalet skal sikre, at patientens identitet er i overensstemmelse med angivelse af navn og personnummer på doseringsæsken eller anden medicinbeholder.
- Udlivering af medicin skal ske på grundlag af identifikation af patienten enten ved navn og personnummer eller fødselsdato og – år eller ved sikker genkendelse.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

121:Medicinen opbevares forsvarligt

Medicinen skal opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

122:Hver enkelt patients medicin opbevares adskilt

Hver enkelt patients medicin skal opbevares adskilt fra de øvrige patienters medicin.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

125:Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin

Aktuel medicin skal opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

123:Ingen fælles medicin

Reglen om, at der ikke må forefindes fælles medicin med undtagelse af adrenalin, bliver overholdt.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

128: Holdbarhedsdatoen er ikke overskredet

Holdbarhedsdatoen på patienternes medicin og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling må ikke være overskredet.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

129: Der er anbrudsdato

Der skal være anbrudsdato på medicinske salver, dråber mv. med begrænset holdbarhed efter åbning.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

124: Doseringsæsker er mærket korrekt

Doseringsæsker, og andre beholdere med ophældt medicin, skal være mærket med patientens navn og personnummer.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

911: Varetagelse af helbredsmæssige interesser

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder oplysninger om information til patienten eller de pårørende om planlagt pleje og behandling af patienten, og patientens eller de pårørendes tilkendegivelser herpå (informeret samtykke/stedfortrædende samtykke).

Det skal fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation, om patienten vurderes til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling. Hvis det er pårørende/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

914: Informeret samtykke dokumenteret

Det skal fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation, at der er indhentet informerret samtykke til behandling og pleje.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
	X		
Fund og Kommentarer:			

Øvrige forhold

Adgang til sundhedsfaglige ydelser:

- ❖ Det blev oplyst, at samarbejdet med patienternes praktiserende læger fungerede tilfredsstillende.
- ❖ Det blev oplyst, at samarbejdet med vagtlæger, speciallæger, omsorgstandplejen samt gerontopsykiatrisk team fungerede tilfredsstillende.
- ❖ Det blev oplyst, at der stort set var et velfungerende samarbejde med de lokale sygehuse.
- ❖ Det blev oplyst, at patienterne var orienteret om muligheden for influenza-vaccination og om Fødevarestyrelsens og Sundhedsstyrelsens anbefaling af D-vitamin og kalciumtilskud.

Bygningsforhold og indeklimate:

- ❖ Det blev oplyst, at der på plejehjemmet ikke var bygnings- og indretningsforhold, som medførte særlig risiko for ulykker, eller indeklimateproblemer, som havde betydning for patienternes sundhed.

Kvalitetssikring:

- ❖ Plejehjemmet indberettede alle de rapporteringspligtige utilsigtede hændelser, og der foregik internt på plejehjemmet en systematisk opfølgning af disse med henblik på forebyggelse.

Arbejdsdragt:

- ❖ Personalet anvendte arbejdsdragt i overensstemmelse med Vejledningen om arbejdsdragt indenfor sundheds- og plejesektoren.

Bilag:

Handleplan udarbejdet på baggrund af plejehjemstilsynet 24. september 2015 på
Plejecentret Mimosen

KRAV	INDSATS Opfølgning på krav	ANSVARLIG Ansvarlig for indsatsens implementering	TIDSPLAN Implementering af indsatsen	EVALUERING Opfølgning på effekten af indsatsen

Bilag: 4.2. Handleplan for Mimosen Plejecenter efter embedslægetilsyn 2015

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 372/16

Mimosen plejecenter: Handleplan efter tilsyn ved Sundhedsstyrelsen 2015

Område	Problemstilling	Tiltag	Tidsplan
Manglende oversigt over beboerens sygdomme og kroniske handicaps – aktuelle eller potentielle problemer	Der blev i én af stikprøverne ikke fundet en oversigt over, hvilke sygdomme og kroniske handicaps, beboeren havde og hvilke aktuelle eller potentielle problemer, dette kunne give	Dette er en af de ting, vi før har arbejdet meget med, så emnet vil blive taget op som et her og nu opstrammingspunkt på Mimosens Sygeplejerske/SSA fagmøde d. 4. november.	Den konkrete fejl blev rettet med det samme
Der manglede aftale om kontrol af kroniske sygdomme	I to stikprøver fandt man ingen aftale med egen læge om interval for kontrol af sygdomme fx hypertension	Dette er endnu en af de ting, vi før har arbejdet meget med, så emnet vil blive taget op som et her og nu opstrammingspunkt på Mimosens Sygeplejerske/SSA fagmøde d. 4. november	Den konkrete fejl blev rettet med det samme
Manglende systematik omkring dokumentation	Der er generelt i alle 3 stikprøver en manglende systematik omkring, hvor hvilke data dokumenteres	Der er i indeværende efterår igangsat en proces på tværs af hele Ældre og Sundhed, hvor dokumentationen ensrettes og simplificeres. Dette betyder, at der vil komme helt nye og mere simple angivelser af, hvor personalet skal dokumentere forskellige data.	Processen er i gang, og den forventes færdig i marts 2016
Manglende dato for seponerings af præparat	Der blev i én af stikprøverne ikke fundet en seponeringsdato på en antibiotika kur	Dette er en helt klar fejl, idet der er klare retningslinjer på området. Bliver drøftet på mødet d. 4/11.	Den konkrete fejl blev rettet med det samme
Manglende dato for medicingennemgang	Der blev i én stikprøve ikke fundet en dato for, hvornår der havde været gennemgang af medicinskemaet af egen læge.	Dette er en helt klar fejl, idet der er klare retningslinjer på området. Bliver drøftet på mødet d. 4/11.	Den konkrete fejl blev rettet med det samme
Manglende tabletter i en dosering	Der blev i én af stikprøverne fundet, at der manglede 2 stk. paracetamol i en dosering.	Medicinen er doseret, og omhyggelighed ved dosering af medicin vil blive indskærpet på Mimosens Sygeplejerske/SSA fagmøde d. 4. november	Den konkrete fejl blev rettet med det samme.

**Bilag: 5.1. Tilsynsrapport 2015 - Kommunal Hjemmepleje og Hjemmesygepleje
- Endelig rapport**

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 77196/15

Tilsynsrapport Allerød Kommune Ældre og sundhed

Den Kommunale Hjemmepleje/Hjemmesygepleje

Unmeldt tilsyn

August 2015

Forord

Rapporten er bygget således, at læseren på de første sider præsenteres for en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt det samlede tilsynsresultat, begrundelse for tilsynsresultatet, bemærkninger og anbefalinger.

Herefter indeholder rapporten de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og ved 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.

Sidste del af rapporten indeholder en kort beskrivelse af formål og metode samt kontakt-oplysninger til BDO.

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

Indholdsfortegnelse

1	Formalia.....	4
2	Samlet tilsynsresultat	5
2.1	Begrundelse for tilsynsresultatet	6
2.2	Tilsynets overordnede bemærkninger og anbefalinger	7
3	Datagrundlag	8
4	Tilsynets formål	17
4.1	Indhold og metode.....	17
4.2	Vurderingsskala	18
5	Kontaktoplysninger	19

1 Formalia

Hjemmeplejens navn og adresse
Den Kommunal Hjemmepleje, Rådhusvej 3, 3450 Allerød
Leder
Charlotte Urhammer
Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg
Den 11. august 2015, kl 08.30-15.00
Datagrundlag
<p>Ved tilsynet er der foretaget gennemgang af faglig dokumentation samt observationer hos borgerne.</p> <p>Tilsynet har interviewet 5 borgere.</p> <p>Borgerne har givet tilsagn om deltagelse i tilsynet</p> <p>Tilsynet har desuden gennemført interview med 8 medarbejdere:</p> <ul style="list-style-type: none">• 2 social- og sundhedshjælpere• 2 social- og sundhedsassistenter• 3 sygeplejersker• 1 sygehjælper <p>2 medarbejdere deltager i interviewet i forhold til 2 borgere.</p>
Tilsynsførende
Mette Norré Sørensen, Senior consultant og sygeplejerske Margit Kure, Manager og sygeplejerske, MHM

2 Samlet tilsynsresultat

BDO KR har på vegne af Allerød Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn i den kommunale Hjemmepleje/Hjemmesygepleje. På baggrund af det indsamlede datamateriale og den efterfølgende analyse heraf, vurderer BDO KR, at den kommunale Hjemmepleje/Hjemmesygepleje er **godkendt med mangler** ved det uanmeldte tilsyn.

Samlet vurdering	
	<p>Godkendt</p> <p>Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Forholdene i hjemmeplejeenheden vurderes samlet set at være gode og tilfredsstillende.</p>
x	<p>Godkendt med mangler</p> <p>Dette betyder, at dele af den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har mangler eller er utilfredsstillende, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.</p>
	<p>Alvorlige fejl og mangler</p> <p>Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Manglerne er af et sådan omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere beboere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.</p>

2.1 Begrundelse for tilsynsresultatet

Tilsynsresultatet præsenteres dels ud fra en samlet vurdering, dels ud fra en beskrivelse af, i hvilke mål og indikatorer manglerne forekommer:

Vurdering
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Områdeledelsen beskriver, at hjemmeplejen har været igennem en omskiftelig periode både på den ledelsesmæssige side og på medarbejderfronten. ➤ Der er fulgt op på tilsynets anvisninger fra 2014, når det på nogen måde kunne lade sig gøre. Der er bl.a. benyttet deltidssygemeldte medarbejder til at overføre håndskrevne handleplaner til de elektroniske journaler. ➤ Der har gennem den sidste tid været fokus på hverdagsrehabilitering og digitalisering af disse indsatser. Desuden er tidlig opsporing og triagemodellen nogle tiltag, som der er arbejdet konstruktivt på at få implementeret i hverdagen. ➤ Som noget nyt er klippekortordningen blevet introduceret og er ved at blive indarbejdet i medarbejdernes hverdag. <p>På baggrund af tilsynet vurderes det, at Den Kommunale Hjemmepleje og Hjemmesygepleje er karakteriseret ved følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Den sundhedsfaglige dokumentation er mindre tilfredsstillende. ➤ Der er generelt sammenhæng mellem den hjælp, som borgeren modtager, og borgerens behov for pleje og omsorg. ➤ Borgerne får den pleje og omsorg og hjælp til praktisk støtte, som de har behov for. ➤ Borgerne oplever tilfredshed med kvaliteten i den personlige pleje og hjælpen til praktisk støtte. ➤ Borgerne oplever tryghed i forhold til hjælpen til medicindosering og medicinadministration. ➤ Den daglige kommunikation med medarbejderne oplever borgerne generelt værende respektfuld og anerkendende. ➤ Medarbejderne er kompetente og har kendskab til den sundhedsfaglige dokumentation og god viden og indsigt i borgernes behov for pleje og omsorg samt hjælpen til praktisk støtte. ➤ Medarbejderne kan redegøre for observationer og overvejelser i forhold til den sundhedsfaglige indsats. ➤ Medarbejderne kan fagligt redegøre for observationer og handlinger i forhold til hjælpen til medicinindtagelse, medicindosering og medicinadministration. ➤ Medarbejderne kan redegøre for principperne omkring delegering af komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver. Medarbejderne er bevidste om egne kompetenceområder.
Mangler
Der er fundet "mangler" i forhold til tilsynskonceptet på tilsynstidspunktet.
Alvorlige fejl
Der er ikke fundet "alvorlige fejl og mangler" i forhold til tilsynskonceptet på tilsynstidspunktet.

2.2 Tilsynets overordnede bemærkninger og anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende bemærkninger og anbefalinger i forhold til den fremadrettede udvikling i den kommunale Hjemmepleje/Hjemmesygepleje:

Bemærkninger

1. Tilsynet bemærker, at 2 ud af 5 borgere er visiteret til ydelser, som der ikke mere er behov for.
2. Tilsynet bemærker, at 4 ud af 5 handleplaner/døgnrytmeplaner ikke udarbejdes i det elektroniske omsorgssystem, men er håndskrevne og kun befinder sig i borgernes mapper i hjemmet.
3. Tilsynet bemærker, at 3 ud af 5 borgers mapper trænger til oprydning og fremtræder mindre systematisk i sin opbygning, med mange løse sider, som er lagt tilfældigt ind i borgernes mapper.
4. Tilsynet bemærker, at 4 ud af 5 handleplaner/døgnrytmeplaner ikke er beskrevet handlevejledende og individuelt vedrørende hjælpen til den personlige pleje og omsorg for dag og aften. Tilsynet bemærker ligeledes, at hjælpen til praktisk støtte, inkl. beskrivelse af borgers vaner, ønsker, ressourcer og særlige behov, generelt ikke fremgår af handleplanerne/døgnrytmeplaner.
5. Tilsynet bemærker, at 2 ud af 5 handleplaner/døgnrytmeplaner delvist mangler beskrivelse af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats, hvor dette vurderes relevant.
6. Tilsynet bemærker, at hos de to borgere, som får doseret deres medicin af hjemmesygeplejerske, ikke er en tilstrækkelig adskillelse af aktuel og ikke aktuel medicin. Desuden er doseringsæskerne ikke mærket med borgernes navn og cpr.numre.
7. Tilsynet bemærker, at der ikke foreligger en skriftelig procedure for at sikre, at de delegerede opgaver holdes ajourførte, samt at der ikke foreligger skriftelig kompetenceoversigt på de medarbejdere, som har opgaver på kompetenceniveau 1.

Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen igangsætter initiativer, der sikrer, at medarbejderne i endnu højere grad er bevidste om tilbagemeldingspligten i forhold til ændringer i borgernes behov for hjælp således, at der altid sikres den korrekte visitation i forhold til den enkelte borger.
2. Tilsynet anbefaler, at Den Kommunale Hjemmepleje og Hjemmesygepleje overvejer fordelene ved at udarbejde handleplaner/døgnrytmeplaner i det elektroniske omsorgssystem.
3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen får udarbejdet en procedure for at sikre, at borgernes sundhedsfaglige oplysninger i mapperne er let at orientere sig i, og at vejledninger, procedurer, handleplaner/døgnrytmeplaner fremtræder i en professionel forfatning. Tilsynet anbefaler, at ledelsen med fast interval gennemfører en systematisk egenkontrol af en række borgermapper for at følge op på, om proceduren på området følges.
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen underviser, oplærer og vejleder medarbejderne i, hvorledes handleplaner/døgnrytmeplaner udarbejdes, således at disse fremstår handlevejledende og individuelt beskrevet gennem hele døgnet i forhold til borgerens behov for personlig pleje og omsorg.

5. Tilsynet anbefaler, at handleplaner/døgnrytmeplaner ligeledes indeholder beskrivelser af hjælpen til den praktiske støtte, inkl. borgernes ressourcer, vaner, ønsker og særlige behov. Tilsynet anbefaler, at ledelsen underviser, oplærer og vejleder medarbejderne i, hvorledes handleplaner/døgnrytmeplaner udarbejdes, således at disse indeholder fyldestgørende beskrivelser af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats.
6. Tilsynet anbefaler, at hjemmesygeplejen følger Sundhedsstyrelsen anbefalinger i forhold til opbevaring af medicin og mærkning af borgernes doseringsæsker.
7. Tilsynet anbefaler, at ledelsen udarbejder procedurer i forhold til, at de delegerede opgaver holdes ajourførte, samt at der foreligger skriftelig kompetenceoversigt på de medarbejdere, som har opgaver på kompetenceniveau 1.

3 Datagrundlag

På de følgende sider præsenteres resultaterne af dataindsamlingen i relation til hvert målepunkt samt generelle bemærkninger til hvert mål.

Det skriftlige grundlag i henhold til vejledning nr. 2 jævnfører lov om social service og kommunens kvalitetsstandarder

Mål 1				
Der foreligger en skriftlig afgørelse med den bevilgede hjælp				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Alle journaler indeholder dokumentation med en beskrivelse af beboernes behov for pleje. Journalerne indeholder blandt andet funktionsvurdering, helhedsbeskrivelse og fokusområder. Flere funktionsvurderinger stemmer dog ikke overens med beboernes nuværende funktionsniveau og situation.
Observation		x		I 2 tilfælde observerer tilsynet ikke sammenhæng mellem den hjælp, som borgeren er bevilget, og borgerens tilstand. En borger er visiteret til bad og visiteret til tre aftenbesøg og ugen, borger få ikke mere bad og modtager kun to aftenbesøg. En anden borger er visiteret til madservice, som borgeren ikke modtager mere.
Borger	x			Borgerne giver generelt udtryk for, at de modtager den hjælp, de har behov for. En borger fortæller, at hvis behovet for hjælp ændrer sig, ringer hun til kontoret, hun oplever altid at blive hørt.

				<p>En anden borger er stort set tilfreds, mener dog at hendes nedsatte funktionsniveau og manglende evne til selv at kunne tørre gulvet op efter evt. madspild, berettiger hende til at få hjælp til rengøring oftere end hver 3. uge.</p> <p>En tredje borger, giver udtryk for, at hun oplever, at der er behov for en træningsydelse for at fastholde hendes nuværende funktionsniveau. Borger forsøger selv med hjemmegymnastik og aktiv deltagelse i plejen, men hun oplever, at denne indsats ikke er tilstrækkelig.</p>
Medarbejder	x			<p>Medarbejderne kan generelt beskrive omfang og indhold i den bevilgede hjælp.</p> <p>Ikke alle de interviewede medarbejdere kommer fast hos borgerne og kender derfor ikke til alle fokusområder os borgeren.</p>

Personlig pleje i henhold til Servicelovens § 83 samt kommunens kvalitetsstandarder

Mål 2				
Der foreligger en samlet plan for pleje- og omsorgsindsatsen				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation			x	<p>Tilsynet bemærker, at 4 ud af 5 handleplaner/døgnrytmeplaner ikke er udarbejdet i det elektroniske omsorgssystem, men er håndskrevne og ligger i borgermapperne i hjemmet.</p> <p>Tilsynet bemærker, at disse handleplaner/døgnrytmeplaner er af forskellig kvalitet, og ikke alle er ajourførte og giver derved ikke et fyldestgørende billede af den daglige indsats, som skal udføres hos borgeren.</p> <p>Handleplanerne/døgnrytmeplanerne kan med fordel beskrives endnu mere handlevejledende og individuelt gennem hele døgnet og tage udgangspunkt i borgerens ressourcer, vaner og ønsker, og hvorledes disse medinddrages i plejen.</p> <p>Tilsynet bemærker desuden, at 3 ud af 5 borgernes mapper trænger til oprydning og fremtræder mindre systematisk i deres opbygning med mange løse sider, som er lagt tilfældigt ind i borgernes mapper.</p> <p>Desuden ses vigtige informationer og vejledninger skrevet på små lapper papir, og som er lagt løst ind i borgernes mapper.</p> <p>En døgnrytmeplan er udarbejdet elektronisk. Denne mangler ajourføring i forhold til borgerens nuværende funktionsniveau. Der er blandt andet henvisninger til diverse fokusområder, som ikke mere er aktuelle og en beskrivelse af, hvorledes medicinen skal gives, som ikke mere er aktuel, da borger får dosis dispensering.</p>

Borger	x			<p>Alle borgere, som modtager hjælp til personlig pleje og omsorg, giver generelt udtryk for tilfredshed med kvaliteten af hjælpen.</p> <p>En borger oplyser dog, at hun gennem den sidste tid har oplevet utrolig mange vikarer og kan mærke en forskel i kvaliteten i forhold til de faste medarbejdere. Specielt hjælpen om aftenen har været leveret af forskellige medarbejdere hver dag gennem den sidste måned. Borger oplyser, at det selvfølgelig kan mærkes og fortæller, at en medarbejder glemte at komme en aften.</p> <p>En anden borger fortæller, at hun ligeledes oplever stor tilfredshed med de faste medarbejdere, men at hun nu er ved at være træt af, at der hele tiden kommer vikarer og glæder sig til at sommerferien er forbi.</p> <p>Borgeren fortæller, at der i dag til morgenpleje kom to medarbejdere for at hjælpe med bad. Begge medarbejdere kendte ikke borgeren fra tidligere. Borger har svært ved at forstå, at det ikke kan planlægges således, at der altid er en medarbejder, som kender borgeren.</p>
Medarbejder	x			Medarbejderne kan redegøre for den faglige indsats i forhold til hjælpen til personlig pleje.

Sundhedsfremme og forebyggelse

Mål 3				
Der er redegjort for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation			x	<p>2 ud af 5 handleplaner/døgnrytmeplaner indeholder beskrivelser af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats.</p> <p>Eksempelvis ses beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i forhold til hudpleje, ernæring, væskeindtagelse, obstipation, faldforebyggelse samt i forhold til forflytninger.</p> <p>Tilsynet bemærker, at der er udarbejdet fokusområder på mange af de sundhedsfremmende indsatser.</p> <p>3 handleplaner indeholder ingen beskrivelse af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Det er tilsynets vurdering, at der mangler beskrivelse af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i forhold til hygiejne omkring beboers foretrukne siddeplads, mobilisering af en borger som er fast kørestolsbruger samt forebyggende indsatser i forhold til en borger med KOL.</p>
Observation	x			Tilsynet observerer ingen risici, der ikke bliver taget hånd om i den daglige omsorg for borgeren.

Borger	x			<p>Borgerne giver generelt ikke udtryk for bekymringer af helbredsmæssig karakter, der ikke bliver taget hånd om.</p> <p>En borger fortæller, at han lider af lufthunger. Er god til selv at prioriterer sine kræfter og administrerer selv sin inhalationsmedicin.</p> <p>En anden borger er glad for, at hun kan tale med sygeplejersker om sundhedsmæssige problemstillinger, før hun selv ringer til lægen.</p> <p>En tredje borger fortæller, at medarbejderne har stor opmærksomhed på borgers hudproblematik. Borger er fast kørestol bruger og er derfor ekstra udsat for trykmærker.</p> <p>1 borger kan ikke svarer på spørgsmålet grundet hukommelsessvækkelse</p>
Medarbejder	x			<p>Medarbejderne kan generelt fagligt redegøre for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats hos borgerne.</p> <p>En medarbejder oplyser dog, at der er meget travlt, og der er mange vikarer, så der er ikke altid tid til at få den sundhedsfremmende og forebyggende indsats implementeret i plejen af borgeren.</p> <p>En anden medarbejder fortæller, at det er vigtigt, at borgers kørestol støvsuges hver dag for at sikre en god siddekomfort og hygiejne.</p> <p>En tredje medarbejder fortæller, at der altid er to medarbejdere til stede i forbindelse med forflytningerne for at forebygge, at borgeren skal blive ængstelig, men samtidig også for at der kan benyttes en stålift, hvorved borgeren får vedligeholdt sin standfunktion.</p> <p>En fjerde medarbejder fortæller, at for at borger selv kan varetage at smøre sin frokost, stilles fødevarer frem på køkkenbordet, og borgeren klarer derefter selv opgaven.</p>

Praktisk hjælp i henhold til Servicelovens § 83

Mål 4				
Borgeren sikres hygiejnemæssig forsvarlig renholdelse af boligen og rekvisitter				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation			x	<p>Tilsynet bemærker, at handleplanerne/døgnrytmeplanerne mangler beskrivelser af borgernes visiterede ydelser i forhold til hjælpen til praktisk støtte (rengøring), madservice og tøjvask. Det er tilsynets vurdering, at det er relevant at beskrive de særlige opmærksomheder/omstændigheder, der er i forhold til levering af disse ydelser.</p> <p>2 borger modtager ikke rengøring.</p>

Observation	x			Den hygiejniske tilstand i hjemmet fremtræder generelt tilfredsstillende. I 1 borgers bolig er det tydeligt, at der er helt særlige udfordringer i hjemmet. Boligen er i en mindre god hygiejnisk tilstand. Tilsynet vurderer dog, at der kan leveres en ekstra indsats i forhold til renholdelse af gulvet i borgers stue og køkken.
Borger	x			Borgerne udtrykker generelt tilfredshed med rengøringshjælpens kvalitet. En borger mener dog, at gulvene ikke bliver ordentlig rengjorte med de anvendte mopper. En anden borger er tilfreds med kvaliteten, men oplever, at serviceniveauet er blevet for lavt, og at der er behov for hjælp til gulvvask hyppigere end hver 3. uge. 2 borgere modtager ikke hjælp til rengøring fra den kommunale hjemmepleje.
Medarbejder	x			Medarbejderne kan generelt fortælle om de særlige indsatser i forhold til hygiejniske risikofaktorer hos borgerne. 2 medarbejdere er ikke interviewede omkring emnet, da borgeren ikke modtager hjælp til praktiske opgaver.

Styrket indsats vedrørende Hverdagsrehabilitering

Mål 5				
Der arbejdes med hverdagsrehabilitering i relation til den enkelte borger				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation				Ingen af de interviewede borgere modtager ydelsen "Aktiv hverdag"
Observation				Ikke relevant
Borger				Ikke relevant
Borger				Ikke relevant
Borger				Ikke relevant
Medarbejder				Ikke relevant
Medarbejder				Ikke relevant

Medicinhandling i henhold til gældende retningslinjer vedr. medicinhandling

Mål 6				
Borgeren modtager den visiterede hjælp til medicindosering/medicinadministration iht. Sundhedsloven				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			2 borgere modtager hjælp til medicindosering af hjemmesygeplejerske. 3 borger får dosispakket medicin fra apoteket. Tilsynet observerer, at dokumentationen i "Medicinoplysninger" er korrekt iht. gældende retningslinjer.
Observation (1)		x		Tilsynet observerer, at hos de to borgere, som får doseret deres medicin af hjemmesygeplejerske, ikke er en tilstrækkelig adskillelse af aktuel og ikke aktuel medicin. Desuden er doseringsæsken ikke mærket med borgernes navn og cpr nummer. Tilsynet bemærker ligeledes, at i forhold til en borger, som får hjælp til øjendrypning, er øjendråbeflasken ikke påtegnet en anbrydnings dato, og at låget på flasken ikke er skruet ordentlig på. Tilsynet bemærker ligeledes, at opbevaringen af borgers øjendråber ligger på borgers spisebord blandt mange andre personlige ting.
Observation (2)	x			Tilsynet observerer overensstemmelse mellem skema "Medicinoplysninger" i omsorgssystemet og skema "Medicinoplysninger" i borgerens hjem. Tilsynet observerer, at der ligger signeringsskema i borgernes hjem, hvor der administreres øjendrypning, sondeernæring og smøring af diverse cremer. Tilsynet observerer, at et signeringsskema mangler at blive ajourført og et andet trænger til fornyelse.
Borger	x			Borgerne tilkendegiver tilfredshed og har kendskab til aftaler omkring medicindosering. 1 borger kan ikke svare på spørgsmålet grundet hukommelsesmæssige problemstilling
Medarbejder	x			Medarbejderen kan redegøre for observationer i forbindelse med hjælpen til medicinindtagelsen.

Hjælp til medicinindtagelse

Mål 7				
Borgeren modtager den visiterede hjælp til medicinindtagelse				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Der foreligger "Medicinoplysninger" i alle borgernes hjem, også hos de borgere, som får dosis dispensering.
Observation	x			Tilsynet observerer, at den medicin, der skal være givet på tilsynstidspunktet, er givet.

Borger	x			De borgere, der modtager hjælp til medicinindtagelse, oplever stor tryghed i forbindelse med hjælpen. 1 borger kan ikke svare på spørgsmålet grundet hukommelsesmæssige problemstilling.
Medarbejder	x			Medarbejderne har kendskab til, hvad der skal kontrolleres inden medicinen gives. En medarbejder fortæller, at når en ny dosis dispenseringsrulle tages i brug, skal der altid tjekkes indhold, cpr nr. og dato det første døgn.

Kommunikation og respekt

Mål 8 Borgeren oplever respektfuld kommunikation				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Observation	x			Tilsynet overværer dialog mellem borgere og medarbejdere. Der observeres venlig og imødekommende kommunikation.
Borger		x		Borgere giver udtryk for, at kommunikationen mellem borger og medarbejder er respektfuld, og at medarbejderne generelt accepterer deres levevis. En borger oplyser, at medarbejderne er meget unge, men flinke, og der er en rigtig god og munter tone. En anden borger fortæller, at medarbejderne er flinke og hurtig retter ind efter den måde, som der ønskes at der føres en dialog på i borgerens hjem. For eksempel kan borger ikke tåle, at der bliver talt for højt. En tredje borger er lidt mere kritisk, da hun har oplevet, at nogle medarbejdere kan være lidt grænseoverskridende og blot gå ind og slukke fjernsynet og derefter gå i gang med at tilbyde borgeren at komme i seng. En fjerde borger er ligeledes ikke altid tilfreds, oplever at tilsynene ikke kommer med en tilstrækkelig jævn fordeling. Nogle gange kommer tilsynene meget tæt på hinanden, og borgeren får morgenmad og frokost med kun 2 timers mellemrum. Desuden har borgeren oplevet, at aftenhjælpen kommer meget tidligt - allerede ved otte tiden - for at hjælpe hende i seng, dette oplever borger som alt for tidligt, da hun først bliver hjulpet op igen næste dag klokken ni.
Medarbejder	x			Medarbejderne kan generelt fortælle om handlinger, der sikrer respektfuld kommunikation med borgerne. En medarbejder fortæller, at borgeren godt kan lide en frisk tone og godt humør. En anden medarbejder fortæller, at medinddragelse og signalering og det at der er god tid til opgaven, gør borgeren tryk og afslappet.

				<p>En tredje medarbejder fortæller, at det er vigtigt at være i øjenhøjde med borgeren og benytte sit kropssprog, da borgerens hørelse er væsentlig nedsat.</p> <p>To medarbejder er dog lidt usikker i deres fremstilling og fortæller, at de behandler alle borgere ens og med respekt. Medarbejderne oplever umiddelbart ikke, at der er nogle specielle eller individuelle behov hos borgerne.</p>
--	--	--	--	--

Styrket indsats vedrørende medarbejderkompetencer

Mål 9				
Der arbejdes med kompetenceudvikling i relation til den enkelte medarbejder				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation (1)		x		<p>Der foreligger en skriftelig kompetenceoversigt på de medarbejdere, som har delegeret opgaver på kompetenceniveau 2 og opefter.</p> <p>De medarbejdere, som arbejder inden for kompetenceniveau 1, har ikke nogen skriftligt kompetenceoversigt, da leder oplyser, at disse opgaver ligger inden for, hvad der kan forventes i deres jobbeskrivelse.</p>
Dokumentation (2)			x	Tilsynet bliver ikke præsenteret for en skriftelig procedure for at sikre, at de delegerede opgaver holdes ajour.
Dokumentation (3)	x			<p>Medarbejdere har alle en faglig relevant uddannelse og har dermed den nødvendige uddannelse og viden til at varetage komplekse plejeopgaver.</p> <p>Medarbejdernes kompetencer og faglighed sikres gennem løbende udvikling og oplæring internt i hjemmeplejen.</p> <p>I forhold til dokumentationen på kompetenceskemaerne registreres en opfølgingsdato på medarbejdernes kompetencer ikke umiddelbart.</p>
Observation (1)	x			Tilsynet observerer sammenhæng mellem skema for de delegeret komplekse plejeopgaver og de observerbare forhold
Observation (2)	x			Der er overensstemmelse mellem opgavernes kompleksitet og de anvendte kompetencer.
Borger	x			<p>Borgerne er generelt tilfredse med den delegeret hjælp.</p> <p>En borger fortæller dog, at det opleves, at der engang imellem kommer medarbejdere i hjemmet, som ikke kan varetage rengøring omkring sondeindstikssted.</p>

Medarbejder (1)	x			<p>2 medarbejdere har ingen komplekse plejeopgaver, der som sådan er delegeret.</p> <p>3 medarbejdere har opgaver, som er delegeret.</p> <p>En medarbejder giver eksempelvis øjendråber, en anden påsmører salve for psoriasis og en tredje varetager sondeernæring og renholdelse omkring indstikssted.</p> <p>Medarbejder oplyser, at hvis de føler sig usikre, rettes der kontakt til sygeplejersken.</p>
Medarbejder (2)	x			<p>Kompetenceoversigt og principperne for delegering er kendt af medarbejderne.</p>
Medarbejder (3)	x			<p>Flere medarbejdere kan forklare, at deres kompetencer bliver udviklet via undervisning i borgernes hjem.</p> <p>Samtidig fortæller medarbejderne, at sygeplejerskerne sikrer, at medarbejdernes kompetencer svarer til opgavens art.</p> <p>Sygeplejerskerne fortæller, at de jævnligt har de delegerede opgaver på dagsorden ved de fælles møder.</p> <p>For eksempel har en medarbejder netop været med hos en borger, hvor medarbejder blev sidemandsoplært i at varetage sondeernæring.</p>

4 Tilsynets formål

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

4.1 Indhold og metode

I BDO's tilsynskoncept for uanmeldte tilsyn i hjemmeplejen/Hjemmesygeplejen i Allerød Kommune er der udarbejdet 9 mål, som tager udgangspunkt i Kommunes kvalitetsstandarder, ydelseskatalog og retningslinjer.

De uanmeldte tilsyn tager udgangspunkt i en helhedsvurdering af Hjemmeplejen/Hjemmesygeplejen ved hjælp af følgende målemetoder:

- Kontrol af Hjemmeplejens/Hjemmesygeplejens faglige dokumentation.
- Observation i udvalgte borgeres boliger.
- Interview med borgere, evt. pårørende og medarbejdere.
- Drøftelse med ledelsen.

I de uanmeldte tilsyn i Hjemmeplejen/Hjemmesygeplejen arbejder BDO ud fra indikatorer på forskellige kvalitetsområder.

Allerød kommune har yderligere valgt, at der i forhold til medarbejderne skal indgå mål vedr. medarbejderkompetencer.

Der indsamles data ud fra fire forskellige datakilder, hhv. faglig dokumentation, observation, interview med borgeren og interview med en relevant medarbejder. Samlet set giver de fire metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten af de ydelser, som borgerne modtager i hjemmeplejen.

Følgende punkter indgår i tilsynskonceptet:

Omsorgs- og plejemæssige praksis	Organisatoriske og personalemæssige forhold	Øvrige
Det skriftlige grundlag for ydelsen Personlig pleje Sundhedsfremme og forebyggelse Praktisk hjælp Hverdagsrehabilitering Medicinhåndtering (dosering og indtagelse) Kommunikation	Medarbejder kompetencer	

4.2 Vurderingsskala

Tilsynet arbejder ud fra følgende vurderingsskala:

Vurderingen *Godkendt* er kendetegnet ved gode og tilfredsstillende forhold, som kan give anledning til at påpege udviklingspunkter i form af bemærkninger eller anbefalinger. Disse bemærkninger eller anbefalinger angiver, hvordan stedet kan arbejde videre med yderligere kvalitetsforbedringer.

Vurderingen *Godkendt med mangler* er kendetegnet ved gode og jævne forhold og med mangler på enkelte områder. Denne vurdering giver anledning til anbefalinger om, hvilke områder der skal arbejdes med for at rette op på de pågældende forhold.

Vurderingen *Alvorlige fejl og mangler* er kendetegnet ved, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere fx omsorgssvigt eller ubegrundet brug af magt. Vurderingen giver anbefaling om, at Kommunen straks iværksætter tiltag for at afhjælpe og forbedre forholdene, samt foretager et op følgende tilsyn efter en nærmere aftalt periode.

5 Kontaktoplysninger

Yderligere oplysninger fås ved henvendelse til:

Med venlig hilsen

HELEN HILARIO JØNSSON

Director, Afdelingschef

Mobil: +45 24 29 50 79

hej@bdo.dk

BDO Kommunernes Revision

Godkendt revisionsaktieselskab

Havneholmen 29

DK-1561 København V

Tlf: +45 33 12 65 45

www.bdo.dk

Bilag: 5.2. Handleplan BDO 2015 - Hjemmeplejen

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 95043/15

Hjemmeplejen - BDO tilsyn år 2015

	Anbefalinger	Handleplan
1.2	<p>Tilsynet anbefaler, at ledelsen igangsætter initiativer, der sikrer, at medarbejderne i endnu højere grad er bevidste om tilbagemeldingspligten i forhold til ændringer i borgernes behov for hjælp således, at der altid sikres den korrekte visitation i forhold til den enkelte borger.</p>	<p>Vi vil sikre os, at medarbejderne i den daglige faglige tid, i fællesskab med kollegaer og leder gennemgår, arbejdsopgaverne hos borgeren samt den tid der anvendes til de enkelte ydelser. Ydermere skal medarbejderne oplæres i advis besked mht. ændring af tidsforbrug hos den enkelte borger. Begrundelse for ændring af tid hos en borger kan således straks videresendes til visitator. Egen gruppe sættes altid på advis'en som modtager således, at egen gruppes koordinator er orienteret om forventet ændring af visitation. Medarbejderne skal få forståelse for vigtigheden i at tidsforbruget gælder både for lidt og for megen tid og at de skal være reelle i deres vurdering af opgavens omfang. Dette skal i talesættes ugentlig af lederen i distriktet.</p> <p>Jævnlig møder med aften medarbejderne, med fokus på ruter og reel visiteret tid hos borgerne, skal bibeholdes.</p>
2.1	<p>Tilsynet anbefaler, at Den Kommunale Hjemmepleje og Hjemmesygepleje overvejer fordelene ved at udarbejde handleplaner/døgnrytmeplaner i det elektroniske omsorgssystem</p>	<p>Vi benytter bl.a. deltidssygemeldt medarbejder til at overføre håndskrevne handleplaner til vores elektroniske journal, ligesom vi har benyttet af muligheden for, at bruge den tid der opstår i tilfælde af aflysninger.</p> <p>For at gøre det muligt, at samtlige handleplaner gøres elektroniske, har vi brug for, at der lægges tid til denne opgave for eksempel i visitationen eller som akut ydelse.</p> <p>Hjemmeplejens ledelse vil gå i dialog med øverste ledelse, for at finde nye veje at gå. Hjemmeplejen har gennem lang tid haft utilstrækkeligt fungerende devisers.</p> <p>Der arbejdes aktuelt på, at få forbedret vore elektroniske udstyr, således det vil blive nemmere, at udarbejde handleplaner på PDA'er. Der er allerede igangsat en proces mht. til afprøvning og indkøb af nyt elektronisk udstyr til brug for dokumentation.</p>

Hjemmeplejen - BDO tilsyn år 2015

<p>2.2 (3)</p>	<p>Tilsynet anbefaler, at ledelsen får udarbejdet en procedure for at sikre, at borgernes sundhedsfaglige oplysninger i mapperne er let at orienterer sig i, og at vejledninger, procedurer, handleplaner/ døgnrhythmeplaner fremtræder i en professionel forfatning. Tilsynet anbefaler, at ledelsen med fast interval gennemfører en systematisk egenkontrol af en række borgermapper for at følge op på, om proceduren på området følges.</p>	<p>Vi vil fremadrettet planlægge at tage den enkelte borgers Hjemmejournal med ind til den daglige faglige tid i gruppen. Her kan kontaktperson sammen med leder eller sygeplejerske, sammen gennemgå mappen med udgangspunkt i tilsynets anvisninger. Via denne gennemgang, vil der blive gennemført en systematisk egenkontrol af en række Hjemmejournaler, samtidig med at medarbejderne kompetence-udvikles til opgaven. Vi vil overveje at indføre smalle ringbind med faneblade, af hensyn til overskueligheden i Hjemmejournalen. Ledelsen vil ved hjælp af liste over borgerne i distriktet sikre, at der bliver gennemført egenkontrol på alle Hjemmejournaler.</p>
<p>2.3 (4)</p>	<p>Tilsynet anbefaler, at ledelsen underviser, oplærer og vejleder medarbejderne i, hvorledes handleplaner/døgnrhythmeplaner udarbejdes, således at disse fremstår handlevejledende og individuelt beskrevet gennem hele døgnet i forhold til borgerens behov for personlig pleje og omsorg.</p>	<p>Fremadrettet vil ledelsen sikre, at medarbejderne undervises, oplæres og vejledes i, hvorledes handleplaner/døgnrhythmeplaner udarbejdes. Ledelsen vil iværksætte udarbejdelsen af en vejledning, der skal gøre det lettere for medarbejderne at opfylde de forventninger BDO beskriver.</p>
<p>3.1 (5)</p>	<p>Tilsynet anbefaler, at handleplaner/døgnrhythmeplaner ligeledes indeholder beskrivelser af hjælpen til den praktiske støtte, inkl. borgernes ressourcer, vaner, ønsker og særlige behov. Tilsynet anbefaler, at ledelsen underviser, oplærer og vejleder medarbejderne i, hvorledes handleplaner/døgnrhythmeplaner udarbejdes, således at disse indeholder fyldestgørende beskrivelser af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats</p>	<p>Som ovenfor i 2.3(4).</p>
<p>6..1</p>	<p>Tilsynet anbefaler, at hjemmesygeplejen følger Sundhedsstyrelsen anbefalinger i forhold til opbevaring af medicin og mærkning af borgernes doseringsæsker.</p>	<p>Retningslinjen for medicin håndtering i Hjemmeplejen er under revision af dokumentationsgruppen. Vi vil sikre, at der i retningslinjen er tydelighed omkring forventningen til, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger følges. Det vil sige, at det tydeligt skal fremgå, at ikke aktuel medicin afleveres til apoteket eller opbevares på et ikke tilgængeligt sted i borgerens hjem. Ikke aktuel medicin skal opbevares adskilt fra aktuel medicin og skal mærkes: ikke aktuel medicin.</p>

Hjemmeplejen - BDO tilsyn år 2015

		<p>Det skal være en fast del af en medicindoserings-ydelse, at sikre sig ovenstående.</p> <p>Desuden skal det sikres, at borgerens aktuelle medicin er i særskilt kasse/boks. Ledelsen tager henvendelse til dokumentationsgruppen, for at sikre sig, at ovenstående tænkes ind i retningslinjen.</p> <p>Borgere, som har deres medicin med ud af eget hjem, skal have påført fulde navn og fødselsdato, på samtlige æsker.</p> <p>Ydermere skal der til enhver tid være datomærkning ved anbrud af medicin så som øjendråber, insulin etc.</p> <p>Ledelsen vil i løbet af november måned være i dialog med sygeplejegruppen om ovenstående, både i egne distrikter, ved sygeplejerskernes onsdagsmøde og på fagmøde.</p>
9.1 (7)	<p>Tilsynet bemærker, at der ikke foreligger en skriftelig procedure for at sikre, at de delegerede opgaver holdes ajourførte, samt at der ikke foreligger skriftelig kompetenceoversigt på de medarbejdere, som har opgaver på kompetenceniveau 1.</p>	<p>De nuværende procedurer/retningslinjer for delegerede opgaver skal revideres, således at retningslinjen tydeligt beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At det er en forventning, at sygeplejersken, når hun starter oplæringen, sætter dato for opfølgning. Der skal således altid være en opfølgningsdato for en uddelegeret opgave. • Det skal tydeliggøres, at ansvaret for opfølgning ligger hos både sygeplejerske og hos den opgaven er uddelegeret til. • Den reviderede retningslinje, vil blive gennemgået på fagmøde med sygeplejerskerne og på personalemøderne med øvrige medarbejdere. <p>Hjemmeplejen har kompetence-uddelegerings-oversigt for alle medarbejdere. Dvs. for både plejemedarbejdere, social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter. I nævnte oversigter, er anført hhv. 1, 2 eller 3, svarende til de forskellige kompetence-niveauer, inde for faggrupperne.</p>

Bilag: 5.3. Tilsynsrapport 2015 - Cura Pleje - Allerød kommune - Endelig rapport.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 77191/15

Tilsynsrapport
Allerød Kommune
Ældre og sundhed

Privat leverandør

Cura Pleje

Unmeldt tilsyn

maj 2015

Forord

Rapporten er bygget således, at læseren på de første sider præsenteres for en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt det samlede tilsynsresultat, begrundelse for tilsynsresultatet, bemærkninger og anbefalinger.

Herefter indeholder rapporten de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og ved 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.

Sidste del af rapporten indeholder en kort beskrivelse af formål og metode samt kontakt-oplysninger til BDO.

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

Indholdsfortegnelse

1	Formalia.....	4
2	Samlet tilsynsresultat	5
2.1	Begrundelse for tilsynsresultatet	6
2.2	Tilsynets overordnede bemærkninger og anbefalinger.....	8
3	Datagrundlag	9
4	Tilsynets formål.....	16
4.1	Indhold og metode.....	16
4.2	Vurderingsskala	17
5	Yderligere oplysninger.....	18

1 Formalia

Hjemmeplejens navn og adresse
Cura Pleje, Hejrevang 15, 3450 Allerød
Leder
Charlotte Kastrup
Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg
D. 28. maj 2015 kl 8.15- 14.00
Datagrundlag
Ved tilsynet er der foretaget gennemgang af faglig dokumentation samt observationer hos borgerne. Tilsynet har interviewet 5 borgere. Borgerne har givet tilsagn om deltagelse i tilsynet. Tilsynet har desuden gennemført interview med <ul style="list-style-type: none">➤ 3 social- og sundhedshjælpere En medarbejder deltager i interview i forhold til 3 borgere.
Tilsynsførende
Mette Norré Sørensen, Senior consultant og sygeplejerske Gitte Ammundsen, Senior manager og sygeplejerske

2 Samlet tilsynsresultat

BDO KR har på vegne af Allerød Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos den private leverandør af Hjemmepleje Cura Pleje. På baggrund af det indsamlede datamateriale og den efterfølgende analyse heraf, vurderer BDO KR, at den private leverandør af Hjemmepleje Cura pleje er **godkendt** ved det uanmeldte tilsyn.

Samlet vurdering	
X	<p>Godkendt</p> <p>Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Forholdene i hjemmeplejeenheden vurderes samlet set at være gode og tilfredsstillende.</p>
	<p>Godkendt med mangler</p> <p>Dette betyder, at dele af den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har mangler eller er utilfredsstillende, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.</p>
	<p>Alvorlige fejl og mangler</p> <p>Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Manglerne er af et sådan omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere beboere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.</p>

2.1 Begrundelse for tilsynsresultatet

Tilsynsresultatet præsenteres dels ud fra en samlet vurdering dels ud fra en beskrivelse af, hvilke mål og indikatorer manglerne forekommer

Styrker

- Ledelsen beskriver, at Cura Pleje ikke har delegeret sygeplejeydelser endnu, men har de rette medarbejderkompetencer til at bestride opgaven og blot afventer tilsagn fra Allerød Kommune.
- For at sikre medarbejdernes faglige kompetencer samt at borgerne får en kvalificeret hjælp, er der udarbejdet kompetenceskemaer på alle medarbejdere. Teamlederen har ansvaret for at følge op på disse og sikre, at medarbejderne har de faglige kvalifikationer, som svarer til den pleje, de skal levere.
- Cura Pleje har kun faglærte medarbejdere ansat, ligeledes er vikarer også faglærte.
- Cura Pleje arbejder målrettet med at få "triage" konceptet implementeret i hverdagen og finde nye og hensigtsmæssige arbejdsgange. Cura Pleje er med i et pilot projekt og skal være med til udarbejdelse/udvikling af instrukser på området.
- Cura pleje har fået et nyt disponeringsredskab, som går direkte på medarbejdernes smart-phone. Medarbejderen kan orientere sig om sine besøg og samtidig også se planlægningen et stykke tid frem. Systemet gør det muligt at skive beskeder til teamlederne, og ledelsen oplever, at det har været med til at udvikle dokumentationen i en positiv retning.
- Der ligger en døgnrytmeplan i alle borgernes hjem og på kontoret, så medarbejderne og vikarer altid kan orientere sig om opgaven i hjemmet. Den sundhedsfaglige dokumentation varetages generelt af den enkelte medarbejder, men teamlederen påtager sig langt det største ansvar, da omsorgssystemet giver udfordringer for mange af medarbejderne. Teamlederen har lavet audit på samtlige døgnrytmeplaner.
- Ledelsen fremviser en procedure for, hvorledes den sundhedsfaglige dokumentation skal udarbejdes og fortæller, at den bliver brugt dagligt i dialogen mellem medarbejder og teamlederen. Cura Pleje har haft en del medarbejdere på kursus i Allerød Kommune omkring udarbejdelsen af døgnrytmeplaner.
- Der afholdes teammøder en gang om ugen, hvor faglig udveksling, vidensdeling og informationer er på dagsordenen.
- Ledelsen beskriver, at det er vanskeligt at rekruttere social- og sundhedshjælpere til firmaet, men har netop ansat en ny sygeplejerske til teamlederstillingen.
- Ledelsen beskriver, at alle nye medarbejdere er igennem et grundigt instruktionsprogram, som blandt andet består af en dybdegående gennemgang af triage, faldforebyggelse og den rehabiliterende tilgang.

På baggrund af tilsynet vurderes det, at Cura Pleje er karakteriseret ved følgende styrker:

- Den sundhedsfaglige dokumentation er generelt tilfredsstillende.
- Der er sammenhæng mellem den hjælp, som borgeren modtager, og borgerens behov for pleje og omsorg.
- Borgerne får den pleje og omsorg og hjælp til praktisk støtte, som de har behov for.
- Borgerne oplever generelt tilfredshed med kvaliteten i den personlige pleje og hjælpen til praktisk støtte.
- Borgerne oplever tryghed ved måden, hvorpå hjælpen leveres, idet der ageres på deres helbreds-mæssige bekymringer.
- Den daglige kommunikation med medarbejderne oplever borgerne som værende respektfuld med en god omgangstone.
- Medarbejderne har kendskab til den sundhedsfaglige dokumentation og god viden og indsigt i borgernes behov for pleje og omsorg samt hjælpen til praktisk støtte. Medarbejderne kan redegøre for observationer og overvejelser i forhold til den sundhedsfaglige indsats.
- Medarbejderne fremstår kompetente og er bevidste om egne kompetenceområder.
- Der er udarbejdet kompetenceskemaer i forhold til den komplekse pleje på alle medarbejdere.

Mangler

Der er ikke fundet "mangler" i forhold til tilsynskonceptet på tilsynstidspunktet.

Alvorlige fejl

Der er ikke fundet "alvorlige fejl og mangler" i forhold til tilsynskonceptet på tilsynstidspunktet.

2.2 Tilsynets overordnede bemærkninger og anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende bemærkninger og anbefalinger i forhold til den fremadrettede udvikling hos privat leverandør af Cura Pleje:

Bemærkninger
<ol style="list-style-type: none">1. Tilsynet bemærker, at enkelte døgnrytmeplaner har sporadiske mangler i forhold til ajourføring af den personlige pleje, rengøring, mobilitetsniveau og i forhold til borgernes ressourcer.2. Tilsynet bemærker, at to borgere er mindre tilfredse med den praktiske hjælp.3. Tilsynet bemærker, at i forhold til en borger med særlige problemstillinger ses der ikke en tilstrækkelig detaljeret handlevejledning i forhold til den helt særlige indsats, der skal ydes i borgerens bolig.
Anbefalinger
<ol style="list-style-type: none">1. Tilsynet anbefaler, at Cura Pleje fortsat arbejder målrettet med at få udviklet døgn- og ugeplanerne, således at de altid er ajourførte i forhold til borgerens nuværende funktionsniveau, samt at beboernes ressourcer og medinddragelse i hverdagen ligeledes fremstår opdateret.2. Tilsynet anbefaler, at der tages kontakt til de pågældende borgere, som er mindre tilfredse med den praktiske hjælp og får afstemt forventninger og serviceniveau i forhold til rengøringshjælpen.3. Tilsynet anbefaler, at der udarbejdes handleplan i forhold til borgeren, hvor der er særlige udfordringer i forbindelse med at opretholde en forsvarlig hygiejnisk standard i hjemmet. Tilsynet vurderer, at sådanne tiltag desuden vil give medarbejderne en øget opmærksomhed på problematikken, og samtidig også vil sikre, at Cura Pleje får dokumenteret i tilstrækkelig grad i forhold til problematikken.

3 Datagrundlag

På de følgende sider præsenteres resultaterne af dataindsamlingen i relation til hvert målepunkt samt generelle bemærkninger til hvert mål.

Det skriftlige grundlag i henhold til vejledning nr. 2, jf. lov om social service og kommunens kvalitetsstandarder

Mål 1				
Der foreligger en skriftlig afgørelse med den bevilgede hjælp				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Alle journaler indeholder dokumentation med en aktuell beskrivelse af borgernes behov for pleje.
Observation	x			Tilsynet observerer sammenhæng mellem den hjælp, som borgerne har behov for og den hjælp, som borgerne tilbydes.
Borger	x			Borgerne giver generelt udtryk for, at de modtager den hjælp, de har behov for. 2 borgere oplyser dog, at de kan mærke, at der er kommet ny overenskomst. En borger fortæller, at før i tiden kom medarbejderen kl 15 til toiletbesøg, men kan nu først komme kl 16.00. En anden borger oplyser, at hun kan mærke, at der er mere fokus på tiden, og at medarbejderne virker mere fortravlet. Den samme borger giver desuden udtryk for, at hun godt kunne tænke sig lidt mere hjælp, da hendes tilstand er forværret. 1 borger kan ikke deltage i interviewet på grund af hukommelsesmæssig problemstilling.
Medarbejder	x			Medarbejderne kan fint beskrive omfang og indhold i den bevilgede hjælp.

Personlig pleje i henhold til Servicelovens § 83 samt kommunens kvalitetsstandarder

Mål 2				
Der foreligger en samlet plan for pleje- og omsorgsindsatsen				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation		x		Der er udarbejdet døgnrytmeplaner for de 4 borgere, som modtager hjælp til personlig pleje. 2 af døgnrytmeplaner indeholder beskrivelser af tilrettelæggelsen af den daglige pleje og omsorg gennem hele døgnet. Døgnrytmeplanerne er handlevejledende og individuelt beskrevet og giver et fyldestgørende billede af borgeren. Der er ligeledes beskrivelser af borgerens fysiske, mentale og psykiske ressourcer og medinddragelse af disse.

			<p>De 2 andre døgnrytmeplaner har delvise mangler.</p> <p>En døgnrytmeplan mangler eksempelvis ajourføring i forhold til borgerens nuværende funktionsniveau. Der står blandt andet beskrevet, at borgeren forflyttes med stålift. Dette er ikke tilfældet mere, da borgeren har fået installeret en loftlift.</p> <p>En anden døgnrytmeplan er handlevejledende og indeholder beskrivelse af borgerens ressourcer og medinddragelse af disse, eksempelvis i forhold til den personlige pleje om morgenen. Desuden er særlige udfordringer beskrevet handlevejledende, eksempelvis hvorledes der skal ageres, når borgeren nogle gange frasiger sig hjælpen om morgen.</p> <p>Hjælpen til middag og eftermiddag mangler dog at blive beskrevet. Desuden er det utydeligt, hvornår og hvor ofte hjælpen leveres om aftenen. Dertil bør døgnrytmeplanen ajourføres, da det fremgår, at borgeren selv kører ud og handler på sin el-scooter, dette er ikke korrekt.</p> <p>Tilsynet observerer, at der er udarbejdet handleplan på psykisk pleje og omsorg, men denne er ikke ajourført med handling og ikke evalueret siden 2014. Tilsynet vurderer, at det er meget nødvendigt med en handleplan på dette område, da borgeren har store psykiske udfordringer, der skal tages hånd om.</p>
Borger	x		<p>4 borgere som modtager hjælp til personlig pleje og omsorg, giver alle udtryk for tilfredshed med kvaliteten af hjælpen.</p> <p>En borger beskriver, at han er meget tilfreds med de faste medarbejdere, men når der er ferie/sygdom, kommer der mange forskellige medarbejdere i hjemmet. Ikke alle medarbejdere ved, hvad borgeren skal have hjælp til. Oplever det lidt grænseoverskridende med de mange forskellige medarbejdere, da hjælpen handler om personlig pleje.</p> <p>En anden borger beskriver stor tilfredshed med både vikarer og de faste medarbejdere. Borger fortæller, at vikarer nødvendigvis ikke behøver at være mindre kvalificeret til opgaven.</p> <p>1 borger kan ikke deltage i interviewet på grund af hukommelsesmæssig problemstilling.</p>
Medarbejder	x		<p>Medarbejderne kan redegøre for den faglige indsats i forhold til hjælpen til personlig pleje.</p> <p>En medarbejder fortæller, at hun har fokus på, at beboeren klarer så mange ting som muligt. Beboeren ønsker dette selv, men det skal selvfølgelig respekteres, hvis borgeren ikke vil eller kan mere.</p> <p>En anden medarbejder har stor opmærksom på at skabe en ramme og ro omkring borgeren, da borgeren ellers bliver opfarende i sin adfærd.</p>

				En tredje medarbejder fortæller, at hun i forbindelse med plejen af borgeren, som har meget få ressourcer, forsøger at medinddrage via sang og hele tiden fortælle borgeren, hvad hun foretager sig.
--	--	--	--	--

Mål 3				
Der er redegjort for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Der er fokus på sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i 3 af døgnrytmeplanerne - eksempelvis i forhold til mobilisering, forflytning, hudpleje og væskeindtag. I forhold til 1 døgnrytmeplan er det ikke relevant at beskrive sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. I 1 døgnrytmeplan fremgår den sundhedsfremmende og forebyggende indsats ikke. Tilsynet vurderer, at det med god grund kan uddybes, da der er særlige udfordringer ift. væske, ernæring, psykisk adfærd og hygiejne i boligen.
Observation	x			Tilsynet observerer ingen risici, der ikke er taget hånd om.
Borger	x			Borgerne giver ikke udtryk for bekymringer af helbredsmæssig karakter, der ikke bliver taget hånd om. En ægtefælle fortæller, at medarbejderen har stor opmærksomhed på, at borgeren får sin inhalator korrekt, og at huden smøres med cremer.
Medarbejder	x			Medarbejderne kan fagligt redegøre for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats hos borgerne. En medarbejder observerer borgerens almentilstand og er opmærksom på, om der er ændringer i borgerens adfærd. En anden medarbejder beskriver, at borgerens hjem er meget ukompliceret at komme i. Det er ikke nødvendigt med særlige indsatser. Borgeren er på mange måder selv i stand til at tage vare på sig selv og drage omsorg. En tredje medarbejder fortæller, at der er fokus på borgerens afføringsmønster og at der er udarbejdet handleplan over problematikken.

Praktisk hjælp i henhold til Servicelovens § 83

Mål 4				
Borgeren sikres hygiejnemæssig forsvarlig renholdelse af boligen og rekvisitter				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			<p>4 ud af 5 døgnrytmeplaner indeholder handlevejledende og individuelle beskrivelser af hjælpen til praktisk støtte.</p> <p>1 døgnrytmeplan har delvise mangler i beskrivelsen af hjælpen til praktisk støtte.</p> <p>Der ses ikke en tilstrækkelig detaljeret handlevejledning i forhold til en helt særlig problemstilling.</p> <p>Tilsynet bemærker, at en handleplan med fordel kan udarbejdes og henvises til i døgnrytmeplanen.</p> <p>1 borger modtager ikke rengøring.</p>
Observation	x			<p>Den hygiejniske tilstand i hjemmet fremtræder generelt tilfredsstillende.</p> <p>3 borgeres visitering er i overensstemmelse med de nye kvalitetsstandarder.</p> <p>I 1 borgers bolig er det tydeligt, at der er helt særlige udfordringer i hjemmet. Boligen er i en meget dårlig hygiejnisk tilstand. Tilsynet vurderer dog, at Cura Pleje gør, hvad der er muligt.</p>
Borger		x		<p>En borger er yderst tilfreds med hjælpen. Borger oplever, at der ydes en rigtig god hjælp. Der kommer mange udlændinge i hjemmet, som er meget dygtige.</p> <p>2 borgere er delvise tilfredse.</p> <p>En borger er eksempelvis utilfreds med, at der fremadrettet kun gives rengøring hver 3. uge. Samtidig er borgeren utilfreds med, at øverste hylde i reolen ikke tørres af for støv. Der efterspørges muligheden for en hovedrengøring.</p> <p>En anden borger oplever, at hun konstant skal være opmærksom på, at toilettet bliver gjort tilstrækkeligt rent.</p> <p>1 borger modtager ikke rengøring og anden borger kan ikke deltage i interviewet grundet hukommelsesmæssige problemstilling.</p>
Medarbejder	x			<p>Medarbejderne kan fortælle om de særlige indsatser i forhold til hygiejniske risikofaktorer hos borgerne.</p> <p>En medarbejder beskriver, at der ingen risikofaktorer er i forhold til den hygiejniske tilstand i hjemmet. Borgeren er god til at holde orden og renholde boligen.</p> <p>En anden medarbejder fortæller, at det er en helt ukompliceret hjælp, der gives til borgeren. Medarbejderen er opmærksom på medinddragelse af borgeren og roser/anerkender for, at borgeren er aktiv i forhold til hjælp til selvhjælp.</p>

				<p>En tredje medarbejder beskriver særlige risikofaktorer i hjemmet, og hvorledes disse tackles. Eksempelvis at borgeren smider med maden og gemmer maden forskellige steder i boligen.</p> <p>En fjerde medarbejder beskriver, at hun ikke varetager rengøringen hos borgeren. Borgeren har svært ved at sætte grænser, og for at bevare den gode tilgang til de daglige plejeopgaver i hverdagen har Cura Pleje besluttet, at rengøringen udføres af en anden medarbejder, end den som kommer dagligt i hjemmet.</p> <p>En femte borger modtager ikke rengøring.</p>
--	--	--	--	--

Styrket indsats vedrørende Hverdagsrehabilitering

Mål 5				
Der arbejdes med hverdagsrehabilitering i relation til den enkelte borger				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation				Ingen af de interviewede borgere modtager ydelsen "Aktiv hverdag"
Observation				Ikke relevant
Borger				Ikke relevant
Borger				Ikke relevant
Borger				Ikke relevant
Medarbejder				Ikke relevant
Medarbejder				Ikke relevant

Medicinindtagelse i henhold til gældende retningslinjer vedr. medicinbehandling

Mål 6				
Borgeren modtager den visiterede hjælp til medicinindtagelse				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Borgerne får ikke hjælp til medicinadministration eller hjælp til at give doseret medicin fra Cura Pleje. 1 borger får hjælp til inhalationsmedicin, der er medicinskema i borgerens bolig.
Observation	x			I forhold til 1 borger, som får hjælp til medicinindtagelse, observeres der overensstemmelse mellem medicinskema og skema i borgers hjem. Tilsynet observerer, at inhalationsmedicinen er givet ifølge egenkontrolskema i hjemmet.
Borger	x			Borgerens ægtefælle fortæller, at han er meget tryk ved måden, hvorpå Cura Pleje leverer hjælpen.
Medarbejder	x			Medarbejderen kan redegøre for observationer i forbindelse med hjælpen til medicinindtagelsen. Medarbejder henvises desuden til handleplan på området.

Kommunikation og respekt

Mål 7 Borgeren oplever respektfuld kommunikation				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Observation	x			Tilsynet overværer dialog mellem borgere og medarbejdere. Der observeres venlig og imødekommende kommunikation.
Borger	x			Alle borgere giver udtryk for, at kommunikationen mellem borger og medarbejder er respektfuld. En borger fortæller, at der er tilfredshed på alle parametre. Fremhæver dog sin faste medarbejder, som noget helt unikt, sød og ekstrem arbejdsom. En ægtefælle fortæller, at medarbejderne altid kommunikerer på en stille og rolig måde med borgeren under den personlige pleje. Der er altid to medarbejdere tilstede under plejen, og de er opmærksom på ikke at tale hen over hovedet på borgeren.
Medarbejder	x			Medarbejderne kan fortælle om handlinger, der sikrer respektfuld kommunikation med borgerne. En medarbejder fortæller, at hun møder borgeren med venlighed og imødekommenhed. Bruger sit kropssprog, lægger for eksempel en hånd på beboerens skulder, hvis borgeren virker trist, vred eller ked af det. En anden medarbejder fortæller, at hun arbejder med at sætte rammer/grænser for borgeren, for at den respektfulde kommunikation kan finde sted i hjemmet. Medarbejderen kan ved hjælp af denne metode sige til borgeren, når grænsen er overskredet. Dette oplever medarbejder som en konstruktiv måde at tackle borgerens udadreagerende adfærd på. En tredje medarbejder fortæller, at borgeren har rejst meget i det land, som medarbejderen kommer fra. Dette giver ofte anledning til spændende dialog og er medvirkende til at skabe et godt forhold.

Styrket indsats vedrørende medarbejderkompetencer

Mål 8 Der arbejdes med kompetenceudvikling i relation til den enkelte medarbejder				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation (1)	x			Der foreligger en skriftelig kompetenceoversigt på hver enkelt medarbejder. Medarbejderne arbejder primært inden for kompetenceniveau 1 og kun i meget begrænset omfang inden for kompetenceniveau 2 i og med, at der ikke er delegeret sygeplejeopgaver til Cura Pleje.

Dokumentation (2)	x			Cura Pleje har udarbejdet en procedure for at sikre, at de delegerede opgaver holdes ajour.
Dokumentation (3)	x			Cura Plejes medarbejdere har alle en faglig relevant uddannelse og har dermed den nødvendige uddannelse og viden til at varetage komplekse plejeopgaver, som de er defineret af Allerød Kommune. Medarbejdernes kompetencer og faglighed sikres gennem løbende udvikling og oplæring internt i virksomheden. I forhold til dokumentationen på kompetenskemaerne registreres en opfølgning på medarbejdernes kompetencer ikke umiddelbart. Det er tilsynets vurdering, at dette er tilfredsstillende, idet Cura Pleje ikke har med delegerede sygeplejeopgaver at gøre.
Observation (1)	x			Tilsynet observerer sammenhæng mellem skema for de delegeret komplekse plejeopgaver og de observerbare forhold.
Observation (2)	x			Der er overensstemmelse mellem opgavernes kompleksitet og de anvendte kompetencer.
Borger	x			Borgerne er generelt tilfredse med den delegeret hjælp. En borger fortæller dog, at det opleves, at enkelte medarbejdere som kommer i hjemmet, ikke er i stand til at give klyx eller pleje omkring top-katheter.
Medarbejder (1)	x			3 medarbejdere har ingen komplekse plejeopgaver, der som sådan er delegeret. Medarbejder oplyser, at hvis de føler sig usikker, rettes der kontakt til teamleder eller andre kollegaer. 2 medarbejdere har opgaver, som er delegeret. En medarbejder giver eksempelvis inhalationsmedicin
Medarbejder (2)	x			Kompetenceoversigt og principperne for delegering er kendt af medarbejderne.
Medarbejder (3)	x			Flere medarbejdere kan forklare, at deres kompetencer bliver udviklet via undervisning. For eksempel er ergoterapeuten altid sammen med medarbejderen ved nye komplicerede forflytninger i borgerens hjem.

4 Tilsynets formål

Formålet med tilsyn i Allerød Kommune 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 beboer og de ydelser, der leveres til den enkelte.
- Kontrollere og belyse, om der er sammenhæng mellem de udmeldte rammer og den praksis, der findes på det enkelte tilbud.
- Kontrollere, om der på det enkelte tilbud udføres forsvarligt fagligt arbejde i forhold til borgerne, og at gældende lovregler, kvalitetsstandarder, serviceniveau og administrative retningslinjer efterleves.
- Understøtte en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne gennem en anerkendende og konstruktiv tilgang til medarbejdere og ledelse.
- Skabe grundlag for refleksion over egen praksis hos både medarbejdere og ledelse.

Afdække styrker og forbedringsmuligheder i tilbuddenes måde at håndtere opgaverne på, og identificere potentielle udviklingsmuligheder

4.1 Indhold og metode

I BDO's tilsynskoncept for uanmeldte tilsyn hos den private leverandør af Hjemmepleje i Allerød Kommune er der udarbejdet 8 mål, som tager udgangspunkt i Kommunes kvalitetsstandarder, ydelseskatalog og retningslinjer.

De uanmeldte tilsyn tager udgangspunkt i en helhedsvurdering af den private leverandør ved hjælp af følgende målemetoder:

- Kontrol af den private leverandørs faglige dokumentation.
- Observation i udvalgte borgeres boliger.
- Interview med borgere, evt. pårørende og medarbejdere.
- Drøftelse med ledelsen.

I de uanmeldte tilsyn hos den private leverandør arbejder BDO ud fra indikatorer på forskellige kvalitetsområder.

Allerød kommune har yderligere valgt, at der i forhold til medarbejderne skal indgå mål vedr. medarbejderkompetencer.

Der indsamles data ud fra fire forskellige datakilder, hhv. faglig dokumentation, observation, interview med borgeren og interview med en relevant medarbejder. Samlet set giver de fire metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten af de ydelser, som borgerne modtager af den private leverandør.

Følgende punkter indgår i tilsynskonceptet:

Omsorgs- og plejemæssige praksis	Organisatoriske og personalemæssige forhold	Øvrige
Det skriftlige grundlag for ydelsen Personlig pleje Sundhedsfremme og forebyggelse Praktisk hjælp Hverdagsrehabilitering Hjælp til medicinindtagelse Kommunikation	Medarbejder kompetencer	

4.2 Vurderingsskala

Tilsynet arbejder ud fra følgende vurderingsskala:

Vurderingen Godkendt er kendetegnet ved gode og tilfredsstillende forhold, som kan give anledning til at påpege udviklingspunkter i form af bemærkninger eller anbefalinger. Disse bemærkninger eller anbefalinger angiver, hvordan stedet kan arbejde videre med yderligere kvalitetsforbedringer.

Vurderingen Godkendt med mangler er kendetegnet ved gode og jævne forhold og med mangler på enkelte områder. Denne vurdering giver anledning til anbefalinger om, hvilke områder der skal arbejdes med for at rette op på de pågældende forhold.

Vurderingen Alvorlige fejl og mangler er kendetegnet ved, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere fx omsorgssvigt eller ubegrundet brug af magt. Vurderingen giver anbefaling om, at Kommunen straks iværksætter tiltag for at afhjælpe og forbedre forholdene, samt foretager et op følgende tilsyn efter en nærmere aftalt periode.

5 Yderligere oplysninger

Yderligere oplysninger fås ved henvendelse til:

HELEN HILARIO JØNSSON

Director

Mobil: +45 24 29 50 79

hej@bdo.dk

BDO Kommunernes Revision

Godkendt revisionsaktieselskab

Havneholmen 29

DK-1561 København V

Mobil: 45 33 12 65 45

www.bdo.dk

Bilag: 5.4. Handleplan BDO 2015 - Cura Pleje

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 95908/15

Område	Problemstilling	Tiltag	Tidsplan
Døgnrytmeplaner	<p>1) At døgnrytmeplanerne er ajourførte og afspejler borgerens nuværende funktionsniveau.</p> <p>2) At døgnrytmeplanerne afspejler borgerens ressourcer og medinddragelse i hverdagen.</p>	<p>Cura Pleje fastholder arbejdsgange og procedure vedrørende udarbejdelsen af døgnrytmeplaner.</p> <p>Fremadrettet fokuseres yderligere i sparringen med medarbejderne så der tages udgangspunkt i borgers funktionsniveau og ressourcer med en tydelig vægtning af borgerinddragelse.</p> <p>Der skal forsat være daglige tilbagemeldinger til teamleder fra medarbejdere samt ugentlig dokumentations tid hvor døgnrytmeplaner gennemgås og justeres. Cura Plejes interne instruks for døgnrytmeplaner benyttes forsat som skabelon.</p>	Er i proces
Borgertilfredshed	Ikke afstemte forventninger mellem Cura Pleje og borgere.	<p>Teamlederen udfører kontinuerligt egenkontrol hos borgere. Her foregår en forventningsafstemning som ligger til grund for det fremadrettede samarbejde.</p> <p>Teamleder er til stadighed optaget af at imødekomme opståede oplevelser hos borgere der ikke ligger indenfor eksempelvis kommunens kvalitetsstandarder/visitering og eller den service der leveres af vore medarbejdere.</p>	Er i proces
APV	Hjem med særlige udfordringer ift. APV og dokumentation	<p>Udfyldte APV'er opdateres og problemområder dokumenteres med handleplaner i CSC.</p> <p>Der sættes fremadrettet fokus på denne indsats i det kvalitetsarbejde der foregår i samarbejde med medarbejdere og teamleder.</p> <p>Fremadrettet fokuseres yderligere i sparringen med medarbejderne så APV'en benyttes som et aktivt arbejdsredskab.</p>	<p>En løbende proces der er igangsat.</p> <p>Afsluttes november 2015</p>

Bilag: 5.5. Tilsynsrapport 2015 - Plejecenter Engholm - Endelig rapport

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 77192/15

Tilsynsrapport
Allerød Kommune
Ældre og Sundhed

Plejecenter Engholm

Uanmeldt tilsyn

august 2015

Forord

Rapporten er bygget således, at læseren på de første sider præsenteres for en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt det samlede tilsynsresultat, begrundelse for tilsynsresultatet, bemærkninger og anbefalinger.

Herefter indeholder rapporten de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og ved 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.

Sidste del af rapporten indeholder en kort beskrivelse af formål og metode samt kontakt-oplysninger til BDO.

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

Indholdsfortegnelse

1	Formalia.....	4
2	Samlet tilsynsresultat	5
2.1	Begrundelse for tilsynsresultatet	6
2.2	Tilsynets overordnede bemærkninger og anbefalinger.....	7
3	Datagrundlag.....	8
3.1	Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer	15
4	Tilsynets formål.....	17
4.1	Indhold og metode.....	17
4.2	Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer	18
4.3	Vurderingsskala	18
5	Yderligere oplysninger.....	19

1 Formalia

Plejecentrets navn og adresse
Plejecenter Engholm, Rådhusvej 3, 3450 Allerød
Leder
Tina Rantzau Christiansen
Antal boliger
45 boliger
Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg
D. 14. august 2015, kl. 8.15 - 13.30
Datagrundlag
<p>Ved tilsynet er der foretaget observationer på fællesarealer, gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation, observationer hos beboerne samt gennemført interviews med medarbejderne. Beboerne har givet tilsagn om deltagelse i tilsynet.</p> <p>Tilsynet har interviewet 5 beboere.</p> <p>Tilsynet har desuden gennemført interview med 4 medarbejdere:</p> <ul style="list-style-type: none">• 1 løntilskudsmedarbejder• 2 social- og sundhedshjælpere• 1 social- og sundhedsassistent <p>1 medarbejder er blevet interviewet i forhold til 2 borgere.</p> <p>Der er ligeledes foretaget observationer på fællesarealer</p>
Tilsynsførende
Gitte Ammundsen, sygeplejerske, Senior manager

2 Samlet tilsynsresultat

BDO KR har på vegne af Allerød Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn på Plejecenter Engholm. På baggrund af det indsamlede datamateriale og den efterfølgende analyse heraf, vurderer BDO KR, at Plejecenter Engholm er **godkendt** ved det uanmeldte tilsyn.

Samlet vurdering	
x	<p>Godkendt</p> <p>Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Forholdene på plejecenteret vurderes samlet set at være gode og tilfredsstillende.</p>
	<p>Godkendt med mangler</p> <p>Dette betyder, at dele af den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har mangler eller er utilfredsstillende, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.</p>
	<p>Alvorlige fejl og mangler</p> <p>Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Manglerne er af et sådan omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere beboere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.</p>

2.1 Begrundelse for tilsynsresultatet

Tilsynsresultatet præsenteres dels ud fra en samlet vurdering, dels ud fra en beskrivelse af, i hvilke mål og indikatorer manglerne forekommer.

Styrker
<p>På baggrund af tilsynet vurderes det, at plejecentret er karakteriseret ved følgende styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Plejecentret har fokus på den hverdagsrehabiliterende indsats i såvel dokumentationen som i den sundhedsfaglige indsats. Tilsynet får oplyst, at døgnrytmeplaner er ved at blive gennemgået af hverdagsterapeuten i samarbejde med beboerens kontaktperson. Formålet er at sikre større fokus på beskrivelse af den hverdagsrehabiliterende indsats i forhold til den enkelte beboer. ➤ Plejecentret har fokus på at sikre tilstedeværelse af de nødvendige kompetencer. Plejecentret har netop ansat yderligere en sygeplejerske og vil fremadrettet stadig have fokus på styrkelse af social- og sundhedsassistentgruppen. Plejecentret har fokus på at sikre tilstedeværelse af de nødvendige kompetencer. Plejecentret har netop ansat yderligere en sygeplejerske og vil fremadrettet stadig have fokus på styrkelse af social- og sundhedsassistentgruppen. Plejecentret har foretaget en opnormering på aftenvagten både for at sikre faglig kompetence om aftenen - og for at sikre aktiviteter og samvær med beboerne. ➤ . ➤ Der er udarbejdet introduktionsmateriale til alle nye medarbejdere, som udleveres inden medarbejderen starter sit nye job. ➤ Den sundhedsfaglige dokumentation er generelt tilfredsstillende. ➤ Der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboerne modtager og beboerens behov for pleje og omsorg. ➤ Beboerne får den pleje og omsorg og hjælp til praktisk støtte, som de har behov for. ➤ Beboerne oplever tilfredshed med hjælpen til personlig pleje og praktisk støtte. ➤ Beboerne oplever medinddragelse i hverdagen og anvender egne ressourcer i det omfang, det er muligt. ➤ Beboerne føler sig sikre og trygge på plejecentret og oplever en respektfuld kommunikation med medarbejderne. ➤ Medarbejderne har et godt kendskab til den sundhedsfaglige dokumentation og god viden og indsigt i beboernes behov for pleje og omsorg samt hjælpen til praktisk støtte. ➤ Medarbejderne har et godt kendskab til Triagering og kan redegøre for brugen heraf. ➤ Medarbejderne fremstår kompetente og ansvarsbevidste. ➤ Plejecentret arbejder målrettet med kompetenceudvikling af medarbejderne, og der foreligger dokumentation af de delegerede pleje- og sygeplejeopgaver. ➤ Rengøringsstandarder på fællesarealer er meget tilfredsstillende. ➤ Der observeres hyggelig og god stemning på fællesarealerne. ➤ Kommunikationen er respektfuld og beboerne behandles med værdighed.
Mangler
Der er ikke fundet "mangler" i forhold til tilsynskonceptet på tilsynstidspunktet.
Alvorlige fejl og mangler
Der er ikke fundet "alvorlige fejl og mangler" i forhold til tilsynskonceptet på tilsynstidspunktet.

2.2 Tilsynets overordnede bemærkninger og anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende bemærkninger og anbefalinger i forhold til plejecentrets fremadrettede udvikling:

Bemærkninger

1. Tilsynet bemærker, at 2 døgnrytmeplaner har sporadiske mangler i forhold til at fremstå tilstrækkelige handlevejledende. 2 døgnrytmeplaner mangler delvis ajourføring i forhold til plejen og omsorgen samt i forhold til beboerens ressourcer og nuværende funktionsniveau.
2. Tilsynet bemærker, at der i forhold til 4 beboere ikke er udarbejdet livshistorie. Årsagen til manglende udarbejdelse af denne fremgår ikke af dokumentationen.
3. Tilsynet bemærker, at der generelt mangler aktuel dokumentation for, hvornår der er sket opfølgning på de delegerede plejeopgaver/sygeplejeopgaver.
4. Tilsynet bemærker, at der kun er en enkelt medarbejder, der omkring måltidet sidder med ved bordet.

Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at Plejecentret Engholm sikrer, at døgnrytmeplaner altid er handlevejledende beskrevet og fremstår ajourførte i forhold til beboernes ressourcer og funktionsniveau.
2. Tilsynet anbefaler, at Plejecentret Engholm i højere grad har fokus på udarbejdelse af beboernes livshistorier. Tilsynet gør opmærksom på, at det altid skal dokumenteres i journalen, hvis beboeren ikke ønsker, at der udarbejdes en livshistorie.
3. Tilsynet anbefaler, at Plejecentret i højere grad sikrer, at der sker dokumentation af dato for opfølgning på en delegeret opgave i de relevante skemaer til brug herfor.
4. Tilsynet anbefaler, at medarbejdernes rolle omkring måltidet italesættes over for medarbejderne således, at medarbejderne i højere grad kan medvirke til at sikre en hyggelig dialog omkring måltidet.

3 Datagrundlag

På de følgende sider præsenteres resultaterne af dataindsamlingen i relation til hvert målepunkt samt generelle bemærkninger til hvert mål.

Det skriftlige grundlag i henhold til Serviceloven, Socialministeriets vejledning nr. 2 til Serviceloven og kommunens kvalitetsstandarder

Mål 1 Beboerens plejebehov er ajourført				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Alle journaler indeholder dokumentation med en beskrivelse af beboernes behov for pleje. Journalerne indeholder blandt andet funktionsvurdering, helbredsoplysninger og fokusområder. Tilsynet bemærker, at 2 ud af 5 helbredsoplysninger har delvise mangler. Manglerne vedrører ajourføring og udfyldelse af enkelte felter. 1 funktionsvurdering mangler delvis ajourføring. De fokusområder, som tilsynet orienterer sig i, er alle ajourførte.
Observation	x			Det er tilsynets vurdering, at der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboerne modtager og beboernes tilstand.
Beboer	x			Beboerne giver udtryk for, at de modtager den hjælp, de har behov for. En beboer kan ikke svare helt relevant på spørgsmålet på grund af hukommelsesmæssige udfordringer.
Medarbejder (1)	x			Medarbejdere har kendskab til de nødvendige dokumenter i journalen og kan redegøre herfor. Flere af medarbejderne fortæller, at de selv har bidraget til udarbejdelse af døgnrytmeplanen.
Medarbejder (2)	x			Alle medarbejderne har stort kendskab til Triagering. Flere medarbejdere beskriver triagering som et meget nyttigt arbejdsredskab i hverdagen. En medarbejder fremhæver særligt fordelene ved, at der arbejdes elektronisk med triageringen.

Personlig pleje - Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje og omsorg i henhold til Servicelovens § 83 samt kommunens kvalitetsstandarder

Mål 2				
Der foreligger en beskrivelse af pleje- og omsorgsindsatsen				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation		x		<p>Den sundhedsfaglige dokumentation i døgnrytmeplanerne er generelt tilfredsstillende.</p> <p>3 ud af 5 døgnrytmeplaner indeholder ajourførte og handlevejledende beskrivelser af plejen og omsorgen for beboerne.</p> <p>Tilsynet bemærker positivt, at døgnrytmeplanerne indeholder relevante og meget brugbare beskrivelser af beboernes særlige ønsker og vaner.</p> <p>Tilsynet bemærker dog, at en af ovenstående døgnrytmeplaner mangler handlevejledende beskrivelse af hjælpen for natten - en anden døgnrytmeplan mangler handlevejledende beskrivelse af hjælpen til det ugentlige bad.</p> <p>2 døgnrytmeplaner bør ajourføres.</p>
Beboer	x			<p>Beboerne er tilfredse med kvaliteten af den personlige pleje.</p> <p>En beboer giver dog udtryk for, at ikke alle medarbejdere er lige kompetente.</p>
Medarbejder	x			<p>Medarbejderne kan med faglig overbevisning redegøre for den sundhedsfaglige indsats.</p>

Mål 3				
Der er redegjort for sundhedsfremme og forebyggende indsats				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			<p>Døgnrytmeplanerne indeholder handlevejledende beskrivelser af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats - eksempelvis i forhold til mundpleje, mobilisering, ernæring, væskeindtagelse samt hudpleje.</p> <p>Tilsynet bemærker positivt, at der er udarbejdet fokusområder på sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, hvor dette er relevant.</p>
Observation	x			<p>Tilsynet observerer ingen risici, der ikke er taget hånd om.</p>

Beboer	x			<p>Beboerne oplever, at der bliver taget hånd om deres bekymringer.</p> <p>En beboer fortæller, at han er plaget af mange tand-smerter, men at der er lagt en god plan for den nærmere undersøgelse af problemet.</p>
Medarbejder	x			<p>Alle medarbejdere kan redegøre for sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.</p> <p>En medarbejder beskriver, hvorledes der er særligt fokus på beboerens hygiejne omkring katheter, samt hvorledes der skal være en særlig opmærksomhed, da beboeren har behov for tilførsel af ilt døgnet rundt.</p> <p>Anden medarbejder beskriver sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i forhold til beboerens diabetes. Medarbejderen forsøger blandt andet at tilbyde beboeren rigeligt med grønt og undgår servering af hvidt brød.</p> <p>Tredje medarbejder kan redegøre for særlig pleje og omsorg i forhold til en beboers øjensygdom.</p> <p>Fjerde medarbejder beskriver forebyggende indsatser i forhold til, at beboeren har svært ved at holde vægten.</p>

Aktivitet og træning i henhold til Servicelovens § 86 samt kommunens kvalitetsstandarder

Mål 4				
Der foreligger en beskrivelse af beboerens ressourcer og hvordan de inddrages i aktivitet og træning (ADL og vedligeholdelse)				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation		x		<p>3 ud af 5 døgnrytmeplaner indeholder beskrivelse af beboerens ressourcer. Tilsynet bemærker positivt, at døgnrytmeplanerne i beskrivelserne heraf tager fint udgangspunkt i medinddragelsen. Der ses eksempler på medinddragelse både i forhold til personlig pleje og praktiske gøremål.</p> <p>Tilsynet ser flere eksempler på fokusområder i forhold til aktivitet og træning udarbejdet af hverdagsterapeuten.</p> <p>2 døgnrytmeplaner mangler fyldestgørende beskrivelse af beboernes ressourcer.</p>
Observation		x		<p>Hos 2 beboere observerer tilsynet, at der er manglende sammenhæng mellem de beskrevne ressourcer og beboerens tilstand.</p> <p>Hos den ene beboer beskrives det, at beboeren anvender rollator, hvilket ikke længere er korrekt. Hos den anden beboer er de beskrevne mentale/psykiske ressourcer ikke</p>

				i overensstemmelse med beboerens faktiske tilstand. Beboeren har væsentlig flere hukommelsesmæssige udfordringer, end det der fremgår af døgnrytmeplanen.
Beboer	x			Alle beboere oplever, at deres ressourcer medinddrages i plejen i det omfang, det er muligt. En beboer kan ikke svare helt relevant på spørgsmålet på grund af hukommelsesmæssige udfordringer.
Medarbejder	x			Medarbejderne har fagligt fokus på medinddragelse af beboernes ressourcer. Flere medarbejdere giver eksempler på beboere, hvis funktionsniveau er blevet forbedret gennem øget indsats og træning i hverdagen.

Psykisk pleje og omsorg i henhold til Servicelovens § 83 samt kommunens kvalitetsstandarder

Mål 5 Der foreligger en beskrivelse af den psykiske pleje og omsorg				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Den psykiske pleje og omsorg fremgår af dokumentationen, hvor dette er relevant at beskrive. Eksempelvis ses handlevejledende beskrivelse af, hvorledes dialogen skal føres med beboeren for at forebygge udadreagerende adfærd. I et andet eksempel ses handlevejledende beskrivelser af, hvorledes der skal tages særligt hensyn til beboerens psykiske tilstand, når beboeren skal motiveres til at modtage hjælp til personlig pleje og omsorg.
Observation	x			Der er taget hånd om alle observerbare risici.
Beboer	x			4 beboere giver udtryk for, at de trives godt og føler sig trygge på plejecentret. En beboer pointerer, at trivslen gælder lige fra hjælpen til medicinadministration, personlig pleje og den daglige kontakt til medarbejderne. 1 beboer oplever, at vedkommende har svært ved at falde til på plejecentret. Medarbejderne er opmærksomme på problemet.
Medarbejder	x			Alle medarbejdere kan fagligt beskrive beboernes behov for psykisk pleje og omsorg.

Praktisk hjælp i henhold til Servicelovens § 83 samt kommunens kvalitetsstandarder

Mål 6				
Beboeren sikres hygiejnemæssig forsvarlig renholdelse af boligen og rekvisitter				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Hos de interviewede beboere er der ingen særlige udfordringer i forhold til hjælpen til praktisk støtte, som bør beskrives i døgnrytmeplanen.
Observation	x			Den hygiejniske tilstand i boligen samt omkring hjælpemidler er meget tilfredsstillende. Alle boliger fremstår rengjorte og ryddelige.
Beboer	x			Beboerne er tilfredse med rengøringen. En beboer kan ikke svare helt relevant på spørgsmålet på grund af hukommelsesmæssige udfordringer.
Medarbejder	x			Medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der sikres tilfredsstillende hygiejnisk tilstand i beboernes boliger.

Hverdagen på plejecentret

Mål 7				
Beboeren har en god og tilfredsstillende hverdag				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation			x	Tilsynet bemærker, at der i forhold til 4 beboere ikke er udarbejdet livshistorie. Årsagen til manglende udarbejdelse af denne fremgår ikke af dokumentationen.
Beboer	x			4 beboere fortæller, at de har en god hverdag på plejecentret. En beboer er glad for turene ud af huset og i det hele taget for de mange aktiviteter i huset. Anden beboer fremhæver sin terrasse, som vedkommende nyder meget i sommerperioden. Beboeren synes det er rart, at man selv kan gå ud, når man ønsker det. Tilsynet bemærker, at to beboere særligt fremhæver den gode stemning blandt personalet. En af beboerne giver udtryk for, at dette næsten har den største betydning for trivsel i hverdagen. Stemningen beskrives af beboerne som værende meget positiv og humørfyldt. 1 beboer fortæller, at hun har meget svært ved at finde sig med sin situation, hvilket påvirker den daglige trivsel.

Medarbejder	x			<p>Medarbejderne kan redegøre for handlinger, der skal sikre beboernes trivsel.</p> <p>Medarbejderne beskriver eksempelvis, hvordan man har fokus på at tilbyde beboerne aktiviteter og socialt samvær i det omfang, beboerne ønsker det. Medarbejderne giver eksempler på små handlinger i hverdagen, der har stor betydning for den enkelte beboers trivsel.</p>
-------------	---	--	--	--

Mål 8				
Beboeren oplever respekt				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Observation (1)	x			Tilsynet observerer respektfuld kommunikation mellem beboere og medarbejdere.
Observation (2)	x			<p>Medarbejderne anvender såvel det verbale som det non-verbale sprog.</p> <p>Tilsynet observerer, at en beboer henvender sig til en medarbejder. Medarbejderen lægger armen om beboerens ryg, hvorefter beboeren kærligt læner sit hoved ind mod medarbejderen.</p>
Beboer	x			Alle beboere giver udtryk for, at kommunikationen er meget respektfuld.
Medarbejder	x			<p>Alle medarbejdere kan redegøre for, hvordan der sikres respekt for beboerne.</p> <p>En medarbejder beskriver aktiv lytning og respekt for beboerens egne valg som væsentlige punkter i respekten for beboeren.</p> <p>Anden medarbejder har fokus på betydningen af, at man lærer beboeren og dennes livshistorie godt at kende. det er vigtigt for medarbejderen, at man ikke blot ser beboeren som et menneske, der er blevet syg og har behov for hjælp.</p> <p>Tredje medarbejder fremhæver, at respekt i forhold til den konkrete beboer udvises ved at have en rolig adfærd og tilgang til beboeren. Hermed kan beboeren støttes i sit eget tempo og være mest mulig selvhjulpent.</p>

Særlig fokusområde - medarbejderkompetencer

Styrket indsats vedrørende medarbejderkompetencer

Mål 9				
At der arbejdes med kompetenceudvikling set i relation til den enkelte medarbejder				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation (1)	x			Der foreligger en kompetenceoversigt og principper for delegering af komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver. I forhold til en medarbejder er dette dog ikke relevant, idet medarbejderen er løntilskudsmedarbejder.
Dokumentation (2)	x			Der foreligger aktuell skriftlig dokumentation for de delegerede opgaver. Der er fokus på, at delegering af komplekse pleje- og sygeplejeopgaver skal være givet i forhold til den konkrete beboer, og kompetencen til medarbejderen bortfalder, når opgaven ikke længere skal udføres hos den konkrete beboer.
Dokumentation (3)			x	Tilsynet bemærker, at der generelt mangler aktuell dokumentation for, hvornår der er sket opfølgning på de delegerede plejeopgaver/sygeplejeopgaver.
Observation (1)	x			Der observeres sammenhæng mellem skema for delegering og de observerbare forhold.
Observation (2)	x			Der observeres overensstemmelse mellem skema for delegering og de observerbare forhold.
Beboer	x			Alle beboere føler sig trygge i forhold til måden, hvorpå opgaven løses. En beboer kan ikke svare helt relevant på spørgsmålet på grund af hukommelsesmæssige udfordringer.
Medarbejder (1)	x			Medarbejderne har kendskab til kompetenceoversigt og principper for delegering.
Medarbejder (2)	x			Medarbejderne kan redegøre for den konkrete anvendelse og måde, hvorpå en opgave overdrages på. Der gives eksempler i forhold til ilt-behandling, medicin-dosering, påsætning af komprilanbind, BT-måling og let sårpleje.

Medarbejder (3)	x			<p>Medarbejderne kan redegøre for den konkrete opfølgning på delegerede opgaver.</p> <p>Medarbejderne beskriver, at opfølgningen sker sammen med sygeplejersken. En medarbejder fortæller, at hun er helt bevidst om, at der jævnlige sker opfølgning uden at det nødvendigvis altid italesættes. Eksempelvis observerer sygeplejersken, om komprilanbindet man har påsat, stadig sidder korrekt, når sygeplejersken møder beboeren i andre sammenhænge.</p>
-----------------	---	--	--	--

3.1 Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer

Der er udarbejdet fem målepunkter for "Rundgang på plejecenteret".

Observationer på fællesarealer			
	Ja	Nej	Bemærkninger
Er der et aktivt miljø på fællesarealerne?	x		<p>Engholm Plejecenter har ansat en hverdagsterapeut, som planlægger og koordinerer aktiviteterne på plejecenteret.</p> <p>Der er såvel fælles aktiviteter som en-til-en aktiviteter for beboerne.</p> <p>Plejecenteret har udarbejdet aktivitetsplan for hver måned.</p> <p>Tilsynet observerer, at hverdagsterapeuten om morgenen sidder sammen med en beboer og læser dagens avis.</p> <p>Døren til afdelingernes terrasse står ofte åben, da vejret på tilsynsdagen er godt. Dette virker indbydende i forhold til, at beboerne skal motiveres til at benytte udendørsarealerne.</p>
Er rengøringsstandarder tilfredsstillende?	x		Rengøringsstandarder på fællesarealer er meget tilfredsstillende.
Er der fællesskab og trivsel omkring måltidet	x		<p>Medarbejderne er bevidste om, at måltiderne skal serveres med udgangspunkt i beboernes forskellige behov og ressourcer.</p> <p>Tilsynet bemærker en pæn og hyggelig borddækning.</p> <p>Der tages individuelle hensyn til beboernes ønsker i forhold til bordplan.</p> <p>Tilsynet får oplyst, at medarbejderne sidder med ved bordene i det omfang, det er muligt.</p> <p>Tilsynet bemærker, at flere medarbejdere går rundt med fade for at servere for beboerne - kun en enkelt medarbejder ses siddende med ved bordet på en afdeling.</p>

			Der er trivsel og god stemning omkring måltidet.
Er kommunikationen respektfuld	x		<p>Tilsynet bemærker, at der er en meget glad og positiv stemning og kommunikation mellem medarbejderne. Tilsynet observerer, at dette har en afsmittende effekt på stemningen på fællesarealer. Tilsynet bemærker, at flere beboere i det individuelle interview også netop har kommenteret på denne gode stemning og betydningen heraf.</p> <p>Tilsynet bemærker ligeledes, at rengøringsmedarbejderen flere gange går og synger lidt på fællesarealer samtidig med, at arbejdet udføres.</p>
Bliver beboerne behandlet værdigt	x		<p>Beboerne behandles med værdighed.</p> <p>Tilsynet bemærker positivt, at en medarbejder gør beboeren opmærksom på, at hun går lige bag ved med kørestolen - beboeren går langsomt og usikkert med sin rollator foran den pågældende medarbejder.</p>

4 Tilsynets formål

Det overordnede formål med de uanmeldte tilsyn er at afdække, hvorvidt der er sammenhæng mellem de beskrevne og vedtagne rammer, og den praksis der udføres på stedet. Tilsynet skal bidrage til den løbende udvikling og kvalitetsforbedring af kontraktens rammer og indhold.

BDO KR's tilsynskoncepter for uanmeldte tilsyn har til formål at:

- Kontrollere og belyse samt bidrage til dokumentation for indsatsen og til systematisk kvalitets sikring og udvikling.
- Kontrollere og belyse, om der på plejecentrene er en god sammenhæng mellem de udmeldte rammer og den praksis, der findes på det enkelte plejecenter.
- Kontrollere, om der på det enkelte plejecenter udføres forsvarligt pleje og omsorgsopgaver i forhold til målgruppen, og at gældende lovregler, kvalitetsstandarder, serviceniveau og administrative retningslinjer efterleves.
- Understøtter en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for beboerne gennem en anerkendende, dialogbaseret og læringsorienteret tilgang til medarbejdere og ledelse.
- Skabe grundlag for refleksion over egen praksis hos både medarbejdere og ledelse.
- Afdækker styrker og forbedringsmuligheder i plejecenterets måde at håndtere opgaverne på, og identificere potentielle udviklingsmuligheder.

4.1 Indhold og metode

I BDO's tilsynskoncept for uanmeldte tilsyn på plejecentre i Allerød Kommune er der udarbejdet 9 mål, som tager udgangspunkt i Allerød Kommunes visioner, kvalitetsstandarder, ydelseskatalog og retningslinjer.

I det uanmeldte tilsyn på plejecentre har BDO KR udviklet målepunkter og indikatorer på forskellige områder. Der er ligeledes udarbejdet et målepunkt som omhandler observation af fællesarealer.

Allerød kommune har valgt, at der i forhold til medarbejderne skal indgå mål vedr. medarbejderkompetencer.

Der indsamles data ud fra fire forskellige datakilder, hhv. faglig dokumentation, observation, interview med beboeren og interview med en relevant medarbejder. Samlet set giver den metodiske tilgang en dybtgående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten af de ydelser, som beboerne modtager på plejecenteret.

Følgende punkter indgår i tilsynskonceptet:

Omsorgs- og plejemæssige praksis	Organisatoriske og personalemæssige forhold	Øvrige
Det skriftlige grundlag for ydelserne Personlig pleje Sundhedsfremme og forebyg-	Medarbejder kompetencer	Observationer på fællesarealer

gelse Aktivitet og træning Psykisk pleje og omsorg Praktisk hjælp Hverdag på plejecenteret, herunder trivsel		
---	--	--

4.2 Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer

Der er udarbejdet fem målepunkter for "rundgang på plejecentret".

I forbindelse med rundgang på plejecenteret har tilsynsførende fokus på, om beboerne deltager i aktiviteter og/eller underholdning individuelt eller i grupper. Desuden observerer tilsynsførende omgangsformen, herunder om der er dialog mellem beboere og medarbejdere, beboere imellem, samt mellem medarbejderne.

4.3 Vurderingsskala

Tilsynet arbejder ud fra følgende vurderingsskala:

Vurderingen *Godkendt* er kendetegnet ved gode og tilfredsstillende forhold, som kan give anledning til at påpege udviklingspunkter i form af bemærkninger eller anbefalinger. Disse bemærkninger eller anbefalinger angiver, hvordan stedet kan arbejde videre med yderligere kvalitetsforbedringer.

Vurderingen *Godkendt med mangler* er kendetegnet ved gode og jævne forhold og med mangler på enkelte områder. Denne vurdering giver anledning til anbefalinger om, hvilke områder der skal arbejdes med for at rette op på de pågældende forhold.

Vurderingen *Alvorlige fejl og mangler* er kendetegnet ved, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere beboere fx omsorgssvigt eller ubegrundet brug af magt. Vurderingen giver anbefaling om, at kommunen straks iværksætter tiltag for at afhjælpe og forbedre forholdene, samt foretager et op følgende tilsyn efter en nærmere aftalt periode.

5 Yderligere oplysninger

Yderligere oplysninger fås ved henvendelse til:

HELEN HILARIO JØNSSON

Director

Mobil: +45 24 29 50 79

hej@bdo.dk

BDO Kommunernes Revision

Godkendt revisionsaktieselskab

Havneholmen 29

DK-1561 København V

Mobil: 45 33 12 65 45

www.bdo.dk

Bilag: 5.6. Handleplan BDO 2015 - Engholm

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 95046/15

Handleplan for BDO tilsyn 2015 plejecenter Engholm

Område	Problemstilling	Tiltag	Tidsplan
Døgnrytmeplan	1. Tilsynet anbefaler, at Plejecentret Engholm sikrer, at døgnrytmeplaner altid er handlevejledende beskrevet og fremstår ajourførte i forhold til beboernes ressourcer og funktionsniveau.	<p>Engholms Hverdagsterapeut og beboerens kontaktperson er ved at gennemgå samtlige døgnrytmeplaner. På nuværende tidspunkt er alle gruppe 1 og 2's planer gennemgået, hvor der har været særlig fokus på at samarbejde med beboeren om det rehabiliterende i dagligdagen. Gruppe 3's planer er planlagt til at blive gennemgået løbende hen over de næste 3 måneder.</p> <p>Løbende have fokus på at revidere døgnrytmeplanerne ved ændret funktionsniveau – det er sygeplejerskerne i tæt samarbejde med sundhedspersonalet i den enkelte gruppe, som har denne opgave.</p>	December 2015
Livshistorier	2. Tilsynet anbefaler, at Plejecentret Engholm i højere grad har fokus på udarbejdelse af beboernes livshistorier. Tilsynet gør opmærksom på, at det altid skal dokumenteres i journalen, hvis beboeren ikke ønsker, at der udarbejdes en livshistorie.	<p>Skema til udfyldelse af livshistorien er for nyligt implementeret i indflytningsmaterialet, og fremgår som et punkt på tjeklisten, som sygeplejerskerne anvender ved indflytning.</p> <p>Det vil blive bragt op på sygeplejemødet, at samtlige journaler skal gennemgås for at skabe overblik over hvem der mangler livshistorie. Herefter vil sygeplejersken i samarbejde med beboerens kontaktperson sørge for at få livshistorien indhentet.</p> <p>Desuden vil det fra 2016 indgå som en del af egenkontrollen foretaget af udviklingssygeplejersken.</p>	Marts 2016

	<p>3. Tilsynet anbefaler, at Plejecentret i højere grad sikrer, at der sker dokumentation af dato for opfølgning på en delegeret opgave i de relevante skemaer til brug herfor.</p>	<p>Punktet vil blive taget op til næste sygeplejemøde, hvor der vil blive aftalt retningslinjer for hvordan vi fremadretter sikrer evaluering og dokumentation af uddelegeret opgaver. Samt hvordan SSA'erne bliver informeret om aftalen.</p> <p>Desuden vil det fra 2016 indgå som en del af egenkontrollen foretaget af udviklingssygeplejersken.</p>	<p>Oktober/november 2015</p>
<p>Miljøet ved Måltider</p>	<p>4. Tilsynet anbefaler, at medarbejdernes rolle omkring måltidet italesættes over for medarbejderne således, at medarbejderne i højere grad kan medvirke til at sikre en hyggelig dialog omkring måltidet</p>	<p>Engholm har fokus på situationen omkring måltidet, og Hverdagsterapeuten er startet op med at være gruppe 1 under morgenmad- og frokostmåltidet, hvor hensigten er at få ændret kulturen blandt personalet. Kulturen skal ændres til at der skabes ro og hygge omkring måltidet, være igangsat på samtaler, skabe et miljø hvor personalet sidder sammen med beboerne under måltidet m.m..</p> <p>Desuden vil der være fokus på det til gruppemøderne, hvor ledelsen i samarbejde med terapeuten vil motivere den enkelte til at inddrage egne værdier omkring et måltid, og derved se mening i at ændre sin adfærd omkring beboernes måltid</p>	<p>Forløber fra nu til og med 1. kvartal 2016.</p> <p>Løbende fokus punkt.</p>

**Bilag: 5.7. Tilsynsrapport 2015 - Plejecenter Mimosen - Allerød Kommune
- Endelig rapport**

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 77193/15

Tilsynsrapport
Allerød Kommune
Ældre og Sundhed

Plejecenter Mimosen

Unmeldt tilsyn

marts 2015

Forord

Rapporten er bygget således, at læseren på de første sider præsenteres for en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt det samlede tilsynsresultat, begrundelse for tilsynsresultatet, bemærkninger og anbefalinger.

Herefter indeholder rapporten de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og ved 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.

Sidste del af rapporten indeholder en kort beskrivelse af formål og metode samt kontakt-oplysninger til BDO.

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

Indholdsfortegnelse

1	Formalia.....	4
2	Samlet tilsynsresultat	5
2.1	Begrundelse for tilsynsresultatet	6
2.2	Tilsynets overordnede bemærkninger og anbefalinger.....	7
3	Datagrundlag	8
3.1	Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer	15
4	Tilsynets formål.....	17
4.1	Indhold og metode.....	17
4.2	Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer	18
4.3	Vurderingsskala	18
5	Yderligere oplysninger.....	19
6	Bilag - Høringsvar for opklarende fejl og informationer	20

1 Formalia

Plejecentrets navn og adresse
Plejecenter Mimosen, Ellevej 38-49, 3450 Allerød
Leder
Tina Rantzau Christiansen
Antal boliger
24 boliger
Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg
D. 6. marts 2015, kl. 8.30 - 12.00
Datagrundlag
<p>Ved tilsynet er der foretaget observationer på fællesarealer, gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation, observationer hos beboerne samt gennemført interviews med medarbejderne. Beboerne har givet tilsagn om deltagelse i tilsynet.</p> <p>Tilsynet har interviewet 2 beboere. Tilsynet har desuden gennemført interview med 2 medarbejdere: 1 social- og sundhedshjælper 1 ergoterapeut</p> <p>Der er ligeledes foretaget observationer på fællesarealer</p>
Tilsynsførende
Gitte Ammundsen, sygeplejerske, Senior manager

2 Samlet tilsynsresultat

BDO KR har på vegne af Allerød Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn på Plejecenter Mimosen. På baggrund af det indsamlede datamateriale og den efterfølgende analyse heraf, vurderer BDO KR, at Plejecenter Mimosen er **godkendt** ved det uanmeldte tilsyn.

Samlet vurdering	
x	<p>Godkendt</p> <p>Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Forholdene på plejecenteret vurderes samlet set at være gode og tilfredsstillende.</p>
	<p>Godkendt med mangler</p> <p>Dette betyder, at dele af den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har mangler eller er utilfredsstillende, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.</p>
	<p>Alvorlige fejl og mangler</p> <p>Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Manglerne er af et sådan omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere beboere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.</p>

2.1 Begrundelse for tilsynsresultatet

Tilsynsresultatet præsenteres dels ud fra en samlet vurdering dels ud fra en beskrivelse af, hvilke mål og indikatorer manglerne forekommer

Styrker
<p>På baggrund af tilsynet vurderes det, at plejecentret er karakteriseret ved følgende styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Plejecentret har arbejdet målrettet med den sundhedsfaglige dokumentation og især haft fokus på beboernes ressourcer og medinddragelse heraf. Ledelsen oplyser, at det ind imellem kan være vanskeligt at sikre medinddragelse på grund af beboernes kompleksitet. Der er fokus på en prioritering af, at beboernes ressourcer anvendes, der hvor det giver størst mening for den enkelte. ➤ Der arbejdes målrettet med fokus på rehabilitering og aktivitet for beboerne. Der arbejdes systematisk med faste ugentlige aktiviteter. Plejecentrets ergoterapeut skal fremadrettet være tovholder på opgaverne relateret hertil. ➤ Plejecentret har formået at halvere sygefraværet og har et godt og konstruktivt samarbejde i MED-regi, hvad angår arbejdsmiljøet på plejecentret. ➤ Plejecenter Mimosen har fulgt op på anbefalingerne fra tilsynet i 2014. ➤ Den sundhedsfaglige dokumentation er tilfredsstillende. ➤ Der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboerne modtager og beboerens behov for pleje og omsorg. ➤ Beboerne får den pleje og omsorg og hjælp til praktisk støtte, som de har behov for. ➤ Det er tilsynets vurdering, at beboerne er trygge på plejecentret. ➤ Plejecentret arbejder målrettet med kompetenceudvikling af medarbejderne, og der foreligger dokumentation for de delegerede sygeplejeopgaver. Det er proceduren, at der i forhold til alle nye medarbejdere skal være afklaring af kompetenceområderne inden for en måned efter ansættelse. ➤ Medarbejderne har et godt kendskab til den sundhedsfaglige dokumentation og god viden og indsigt i beboernes behov for pleje og omsorg. ➤ Medarbejderne kan redegøre for observationer og overvejelser i forhold til den sundhedsfaglige indsats. ➤ Medarbejderne har kendskab til triageringen ➤ Medarbejderne fremstår kompetente og ansvarsbevidste. ➤ Rengøringsstandarder på fællesarealer er meget tilfredsstillende ➤ Der observeres hyggelig og god stemning på fællesarealerne.
Mangler
Der er ikke fundet "mangler" i forhold til tilsynskonceptet på tilsynstidspunktet.
Alvorlige fejl og mangler
Der er ikke fundet "alvorlige fejl og mangler" i forhold til tilsynskonceptet på tilsynstidspunktet.

2.2 Tilsynets overordnede bemærkninger og anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende bemærkninger og anbefalinger i forhold til plejecentrets fremadrettede udvikling:

Bemærkninger

- Tilsynet bemærker, at der i døgnrytmeplanen ikke konsekvent henvises til de relevante fokusområder.
- I forhold til 1 beboer mangler døgnrytmeplanen generelt ajourføring.
- Tilsynet bemærker, at der er en urinlugt i en af boligerne.
- I forhold til 1 beboer observerer tilsynet, at der mangler aktuell skriftlig dokumentation for de delegerede sygeplejeopgaver på kompetenceskemaet målrettet den konkrete beboer.
- Tilsynet bemærker, at en medarbejder mangler instruktion i en konkret delegeret opgave.
- Tilsynet bemærker, at skemaerne til dokumentation af selve opfølgningen på den delegerede opgave efter 2 måneder ikke er udfyldt konsekvent for alle relevante opgaver. Dette vedrører særligt en af afdelingerne.

Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at plejecentret sikrer konstant ajourføring af døgnrytmeplaner. Herunder anbefaler tilsynet, at fordelene ved henvisning til relevante fokusområder i døgnrytmeplaner drøftes og italesættes over for medarbejderne.
2. Tilsynet anbefaler, at årsagen til urinlugt i en konkret beboers bolig afdækkes, og at der iværksættes handlinger til løsning af udfordringen.
3. Tilsynet anbefaler, at Plejecentret fortsætter de målrettede initiativer i forhold til delegering af sygeplejeopgaver/plejeopgaver, således at det altid sikres, at der sker korrekt dokumentation og instruktion af medarbejderne. Tilsynet anbefaler, at det med fordel kan drøftes, hvorvidt hyppigheden af opfølgning på delegerede opgaver kunne nedsættes.

3 Datagrundlag

På de følgende sider præsenteres resultaterne af dataindsamlingen i relation til hvert målepunkt samt generelle bemærkninger til hvert mål.

Det skriftlige grundlag i henhold til Serviceloven, Socialministeriets vejledning nr. 2 til Serviceloven og kommunens kvalitetsstandarder

Mål 1 Beboerens plejebehov er ajourført				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Alle journaler indeholder dokumentation med en aktuel beskrivelse af beboernes behov for pleje.
Observation	x			Det er tilsynets vurdering, at der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboerne modtager, og beboernes tilstand.
Beboer				De beboere, der indgår i tilsynet, kan på baggrund af hukommelsessvækkelse ikke svare relevant på spørgsmål om, hvorvidt den hjælp de modtager svarer til behovet.
Medarbejder (1)	x			Medarbejderne har kendskab til de nødvendige dokumenter i journalen og kan redegøre herfor. Den ene medarbejder, som er ergoterapeutuddannet, oplyser, at hun dog primært arbejder med de dokumenter, der vedrører aktivitet.
Medarbejder (2)	x			Medarbejderne har kendskab til triagering og henviser til denne under interviewet. Tilsynet får fremvist tavle med triagering.

Personlig pleje - Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje og omsorg i henhold til Servicelovens § 83 samt kommunens kvalitetsstandarder

Mål 2 Der foreligger en beskrivelse af pleje- og omsorgsindsatsen				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation		x		I forhold til 1 beboer er døgnrytmeplanen handlevejledende, individuelt beskrevet og ajourført. I forhold til 1 beboer mangler døgnrytmeplanen ajourføring vedrørende personlig pleje og mobilisering.

Beboer	x			Begge beboere har udfordringer i forhold til hukommelsen, men tilsynet bemærker, at en beboer kan fortælle om stor tilfredshed med det ugentlige bad. Den anden beboer gentager flere gange over for tilsynet, at der bestemt ikke er noget at klage over.
Medarbejder	x			Begge medarbejdere kan redegøre for den faglige indsats i forhold til beboeren. Tilsynet interviewer en ergoterapeut, som oplyser, at hun ikke har udført den konkrete pleje selv, men har deltaget som observatør i en plejesituation hos beboeren. Observationerne herfra førte til ændringer på flere områder.

Mål 3 Der er redegjort for sundhedsfremme og forebyggende indsats				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Begge døgnrytmeplaner indeholder beskrivelser af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats - eksempelvis i forhold til ernæring, hudpleje, mobilisering, forflytning og væskeindtagelse. Tilsynet bemærker ligeledes positivt, at der i en døgnrytmeplan er henvisning til, hvorledes beboerens mundhygiejne skal sikres.
Observation	x			Tilsynet observerer, at der i den daglige omsorg for beboeren bliver taget hånd om alle relevante risici.
Beboer				Begge beboere kan på grund af hukommelsesmæssige udfordringer ikke svare relevant på spørgsmål relateret til den sundhedsfremmende og forebyggende indsats.
Medarbejder	x			Medarbejderne har fagligt fokus på sundhedsfremmende og forebyggende indsatser og kan give eksempler herpå i forhold til den konkrete beboer. En af medarbejderne fortæller eksempelvis, at hun for en periode prøver at undgå sæbe, når beboeren får bad, da denne har meget sart hud.

Aktivitet og træning i henhold til Servicelovens § 86 samt kommunens kvalitetsstandarder

Mål 4 Der foreligger en beskrivelse af beboerens ressourcer og hvordan de inddrages i aktivitet og træning (ADL og vedligeholdelse)				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation		x		Begge døgnrytmeplaner indeholder beskrivelser af beboerens fysiske, psykiske/mentale og sociale ressourcer og det fremgår, hvorledes disse medinddrages i forhold til både personlig pleje, forflytninger, aktiviteter og måltider. 1 døgnrytmeplan mangler dog ajourføring i forhold til beboerens ressourcer, da beboerens funktionsniveau har ændret sig væsentligt. Det fremgår eksempelvis, at beboeren skal opfordres til at gå ture med rollatoren. Dette ikke længere aktuelt, da beboeren nu er kørestolsbruger.
Observation		x		Der observeres generelt sammenhæng mellem de beskrevne ressourcer og beboerens tilstand - jævnfør dog beskrivelsen oven for vedrørende manglende ajourføring.
Beboer				Beboerne er ikke relevante i forhold til egne ressourcer, og hvorledes disse medinddrages i plejen.
Medarbejder	x			Begge medarbejdere kan fagligt redegøre for beboernes ressourcer, og hvorledes disse medinddrages og vedligeholdes i hverdagen. En medarbejder fortæller, at beboeren er meget god til at deltage i aktiviteter, hvor evnen til at reagere rimeligt hurtigt, og evnen til at bedømme afstande er involveret. Det er medarbejderens opfattelse, at hvis man er lidt insisterende, så har beboeren flere ressourcer, end man umiddelbart tror. Medarbejderen beskriver, at beboeren på trods af hukommelsessvækkelse, eksempelvis er meget aktiv i arrangementer, hvor der oplæses rim og remser. Samme medarbejder fortæller, hvordan hun har været observatør, når beboeren fik hjælp til personlig pleje, og efterfølgende har givet kolleger inspiration til, hvorledes beboeren i endnu højere grad kunne anvende egne ressourcer. Anden medarbejder fortæller, hvordan man løbende er bevidst om, at beboerens tilstand ændrer sig, således at medinddragelsen af beboeren også kan variere fra tid til anden - både i forhold til mindre og større medinddragelse.

Psykisk pleje og omsorg i henhold til Servicelovens § 83 samt kommunens kvalitetsstandarder

Mål 5				
Der foreligger en beskrivelse af den psykiske pleje og omsorg				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			I forhold til 1 beboer er der udarbejdet fokusområde på psykisk pleje og omsorg. Tilsynet bemærker positivt, at fokusområdet beskriver handlevejledende indsatser til, hvordan man eksempelvis gennem en særlig kommunikation kan forebygge, at beboeren bliver forvirret. Der kan med fordel henvises til fokusområdet i døgnrytmeplanen. Døgnrytmeplanen indeholder yderligere beskrivelser af den psykiske pleje og omsorg for beboeren. Eksempelvis fremgår der handlevejledende indsatser til forebyggelse af, at beboeren bliver vredladet. I forhold til 1 beboer er det ikke relevant at beskrive en særlig psykisk pleje og omsorg.
Observation	x			Det er tilsynets vurdering, at der er taget hånd om alle observerbare risici hos beboeren.
Beboer	x			Det er tilsynets vurdering, at beboerne på trods af hukkommelsessvækkelse kan svare på spørgsmål om, hvorvidt de trives på plejecentret. Begge beboere svarer flere gange ja til, at de har det godt på plejecentret.
Medarbejder	x			Medarbejderne har fokus på beboernes behov for psykisk pleje og omsorg, og de kan med faglig overbevisning redegøre for særlige indsatser målrettet beboere med en demenssygdom.

Praktisk hjælp i henhold til Servicelovens § 83 og kommunens kvalitetsstandarder

Mål 6				
Beboeren sikres hygiejnemæssig forsvarlig renholdelse af boligen og rekvisitter				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation			x	Tilsynet får oplyst, at der ikke stilles krav om, at plejecentrene skal udarbejde plan for rengøring af beboernes boliger. Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplanerne generelt ikke beskriver den hjælp til praktisk støtte, som udføres af medarbejderne, der arbejder med plejen hos beboerne. I 1 døgnrytmeplan ses kun beskrivelse af, at beboerens sengetøj skiftes hver mandag.

				<p>I 1 døgnrytmeplan foreligger der ingen beskrivelser af hjælpen til praktisk støtte.</p> <p>Tilsynet vurderer, at der med fordel kan indgå beskrivelser af hjælpen til praktisk støtte i forhold til eksempelvis vasketøj, sengetøjsskift, særlig støtte til daglig renholdelse af toilettet, oprydning og lignende.</p> <p>Det er tilsynets vurdering, at der i forhold til begge beboere bliver udført en særlig hjælp til praktisk støtte i hverdagen, som med fordel kan dokumenteres i døgnrytmeplanen, således at det sikres, at hjælpen bliver udført dagligt.</p>
Observation		x		Tilsynet bemærker, at der er en urinlugt i en af boligerne.
Beboer				Beboerne kan ikke svare på spørgsmålet på grund af hukommelsessvækkelse.
Medarbejder	x			<p>1 medarbejder har ikke med hjælpen til praktisk støtte at gøre.</p> <p>1 medarbejder fortæller, at hun vil igangsætte initiativer til afklaring/løsning af lugtgener i en beboers bolig.</p>

Hverdagen på plejecentret

Mål 7				
Beboeren har en god og tilfredsstillende hverdag				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Der er udarbejdet livshistorie på begge beboere.
Beboer	x			<p>Begge beboere giver udtryk for, at de har det godt og trives på plejecentret.</p> <p>Ingen af beboerne kan uddybe dette nærmere på grund af hukommelsessvækkelse.</p>
Medarbejder	x			<p>Medarbejderne kan fagligt redegøre for handlinger, der sikrer, at beboeren har en god hverdag og trives på plejecentret.</p> <p>En medarbejder er særlig opmærksom på, at den psykiske pleje og omsorg skal være målrettet beboeren og tage udgangspunkt i beboerens særlige vaner og udfordringer. Medarbejderen har erfaring med, at beboeren profiterer meget af at komme ud i den friske luft. Samme medarbejder beskriver, at hun bruger sin faglighed, evne til observation og refleksion til at sikre beboerens trivsel i hverdagen.</p>

				Anden medarbejder fortæller, at der flere gange om ugen læses højt for beboerne. Plejecentrets målgruppe har stor glæde af oplæsning af både eventyrfortællinger og rim og remser.
--	--	--	--	--

Mål 8 Beboeren oplever respekt				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Observation (1)	x			Der observeres respektfuld kommunikation mellem beboere og medarbejdere.
Observation (2)	x			Medarbejderne viser i såvel adfærd og ved beskrivelser af eksempler, at de arbejder bevidst med det verbale og nonverbale sprog.
Beboer	x			Begge beboere er hukommelsessvækkede, men giver udtryk for, at medarbejderne er søde og venlige og taler pænt til dem. En af beboerne gentager flere gange, at der ikke er noget at klage over.
Medarbejder	x			<p>Medarbejderne er meget bevidste om handlinger, der sikrer respekt for beboerne.</p> <p>En medarbejder beskriver, at det er vigtigt ikke at overskride beboerens grænser, og at man som medarbejder skal være opmærksom på, at en beboers grænser kan variere fra dag til dag. Medarbejderen beskriver ligeledes, at hun til nogle beboeres store fornøjelse synger og danser for dem. Berøring er også en anvendt tilgang til beboerne - medarbejderen fortæller, at hun ofte lige giver en kærlig hånd til beboeren, når hun alligevel passerer forbi.</p> <p>Anden medarbejder beskriver, at respekten udvises gennem en høflig og anerkendende kommunikation med beboerne, hvor der er fokus på den enkelte beboers særlige behov.</p>

Særlig fokusområde - medarbejderkompetencer

Styrket indsats vedrørende medarbejderkompetencer

Mål 9				
At der arbejdes med kompetenceudvikling set i relation til den enkelte medarbejder				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation (1)	x			Der foreligger en kompetenceoversigt og principper for delegering af komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver.
Dokumentation (2)	x			Tilsynet får fremvist mapper på de to afdelinger, som tilsynet vedrører. Mapperne indeholder de relevante dokumenter i forhold til delegerede opgaver. Plejecentret anvender kommunens skemaer og vejledninger udarbejdet til formålet. Det er tilsynets vurdering, at plejecentret arbejder målrettet og struktureret med delegering af plejeopgaver/sygeplejeopgaver.
Dokumentation (3)	x			Tilsynet bemærker, at skemaerne til dokumentation af selve opfølgningen på den delegerede opgave efter 2 måneder ikke er udfyldt konsekvent for alle relevante opgaver. Dette vedrører særligt en af afdelingerne. Tilsynet får oplyst, at det i praksis kan være vanskeligt for afdelingerne at leve op til et krav om, at der skal ske opfølgning på delegerede opgaver hver 2. måned.
Observation (1)		x		I forhold til 1 beboer er der ikke relevante og delegerede opgaver. I forhold til 1 beboer observerer tilsynet, at der mangler sammenhæng mellem skema for delegering og de observerbare forhold. Der mangler aktuell skriftlig dokumentation for de delegerede sygeplejeopgaver på kompetenskemaet målrettet den konkrete beboer. Beboeren smøres med medicinsk salve, hvilket ikke fremgår af skemaet.
Observation (2)	x			Der observeres sammenhæng mellem sygeplejeopgavens kompleksitet og de anvendte kompetencer.
Beboer				Beboeren kan ikke svare på spørgsmål relateret til den delegerede opgave.
Medarbejder (1)	x			1 medarbejder har ikke med delegerede opgaver at gøre. 1 medarbejder har godt kendskab til kompetenceoversigt og principper for delegering.

Medarbejder (2)		x		1 medarbejder har ikke med delegerede opgaver at gøre. 1 medarbejder kan redegøre for, hvordan en delegeret opgave overdrages. Medarbejderen oplyser, at hun ikke er blevet instrueret i forhold til påsmøring af salve i forhold til den konkrete beboer og erkender, at selv om hun mener at have styr på dette, burde hun have modtaget instruktionen i forhold til den konkrete beboer.
Medarbejder (3)	x			1 medarbejder har ikke med delegerede opgaver at gøre. 1 medarbejder kan redegøre for, hvorledes der sikres opfølgning på delegerede opgaver.

3.1 Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer

Der er udarbejdet fem målepunkter for "Rundgang på plejecenteret".

Observationer på fællesarealer			
	Ja	Nej	Bemærkninger
Er der et aktivt miljø på fællesarealerne?	x		Plejecentret har fokus på aktiviteter for beboerne. Der er ophængt plan for aktiviteter og fælles arrangementer i hvert hus, så disse er synlige for såvel beboere, medarbejdere og pårørende. Tilsynet får oplyst, at der også om aftenen er fokus på aktiviteter for beboerne. En medarbejder fortæller, at små hverdagsaktiviteter kan have stor betydning for beboernes trivsel. Eksempelvis kan der serveres og hygges omkring en kop kakao med flødeskum om aftenen eller frisklavet popcorn. På tilsynsdagen observeres et stille og roligt miljø på fællesarealer. Flere beboere er samlet til formiddagskaffe med medarbejdere. Andre beboere deltager i aktivitet omkring stolegymnastik med ergoterapeuten.
Er rengøringsstandarderne tilfredsstillende?	x		Rengøringsstandarderne på fællesarealer er tilfredsstillende.
Er der fællesskab og trivsel omkring måltidet?	x		Plejecentret har fokus på beboernes forskellige behov i forhold til måltiderne. Tilsynet får oplyst, at næsten ingen beboere kan smøre selv, men der er fokus på, at de beboere der selv kan, skal kunne vælge eksempelvis smørrebrød fra fade. Plejecentret prøver at motivere til, at beboerne deltager i fælles spisning, da de fleste beboere har stor glæde af det sociale samvær omkring måltiderne.

Uanmeldt tilsyn, Plejecenter Mimosen

Er kommunikationen respektfuld	x		Kommunikationen på fællesarealer er anerkendende og meget respektfuld. Der kommunikeres i en venlig tone til beboerne.
Bliver beboerne behandlet værdigt	x		Beboerne behandles med værdighed. Tilsynet observerer eksempelvis, at beboerne hjælpes med indtagelse af et måltid på en meget værdig og faglig korrekt måde. Tilsynet observerer ligeledes, at en medarbejder henvender sig til en beboer, der sidder lidt afsides og måske ikke helt kan rumme de mange mennesker på fællesarealet. Medarbejderen spørger forsigtigt beboeren, om hun synes, der er mange mennesker på plejecentret i dag. Beboeren smiler og nikker, hvorefter vedkommende går ind til sig selv.

4 Tilsynets formål

Det overordnede formål med de uanmeldte tilsyn er at afdække, hvorvidt der er sammenhæng mellem de beskrevne og vedtagne rammer, og den praksis der udføres på stedet. Tilsynet skal bidrage til den løbende udvikling og kvalitetsforbedring af kontraktens rammer og indhold.

BDO KR's tilsynskoncepter for uanmeldte tilsyn har til formål at:

- Kontrollere og belyse samt bidrage til dokumentation for indsatsen og til systematisk kvalitets sikring og udvikling.
- Kontrollere og belyse, om der på plejecentrene er en god sammenhæng mellem de udmeldte rammer og den praksis, der findes på det enkelte plejecenter.
- Kontrollere, om der på det enkelte plejecenter udføres forsvarligt pleje og omsorgsopgaver i forhold til målgruppen, og at gældende lovregler, kvalitetsstandarder, serviceniveau og administrative retningslinjer efterleves.
- Understøtter en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for beboerne gennem en anerkendende, dialogbaseret og læringsorienteret tilgang til medarbejdere og ledelse.
- Skabe grundlag for refleksion over egen praksis hos både medarbejdere og ledelse.
- Afdækker styrker og forbedringsmuligheder i plejecenterets måde at håndtere opgaverne på, og identificere potentielle udviklingsmuligheder.

4.1 Indhold og metode

I BDO's tilsynskoncept for uanmeldte tilsyn på plejecentre i Allerød Kommune er der udarbejdet 9 mål, som tager udgangspunkt i Allerød Kommunes visioner, kvalitetsstandarder, ydelseskatalog og retningslinjer.

I det uanmeldte tilsyn på plejecentre har BDO KR udviklet målepunkter og indikatorer på forskellige områder. Der er ligeledes udarbejdet et målepunkt som omhandler observation af fællesarealer.

Allerød kommune har valgt, at der i forhold til medarbejderne skal indgå mål vedr. medarbejderkompetencer.

Der indsamles data ud fra fire forskellige datakilder, hhv. faglig dokumentation, observation, interview med beboeren og interview med en relevant medarbejder. Samlet set giver den metodiske tilgang en dybtgående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten af de ydelser, som beboerne modtager på plejecenteret.

Følgende punkter indgår i tilsynskonceptet:

Omsorgs- og plejemæssige praksis	Organisatoriske og personalemæssige forhold	Øvrige
Det skriftlige grundlag for ydelserne Personlig pleje Sundhedsfremme og forebyg-	Medarbejder kompetencer	Observationer på fællesarealer

gelse Aktivitet og træning Psykisk pleje og omsorg Praktisk hjælp Hverdag på plejecenteret, herunder trivsel		
---	--	--

4.2 Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer

Der er udarbejdet fem målepunkter for "rundgang på plejecentret".

I forbindelse med rundgang på plejecenteret har tilsynsførende fokus på, om beboerne deltager i aktiviteter og/eller underholdning individuelt eller i grupper. Desuden observerer tilsynsførende omgangsformen, herunder om der er dialog mellem beboere og medarbejdere, beboere imellem, samt mellem medarbejderne.

4.3 Vurderingsskala

Tilsynet arbejder ud fra følgende vurderingsskala:

Vurderingen *Godkendt* er kendetegnet ved gode og tilfredsstillende forhold, som kan give anledning til at påpege udviklingspunkter i form af bemærkninger eller anbefalinger. Disse bemærkninger eller anbefalinger angiver, hvordan stedet kan arbejde videre med yderligere kvalitetsforbedringer.

Vurderingen *Godkendt med mangler* er kendetegnet ved gode og jævne forhold og med mangler på enkelte områder. Denne vurdering giver anledning til anbefalinger om, hvilke områder der skal arbejdes med for at rette op på de pågældende forhold.

Vurderingen *Alvorlige fejl og mangler* er kendetegnet ved, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere beboere fx omsorgssvigt eller ubegrundet brug af magt. Vurderingen giver anbefaling om, at kommunen straks iværksætter tiltag for at afhjælpe og forbedre forholdene, samt foretager et op følgende tilsyn efter en nærmere aftalt periode.

5 Yderligere oplysninger

Yderligere oplysninger fås ved henvendelse til:

HELEN HILARIO JØNSSON

Director

Mobil: +45 24 29 50 79

hej@bdo.dk

BDO Kommunernes Revision

Godkendt revisionsaktieselskab

Havneholmen 29

DK-1561 København V

Mobil: 45 33 12 65 45

www.bdo.dk

6 Bilag - Hørings svar for opklarende fejl og informationer

Det ser fint ud. Den eneste tilføjelse er, at mit navn er Tina Rantzau Christiansen.

Med venlig hilsen

Tina Rantzau Christiansen

Virksomhedsleder Mimosen Plejecenter

Bilag: 5.8. Handleplan BDO 2015 - Mimosen

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 95047/15

Handleplan for BDO tilsyn 2015 plejecenter Mimosen, Allerød Kommune

Område	Problemstilling	Tiltag	Tidsplan
Døgnrytmeplaner	<p>Der henvises ikke konsekvent til relevante fokusområder</p> <p>Ajourføring af døgnrytmeplan</p>	Tages op på næstkommende SSA/Sygeplejemøde	4.11
Delegererede sygeplejeopgaver	<p>Der mangler aktuel skriftlig dokumentation for delegerede sygeplejeopgaver på kompetenceskema målrettet den konkrete beboer</p> <p>Der mangler instruktion i en konkret delegeret opgave</p> <p>Skemaer til dokumentation af opfølgning på delegeret opgave er efter 2 måneder ikke er udfyldt konsekvent for alle relevante opgaver (særligt for en afd)</p>	<p>Der er sidste år og i foråret udarbejdet skema for opfølgning på kompetencer.</p> <p>Der må på et sygeplejemøde tales om, hvordan vi gør, så vi er sikre på at vi alle gør det ens</p>	Sygeplejemødet Efter efterårsferie
Urinlugt i bolig	Der bemærkes urinlugt i en af boligerne	<p>Jeg er ikke sikker på at der var forstået at der skulle rengøres ekstra på specifikke badeværelser.</p> <p>Der er forsøgt lavet en plan for rengøring, så specifikke badeværelser får ekstra rengøring</p> <p>Personalet må være opmærksom på, om der er ekstra behov.</p>	Er i værksat

Bilag: 5.9. Tilsynsrapport 2015 - Plejecenter Skovvang

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 77194/15

Tilsynsrapport
Allerød Kommune
Ældre og Sundhed

Plejecenter Skovvang

Uanmeldt tilsyn

maj 2015

Forord

Rapporten er bygget således, at læseren på de første sider præsenteres for en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt det samlede tilsynsresultat, begrundelse for tilsynsresultatet, bemærkninger og anbefalinger.

Herefter indeholder rapporten de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og ved 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.

Sidste del af rapporten indeholder en kort beskrivelse af formål og metode samt kontaktoplysninger til BDO.

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

Indholdsfortegnelse

1	Formalia.....	4
2	Samlet tilsynsresultat.....	5
2.1	Begrundelse for tilsynsresultatet	6
2.2	Tilsynets overordnede bemærkninger og anbefalinger.....	7
3	Datagrundlag	8
3.1	Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer	15
4	Tilsynets formål.....	16
4.1	Indhold og metode.....	16
4.2	Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer	17
4.3	Vurderingsskala	17
5	Yderligere oplysninger	18

1 Formalia

Plejecentrets navn og adresse
Plejecenter Skovvang, Poppelvænget 2, 3450 Allerød
Leder
Kirsten Valentinsen
Antal boliger
60 boliger
Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg
Den 7. maj 2015, kl. 08.15 - 13.30
Datagrundlag
<p>Ved tilsynet er der foretaget observationer på fællesarealer, gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation, observationer hos beboerne samt gennemført interviews med medarbejderne. Beboerne har givet tilsagn om deltagelse i tilsynet.</p> <p>Tilsynet har interviewet 6 beboere. Tilsynet har desuden gennemført interview med 6 medarbejdere:</p> <ul style="list-style-type: none">• 6 social- og sundhedsassistenter <p>Der er ligeledes foretaget observationer på fællesarealer</p>
Tilsynsførende
Mette Norré Sørensen, sygeplejerske, senior consultant Gitte Ammundsen, sygeplejerske, Senior manager

2 Samlet tilsynsresultat

BDO KR har på vegne af Allerød Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn på Plejecenter Skovvang. På baggrund af det indsamlede datamateriale og den efterfølgende analyse heraf, vurderer BDO KR, at Plejecenter Skovvang er **godkendt** ved det uanmeldte tilsyn.

Samlet vurdering	
x	<p>Godkendt</p> <p>Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Forholdene på plejecenteret vurderes samlet set at være gode og tilfredsstillende.</p>
	<p>Godkendt med mangler</p> <p>Dette betyder, at dele af den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har mangler eller er utilfredsstillende, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.</p>
	<p>Alvorlige fejl og mangler</p> <p>Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Manglerne er af et sådan omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere beboere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.</p>

2.1 Begrundelse for tilsynsresultatet

Tilsynsresultatet præsenteres dels ud fra en samlet vurdering dels ud fra en beskrivelse af, i hvilke mål og indikatorer manglerne forekommer.

Styrker

På baggrund af tilsynet vurderes det, at plejecentret er karakteriseret ved følgende styrker:

- Plejecenter Skovvang har nu i alt 60 boliger. De sidste beboere flyttede ind i oktober 2014.
- Alle stillinger er besat på plejecentret, og der er udelukkende ansat social- og sundhedsassistenter i de faste plejestillinger. Ledelsen beskriver, at dette giver stor faglig sparring og dialog i hverdagen.
- Der er ansat en ergoterapeut til at varetage de daglige fællesaktiviteter på plejecentret og ADL-vurderinger ved behov. For at imødekomme behovet for aktiviteter i eftermiddagstimerne møder ergoterapeuten ind på forskellige tider i løbet af ugen. Hallen bruges primært til at rumme og afvikle aktiviteter for beboerne.
- Ledelsen fortæller, at der kommer en lokal kunstner og tegner og maler med beboerne.
- Medarbejderne har ansvaret for at igangsætte små aktiviteter, såsom avislæsning, bading, gå ture og havegøremål.
- Ledelsen fortæller, at der arbejdes målrettet med at følge op på anbefalinger fra sidste års tilsyn. Der er iværksat undervisning i døgnrytmeplanerne, hvor der er fokus på beboernes ressourcer fremfor begrænsninger. Der er udviklet en skabelon, som er medvirkende til at udarbejdelsen af døgnrytmeplanerne bliver ensartet, og der sikres en høj sundhedsfaglig kvalitet.
- Der er ligeledes udarbejdet en medarbejderkompetence-mappe, som beskriver den enkelte medarbejders kompetencer/forer og de delegerede sygeplejeopgaver, den enkelte medarbejder bestrider.
- Plejecentrets målgruppe er hovedsageligt ældre somatiske borgere, men rummer også demente og yngre beboere. Beboernes sundhedstilstand opleves tiltagende kompleks med mange udfordrende problemstillinger.
- Den sundhedsfaglige dokumentation er generelt tilfredsstillende og indeholder generelt henvisninger til relevante fokusområder.
- Der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboerne modtager og beboerens behov for pleje og omsorg.
- Beboerne får den pleje og omsorg og hjælp til praktisk støtte, som de har behov for.
- Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever tilfredshed i forhold til tilbud om træning, aktiviteter og fællesskab på plejecentret.
- Beboerne føler sig sikre og trygge på plejecentret og oplever en respektfuld kommunikation med medarbejderne.
- Plejecentret arbejder målrettet med kompetenceudvikling af medarbejderne, og der foreligger dokumentation af de delegerede pleje- og sygeplejeopgaver.
- Medarbejderne har et godt kendskab til den sundhedsfaglige dokumentation og god viden og indsigt i beboernes behov for pleje og omsorg samt hjælpen til praktisk støtte. Medarbejderne kan redegøre for observationer og overvejelser i forhold til den sundhedsfaglige indsats.
- Medarbejderne har godt kendskab til Triagering og kan redegøre for brugen heraf.

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medarbejderne fremstår kompetente og ansvarsbevidste. ➤ Rengøringsstandarden på fællesarealer er meget tilfredsstillende. ➤ Der observeres hyggelig og god stemning på fællesarealerne.
Mangler
Der er ikke fundet "mangler" i forhold til tilsynskonceptet på tilsynstidspunktet.
Alvorlige fejl og mangler
Der er ikke fundet "alvorlige fejl og mangler" i forhold til tilsynskonceptet på tilsynstidspunktet.

2.2 Tilsynets overordnede bemærkninger og anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende bemærkninger og anbefalinger i forhold til plejecentrets fremadrettede udvikling:

Bemærkninger
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplaner mangler en generel beskrivelse/præsentation af beboeren, hvori der eksempelvis indgår oplysninger om beboerens normale funktionsniveau, mentale/hukommelsesmæssige tilstand, sociale ressourcer og netværk, særlige ønsker og vaner i hverdagen, mobilitet og brug af hjælpemidler samt tiltaleform. 2. Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplanerne har delvise mangler i forhold til at være ajourførte, handlevejledende og individuelt beskrevet om natten 3. Der bemærkes, at de forskellige dokumenter i nogle af beboernes journaler mangler en mindre opfølgning og ajourføring i forhold til beboernes nuværende funktionsniveau.
Anbefalinger
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tilsynet anbefaler, at der igangsættes en drøftelse af, hvorledes der i døgnrytmeplanerne kan indgå en mere generel beskrivelse/præsentation af beboerne. 2. Tilsynet anbefaler, at Plejecentret Skovvang fortsat underviser, oplærer og vejleder medarbejderne i, hvorledes døgnrytmeplanerne udarbejdes, således at disse er ajourførte, handlevejledende og individuelt beskrevet gennem hele døgnnet. 3. Tilsynet anbefaler, at Plejecentret Skovvang er opmærksom på at fastholde det høje sundhedsfaglige niveau.

3 Datagrundlag

På de følgende sider præsenteres resultaterne af dataindsamlingen i relation til hvert målepunkt samt generelle bemærkninger til hvert mål.

Det skriftlige grundlag i henhold til Serviceloven, Socialministeriets vejledning nr. 2 til Serviceloven og kommunens kvalitetsstandarder

Mål 1				
Beboerens plejebehov er ajourført				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			<p>Alle journaler indeholder dokumentation med en beskrivelse af beboernes behov for pleje.</p> <p>Journalerne indeholder blandt andet funktionsvurdering, helhedsbeskrivelse og fokusområder.</p> <p>Flere funktionsvurderinger stemmer ikke overens med beboernes nuværende funktionsniveau.</p> <p>Helbredsoplysningerne mangler ligeledes en mindre ajourføring. Der ses beskrivelser af fokusområder i helbredsoplysningerne, som er afsluttet, og fokusområder der ikke er beskrevet i helbredsoplysningerne.</p> <p>Tilsynet bemærker, at halvdelen af fokusområderne ikke er ajourførte.</p>
Observation	x			<p>Det er tilsynets vurdering, at der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboerne modtager og beboernes tilstand.</p>
Beboer	x			<p>Beboerne giver udtryk for, at de modtager den hjælp, de har behov for.</p> <p>En beboer fortæller, at der altid kan bedes om mere hjælp, hvis behovet skulle opstå.</p>
Medarbejder (1)	x			<p>Medarbejdere har generelt kendskab til de nødvendige dokumenter i journalen og kan redegøre herfor.</p> <p>To medarbejdere har ikke haft den direkte pleje med beboeren gennem en periode og kender derfor ikke de dokumenter, der foreligger i journalen, men kan fint redegøre for behovet for hjælp</p>
Medarbejder (2)	x			<p>Alle medarbejderne har stort kendskab til Triagering.</p> <p>En medarbejder beskriver, at det er et fantastisk redskab, som hver dag anvendes på en meget konstruktiv måde.</p> <p>En anden medarbejder fortæller, at redskabet giver et godt overblik og holder fokus på beboernes problemom-</p>

				<p>råder.</p> <p>En tredje medarbejder fortæller, at det fastholder fagligheden og har sat gang i den sundhedsfaglige udvikling i afdelingen.</p>
--	--	--	--	---

Personlig pleje - Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje og omsorg i henhold til Servicelovens § 83 samt kommunens kvalitetsstandarder

Mål 2				
Der foreligger en beskrivelse af pleje- og omsorgsindsatsen				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			<p>Den sundhedsfaglige dokumentation i døgnrytmeplanerne er generelt tilfredsstillende.</p> <p>Tilsynet bemærker dog, at døgnrytmeplanerne har enkelte sporadiske mangler i forhold til ajourføring, og at der i forhold til beskrivelserne for nattilsynene fremstår kortfattede beskrivelser af tiltag, der skal udføres om natten.</p> <p>Nogle steder er beskrevet, at der er behov for tilsyn, andre steder at der skal foretages indkig. Beskrivelserne for beboernes behov for hjælp om natten, bør være handlevejledende og individuelt beskrevet, idet beboernes behov for hjælp om natten er af forskellig karakter.</p> <p>En døgnplejeplan har delvise mangler, idet denne ikke er ajourført. Der mangler beskrivelse af beboerens behov for hjælp til forflytning og nedre toilette.</p> <p>Det er tilsynets vurdering, at feltet "Generelt om beboeren" fortsat kan udvikles, således at det giver en bedre præsentation af beboeren.</p> <p>Der kan med fordel beskrives beboerens normale funktionsniveau, mentale og hukommelsesmæssige tilstand, særlige ønsker og vaner i hverdagen, mobilitet og brug af hjælpemidler og tiltaleform.</p> <p>Tilsynet bemærker, at der ikke konsekvent henvises til fokusområder. Tilsynet bemærker dog positivt, at der i flere døgnrytmeplaner fremgår faglig viden fra fokusområderne, som er blevet beskrevet i døgnrytmeplanerne.</p>
Beboer	x			<p>Beboerne giver udtryk for stor tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje.</p> <p>Flere beboere fortæller, at kvaliteten af plejen ikke bliver ringere ved, at det er afløserne, som hjælper beboeren.</p>
Medarbejder	x			<p>Medarbejderne kan fagligt redegøre for den faglige indsats.</p>

				En medarbejder beskriver, at hun anvender aktiv lytning som et vigtigt redskab i forhold til en beboer, som hurtigt kommer i konflikt med medbeboere.
--	--	--	--	---

Mål 3 Der er redegjort for sundhedsfremme og forebyggende indsats				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Den sundhedsfremmende og forebyggende indsats fremgår primært i helhedsbeskrivelserne og fokusområder. Her beskrives relevante sundhedsfremmende og forebyggende indsatser eksempelvis i forhold til psykisk adfærd, ernæring, faldforebyggelse og væskeindtagelse. Tilsynet bemærker ligeledes, at der på Triagerings-tavlerne er beskrevet de forebyggende indsatser i forhold til hver enkelt beboer.
Observation	x			Tilsynet observerer ingen risici, der ikke er taget hånd om.
Beboer	x			Alle beboere oplever, at der bliver taget hånd om de sundhedsfaglige problemstillinger
Medarbejder	x			Medarbejderne kan redegøre for særlige indsatser i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse. En medarbejder beskriver, at der er iværksat møde med ernærings og kostvejleder i kommunen, da beboeren ernæringstiltag ikke skønnes sufficient. En anden medarbejder fortæller, at der i forhold til beboeren er fokus på faldforebyggelse, hvorfor man skal huske beboeren på at bruge sin rollator. En tredje medarbejder nævner, at der er fokus på beboerens hud, da den er meget tynd pga. bivirkninger fra medicinsk behandling.

Aktivitet og træning i henhold til Servicelovens § 86 samt kommunens kvalitetsstandarder

Mål 4 Der foreligger en beskrivelse af beboerens ressourcer og hvordan de inddrages i aktivitet og træning (ADL og vedligeholdelse)				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Tilsynet bemærker, at alle døgnrytmeplaner generelt indeholder beskrivelser af beboernes ressourcer. Beskrivelse af beboerens sociale og mentale ressourcer fremgår dog i højere grad af helhedsbeskrivelserne. Døgnrytmeplaner beskriver beboernes ønsker i forhold til aktivitet og træning. Tilsynet bemærker positivt, at

				døgnrytmeplanerne både beskriver beboernes ønsker om aktiviteter om formiddagen og om eftermiddagen.
Observation	x			Der er generelt sammenhæng mellem de beskrevne ressourcer og beboernes tilstand. Tilsynet bemærker dog, at ikke alle ressourcer hos beboere er beskrevet i døgnrytmeplanen.
Beboer	x			Flere beboere fortæller, at de selvfølgelig ønsker at klare mest muligt selv og er bevidste om, at selv små daglige opgaver er at ligestille med træning og med til at fastholde funktionsniveauet. En beboer fortæller, at hun med største selvfølgelighed selv tager sin mad fra morgenbuffet og rydder op efter sig, trods nedsat førlighed i den ene arm. En anden beboer fortæller, at han er meget opmærksom på at klare sig selv, går selv i supermarked og handler.
Medarbejder	x			Medarbejderne kan redegøre for, hvorledes beboernes ressourcer inddrages og vedligeholdes i hverdagen. En medarbejder har fokus på at invitere til aktiviteter for at vedligeholde funktionsniveauet. For eksempel motiveres beboeren til at hjælpe med på fællesarealerne med bordækning m.m. Samtidig er medarbejderen opmærksom på, at beboeren bliver stimuleret mentalt, for eksempelvis ved at få talt med andre beboere. En anden medarbejder fortæller, at der er igangsat samarbejde med fysioterapeut og ergoterapeut med henblik på at fastholde beboerens funktionsniveau - der skal lægges en plan for den vedligeholdende træning. En tredje medarbejder fortæller, at guidning og motivation er vigtige redskaber til at få beboeren medinddraget.

Psykisk pleje og omsorg i henhold til Servicelovens §§ 83 samt kommunens kvalitetsstandarder

Mål 5				
Der foreligger en beskrivelse af den psykiske pleje og omsorg				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Den psykiske pleje og omsorg fremgår af dokumentationen. Eksempelvis beskrives det både i en helhedsbeskrivelse og døgnrytmeplan, hvilke initiativer der skal igangsættes, hvis beboeren bliver vred og frustreret.
Observation	x			Tilsynet observerer ingen risici, der ikke er taget hånd om.
Beboer	x			Alle beboere tilkendegiver, at de er trygge i hverdagen,
Medarbejder	x			Alle medarbejderne kan generelt redegøre for den faglige indsats.

				<p>En medarbejder fortæller, at beboeren næsten dagligt bliver drøftet på triageringsmødet netop i forhold til den særlige psykiske pleje, der skal tilbydes beboeren.</p> <p>En anden medarbejder redegør for indsatser i forhold til den psykiske pleje og omsorg til en beboer, hvor ægtefælle er alvorlig syg.</p> <p>En tredje medarbejder fortæller om den specielle psykiske pleje, der er i forhold til en hjerneskadet beboer, som hurtig bliver kørt op og derfor har brug for afskærmning og ro i en kortere periode.</p>
--	--	--	--	--

Praktisk hjælp i henhold til Servicelovens § 83 og kommunens kvalitetsstandarder

Mål 6 Beboeren sikres hygiejnemæssig forsvarlig renholdelse af boligen og rekvisitter				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Hos de interviewede beboere er der ingen særlige udfordringer i forhold til hjælpen til praktisk støtte.
Observation	x			Den hygiejniske tilstand i boligen samt omkring hjælpemidler er meget tilfredsstillende. Alle boliger fremstår rengjorte og ryddelige. Tilsynet observerer, at rengøringsassistenten har delt sin arbejdsopgave således, at om formiddagen gøres der rent i boligerne og på fællesarealerne samt vaskes tøj. Til middag er samme medarbejder i køkkenet. Rengøringsassistenten arbejder tæt sammen med beboerne omkring sammenlægning af beboernes tøj.
Beboer	x			Alle beboere er tilfredse med rengøringen. En beboer er dog i tvivl, om det er muligt at få hjælp til at rengøre sit køleskab.
Medarbejder	x			Medarbejderne har fokus på beboernes eventuelle særlige behov i forhold til praktisk støtte og rengøring

Hverdagen på plejecentret

Mål 7 Beboeren har en god og tilfredsstillende hverdag				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Der er udarbejdet livshistorie i 4 beboers journaler. I forhold til 2 journalen er der dokumenteret i den ene journal, at beboeren ikke ønsker at medvirke til udarbejdelse af denne. I den anden journal er det dokumenteret, at det ikke er muligt at udarbejde en livshistorie, da beboer og pårørende ikke er i stand til at deltage til denne.

Beboer	x			<p>Beboerne føler sig godt tilpasse på plejecentret.</p> <p>En beboer fremhæver, at der er stor medbestemmelse på alle punkter, hvis der er noget man vil have anderledes, siger man bare til.</p> <p>Den eneste klage en anden beboer fortæller om er, at der ikke er fast internetforbindelse. Beboeren skal logge på med forskellige koder hver dag, som beboeren skal have fra medarbejderen.</p>
Medarbejder	x			<p>Medarbejderne kan redegøre for handlinger, der medvirker til at sikre, at beboerne har en god hverdag.</p> <p>En medarbejder beskriver, at den gode dialog i hverdagen er vigtig for beboers trivsel.</p> <p>En anden medarbejder gør en stor indsats for at bevare beboers lyst til at være social med de andre beboere. Dette har god effekt på beboers psyke. Den samme medarbejder beskriver, at der er fokus på beboers medbestemmelse, idet beboer selv er i stand til at tage beslutninger.</p> <p>En tredje medarbejder fortæller, at det er vigtigt at anvende humor og glæde i sin tilgang til beboeren, da det har en god virkning på beboerens mentale tilstand.</p>

Mål 8				
Beboeren oplever respekt				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Observation (1)	x			Tilsynet observerer respektfuld kommunikation mellem beboere og medarbejdere.
Observation (2)	x			<p>Medarbejdernes kommunikation med beboerne er tilpasset den enkelte beboer, og medarbejderne viser tydeligt i deres adfærd, at det nonverbale sprog bruges professionelt.</p> <p>Medarbejderne kommunikerer anerkendende og anvender verbal guidning som et nyttigt redskab.</p>
Beboer	x			<p>Beboerne giver udtryk for, at medarbejderne er venlige og imødekommende.</p> <p>En beboer fremhæver, at der er en god tone på afdelingen - også mellem medarbejderne indbyrdes.</p>
Medarbejder	x			<p>Medarbejderne kan beskrive handlinger, der medvirker til at sikre respekt for beboerne.</p> <p>En medarbejder giver et relevant eksempel på, hvordan beboeren har behov for, at der kommunikeres og tales til hende på en særlig måde. Dette med henblik på at forebygge, at beboeren misforstår og opfatter dialog og spørgsmål negativt.</p>

				<p>En anden medarbejder fortæller, at respekt udvises ved at spørge til velbefindende, relevante emner som familie og orientering om dagens aktiviteter.</p> <p>En anden medarbejder beskriver, at respekt udvises ved at lytte til beboeren.</p>
--	--	--	--	---

Særlig fokusområde - medarbejderkompetencer

Styrket indsats vedrørende medarbejderkompetencer

Mål 9 At der arbejdes med kompetenceudvikling set i relation til den enkelte medarbejder				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation (1)	x			Der foreligger en kompetenceoversigt og principper for delegering af komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver.
Dokumentation (2)	x			Tilsynet bemærker positivt, at plejecentret har relevant fokus på, at delegering af komplekse pleje- og sygeplejeopgaver skal være givet i forhold til den konkrete beboer, og kompetencen til medarbejderen bortfalder, når opgaven ikke længere skal udføres hos den konkrete beboer.
Dokumentation (3)	x			Der foreligger en aktuell skriftlig dokumentation for de delegerede komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver.
Observation (1)	x			I plejecentrets mapper foreligger en aktuell skriftlig dokumentation for opfølgning på de delegerede komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver.
Observation (2)	x			Der observeres sammenhæng mellem sygeplejeopgavens kompleksitet og de anvendte kompetencer. Der er kun delegeret opgaver fra sygeplejerske til social- og sundhedsassistenter, idet plejecentret kun har social- og sundhedsassistenter ansat.
Beboer	x			Beboerne oplever tryghed i forhold til de delegerede opgaver
Medarbejder (1)	x			Medarbejderne har kendskab til kompetenceoversigt og principper for delegering.
Medarbejder (2)	x			Medarbejderne kan redegøre for den konkrete anvendelse og måde, hvorpå en opgave overdrages på. En medarbejder redegør for, hvorledes hun bliver undervist af udviklingssygeplejerske før opgaven bliver delegeret. Medarbejderen fortæller, at det er tilladt at sige fra, hvis man ikke føler sig sikker på opgaven.
Medarbejder (3)	x			Medarbejderne kan redegøre for den konkrete opfølgning på delegerede opgaver. Medarbejderne er bevidste om egne kompetencer, og at den delegerede opgave er målrettet den konkrete beboer.

3.1 Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer

Der er udarbejdet fem målepunkter for "Rundgang på plejecenteret".

Observationer på fællesarealer			
	Ja	Nej	Bemærkninger
Er der et aktivt miljø på fællesarealerne?	x		Tilsynet observerer, at beboerne i høj grad vælger at opholde sig på fællesarealer. Fællesarealer er hyggeligt indrettet, og der opleves en hjemlig stemning, der indbyder til fællesskab og hygge. Der ses mange beboere samlet til fællesang i hallen, hvor flere medarbejdere også deltager. På to afdelinger er medarbejderne i gang med at bage boller, beboerne er med i forhold til at bestemme, om der skal rosiner, korn eller andet i bollerne.
Er rengøringsstandarden tilfredsstillende?	x		Rengøringsstandarden på plejecentret er meget tilfredsstillende.
Er der fællesskab og trivsel omkring måltidet?	x		Tilsynet observerer en hyggelig og rolig atmosfære omkring morgenmåltidet. På en afdeling observerer tilsynet, at der er lavet en lille buffet, så beboerne selv kan vælge deres morgenmad. Der er blomster og servietter på bordene. Til frokost er stort set hele afdelingen samlet til fællesspisning. Medarbejdere sidder med ved bordene, og der hersker en livlig dialog, og der høres grin og latter.
Er kommunikationen respektfuld?	x		Der er en venlig og imødekommende kommunikation på afdelingerne.
Bliver beboerne behandlet værdigt?	x		Beboerne bliver behandlet med værdighed.

4 Tilsynets formål

Det overordnede formål med de uanmeldte tilsyn er at afdække, hvorvidt der er sammenhæng mellem de beskrevne og vedtagne rammer, og den praksis der udføres på stedet. Tilsynet skal bidrage til den løbende udvikling og kvalitetsforbedring af kontraktens rammer og indhold.

BDO KR's tilsynskoncepter for uanmeldte tilsyn har til formål at:

- Kontrollere og belyse samt bidrage til dokumentation for indsatsen og til systematisk kvalitets sikring og udvikling.
- Kontrollere og belyse, om der på plejecentrene er en god sammenhæng mellem de udmeldte rammer og den praksis, der findes på det enkelte plejecenter.
- Kontrollere, om der på det enkelte plejecenter udføres forsvarligt pleje og omsorgsopgaver i forhold til målgruppen, og at gældende lovregler, kvalitetsstandarder, serviceniveau og administrative retningslinjer efterleves.
- Understøtter en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for beboerne gennem en anerkendende, dialogbaseret og læringsorienteret tilgang til medarbejdere og ledelse.
- Skabe grundlag for refleksion over egen praksis hos både medarbejdere og ledelse.
- Afdækker styrker og forbedringsmuligheder i plejecenterets måde at håndtere opgaverne på, og identificere potentielle udviklingsmuligheder.

4.1 Indhold og metode

I BDO's tilsynskoncept for uanmeldte tilsyn på plejecentre i Allerød Kommune er der udarbejdet 9 mål, som tager udgangspunkt i Allerød Kommunes visioner, kvalitetsstandarder, ydelseskatalog og retningslinjer.

I det uanmeldte tilsyn på plejecentre har BDO KR udviklet målepunkter og indikatorer på forskellige områder. Der er ligeledes udarbejdet et målepunkt som omhandler observation af fællesarealer.

Allerød kommune har valgt, at der i forhold til medarbejderne skal indgå mål vedr. medarbejderkompetencer.

Der indsamles data ud fra fire forskellige datakilder, hhv. faglig dokumentation, observation, interview med beboeren og interview med en relevant medarbejder. Samlet set giver den metodiske tilgang en dybtgående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten af de ydelser, som beboerne modtager på plejecenteret.

Følgende punkter indgår i tilsynskonceptet:

Omsorgs- og plejemæssige praksis	Organisatoriske og personalemæssige forhold	Øvrige
Det skriftlige grundlag for ydelsen Personlig pleje Sundhedsfremme og forebyg-	Medarbejder kompetencer	Observationer på fællesarealer

gelse Aktivitet og træning Psykisk pleje og omsorg Praktisk hjælp Hverdag på plejecenteret, herunder trivsel		
---	--	--

4.2 Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer

Der er udarbejdet fem målepunkter for "rundgang på plejecentret".

I forbindelse med rundgang på plejecenteret har tilsynsførende fokus på, om beboerne deltager i aktiviteter og/eller underholdning individuelt eller i grupper. Desuden observerer tilsynsførende omgangsformen, herunder om der er dialog mellem beboere og medarbejdere, beboere imellem, samt mellem medarbejderne.

4.3 Vurderingsskala

Tilsynet arbejder ud fra følgende vurderingsskala:

Vurderingen *Godkendt* er kendetegnet ved gode og tilfredsstillende forhold, som kan give anledning til at påpege udviklingspunkter i form af bemærkninger eller anbefalinger. Disse bemærkninger eller anbefalinger angiver, hvordan stedet kan arbejde videre med yderligere kvalitetsforbedringer.

Vurderingen *Godkendt med mangler* er kendetegnet ved gode og jævne forhold og med mangler på enkelte områder. Denne vurdering giver anledning til anbefalinger om, hvilke områder der skal arbejdes med for at rette op på de pågældende forhold.

Vurderingen *Alvorlige fejl og mangler* er kendetegnet ved, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere beboere fx omsorgssvigt eller ubegrundet brug af magt. Vurderingen giver anbefaling om, at kommunen straks iværksætter tiltag for at afhjælpe og forbedre forholdene, samt foretager et op følgende tilsyn efter en nærmere aftalt periode.

5 Yderligere oplysninger

Yderligere oplysninger fås ved henvendelse til:

HELEN HILARIO JØNSSON

Director

Mobil: +45 24 29 50 79

hej@bdo.dk

BDO Kommunernes Revision

Godkendt revisionsaktieselskab

Havneholmen 29

DK-1561 København V

Mobil: 45 33 12 65 45

www.bdo.dk

Bilag: 5.10. Handleplan efter BDO tilsyn 2015 på Skovvang plejecenter.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 382/16

Handleplan efter BDO tilsyn 2015 på Skovvang plejecenter

Område	Problemstilling	Tiltag	Ansvarlig
Døgnrytmeplaner	Der skal igangsættes en drøftelse af, hvorledes der i døgnrytmeplanerne(DRP) kan indgå en mere generel beskrivelse/præsentation af beboerne	Ledergruppen for plejecentre i Allerød kommune har besluttet, at der ikke skal stå en generel præsentation af borgeren i DRP, da det er dobbeltdokumentation, men der skal henvises til, hvor det står. På Skovvang er der udarbejdet en skabelon for DRP ved udviklingssygeplejerske og ergoterapeut, som bl.a. indeholder udkast til, hvordan en kort præsentation af en borger kan se ud i DRP. Denne er implementeret af nævnte fagpersoner, og medarbejderen anvender denne ved ajourføring af beboernes døgnrytmeplaner. Skabelonen anvendes, når der undervises i CSC, hvor DRP gennemgås ved udviklingssygeplejerske. Da det er en løbende proces, bliver det taget op til teammøder nogle gange om måneden ift. vigtigheden af ajourføring af DRP herunder en korrekt men kort præsentation af beboeren i denne.	Virksomhedsleder og udviklingssygeplejerske
	Det anbefales, at Skovvang fortsat underviser, oplærer og vejleder medarbejderne i, hvorledes døgnrytmeplanerne udarbejdes, således at disse er ajourførte, handlevejledende og individuelt beskrevet gennem hele døgnet	Den skabelon der er udarbejdet af udviklingssygeplejersken og ergoterapeuten ift. DRP er fremsendt pr. mail til alle medarbejdere, og der undervises i den flere gange om måneden til teammøder. Aften-og nattevagter har fået udleveret skabelonen og har fået sidemandsoplæring ved udviklingssygeplejerske. Der skal fortsat holdes fokus på DRP, og der er en proces i gang på Skovvang ift. denne.	Virksomhedsleder, udviklingssygeplejerske og ergoterapeut
Fastholdelse af det høje sundhedsfaglige niveau.	Det anbefales, at Skovvang er opmærksom på at fastholde det høje sundhedsfaglige niveau	SOSU-assistenterne på Skovvang kommer løbende til kurser og har efter BDO-tilsyn gennemgået 2-dages kursus om palliation. Sygeplejerskerne på Skovvang er i gang med en kursusrække omhandlerende geriatrisk sygepleje. Sygeplejerskerne på Skovvang underviser og superviserer løbende SOSU-assistenten i relevante faglige emner, og der udføres dagligt bed-side undervisning tværfagligt. Der er hele tiden fokus på udarbejdelse af kompetencekort. Udviklingssygeplejerske udarbejder løbende faglige pjecer, som implementeres til teammøder ved oplæg og efterfølgende refleksion.	Virksomhedsleder og udviklingssygeplejerske

Bilag: 5.11. Tilsynsrapport 2015 - Lyngehus plejecenter- Endelig rapport

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 77195/15

Tilsynsrapport
Allerød Kommune
Ældre og Sundhed

Plejecenter Lyngehus

Uanmeldt tilsyn

august 2015

Forord

Rapporten er bygget således, at læseren på de første sider præsenteres for en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt det samlede tilsynsresultat, begrundelse for tilsynsresultatet, bemærkninger og anbefalinger.

Herefter indeholder rapporten de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og ved 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.

Sidste del af rapporten indeholder en kort beskrivelse af formål og metode samt kontakt-oplysninger til BDO.

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

Indholdsfortegnelse

1	Formalia.....	4
2	Samlet tilsynsresultat	5
2.1	Begrundelse for tilsynsresultatet	6
2.2	Tilsynets overordnede bemærkninger og anbefalinger	7
3	Datagrundlag	8
3.1	Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer	16
4	Tilsynets formål.....	18
4.1	Indhold og metode.....	18
4.2	Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer	19
4.3	Vurderingsskala	19
5	Yderligere oplysninger.....	20

1 Formalia

Plejecentrets navn og adresse
Plejecenter Lyngehus, Hillerødvej 48A, 3540 Lynge
Leder
Bente Nees
Antal boliger
39 boliger
Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg
Den 13. august 2015, Kl. 9.00- 14.00
Datagrundlag
<p>Ved tilsynet er der foretaget observationer på fællesarealer, gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation, observationer hos beboerne samt gennemført interviews med medarbejderne. Beboerne har givet tilsagn om deltagelse i tilsynet.</p> <p>Tilsynet har interviewet 4 beboere.</p> <p>Tilsynet har desuden gennemført interview med 4 medarbejdere:</p> <ul style="list-style-type: none">• 2 social- og sundhedshjælpere• 1 social- og sundhedsassistent• 1 sygehjælper <p>Der er ligeledes foretaget observationer på fællesarealer</p>
Tilsynsførende
Mette Norré Sørensen, sygeplejerske, senior consultant

2 Samlet tilsynsresultat

BDO KR har på vegne af Allerød Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn på Lyngehus plejecenter. På baggrund af det indsamlede datamateriale og den efterfølgende analyse heraf, vurderer BDO KR, at Lyngehus plejecenter er **godkendt** ved det uanmeldte tilsyn.

Samlet vurdering	
x	<p>Godkendt</p> <p>Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Forholdene på plejecenteret vurderes samlet set at være gode og tilfredsstillende.</p>
	<p>Godkendt med mangler</p> <p>Dette betyder, at dele af den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har mangler eller er utilfredsstillende, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.</p>
	<p>Alvorlige fejl og mangler</p> <p>Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Manglerne er af et sådan omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere beboere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.</p>

2.1 Begrundelse for tilsynsresultatet

Tilsynsresultatet præsenteres dels ud fra en samlet vurdering, dels ud fra en beskrivelse af, i hvilke mål og indikatorer manglerne forekommer.

Styrker
<p>På baggrund af tilsynet vurderes det, at plejecentret er karakteriseret ved følgende styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ledelsen oplyser, at der er tre socialpsykiatriske boliger på plejecentret. Medarbejderne som varetager plejen af disse beboere har en særlig stor interesse og viden i forhold til det psykiatriske felt. ➤ Der arbejdes målrettet med at få skabt en tryk og god indflytningsprocedure for beboerne. Lige fra starten af opholdet på plejecentret motiveres og opfordres beboerne til at anvende fællesarealerne og benytte sig af tilbuddet om at indtage måltiderne i den fællesspise-stue. ➤ Der arbejdes med at udvikle Triageringsredskabet og finde frem til en elektronisk model, som er brugervenlig og kan lette arbejdsgangene. ➤ Der er ansat fem sygeplejersker på plejecentret for at sikre en høj faglighed. Der arbejdes meget på tværs af faggrupper, og alle hjælper hinanden i de pressede perioder. Ledelsen oplyser, at sommerferien er forløbet uden problemer, og de anvendte afløserne alle var kendte på plejecentret. ➤ Der er arbejdet målrettet med anbefalingerne fra sidste tilsyn 2014. Plejecentrets ergoterapeut har været samtlige beboeres døgnrytmeplaner igennem sammen med beboerens kontaktperson. ➤ Den sundhedsfaglige dokumentation er tilfredsstillende. ➤ Der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboerne modtager og beboerens behov for pleje og omsorg. ➤ Beboerne får den pleje, omsorg og hjælp til praktisk støtte, som de har behov for. ➤ Beboerne oplever tilfredshed med hjælpen til personlig pleje og praktisk støtte. ➤ Beboerne oplever medinddragelse i hverdagen og anvender egne ressourcer i det omfang, det er muligt. ➤ Beboerne føler sig sikre og trygge på plejecentret og oplever en respektfuld kommunikation med medarbejderne. ➤ Medarbejderne har et godt kendskab til den sundhedsfaglige dokumentation og god viden og indsigt i beboernes behov for pleje og omsorg samt hjælpen til praktisk støtte. ➤ Medarbejderne har godt kendskab til Triagering og kan redegøre for brugen heraf. ➤ Medarbejderne fremstår kompetente og ansvarsbevidste. ➤ Plejecentret arbejder målrettet med kompetenceudvikling af medarbejderne, og der foreligger generelt dokumentation af de delegerede pleje- og sygeplejeopgaver. ➤ Rengøringsstandarder på fællesarealer er meget tilfredsstillende. ➤ Der observeres hyggelig og god stemning på fællesarealerne. ➤ Kommunikationen er respektfuld, og beboerne behandles med værdighed.
Mangler
<p>Der er ikke fundet "mangler" i forhold til tilsynskonceptet på tilsynstidspunktet.</p>

Alvorlige fejl og mangler

Der er ikke fundet "alvorlige fejl og mangler" i forhold til tilsynskonceptet på tilsynstidspunktet.

2.2 Tilsynets overordnede bemærkninger og anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende bemærkninger og anbefalinger i forhold til plejecentrets fremadrettede udvikling:

Bemærkninger

Tilsynet bemærker, at en medarbejders kompetenceoversigt mangler beskrivelse af instruktion i en konkret delegeret opgave.

Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at Plejecentret fortsætter de målrettede initiativer i forhold til delegering af sygeplejeopgaver/plejeopgaver, således at det altid sikres, at der sker korrekt dokumentation og instruktion af medarbejderne.

3 Datagrundlag

På de følgende sider præsenteres resultaterne af dataindsamlingen i relation til hvert målepunkt samt generelle bemærkninger til hvert mål.

Det skriftlige grundlag i henhold til Serviceloven, Socialministeriets vejledning nr. 2 til Serviceloven og kommunens kvalitetsstandarder

Mål 1 Beboerens plejebehov er ajourført				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Borgernes journaler indeholder en veldokumenteret dokumentation med en aktuell beskrivelse af beboernes behov for pleje. Journalerne indeholder blandt andet funktionsvurdering, helhedsbeskrivelse og fokusområder. 1 journal er dog mindre beskrivende i forhold til helhedsoplysningerne. Beboeren er fornylig indflyttet på plejecenteret. Der er udarbejdet fokusområder på mange parametre i alle beboernes journaler, blandt andet bemærkes det, at alle beboere har et fokusområde på hverdagsrehabilitering.
Observation	x			Det er tilsynets vurdering, at der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboerne modtager og beboernes tilstand.
Beboer	x			Beboerne giver generelt udtryk for, at de modtager den hjælp, de har behov for. En beboer oplever dog, at behovet for at komme ud fra sin bolig og få støtte til en gåtur på gangene ikke altid bliver efterlevet i det omfang, beboeren egentlig oplever, at der er behov for.
Medarbejder (1)	x			Alle medarbejdere har kendskab til de nødvendige dokumenter i journalen og kan generelt redegøre herfor.
Medarbejder (2)	x			Alle medarbejdere har et bredt kendskab til, hvorledes den enkelte beboer er placeret i triageseringskemaet. Medarbejderne henviser til det daglige møde og kan overbevisende fortælle om de forskellige indsatser, der finder sted i forhold til, om en beboer er i grøn, gul eller rødt felt. Medarbejderne giver samtidig udtryk for, at de gerne vil være endnu mere deltagende i processen, da det på nuværende tidspunkt primært er sygeplejerskernes ansvarsområde at varetage den sundhedsfaglige dokumentation i forbindelse med triagering af en borger.

Personlig pleje - Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje og omsorg i henhold til Servicelovens § 83 samt kommunens kvalitetsstandarder

Mål 2				
Der foreligger en beskrivelse af pleje- og omsorgsindsatsen				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			<p>Den sundhedsfaglige dokumentation i døgnrytmeplanerne er generelt tilfredsstillende.</p> <p>3 døgnrytmeplaner har et meget fyldestgørende "generelt" felt, som giver et godt billede af beboeren, således at den enkelte medarbejder får et relevant og hurtigt overblik over formålet med indsatsen hos beboeren.</p> <p>Desuden indeholder døgnrytmeplanerne individuelle og handlebeskrivende indsatser gennem hele døgnnet, som tydeliggør, hvilke opgaver beboeren skal have støtte til.</p> <p>Tilsynet bemærker positivt, at nattilsynene ligeledes er yderst individuelle, og at den benyttede måde, hvor 1. runde beskrives og dernæst 2. runde, gør, at dokumentationen fremstår overskuelig og letlæselig.</p> <p>Døgnrytmeplanerne indeholder ligeledes opdaterede beskrivelser af, hvilke aktiviteter beboeren deltager i, og der ses relevante henvisninger til fokusområder.</p> <p>Den meget veldokumenterede sundhedsfaglige dokumentation giver medarbejderne et godt fundament for tidlig opsporing af forandringer hos beboeren.</p> <p>1 døgnrytmeplan har delvise mangler, idet feltet "generelt" om beboeren fortsat kan udvikles, således at det giver en bedre præsentation af beboeren.</p> <p>Der kan med fordel beskrives beboerens normale funktionsniveau, mentale og hukommelsesmæssige tilstand, særlige ønsker og vaner i hverdagen, mobilitet og brug af hjælpemidler og tiltaleform.</p> <p>Tilsynet får oplyst, at beboer er indflyttet for kort tid siden.</p>
Beboer	x			<p>Beboerne giver udtryk for stor tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje.</p> <p>En beboer, som tilsynet møder på sin rundgang på plejecentret, fortæller spontant, at eleverne på plejecentret ligeledes er meget kompetente og dygtige.</p>
Medarbejder	x			<p>Medarbejderne kan redegøre for den faglige indsats hos beboerne.</p> <p>En medarbejder fortæller, at hun har fokus på hverdagsrehabilitering og lader beboeren gøre så mange ting som muligt selv. Samtidig er medarbejderen omhyggelig med, at beboeren ikke bruger alle sin kræfter på den personlige pleje, da beboer er meget social og ønsker at være med til så mange aktiviteter som muligt.</p>

			<p>En anden medarbejder beskriver, at hjælp til bad altid vurderes ud fra beboerens almentilstand. Beboeren lider af vejrtrækningsbesvær og funktionsniveauet kan derfor ændre sig hurtigt.</p> <p>En tredje medarbejder, fortæller, at hun i stor udstrækning accepterer beboerens livsstil. Medarbejderen støtter og motiverer beboeren i de svære perioder.</p> <p>En fjerde medarbejder fortæller, at beboeren er indflyttet for kort tid siden, og det er vigtigt at få skabt en god relation og tryghed i forhold til at få beboeren til at modtage hjælp fra medarbejderne til personlig pleje.</p>
--	--	--	--

Mål 3				
Der er redegjort for sundhedsfremme og forebyggende indsats				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Den sundhedsfremmende og forebyggende indsats fremgår både i helhedsbeskrivelserne, fokusområderne og i beboerens døgnrytmeplan. Her beskrives relevante sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, eksempelvis i forhold til psykisk adfærd, ernæring, faldforebyggelse og væskeindtagelse.
Observation	x			Tilsynet observerer ingen risici, der ikke er taget hånd om.
Beboer	x			Alle beboere oplever, at der bliver taget hånd om de sundhedsfaglige problemstillinger
Medarbejder	x			Medarbejderne kan redegøre for særlige indsatser i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse. En medarbejder beskriver, at der er fokus på beboers væskeindtagelse i løbet af dagen. Der sættes jævnligt et glas frisk vand hos beboeren. Et glas sættes i stuen, hvor beboeren ofte sidder, andet står i køkkenet og det tredje glas i soveværelset. En anden medarbejder beskriver, at der er daglig opmærksomhed på beboernes kateterpleje. Er meget opmærksom på infektionstegn. En tredje medarbejder har fokus på, at beboeren ikke isolerer sig og får vedligeholdt sin gangfunktion. Der tilbydes gåture flere gange ugentligt. En fjerde medarbejder fortæller, at selv om beboeren er selvhjulpne og klarer mange daglige opgaver selv, besøges beboeren altid dagligt i boligen til en dialog omkring sin situation, hvorved eventuelle forandringer kan observeres.

Aktivitet og træning i henhold til Servicelovens § 86 samt kommunens kvalitetsstandarder

Mål 4 Der foreligger en beskrivelse af beboerens ressourcer og hvordan de inddrages i aktivitet og træning (ADL og vedligeholdelse)				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Tilsynet bemærker, at alle døgnrytmeplaner indeholder beskrivelser af beboernes ressourcer. Døgnrytmeplaner beskriver beboernes ønsker i forhold til aktivitet og træning. Tilsynet bemærker positivt, at døgnrytmeplanerne både beskriver beboernes ønsker om aktiviteter om formiddagen og om eftermiddagen.
Observation	x			Der er sammenhæng mellem de beskrevne ressourcer og beboernes tilstand. Tilsynet bemærker dog, at ikke alle ressourcer hos en beboer er beskrevet i døgnrytmeplanen.
Beboer	x			Flere beboere fortæller, at de ønsker at klare mest muligt selv og er bevidste om, at selv små daglige opgaver er at ligestille med træning og med til at fastholde funktionsniveauet. En beboer fortæller, at hun deltager i de praktiske opgaver som byder sig. Deltager desuden i gymnastik flere gange ugentligt. Samme beboer fortæller, at hun finder det vigtigt, at nye indflyttede beboere bliver bekendt med, at der på plejecentret er en holdning til, at man er aktiv i sin pleje og deltager i det omfang, der er kræfter til. Beboeren gør selv en stor indsats for at informere nye beboere omkring dette. Bliver trist over at se, at voksne mennesker blive passive og ikke tager ansvar for eget liv. En anden beboer fortæller, at han selv laver sin mad i boligen og er bevidst om, at små ture er med til at funktionsniveauet forbedres. En tredje beboer fortæller, at hun selvfølgelig deltager aktivt i det omfang, hun kan magte. Bærer for eksempel selv sin tallerken ud i køkkenet efter middagsmaden. En fjerde medarbejder oplyser, at han bare er frisk på alle ture ud af huset og glæder sig meget til kommende Bakketur.
Medarbejder	x			Medarbejderne medinddrager beboerne i den daglige pleje og omsorg i det omfang, det er muligt. Medarbejderne har fokus på at støtte beboerne ud fra deres individuelle behov. Medarbejder udtrykker en holdning til, at hvis beboeren selv kan - skal vedkommende selv.

				<p>En medarbejder fortæller, at for at motivere beboeren til at deltage i sin pleje er det vigtigt, at tilgangen er glad og positiv fra medarbejderens side.</p> <p>En anden medarbejder fortæller, at små opgaver, såsom at uddele Lyngehus Nyhedsbrev og Ældresagens foldere rundt i beboernes postkasser, er en opgave, som beboeren bestrider, herved fastholdes både det fysiske og mentale funktionsniveau.</p> <p>En tredje medarbejder beskriver, at beboeren generelt selv kan tage vare på sin pleje, og at der i gode perioder ikke er behov for den store indsats.</p> <p>En fjerde medarbejder beskriver, at beboeren ikke er meget for at modtage hjælp, medarbejderen er dog opmærksom på, at beboeren ikke altid er helt realistisk omkring sin formåen. Medarbejderen fortæller, at det kan tage tid at få skabt tillid og en god relation mellem beboer og medarbejder.</p>
--	--	--	--	---

Psykisk pleje og omsorg i henhold til Servicelovens §§ 83 samt kommunens kvalitetsstandarder

Mål 5				
Der foreligger en beskrivelse af den psykiske pleje og omsorg				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Den psykiske pleje og omsorg fremgår af dokumentationen. Eksempelvis beskrives det både i fokusområder og i døgnrytmeplan, hvilke initiativer der skal igangsættes, hvis beboeren bliver vred, ked af det eller frustreret.
Observation	x			Tilsynet observerer ingen risici, der ikke er taget hånd om.
Beboer	x			Alle beboere tilkendegiver, at de er trygge i hverdagen.
Medarbejder	x			Alle medarbejderne kan på en meget tilfredsstillende måde redegøre for den faglige indsats. En medarbejder fortæller, at beboeren får mange daglige og spontane samtaler med medarbejderen i løbet af dagen, da beboer hurtig kan blive vred og føle sig alene og overset. En anden medarbejder redegør for indsatser i forhold til den psykiske pleje og omsorg til en beboer, som har et vekslende alkoholindtag. En tredje medarbejder fortæller om den specielle psykiske pleje, der er i forhold til en beboer, som hurtigt bliver vred, når han bliver presset for hårdt.

Praktisk hjælp i henhold til Servicelovens § 83 og kommunens kvalitetsstandarder

Mål 6 Beboeren sikres hygiejnemæssig forsvarlig renholdelse af boligen og rekvisitter				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Hos de interviewede beboere er der ingen særlige udfordringer i forhold til hjælpen til praktisk støtte.
Observation	x			Den hygiejniske tilstand i boligen er meget tilfredsstillende. Alle boliger fremstår rengjorte og ryddelige. Tilsynet bemærker, at i forhold til en beboer, trænger kørestolen til en let rengøring.
Beboer	x			Alle beboere er tilfredse med rengøringen.
Medarbejder	x			Medarbejderne har fokus på beboernes eventuelle særlige behov i forhold til praktisk støtte og rengøring

Hverdagen på plejecentret

Mål 7 Beboeren har en god og tilfredsstillende hverdag				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Der er udarbejdet livshistorie i beboernes journaler.
Beboer	x			Beboerne føler sig godt tilpas på plejecentret. En beboer fremhæver accepten af, at hun ikke ønsker at være social og deltage i de fælles arrangementer, som en stor fordel. En anden beboer fremhæver, at medarbejderne er ganske særlige og er med til at gøre hverdagen på plejecentret dejlig. En tredje beboer er ligeledes utrolig tilfreds med sit liv på plejecenteret, og fremhæver sin bolig og det, at der er stor rummelighed og forståelse fra medarbejdernes side.
Medarbejder	x			Medarbejderne kan redegøre for handlinger, der medvirker til at sikre, at beboerne har en god hverdag. En medarbejder beskriver, at den gode dialog i hverdagen er vigtig for beboers trivsel. En anden medarbejder fortæller om anvendelsen af musik i plejen som en faktor, der skaber glæde for beboeren. En tredje medarbejder, fortæller om en stille og rolig tilgang, genkendelighed i hverdagen, medinddragelse, og at beboeren føler ejerskab, som faktorer der er vigtige for, at beboeren får en god og tilfredsstillende dag.

				Der er lavet aftaler og sat en ramme for beboeren, hvorledes medarbejdernes indsats leveres i beboers dårlige perioder. Dette er nødvendigvis ikke en tilgang, som beboer finder behagelig i situationen, men en måde at få beboeren videre i sin dårlige periode og tilbage til det liv, som beboer giver udtryk for, at han ønsker at leve.
--	--	--	--	---

Mål 8 Beboeren oplever respekt				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Observation (1)	x			Tilsynet observerer respektfuld kommunikation mellem beboere og medarbejdere. Tilsynet observerer, at kommunikationen er anerkendende og motiverende.
Observation (2)	x			Tilsynet observerer ingen risici, der ikke er taget hånd om.
Beboer	x			Beboerne giver alle udtryk for, at medarbejderne kommunikerer respektfuldt, og omgangstonen er imødekommende. Beboerne føler sig respekterede. En beboer glæder sig over, at medarbejderne er omsorgsfulde og altid har tid til en lille snak. En anden beboer fremhæver, at der aldrig bliver set skævt til eller løftet en pegefinger, hvis beboer ønsker at drikke alkohol.
Medarbejder	x			Medarbejderne kan beskrive handlinger, der medvirker til at sikre respekt for beboerne. Respekten sikres generelt ved at give beboerne valgmuligheder, medbestemmelse og ikke påtvinge til fællesskab.

Særlig fokusområde - medarbejderkompetencer

Styrket indsats vedrørende medarbejderkompetencer

Mål 9 At der arbejdes med kompetenceudvikling set i relation til den enkelte medarbejder				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation (1)	x			Der foreligger en kompetenceoversigt og principper for delegering af komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver
Dokumentation (2)	x			Tilsynet bemærker positivt, at plejecentret har relevant fokus på, at delegering af komplekse pleje- og sygeplejeopgaver skal være givet i forhold til den konkrete beboer, og kompetencen til medarbejderen bortfalder, når opgaven ikke længere skal udføres hos den konkrete beboer.

Dokumentation (3)	x			Der foreligger dokumentation for, hvornår der er sket opfølgning på de delegerede plejeopgaver/sygeplejeopgaver.
Observation (1)		x		Der observeres sammenhæng mellem delegering og de observerbare forhold i 3 medarbejders kompetenceoversigter. Hos 1 medarbejder er det ikke beskrevet, at der varetages pleje i forhold top-katheter.
Observation (2)	x			Der observeres overensstemmelse mellem plejeopgaverne/sygeplejeopgavens kompleksitet og de anvendte kompetencer.
Beboer	x			Alle beboere føler sig trygge i forhold til måden, hvorpå opgaven løses.
Medarbejder (1)	x			Medarbejderne har kendskab til kompetenceoversigt og principper for delegering.
Medarbejder (2)	x			Medarbejderne kan redegøre for den konkrete anvendelse og måde, hvorpå en opgave overdrages på. Der gives eksempler i forhold til inhalationsbehandling, medicindosering, påsætning af komprilanbind, smerteplaster, stomipleje, øjendrypning, BT-måling og kateterpleje. Selve oplæringen foregår ved, at sygeplejersken først giver en teoretisk gennemgang af opgaven, derefter bliver medarbejderen introduceret til opgaven ude hos beboeren, og efterfølgende finder en sidemandsoplæring sted. Medarbejderen får først opgaven delegeret efter at have udført den tre gange sammen med sygeplejerske.
Medarbejder (3)	x			Medarbejderne kan redegøre for den konkrete opfølgning på delegerede opgaver. Medarbejderne beskriver, at opfølgningen sker sammen med sygeplejersken og altid finder sted efter tre måneder.

3.1 Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer

Der er udarbejdet fem målepunkter for "Rundgang på plejecenteret".

Observationer på fællesarealer			
	Ja	Nej	Bemærkninger
Er der et aktivt miljø på fællesarealerne?	x		<p>Plejecenter har ansat en aktivitetsmedarbejder, som planlægger og koordinerer aktiviteterne på plejecentret.</p> <p>Der er fællesaktiviteter og en-til-en aktiviteter for beboerne.</p> <p>Tilsynet får oplyst, at der finder aktiviteter sted om dagen og om aftenen. I weekenden er der ofte frivillige, der hjælper til.</p> <p>Tilsynet får oplyst, at der er spil, gymnastik, sang, oplæsning og ture ud af huset som faste punkter på aktivitetsprogrammet. Desuden er der mange større eller mindre arrangementer, som nogle gange er planlagte og andre af lidt mere spontan karakter.</p> <p>Aktivitetsplanen bliver udarbejdet for hver måned, og samtidig bliver dagens aktiviteter skrevet på tavlen foran den fælles spisestue.</p> <p>Dagens program på tilsynsdagen er sang kl 10.00 og fælles kaffebord kl 14.00.</p> <p>Tilsynet observerer, at aktivitetsmedarbejderen opholder sig i fællesspisestuen og sikrer, at de beboere, som vælger at spise i stuen, får en hyggelig morgenstund. Der overværes fællessang om formiddagen, hvor mange af plejecentrets beboere deltager.</p> <p>Der ses stor aktivitet på fællesarealerne i stueniveau. Beboerne sidder rundt omkring i hyggelige små kroge og sludre eller ser fjernsyn.</p> <p>En beboer sidder godt tilrette i en krog med fødderne oppe og læser dagens avis.</p> <p>Tilsynet bemærker, at flere beboere benytter sig af at gå eller sidde i plejecentrets have.</p>
Er rengøringsstandarden tilfredsstillende?	x		Rengøringsstandarden på fællesarealer er meget tilfredsstillende.

Er der fællesskab og trivsel omkring måltidet	x		<p>Medarbejderne er bevidste om, at måltiderne skal serveres med udgangspunkt i beboernes forskellige behov og ressourcer. Medarbejderne motiverer beboerne til at spise i fællesspisestuen.</p> <p>Der er fokus på, at nogle beboere har behov for afskærmning eller spise i lidt mindre grupper.</p> <p>Tilsynet observerer pæn og hyggelig borddækning. Der tages individuelle hensyn til beboernes ønsker i forhold til bordplan. Medarbejderne sidder med ved bordene, i det omfang det er muligt.</p> <p>Der er trivsel og god stemning omkring måltidet.</p> <p>Tilsynet bemærker, at rigtig mange beboere bliver siddende og hygger sig sammen efter måltidet.</p>
Er kommunikationen respektfuld	x		<p>Tilsynet bemærker, at der er en meget imødekommende og positiv stemning overalt på plejecentret.</p> <p>Kommunikation mellem medarbejderne og beboerne er respektfuld.</p>
Bliver beboerne behandlet værdigt	x		<p>Beboerne behandles med værdighed.</p>

4 Tilsynets formål

Det overordnede formål med de uanmeldte tilsyn er at afdække, hvorvidt der er sammenhæng mellem de beskrevne og vedtagne rammer, og den praksis der udføres på stedet. Tilsynet skal bidrage til den løbende udvikling og kvalitetsforbedring af kontraktens rammer og indhold.

BDO KR's tilsynskoncepter for uanmeldte tilsyn har til formål at:

- Kontrollere og belyse samt bidrage til dokumentation for indsatsen og til systematisk kvalitets sikring og udvikling.
- Kontrollere og belyse, om der på plejecentrene er en god sammenhæng mellem de udmeldte rammer og den praksis, der findes på det enkelte plejecenter.
- Kontrollere, om der på det enkelte plejecenter udføres forsvarligt pleje og omsorgsopgaver i forhold til målgruppen, og at gældende lovregler, kvalitetsstandarder, serviceniveau og administrative retningslinjer efterleves.
- Understøtter en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for beboerne gennem en anerkendende, dialogbaseret og læringsorienteret tilgang til medarbejdere og ledelse.
- Skabe grundlag for refleksion over egen praksis hos både medarbejdere og ledelse.
- Afdækker styrker og forbedringsmuligheder i plejecenterets måde at håndtere opgaverne på, og identificere potentielle udviklingsmuligheder.

4.1 Indhold og metode

I BDO's tilsynskoncept for uanmeldte tilsyn på plejecentre i Allerød Kommune er der udarbejdet 9 mål, som tager udgangspunkt i Allerød Kommunes visioner, kvalitetsstandarder, ydelseskatalog og retningslinjer.

I det uanmeldte tilsyn på plejecentre har BDO KR udviklet målepunkter og indikatorer på forskellige områder. Der er ligeledes udarbejdet et målepunkt som omhandler observation af fællesarealer.

Allerød kommune har valgt, at der i forhold til medarbejderne skal indgå mål vedr. medarbejderkompetencer.

Der indsamles data ud fra fire forskellige datakilder, hhv. faglig dokumentation, observation, interview med beboeren og interview med en relevant medarbejder. Samlet set giver den metodiske tilgang en dybtgående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten af de ydelser, som beboerne modtager på plejecenteret.

Følgende punkter indgår i tilsynskonceptet:

Omsorgs- og plejemæssige praksis	Organisatoriske og personale-mæssige forhold	Øvrige
Det skriftlige grundlag for ydelsen Personlig pleje Sundhedsfremme og forebyggelse Aktivitet og træning Psykisk pleje og omsorg Praktisk hjælp Hverdag på plejecenteret, herunder trivsel	Medarbejder kompetencer	Observationer på fællesarealer

4.2 Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer

Der er udarbejdet fem målepunkter for "rundgang på plejecentret".

I forbindelse med rundgang på plejecenteret har tilsynsførende fokus på, om beboerne deltager i aktiviteter og/eller underholdning individuelt eller i grupper. Desuden observerer tilsynsførende omgangsformen, herunder om der er dialog mellem beboere og medarbejdere, beboere imellem, samt mellem medarbejderne.

4.3 Vurderingsskala

Tilsynet arbejder ud fra følgende vurderingsskala:

Vurderingen *Godkendt* er kendetegnet ved gode og tilfredsstillende forhold, som kan give anledning til at påpege udviklingspunkter i form af bemærkninger eller anbefalinger. Disse bemærkninger eller anbefalinger angiver, hvordan stedet kan arbejde videre med yderligere kvalitetsforbedringer.

Vurderingen *Godkendt med mangler* er kendetegnet ved gode og jævne forhold og med mangler på enkelte områder. Denne vurdering giver anledning til anbefalinger om, hvilke områder der skal arbejdes med for at rette op på de pågældende forhold.

Vurderingen *Alvorlige fejl og mangler* er kendetegnet ved, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere beboere fx omsorgssvigt eller ubegrundet brug af magt. Vurderingen giver anbefaling om, at kommunen straks iværksætter tiltag for at afhjælpe og forbedre forholdene, samt foretager et op følgende tilsyn efter en nærmere aftalt periode.

5 Yderligere oplysninger

Yderligere oplysninger fås ved henvendelse til:

HELEN HILARIO JØNSSON

Director

Mobil: +45 24 29 50 79

hej@bdo.dk

BDO Kommunernes Revision

Godkendt revisionsaktieselskab

Havneholmen 29

DK-1561 København V

Mobil: 45 33 12 65 45

www.bdo.dk

Bilag: 5.12. Handleplan efter BDO tilsyn 2015 på Lyngehus plejecenter.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 383/16

Handleplan for Lyngehus som opfølgning på BDO tilsyn 2015

Område	Tilsynets bemærkninger	Anbefaling	Handleplan
Delegation af sygeplejeopgaver	I en konkret medarbejders kompetenceoversigt mangler beskrivelse af instruktion i en konkret delegeret opgave.	Tilsynet anbefaler, at plejecentret fortsætter de målrettede initiativer i forhold til delegering af sygeplejeopgaver/plejeopgaver, således at det altid sikres, at der sker korrekt dokumentation og instruktion af medarbejderne.	Lyngehus fortsætter de målrettede initiativer for i forhold til delegering. Vi sikrer kontinuerlig opfølgning på at alle har de fornødne kompetencer til de handlinger de skal udføre.

Bilag: 6.1. Vision for fælles sundhedshuse Region Hovedstaden 2014.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 91243/15

21. februar 2014

Vision for Fælles Sundhedshuse

Indledning

Hovedstadsregionen skal være på forkant med at udvikle fremtidens sundhedsvæsen med borgeren og patienten i centrum og med fokus på kvalitet og sammenhængende forløb for borger og patient. Innovation og samarbejde på tværs af sektorer er essentielt for at vi lykkes med den dagsorden. På tværs af sektorer kræver det mod til at afprøve nye løsninger og udfordre de eksisterende strukturer. Vi vil sætte dagsordenen for udvikling af nye tværsektorielle tilbud, uafhængig af de nuværende organisatoriske rammer.

Dette er en Vision for Fælles Sundhedshuse i Region Hovedstaden. Målet er at virkeliggøre visionen. I første omgang som et modelprojekt i Helsingør og høste erfaringer til eventuelle kommende fælles sundhedshuse i Region Hovedstaden.

Det er visionen, at fælles sundhedshuse skal sikre bedre udnyttelse af ressourcerne, give større fleksibilitet i opgavevaretagelsen og dermed opnå mere sundhed for pengene. Visionen om fælles sundhedshuse tager afsæt i borgerens og patientens behov, faglig kvalitet og lavest mulige effektive omkostningsniveau.

Fælles sundhedshuse skal sætte rammen om fremtidens tilbud til borgere og patienter udenfor hospitalet. Det skal være attraktivt for borgerne, og borgere og patienter skal føle sig inddraget i et koordineret, informeret og effektivt behandlingsforløb.

Fælles sundhedshuse skal integrere og koble kommunale sundheds-, forebyggelses- og rehabiliteringstilbud med behandlingstilbud på hospitaler og i almen praksis, indenfor rammer der understøtter samarbejde om og med borgeren og patienten. Fælles sundhedshuse skal inspirere til samarbejde eller nye partnerskaber mellem de omkringliggende kommuner om at skabe attraktive tilbud for borgerne i området.

Fælles sundhedshuse skal understøtte nytænkning og en anderledes indsats overfor patienter og borgere, der animerer til at tage ansvar for egen sundhed. Fælles sundhedshuse skal være fleksible, så de kan rumme fremtidig udvikling og forandringer på sundhedsområdet.

I Danmark dækker begrebet sundhedshus i dag over meget forskelligt indhold. Denne vision tager afsæt i erfaringer, der er gjort med sundhedshuse andre steder og i rapporten "Nære Akut- og Sundhedstilbud", der blev udarbejdet mellem region og kommuner i planområde nord i 2011.

Udvikling på sundhedsområdet

Sundhedsområdet er i en løbende forandringsproces hvor nye behandlingstilbud kontinuerligt udvikles og ændres. Nye behandlingstilbud kalder på forandring af de måder, vi løser opgaverne på, og medfører en stadig tilpasning af, hvornår der er behov for en hospitalsindsats, og hvornår en sundhedsindsats bedst løses i almen praksis eller i kommunen.

Samtidig får vi flere og flere ældre, der lever længere. Det betyder også, at vi får flere borgere, der lever med en eller flere kroniske sygdomme. Den demografiske udvikling har medført et stadigt stigende fokus på sammenhængende forløb, og på hvordan der skabes bedst mulig sammenhæng mellem de indsatser, der leveres på hospitalerne og i det nære sundhedsvæsen. I den forbindelse er der behov for at udvikle og etablere nye tilbud og samarbejdsmodeller for at kunne håndtere det øgede antal borgere, der har behov for sundhedsydelser og den øgede kompleksitet, som en række af borgernes sygdomsforløb er præget af.

Gevinster ved fælles sundhedshuse

Livskvalitet og let adgang til sundhedstilbud

Fælles sundhedshuse skal understøtte borgerne i at tage ansvar for eget helbred ved at styrke borgerens evne til at mestre egen sygdom og fokusere på sundhed frem for sygdom.

For nogle borgere er det forbundet med tryghed at have relevante sundhedstilbud, hvortil der er let adgang. For andre borgere har det betydning, at der er én entydig indgang, så de ved hvor de skal henvende sig. Ved at samle kommunale og regionale sundhedstilbud i fælles sundhedshuse vil mange borgere kunne få dækket behov for sundhedsydelser på samme matrikel.

Lighed i sundhed

Fælles sundhedshuse skal danne rammen om fremtidens måde at designe sundhedstilbud til de patienter og borgere, der er vanskelige at favne i de traditionelle tilbud. For eksempel gennem opsøgende arbejde, forløbskoordinatorer for den socialt udsatte eller sårbare patient, gennem design af mindre autoritative fysiske rammer eller lignende.

Fælles sundhedshuse vil give optimale rammer for samarbejde på tværs mellem forskellige fagligheder med forskellige kompetencer for at imødekomme denne målgruppes behov.

I forhold til udsatte borgere og sårbare patienter er det dels en udfordring for sundhedsvæsenet at tilrettelægge tilbud der matcher særlige behov, såvel som det er en udfordring at motivere dem til at tage imod relevante tilbud. Samtidig viser undersø-

gelses, at ulighed i sundhed på flere områder er en stigende udfordring¹. Der er bred enighed om, at der er behov for at udvikle og finde nye måder at tilbyde differentierede sundhedsydelse på.

Sammenhængende forløb

Borgerne skal opleve fælles sundhedshuse som sømløse. Fælles sundhedshuse skal fysisk understøtte, at kommuner, hospitaler og almen praksis arbejder bedre og tættere sammen om at give borgerne de bedst mulige sammenhængende forløb, når de modtager sundhedsydelser i forskellige sektorer.

En af de store udfordringer for sundhedsvæsenet er at sikre sammenhæng mellem indsatsene som helhed og for den enkelte borger, uanset om indsatsen er forankret kommunalt eller regionalt. En stor gruppe borgere og patienter modtager sundhedsydelser fra både hospital, almen praksis og kommune og har et særligt behov for, at samarbejdet fungerer på tværs af sektorer og faggrupper. Det er eksempelvis ældre sårbare medicinske patienter, borgere med kronisk sygdom, herunder særligt multisyge (personer med flere samtidige kroniske tilstande), børn og svangre mm.

Tidlig opsporing

Fælles sundhedshuse skal være platform for udvikling af samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme for at undgå, at borgere bliver patienter.

Hvis det skal lykkes, er der behov for at styrke tidlig opsporing af borgere, der er i risiko for at udvikle kronisk sygdom eller anden sygdom. På den måde kan vi forsinke eller direkte forebygge udvikling af sygdom. Ved at samle en række forebyggelses- og sundhedstilbud i fælles sundhedshuse, øges mulighederne for at arbejde proaktivt og nyskabende med at forebygge og opspore symptomer på sygdom.

Endelig er der i forhold til tidlig opsporing potentiale i, at medarbejdere fra flere sektorer, der eksempelvis arbejder med gravide, børn og familier, misbrugere, borgere med kroniske sygdomme og psykisk syge får let adgang til at samarbejde.

Fælles Sundhedshuse – hvordan?

Nye samarbejdsformer

For at løfte de udfordringer det samlede sundhedsvæsen står over for, er det nødvendigt at udvikle nye måder at skabe sammenhæng på.

Fælles sundhedshuse skal skabe nye rammer for videndeling og kompetenceudvikling på tværs af faggrupper og organisationer. Det skal skabe bedre koordinering, samarbejde og sømløse overgange og samlet set højne kvaliteten af sundhedstilbuddene.

¹ Ulighed i sundhed- årsager og indsatser; Sundhedsstyrelsen og Københavns Universitet, 2011.
http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2011/SURA/Ulighed_i_sundhed/UlighedSundhedAarsagerIndsatser.pdf

I dag betyder arbejdsdelingen mellem sektorerne, at der på nogle områder gives tilbud, der er overlappende, eller som ligner hinanden. Ved at samle denne type opgaver i fælles sundhedshuse skabes større fleksibilitet og smidighed i opgaveløsningen og færre overlap mellem indsatserne. Ligesom kendskab til vilkår og arbejdsgange i de øvrige sektorer forbedres, og der er mulighed for at skabe forståelse på tværs af organisationer, kulturer og fagligheder.

Samtidig skal mulighederne for at arbejde sammen på nye måder afprøves. Eksempler på nye samarbejdsformer kan være fælles ledelse, fælles personale, fælles budgetter, fælles opgaveløsning og fælles mål.

Opgaveløsning og arbejdsdeling

Det er visionen, at fælles sundhedshuse skal sikre bedre udnyttelse af ressourcerne, give større fleksibilitet i opgavevaretagelsen og dermed opnå mere sundhed for pengene. I Sundhedsaftalen mellem Region Hovedstaden og kommunerne er det en politisk målsætning at sundhedstilbud til patienterne gives på lavest mulige effektive omkostningsniveau (LEON-princippet).

Sundhedslovens opgavedeling mellem region og kommune og udviklingen af hospitalernes behandlingsformer med accelererede forløb, hurtigere udskrivninger og mere ambulante behandling betyder, at der i stigende grad laves aftaler mellem region og kommuner om overdragelse af opgaver.

En af udfordringerne ved accelererede behandlingsforløb er, at kommunerne i højere grad end tidligere får borgere hjem, der er færdigbehandlede på hospitalet, men som fortsat har komplekse problemstillinger. Det stiller krav til de sygeplejefaglige kompetencer i kommunerne og adgang til lægefaglig rådgivning. Fælles sundhedshuse rykker behandlingen tættere på borgerne og kan lette kommunernes adgang til lægefaglig rådgivning.

Aktører i et fælles sundhedshus

Visionen for fælles sundhedshuse er, at der skal være plads til mange forskellige aktører og funktioner.

I og med et fælles sundhedshus skal være for alle borgere i området, skal der også være tilbud, der er attraktive for borgere i andre kommuner end den kommune, som sundhedshuset er placeret i. Derfor skal fælles sundhedshuse invitere til nye partnerskaber mellem kommunerne. Det kunne eksempelvis være fælles tilbud, virtuelle konferencer mellem læger og kommunale sygeplejersker eller personale på kommunale akutpladser.

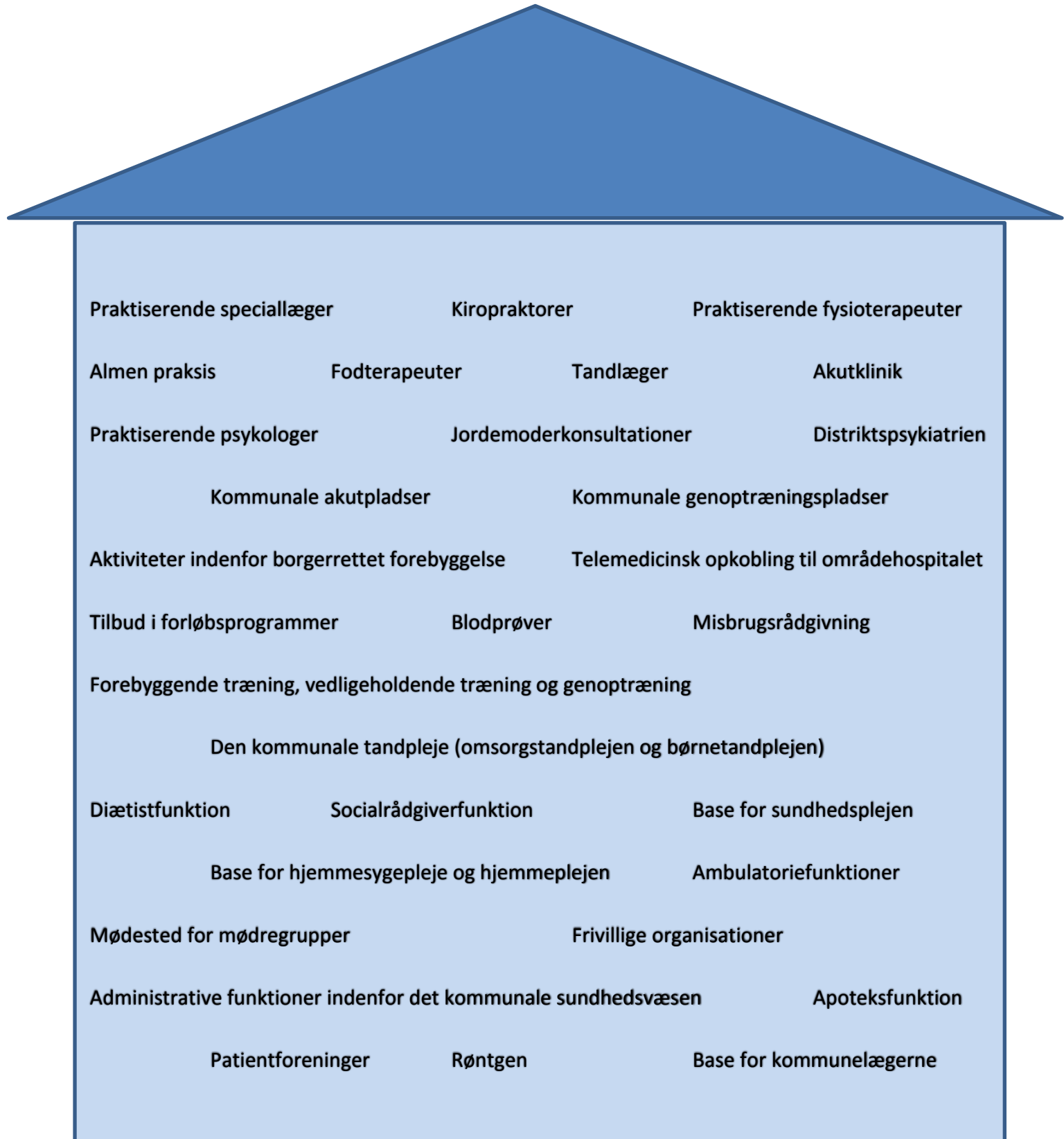
For så vidt angår de alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger, er det visionen at skabe et tæt og frugtbart samarbejde med lægepraksis i lokalområdet, dog uden at alle praktiserende læger nødvendigvis skal have konsultation i fælles sundhedshuse. Men almen praksis er essentiel for at kunne opfylde visionen om det

sammenhængende patientforløb og inviteres derfor til at indgå i det videre forløb omkring udformning af fælles sundhedshuse.

Erfaringer viser, at netværk i nærmiljøet kan være med til at understøtte nye livsformer. Derfor skal fælles sundhedshuse med de fysiske rammer understøtte nye netværk og aktiviteter og tilbud fra frivillige foreninger og civilsamfundet.

Med fælles sundhedshuse skabes helt nye rammer for sammenhængende sundheds-tilbud på tværs af sektorer. Det skal styrkes gennem samarbejde med uddannelses- og forskningsinstitutioner for derigennem at understøtte, at der kontinuerligt udvikles og skabe evidens på området.

Illustration af potentielt indhold i et fælles sundhedshus



**Bilag: 6.2. Udkast til regionsdækkende vision for fælles sundhedshuse dec
2015.pdf**

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 1100/16

Regionsdækkende vision for fælles sundhedshuse

Hovedstadsregionen skal være på forkant med at udvikle fremtidens sundhedsvæsen med borgeren¹ i centrum og med fokus på kvalitet og sammenhængende forløb. Vi har et fælles ønske om et stærkt nært sundhedsvæsen, som kan supplere indsatsen på hospitalerne.

Innovation og samarbejde på tværs af sektorer er essentielt for, at vi lykkes med den dagsorden. Derfor skal kommuner, region og almen praksis i fælleskab turde udfordre de eksisterende organisatoriske strukturer. Vi ønsker at være sammen om sundhed og udvikle vores samarbejde, herunder i sundhedshuse til gavn for vores borgere.

Dette er en regionsdækkende vision for modeller for fælles sundhedshuse i Region Hovedstaden. Formålet med visionen er at inspirere kommuner, region og praksis til at videreudvikle det nære sundhedsvæsen i fælleskab. Visionen skal danne ramme for en efterfølgende lokal opfølgning mellem de involverede parter om eventuel etablering af fælles sundhedshuse, hvor parterne vurderer, at det vil give en fælles synergieffekt.

Visionen om fælles sundhedshuse tager afsæt i borgerens ressourcer og behov, høj faglig kvalitet og lavest mulige effektive omkostningsniveau. På den måde understøtter visionen den fælles sundhedsaftale for 2015-2018.

Det er visionen, at fælles sundhedshuse bidrager til:

- *et stærkt og nært sundhedsvæsen, som medvirker til at borgerne oplever høj kvalitet og øget sammenhæng i indsatsen.*
- *bedre udnyttelse af ressourcerne, og en større fleksibilitet i opgavevaretagelsen på tværs af sektorer.*
- *let og lige adgang til praktiserende læger og hospitalsydelser, hvor det er en udfordring.*

¹ Med "borger" forstås både borgere, patienter og deres netværk

Fælles værdier når vi indgår i fælles sundhedshuse

Vi har en fælles værdi om, at have **borgeren i centrum**. Det vil sige, at borgeren skal ses som aktiv samarbejdspart, borgerens egen vurdering skal indgå i behandlingen, og brugerstyret behandling skal være et naturligt element i fælles sundhedshuse.

Vi har en fælles værdi om **lighed i sundhed**. Der kan være problemstillinger i områder med mange sårbare borgere, som kalder på særlige løsninger. Det skal vi have med, når vi planlægger fælles sundhedshuse.

Vi har en fælles værdi om **tilgængelighed**. Det vil sige, at der skal tænkes tilgængelighed ind i et fælles sundhedshus fra start. Der er her tale om en bred definition af tilgængelighed – ikke kun fysisk tilgængelighed – men også elektronisk og telefonisk tilgængelighed. Tilgængelighed starter før borgeren træder ind over dørtrinnet i et hus. Fysisk tilgængelighed skal ikke blot tilgodese kørestolsbrugere og gangbesværede, men også arm- og håndhæmmede, synshæmmede, hørehæmmede, astmatikere og allergikere, udviklingshæmmede og personer med læsevanskeligheder mv.

Hvad er sundhedshuse og hvad er fælles sundhedshuse

Der er efterhånden mange forskellige sundhedshuse både i hovedstadsregionen og i resten af Danmark, og der er ikke en entydig definition af, hvad et sundhedshus skal indeholde. Variationerne går på:

- antallet af aktører repræsenteret i huset
- hvilke tilbud huset indeholder
- hvilke borger- og patientgrupper, tilbuddene i huset er målrettet til
- hvordan sundhedshuset er organiseret, og
- i hvilken grad ledelse, økonomi og drift er integreret på tværs af sektorer.

I Region Nordjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland er sundhedshuse typisk etableret for at sikre lægedækning og hospitalsydelser i yderområder.

I Region Midtjylland er sundhedshuse etableret med en målsætning om at arbejde hen mod et sammenhængende og integreret sundhedsvæsenet og sikre borgeren én indgang til kommunale og regionale sundhedsydelser.

Region Hovedstaden har høj befolkningstæthed, generelt god lægedækning og korte afstande til hospitaler. Det har betydet, at afstande ikke i samme

grad har været katalysator for etablering af sundhedshuse, hvor både region, kommune og almen praksis er til stede.

Mange kommuner i Region Hovedstaden har imidlertid etableret sundhedshuse eller sundhedscentre, der samler kommunernes forebyggelses- og træningstilbud samt i nogle tilfælde også rehabiliterings-, aflastnings- og akutpladser. I enkelte sundhedshuse er der også andre aktører, som eksempelvis praksispersonale, jordemødre og frivillige foreninger.

Forskellige behov og muligheder i hovedstadsregionen

I Region Hovedstaden præger forskellige behov både planområderne og kommunerne. I nogle områder får borgerne længere til hospitalet, når den nye sygehusstruktur slår igennem, i nogle områder er der udfordringer med lægedækning, i nogle områder er tætheden af sårbare grupper af borgere stor osv. Disse forhold kan være markører for behov for at tænke sundhedstilbud anderledes, eksempelvis ved at koble kommunale sundheds-, forebyggelses- og rehabiliteringstilbud med behandlingstilbud fra hospitalerne og almen praksis.

Når vi sammen udvikler det nære sundhedsvæsen og har en vision om, hvordan fælles sundhedshuse kan spille ind, betyder det ikke nødvendigvis, at der skal bygges nyt. Eksisterende sundhedshuse eller andre steder hvor borgerne mødes, kan med fordel anvendes og videreudvikles for at sikre integrerede og kvalificerede tilbud til borgerne i nærmiljøet. En mulighed er også, at flere kommuner går sammen om et fælles sundhedshus eller om specifikke indsatser i dem. Forskellige praksisydere kan inddrages i højere grad, og regionale funktioner kan tilknyttes eksempelvis i udgående funktioner.

Den regionsdækkende vision rummer forskellige modeller for fælles sundhedshuse afhængig af lokale behov og muligheder. Modellerne skal være fleksible, så de kan rumme fremtidig udvikling og er rustet til forandringer på sundhedsområdet.

Hvis vi sammen etablerer nye fælles sundhedshuse eller udbygger eksisterende, skal det være fordi, vi vil noget *sammen* og fordi vi tror på, at vi kan løse *fælles udfordringer*.

Inspirationskatalog

Modeller for fælles sundhedshuse

I kataloget er der skitseret en række forskellige modeller for fælles sundhedshuse.

Kataloget kan anvendes til inspiration for lokale drøftelser om eventuel etablering af fælles sundhedshuse eller som elementer, der kan bruges i udvikling af andre tværsektorielle projekter med nye samarbejdsformer.

Kataloget er ikke udtømmende, og der er intet til hinder for at udvikle, kombinere eller plukke fra modellerne, eller at arbejde med andre modeller end dem, der er beskrevet.

Det fælles sundhedshuse med mange tilbud under ét tag

Formålet med sundhedshuset med mange tilbud under ét tag er at skabe én entydig og let adgang til mange sundhedstilbud for borgerne og udvikle mere sammenhængende, fleksible og effektive behandlingsforløb.

I denne model af et sundhedshus samles mange regionale og kommunale tilbud, som f.eks. genoptræning, rådgivning, patient-skoler, tilbud til kronikere ambulante undersøgelser, akutsygepleje og rehabiliteringspladser under ét tag. Der er også plads til praksislæger og speciallæger, ligesom patientforeninger og frivillige kan være i huset.

De regionale og kommunale tilbud er samlet i én organisation med én fælles ledelse, hvilket er en løftestang for et tæt samarbejde på tværs af faggrupper og sektorer. Der skabes et fælles afsæt for udvikling af f.eks. kvalitet, kommunikation og telemedicin.

Det fælles hus giver personalet mulighed for at dele viden, lokaler og faciliteter. Placering af regionale og kommunale funktioner under ét tag, giver mulighed også mulighed for at udvikle fælles forløb og hermed danne en fælles sømløs kultur med fælles mål hos personalet.

En forudsætning for, at der kan placeres forskellige regionale funktioner i et fælles sundhedshus, er at borgergrundlaget for tilbud i huset er tilstrækkeligt stort.

Fælles sundhedshuse med mange tilbud

Rundt omkring i Danmark er der etableret flere store sundhedshuse hvor både region, kommune og almen praksis er til stede.

Variationerne går på om husene fungerer som bo-fællesskaber og i hvor høj grad sundhedshusene rummer fælles ledelse og fælles opgaveløsning.

Eksempler på sundhedshuse med ambitioner om fælles ledelse og opgaveløsning er Sundhedshuset i Holstebro og Sundhedshuset i Helsingør.

Se mere på:
[links]



Billede: Det kommende sundhedshus i Holstebro

Det fleksible sundhedshus

Det fleksible sundhedshus bygger videre på nye eller eksisterende sundhedshuse, eller andre steder, hvor borgerne alligevel mødes.

I det fleksible sundhedshus arbejder kommune, region, almen praksis, andre praksisydere og frivillige organisationer (eller nogle af de nævnte aktører) sammen om borgerens forløb, men ikke nødvendigvis med fælles ledelse.

I områder med mangel på praktiserende læger kan et fleksibelt sundhedshus være attraktivt for almen praksis og andre praksisydere. Kommunerne kan i denne model påvirke lægesituationen ved at tilbyde egnede lokaler for almen praksis og andre praksisydere i sundhedshuset. Lokaler skal være egnede, både i forhold til tilgængelighed og økonomi, med plads til at flere læger kan have et fagligt fællesskab. Målet er ikke blot en fælles adresse. Målet er at skabe synergi på en måde, som giver mening for både borger, kommune og praktiserende læger. Der kan eksempelvis laves aftaler om frikøb af noget af lægernes tid, så kommunen og lægen kan indgå et udvidet samarbejde.

I det fleksible sundhedshus er det også muligt at tilknytte funktioner fra hospitalet. Ikke nødvendigvis fast på matriklen, men der kan eksempelvis arbejdes med mobil blodprøvetagning, telemedicinsk kontakt til hospitalet og almen praksis, så det er muligt at gennemføre ambulante kontroller via digitale løsninger.

Sundhedshuset kan evt. etableres i tilgængelige lokaler i nærmiljøet, f.eks. biblioteker eller lignende hvor borgerne i forvejen kommer. Sundhedshuset kan have åbent dagligt, eller på nærmere fastsatte tider, afhængig af de lokale behov.

Et sundhedshus for kronikere

Borgere med kronisk sygdom har behov for løbende kontrol af deres sygdomsudvikling. I et sundhedshus med fokus på kronisk sygdom kan almen praksis, region og kommuner samarbejde om kontroller, der kan håndteres lokalt.

Kronikerhuset kan rumme eksempelvis forløbsprogrammer, patientskoler, tilbud om rygestop, ernæringsvejledning og træningstilbud, rådgivning og vejledning til borgere med kronisk sygdom.

Derudover kan nogle af tankerne omkring det fleksible sundhedshus indarbejdes, herunder digitale løsninger, samlokation eller udgående funktioner fra hospitalet.

Dette sundhedshus minder i praksis om (dele af) de eksisterende kommunale sundhedshuse, blot med udvidet lægelig backup.

Se mere på:

[link]

[Billede]

Det lighedsbetingede fælles sundhedshus

Let og lige adgang er et grundlæggende princip i det danske sundhedsvæsen. Alligevel er der borgere, som ikke bliver tilbudt de indsatser, de har behov for. Og borgere som har svært ved at tage imod indsatserne, hvilket betyder, at de ikke får det optimale udbytte af behandlingen.

Sundhedshuse i områder eller lokalområder, hvor ulighed i sundhed er et udtalt problem, kan give mulighed for et særligt fokus på at øge ligheden.

En konkret udfordring er, at nogle borgere ikke bevæger sig ret langt og derfor af forskellige årsager har svært ved at møde op til tjek og kontroller på hospitalerne. Her kan ambulatorierne have en udgående rolle. F.eks. ved at ambulatorierne hver 14. dag kommer ud i sundhedshuset (eller andre steder i kommunen) og tilser borgere, som erfaringsmæssigt ikke møder op til kontroller og lignende på hospitalet. En anden mulighed er kontakt mellem borger og hospital gennem digitale og telemedicinske løsninger.

I nogle områder af hovedstadsregionen er borgernes adgang til læger dårligere end andre steder i regionen. Oftest er det på grund af mangel på praktiserende læger. Her kan kommuner, region og praksissektoren skabe attraktive fælles rammer for lægebetjeningen, som kan tiltrække læger. Eksempelvis ved at sikre faglig backup fra kommunernes social- og beskæftigelsesforvaltninger.

Fælles sundhedshuse i udsatte områder

Eksempel fra Nordjylland

Region Nordjylland, Aalborg Kommune og Himmerland Boligforening har etableret et Sundheds- og Kvartershus i et udsat boligområde.

Sundheds- og Kvartershuset er et 7.500 m² stort multi-hus, som rummer en række forskellige funktioner.

I huset findes der en bred vifte af sundhedstilbud, herunder praktiserende læger, hudlæger, fysioterapi, fitness, diverse kommunale sundhedstilbud mv. Derudover er der bl.a. cafe, et boligsocialt projekt 9220, nærpoliti.

Se mere på:

<http://sk.abhim.dk/Om-Sundheds-og-Kvartershuset>



Et fælles sundhedshus for børn, unge og børnefamilier

Overvægt hos børn og unge er stigende. Langt over halvdelen af de borgere, der er overvægtige som børn, bliver også overvægtige som voksne. Overvægt giver øget risiko for at udvikle sygdomme som eksempelvis type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme og kræft samt psykiske problemer. Børn med overvægt har ofte lavere selvværd og er ekstra udsatte for mobning og stigmatisering.

Et sundhedshus for børn og unge kan fremme og fastholde sundhed og trivsel blandt børn og unge og skabe optimale rammer for et sundt miljø. Desuden kan det tilbyde indsatser, der motiverer til, og gør det lettere for børn og unge og deres forældre at træffe det sunde valg.

Et sundhedshus for børn, unge og børnefamilier skal være tværfagligt sammensat med kompetencer fra f.eks. sundhedsplejerske, daginstitutioner, PPR, skoler og fritidstilbud, den kommunale tandpleje, børnelæge, psykologer og jordemødre.

Et sundhedshus for børn, unge og børnefamilier kan både tilbyde behandling og rådgivning, foredrag, kurser, leg og arrangementer, der fremmer brugernes sundhed, udvikling og netværk.

Kontinuitet for nybagte familier

Et eksempel på, at et sundhedshus skaber synergi mellem flere funktioner for børn og familier er sundhedscenteret i Ishøj Kommune. Her har sundhedsplejerskerne deres gang, ligesom at der kommer jordemødre fra Hvidovre Hospital 2-3 gange om ugen.

Mødrene kommer i huset fra starten af deres graviditet og fortsætter efter fødslen i blandede mødregrupper, hvor sundhedsplejerskerne sikrer et fagligt indhold. Mødregrupperne mødes i det kommunale sundhedscenter, lige ved siden af jordemødrenes lokaler, i stedet for at mødrene selv skal invitere hjem.

Det har betydet, at mødre med forskellige etniske baggrunde og mødre med kortere uddannelser i højere grad holder fast i mødregrupperne. Samtidig har det sikret et større kendskab mellem sundhedsplejersker og jordemødre med en stor betydning for den tidlige indsats for især sårbare familier.

Se mere på
<http://planportal.ishoj.dk/efter-fodslens>

Et fælles sundhedshuset for psykiatri

Borgere med psykisk sårbarhed eller lidelse har over en længere periode oftest varierende behov for støtte fra kommunale tilbud og/eller kontakt til behandlingsenheder.

For den enkelte borger og dennes pårørende kan det være svært at navigere rundt i systemerne. Integration af den psykiatriske behandling og sociale indsats kan derfor være mål for etablering af fælles psykiatrive for at skabe bedre sammenhæng i indsatsen for borgerne.

Ligeledes er der erfaring for, at integration af regionale og kommunale indsatser bl.a. kan nedbringe genindlæggelser, øget borgernes tilknytning til behandlingen og øge tilfredsheden med behandlingen samt medvirke til at de pårørende belastes mindre.

I fælles psykiatrive kan der eksempelvis lægges funktioner som bostøtte, fremskudt sagsbehandling, aktivitets- og samværstilbud, ambulans psykiatri, fælles akutfunktioner, peer-to-peer, uddannelse, cafe og tilbud fra frivillige foreninger.

Psykiatriens hus

Københavns Kommune og Region Hovedstaden har besluttet at etablere et fælles "Psykiatriens hus" med samlokalisering, samfinansiering, fælles ledelse og personale fra både region og kommune efter inspiration fra bl.a. psykiatriens hus i Silkeborg.

Denne konstruktion kan også tænkes anvendt andre steder i Region Hovedstaden, hvor der eksempelvis gennem tværkommunalt samarbejde opstår det fornødne befolkningsgrundlag.

For mere information om psykiatrive se:
www.xxx.dk og
<http://psykiatrienshus.silkeborgkommune.dk/>



Fælles psykiatrive – visionskatalog fra Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri

Skal I etablere et fælles sundhedshus?

Overvejelser i forbindelse med etablering af et sundhedshus.

Hvad skal sundhedshuset løse?

Det er afgørende, at man inden etableringen af et sundhedshus overvejer, hvilke udfordringer eller problemstillinger, sundhedshuset skal løse. Det er ligeledes vigtigt at overveje, om der er behov for en business case.

Væsentlige parter skal inviteres med fra starten

De parter der skal være med til at løse udfordringer eller problemstillinger, skal fra begyndelsen inviteres til at deltage i planlægningen. Det kan være afgørende for, om sundhedshuset bliver en succes om f.eks. praksissektoren, de kommende brugere af sundhedshuset og frivillige har været involveret i processen.

Funktioner i sundhedshuset

Hvilke funktioner der skal være i sundhedshuset vil afhænge af, hvilke behov og muligheder, der er lokalt. Inden for sundhedsområdet kan det være funktioner inden for forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering. Men det kan også være funktioner, der rækker ind i andre kommunale forvaltninger, patientforeninger, idrætsforeninger, apoteksudsalg mm.

Grundlæggende skal opgaveløsningen omkring fælles borgere altid være styrende for, hvilken samarbejdsmodel der vælges, herunder hvor stor integration, der er behov for.

Er forudsætningerne til stede?

Det kræver politisk vilje fra alle parter, hvis der skal afprøves nye løsninger og de eksisterende organisatoriske strukturer skal udfordres. Elementer som fælles mål og fælles ledelse kan være væsentlige for succes. Borgergrundlag, befolkningssammensætning, tilgængelighed og den samlede hospitalsplan er andre væsentlige elementer i at sikre, at funktioner og tilbud i fælles sundhedshuse er af god faglig kvalitet og understøtter hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

Bilag: 7.1. Ventetid på plejebolig 2015

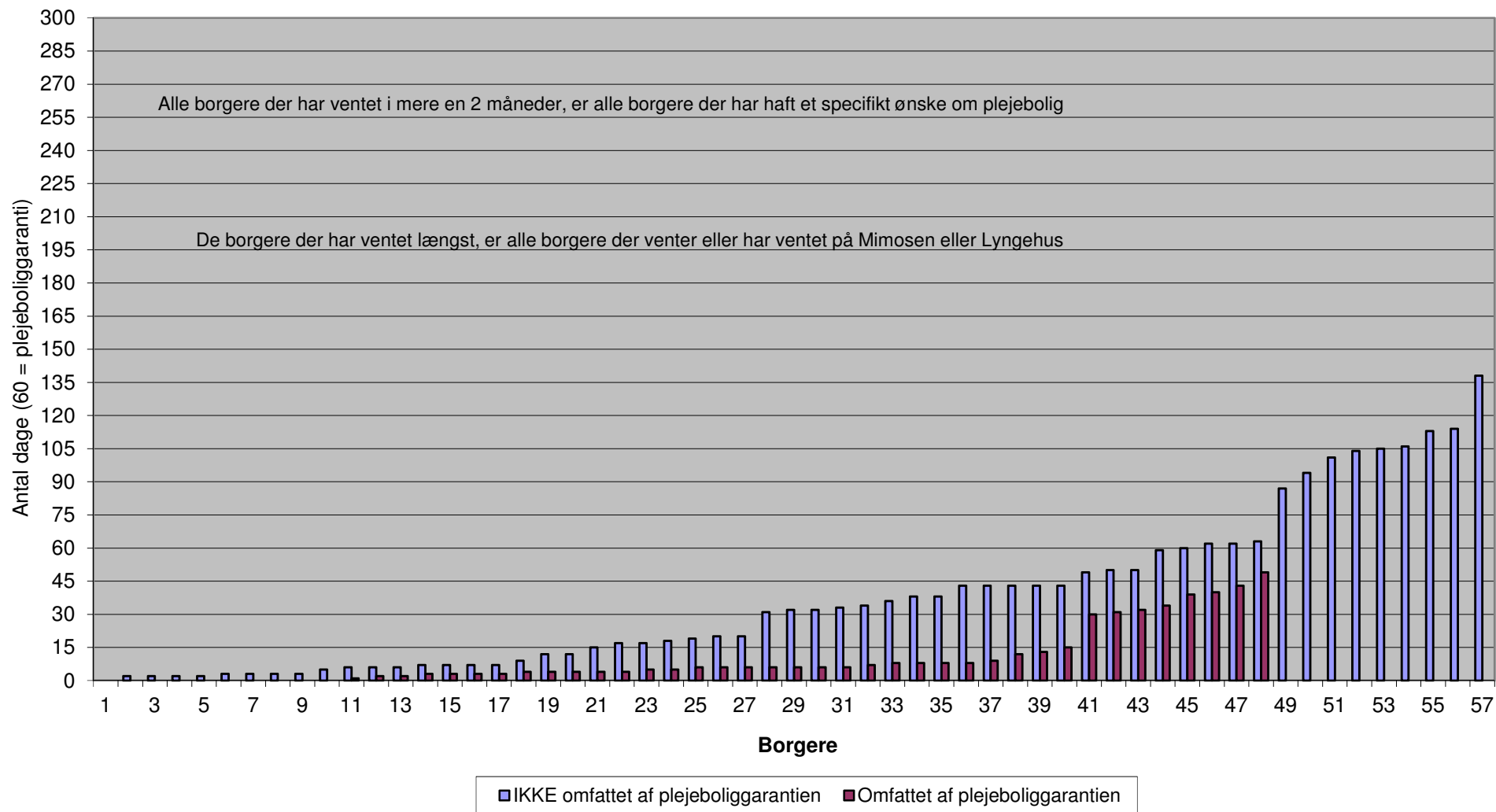
Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 1089/16

Ventetid på plejebolig i Allerød Kommune 2015



Bilag: 7.2. Ledige plejeboliger den 1. i hver måned, kontra borgere på venteliste 2015 diagram.xls.pdf - Ledige plejeboliger den 1. i hver måned, kontra borgere på venteliste 2015

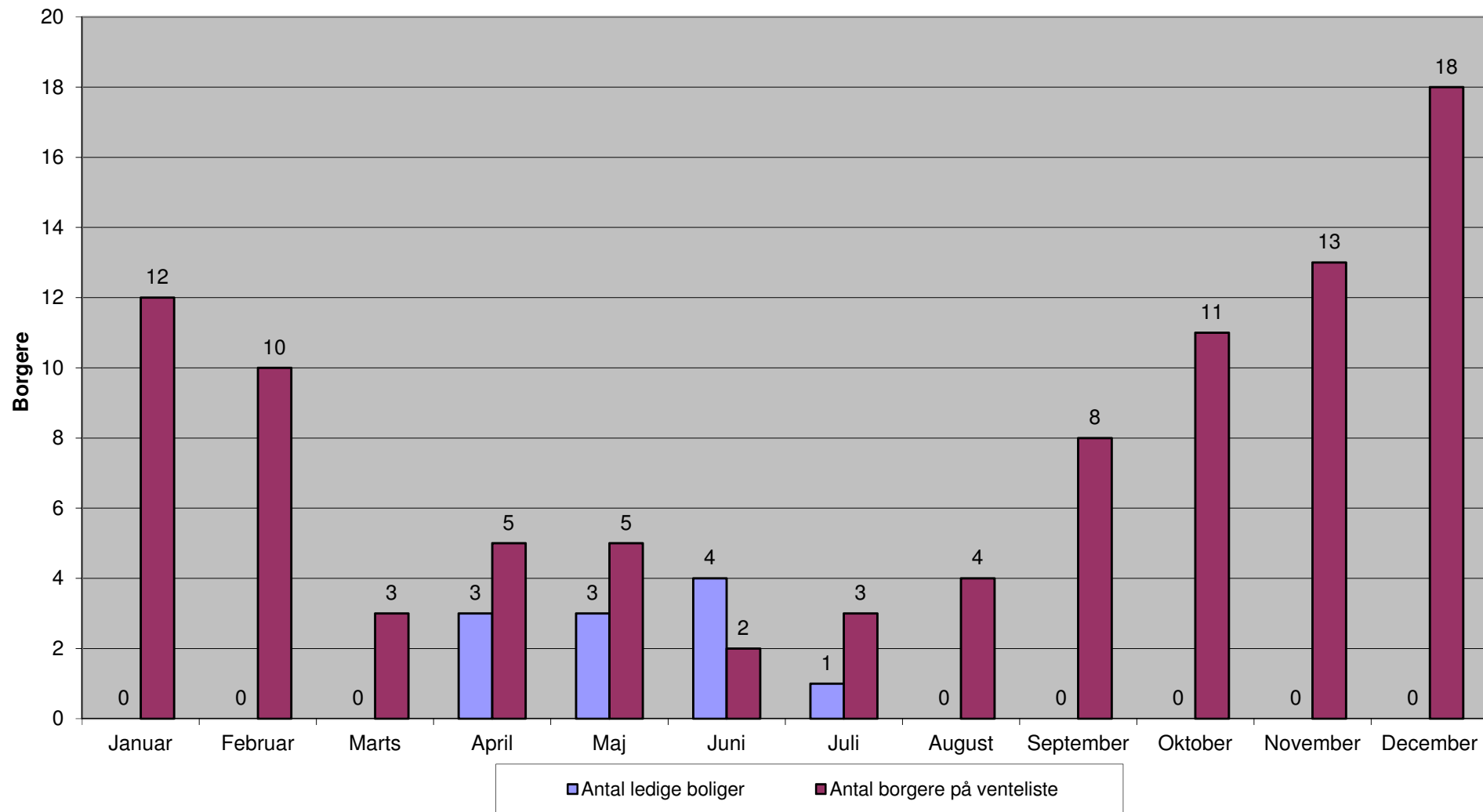
Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 1090/16

Ledige plejeboliger den 1. i hver måned, kontra godkendte borgere på venteliste til plejebolig i Allerød Kommune 2015
1/3-15 åbnede 9 permanente demensboliger på grøn gang Engholm.



Bilag: 8.1. Statusnotat Ældre- og Plejeboliger Allerød Kommune 210116

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 27. januar 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 5502/16

NOTAT

Status notat Ældre- og Plejeboliger Allerød Kommune

For at sikre det bedst mulige beslutningsgrundlag for planlægning af botilbud til ældre i Allerød Kommune de kommende år, har Forvaltningen på baggrund af udviklingen på ældreområdet, den demografiske udvikling og status på kommunale ældre – og plejeboliger, opdateret bolignotatet fra 2014.

Allerød Kommune råder fra 2016 over 122 ældreboliger fordelt i alle byområder samt 170 plejeboliger, der er fordelt på de 4 plejecentre: Engholm, Lyngehus, Skovvang og Mimosen. Af de 170 plejeboliger er 33 demensboliger.

Desuden har kommunen 12 midlertidige pladser, hvor en er en demensplads, placeret på Engholm samt en række socialpsykiatriske botilbud, heraf er 7 stationære og 3 midlertidige pladser placeret på Lyngehus.

Demografi

Befolkningsfremskrivningen viser, at der i de kommende år vil blive flere ældre og færre yngre borgere i Allerød Kommune. I første kvartal 2015, var der 1.902 personer, som var 75 år og derover, hvilket udgjorde 7,8 % af det samlede befolkningstal på 24.415.

Det fremskrevne tal for 2020 er estimeret til 2.603 personer over 75 år. Afspejler fremskrivningen den faktiske udvikling, betyder det, at andelen af personer over 75 år vil stige til 4.218 personer i 2040, svarende til 17 % af befolkningen¹.

I 2015 var behovet 0,09 plejebolig pr. borger over 75 år, hvilket svarer til et behov for 235 plejeboliger i 2020.

Udvikling i antallet af demente

Da botilbud til demente borgere udgør en særlig udfordring, er dette område beskrevet mere detaljeret.

Nationalt Videnscenter for Demens beskriver, at risikoen for at udvikle demens stiger markant med alderen, og som følge af den højere gennemsnitlige levealder i Danmark, må der forventes en betydelig vækst i antallet af demente ældre i det kommende årti. Antallet af demente og efterspørgslen på demensboliger forventes således også at stige i Allerød.

Nationalt Videnscenters fremskrivning af antallet af demente i Allerød Kommune

2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
330	391	474	567	666	745	793

Erfaringer fra Allerød Kommune viser, at det reelle antal af kendte demente er ca. 40 % af Nationalt Videnscenters fremskrevne tal. En forklaring kan være de socioøkonomiske og uddannelsesmæssige forhold i kommunen.

Forekomst af demens i Allerød Kommune ca. 40 % af den estimerede forekomst

2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
-	156	190	230	265	300	320

¹ Statistikbanken.dk

Dato: 21. januar 2016

Sags nr. 15/18196

Sagsbehandler:
Lisbeth Pedersen

Direkte telefon: 48 100 201



Status og efterspørgsel på ældreboliger 2015

Ældreboliger forstås som boliger uden tilknyttet plejepersonale, men med ældrevenlig indretning og tilgængelighed. Målgruppen for ældreboliger er borgere der har et betydeligt og varigt nedsat funktionsniveau, der gør at borgeren ikke kan fungere i egen bolig.

Allerød Kommune har anvisningsret til ca. 122 ældreboliger, heraf 34 boliger i Lyngø, 18 boliger i Blovstrød og 70 boliger i Lillerød

Fordeling af ældreboliger i Allerød Kommune

Bydel	Placering	Antal boliger	Antal værelser
Lyngø	Gladgårdvænget	2	2-, 3-vær.
	Langkæret	4	2-vær.
	P. D. Jensensvej	10	2-vær.
	Ringbjerget	18	2-, 3-, 4-vær.
Blovstrød	Byparken	18	2-vær.
Lillerød	Allerød Mølle, Frederiksborgvej	6	2-vær.
	Frederiksborgvej	8	1-vær.
	Grønnehegn	18	2-vær.
	Jægerhegnet/Lindebakken	3	2-, 3-vær.
	Linde Alle	7	2-vær.
	Lindebakken/Lindehøj	12	2-, 3-vær.
	Prins Valdemars Alle	ca. 16	2-, 3-vær.

Her ud over, har Kommunens sekretariat overtaget anvisningsretten til 16 boliger i Elmedalen, Lyngø, da behovet for almene boliger til fx flygtninge og andre i bolignød var stigende, samt at der blandt ældrebefolkningen var faldende efterspørgsel på boligerne, der ikke fremstår ældrevenlige på grund af indretning og adgangsforhold.

Siden opførelsen af de ældrevenlige familieboliger på Prins Valdemars Alle har Ældre og Sundhed haft størstedelen af de 52 boliger til anvisning. Boligorganisationen har med virkning fra 2016 opsagt den hidtidige aftale og har tilbudt, at kommunen fremadrettet kan modtage 33 % af de ledige boliger til anvisning. Kommunen har accepteret dette tilbud, idet den tilbudte andel er højere end de 25 % som kommunen har krav på i henhold til lovgivningen.

Efterspørgsel på ældreboliger

Gennem de seneste år har efterspørgslen på ældreboliger varieret. Generelt oplever boligvisitationen størst efterspørgsel på ældreboliger i midtbyen med god adgang til byen, indkøb og transport.

Borgerne kan søge og ønske et konkret boligområde, men ikke en konkret bolig. Visitationen oplever ofte modstand mod at flytte til et andet lokalområde end det søgte, og en del borgere ønsker konkrete adresser. Borgeren kan sige nej til første tilbud, men skal acceptere andet tilbud i det ønskede lokalområde. Sker dette ikke, anses behovet ikke for væsentligt.

Der er primært venteliste på boliger i Lillerød bymidte og særligt til boliger på Grønnehegn, der er meget populære, om end uegnede for fx ægtepar med mange hjælpemidler.

En del borgere trækker deres ansøgning, mens de er på venteliste. De mest gennemgående begrundelser er:

- Borgeren har ombestemt sig og ønsker at blive boende
- Borgeren har selv fundet en egnet bolig
- Borgeren har ændret funktionsniveau og søger plejebolig
- Borgeren er afgået ved døden



Ved årsskriftet 2015/2016 var der 16 borgere på listen over godkendte til en ældrebolig.

Gennem flere år har der været ganske få godkendte borgere på venteliste og antallet af ældreboliger har dækket efterspørgslen. En del af forklaringen kan være, at Allerød består af en høj andel af ét-plans parcelhuse, og dermed er mange af boligerne ældrevenlige. Yderligere har mange ældre en bedre økonomi og er bevidste om vigtigheden af at planlægge deres alderdom i forhold til boligindretning m.m. Den demografiske udvikling og det faldende antal ældreboliger, betyder dog at det aktuelle antal ældreboliger næppe er nok de kommende år.

På baggrund af ovenstående vurderer Forvaltningen, at det aktuelle antal ældreboliger ikke dækker behovet fremover, hvorfor det må overvejes at etablere nye almene ældreboliger. I Allerød Kommunes planstrategi 2015 godkendt af byrådet den 17. december 2015 er der peget på tre områder til mulig placering af ældreboliger, Gladgården i Lyngø, Ørnevang i Lillerød og Teglværkskvarteret i Bløvsstrød i boligudbygningsplanen med tidshorisont 2018-2024.

Da kommunen fremadrettet kan disponere over færre boliger på Prins Valdemars Alle og antallet af ældre i øvrigt er stigende er det muligt at presset øges og situationen følges nøje.

Status og efterspørgsel på plejeboliger 2015

Plejeboliger er boliger for borgere, der har behov for at være tilknyttet plejepersonale hele døgnet, på grund af væsentlig nedsat fysisk og/eller psykisk funktionsevne.

Allerød Kommune råder over 170 plejeboliger, fordelt på 4 plejecentre. Heraf er 33 demensboliger.

Fordeling af plejeboliger i Allerød Kommune

Bydel	Placering	Antal boliger	Antal værelser
Lyngø	Lyngøhus	32	1 og 2-vær.
Lillerød	Engholm	45	2-vær.
	Mimosen, Ellevej	24	1-vær.
	Mimosen, Grøn gang, Engholm	9	1-vær.
	Skovvang	60	2-vær.

I 2013 blev 7 plejeboliger på Lyngøhus konverteret til boliger for borgere med fortrinsvis sociale problemstillinger. Boligerne anvises af socialpsykiatrien. Der er aktuelt indflyttet 4 borgere, de øvrige boliger bebos uændret af plejeboligborgere og vil blive konverteret ved naturlig afgang. Yderligere er der 3 midlertidige aflastningsboliger til psykiatriske borgere på Lyngøhus.

På Engholm er der 11 midlertidige pladser, 9 demensboliger og én bolig der afprøves som midlertidig demensplads. 11 boliger er tomme og søges overtaget fra boligselskabet med henblik på at anvende arealerne til genoptræningen, jf. byrådets beslutning.

Plejecenteret Mimosen er et særligt botilbud til borgere med demens. Borgeren skal være udredt for demens af egen læge, speciallæge og/eller demensudredningsenhed og være i stand til at profiterere af Mimosens særlige tilbud, for at komme i betragtning til en bolig.

Efterspørgsel på plejeboliger

Gennem de seneste år har efterspørgslen på plejeboliger været større og generelt oplever boligvisitationen en stigende efterspørgsel på plejeboliger og særligt på demensboliger. En del af henvendelserne er fortsat fra udenbys borgere.



Borgerne kan søge specifikt eller generelt i forhold til plejebolig. Søges der generelt er ansøgeren omfattet af plejeboligarantien på 2 måneder fra godkendelsestidspunktet. Søges der specifikt bortfalder plejeboligarantien. Allerød Kommune har hidtil overholdt plejeboligarantien, idet de fleste borgere søger specifikt, men dette kan blive en udfordring i takt med den demografiske udvikling.

På plejecenter Mimosen, der er demensplejecenter og på grøn gang Engholm kan kun demente borgere komme i betragtning.

Ved årsskriftet 2015/2016 var der 16 borgere på listen over godkendte til en plejebolig. Af de 16 godkendte søgte 3 specifikt og 13 generelt.

Mange plejeboliger i Allerød, er beboet af udenbys borgere, i alt 54 ud af 170 boliger svarende til ca. 32 %, mens der bor 15 Allerød borgere i plejebolig i andre kommuner. Allerød Kommune modtager refusion for borgere, der er tilflyttet fra andre kommuner, dog sker der ikke refusion for ydelser efter Sundhedsloven fx sygepleje, omsorgstandpleje, træning efter genoptræningsplaner og vederlagsfri fysioterapi, hvilket medfører at disse udgifter skal dækkes af Allerød Kommune.

Behovet for plejeboliger påvirkes af en række faktorer, herunder hverdagsrehabilitering, velfærdsteknologi, borgers ønske til bolig og omsorg samt udvikling i levealder og sundhedstilstand, viden, uddannelse, socialstatus, økonomiske forhold, sundhed og forebyggelse mm. En fremskrivning af behovet er derfor forbundet med usikkerhed.

Efter der gennem flere år har været nedgang i efterspørgslen på plejeboliger, har det seneste år såvel i Allerød som i andre nærliggende kommuner budt på en øgning i antallet af ansøgere. Dette kombineret med at den kommende generation af ældre forventes at have andre kompetencer og funktionsevner, andre behov og efterspørge andre pleje- og boligløsninger end den gruppe ældre der kendes i dag, udfordrer vurderingen af det kommende behov for antallet og typen af plejeboliger.

Efterspørgsel på demensboliger

Allerød Kommunen har 33 pladser til demente. Pladserne er placeret på henholdsvis demensplejecenteret Mimosen og på Engholm. Pladserne på Engholm åbnede den 1. marts 2015 og forventes bevaret minimum til, der er etableret et nyt demensplejecenter. Der er et øget og tiltagende behov for plejeboliger til demente, hvilket viser sig ved at der ofte er venteliste til Mimosen. Demensboliger søges af hjemmeboende borgere og af borgere med demens på midlertidig plads. Yderligere søges demensboliger af borgere, der aktuelt bor på andre plejecentre i Allerød eller anden kommune, hvis de ikke længere kan passes forsvarligt i nuværende plejebolig.

Egnede boliger til demente, er boliger med rammer og rum, der hænger sammen, og hvor der er mulighed for afskærmning. Boligerne skal være i nærhed til fælles arealer og personalekontakt og der skal lægges særlig vægt på sikkerhed.

Aktuelt har kommunen kendskab til ca. 140 borgere med demens eller demenslignende symptomer, heraf 55 hjemmeboende og 85 fordelt på samtlige plejecentre. Af de hjemmeboende er der løbende en andel, der nærmer sig at få behov for en demensbolig inden for kort tid her 1-2 år.

Forudsat, at behovet for demensboliger i Allerød fremover vil svare til de nuværende 40 % af Nationalt Videnscenter for Demens fremskrivning (se afsnit *Udvikling i af antallet af demente s. 1*) kan behovet opgøres til følgende antal:

2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
-	43	52	62	72	81	85



Som en del af behovet for boliger til demente, efterspørges muligheder for at rumme fronto-temporalt skadede borgere, der har en udad reagerende adfærd og en væsentlig fysisk aktivitet. Denne gruppe borgere skaber ofte en svær uro og har behov for særlige rammer, personalekompetencer og normering, undertiden i en kortere periode. Det anbefales, at indarbejde et tilbud, evt. som midlertidige pladser til denne gruppe i den fremtidige demensboligløsning.

Status og fremtidige behov for demensboliger i Allerød indgik i byrådets budgetforhandlinger 2015, og det blev besluttet at opføre et nyt demensplejecenter idet der er afsat 1 mio. kr. til for-projektering i 2016.

Det forventes, at der opføres et demensplejecenter i tilslutning til plejecenter Skovvang. Der planlægges at etablere 40 pladser, heraf 2 til udad reagerende borgere, samt et aktivitetscenter og mulighed for natpladser til aflastning i tilslutning til de nye plejeboliger.

Der er i budget 2016-2019 afsat midler:

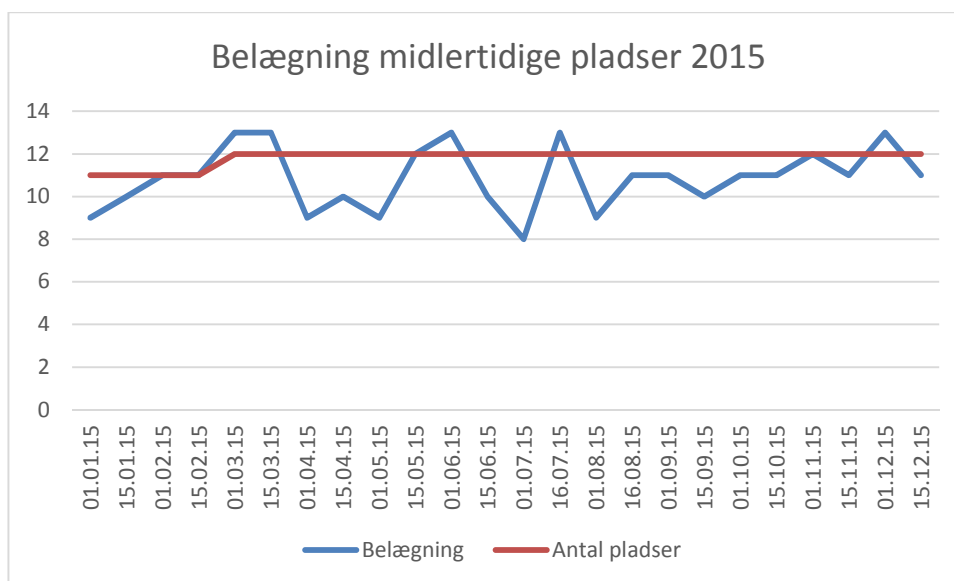
2016 for-projektering 1. mio. kr.
2017 anlægsbudget 5 mio. kr. (serviceareal)
2018 anlægsbudget 3,5 mio. kr. (inventar)

samt beregnet drift i alt ca. 17,2 mio. kr. fra 2019.

Status og efterspørgsel på midlertidige pladser 2015

En midlertidig plads tildeles borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, som har behov for et døgnophold i en begrænset periode. Et midlertidigt ophold kan fungere som aflastningsplads, genoptræningsplads, vurderingsplads, ventepuds mm.

Kommunen råder over 11 midlertidige pladser, samt en midlertidig demensplads, der alle er placeret på Engholm. Pladserne er godt belagte (se figur belægning midlertidige pladser 2015). Der opleves et stigende pres og behov for flere midlertidige pladser i perioder. De midlertidige pladser er med til, at kommunen kan minimere udgifter til ventedage på sygehuset.



Et økonomisk incitament er medfinansieringsmodellen, hvor kommunen fra 2015 og frem har betalt ca. 15.000 kr. pr. indlæggelse og genindlæggelse og ca. 2000 kr. pr. døgn for ventedage.

I forhold til en række kommunale forpligtigelser i Sundhedsaftalen III og i de nationale programmer fx "Styrket indsats for den ældre medicinske patient" og Kommunernes Landsforenings sundhedsudspil "Sammen om Sundhed" har kommunen store udfordringer i at løse opgaver i forhold til genoptræning og rehabilitering af borgere med kronisk sygdom og af borgere udskrevet fra hospitalet. Borgerne udskrives hurtigere fra sygehusene end tidligere, og det resulterer ofte i et større pleje- og genoptræningsbehov end tidligere. Det forventes derfor fremadrettet, at der vil blive brug for øget kapacitet, kompetencer og ressourcer til at varetage flere specialiserede funktioner på de midlertidige pladser og i det borgernære kommunale sundhedsvæsen generelt.

Efterspørgsel nye typer midlertidige pladser og akutfunktion

På baggrund af politiske drøftelser, prioriteringer og indholdet i Sundhedsaftale III, oplever Forvaltningen, at der efterspørges flere og nye typer af midlertidige pladser og kommunale tilbud.

Konkret blev der i byrådets konstitueringsaftale fra 2013 formuleret, at det skulle undersøges om det er muligt at etablere et akutteam i kommunen. Efter godkendelse af dette i Sundheds- og Velfærdsudvalget i november 2014, har Forvaltningen arbejdet med at etablere et akutteam.

Akutteamet er etableret og består af et udekørende akutteam og akutpladser på Engholm. Akutteamet er en del af den kommunale hjemmepleje og de midlertidige pladser, ligesom de akutte pladser er den del af de midlertidige pladser. Rekruttering af medarbejdere til akutteamet har vist sig at være vanskelig, ligesom nogle af de ansatte er rejst igen. Der arbejdes fortsat målrettet på at sikre funktionen.

Formålet med akutteamet er at kunne hjælpe borgere i eget hjem og i plejebolig ved akut opstået sygdom, akut forværring af sygdom, herunder somatisk og psykiatrisk sygdom og/eller akut nedsat funktionsevne, som skaber behov for kompleks sygeplejefaglig ekspertise, der fagligt rækker ud over niveauet hos den almindelige hjemmesygepleje. Akutteamet skal således være med til at hindre, at borgere bliver indlagt eller genindlagt ved at afhjælpe akutte behov for observation, pleje og behandling, der ikke kan håndteres af den kommunale hjemmepleje. Regionen udvikler aktuelt et tiltag, der medrører, at borgere med sygdomme inden for visse diagnosegrupper udredes og starter behandling inden for få timer, hvorefter de udskrives igen. Dette kan medføre, at flere borgere vil få behov for akutte tilbud enten på en midlertidig plads eller fra akutteamet.

Akutteamet finansieres af midlerne fra økonomiaftalerne mellem regeringen og Kommunernes Landsforening for 2015, samt 250.000 kr. af budgettet til forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser fra 2015.

Økonomi

Det samlede budget for ældre – og plejeboliger fordeler sig på plejecenterudgifter, udgifter til personlig pleje og praktisk hjælp i egen bolig samt en række udgiftsposter til hjælpemidler, boligindretning, kørsel, boligindretning, forebyggelse mm.

Ældreboliger drives under almen boliglovgivning og der vil kun være tale om kommunale udgifter forbundet med tomgangshusleje.



Eksempler på udgifter (drift/normering) på plejecenterpladser er:

<u>Samlet driftsudgift pr. plads/år</u>	B2015
Alm. Plejecenterplads	417.118
Demensplads	530.372
Midlertidig plads	750.661

Forventede udgifter til vedligeholdelse af ældre- og plejeboliger.

Allerød Kommunes ældre- og plejeboliger er primært drevet som almennyttige boliger, hvor vedligehold og drift indgår i de løbende huslejeoplyggelser, og hvor kommunens andel er betaling til leje/drift af servicearealer.

Ved større udgifter til renoveringer mv. kan der ske regulering af de årlige lejeudgifter. Med hensyn til bygningernes tilstand og indretning er der for ældreboligerne en overvægt af boliger, der ikke er tidssvarende i forhold til de krav og forventninger, som der i dag er til tilgængelighed og komfort og dertil kommer at der er et vist efterslæb i vedligeholdelsen. Plejeboligerne vurderes generelt at være i bedre stand.

Det bør i den fremadrettede strategi overvejes at omdanne nogle af de eksisterende ældreboliger til almindelige boliger, da det vurderes at være vanskeligt at skabe gode bade faciliteter og tilgængelighed i boligerne. Sker dette skal der i stedet ny etableres boliger til ældre med plejebøvhov, hvor krav og ældrevenlige forhold kan medtænkes fra starten. Bebyggelsen Grønnehegn er kommunalt ejet og administreres af et boligselskab. Der er typisk tale om mindre boliger af ældre dato, hvor indretningen ikke møder fremtidens krav om tilgængelighed og indretning og vedligeholdelsesstanden er varieret. Beliggenheden i midtbyen og boligernes lille have betyder dog at boligerne er meget populære.

Fremtidens seniorbolig

Efterspørgslen på ældreboliger påvirkes ikke kun af antallet af ældre, men også af den generelle udvikling samt de ældres krav til bolig og deres helbredsmæssige tilstand.

Flere undersøgelser fra KL, Ældreboligrådet og Ældre Sagen viser, at de "nye" ældre og deres pårørende stiller langt højere krav til deres boliger, end for blot 10 år siden. Denne tendens vil fortsætte i fremtiden, hvor vi vil opleve en ressourcestærk ældregeneration med høje krav til, hvordan de skal bo og et bedre kendskab til deres muligheder og rettigheder i det offentlige system.

De fremtidige ældre vil helst blive boende i egen bolig, hvor de får opfyldt deres krav og behov for fx kvadratmeter og beliggenhed – alternativ skifter de boligen ud med en bolig, der egner sig bedre til ældre livet. KL forventer, at op imod 75 % af de kommende seniorer i 2020 vil bo i deres egen bolig, mens resten vil bo til leje².

I 2011 foretog Boligøkonomisk Videnscenter en undersøgelse af ældres tilfredshed med nuværende bolig. Undersøgelsen pegede på, at ca. hver femte ældre ønsker sig en mindre bolig, og at næsten halvdelen af de ældre med have ønsker sig en mindre bolig³. Det udtrykker, at selv om de ældre generelt ønsker at blive i egen bolig, så er deres nuværende bolig ikke optimal.

De nuværende tilbud i form af plejeboliger og almene ældreboliger synes ikke at være tilstrækkeligt for at kunne imødegå fremtidens behov. Nye former for boliger,

² Kommuners Landsforening, *Inspiration til den kommende ældrepolitik*, 2007

³ Boligøkonomisk Videnscenter, *Fremtidens ældrebolig er allerede bygget*, Nyhedsbrevet oktober 2011. Baseret på undersøgelsen gennemført af Danmarks Statistik for Realdania.



skal i størrelse og indretning målrettes de ældre, som hverken har behov for eller interesse i ældre- og plejeboliger, men som ønsker at flytte til en mindre og mere hensigtsmæssig bolig – gerne med mulighed for fællesskab og aktiviteter.

Seniorhuse – ny form for bolig

Ældresagen har i 2011 beskrevet en vision for seniorhuse, hvor tanken er at skabe en ny boligform, der kombinerer velindrettede, fremtidssikrede, private boliger med faciliteter, der letter hverdagslivet samt rummer fællesskab med netværk og støtte, når der er behov for det. Et seniorhus har selvstændige boliger i forskellige størrelser, der suppleres med faciliteter og aktivitetstilbud indbygget i huset. Der skal kunne handles, spises, læses, dyrkes sang og musik, motioneres, vaskes og ses film osv. Der skal være plads til overnattende gæster, fx ved sygdom eller lignende.

Som eksempel kan Tietgenkollegiet i København inspirere til et fremtidigt seniorhus, der med sin fysiske struktur lægger op til et levende socialt fællesskab med beskyttede fællesområde i bebyggelsens midte. Stueetagen rummer højteknologisk vaskeri, musikrum, værksteder, køkken, spise- og festlokaler. Der er parkering i kælderen og cykelparkering på terræn.



Seniorhusene er inspireret af Ældrelandsbyerne Bellevue Park i Malmø og Lions Park i Søllerød. Bellevue Park består af et etagebyggeri og Lions Park af fritliggende klynger med toetagers huse – begge lejligheder med tilknyttede fællesfaciliteter og servicearealer. I begge landsbyer drives café, restaurant, frisør, fodpleje og massage i licitation og mod betaling. Bellevue Park organiseres som et aktieselskab, hvor Lions Park drives som et senior kollektiv.

Konklusion

På baggrund af ovenstående notat og rækken af faktorer, der har betydning for efterspørgslen på ældre- og plejeboliger, er de væsentligste konklusioner:

Demografi

- I løbet af de næste 5 år, forventes antallet af ældre over 75 år at stige med ca. 36 %.
- Da risikoen for at udvikle demens stiger med alderen, må der forventes en betydelig vækst i antallet af demente i de kommende årtier

Efterspørgsel på boliger

- Det er vanskeligt, at vurdere behovet for flere ældre- og plejeboliger, hvorfor Forvaltningen følger udviklingen tæt
- Der vil være stigende behov for demensboliger, og der er i budget 2016-2019 besluttet at etablere 40 nye demensplejeboliger. Der er beregnet driftsbudget til de 40 pladser samt øvrige aktiviteter fra 2019
- Der er et pres på de midlertidige pladser og det vurderes løbende om kapaciteten er tilstrækkelig
- Det aktuelle antal ældreboliger dækker ikke behovet fremover



Fremtidens seniorboliger

- De fremtidige ældre vil overvejende være interesserede i at blive boende i deres egen bolig så længe som mulig
- De ældres krav til bolig stiger. Der efterspørges større og fremtidssikrede boliger og bedre tilgængelighed. De ældres øgede krav hænger blandt andet sammen med, at de fremtidige ældre vil have et højere uddannelsesniveau og være økonomisk mere velstillede.

Forvaltningen vil på denne baggrund udarbejde en prognose, der beskriver det forventede fremtidige behov for pleje- og ældreboliger. Prognosen forventes at være klar i april 2016 og på baggrund heraf vil det vise sig, hvilke beslutninger der er behov for, herunder vil følgende muligheder blive undersøgt nærmere.

- Kapacitet plejeboliger, herunder demensboliger. Mulighed for at fremskynde etablering og driftsbudget for det nye demenscenter ved Skovvang. Forvaltningen vil udarbejde en konkret sag til byrådet vedrørende dette, såfremt det viser sig at der er behov herfor
- Kapacitet senior- og ældreboliger ud fra prognose, erfaring og tendenser de seneste år, hvor efterspørgslen på ældreboliger er stigende og antallet af boliger er reguleret ned, og hvor de ældre efterspørger ældre- og seniorboliger tæt på by og transport, med fokus på tilgængelighed og adgangsforhold. Behov og mulighed for at udvide antallet af ældreboliger ved opførelse af flere almene ældreboliger, hvor kommunen har 100 % anvisningsret vil blive nærmere undersøgt.
- Kapacitet midlertidige pladser ud fra et forventet stigende behov og pres fra hospitaler og region, samt et øget behov for træning, vente- og aflastningspladser. Behov og mulighed for at etablere yderligere midlertidige pladser vil blive belyst.

Det skal bemærkes, at der vil være et potentiale i at sikre, at nybyggeri vil kunne leve op til de ældres fremtidige behov for tilgængelighed og velfærdsteknologi.

