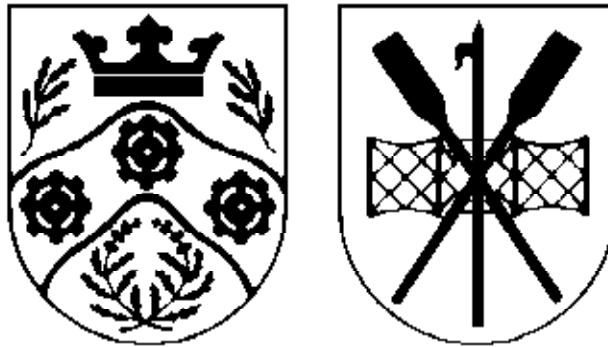


LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE



Social- og Sundhedsudvalget

Protokol

Onsdag den 6. marts 2013 kl. 15:30
afholdt Social- og Sundhedsudvalget møde i Mødelokale D 1. sal/Solgården.

Medlemmerne var til stede

Endvidere deltog:

Direktør Søren Hansen

Centerchef Dorte Vangsø Rasmussen

Centerchef Charlotte Bidsted under pkt. 1-4

Udvalgs koordinator Louise Angelo

INDHOLDSFORTEGNELSE

| Sag nr: | | Side: |
|----------------|---|--------------|
| 01 | Oplæg til udmøntning af pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere . | 4 |
| 02 | Godkendelse af KKR rammepapir om Det nære sundhedsvæsen . | 8 |
| 03 | Orientering om lovændring af fritvalgsordningerne i tandplejen . | 10 |
| 04 | Ændret ledelsesstruktur og besparelser på driften på Tandplejen . | 13 |
| 05 | Budgetaftalen 2013 - udbud af indkøbsordning på ældreområdet . | 15 |
| 06 | Handlekatalog for Ældrestrategi . | 17 |
| 07 | Forslag til kvalitetsløft i ældreplejen - aktiviteter på områdecentrene . | 19 |
| 08 | Lean af drift på plejehjem . | 22 |
| 09 | Redegørelse om tilsyn på plejehjem i Den Kommunale Leverandør 2012. . | 24 |
| 10 | Kvalitetsopfølgning på madservice . | 27 |
| 11 | Meddelelser til udvalgets medlemmer marts 2013 | 29 |

1.

Oplæg til udmøntning af pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere

Sagsfremstilling

I budgetaftalen for 2013-16 blev der afsat 1 mio. kr. årligt til ”*Pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere*” til at styrke den lokale sundhedsfremmende indsats over for udsatte og grupper med kronisk sygdom. Baggrunden for bevillingen er kommuneaftalen om kommunernes økonomi for 2013. Her blev der målrettet 300 mio. kr. til forebyggende tiltag på sundhedsområdet i kommunerne. KL anbefaler, at kommunernes indsatser især retter sig mod områderne ”styrket sygeplejeindsats” og ”tilbud og forløb til kronikere”.

Nærværende sag er forvaltningens anbefaling til, hvordan midlerne bedst kan udmøntes. Baggrunden for anbefalingerne er dels den vurderede effekt af indsatserne, dels hvordan de kan understøtte den strategiske udvikling af sundhedsområdet i relation til kommunens sundhedsstrategi og KLs intentioner på området, der er lanceret i oplægget om ”Det Nære Sundhedsvæsen” (bilag), jf. notat om ”Udmøntning af budgetaftale 2013-16 om Pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere” (bilag) og notat om ”Lyngby-Taarbæk Kommunes sundhedsforbrug – udfordringer og potentialer for indsatser”, der redegør for de datamæssige baggrunde for anbefalingen (bilag).

Sidstnævnte kvantitative analyse viser, at det i Lyngby-Taarbæk Kommune giver såvel fagligt som økonomisk bedst mening at fokusere de ekstra budgetmidler til forebyggelse af (gen)indlæggelser blandt ældre borgere og en fortsat indsats for kronisk syge.

At kommunerne får forpligtende og strukturelt afklarede forpligtelser, som der lægges op til med ”Det nære sundhedsvæsen”, er en ny udvikling, der sætter nye styrings- og udviklingsrammer for kommunernes sundhedsindsats. Samlet set må det forventes, at der i den nære fremtid kommer flere bundne sundhedsopgaver for kommunerne, både hvad angår patientrettede og borgerrettede indsatser. Eksempelvis lancerer regeringen et nyt sundhedsudspil i foråret 2013, og det er forventeligt, at udspillet vil rumme mere konkrete oplæg for kommunernes fremtidige rolle i sundhedsvæsenet.

Et væsentligt element i KL's oplæg om ”Det nære sundhedsvæsen” er præmissen om at kommunerne i stigende grad skal arbejde efter samme principper og mål, og løfte

indsatserne som en samlet kommunal sektor. På den baggrund har kommunerne i KKR-Hovedstaden udarbejdet et fælles rammepapir for indsatserne, som kommunerne i regionen skal varetage (bilag). Anbefalingerne er:

1. Med udgangspunkt i sundhedsprofilerne udarbejder kommunerne en plan for implementering af grundniveauerne i de nationale forebyggelsespakker
2. Alle kommunerne skal aktivt forebygge at borgerne (gen)indlægges.
3. Alle kommunerne skal implementerer forløbsprogrammer for KOL, diabetes, hjerte-kar, kræft, demens og lænde- ryg sygdomme
4. Kommunerne skal aktivt dokumentere indsatser og følge op på, om indsatserne virker.

Lyngby-Taarbæk Kommune lever i dag i høj grad op til rammepapirets anbefalinger, jf også "Status for LTK indsatser på sundhedsområdet - status på fokusområder i rammepapiret" (bilag). Dog forpligtes kommunerne til at arbejde med implementering af forløbsprogrammerne overfor de kroniske sygdomme lænde-ryg og hjerte/kar, som kommunens i dag ikke har implementeret og hvis finansiering endnu er uafklaret. Oplæg til finansiering heraf indgår i forslag til udmøntning af "*Pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere.*"

Social- og Sundhedsudvalget vil i marts 2013 få forelagt KKR-Hovedstadens fælles rammepapir til godkendelse.

På den baggrund foreslås midlerne udmøntet til følgende tre indsatser:

Tabel 1: Oplæg til udmøntning af 1. mio. kr. til pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere.

| | | 2013 | 2014 | 2015 | |
|---|--|------------------|------------------|------------------|--|
| 1 | Etablering af fire akutpladser | 400.000 | 400.000 | 400.000 | |
| 2 | Udvidelse og forankring af forløbsprogrammer | 450.000 | 450.000 | 450.000 | |
| 3 | Udvidet rygestopindsats - primært rettet særligt mod socialt udsatte | 150.000 | 150.000 | 150.000 | |
| | I alt | 1.000.000 | 1.000.000 | 1.000.000 | |

Forslagene dækker følgende initiativer:

1. Initiativ 1: Etablering af fire akutpladser. Lyngby-Taarbæk Kommune har potentialer ift. at forebygge indlæggelser og genindlæggelser af ældre borgere. Der foreslås derfor at oprette fire akutpladser, hvor kommunen via mere specialiserede sundhedsindsatser kan erstatte indlæggelser og genindlæggelser

med en kommunal indsats. Initiativet understøtter de øvrige udviklinger på sundheds- og ældreområdet, eksempelvis indsats om at gøre sygeplejersker bedre i stand til at opdage og screene svækkede borgere, der er i farezonen for indlæggelse. Med akutpladser kan screeningen bedre følges op med en lokal indsats. Udgiften til etablering og drift af de fire akutpladser vil være 400.000 kr. årligt.

2. Initiativ 2: Udvidelse og forankring af forløbsprogrammer til kronisk syge. Forløbsprogrammerne er målrettet kronisk syge borgere, og har fokus på rehabilitering og sygdomsmestring. Målgruppens sundhedstilstand skal forbedres, så deres generelle livskvalitet forbedres, ved at borgerne bliver i stand til at tage vare på deres egen sygdom og sundhedstilstand, og så der ikke også udvikles følgesygdomme. Kommunen har siden 2010 haft forløbsprogrammer for diabetes og KOL. Siden 2012 har kommunen haft rehabiliteringsprogram for kræftramte og forløbsprogram for demens. I 2013 er forløbsprogrammerne for lænde- og ryglidelser samt for hjerte/karsygdomme klar til at blive implementeret. Disse indsatser indgår som forpligtende opgaver for kommunerne i KKR's rammepapir for udmøntning af "Det nære sundhedsvæsen". Der afsættes 400.000 kr. til at fastholde de eksisterende forløbsprogrammer og implementere de nye. Desuden anbefales det, at der tilføres 50.000 kr. til at udvikle forløbsprogrammernes indsats.
3. Initiativ 3: Udvidet rygestopindsats - primært rettet særligt mod socialt udsatte. Indsatser mod rygning et af de få forebyggelsesområder med videnskabelig erfaring for sundhedsmæssige og økonomiske virkninger også på kortere sigt. Lyngby-Taarbæk Kommune har i dag rygestopforløb for voksne, ligesom Sundhedstjenesten forebygger rygestart på folkeskolerne. Det foreslås at indsatsen udvides, idet der er yderligere potentialer ikke mindst i relation til at forebygge den ulighed i sundhed, der i høj grad kan findes indenfor rygning. Eksempelvis overfor borgere på kommunens psykiatriske tilbud, hvor der typisk er mange rygere, men hvor beboerne ikke i alle tilfælde kan indgå i de nuværende forløb. Der afsættes 150.000 kr. til en udvidet indsats ift. rygestopindsatser. Indsatsen vil være i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Forslagene til udmøntning skal også ses i sammenhæng med de øvrige sundhedstiltag i Budgetaftalen for 2013-16, herunder implementeringen af ny skærmteknologi (SU5), tidlig opsporing for at undgå (gen)indlæggelser (SU6), og udvidelse af tværfagligt samarbejde på sundheds- og beskæftigelsesområdet (BE3), som alle drøftes i Social- og sundhedsudvalget primo 2013. Sidstnævnte efter drøftelse i Økonomiudvalget, da det er forankret her.

Samtidig har Lyngby-Taarbæk Kommune netop sammen med ni nabokommuner, samt Gentofte og Herlev hospitaler ansøgt Hovedstadsregionens forebyggelsespulje om midler til "Tværsektorial netværksdannelse med fokus på forebyggelse af genindlæggelser af ældre medicinske patienter og borgere", jf. Ansøgningsskema til forebyggelsespuljen (bilag).

Endelig har forvaltningen via en omlægning af henholdsvis samarbejdsindsatsen med de praktiserende læger og kommunelægeordningen på børneområdet skabt mulighed for at ansætte en praksiskonsulent i foråret 2013, som dels skal sikre en større sammenhæng og brobygning mellem kommunens indsatser og aktører og almen praksis, dels rådgive og sparre kommunens ansatte, herunder særligt på børneområdet i forhold til de lovpligtige vejledningsopgaver på skoler og dagtilbud.

Oplægget skal ses i lyset af pointerne fra Sundhedskonferencen, jf. referat heraf (bilag).

Økonomiske konsekvenser

Opgaverne løses indenfor rammerne af budgetaftalen.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at forslag til udmøntning af "pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere" godkendes.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. februar 2013

Udsat.

Sagen forelægges på ny

Social- og Sundhedsudvalget den 6. marts 2013

Godkendt.

2.

Godkendelse af KKR rammepapir om Det nære sundhedsvæsen

Sagsfremstilling

KKR-Hovedstaden har udsendt oplæg til bindende rammepapir for kommunerne i Region Hovedstadens udmøntning af KLs oplæg om "Kommunernes fælles rolle - udviklingen af Det nære sundhedsvæsen" (bilag vedlagt sag om Oplæg til udmøntning af pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere) til godkendelse i alle kommuner. Oplægget blev godkendt af KKR Hovedstaden den 4. februar 2013, hvorefter alle kommuner i regionen efterfølgende skal tilslutte sig rammepapiret.

"Det nære sundhedsvæsen" er KLs oplæg for, hvordan kommunerne fremadrettet kan have en større og mere afklaret rolle i sundhedsvæsenet. Oplægget rummer en række konkrete områder, hvor kommunerne fremadrettet skal spille en større rolle. En væsentlig præmis i oplægget er, at hvis denne udvikling skal kunne ske, så skal kommunerne arbejde ud fra fælles rammer og målsætninger, så kommunernes rolle i sundhedsvæsenet bliver mere entydig.

Udviklingen skal ses i sammenhæng med, at der fremadrettet vil komme flere bundne sundhedsopgaver for kommunerne. Regeringen lancerer fx et nyt sundhedsudspil i foråret 2013, og det er forventeligt, at udspillet vil rumme konkrete forslag for kommunernes fremtidige rolle i sundhedsvæsenet.

Rammepapiret rummer målsætninger for kommunernes indsats på sundhedsområdet på fire områder:

1. Styrke forebyggelsesindsatsen med udgangspunkt i sundhedsprofilerne og de nationale forebyggelsespakker.
2. Styrke indsatsen for aktivt at forebygge at borgerne (gen)indlægges.
3. Styrke indsatsen overfor kronikergrupperne, ved at have tilbud til kronikergrupperne i alle kommuner.
4. Styrke dokumentationen i forhold til de kommunale indsatser og den forventede effekt.

Overordnet set vurderes det, at Lyngby-Taarbæk Kommune kan leve op til rammepapirets målsætninger for 2013. Se Status for Lyngby-Taarbæk Kommune i forhold til de enkelte målsætninger (bilag).

Økonomiske konsekvenser

Ingen.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at KKR's rammepapir vedrørende "Det nære sundhedsvæsen" godkendes.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. marts 2013

Godkendt.

3.

Orientering om lovændring af fritvalgsordningerne i tandplejen

Sagsfremstilling

Med henblik på at understøtte kommunal afbureaukratisering og bedre ressourceudnyttelse i kommunerne, har Folketinget forenklet reglerne på området for børne- og ungdomstandplejen samt i omsorgstandplejen. På den baggrund er der i Sundhedsloven i henhold til Lov om ændring af Sundhedsloven m.v. nr. 1259 af 18. december 2012 afskaffet muligheden for følgende:

1. fritvalgsordningen i privat praksis for 0-15 årige
2. den mellemkommunale betaling i børne- og ungdomstandplejen
3. fritvalgsordningen i omsorgstandplejen hos praktiserende tandlæge eller klinisk tandtekniker.

Baggrunden herfor er, at de tre fritvalgsordninger anvendes i yderst begrænset omfang. Det er regeringens opfattelse, at ordningerne medfører væsentlige administrative byrder for kommunerne i forbindelse med udbetaling af tilskud, som er u hensigtsmæssigt høje i forhold til antallet af patienter, som anvender ordningerne. Hertil kommer, at ordningerne også medfører udgifter for kommunerne i form af udbetaling af tilskud til behandling i privat praksis.

De administrative byrder ved den mellemkommunale fritvalgsordning i børne- og ungdomstandpleje er fjernet ved at afskaffe den mellemkommunale betaling, mens selve den mellemkommunale fritvalgsordning i princippet opretholdes. Modtager børn og unge tandpleje på en anden kommunes tandklinik, afholdes udgifterne hertil af behandlerkommunen.

I tilfælde, hvor det fagligt må anses for hensigtsmæssigt, at der tilbydes børn og unge under 18 år vederlagsfri tandpleje uden for bopælskommunen, kan en anden kommune dog som hidtil yde den af loven omfattede tandpleje samt efter aftale med bopælskommunen afkræve denne refusion for de hermed forbundne udgifter. Dette princip opretholdes jf. §129 i Sundhedsloven.

Konsekvenser for Tandplejen

Ad 1 . Alle forældre i Lyngby-Taarbæk Kommune, der havde valgt privat tandlæge til deres børn, modtog inden årsskiftet et brev fra Den kommunale Tandpleje med meddelelse om, at tilskuddet er bortfaldet og med tilbud om at vælge de kommunale klinikker. Ligeledes er alle aftaler med praktiserende tandlæger herom opsagt. Undtaget herfra er færdiggørelse af påbegyndte behandlinger.

I forbindelse med afskaffelse af fritvalgsordningen for de 0-15-årige er der indført en overgangsbestemmelse, som sikrer, at børn og unge, der modtager behandlende tandpleje i privat praksis under fritvalgsordningen, har ret til færdiggørelse af behandling. Dette har særlig betydning for større tandreguleringsbehandlinger, der er forhåndsgodkendt. Der vil derfor inden for de nærmeste 2-3 år stadig være udgifter til behandling i privat praksis, som skal afholdes af kommunens tandpleje. Der er ved udgangen af 2012 godkendt behandlingsaftaler for 11 børn til tandreguleringsbehandlinger hos privatpraktiserende specialtandlæger med en samlet restbetaling på ca. 70.000 kr. som skal afholdes i 2013-15.

Driftsmidlerne, der spares ved afskaffelse af 65 % refusion af tandlægeregningen hos praktiserende tandlæge, bibeholdes til færdiggørelse af påbegyndte behandlinger samt til udgiften vedrørende de børn og unge, der igen vælger at benytte det kommunal tandplejetilbud på kommunale klinikker og til klinikernes drift. Udgiften til fritvalg for de 0-15 årige udgjorde i 2012 50.000 kr. Midlerne hertil har været taget fra klinikernes driftsudgifter, idet der ved indførelsen af fritvalgsordningen i 2004 ikke blev tilført midler, da lovændringen dengang blev vurderet at være udgiftsneutral for kommunerne.

Ad 2 . Afskaffelse af den mellemkommunale betaling ved fritvalg mellem kommuner indebærer tab af indtægter for Tandplejen her, idet Lyngby-Taarbæk Kommunes Tandpleje er nettoimportør af patienter fra andre kommuner. Vi behandler således flere patienter fra omegnskommunerne, mens færre børn og unge fra Lyngby-Taarbæk Kommune vælger tandbehandling i andre kommuner. Nettogevinsten (mindreudgiften) var 50.000 kr. for 2011 og 70.000 kr. for 2012.

Da lovgivningen stadig giver mulighed for fritvalg over kommunegrænserne, kan der fremover aftales mellemkommunale ordninger, der kan være udgiftsneutrale for kommunerne. Der kan således træffes aftaler mellem kommunerne om at børn, der har valgt tandpleje i anden kommune, fortsætter i dette tilbud indtil tandplejetilbuddet ophører ved 18 års-alderen. Således har Gentofte Kommune meddelt, at de vil afholde udgiften ved fortsat at behandle de børn og unge fra andre kommuner, der har valgt tandplejetilbuddet i Gentofte, indtil tilbuddet ophører ved 18 års-alderen. Denne aftale kan gøres gensidig, således, at LTK Tandpleje tilbyder det samme for de børn fra Gentofte Kommune, der er i behandling her. Lyngby-Taarbæk Kommune behandler pt. 133 udenbys børn, mens 83 børn fra Lyngby-Taarbæk behandles i andre kommuner. Til orientering skyldes differencen fortrinvist, at Lyngby-Taarbæk behandler netto 45 børn fra Gladsaxe Kommune. Det skal fremover sikres, at ordningerne vil være udgiftsneutrale, og i et muligt omfang at undgå serviceforringelse ved ophævelse af nuværende aftaler. Der indgås p.t. ikke nye aftaler.

Sundhedslovens bestemmelse om, at en kommune kan afvise at modtage børn fra andre kommuner, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige hensyn, er opretholdt. Lyngby-Taarbæk Kommunes Tandpleje har af kapacitetsmæssige grunde hidtil

afvist børn fra andre kommuner, hvis de havde behov for en ressourcekrævende tandreguleringsbehandling. Fremover kan kommunen afvise børn med almindeligt behandlingsbehov med henvisning til opfyldt kapacitet.

Ad 3 . Fritvalgsordningen i omsorgstandplejen anvendes i yderst begrænset omfang og fjernelsen heraf vil derfor ikke have konsekvenser.

Økonomiske konsekvenser

De mellemkommunale ordninger aftales inden for Tandplejens budgetramme og lovændringen forudsættes at være udgiftsneutral.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at orienteringen om ændring af Sundhedslovens bestemmelser om fritvalgsordninger, herunder de økonomiske konsekvenser, tages til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. marts 2013

Taget til efterretning.

4.

Ændret ledelsesstruktur og besparelser på driften på Tandplejen

Sagsfremstilling

I forbindelse med budgetaftalen 2013-16 blev det besluttet som hensigtserklæring at reducere Tandplejen med i alt 300.000 kr. i 2013 og 200.000 kr. fra 2014 og årene frem, som følge af besparelser på ledelsesstrukturen og driften (jf. SU1). SU1 i handlekataloget 2013-16 peger på muligheden for at ændre ledelsesstrukturen med 125.000 kr. årligt, udskyde den løbende udskiftning af nedslidt udstyr i 2013 med et engangsbeløb på 100.000 kr., og en forventet nettogevinst på 75.000 kr. på baggrund af en stigende tilgang af børn fra andre kommuner, der vælger at modtage tandpleje i LTK.

Tandplejen har nedlagt stillingen som souschef, da den daværende souschef fratrådte efter aftale i sommeren 2012. Overtandlægen varetager fremover alene ledelsen i en model, hvor visse faglige og administrative opgaver delegeres til erfarne klinikledere. Stillingen er genbesat med behandlingstandlæge tre dage ugentligt, besat en dag ugentligt til de funktioner, som varetages af klinikledere, og stillingen er således reduceret med en dag ugentligt. Ledelsesopgaven er således koncentreret i større krav til overtandlægen. Besparelsen er på 125.000 kr. årligt.

Forvaltningen har endvidere peget på muligheden for at udskyde en del af den løbende udskiftning af nedslidt udstyr. Forslaget er begrundet i den forestående analyse vedrørende Tandplejens fremtidige struktur, der skal afklare antallet og placeringen af tandklinikker fremover. Tandplejens budget er reduceret med 100.000 kr. i 2013.

En ændring i Sundhedsloven har fra årsskiftet 2013 afskaffet den mellemkommunale betaling for børn og unge, der har valgt tandbehandling i andre kommuner end bopælskommunen. Der kan derfor ikke påregnes et provenu på 75.000 kr. årligt fra denne ordning. Se i øvrigt anden sag på dagsordenen herom.

Økonomiske konsekvenser

Der laves en vurdering af de økonomiske konsekvenser i forbindelse med 1. anslået regnskab.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at redegørelsen tages til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. marts 2013

Taget til efterretning

5.

Budgetaftalen 2013 - udbud af indkøbsordning på ældreområdet

Sagsfremstilling

I Budgetaftalen 2013 - 2016 indgår en hensigtserklæring om at arbejde videre med forslag om nyt udbud af indkøb- og udbringning af dagligvarer på ældreområdet.

Udbuddet forventes at give en årlig budgetreduktion på ca. 0,4 mio. kr. fra og med 2013 og frem. Budgetreduktionen forventes dels opnået gennem lavere priser i forhold til den nuværende kontrakt og dels ved at udvide indkøbsordningen til de borgere, der har valgt hjemmehjælp leveret af privat leverandør.

Den nuværende indkøbsaftale på frit valg området omfatter § 83 hjælp til dagligvareindkøb til borgere visiteret hertil. For nuværende samarbejder Kommunen med Supermarkedet Intervare om levering af dagligvarer til de borgere, der har valgt den Kommunale Leverandør.

Aftalen med Intervare fungerer ved, at Intervare ringer til borgerne, tager imod bestilling og efterfølgende leverer varerne til borgernes adresse. De dårligst fungerende borgere modtager desuden hjælp af hjemmehjælperne til at udfylde en indkøbsseddel, som hjemmehjælperne formidler videre til Intervare.

Borgere, der har valgt hjemmehjælp fra en privat leverandør, får indkøb leveret af den private hjemmehjælper.

Et nyt udbud vil medføre, at de borgere, der i dag får indkøb via privat leverandør af hjemmehjælp under godkendelsesmodellen, skal overgå til den samme type indkøbsydelse, som de borgere, der i dag har valgt Den Kommunale Leverandør, og derved får hjælp til indkøb gennem Supermarkedet Intervare. Det skal i denne sammenhæng nævnes, at borgerne har udtrykt stor tilfredshed med Intervares indkøbsmodel.

Kvalitetsstandard for indkøbsydelse vil derfor skulle ændres, således at personligt indkøb ikke længere indgår i indkøbsydelsen. Ændringen i kvalitetsstandard vil blive forelagt udvalget til godkendelse i forlængelse af resultatet af udbuddet. Forinden har ændringen i indkøbsydelsen været i høring i Seniorrådet.

Forvaltningen peger på, at indkøbsydelsen udbydes til to leverandører. Det forventes, at jo større marked, der udbydes til den enkelte leverandør, jo billigere

priser kan leverandørerne tilbyde. Samtidig tilgodeses borgerens mulighed for at kunne vælge mellem leverandører. Markedet for indkøbsydelsen er desuden forholdsvis specialiseret og kræver eget supermarked, callcenter, logistikkæde og transportkapacitet. Det er derfor begrænset, hvor mange leverandører der vil kunne løfte opgaven.

Forvaltningen vil tage kontakt til et par omkringliggende kommuner med henblik på at afdække om man ønsker at være med i udbuddet, inden udbudsmaterialet færdiggøres og offentliggøres. Udbuddet skal dog gennemføres hurtigt for at opnå besparelsen fra 2013.

Det har hidtil været hensigten at gennemføre udbuddet sammen med Gladsaxe Kommune, men grundet andre opgaver i Gladsaxe Kommunes administration vil et sådant samarbejde tidligst kunne igangsættes efter sommerferien.

Forvaltningen vil dog inden offentliggørelse af materiale påny tage kontakt til Gladsaxe Kommune om man ønsker at være med.

Kommunikation

Udbuddet offentliggøres når kravspecifikation er godkendt.

Økonomiske konsekvenser

Udbuddet indgår i hensigtserklæringerne for Budgetaftalen 2013 og forventes at give budgetreduktion på 0,4 mio. kr. årligt fra og med 2013 og frem.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår,

1. at forvaltningen udarbejder udbudsmateriale uden Gladsaxe Kommune
2. at forvaltningen tilpasser udbuddet til at omfatte udbud til to leverandører og fremlægger kravspecifikation til godkendelse af Social- og Sundhedsudvalget i juni.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. marts 2013

1. Godkendt
2. Godkendt

6.

Handlekatalog for Ældrestrategi

Sagsfremstilling

Den endelige ældrestrategi blev godkendt af Social- og Sundhedsudvalget den 16. januar 2013 samt af Kommunalbestyrelsen den 31. januar 2013. Ældrestrategien følges hermed op af et handlekatalog, der beskriver konkrete initiativer, der skal realisere visionerne og tankerne i strategien.

Handlekataloget beskriver konkrete initiativer foreslået af henholdsvis arbejdsgrupper og borgere på workshops og borgermøde i efteråret 2012. Initiativerne, der fremgår af handlekataloget, skal således ses som et bruttokatalog over forslag, der afspejler processen.

Som det fremgår af handlekataloget, har forvaltningen givet bemærkninger til initiativerne, med henblik på at understøtte udvalgets prioritering af initiativer. Bemærkningerne skal ses i lyset af implementeringen af paradigmeskiftet, det nære sundhedsvæsen og forskellige budgetpunkter.

Der er på nuværende tidspunkt ikke lavet økonomiske estimater på de enkelte initiativer, men det fremgår af kommentarerne til de enkelte initiativer, hvorvidt forvaltningen vurderer, om initiativerne er omkostningstunge, ressourcekrævende eller organisatorisk vanskelige at gennemføre. Intentionen hermed er at give et indtryk af de foreslåede initiativers realiserbarhed.

Når Social- og Sundhedsudvalget har taget stilling til, hvilke initiativer de ønsker at prioritere, vil forvaltningen give et bud på initiativernes økonomiske omkostninger og hvordan initiativet skal gennemføres.

Økonomiske konsekvenser

Udgifter til ældrestrategiprojektet afholdes inden for ældreområdetets rammer. Afhængig af udfaldet af de politiske drøftelser af handlekataloget og prioriteringen af forslag til konkrete initiativer, vil forvaltningen udarbejde et oplæg om de økonomiske konsekvenser. Finansiering af relevante initiativer vil samtænkes med udmøntningen af de 1,9 mio. kr. (nedjusteret fra 2,2 mio. kr, jf. sagen herom) til kvalitetsløft og aktiviteter på kommunens plejehjem. Samtidig foretages en vurdering af mulighederne for at omprioritere eksisterende ressourcer og /eller samtænke med andre eksisterende indsatser og udviklingsopgaver.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at der tages stilling til, hvilke initiativer udvalget ønsker at prioritere.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. marts 2013

Drøftet, idet handlekataloget sendes i høring i Handicaprådet og Seniorrådet

7.

Forslag til kvalitetsløft i ældreplejen - aktiviteter på områdecentrene

Sagsfremstilling

I januar blev udvalget forelagt en sag om bud på temaer for udmøntning af 2,2 mio. kr. til kvalitetsløft og aktiviteter, som er afsat i Budgetaftalen for 2013-16. Som det fremgår af sagen i januar, finansieres midlerne, ifølge budgetaftalen, ved at ensarte budgettildelingen mellem Lystoftebakken og de øvrige områdecentre (et såkaldt finansieringskryds). Det har efterfølgende vist sig, at det ikke er muligt at opnå rationalet på 2,2 mio. kr. på Lystoftebakken, idet de samlede ejendomsudgifter er steget med 0,3 mio. kr. i forhold til det oprindelige udgangspunkt. Dette er sket som følge af en genforhandling af af huslejebetingelserne mellem Lystoftebakkens bestyrelse og EGV-fonden. Rationalet udgør derfor nu 1,9 mio. kr. og et tilsvarende beløb vil kunne tilføres puljen til kvalitetsløft og aktiviteter på kommunens plejehjem. De afsatte 2,2 mio. kr. er derfor justeret i forhold til denne forudsætning, og den reelle pulje udgør nu 1,9 mio. kr., til kvalitetsløft og aktiviteter. Denne sag omhandler konkret forslag til udmøntning af puljen på baggrund af de temaer, udvalget besluttede, og i sammenhæng med Ældrestrategiens indsatsområder.

Udvalget prioriterede følgende indsatsområder til kvalitetsløft og aktiviteter:

- flere aktiviteter, arrangementer og "duft af mad"
- motion og træning for beboerne
- aktiviteter på tværs af generationer

Kommunalbestyrelsen godkendte desuden i januar 2013 den nye Ældrestrategi, der blandt andet indeholder indsatsområder i forhold til:

- øget inddragelse af borgerne
- styrkelse af de ældre borgeres it-kompetencer
- initiativer til understøttelse af samarbejdet med frivillige

Nærværende forslag til konkret udmøntning af puljen (bilag) tager udgangspunkt i ovenstående seks indsatsområder og i indhentet inspiration fra litteraturen samt egne og andres tidligere erfaringer om emnerne. I forslaget ligger, at der skal etableres faste strukturer omkring eksisterende og fremtidige aktiviteter på plejehjemmene og skabes tydelige succeskriterier i forhold til at sikre et minimum af aktiviteter på tværs af områderne, med henblik på at opnå et ensartet aktivitetsniveau. Målet er, at der minimum er:

- Motionstilbud for alle beboere to gange ugentligt
- Brunch jævnligt i alle afdelinger

- Aftenarrangementer 1 gang månedligt
 - Udflugter 4 gange om året
 - Weekendarrangementer 1 gang månedligt
 - Udendørsaktiviteter i sommermånederne 1 gang ugentligt
 - Aktiviteter på tværs af generationer mindst 1 gang månedligt
 - Særlige aktiviteter ved alle højtider og store begivenheder, fx ved valgaftener, kongelige begivenheder m.m.
 - Spontane aktiviteter ugentligt
 - Aktiviteter omkring brug af it
-
- Der skal på alle afdelinger arbejdes dagligt med at skabe trivsel i mad-situationer og medinddragelse i madlavning. Duft af mad og madkvalitet skal have et særligt fokus.
 - Der skal i alle afdelinger laves særlige aktivitetstilbud for særlige målgrupper (fx mænd, kvinder, demente beboere, somatiske beboere og beboere med særlige interesser)
 - Der skal i alle aktiviteter tænkes frivillige ind, det være sig børn/unge/voksne og ældre og der skal igangsættes en indsats i forhold til at rekruttere flere frivillige.

Forvaltningen peger på, at der med henblik på at løfte ovenstående opgaver etableres et aktivitets-/frivillighedsteam på tværs af plejehjemmene bestående af en aktivitets- og frivillighedskoordinator samt fire terapeuter. Teamet skal være ansvarlig for at iværksætte ovenstående aktiviteter, iværksætte en særlig indsats i forhold til rekruttering og fremtidig håndtering af brug af frivillige, samt at dokumentere og evaluere i forhold til målopfyldelse samt videreudvikle teamets indsatser. To områdeledere bliver ansvarlige for strategiske indsatsområder vedrørende madkvalitet og frivillighed på ældreområdet.

Kontrakten med BDO om de kommunale tilsyn skal fornys og i den anledning afventer Forvaltningen forslag til nyt tilsynskoncept fra BDO, som støtter op om principperne i det aktuelle paradigmeskift og kvalitetsløftet vedrørende aktiviteter på plejehjem. Der foretages i 2014 desuden en evaluering af beboernes oplevelse af trivsel og tilfredshed med aktivitetsniveau, indhold i aktiviteter og mad på plejehjemmene mv. Afrapporteringen skal indeholde dokumentation for, i hvilket omfang der er skabt aktiviteter som beskrevet, og om rekruttering af og tilfredshed blandt frivillige og faglige medarbejdere.

Kommunikation

Der udarbejdes kommunikation målrettet borgerne på hjemmesiden og via de relevante kanaler på ældrecentrene.

Økonomiske konsekvenser

Den i budgetaftale 2013-16 afsatte - og justerede - pulje til kvalitetsløft og aktiviteter fordeles med 0,45 mio. kr. til en aktivitets- og frivillighedskoordinator samt 1,45 mio. kr. til fire deltidsansatte ergoterapeuter. I alt anvendes 1,9 mio. kr.,

som afsat inden for rammen.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at

1. forslaget til udmøntning af pulje til kvalitetsløft og aktiviteter på plejehjem godkendes
2. afrapportering om implementering og opnåede resultater fremlægges i 1. halvår 2014.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. marts 2013

1. Godkendt
2. Godkendt

8.

Lean af drift på plejehjem

Sagsfremstilling

I forbindelse med budgetvedtagelsen for 2013 er det besluttet at gennemføre en LEAN-proces på driften af kommunens plejehjem. Beslutningen er defineret som en hensigtserklæring og der skal således arbejdes med udmøntning af en besparelse på 1. mio. kr. ved gennemgang og effektivisering af arbejds gange.

Forvaltningen peger på en proces, hvor hvert plejehjem primo 2013 udarbejder en handlingsplan for, i hvilke arbejds gange og organiseringer der kan arbejdes med LEAN-principper (bilag). De lokale handlingsplaner er forankret i de lokale MED-udvalg og forventes iværksat med udgangen af marts 2013.

I de lokale forslag er følgende emner for analyser og ændringer af arbejds gange defineret:

- medicin håndtering
- håndtering af administrative opgaver samt bestilling af varer
- intern transport af mad
- håndtering af tøjvask
- rengøring i boliger og fællesarealer ved brug af robotgulvvaskere og støvsugere, samt ved medinddragelse af beboere
- arbejdsfordeling i afdelingerne samt på tværs af afdelinger og dag, aften og nat
- brug af flyverfunktioner i stedet for vikarer
- borddækning og afrydning
- dosering af rengøringsmidler

De lokale MED-udvalg arbejder p.t. med at udarbejde tids- og handlingsplaner samt succeskriterier for ovenstående tiltag, og de forskellige indsatser vil blive iværksat af de ledere og medarbejdere, som er tættest på praksis. Opfølgning på processerne følges af de lokale MED-udvalg.

Kommunikation

De enkelte plejehjem kommunikerer tiltag og baggrund til beboerne via relevante kanaler.

Økonomiske konsekvenser

Opfølgning på de konkrete tiltag sker i forbindelse med den øvrige budgetopfølgning i 2013 samt ved udarbejdelse af en samlet status i september med

henblik på at skabe læring på tværs af centrene.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at de lokale forslag tages i anvendelse.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. marts 2013

Godkendt.

NOTAT
om
Gennemførelse af Lean af driften på plejehjem.

I forbindelse med budgetvedtagelsen for 2013 er det besluttet at gennemføre en LEAN-proces på driften af kommunens plejehjem. Beslutningen er defineret som en hensigtserklæring og der skal således arbejdes med konkrete arbejdsgangsanalyser med henblik på at opnå en mere effektiv ressourceudnyttelse og dermed evt. opnå en besparelse på 1 mio. kr.

Ledelsen i den Kommunale Leverandør(DKL) har indledningsvis drøftet, hvordan processen kan gennemføres og det er besluttet, at hvert center udarbejder en handlingsplan for, i hvilke arbejdsgange og organiseringer der kan arbejdes med LEAN-principper.

De lokale handlingsplaner er forankret i de lokale MED-udvalg og forventes iværksat med udgangen af marts 2013.

Det er ledere og medarbejdere på centrene, som gennemfører analyser og implementerer de konkrete forslag.

Der vil blive udarbejdet en status for processen og de opnåede resultater i september 2013.

Indholdet i de forskellige lokale forslag er følgende:

Virumgård:

På Virumgård er det besluttet, at

- gennemgang af administrative opgaver med henblik på at der i højere grad gøres brug af eksisterende elektroniske IT-systemer.
- gennemføre analyse af arbejdsgange vedr. vask af beboernes tøj
- gennemføre analyse af arbejdsgangen vedrørende transport af mad fra køkkenet til Irismarken.
- håndtering af medicindosering gennemgås med henblik på at indføre maskinel dosisdispensering hos de borgere, som har en stabil medicinering.

Solgården:

På Solgården er det besluttet, at

- gennemgå arbejdsgange i alle rengøringsydelser i plejehjemmets boliger med justering af hjælpen i forhold til gældende kvalitetsstandard og en omlæggelse rengøringen i boligerne.

Dette sker blandt andet ved indkøb af gulvvaskere og robotstøvsugere samt ved en logistisk systematisering af ydelserne ved brug elektronisk planlægning.

- Hidtil har arbejdsgangen på afdelingerne været, at medarbejderne på plejehjemmet har været tilknyttet én enkelt afdeling.

Der arbejdes med at etablere tværgående teams således, at medarbejderne fremover tilknyttes én bygning med flere afdelinger således at, der skabes en større fleksibilitet og et mindre ressourceforbrug f. eks. ved brug af færre vikarer.

Lykkens Gave:

Med udgangspunkt i det ny paradigme " Aktivitet og træning i hverdagen" har ledere og medarbejdere besluttet, at

- medinddrage og ansvarliggøre nogle af beboerne i daglige praktiske opgaver som f. eks. borddækning, afrydning samt frem og tilbagebringning af service.
- arbejdsgange vedr. frem og tilbagebringning af vasketøj vil ligeledes være et fokusområde for at medinddrage beboerne mere i håndteringen af eget tøj
- rengøringen i plejeboligerne vil i højere grad blive gjort i et samarbejde med beboerne.

Bredebo:

På Bredebo er det besluttet at arbejde med

- gennemgang af arbejdsgange i dag, aften og nattevagt med henblik på at udnytte disse medarbejders kompetencer bedre ved at omlægge arbejdsgange vedr. medicindosering således, at doseringsydelserne fordeles spredt over de tre vagter
- gennemgang af arbejdsgang vedr. medicindosering, som af og til udløser, at der må efterdoseres medicin. Arbejdsgangen vil blive omlagt således, at dette ikke længere vil være nødvendigt, ved at sørge for, at der i første omgang bestilles og doseres tilstrækkelig medicin i forhold til det planlagte
- ved åbning af det ny Bredebo vil en anden arbejdsgang i forbindelse med tøjvask blive tilrettelagt

Borrebakken:

På Borrebakken har arbejdsgange vedr. planlægning af dagens opgaver været gennemgået og det er besluttet, at

- alle medarbejdere hver morgen mødes ganske kort og systematiserer dagens arbejde.
- opgaver som f. eks. bestilling af varer, kontakt til pårørende m.m. vil blive lagt i faste rammer, hvilket vil skabe en mere effektiv ressourceudnyttelse.
- arbejdsgangen vedr. tøjvask ændres således, at medarbejdere vasker tøj i afdelingerne og ikke ved en rengøringsmedarbejder i vaskeriet

Baunehøj:

På Baunehøj har ledelsen og medarbejderne gennem de sidste par år arbejdet med elementer for værdibaseret LEAN, hvor de bl.a. har vægtet

- meget høj grad af medarbejderindflydelse i forhold til fordeling af personaleresourcer ud fra givne rammer, samt planlægning af arbejdsrutiner i alle vagter.

Personalet møder på vagt i ét helt hus med flere afdelinger og planlægger sammen fordelingen af ressourcer på de enkelte etager ud fra belastningsgraden på etagerne.

- hver gruppe tilknyttes en gruppe af "flyvere", som fordeles ud i husene alt efter belastningsgraden.

I dag er det en integreret del af personalets arbejde at se plejehjemmet som en helhed og ikke i enkelte afdelinger og det er blevet en rutine at arbejde med nye tiltag i arbejdsgrupper på tværs af husene.

Lystoftebakken:

På Lystoftebakken er i MED-udvalget besluttet, at

- arbejde med en gennemgang af arbejdsgang vedrørende rengøringsydelser
Effektiviseringen af ydelsen sker i rengøringsgruppen på tværs af boliger 3 afdelinger og opgaver på fællesarealer.
- i højere grad gøre brug af gulvvaskemaskiner og flere robotstøvsugere samt rygsækstøvsugere på gangarealer og store opholdsrum, vil mere effektiv ressourceudnyttelse opnås.
- indføre brug af doseringsanlæg til forebyggelse af overforbrug af rengøringsmidler.

Processen:

De lokale MED-udvalg er i gang med at udarbejde konkrete tids- og handlingsplaner samt succeskriterier for ovenstående tiltag og de forskellige tiltag vil blive iværksat af de ledere og medarbejdere der er tættest på praksis.

Opfølgning sker på de konkrete tiltag sker ved de planlagte budgetmøder i 2013 samt ved en samlet status i august 2013 med henblik på at skabe læring på tværs af områderne, samt vurdere om en besparelse er mulig.

Redegørelse om tilsyn på plejehjem i Den Kommunale Leverandør 2012.

Sagsfremstilling

Der er i 2012 gennemført to tilsyn på områdecentre og lokalcentre. Tilsynene er et sundhedsfagligt uanmeldt tilsyn ved embedslægerne, Sundhedsstyrelsen, og et uanmeldt kommunalt tilsyn ved BDO Kommunernes Revision. Afviklingen af tilsynene sker i vilkårlig rækkefølge hen over året med efterfølgende udarbejdelse af en tilsynsrapport for det pgl. områdecenter og lokalcenter. De enkelte tilsynsrapporter tilgår institutionerne såvel som forvaltningen.

I 2012 har Områdecenter Baunehøj, Områdecenter Lystoftebakken, Områdecenter Virumgård, Lokalcenter Borrebakken og Lokalcenter Lykkens Gave modtaget sundhedsfagligt tilsyn. Områdecenter Bredebo, Områdecenter Solgården og demensenheden på Møllebo har ikke modtaget sundhedsfaglige tilsyn jf. embedslægens beslutning fra tilsynet i 2011, hvor forholdene på de nævnte områdecentre blev fundet tilfredsstillende. Områdecenter Virumgård, Områdecenter Solgården, Områdecenter Bredebo, Områdecenter Baunehøj, Områdecenter Lystoftebakken, Lokalcenter Borrebakken og Lokalcenter Lykkens Gave har alle modtaget kommunalt tilsyn, jf. tilsynsrapporterne 2012 for de enkelte plejehjem fra både BDO og Embedslægen (bilag), og "Årlig redegørelse for uanmeldte kommunale tilsyn med pleje- og aktivitetscentre 2012" fra BDO (bilag) samt den lovpligtige samlede "Redegørelse for de sundhedsfaglige tilsyn og de kommunale tilsyn 2012" udarbejdet af Forvaltningen (bilag). Den samlede årlige redegørelse fra embedslægerne er endnu ikke tilgået Center for Træning og Omsorg. Redegørelserne og rapportererne udsendes til Seniorrådet med høringsfrist 1. april 2013.

De kommunale tilsyn ved BDO i 2012 viser, at plejehjemmene generelt lever op til såvel lovgivningens krav som Lyngby-Taarbæk Kommunes kvalitetsstandarder, interne vedtagelser, retningslinjer, instrukser og værdier samt alment sundhedsfaglige vedtagelser.

Der er ved tilsynet vurderet, at områdecentrene i Lyngby-Taarbæk Kommune samlet set fungerer tilfredsstillende og er i overensstemmelse med det serviceniveau og værdigrundlag, som er politisk vedtaget.

De sundhedsfaglige tilsyn udført af embedslægerne konkluderer, at ledelse og medarbejdere fortsætter deres samarbejde med at følge Sundhedsstyrelsen

anbefalinger fra året før.

Ved tilsynet på tre områdecentre blev alle, eller næsten alle, krav opfyldt. På de resterende to områdecentre blev det imidlertid konkluderet, at indsatsen ikke helt havde haft den forventede effekt. På det ene områdecenter var kravene om medicinbehandling opfyldt, men dokumentationen om patientrettigheder og opfølgning på pleje- og behandlingstiltag må styrkes. På de to områdecentre kunne embedslægen bede om opfølgende tilsyn, men afvigelserne blev vurderet til at være af en sådan karakter, at et opfølgende tilsyn ikke var påkrævet.

Den ledelsesmæssige opfølgning sker ved følgende procedurer:

1. Efter modtagelse af tilsynsrapporten på det enkelte plejehjem udarbejder den lokale ledelse en ledelsesmæssig opfølgning på det enkelte plejehjem.
2. Den lokale ledelse retter øjeblikkeligt op på krav af lokal karakter.
3. Den lokale ledelse udarbejder handlingsplaner på embedslægens eventuelle opfordring.
4. Ledelsen i Den Kommunale Leverandør definerer tværgående indsatsområder med baggrund i tilsynsrapporterne.
5. Ledelsen udarbejder handlingsplaner for de tværgående indsatsområder hos Den Kommunale Leverandør. Dette arbejde er allerede igangsat.

Kommunikation

Rapporterne sendes i høring i Seniorrådet og fremlægges for beboere og pårørende lokalt på de faste stormøder.

Økonomiske konsekvenser:

Opgaven løses inden for allerede fastsatte rammer.

Beslutningskompetence

Social- og sundhedsudvalget.

Indstilling:

Forvaltningen foreslår, at

1. de årlige tilsynsrapporter for 2012 tages til efterretning og sendes til høring i Seniorrådet
2. den ledelsesmæssige opfølgning på kommunens plejehjem sættes i værk.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. marts 2013

1. Taget til efterretning
2. Godkendt

10.

Kvalitetsopfølgning på madservice

Sagsfremstilling

Social- og Sundhedsudvalget vedtog i september 2010 krav til kvalitetsopfølgning på madområdet i Lyngby-Taarbæk Kommune. I denne sag fremlægges kvalitetsopfølgningen for 2012 for kommunens tre madleverandører: KRAM Madservice, Din Private Kok samt Den Kommunale Madservice.

Kommunen har indgået aftale med de 3 leverandører af madservice, hvoraf det fremgår, at leverandørerne forpligter sig til at fremsende følgende:

1. Fødevaretilsynets kontrolrapporter for hele året. Såfremt der er givet anmærkninger i kontrolrapporter fra tilsynet i løbet af året, skal der knyttes en kommentar til dette om leverandørernes opfølgning i forhold til anmærkningen.
2. Kort beskrivelse af aktuelle egenkontrollsystem, samt nye tiltag i den forbindelse i løbet af året 2012.
3. Afrapportering af tiltag for sikring af hygiejne på produktionsstedet/stederne, herunder arbejdsgange og eventuel intern/ekstern kontrol ud over Fødevaretilsynet.
4. Afrapportering af tiltag i forhold til sikring af madens kvalitet.
5. Resultater af eventuelt afholdte brugerundersøgelser.
6. Oversigt over indløbne henvendelser (klager) i løbet af året, herunder hvad klagerne vedrørte.

Som et supplement til ovenstående har Lyngby-Taarbæk Kommune i samarbejde med leverandørerne etableret et Madpanel, som består af brugere, repræsentanter fra Seniorrådet og Ældresagen samt en visitator og en ernæringssygeplejerske. Formålet med panelet er at prøvesmage den kommunale ældremad, for herigennem at sikre madkvaliteten.

De konkrete resultater af kvalitetsopfølgningen for 2012 fremgår af "Notat om opfølgning af kvaliteten på madområdet" (bilag). Af notatet fremgår det af Fødevarestyrelsens rapporter (smileyordningen) at:

- Din Private Kok (DPK) ved sidste kvalitetsopfølgning havde en elitesmiley. Denne er fastholdt på de første tre besøg i 2012. På den seneste rapport i december 2012 har DPK fået indskærpet, at virksomheden skal overholde almindelige hygiejnebestemmelse. DPK har imidlertid klaget over afgørelsen, og afventer behandling af sagen. Fastholdes indskærpelsen mister DPK sin elitesmiley.
- KRAM Madservice har i oktober 2012 fået en elitesmiley, da der ikke har

været nogen anmærkninger ved de seneste fire rapporter.

- Den Kommunale Madservice (DKM)s produktionskøkken har fortsat en elitesmiley, da der ikke har været nogen anmærkninger ved de seneste fire rapporter.

Madens kvalitet i form af smag, konsistens og udseende bliver fulgt og kontrolleret hos de tre leverandører blandt andet gennem registrering af klager. Endvidere har kommunens Madpanel vurderet maden. Det er forvaltningens samlede vurdering, at den ydelse, der leveres på madområdet, er tilfredsstillende for alle leverandørers vedkommende.

Madpanelet indkaldes til to prøvesmagninger om året, på et af områdecentrene i Lyngby-Taarbæk Kommune. Den første prøvesmagning blev afholdt som planlagt i august 2012 på områdecentret Virumgaard. Den planlagte prøvespisning i november 2012 blev imidlertid udskudt efter aftale med Madpanelet og gennemført i februar 2013. På samme møde blev de to prøvesmagninger evalueret. Tilbage meldingen fra Madpanelet er, at man ønsker at fortsætte med de fælles prøvesmagninger, da det også giver samvær omkring prøvespisningen. Der er aftalt prøvespisning i juni og november 2013.

Økonomiske konsekvenser

Kvalitetsopfølgningen er foretaget inden for ældreområdetets rammer.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår at orientering om opfølgning af kvalitet på madområdet tages til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. marts 2013

Taget til efterretning.

11.

Meddelelser til udvalgets medlemmer marts 2013

.

1. Status for arbejdet med Helhedsplan for socialpsykiatrien

Budgetaftalen for 2013-16 indeholder aftale om dels en styrkelse af det psykiatriske område med fokus på forbedret samarbejde med distriktspsykiatrien, dels en tilpasning/omlægning af pladser i socialpsykiatrien, med mulighed for evt. helhedsplan på sigt samt en hensigtserklæring om, at der igangsættes et initiativ vedrørende "videre arbejde med helhedsplan for socialpsykiatrien" (HA9).

Der gives her en status for arbejdet med helhedsplanen, som vil indeholde konkrete bud på håndtering af både forbedret samarbejde med distriktspsykiatrien samt konkrete bud på tilpasning/omlægning af pladser i socialpsykiatrien. Helhedsplanen for socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk Kommune forventes at være klar til politisk behandling og høring i brugerorganisationerne i foråret 2013.

Der er nedsat en arbejdsgruppe for projektet bestående af ledere og medarbejdere fra de socialpsykiatriske botilbud og forvaltningen. Projektarbejdsgruppen har indtil nu afholdt 6 møder og et seminar for en bredere deltagerkreds med det formål, at indhente inspiration og viden til processen med at udvikle helhedsplanen.

Første fase i arbejdsgruppens arbejde har drejet sig om at skabe et fælles fagligt og værdimæssigt grundlag på tværs af de socialpsykiatriske tilbud og på tværs af myndighed og leverandører. Dette fælles ståsted danner nu grundlag for arbejdsgruppens aktuelle arbejde med at udvikle en overordnet vision og nogle mere konkrete målsætninger for socialpsykiatrien på kort og længere sigt. Den overordnede vision drejer sig om recovery, rehabilitering, social inklusion og forebyggelse, mens de kort- og langsigtede målsætninger udvikles ud fra vidensbaseret praksis om, brugerinddragelse, inddragelse af netværk, fleksible og individuelle ydelser og sammenhæng og helhed i indsatsen.

Arbejdsgruppen kortlægger desuden de nuværende interne og eksterne tilbud til kommunens borgere, og der foretages en afdækning af borgernes behov for indsatser. Kortlægningen af tilbud og borgernes behov skal være med til at skabe grundlag for politisk beslutning om tilpasning og omlægning af botilbud, bedre kapacitetsudnyttelse, øget koordination og fleksibilitet i tilbuddene samt udvikling af mulighederne for at flere borgere kan få tilbud lokalt i kommunen.

Under projektarbejdsgruppen er der nedsat to underarbejdsgrupper om særligt krævende målgrupper henholdsvis

- unge med sindslidelse og andre alvorlige psykiske problemer og
 - voksne med kombinationsproblemstillinger som for eksempel sindslidelse/misbrug, sindslidelse/fysisk handicap og ældre sindslidende.
- Disse underarbejdsgrupper har til formål at afdække de særlige målgruppers karakteristika og behov for socialpsykiatriske og andre offentlige og private indsatser. Underarbejdsgruppernes bidrag vil indgå i den samlede helhedsplan.

Projektarbejdsgruppens arbejde vil konkret udmønte sig i tre forskellige dokumenter:

1. En beskrivelse af aktuell faglig viden om mulighederne for at komme sig fra psykiske lidelser og om hvilke metoder og indsatser der kan hjælpe mennesker med at komme sig. Der er tale om en dynamisk teori- og metodeforståelse, som løbende må være i forandring, så den relaterer sig til den til enhver tid aktuelt bedste viden indenfor området. Dokumentet vil være målrettet fagpersoner indenfor socialpsykiatrien, men kan naturligvis også læses af brugere, pårørende eller andre interesserede som ønsker viden om, hvilket fagligt grundlag socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk Kommune er baseret på.
2. En helhedsplan som beskriver visioner og overordnede målsætninger på området samt konkrete målsætninger i forhold til indsatsen overfor forskellige målgrupper indenfor socialpsykiatrien. Helhedsplanens visioner og overordnede målsætninger vil angive den retning socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk Kommune skal bevæge sig i de kommende år. Planens mere konkrete målsætninger skal danne udgangspunkt for tilpasning af de nuværende kommunale og selvejende tilbud til de forskellige målgrupper med det formål, at kommunen kan yde de bedst mulige, individuelt tilpassede tilbud til borgerne indenfor de lovgivningsmæssige og økonomiske rammer der er på området.
3. En implementeringsplan som indeholder de prioriteringer, konkrete aktiviteter og tidsplaner der skal understøtte og sikre at helhedsplanens målsætninger på kort og længere sigt forfølges og effektueres. Implementeringen af helhedsplan vil ligeledes indeholde tilpasning/omlægning af pladser i socialpsykiatrien samt en konkretisering af et forbedret samarbejde med distrikpsykiatrien.

2. Behandling af sag vedrørende førtidspension

Social- og sundhedsudvalget anmodede i februar om et notat, der belyser forretningsgangen og afgørelseskompetence omkring førtidspension. Notat herom vedlagt (bilag).

3. Sag om Beskæftigelse og sundhed

Sagen har været behandlet i økonomiudvalget i februar 2013, jf. protokol og bilag til sagen (bilag).

4. Kommende sager

Hensigtserklæring: Undersøgelse af udviklingen i serviceniveauet og effektiviseringspotentialet i Tandplejen er en del af budgetaftalen og planlagt til forelæggelse i marts. Sagen er imidlertid delt op, i og med at udviklingen af serviceniveauet er redegjort for i januar 2013, mens effektiviseringspotentialet redegøres for i sammenhæng med en analyse af muligheden for sammenlægninger af klinikker i efteråret 2013.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. marts 2013

Taget til efterretning.

Social- og Sundhedsforvaltningens møde den 06-03-2013

Sag nr. 1

Bilag 1 – sammenfatning

Bilag 2 – notat udmøntning budgetaftale

Bilag 3 – notat LTKs sundhedsforbrug

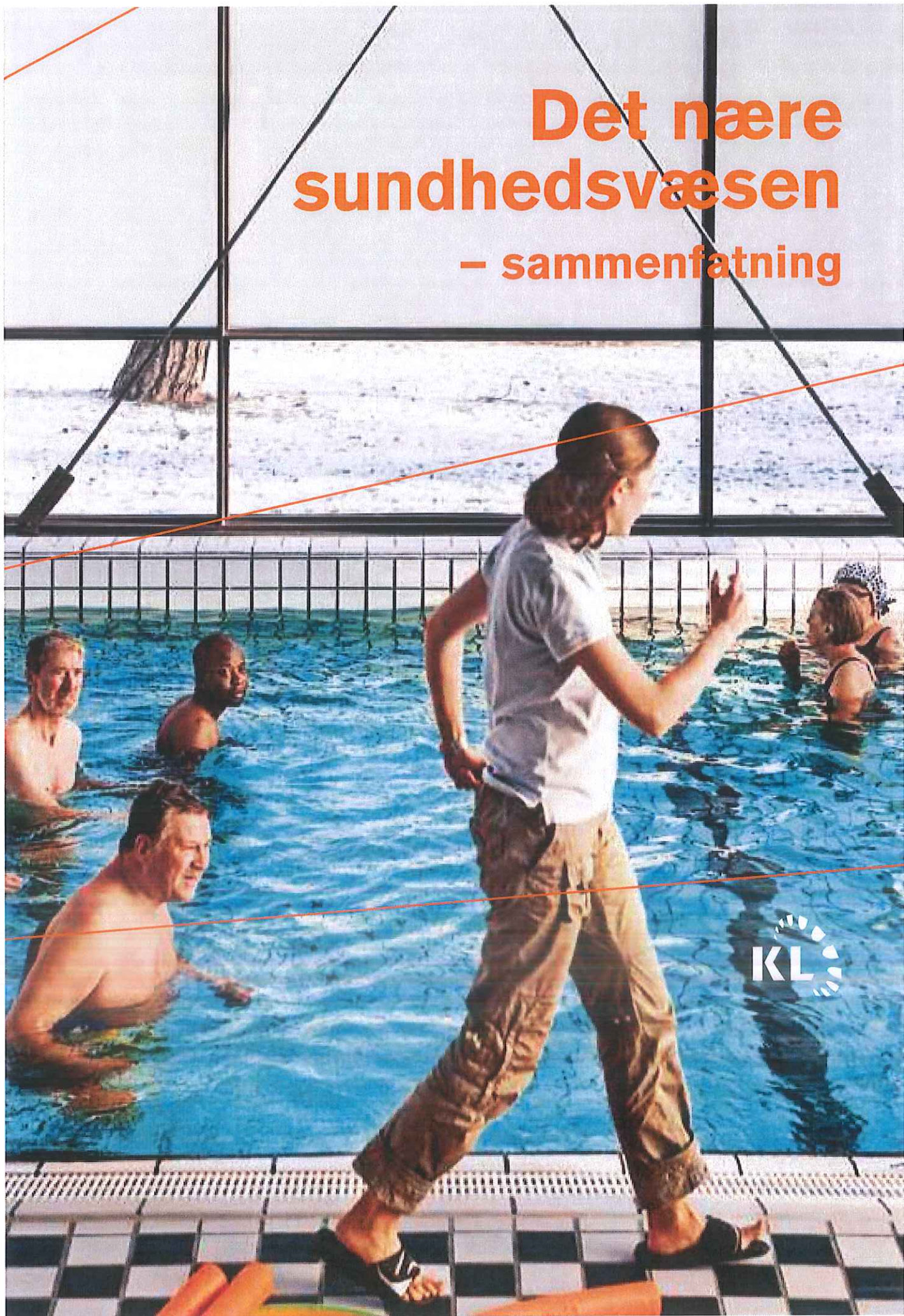
Bilag 4 – KKR Hovedstaden

Bilag 5 – notat indsatser sundhedsområdet

Bilag 6 – Region Hovedstaden

Bilag 7 – referat KLs sundhedskonference

Det nære sundhedsvæsen – sammenfatning



Forord

Hvordan skal vi indrette vores sundhedsvæsen, så vi får mest sundhed for pengene? Det er et spørgsmål, som flere og flere er optagede af, ikke mindst i en situation med økonomisk smalhals de næste mange år. KL og kommunerne har et bud på svaret i dette udspil om det nære sundhedsvæsen. For der er god grund til at lede efter nye svar.

Trods en markant stigning i de ressourcer, der hvert år bliver brugt på sundhedsvæsenet, så halter danskernes folkesundhed fortsat langt efter de øvrige nordiske lande. Og vi har ikke råd til fortsat blot at øge udgifterne til den specialiserede behandling på sygehusene. Derfor er det nødvendigt at forebygge, at så mange danskere får brug for behandling

Kommunernes bud på en ny sundhedspolitik tager udgangspunkt i, at der er brug for at vende den hidtidige logik på

Det nære sundhedsvæsen

© KL 2012

Tekst: KL

Grafisk design: Karen Krarup

Foto: Thomas Søndergaard

Tryk: Rosendahls-Schultz Grafisk A/S

ISBN: 978-87-92907-02-8

ISBN: 978-87-92907-03-5-pdf

hovedet. Der er brug for at satse på en forebyggelsesfilosofi frem for en indlæggelsesfilosofi, og der er brug for at integrere sundhed i ældrepleje, beskæftigelsesindsats, daginstitutioner og skoler. Det vil kræve, at det nære sundhedsvæsen prioriteres på en helt anden måde end hidtil.

Sundhedsfremme og forebyggelse skal være et centralt element i en ny sundhedspolitik. Der er brug for klare mål og større ambitioner, hvis vi skal sikre befolkningen et langt og produktivt liv.

Det handler om langt mere end borgerrettet forebyggelse. Med flere ældre og flere med kroniske sygdomme vil der i stigende omfang være behov for nære sundhedstilbud til dem, der bliver syge. For det giver ikke mening at indlægge og behandle alle på specialiserede og ofte fjerntliggende sygehuse. Borgerne skal i videst muligt omfang behandles i deres

nærområde af kommunerne og almen praksis – i det nære sundhedsvæsen. Det skal forebygge indlæggelser og medvirke til, at ressourcerne anvendes bedre.

Vi vil have et bedre og mere omkostningseffektivt sundhedsvæsen. Derfor skal flere opgaver løses i det nære sundhedsvæsen. Det forudsætter, at regeringen og Folketinget er indstillet på en omprioritering af ressourcerne. Kommunerne er klar til at tage ansvar og kommer nu med et samlet bud på, hvordan vi kommer videre i arbejdet for et sundere Danmark.

God læselyst!

Jan Trøjborg
Formand

Kristian Wendelboe
Administrerende direktør

Sammenfatning

Formålet med dette udspil er at skitsere en strategi for etableringen af et stærkt nært sundhedsvæsen. Udspillet vil være et pejlemærke for KL og kommunernes arbejde på sundhedsområdet i de kommende år og danne grundlag for den fremadrettede dialog med staten og regionerne om fremtidens nære sundhedsvæsen.

For at sikre mest mulig sundhed for pengene er der behov for en ny satsning på at forebygge indlæggelser. Derfor skal der langt mere fokus på den rehabiliterende og patientrettede forebyggelse og på at styrke den specialiserede sygeplejeindsats. Det vil betyde, at flere kan hjælpes derhjemme og i det nære, og at færre får behov for at blive indlagt eller genindlagt. Det frigør ressourcer i sygehusvæsenet.

Udspillet giver en række bud på, hvordan man i det nære kan udvikle sammenhængende rehabiliterings- og sygeplejeydelser, og peger på, hvordan samarbejdet mellem kommunerne og almen praksis samt sygehusene kan udvikles med henblik på at løse sundhedsopgaven mere effektivt. Desuden understreger

udspillet nødvendigheden af, at de nære sundhedsydelser tænkes sammen med tilgrænsende velfærdsområder som ældrepleje, socialpsykiatri, beskæftigelsesindsatsen, daginstitutioner og skoler.

Visionen for det nære sundhedsvæsen

KL og kommunerne har en vision om at udvikle et nært sundhedsvæsen, hvor kommuner på tværs af forvaltningsområder arbejder sammen med almen praksis om at give danskerne *et sundere, længere liv, som leves aktivt og produktivt uden sygdom og begrænset funktionsevne.*

Visionen for det nære sundhedsvæsen

Det nære sundhedsvæsen:

- Er borgerens indgang til sundhedsvæsenet
- Fremmer borgernes sunde livsstil og forebygger sygdom
- Forebygger indlæggelse gennem levering af almen og specialiseret sygepleje, genoptræning, rehabilitering og selvtræning
- Understøtter behandling af borgeren i og nær borgerens eget hjem
- Understøtter borgerens mulighed for at tage hånd om egen sygdom, blandt andet gennem brug af uddannelse og moderne teknologi
- Skaber sammenhæng mellem kommuner, almen praksis og sygehusvæsenet for at sikre sammenhæng i patientforløb
- Arbejder evidensbaseret og kvalitetsorienteret.

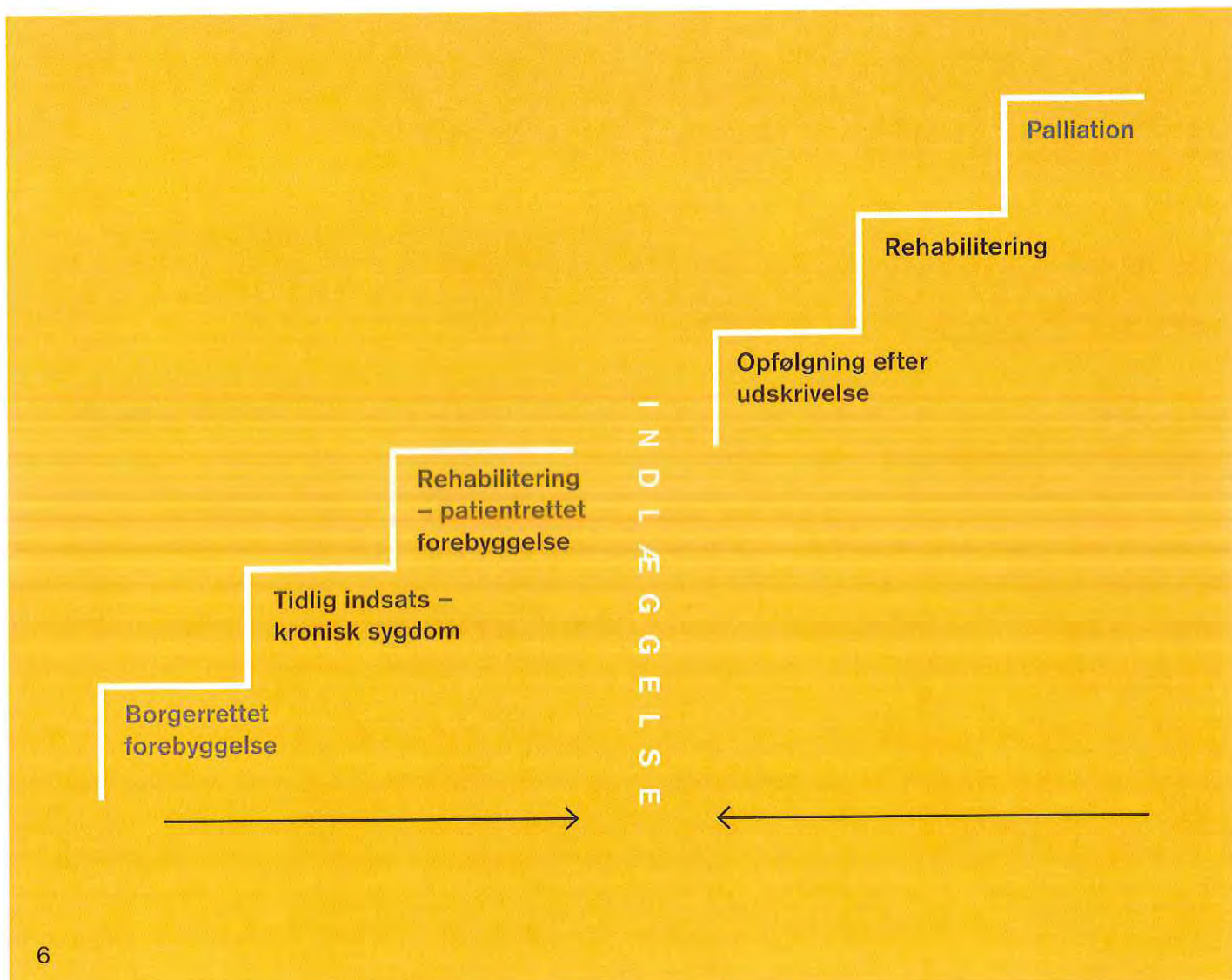
Et sundt liv starter hos borgeren selv – i borgerens dagligdag og nærmiljø. Derfor er kommunerne også det naturlige udgangspunkt for det nære sundhedsvæsen. Kommunerne har mulighed for at levere sammenhængende tilbud på tværs af velfærdsområderne, hvilket ikke alene forbedrer borgernes sundhed, men også sikrer, at borgere med sygdom kan komme hurtigt tilbage til arbejdslivet og familielivet. Samtidig har kommunerne – i samarbejde med almen praksis – en unik mulighed for at aflaste sygehusene gennem patientrettede rehabiliteringstilbud i borgerens nærmiljø.

Styrket fokus på den patientrettede og rehabiliterende indsats

Mange opfatter kommunernes sundhedsindsats som synonym med borgerrettet forebyggelse, der blandt andet omfatter strukturelle indsatser og tilbud i forhold til kost, rygning, alkohol og motion. Men kommunernes sundhedsindsats er langt mere end det. Mange kommuner arbejder i dag med at udvikle patientrettede indsatser, der fungerer som egentlige

alternativer til indlæggelser og genindlæggelser, ligesom der arbejdes med rehabiliterende indsatser i alle dele af sygdomsforløbene.

Nedenfor er de forskellige typer af kommunale indsatser og deres tilkobling til en eventuel indlæggelse på sygehuset illustreret.



Omprioritering inden for de eksisterende økonomiske rammer

Foruden at illustrere bredden i de kommunale sundhedsopgaver illustrerer figuren også, at kommunernes indsatser kommer tættere og tættere på selve indlæggelsen (illustreret ved pilene). Jo flere med kronisk sygdom, jo flere ældre medicinske patienter og jo kortere indlæggelsestider, desto større bliver behovet for, at kommunernes aktiviteter i grænselandet til sygehusvæsenet styrkes. Det handler om tidlig opsporing af borgere med kronisk sygdom, hverdagsrehabilitering og rehabiliterende patientrettet forebyggelse. Og det handler om den specialiserede sygeplejefaglige opfølgning og den brede genoptrænings- og rehabiliteringsindsats, der skal tage hånd om borgerne, der udskrives hurtigere fra sygehuset. Samtidig skal kommunerne stadig have fokus på sundhedsfremme og den borgerrettede forebyggelse, ikke mindst børn og unges sundhed, så sygdom og behov for sundhedsydelser i videst muligt omfang reduceres fremadrettet.

Som følge af blandt andet den demografiske udvikling vil der i fremtiden være et betydeligt pres på udgifterne i sundhedsvæsenet. Med den aktuelle samfundsøkonomiske situation vil der imidlertid ikke være mulighed for at imødegå udgiftspreset med udgiftsstigninger i samme omfang som tidligere. Derfor vil der være et stort behov for at forebygge indlæggelser og for at udvikle sundhedsvæsenet, så opgaverne løses på laveste effektive omkostningsniveau (LEON).

Kommunerne ønsker et bedre, ikke et dyrere sundhedsvæsen. Skal sundhedsudgifterne nedbringes eller bare holdes konstante, er der behov for en omstilling af sundhedsvæsenet. En omstilling, der kræver, at sygehuse, praktiserende læger og kommuner arbejder sammen om at nedbringe indlæggelsesfrekvensen.

En sådan omstilling forudsætter en omprioritering af ressourcerne i det samlede sundhedsvæsen og en nyindretning af incitamenterne. Finansieringsmodellen bør indrettes, så den tilskynder til at reducere indlæggelsesfrekvensen og aflaste sygehusene med alternative og billigere indsatser i det nære sundhedsvæsen.

Kvalitet i det nære sundhedsvæsen

Den styrkede rolle på sundhedsområdet forpligter. Kommunerne må derfor i lighed med den øvrige del af sundhedsvæsenet løbende udvikle kvaliteten og standardisere ydelserne på tværs af landet.

Det bør ske, når der er evidens for, at bestemte måder at løse opgaver på giver den bedste effekt.

Kommunerne ønsker at intensivere kvalitetsarbejdet, så borgerne, uanset hvor de bor, kan forvente sundhedsydelser af høj kvalitet. Konkret vil kommunerne arbejde ud fra følgende målsætninger:

- *Kommunerne vil samarbejde for at skabe tilstrækkeligt befolkningsunderlag til, at opgaver kan løftes til det rette kvalitetsniveau.*
- *Kommunerne ønsker at arbejde efter standarder og kliniske retningslinjer på områder, hvor der er evidens.*
- *Kommunerne vil arbejde mere systematisk med at dokumentere og evaluere effekten af de kommunale indsatser på sundhedsområdet.*
- *Kommunerne ønsker, at staten og universiteterne prioriterer forskningen i de nære sundhedsydelser højere.*

Den ældre medicinske patient

Kommunerne ønsker, at en langt større del af indsatsen over for de ældre medicinske patienter løftes i det nære sundhedsvæsen. Både fordi det er til gavn for borgerne, og fordi det er billigere for samfundet. Der er i dag en række opgaver, der flytter fra sygehuse til kommuner som følge af udviklingen på sygehusene.

Kommunernes vision er, at de ældre medicinske patienter i højere grad plejes og behandles i det nære sundhedsvæsen. Mange ældre medicinske borgere kan behandles i eget hjem, og det vil ofte være et bedre tilbud for dem, da de undgår transport, ventetider og eventuelt indlæggelser. En stærk behandling af ældre medicinske patienter skal blandt andet sikres gennem specialiserede sygeplejefunktioner, rehabilitering og egenomsorg, brug af telemedicin samt samarbejde mellem sygehus, kommuner og almen praksis om tilbud i nærmiljøet med inddragelse af lægefaglig kompetence mv.

Hvis denne vision skal indfries, kræver det en ny prioritering. Der er behov for på langt mere systematisk vis at prioritere de nære sundhedstilbud og dermed spare de ældre medicinske patienter for dyre, unødvendige (gen)indlæggelser, som hverken de ældre eller samfundet har gavn af. Det er et fælles ansvar for politikere i staten, regionerne og kom-

munerne, hvis det skal lykkes. Efter KL's opfattelse vil det kræve, at nedenstående anbefalinger indfries:

- *Alle kommunerne skal have en styrket indsats i forhold til de ældre medicinske patienter.*
- *Der skal etableres flere forsøg med shared care-modeller, hvor kommuner, almen praksis og sygehuse arbejder sammen.*
- *Kommunerne skal systematisk arbejde sammen med almen praksis om de ældre medicinske patienter.*
- *Kommunerne skal øge anvendelsen af telemedicin og velfærdsteknologi i relation til de ældre medicinske patienter.*
- *Brugen af kliniske retningslinjer for ældre patienter skal øges.*
- *Der skal udvikles fælles kliniske retningslinjer for hjemmesygeplejen.*
- *Der skal udvikles en fælles stratificeringsmodel for ældre medicinske patienter.*

Borgere med kroniske sygdomme

Det er nødvendigt med kommunale indsatser rettet mod borgere med kronisk sygdom. KL og kommunerne mener, at en større del af indsatsen over for de kronisk syge kan håndteres i det nære sundhedsvæsen. Mange borgere med kronisk sygdom kan – når de er udredt og sat i behandling – monitoreres og hjælpes til at håndtere egen sygdom i det nære. Hvis det skal lykkes, kræver det imidlertid standarder for patientrettede forebyggelsestilbud, klart defineret samarbejde mellem de kommunale og regionale sundhedsaktører og styrket fokus på egenomsorg og rehabilitering. Det er på tide at satse på en ny model, hvor

man går fra at lade "de tusind blomster blomstre" til nationale satsninger, der skal sikre en effektiv nær kronikerindsats. Derfor mener KL, at:

- *Alle kommuner bør have mulighed for at tilbyde forløb til borgere med diabetes type 2, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjerte-kar-sygdom.*
- *Sundhedsstyrelsen bør udvikle en model for kommunale rehabiliteringstilbud på tværs af diagnoser.*
- *Sundhedsstyrelsen bør tage initiativ til, at der udvikles en national model for stratificering af kronisk syge, som også omfatter borgerens egenomsorgsevne.*
- *Kommunerne skal have fokus på rehabilitering og prioritere indsatsen for kronisk syge på tværs af de kommunale velfærdsområder.*
- *Kommunerne og almen praksis skal arbejde systematisk med at identificere borgere i særlig risiko for udvikling af kronisk sygdom.*
- *Praktiserende læger skal henvise relevante borgere til kommunale patienttilbud.*
- *De kommende sundhedshuse og sundheds- og akuthuse skal rumme en integreret indsats rettet mod kronisk syge.*

Borgere med behov for genoptræning

Kommunerne ønsker en ny vision for rehabiliterings- og genoptræningsområdet. Der er langt mere viden om området i dag, end da man flyttede opgaven til kommunerne, og der er de senere år kommet en stigende erkendelse af det store potentiale, som en helhedsorienteret genoptrænings- og rehabiliteringsindsats har. Der er god evidens for, at træning har effekt på funktionsniveauet for psykiatriske patienter, ligesom kræft- og hjertepatienter har brug for en langt mere helhedsorienteret rehabiliteringsindsats, som foruden det fysiske element også indeholder elementer, som skal bringe patienten tilbage til arbejdsmarkedet og det almindelige samfundsliv.

Der er behov for en ny satsning på genoptræning og rehabilitering, fordi borgere, der ikke får tilstrækkelig genoptræning og rehabilitering, risikerer at få komplikationer og yderligere sygdom eller måske ende på førtidspension. Det er hverken til gavn for den enkelte eller for samfundsøkonomien.

Kommunerne er klar til at påtage sig opgaven og arbejde systematisk med at kvalitetsudvikle og styrke området. Men det kræver en national satsning og et politisk ønske om at prioritere området. Næste skridt er at skabe sammenhæng, integrere træning og rehabilitering i andre velfærdsområder og arbejde mere systematisk med kvalitet. Det vil kræve, at nedenstående anbefalinger indfries:

- *Alle skal have afklaring om deres genoptræningsforløb inden for én uge.*
- *Kommunerne skal have mere fokus på vedligeholdende og forebyggende træning.*
- *Kommunerne skal lade træning og fysisk aktivitet spille en større rolle i øvrige indsatser.*
- *Kommunerne skal udvikle fælles kliniske retningslinjer for genoptrænings- og rehabiliteringsområdet.*
- *Sundhedsstyrelsen skal vurdere, om der er genoptræningsopgaver, hvor der bør stilles særlige krav til volumen og specialkompetencer på området.*
- *Sundhedsstyrelsen skal udvikle systematisk kvalitetsmonitorering på genoptræningsområdet.*

Børn og unge

Barneårene danner i vidt omfang grundlaget for den sundhedstilstand, vi kommer til at leve med senere i livet. Børns opvækstvilkår har betydning for de muligheder, barnet som voksen vil have for at få et sundt liv. Det er målet, at alle børn får et solidt grundlag for at lykkes i deres liv.

Det er i barne- og ungdomsårene, at sunde vaner generelt grundlægges. Kommunerne skal fremme sunde vaner hos børn og unge – ikke mindst i forhold til rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet. Det handler først og fremmest om at skabe sunde rammer i børnenes hverdagsliv i daginstitutioner, skoler og på fritidsområdet.

Samtidig skal kommunerne have særlig fokus på børn, der ikke trives, og børn, som vokser op i sårbare og udsatte familier.

På en række områder er det nødvendigt at skabe et velfungerende samarbejde med almen praksis og det øvrige regionale sundhedsvæsen om børn og unges sundhed, og i forhold til svangreomsorgen bør kommunerne spille en større rolle end i dag. Derfor anbefaler KL:

- *Kommunerne bør overtage ansvaret for svangreomsorgen efter udskrivelse i ukomplicerede forløb.*
- *Sundhedstjenesten skal have en større rolle i forhold til børn i førskolealderen.*
- *Kommunernes indsats i forhold til udsatte familier skal opprioriteres, og samarbejdet internt og med almen praksis skal styrkes.*
- *Kommunerne skal fortsat prioritere forebyggelsesindsatsen rettet mod børn og unge.*
- *Kommunerne og regionerne bør gennemføre forsøg med tilbud til overvægtige børn og forsøg med shared caremodeller til behandling af svær overvægt blandt børn.*
- *Regeringen skal sikre forskning i og forsøg med metoder til at fremme mental sundhed blandt børn og unge.*

Borgere med psykiske sygdomme

Psykiske lidelser rammer et stort antal mennesker, og det har både store personlige og samfundsøkonomiske konsekvenser. De senere år har man erfaret, at det rent faktisk er muligt at komme sig eller lære at leve med selv svær psykisk sygdom.

Visionen og målet for kommunerne handler derfor i dag om forebyggelse og rehabilitering, således at også borgere med psykiske lidelser får mulighed for at have egen bolig, komme i job og uddannelse og opretholde socialt netværk.

Kommunerne spiller i dag en større rolle i forhold til borgere med psykiske lidelser og dobbeltdiagnosticerede, der – ikke mindst på grund af omlægninger i behandlingspsykiatrien – har behov for støtte og behandling i eller nær eget hjem. Det kræver imidlertid, at der skabes bedre sammenhæng mellem den kommunale og regionale indsats samt mere veldefinerede tilbud. KL foreslår:

- *Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen skal i fællesskab initiere, at der udarbejdes forløbsprogrammer for indsatsen målrettet borgere med psykiske lidelser.*
- *Regeringen skal sikre kommunale tilbud, som kan hindre unødvendige (gen)indlæggelser.*
- *Kommunerne skal opprioritere sundhedsfremme på psykiatriområdet, herunder træning.*
- *Regionerne skal leve op til deres behandlings- og udredningsansvar over for borgere med lettere psykiske lidelser for at hindre udstødning fra arbejdsmarkedet.*
- *Kommunerne og regionerne skal i fællesskab styrke deres indsats for børn og unge med psykiske vanskeligheder.*

Sundhedsfremme og forebyggelse

Stadig flere får livsstilsbetinget kronisk sygdom. Hvis denne udvikling skal vendes, eller vi i det mindste vil forsøge at forhindre, at udviklingen løber løbsk, skal der satses på sundhedsfremme og forebyggelse. Det er et stort arbejde for kommunerne, der fortsat må orientere sig mod at tænke sundhed ind i hele kommunen, at etablere sunde rammer til alle borgere og tilbud til borgere med særlige behov og i stigende grad sætte mål for indsatsen.

Kommunerne kan og skal yde en betydelig indsats i alle forvaltningsområder for at skabe sunde rammer for borgernes hverdag og arbejde sundhedsfremmende

i alle kontakter med borgerne. Ligeledes skal kommunerne i indsatser rettet mod borgere med særlige behov arbejde på tværs og sikre sammenhæng i indsatsen. Med kommunernes ansvar for sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaverne er der et stort potentiale for bedre sundhed i befolkningen.

Kommunerne efterspørger dog betydelig mere retning og mål i forhold til den borgerrettede forebyggelse fra centralt hold. Når der er tydelighed omkring, hvad der skal gøres og hvordan, er kommunerne parat til at yde deres. Derfor anbefaler KL:

- *Kommunerne skal fortsat arbejde intensivt med sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatsen.*
- *Alle kommuner skal implementere grundlæggende indsatser på forebyggelsesområdet.*
- *Regeringen skal tage initiativ til, at der etableres nationale mål for danskernes folkesundhed.*
- *Regeringen skal gennemføre initiativer, der har effekt på befolkningens sundhed.*
- *Sundhedsstyrelsen skal sikre monitoreringsværktøjer på forebyggelsesområdet.*

Telemedicinske løsninger i kommunerne

Anvendelse af telemedicinske løsninger betyder, at mange besøg på sygehusafdelinger, i ambulatorier og hos egen læge kan erstattes af behandling, pleje og monitorering i hjemmet. Telemedicin kan blandt andet anvendes til de store kroniske sygdomme som hjerte-kar-sygdom, diabetes og KOL.

Telemedicin rummer store potentialer for at fremme patienternes involvering i egen pleje og omsorg (patient empowerment), ligesom telemedicin rummer potentialer for at skabe bedre sammenhæng i behandlingen på tværs af sektorer. Endelig muliggør telemedicin, at behandlingsopgaver kan løses på laveste effektive omkostningsniveau i kommunerne, typisk af hjemmepleje og hjemmesygepleje med inddragelse af specialister på sygehuse eller praktiserende læger.

I kommunerne er der villighed til at satse markant på telemedicin og velfærdsteknologi. Telemedicin er det elektroniske fundament for det nære sundhedsvæsen og rummer potentialerne til at bringe specialisterne til borgeren – og ikke omvendt. Derfor er der fremadrettet behov for mere systematik og styring.

Derfor ser KL følgende behov:

- *Kommunerne skal udvikle en fælles strategi for telemedicin.*
- *Telemedicinske ydelser skal udvikles under hensyntagen til, at borgerne har flere sygdomme samtidig.*
- *Hjemmesygeplejen skal have et kompetenceløft, i takt med at telemedicinske løsninger udrulles.*
- *Staten skal udvikle en incitamentsmodel for telemedicin, hvor pengene følger borgeren.*
- *Staten skal sikre standardisering af telemedicinske værktøjer.*
- *Staten skal udvikle standarder og infrastruktur i kommunerne.*

Kommunernes samarbejde med almen praksis

Samarbejdet mellem kommunerne og almen praksis er i dag ikke effektivt nok i forhold til løsningen af flere og ofte mere komplekse sundhedsfaglige problematikker knyttet til den enkelte borger. Mange kommuner oplever, at samarbejdet ikke udvikler sig hurtigt nok, og dette synspunkt deles også ofte af de lokale læger selv.

Efter en periode, hvor udfordringerne især har bestået i at acceptere hinandens forskellige betingelser og måder at arbejde på, så er der nu en mere udbredt konsensus om, at det især er forpligtelse til fælles mål og procedurer, en hensigtsmæssig struktur i almen praksis, klarere aftaler og tættere relationer, der er vejen frem til et mere effektivt samarbejde. Målet er især at udnytte begge parter viden om den enkelte borger for at opnå bedst mulig sammenhæng mellem den lægelige behandling og kommunens ydelser. For at opnå forpligtelse og tættere relationer mellem kommuner og almen praksis anbefaler KL følgende:

- *Almen praksis skal være forpligtet af sundhedsaftalerne.*
- *Regionernes Lønnings- og Takstnævn skal i den kommende overenskomst præcisere almen praksis' opgaver i forhold til kommunerne.*
- *Regionernes Lønnings- og Takstnævn bør overveje, hvordan praktiserende læger kan anvende mere tid på samarbejdet med kommunerne.*
- *Kapaciteten i almen praksis bør på sigt øges.*
- *Regeringen bør sikre offentlig anlægsinvestering for at få en hensigtsmæssig struktur i almen praksis.*
- *Lægedækningen bør være mere ensartet i alle dele af landet.*

Sundhedsfaglige kompetencer i kommunerne

Opgaveglidning og opgaveflytning fra sygehusene til kommunerne på ældre- og sundhedsområdet betyder, at kommunerne løser flere og mere komplekse behandlings- og plejeopgaver. De nye og mere komplekse faglige krav betyder, at de kommunale medarbejders faglige kompetencer er udfordret på mange områder.

Det drejer sig om kliniske faglige kompetencer inden for eksempelvis palliation, hjemmedialyse, forebyggelse, psykiatri og andre former for kompleks pleje og behandling. Men også om andre kompetencer som fx sundhedspædagogik, viden om rehabilitering, skriftlig og faglig dokumentation, håndtering af forløb med og brug af velfærdsteknologiske og telemedicinske løsninger samt viden om sammenhængende og koordinerede forløb.

Kommunerne har brug for flere sundhedsfaglige kompetencer til at løfte sundhedsopgaverne systematisk og i overensstemmelse med eksisterende eller kommende retningslinjer. Det kræver flere sundhedsfaglige medarbejdere, der har en relevant uddannelse, der matcher kommunernes sundhedsopgaver. Kommunerne får også brug for flere lægefaglige kompetencer, der især vil komme fra almen praksis og i nogen grad fra sygehusafdelinger. Derfor anbefales følgende:

- *Kommunerne skal vurdere sammensætningen af medarbejdere på sundhedsområdet i forhold til en ændret opgave.*
- *Staten og kommunerne skal i fællesskab gennemføre et eftersyn af de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser.*
- *Kommunerne får brug for flere lægefaglige kompetencer, der primært stilles til rådighed af almen praksis.*

Styring, dokumentation og evaluering

Sundhedsindsatsen i kommunerne skal fokuseres dér, hvor den har størst effekt. Mest sundhed for pengene kræver styring og viden om effekten af indsatsen og viden om, hvordan forskellige typer af indsatser bedst implementeres. Kommunernes styring af sundhedsområdet vanskeliggøres i dag af en række elementer.

Kommunernes opgaver og udgifter på sundhedsområdet afhænger direkte af regionernes praksis. Hvis region og sygehus beslutter at hæve aktiviteten på sygehusene, påvirker det kommunernes opgaver og dermed også de kommunale

udgifter. Men kommunerne har ingen indflydelse på de beslutninger, der har direkte konsekvens for deres opgaver.

Styringen vanskeliggøres endvidere af begrænsede styringsredskaber. Der mangler i dag et overblik og et evidensbaseret grundlag for, hvilke indsatser der virker. Det vanskeliggør prioriteringen.

For at styrke kommunernes styring af sundhedsindsatsen anbefales det, at:

- *Sundhedsaftalerne skal være et mere forpligtende planlægningsværktøj.*
- *Kommunerne skal have indflydelse på sygehusplanlægningen, når den har konsekvens for de kommunale opgaver.*
- *Regeringen skal sikre etablering af et nationalt videnscenter for det nære sundhedsvæsen.*
- *Kommunerne skal til analyseformål have adgang til data om indsatser på tværs af velfærdsområder.*
- *Regionerne skal levere indikatorer og nøgletal til kommunerne og fx Sundhedskoordinationsudvalg som baggrund for den kritiske dialog mellem sygehuse og kommuner.*
- *Kommunerne skal udarbejde styringsanalyser og incitamenter på tværs af velfærdsområder.*

Finansiering af det nære sundhedsvæsen

Der vil i fremtiden være et betydeligt pres på udgifterne i sundhedsvæsenet. Denne udvikling betyder, at der er et stort behov for at udvikle sundhedsvæsenet, så opgaverne løses på laveste effektive omkostningsniveau (LEON), og så forebyggelige indlæggelser undgås.

Men skal det lykkes, kræver det, at vi får vendt filosofien i sundhedsvæsenet om. Målsætningen bør være, at finansieringen og incitamenterne understøtter et fokus på kvalitet og effekt af sundhedsindsatsen frem for alene på kvantitet og behandlingsaktivitet på sygehusene. Der er derfor behov for en omlægning af finansieringsmodellen på sundhedsområdet.

De nuværende incitament er indrettet på at sende flere og flere patienter hurtigere og hurtigere igennem systemet. Det bliver et mål i sig selv at øge aktiviteten. I stedet bør incitamenterne indrettes mod at reducere indlæggelsesfrekvensen og aflaste sygehusene med alternative og billigere indsatser. Det bør være et mål, at andelen af ældre medicinske patienter og patienter med kroniske lidelser på sygehusene over en årrække reduceres.

Derfor anbefaler KL:

- *Der bør indføres en forebyggelsesfilosofi frem for en indlæggelsesfilosofi.*
- *Der bør aftales håndfaste mål for reduktion af indlæggelsesfrekvenserne. Disse måltal bør ledsages af en økonomisk mekanisme, der tilbagefører gevinsten til kommunerne.*
- *En andel af meraktivitetspuljen bør omprioriteres til indsatser i det nære sundhedsvæsen.*
- *Pengene følger opgaven – der indføres en planlagt opgaveglidning.*
- *Der skal indføres incitament til at udbrede fælles alternativer til indlæggelse på tværs af regioner og kommuner.*
- *Eventuel vækst i sundhedsudgifterne skal prioriteres til udbygning af forebyggelsesindsatsen og det nære sundhedsvæsen.*
- *Der skal indføres en mere differentieret medfinansiering.*



Se filmen „Det nære sundhedsvæsen“



KL
Weidekampsgade 10
2300 København S

NOTAT
Om

Udmøntning af budgetaftale 2013-16 om
”Pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere”

Baggrund og resume

I budgetaftalen for 2013-16 blev der afsat 1 mio. kr. til ”Pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere” til at styrke den lokale sundhedsfremmende indsats over for udsatte og grupper med kronisk sygdom. Baggrunden for denne bevilling er kommuneaftalen om kommunernes økonomi for 2013. Her blev der målrettet 300 mio. kr. til forebyggende tiltag på sundhedsområdet i kommunerne. KL anbefaler, at kommunernes indsatser især retter sig mod områderne ”styrket sygeplejeindsats” og ”tilbud og forløb til kronikere”.

Kommunerne får fortsat større forpligtelser på sundhedsområdet, især overfor kronisk syge og ældre medicinske patienter. Her er dels store sundhedsudfordringer, dels store potentialer for de kommunale indsatser, jf. notat om ”Lyngby-Taarbæk Kommunes Sundhedsforbrug – udfordringer og potentialer for indsatser”. Desuden bliver kommunerne fortsat mere forpligtede i den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse, så tilgangen af kronisk syge og udsatte borgere kan minimeres, jf. KL’s sundhedspolitiske udspil ”Det nære sundhedsvæsen” og Det fælles udmøntningspapir, det såkaldte ”Rammepapir” fra KKR-Hovedstaden.

De afsatte midler foreslås derfor udmøntet til følgende indsatser, hvor der vurderes størst effekt ift. de sundhedsudfordringer og forpligtigelser, som kommunen står overfor.

Tabel 1: Oplæg til udmøntning af 1. mio. kr. til ”Pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere.”

| | | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|--|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 1 | Etablering af fire akutpladser | 400.000 | 400.000 | 400.000 | 400.000 |
| 2 | Udvidelse og forankring af forløbsprogrammer | 450.000 | 450.000 | 450.000 | 450.000 |
| 3 | Udvidet rygestopindsats - primært rettet særligt mod socialt udsatte | 150.000 | 150.000 | 150.000 | 150.000 |
| | I alt | 1.000.000 | 1.000.000 | 1.000.000 | 1.000.000 |

Konkret viser notat om ”Lyngby-Taarbæk Kommunes Sundhedsforbrug – udfordringer og potentialer for indsatser” følgende tendenser, som grundlag for oplægget:

- sundhedsforbruget blandt de ældre borgere driver antallet af indlæggelser op og dermed størrelsen på den kommunale medfinansiering.
- Lyngby-Taarbæk har haft en positiv udvikling i antallet af forebyggelige indlæggelser blandt ældre borgere. Kommunen har dog vedvarende haft et højere niveau af disse indlæggelser end Gentofte og Rudersdal kommuner.

- Medfinansieringen af de forebyggelige indlæggelser havde i 2012 en værdi på 8 mio. kr, og hver syvende forebyggelige indlæggelse var en genindlæggelse. Medtages kommunens ekstra udgifter til pleje, har forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser en værdi på 15 mio. kr.
- Der er betydelige kommunale merudgifter forbundet med borgere med kroniske sygdomme, og udgifterne til medfinansieringen af sundhedsvæsenet udgør kun en mindre del af disse.

Perspektivet i KLs oplæg om "Det nære sundhedsvæsen" er, at mange af de ikke-specialiserede sundhedsopgaver bedst løses tæt på borgernes hverdag – altså i kommunerne frem for regionerne. Præmissen for et nært sundhedsvæsen er dog, at kommunerne i stigende grad skal arbejde efter samme principper og mål samt løfte indsatserne som en samlet kommunesektor.

På baggrund af "Det nære sundhedsvæsen" har KKR-Hovedstaden udarbejdet et såkaldt "rammepapir" om, hvad det er for indsats kommunerne skal forpligtiges på at løse. Oplægget behandles i alle regionens kommuner, og overordnet set er oplægget, at kommunerne forpligtiges til, at fokuseres indsats mod at

- alle kommunerne skal aktivt forebygge at borgerne (gen)indlægges
- alle kommunerne skal have tilbud (fx forløbsprogrammer) til borgere med KOL, diabetes, hjertesygdomme, kræft, demens og lænderyg sygdomme
- med udgangspunkt i sundhedsprofilerne skal kommunerne udmønte grundniveauerne i de nationale forebyggelsespakker. Primært ift. tobak, alkohol, fysisk aktivitet, mental sundhed og seksuel sundhed.
- Kommunerne skal aktivt dokumentere indsats og følge op på, om indsatserne virker

Forslagene til udmøntning skal også ses i sammenhæng med de øvrige sundhedstiltag i Budgetaftalen for 2013-16, herunder implementeringen af ny skærmt teknologi (SU5), tidlig opsporing for at undgå (gen)indlæggelser (SU6), og udvidelse af tværfagligt samarbejde på sundheds- og beskæftigelsesområdet (BE3), som alle drøftes i Social- og sundhedsudvalget primo 2013. Sidstnævnte efter drøftelse i Økonomiudvalget, da det er forankret her.

Samtidig har Lyngby-Taarbæk Kommune netop sammen med ni nabokommuner, samt Gentofte og Herlev hospitaler ansøgt Hovedstadsregionens forebyggelsespulje om midler til "Tværsektoriel netværksdannelse med fokus på forebyggelse af genindlæggelse af ældre medicinske patienter og borgere".

Endelig har forvaltningen via en omlægning af henholdsvis samarbejdsindsatsen med de praktiserende læger og kommunelægeordningen på børneområdet skabt mulighed for at ansætte en praksiskonsulent i foråret 2013, som dels skal sikre en større sammenhæng og brobygning mellem kommunens indsats og aktører og almen praksis, dels rådgive og sparre kommunens ansatte, herunder særligt på børneområdet i forhold til de lovpligtige vejledningsopgaver på skoler og dagtilbud.

Initiativ 1: Etablering af fire akutpladser

Lyngby-Taarbæk Kommune har potentialer ift. at forebygge indlæggelser og genindlæggelser af ældre borgere. Det foreslås derfor at oprette fire akutpladser, hvor kommunen via mere specialiserede sundhedsindsatser kan erstatte indlæggelser og genindlæggelser med en kommunal indsats. Initiativet vil understøtte de øvrige udviklinger på sundheds- og ældreområdet, eksempelvis indsats om at gøre sygeplejersker bedre i stand til at opdage og screene svækkede borgere, der er i farezonen for indlæggelse. Med akutpladser kan screeningen bedre følges op med en lokal indsats.

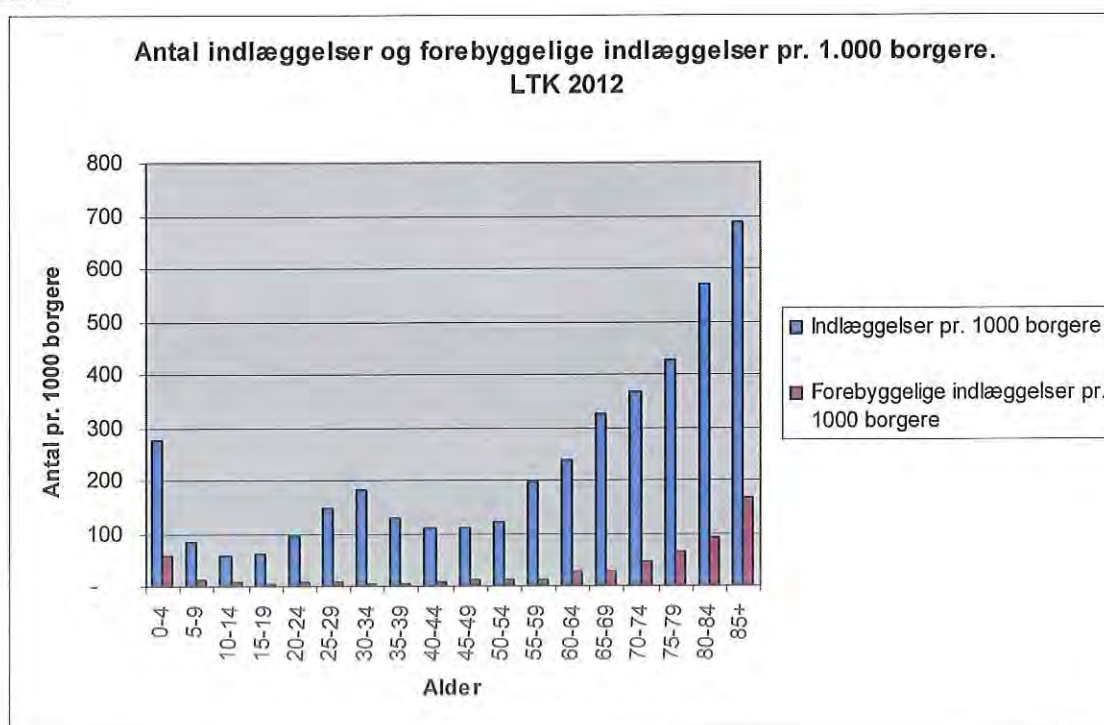
Udgiften til etablering og drift af de fire akutpladser vil være 400.000 kr. årligt.

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| Etablering af fire akutpladser | 400.000 | 400.000 | 400.000 | 400.000 |

Grundlag for etablering af akutpladser

Som det fremgår af notatet om ”Sundhedsforbrug - udfordringer og potentialer for indsatser”, så er der potentialer ift. at forebygge indlæggelser og genindlæggelser for ældre borgere – som også figur 1 viser det.

Figur 1: Antal somatiske indlæggelser og forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere. LTK 2012.



Også økonomisk vurderes et væsentligt potentiale, som nedenstående opgørelse illustrerer. Det er dog ikke alle forebyggelige indlæggelser i denne tabel og i figuren ovenfor, der reelt kan forebygges, da opgørelsen er lavet ud fra diagnosegrupperinger, hvor der vurderes potentiale for, at kommunerne har handlemuligheder. Men opgørelserne illustrerer et grundlag for en udvidet og mere målrettet indsats i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Tabel 2: Udgifter til forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser blandt 65+ årige i Lyngby-Taarbæk Kommune.

| Kommunal medfinansiering af indlæggelser og genindlæggelser | | | |
|---|-------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| År | Forebyggelige genindlæggelser | Forebyggelige indlæggelser | Forebyggelige indlæggelser i alt |
| 2009 | 448.307 | 3.932.385 | 4.380.692 |
| 2010 | 513.954 | 3.902.857 | 4.416.811 |
| 2011 | 486.014 | 3.729.823 | 4.215.837 |
| 2012 | 1.150.672 | 7.057.112 | 8.207.784 |

Note: 2012 er fremskrevet lineært til et helt år. Beløb er vist i løbende priser.

Note: Årsagen til stigningen i 2012 skyldes omlægning i medfinansieringen, så kommunerne medfinansiere mere for den enkelte indlæggelse.

Med oprettelse af akutpladser unødvendige indlæggelser forebygges. Indlæggelser har en stor negativ effekt på borgerens generelle helbredstilstand, samtidig med at der spares på udgifterne til den kommunale medfinansiering.

Ift. at udmønte besparelspotentialet skal man dog have for øje, at de øvrige budgetbeslutninger om skærmindsatser og tidlig opsporing af borgere i fare for indlæggelser, baseres på det samme potentiale. Indsatsens effekt skal derfor ses som et understøttende element i at kunne udmønte og gennemføre de øvrige indsats på området.

Indhold og organisering af initiativet

Hvis kommunerne for alvor skal kunne løfte mere specialiserede indsats i "Det nære sundhedsvæsen", er der behov for specialiserede tilbud, hvor kommunen har udvidede handlemuligheder for at forebygge en unødvendig indlæggelse af svækkede ældre.

Sundhedsstyrelsen, KL og Danske Regioner har udarbejdet en fælles definition af kommunernes akutte og subakutte indsats, som grundlag for beskrivelser og rammer for kommunernes fremadrettede indsats:

- *Akut indsats*: Leveres inden for få timer. Skal kunne iværksættes på alle tider af døgnet og alle dage i løbet af ugen, herunder også på søn- og helligdage.
- *Subakut indsats*: Leveres næste dag. Skal kunne iværksættes alle dage i løbet af ugen. Aftale herom bør normalt kunne ske på alle tider af døgnet.

Lyngby-Taarbæks Kommunes 18 nuværende akutpladser kan ikke rummes indenfor disse definitioner, da der ikke modtages patienter hele døgnet, og ikke er mulighed for yde mere specialiserede indsats som fx iltterapi samt kateteranlæggelse og -pleje. Pladserne er dog fortsat relevante ift. de eksisterende intentioner og målsætninger, men det nationale arbejde med akutpladser illustrerer, at der er et yderligere potentiale og formentligt fremadrettede forpligtigelser, som Lyngby-Taarbæk Kommune i dag ikke kan honorere.

Akutpladserne vil primært være målrettet ældre borgere, som har behov for en subakut eller akut indsats fra sundhedsvæsenet, men hvor der ikke er behov for indlæggelse på sygehus. Det vil sige borgere, der ikke kan håndteres i den almindelige sygepleje- og rehabiliteringsindsats. Problemstillingerne hos de ældre patienter kan eksempelvis være:

- akut opstået sygdom eller forværring af en kronisk sygdom, herunder både somatisk og psykiatrisk sygdom
- akut nedsat funktionsevne, fx i forbindelse med skader
- som mellemstation for at kunne sikre optimalt udskrivningsforløb fra hospitalet.

Konkret vil de fire pladser blive etableret fleksibelt i forbindelse med de øvrige midlertidige pladser på Møllebo. Indsatsen vil forudsætte, at der dels indkøbes specialiseret udstyr (fx til iltterapi samt kateteranlæggelse og -pleje), dels at der sker en faglig opkvalificering og efteruddannelse blandt de af medarbejderne, som tilknyttes de fire pladser. Endelig vil der være behov for en øget normering, da tilbuddet skal være mere fleksibelt for modtagelse og overvågning af borgere. Hertil kommer, at samarbejdsstrukturerne med almen praksis og hospitaler skal på plads, så snitfladerne og begrænsninger for indsatsen er klarlagt og entydig.

Initiativ 2: Udvidelse og forankring af forløbsprogrammer til kronisk syge

En kronisk sygdom kan beskrives som en vedvarende eller længerevarende sygdom, som i nogen grad kan behandles, men ofte ikke helbredes. Bedre diagnosticering, men også bedre levekår og muligheder for behandling af sygdomme er grunde til at flere i dag lever med kronisk sygdom.

Man ved, at kronisk syge patienter, som får den rette behandling og træning, får et bedre liv og i højere grad end ellers undgår komplikationer og unødige indlæggelser.

Forløbsprogrammerne er målrettet kronisk syge borgere, og har fokus på rehabilitering og sygdomsmestring. De kronisk syges sundhedstilstand forbedres, så deres generelle livskvalitet forbedres, ved at borgerne bliver i stand til at tage vare på deres egen sygdom og sundhedstilstand, og så der ikke også udvikles følgesygdomme

Kommunen har siden 2010 haft forløbsprogrammer for indsatsen overfor kronisk syge.

- Siden 2010 for diabetes og KOL.
- Siden 2012 har kommunen haft rehabiliteringsprogram for kræft ramte og forløbsprogram for demens.
- I 2013 skal forløbsprogrammerne for lænde- og ryglidelser samt for hjerte/karsygdomme implementeres, hvis kommunerne tilslutter sig. Implementeringsplanen for sidstnævnte er klar i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Disse indsatser indgår som forpligtende opgaver for kommunerne i KKR's rammepapir for udmøntning af "Det nære sundhedsvæsen". En politisk tilslutning til rammepapiret vil derfor forudsætte en finansiering af forløbsprogrammernes udvidelse.

Hidtil har træningsområdet kunnet adoptere driften af forløbsprogrammerne indenfor den eksisterende driftsramme. Implementering af forløbsprogrammerne for hjerte/kar samt lænderyg forudsætter, at der tilføres yderligere midler.

Det anbefales derfor, at der tilføres 400.000 kr. til forløbsprogrammerne, der vil gøre det muligt at holde fastholde de eksisterende forløbsprogrammer og implementere de nye. Desuden anbefales det, at der tilføres 50.000 kr. til at udvikle forløbsprogrammernes indsats. Eksempelvis mangler nogle deltagere på forløbsprogrammer for diabetes de basale praktiske redskaber til reelt at omlægge deres madvaner, som de vil kunne tilegne sig ved en udvidelse af programmet.

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|---------|---------|---------|---------|
| Forankring af eksisterende forløbsprogrammer og nye | 400.000 | 400.000 | 400.000 | 400.000 |
| Indsatser til at supplere og udvikle forløbsprogrammerne | 50.000 | 50.000 | 50.000 | 50.000 |

Grundlag for forløbsprogrammer

Det skønnes, at mere end hver tredje voksne i Danmark lever med en langvarig sygdom og næsten en halv million lever med en langvarig sygdom med stærk nedsat funktion til følge. De offentlige udgifter til borgere med kroniske lidelser udgør godt 145 mia. kr. årligt. Det svarer til ca. 80 procent af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet. I Lyngby-Taarbæk Kommune er der i sagens natur også mange borgere med kronisk sygdomme, eksempelvis har

- 1.500 borgere diabetes – og forventeligt lige så mange har sygdommen uden at være diagnosticeret
- 1.600 har kroniske lungesygdomme (KOL)
- 3.700 har ryggsygdomme.
- 600 har haft blodpropper.¹

Kommunen har derfor en stor opgave i at medvirke til rehabilitering og stabilisering af sygdommen blandt de mange kronisk syge borgere i kommunen. Det er vigtigt at have sig for øje, at der også er et økonomisk grundlag for indsatserne. Tabellerne nedenfor skitserer kommunens medfinansieringsudgifter til en kronisk syge borgere.

Tabel 3: Indlæggelser og ambulante besøg af borgere i Lyngby-Taarbæk med Type II diabetes, KOL og kræft.

| Diagnose: Type II diabetes | | | | |
|----------------------------|--------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| År | Antal indlæggelser | Kommunal medfinansiering | Antal besøg | Kommunal medfinansiering |
| 2009 | 31 | 148.924 | 1533 | 474.285 |
| 2010 | 29 | 143.086 | 1878 | 573.514 |
| 2011 | 29 | 144.217 | 2025 | 618.667 |
| Diagnose: KOL | | | | |
| År | Antal indlæggelser | Kommunal medfinansiering | Antal besøg | Kommunal medfinansiering |
| 2009 | 171 | 821.484 | 626 | 474.285 |
| 2010 | 193 | 952.262 | 741 | 573.514 |
| 2011 | 160 | 795.680 | 689 | 618.667 |
| Diagnose: kræft | | | | |
| År | Antal indlæggelser | Kommunal medfinansiering | Antal besøg | Kommunal medfinansiering |
| 2009 | 752 | 3.494.419 | 11.429 | 5.216.027 |
| 2010 | 770 | 3.723.356 | 12.327 | 5.965.644 |
| 2011 | 614 | 2.984.233 | 12.114 | 5.389.615 |

Rehabiliterende indsatser og sygdomsstabiliserende indsatser har altså potentiale til at mindske de kommunale udgifter til den kommunale medfinansiering. Desuden skal der være opmærksomhed mod, at medfinansieringen alene udgør 10 pct. af de samlede kommunale merudgifter til en kronisk syg (jf. tabel 5 i notat om "Lyngby-Taarbæk Kommunes sundhedsforbrug – udfordringer og potentialer for indsatser"). Den fortsatte stigning i antallet af borgere, der diagnosticeres med en kronisk sygdom, forøger løbende potentialet.

Region Hovedstaden er ansvarlig for den overordnede evaluering af forløbsprogrammernes effekt. Denne evaluering vil først være endelig færdig i 2014, om end der kommer en foreløbig evaluering i foråret 2013.

Hvad angår livskvalitet og sundhed hos deltagerne i forløbsprogrammerne er der kvalitativ tilbagemelding og erfaring for, at programmerne har en positiv effekt.

Mål for forløbsprogrammer lænde- og ryggsygdomme samt hjerte-karsygdomme

Forløbsprogram for hjerte-karsygdomme

Begrundelsen for en indsats til borgere med iskæmisk hjertesygdom (for lav iltning af blodet, fx ved forkalkninger) og hjertesvigt samt at fokusere på hjerterehabilitering er, at det er de hyppigste hjerte-karsygdomme nationalt og i Region Hovedstaden. Der er videnskabelig

¹ Den Regionale Sundhedsprofil 2010

evidens for effekten af systematisk hjerterehabilitering samt af visse enkeltelementer (såsom medicinsk behandling og fysisk træning) i hjerterehabiliteringen. Effekten består i mindskede tilbagefald og ift. udvikling af nye blodpropper.

Lyngby-Taarbæk kommune har allerede tilbud til visse borgere inden for hjerte-kar-sygdomme. I samarbejde med Rudersdal og Gentofte kommuner afvikles hjerte-rehabiliteringen for de tre kommuners henviste borgere. Med forløbsprogrammet skønnes et øget indtag på ca. 50 pct. Det vil sige yderligere 30 borgere om året fra Lyngby-Taarbæk Kommune.

Forløbsprogram for lænde- og rygssygdomme

Det er valgt at udarbejde et forløbsprogram for lænderyglidelser, da over halvdelen af befolkningen oplever lændesmerter på et eller andet tidspunkt i deres liv. På et givet tidspunkt rapporterer 15 pct. af befolkningen, at de har lændesmerter lige nu.

Konsekvenserne kan være meget alvorlige for borgerne i form af sygefravær, førtidspensionering med mere. Der er således store omkostninger til sundhedsfaglige og sociale ydelser forbundet med lænderyglidelser. Eksempelvis tilkendes 10 pct. af alle førtidspensioneringer på baggrund af en rygdiagnose.

For de offentlige kasser er de årlige udgifter som følge af danskernes rygssygdomme og rygsmarter 16,8 mia. kr. Dette dækker udgifter til behandling (5,6 mia. kr.), sygedagpenge (2,3 mia. kr.) og førtidspension (8,9 mia. kr.).

Forløbsprogrammet omfatter patienter med nyopståede lænderygsmarter og har til formål at *undgå*, at sygdommen bliver kronisk hos disse borgere. Det skal ske ved at igangsætte en tidlig indsats, og programmet indeholder derfor en konkret patientforløbsbeskrivelse med beskrivelse af et 3 måneders udrednings- og behandlingsforløb til patienter med nyopståede lændesmerter. Programmet har desuden et særligt fokus på tilknytningen til arbejdsmarkedet, rettidig afklaring og eventuel rehabilitering samt arbejdsfastholdelse.

Indhold og organisering af forløbsprogrammer generelt

Selve indholdet af forløbsprogrammerne udarbejdes i samarbejde mellem region, kommuner og andre vidensorganisationer inden for den enkelte sygdom. Programmerne er standardiserede og evidensbaserede tilgange, der desuden opstiller klare rammer for de gensidige forpligtigelser mellem region, almen praksis og kommuner.

Selve udførelsen af forløbsprogrammerne sker i samarbejde mellem Rudersdal, Gentofte og Lyngby-Taarbæk kommuner, hvor kommunerne trækker på fælles ressourcer og udnytter gensidig kapacitet. Samarbejdet forløber godt og medvirker til, at de tre kommuner er på forkant med implementeringen af programmerne i regionen.

Indsatsen i Lyngby-Taarbæk sker på træningscentrene. Indenfor hvert forløbsprogram er der specialister til den enkelte målgruppe, så der eksempelvis er to terapeuter for hvert forløbsprogram, der er specialiserede til netop denne målgruppe. Desuden gennemføres der sygdomsspecifik undervisning indenfor hvert program, hvor sygeplejersker og terapeuter forestår undervisning i sygdomslæring, viden om symptomer og sygdomshåndtering. Hvor det er relevant gennemføres diættejledning via en klinisk diætist, ligesom alle for hvem det er relevant gennemgår rygestopforløb hos en certificeret instruktør.

Nedenfor beskrives indholdet af de enkelte forløbsprogrammer mere indgående. Som det fremgår, så er der elementer der indgår i alle forløb som fysisk træning, men selve indholdet er altid tilpasset og afmålt til den konkrete målgruppe.

Diabetes 2 – her foregår alle hold lokalt i kommunen på Møllebo. Tilbuddet gælder for alle borgere med diabetes 2 – og er altså ikke kun for ny opdagede tilfælde.

- 12 ugers fysisk aktivitet å hold
- individuel diætvejledning ved diætist -
- sygdomsspecifik undervisning i ”at leve med type to diabetes”
- Rygestopforløb hvis relevant
- Undervisningsforløb i ”Lær at leve med kronisk sygdom”
- Individuel opfølgning ved diabetes sygeplejersker

KOL – her foregår alle forløb lokalt

- fysisk aktivitet 2 * 1 time i 8 uger
- undervisning ugentligt i 8 uge via enten ergoterapeut, fysioterapeut eller diætist. Fokus er vejrtrækning/lungefunktioner, energibesparende daglig livsførelse, medicin og rigtig kost til den enkelte
- rygestopforløb – hvor borgerne indgår i kommunens almene tilbud.
- Undervisningsforløb i ”Lær at leve med kronisk sygdom”

Hjerte-kar – borgerne deltager på tværs af de tre kommuner

- sygdomsspecifik patientudd
- Standardiseret fysisk træning
- Diæt vejledning
- Mulighed for at deltage på Undervisningsforløb i ”Lær at leve med kronisk sygdom” (ud over det standardiserede program)

Lænde og ryg – her er der tæt samarbejde med jobcentret, der kan visitere borgere til tilbuddet.

- Standardiseret træningsprogram to gange/ugen i uge otte uger. Hvis ikke det har effekt tilbydes der forlængelse i yderligere otte uger.
- sygdomsspecifik undervisning
- Ergonomiundervisning
- Rygestopforløb hvis relevant
- Til svært overvægtige tilbydes diætvejledning
- Der er tæt kobling til jobsituation så der indgår også plan for evt. beskæftigelsesmæssig indsats

Initiativ 3: Udvidet rygestopindsats - primært rettet mod socialt udsatte

Indsatser mod rygning er et af de få forebyggelsesområder, hvor der er videnskabeligt bevis for sundhedsmæssige og økonomiske virkninger - også på relativt kort sigt.

Sundhedsstyrelsen har bl.a. beskrevet effekterne som følger:

| Tid efter rygestop | Effekt på helbredet |
|--------------------|--|
| 1 døgn | Risikoen for blodprop er mindsket. Lungerne begynder at rense sig selv. |
| 2 uger – 3 måneder | Kredsløbet bliver gradvist bedre. Lungerne kan bedre bekæmpe infektioner |
| 1-2 år | Risikoen for at få en blodprop er halveret |
| 5 år | Risikoen for visse kræftformer er halveret |
| 10-15 år | Risikoen for blodprop er nu den samme som hos en aldrig-ryger Risikoen for kræft i luftvejene er næsten den samme som hos en aldrig-ryger |

Lyngby-Taarbæk Kommune har i dag rygestopforløb for voksne, ligesom Sundhedstjenesten forebygger rygestart på folkeskolerne. Kommunen har netop fået eksterne puljemidler til at indgå i forsøgsprojekt med at teste en model for rygeforebyggelse og rygestop blandt unge på folkeskoler og ungdomsuddannelser. Indsatsen løber over to år, og vil danne baggrund for den videre indsats på ungeområdet til forebyggelse af rygestart.

Det anbefales, at der investeres yderligere i indsatsen rettet mod voksne, da der er potentialer som i dag ikke kan løftes indenfor de afsatte ressourcer. Konkret anbefales det, at afsætte 150.000 kr. til en udvidet rygestopindsats.

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|---------|---------|---------|---------|
| Udvidet rygestopindsats - rettet primært mod socialt udsatte | 150.000 | 150.000 | 150.000 | 150.000 |

Kommunens nuværende indsats og grundlaget for en udvidelse af denne

15 pct. af borgerne i Lyngby-Taarbæk Kommune ryger dagligt, hvilket er under det regionale gennemsnit på 20 pct. Tallet må dog alligevel betegnes som en sundhedsudfordring, da rygning er den væsentligste årsag til udvikling af livsstilssygdomme og kroniske sygdomme. Som beskrevet under initiativ 2, er der mange kronisk syge borgere i Lyngby-Taarbæk Kommune og væsentlige udgifter forbundet med behandling og pleje af disse borgere.

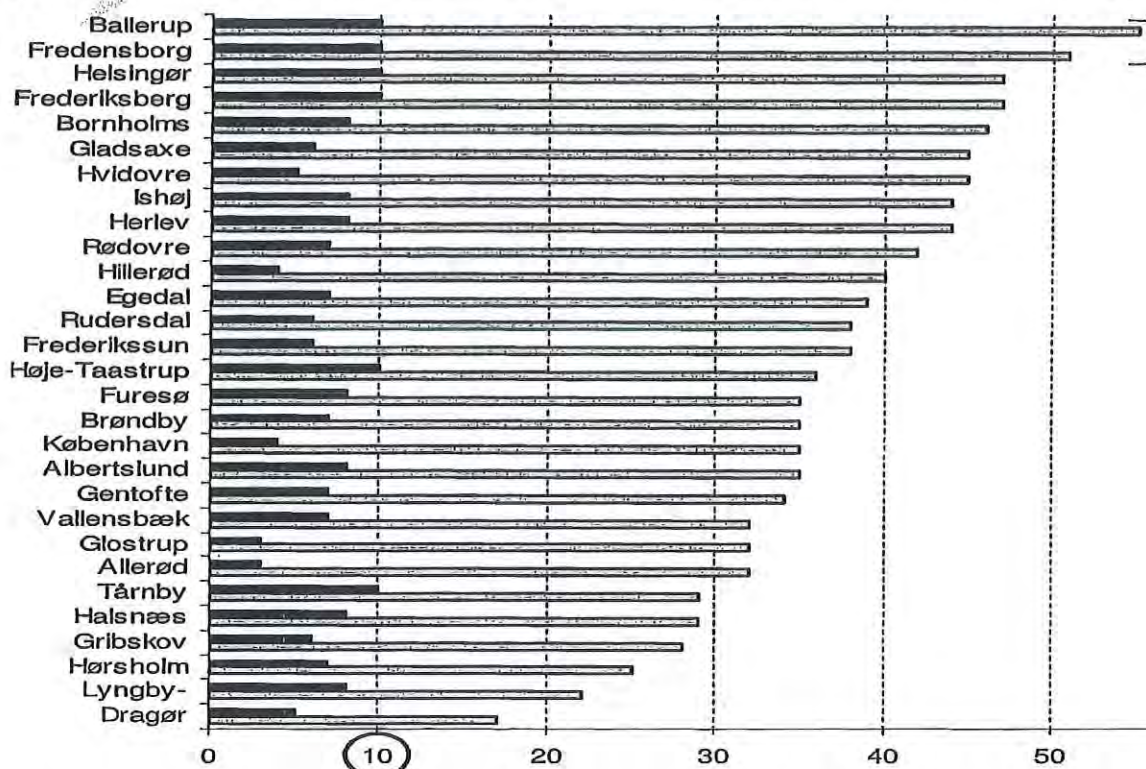
Lyngby-Taarbæk Kommune brugte i 2012 knap 150.000 kr. på indsatsen vedrørende rygestop (dækker rygestopforløb, opfølgning på forløb, materialer og annoncering). Der var 75 borgere som tilmeldte sig, og blandt de deltagere, der gennemførte forløbet, var 83 pct. stoppet med at ryge ved kurssets afslutning. Til sammenligning er stopraten i Region Hovedstaden som helhed 50 pct. ved kursusafslutning.

Lyngby-Taarbæk Kommunes rygestopkurser følger Kræftens Bekæmpelses standarder, og hvert kursus består af fem mødegange. Lyngby-Taarbæk har derudover et ekstra tre måneders opfølgingsmøde samt telefonisk opfølgning og rådgivning 6 måneder efter kursusafslutning. Metoden, der bruges, er det mest veldokumenterede stopforløb, der eksisterer i Danmark, og den er ligeledes internationalt anerkendt.

Der er stor brugertilfredshed blandt deltagerne på kommunens hold (92 pct. er tilfredse). Kvaliteten af det rygestopforløb, der tilbydes, er således god. På den anden side er der tale om et forholdsvis begrænset tilbud, som ikke har været udviklet i flere år, og som bl.a. ikke er målrettet borgere med særlige behov.

Af figur 2 herunder ses en sammenligning af rygestopindsatsen mellem Region Hovedstadens kommuner.

Figur 2: Benchmark på rygestopindsats i Region Hovedstaden². Mørkegrå markering: kommunernes selvvalgte indsats. Lysegrå markering: objektivt kalkulerede mål for rygestopindsatsen (eks. midler til området, antal medarbejdere, tværsektorielt samarbejde)



Figuren viser, at Lyngby-Taarbæk Kommune har et væsentligt potentiale i forhold til rygestopindsatsen sammenlignet med regionens øvrige kommuner. Som beskrevet er kvaliteten af kommunens tilbud god. Potentialet for en forbedret indsats handler derfor især om omfanget af tilbuddet.

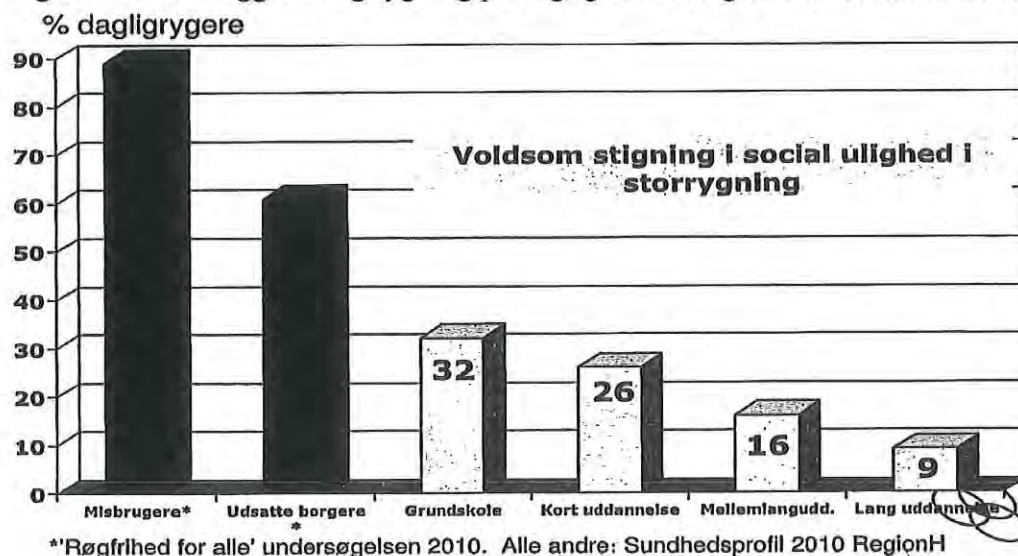
Udbuddet af pladser på rygestopholdene er mindre end efterspørgslen, og der opstår derfor løbende ventelister. Medio januar 2013 står der eksempelvis 4 borgere på venteliste til et hold, som består af 14 rygere. Mange deltagere på kommunens forløbsprogrammer opfordres desuden til at tilmelde sig et rygestopkursus, hvilket har været med til at øge efterspørgslen.

Kommunen har i dag intet særskilt tilbud om rygestop til socialt udsatte grupper. Erfaringerne i forhold til kommunens psykisk syge borgere er, at mange ryger, men at de som ønsker at stoppe ofte udtrykker frygt for at melde sig på de almindelige hold. De få, som alligevel vælger at møde op, kan sjældent fastholdes og dropper typisk ud efter kort tid.

Figur 3 herunder viser den sociale ulighed i forhold til rygning.

² Kilde: Pisinger, Charlotta: "Rygeepidemien er på ingen måde overstået". Oplæg ved Rygestopbasens konference, december 2012.

Figur 3: Social baggrund og rygning på daglig basis. Region Hovedstaden 2010.



Figuren viser, at næsten alle misbrugere er dagligrygere (knap 90 pct.), og at tallet ligeledes er højt for øvrige udsatte grupper (60 pct.). Der er desuden tre gange så mange daglige rygere blandt borgere, som kun har fuldført grundskolen sammenlignet med borgere, som har en lang videregående uddannelse. Undersøgelser viser, at ønsket om rygeophør er lige stort for alle uddannelsesgrupper.³

Ifølge Sundhedsstyrelsen vil der i en kommune på størrelse med Lyngby-Taarbæk være ca. 33 borgere som årligt tilkendes førtidspension som følge af rygning. Tilsvarende viser opgørelser, at markant flere socialt udsatte (14 pct.) lider af kronisk bronchitis el KOL (rygerlunger), mens dette kun gælder 3 pct. i befolkningen generelt.⁴ En beregning fra Københavns Kommune viser desuden, at en borger med KOL årligt koster kommunen 28.257 kr. mere end en borger uden en kronisk lidelse.⁵

En mandlig ryger, der holder op med at ryge ved forskellige alderstrin, forventes at give følgende årlige kommunale besparelser:

| | | |
|---------------------|---------------------|--------------------|
| 35-årig: 28.400 kr. | 50-årig: 12.800 kr. | 65-årig: 3.700 kr. |
|---------------------|---------------------|--------------------|

Hvad angår rygning er der derfor grundlag for et stærkt fokus på den sociale ulighed i sundhed. Et mere målrettet rygestoptilbud vil samtidig være en væsentlig indsats i forbindelse med det vedtagne større samarbejde mellem beskæftigelsesområdet og sundhedsområdet, jf. budgetaftalen for 2013-16 initiativ BE3.

Midlerne til udvidelse af rygestopindsatsen foreslås derfor fokuseret på to indsatser

1. Udvidelse af nuværende rygestoptilbud.
2. Fokus på tilbud til borgere, der ikke kan favnes indenfor det nuværende tilbud.

Samlet set er der fokus på at modvirke social ulighed i sundhed, hvor en udvidet rygestopindsats vil kunne levere de bedste resultater. Målet er, at der arbejdes fleksibelt med at udbyde de tilbud som efterspørges, så kommunen i videst muligt omfang har et rygestoptilbud, der kan favne alle målgrupper.

³ Kilde: Pisinger, Charlotte: "Rygeepidemien er på ingen måde overstået". Oplæg ved Rygestopbasens konference, december 2012.

⁴ Kilde: Sund By Netværket: "Røgfrihed for alle", 2011.

⁵ Kilde: "Implementering af forløbsprogrammer for kronisk sygdom". Udgivet af Hospitalerne, kommunerne og de praktiserende læger i Region hovedstaden, april 2011.

Notat
om

Lyngby-Taarbæk Kommunes sundhedsforbrug – udfordringer og potentialer for indsatser

Indledning

Nærværende notat indeholder en række analyser af Lyngby-Taarbæk Kommunes forbrug af sundhedsydelser siden 2009. Opgørelserne i notatet fokuserer særligt på kommunens potentiale i forhold til ældre medicinske patienter og kronisk syge borgere, men tegner ikke en egentlig karakteristik af kommunens sundhedsprofil.

Formålet med notatet er at fremlægge et beslutningsgrundlag for udmøntningen af *Pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere*. Notatet hænger derfor indholdsmæssigt tæt sammen med forvaltningens oplæg til anvendelse af de vedtagne budgetmidler.

Overordnet viser analyserne, at det i Lyngby-Taarbæk Kommune giver god faglig og økonomisk mening at fokusere de ekstra budgetmidler til forebyggelse af (gen)indlæggelser blandt ældre borgere og en fortsat indsats for kronisk syge. Denne vurdering ligger dermed i tråd med KL's tanker om patientrettet forebyggelse fra oplægget "Det nære sundhedsvæsen".

Opgørelserne viser, at følgende forhold og tendenser gør sig gældende:

- **Den aktivitetsbestemte medfinansiering af sundhedsvæsenet er vokset** fra 114 mio. kr. i 2011 til knap 190 mio. kr. i 2012. Væksten skyldes, at et fast grundbidrag pr. borger er omlagt til aktivitetsbestemt afregning. Ændringen aktualiserer behovet for at arbejde målrettet med forebyggelse på sundhedsområdet.
- Det er især **sundhedsforbruget blandt de ældre borgere**, som øger antallet af indlæggelser og dermed størrelsen på medfinansieringen. Antallet af såkaldt forebyggelige indlæggelser er ligeledes størst i denne befolkningsgruppe.
- Lyngby-Taarbæk har en positiv udvikling i **antallet af forebyggelige indlæggelser** blandt ældre borgere. Kommunen har dog vedvarende et højere niveau af disse indlæggelser end Gentofte og Rudersdal kommuner.
- **Medfinansieringen af de forebyggelige indlæggelser** havde i 2012 en værdi på 8 mio. kr., og hver syvende forebyggelige indlæggelse var en genindlæggelse. Medtages kommunens ekstra udgifter til pleje, har forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser en værdi på 15 mio. kr. En udbygning af kommunens akutpladser forventes både at understøtte målet om færre genindlæggelser og færre forebyggelige indlæggelser generelt.

- Der er betydelige kommunale merudgifter forbundet med **borgere med kroniske sygdomme**, og udgifterne til medfinansieringen af sundhedsvæsenet udgør kun en mindre del af disse. De etablerede forløbsprogrammer afventer endnu en egentlig evaluering, men man ved i dag, at eksempelvis senfølger af diabetes kan forebygges med rehabilitering. Et fortsat og udvidet engagement i de regionale forløbsprogrammer for kronisk syge borgere forventes dermed på sigt at reducere udgifterne i plejesektoren og øge antallet af gode leveår blandt kronikerne.
- **Rygning** er den væsentligste årsag til udvikling af livsstilssygdomme og kroniske sygdomme. Opgørelser viser desuden, at der er en høj grad af ulighed i sundhed, når det handler om rygning.

Siden Kommunalreformen har kommunerne medfinansieret knap 20 pct. af driften af det regionale sundhedsvæsen. Kommunerne betalte fra 2007 til 2011 dels et fast grundbidrag pr. borger, dels en aktivitetsbestemt medfinansiering af al aktivitet i sygehusvæsenet og praksissektoren. Den aktivitetsbestemte del af medfinansieringen var indtil 2011 begrænset med et loft på ca. 5000 kr. pr. somatisk sygehusindlæggelse og ca. 330 kr. pr. ambulante besøg.

I 2012 blev ordningen ændret, og det faste grundbidrag er i dag lagt over i den aktivitetsbestemte del af medfinansieringen. Ændringen medfører højere lofter for hver somatisk sygehusindlæggelse, ambulante behandling og behandling hos speciallæger, og øger dermed udgifterne til medfinansieringen af sundhedsvæsenet.

I 2012 var lofterne fastsat til følgende takster:

- Somatisk behandling: 14.025 kr. pr. indlæggelse og 1.384 kr. pr. ambulante besøg
- Psykiatrisk behandling: 8.113 kr. pr. indlæggelse og 507 kr. pr. ambulante besøg
- Behandling hos privatpraktiserende speciallæge: 1.384 kr. pr. konsultation
- Øvrig praksissektor: 10 pct. af honorar

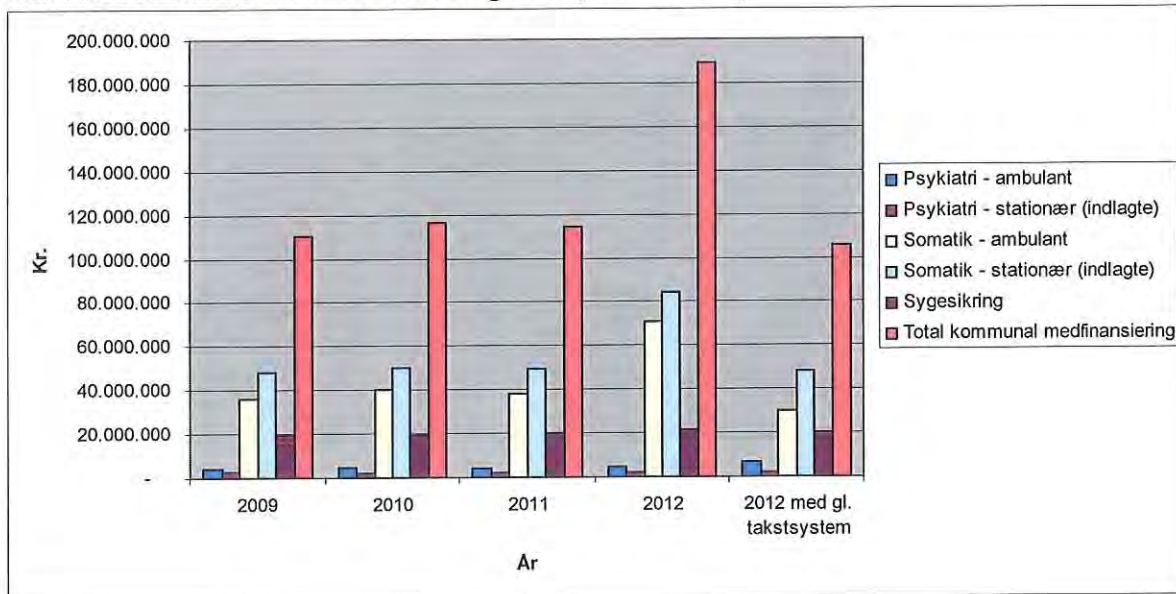
Den udvikling, som fremgår af notatets tabeller og figurer bør især ses i lyset af den ændrede medfinansieringsordning fra 2012. De variable udgifter til hver enkelt (uhensigtsmæssige) indlæggelse i kommunen er i dag langt højere end tidligere.

Det skal understreges, at forøgelsen af medfinansieringsandelen er generel. Det betyder at den øges lige meget for alle behandlinger – også dem som kommunen ikke kan forebygge. Udviklingen bør også ses i lyset af den demografiske udvikling med stadigt flere ældre samtidig med, at sundhedsområdet gennem de seneste år har været et højt prioriteret velfærdsområde. Det har blandt andet betydet, at området løbende har fået ressourceforløb fra central side med mål om reduceret ventetid og levering af flere behandlinger.

1. Generelle forhold og udviklingstendenser i medfinansieringen af sundhedsområdet i Lyngby-Taarbæk Kommune

Lyngby-Taarbæk Kommune har i perioden fra 2009 til 2011 oplevet en svag stigning i medfinansieringen af sundhedsområdet, hvor de årlige udgifter er vokset fra ca. 110 mio. kr. til ca. 114 mio. kr. Udviklingen fremgår af figur 1.

Figur 1: Udvikling i udgifter til kommunal medfinansiering af sundhedsområdet. Lyngby-Taarbæk Kommune 2009-2012. Faste priser (2012 niveau).

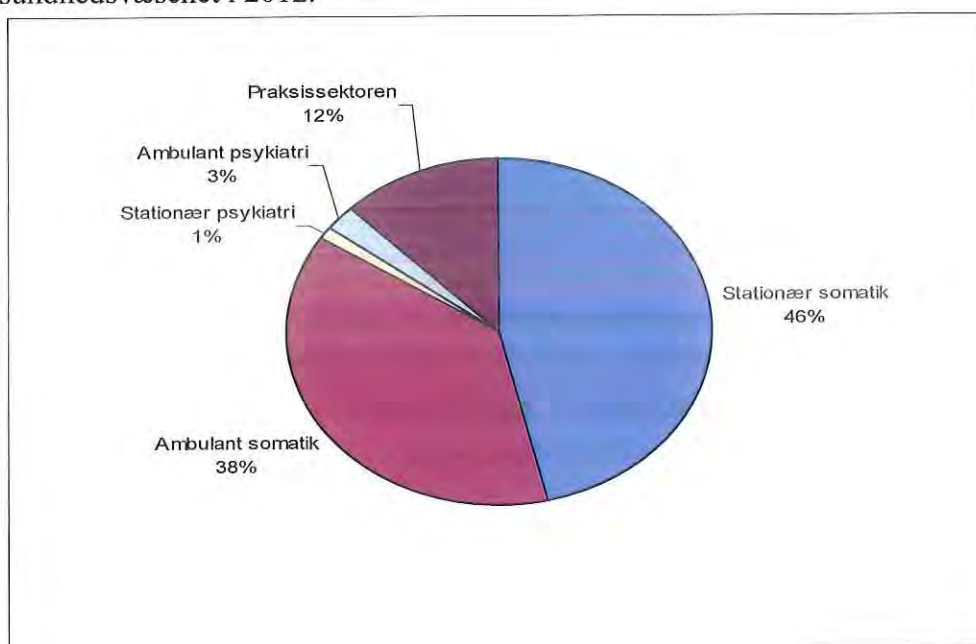


Figuren viser, at stigningen hovedsageligt skyldes en vækst på det somatiske område. Fra 2011 til 2012 er medfinansieringen vokset fra 114 mio. kr. til ca. 190 mio. kr., svarende til 65 pct. Denne kraftige stigning skyldes omlægningen af det faste kommunale grundbidrag til en øget aktivitetsbestemt medfinansiering, jf. beskrivelsen i indledningen.

Til sammenligning med udgifterne i de tidligere år er aktiviteten i 2012 ligeledes beregnet efter de historiske takster. Ses udviklingen i lyset af disse tal antydes et udgiftsfald fra 2011 til 2012. Tallene bør dog tolkes med forsigtighed, da beregningen af 2012 aktiviteten med det historiske takstsystem indeholder et element af fremskrivning og skøn.

Det reelle store spring i 2012 illustrerer imidlertid tydeligt, hvorfor der – især fremadrettet - er betydelige gevinster for kommunen i at arbejde målrettet med forebyggelse på sundhedsområdet.

Figur 2: Lyngby-Taarbæks udgiftsfordeling af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet i 2012.



Det fremgår klart af figur 2, at medfinansieringen af sundhedsvæsenet primært vedrører den somatiske patientbehandling, og at tilskyndelsen til en effektiv forebyggelsesindsats derfor er størst på dette område. Samlet står den somatiske behandling for knap 85 pct. af udgifterne.

En opgørelse af udgiftsfordelingen i hhv. Gentofte Kommune, Rudersdal Kommune og Region Hovedstaden under ét, viser billeder, som svarer til det, der ses i Lyngby-Taarbæk.

Tabel 1 viser en benchmark af den kommunale medfinansiering pr. indbygger i 2012. Lyngby-Taarbæk Kommune sammenlignes med Gentofte og Rudersdal kommuner, som tilsammen udgør 3-kommune-samarbejdet, og som derudover har en relativt sammenlignelig befolkningssammensætning.

Tabel 1: Benchmark vedrørende kommunal medfinansiering pr. indbygger i 2012

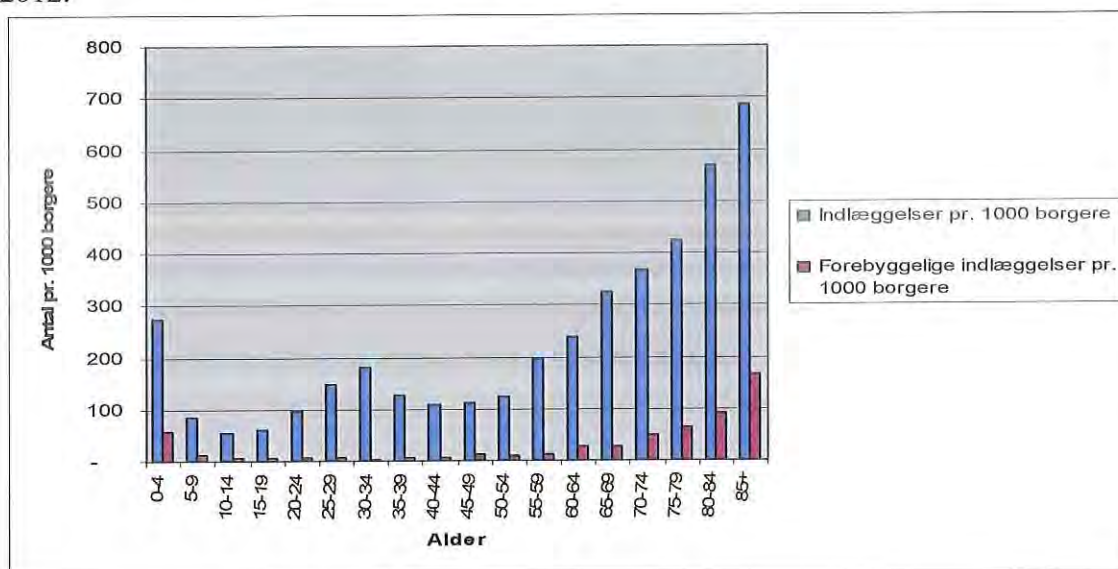
| Kommune | Kommunal medfinansiering | Antal indbyggere | Kommunal medfinansiering pr. indbygger |
|--------------------|--------------------------|------------------|--|
| Lyngby-Taarbæk | 187.267.480 | 53.251 | 3.517 |
| Gentofte | 252.110.939 | 72.814 | 3.462 |
| Rudersdal | 188.926.990 | 54.630 | 3.458 |
| Region Hovedstaden | 6.133.984.775 | 1.714.589 | 3.578 |

Note: jan-juni 2012 er i tabellen fremskrevet lineært til et helt år

Tabellen viser, at den årlige medfinansiering pr. indbygger er ca. 3.500 kr. Der er ikke stor variation mellem de fire geografiske enheder. De tre kommuner ligger dog lavere end regionens gennemsnit. Lyngby-Taarbæk Kommune ligger lidt højere end Gentofte og Rudersdal kommuner, som i øvrigt har et næsten identisk niveau.

At det i høj grad er de somatiske sundhedsudgifter til ældre borgere, som øger den kommunale medfinansiering, fremgår af figur 3.

Figur 3: Antal somatiske indlæggelser og forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere. LTK 2012.



Figuren viser, at antallet af somatiske indlæggelser er stærkt aldersafhængig. Der er en tendens til, at de helt små børn har et højere sundhedsforbrug end de større børn - og end de voksne indtil disse når pensionsalderen. Det fremgår desuden, at en del af de helt små børns indlæggelser vedrører en kategori af såkaldt forebyggelige diagnoser.

Figuren illustrerer den kraftige stigning i antallet af indlæggelser pr. borger, som sker omkring pensionsalderen (65 år), og at de forebyggelige indlæggelser antalmæssigt fylder mest blandt ældre.

Betegnelsen forebyggelig indlæggelse dækker indlæggelser, som kunne være forebygget, hvis problemstillingen havde været opsporet tidligere, og der havde været handlet virkningsfuldt. Region Hovedstaden har defineret de sygdomme som dækkes af betegnelsen, og disse er:

- Lungebetændelse og KOL (også kaldet rygerlunger)
- Dehydrering
- Blærebetændelse
- Forstoppelse
- Ernæringsbetinget blodmangel
- Brud (i skulder, arm, hånd, ryg, hofte, ben og ankel)
- Tryksår
- Gastroenterit (opkast og diarré)

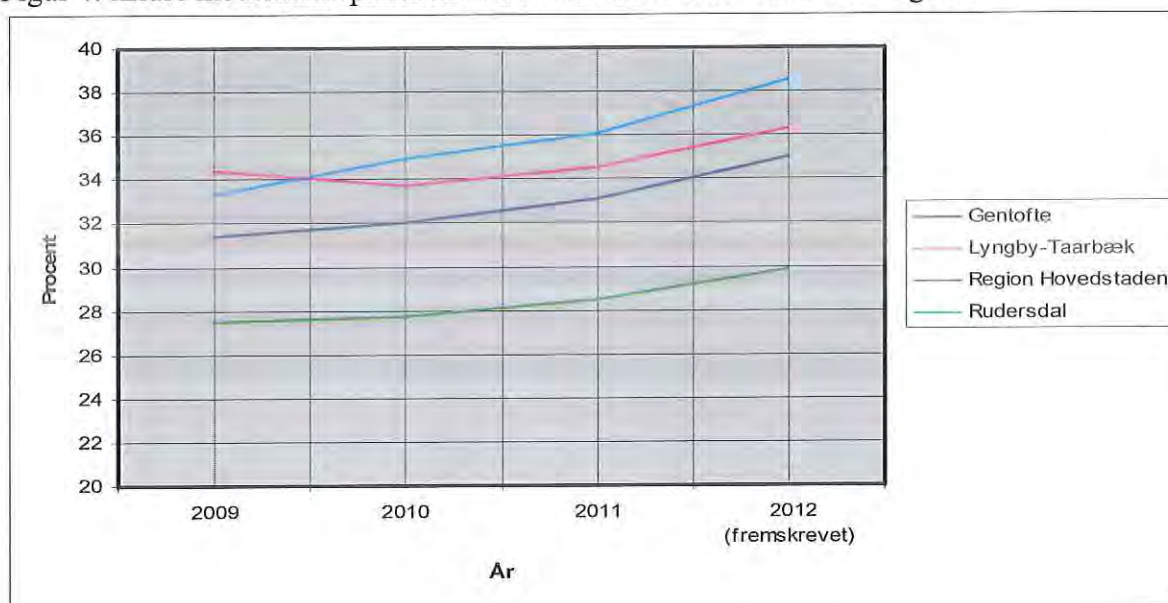
De forebyggelige indlæggelser udgør et potentiale for en styrket kommunal indsats. Det kan dog ikke forventes, at *alle* forebyggelige indlæggelser kan undgås, selv hvis kommunens akutte tilbud udbygges, eller hvis hjemmeplejen og plejecentrene handler anderledes.

2. Den ældre medicinske patient

Medfinansieringsudgifterne til ældre medicinske patienter i Lyngby-Taarbæk Kommune var i 2011 på ca. 30 mio. kr. I 2012 forventes udgiften at blive ca. 55 mio. kr. Denne stigning skyldes primært de nye lofter for medfinansiering, men understreger kommunens vedvarende interesse i at have fokus på at forebygge en del af disse indlæggelser.

Figur 4 viser en benchmark mellem Region Hovedstaden og kommunerne i Lyngby-Taarbæk, Gentofte og Rudersdal, hvor fokus er på de ældre medicinske patienter.

Figur 4: Ældre medicinske patienters andel af de samlede somatiske udgifter



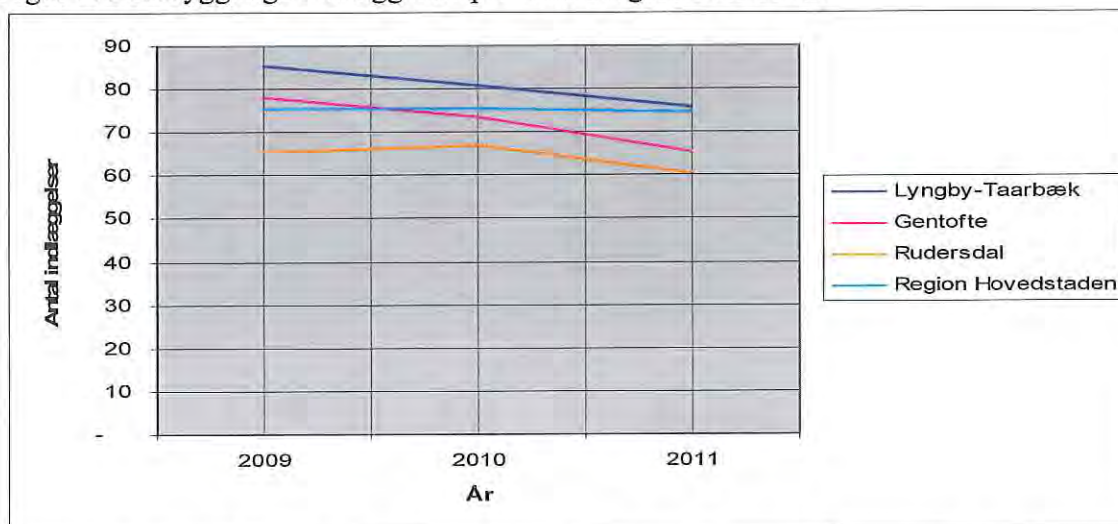
Det fremgår af figuren, at de ældre medicinske patienters andel af de somatiske medfinansieringsudgifter alle er steget fra 2009 til 2012. Figuren viser desuden, at patientgruppen fylder mere i de tre kommuner end i regionen som helhed, hvilket stemmer med den alderssammensætning, som kendetegner de fire geografiske enheder.

I Lyngby-Taarbæk Kommune gik 34 pct. af medfinansieringen i 2009 til behandling af ældre medicinske patienter. I 2012 er det 36 pct., hvilket er lidt mindre end i Rudersdal, men lidt mere end i Gentofte. Gentofte Kommune har en lidt lavere andel af borgere over 65 år (18,6 pct.) end Lyngby-Taarbæk Kommune (19,5 pct.), mens Rudersdal Kommune har den højeste andel (21,8 pct.).

En ældre medicinsk patient er indlagt 1,6 – 1,7 gange på et år, og dette niveau har ikke ændret sig markant over tid. Det stabile tal antyder, at væksten i udgifterne på området skyldes ændringer i demografien (flere ældre borgere), mens et ændret serviceniveau i behandlingen, flere genindlæggelser pr. patient el. lign. kun forklarer en mindre del af stigningen. Uanset årsagen, er stigningen i områdets økonomiske betydning dog et klart argument for, at kommunen bør interessere sig for udviklingen og forebyggelsespotentialet på området.

Figur 5 herunder viser en benchmark på de forebyggelige indlæggelser blandt ældre borgere.

Figur 5: Forebyggelige indlæggelser pr. 1000 borgere over 65 år.



Figuren viser, at både Lyngby-Taarbæk, Gentofte og Rudersdal de seneste år har oplevet et fald i antallet af forebyggelige indlæggelser. Region Hovedstaden har til gengæld et stabilt niveau i hele perioden.

Lyngby-Taarbæk Kommune har fra 2009 til 2011 haft det højeste antal forebyggelige indlæggelser pr. 1000 ældre borgere sammenlignet med både Gentofte, Rudersdal og regionen. I 2011 lå kommunen dog meget tæt på regionsgennemsnittet.

Lyngby-Taarbæk Kommunes potentiale, for en forbedret indsats på dette område, understøttes også af tallene i tabel 2, som opgør det konkrete antal forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser, som kommunen har haft fra 2009 til 2012.

Tabel 2: Forebyggelige (gen)indlæggelser blandt 65+ årige i Lyngby-Taarbæk Kommune.

| Antal indlæggelser og genindlæggelser | | | |
|---|-------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| År | Forebyggelige genindlæggelser | Forebyggelige indlæggelser | Forebyggelige indlæggelser i alt |
| 2009 | 88 | 764 | 852 |
| 2010 | 99 | 718 | 817 |
| 2011 | 93 | 691 | 784 |
| 2012 | 114 | 646 | 760 |
| Kommunal medfinansiering af indlæggelser og genindlæggelser | | | |
| År | Forebyggelige genindlæggelser | Forebyggelige indlæggelser | Forebyggelige indlæggelser i alt |
| 2009 | 448.307 | 3.932.385 | 4.380.692 |
| 2010 | 513.954 | 3.902.857 | 4.416.811 |
| 2011 | 486.014 | 3.729.823 | 4.215.837 |
| 2012 | 1.150.672 | 7.057.112 | 8.207.784 |

Note: 2012 er fremskrevet lineært til et helt år. Beløb er vist i løbende priser.

Antallet af forebyggelige indlæggelser i Lyngby-Taarbæk Kommune har været faldende i perioden fra 2009 (852) til 2012 (760). Dette er sket til trods for, at antallet af borgere over 65 år i samme periode er steget (fra 9.975 til 10.314). Tabellen viser imidlertid også, at der siden 2009 er sket en større stigning i antallet af årlige forebyggelige *genindlæggelser* fra 88 i 2009 til 114 i 2012. Denne stigning har været støt og står dermed i kontrast til udviklingen i forebyggelige indlæggelser i øvrigt.

Endelig viser tabellen værdien af de forebyggelige (gen)indlæggelser. De nye medfinansieringslofter træder tydeligt frem i 2012, hvor den samlede udgift til de forebyggelige indlæggelser udgør godt og vel 8 mio. kr. Af dette beløb vedrører mere end 1 mio. kr. udgifter til genindlæggelser.

Aalborg Kommune har beregnet, at udgiften til medfinansiering af en ældre borgers indlæggelse typisk betyder yderligere udgifter til genoptræning, ekstra pleje, hjælpemidler m.v., hvilket beløber sig til 10.000 kr. Dermed afspejler de 760 forebyggelige indlæggelser i Lyngby-Taarbæk i 2012 en værdi på mere end 15 mio. kr.

Udviklingen i antallet af genindlæggelser tyder på, at en større opmærksomhed på disse borgere og en endnu bedre planlægning ved hjemtagelsen efter hospitalsindlæggelse kunne være et fokuspunkt fremover. En udbygning med flere specialiserede akutpladser i kommunen vil understøtte et sådant fokus.

Tabel 3: Udvikling i Lyngby-Taarbæks udgifter til færdigbehandlede hospitalpatienter

| År | Udgift i kr. |
|------|--------------|
| 2009 | 4.199.041 |
| 2010 | 2.972.246 |
| 2011 | 1.162.756 |
| 2012 | 2.668.000 |

Note: 2012 er fremskrevet. Beløb i årets priser.

Tabel 3 viser, at kommunens udgifter til færdigbehandlede patienter faldt med ca. 3 mio. kr. fra 2009 til 2011. I 2012 var udgiften dog atter vokset – til ca. 2,7 mio. kr.

Det fald, som ses i 2010 og 2011, er udtryk for en målrettet kommunal indsats, hvor der blev oprettet flere midlertidige døgnpladser samtidig med, at der blev sat særlig fokus på hurtig

klargøring af faste plejehjemspladser ved ledighed. I 2012 ses en fornyet udfordring på området, hvor det højere forbrug begrundes med en periodevis meget lav beboerudskiftning i kommunens permanente plejeboliger, hvilket har haft en afledt effekt på de midlertidige boliger. Der har dermed i visse måneder været færre pladser til rådighed for at hjemtage færdigbehandlede borgere fra sygehusene.

Det er forvaltningens vurdering, at en udbygning af kommunens akutte pladser vil kunne støtte den fleksibilitet, som kræves ved hjemtagelse af færdigbehandlede borgere.

3. Borgere med kroniske lidelser

Generelt lever stadig flere borgere med en eller flere kroniske sygdomme. En kronisk sygdom er en vedvarende eller længerevarende sygdom, som i nogen grad kan behandles, men ofte ikke helbredes. Bedre diagnosticering, men også bedre levekår og muligheder for behandling af sygdomme er grunde til at flere i dag lever med kronisk sygdom.¹

Man ved, at kronisk syge patienter som får den rette behandling og træning får et bedre liv og i højere grad end ellers undgår komplikationer og unødige indlæggelser.

Forløbsprogrammerne rettet mod disse borgere er derfor et centralt element i sundhedsaftalerne. Lyngby-Taarbæk har implementeret forløbsprogrammer for patienter med KOL (rygerlunger), Type II diabetes, demens og kræft. Forløbsprogrammerne indebærer bl.a. anvendelse af evidensbaseret viden og en præcisering af, hvem der gør hvad i patientens forløb mellem kommunen, almen praksis og hospitalet.

I tabel 4 og 5 er udviklingen i antallet af patienter og deres hospitalsforbrug opgjort for tre udvalgte kroniske lidelser².

Tabel 4: Indlæggelse af borgere i Lyngby-Taarbæk med Type II diabetes, KOL og kræft.

| Diagnose: Type II diabetes | | | | |
|----------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| År | Antal indlæggelser | Indlæggelser pr. patient | Antal unikke patienter | Kommunal medfinansiering |
| 2009 | 31 | 1,1 | 28 | 148.924 |
| 2010 | 29 | 1,1 | 27 | 143.086 |
| 2011 | 29 | 1,0 | 29 | 144.217 |
| Diagnose: KOL | | | | |
| År | Antal indlæggelser | Indlæggelser pr. patient | Antal unikke patienter | Kommunal medfinansiering |
| 2009 | 171 | 1,7 | 102 | 821.484 |
| 2010 | 193 | 1,6 | 122 | 952.262 |
| 2011 | 160 | 1,6 | 97 | 795.680 |
| Diagnose: kræft | | | | |
| År | Antal indlæggelser | Indlæggelser pr. patient | Antal unikke patienter | Kommunal medfinansiering |
| 2009 | 752 | 1,6 | 456 | 3.494.419 |
| 2010 | 770 | 1,9 | 413 | 3.723.356 |
| 2011 | 614 | 1,7 | 364 | 2.984.233 |

Note: Beløb i årets priser.

¹ Kilder: www.sst.dk og "Implementering af forløbsprogrammer for kronisk sygdom". Udgivet af Hospitalerne, kommunerne og de praktiserende læger i Region hovedstaden, april 2011.

² Udviklingen i sundhedsforbruget for borgere i kommunen med demens indgår ikke i opgørelserne. Det skyldes en stor usikkerhed i afgrænsningen af borgerne i de patientadministrative systemer, som kommunen har adgang til.

Tabel 4 viser, at antallet af indlæggelser og borgere som årligt indlægges med Type II diabetes har været stabilt fra 2009 til 2011, mens det har været faldende for borgere med KOL og kræft.

Tabel 5: Ambulante besøg. Borgere i Lyngby-Taarbæk med Type II diabetes, KOL og kræft

| Diagnose: Type II diabetes | | | | |
|----------------------------|-------------|-------------------|------------------------|--------------------------|
| År | Antal besøg | Besøg pr. patient | Antal unikke patienter | Kommunal medfinansiering |
| 2009 | 1533 | 4,4 | 348 | 474.285 |
| 2010 | 1878 | 5,0 | 374 | 573.514 |
| 2011 | 2025 | 5,0 | 404 | 618.667 |
| Diagnose: KOL | | | | |
| År | Antal besøg | Besøg pr. patient | Antal unikke patienter | Kommunal medfinansiering |
| 2009 | 626 | 2,9 | 214 | 179.744 |
| 2010 | 741 | 3,1 | 236 | 202.627 |
| 2011 | 689 | 2,9 | 238 | 193.466 |
| Diagnose: kræft | | | | |
| År | Antal besøg | Besøg pr. patient | Antal unikke patienter | Kommunal medfinansiering |
| 2009 | 11429 | 9,1 | 1257 | 5.216.027 |
| 2010 | 12327 | 10,3 | 1199 | 5.965.644 |
| 2011 | 12114 | 10,1 | 1202 | 5.389.615 |

Note: Beløb i årets priser.

Den ambulante hospitalsbehandling, som vises i tabel 5, tyder på, at faldet i KOL-patienternes indlæggelser til dels skyldes en omlægning fra indlagt til mere ambulante behandling. Det er dog iøjnefaldende, at faldet i antallet af indlæggelser for KOL er sket i den periode (2010-2011), hvor forløbsprogrammet blev forankret i kommunen. I 2011 er stigningen i antallet af KOL-patienter, som behandles ambulant ligeledes bremset op.

Figur 5 viser også, at antallet af ambulante patienter som behandles for Type II diabetes er steget fra 348 i 2009 til 404 i 2011, hvilket svarer til 16 pct. Specielt diabetikere er i risiko for at udvikle følgesygdomme som fx hjerte-karlidelser samt øjen- og nyresygdomme, hvilket betyder at omfanget af diabetikernes læge- og hospitalsforbrug givetvis er undervurderet i tabel 5.³

³ Tabel 5 viser kun de diabetespatienter som på deres hospitaalkontakt har "Type II diabetes" som primær behandlingsdiagnose.

Tabel 6: Merudgifter til kronisk syge – tal fra undersøgelse i Kbh. Kommune⁴

| Kronisk sygdom | Kommunal merudgift pr. person pr. år |
|--|--------------------------------------|
| Diabetes | 30.416 kr. |
| KOL | 28.257 kr. |
| Kræft | 19.371 kr. |
| Fordeling af kommunal merudgift pr. person pr. år (gennemsnit) | |
| Kommunale ydelser | 15.023 kr. |
| Medfinansiering af regionale ydelser | 2.557 kr. |
| Overførselsindkomster | 8.413 kr. |

Tabel 6 viser, at der er betydelige merudgifter forbundet med borgere med udvalgte kroniske sygdomme. Tabellen viser også, at kommunens udgifter til medfinansiering af sundhedsvæsenet kun udgør en mindre del af den samlede økonomiske udfordring.⁵

De etablerede forløbsprogrammer afventer endnu en egentlig evaluering, men man ved i dag, at eksempelvis senfølger af diabetes delvist kan forebygges med rehabilitering, som styrker evnen til egenomsorg og til ændring af livsstilsfaktorer. Et fortsat engagement i forløbsprogrammerne for kronisk syge borgere, og en skærpet indsats over for netop diabetikere er derfor et væsentligt element i udmøntningen af puljen til udsatte og kronikere.

Man ved i dag, at rygning er en væsentlig årsag til udvikling af mange livsstilssygdomme og kroniske sygdomme. Indsatser mod rygning er et af de få forebyggelsesområder, hvor der er videnskabeligt bevis for de sundhedsmæssige og økonomiske virkninger.

I forhold til de kroniske lidelser diabetes, KOL og kræft er rygning en stærk fælles risikofaktor. Diabetikere har forhøjet risiko for komplikationer, hvis de ryger, og 85-90 pct. af alle KOL-tilfælde skyldes rygning. Endelig ved man, at rygning er den mest veldokumenterede årsag til kræft.

Fakta om rygning:

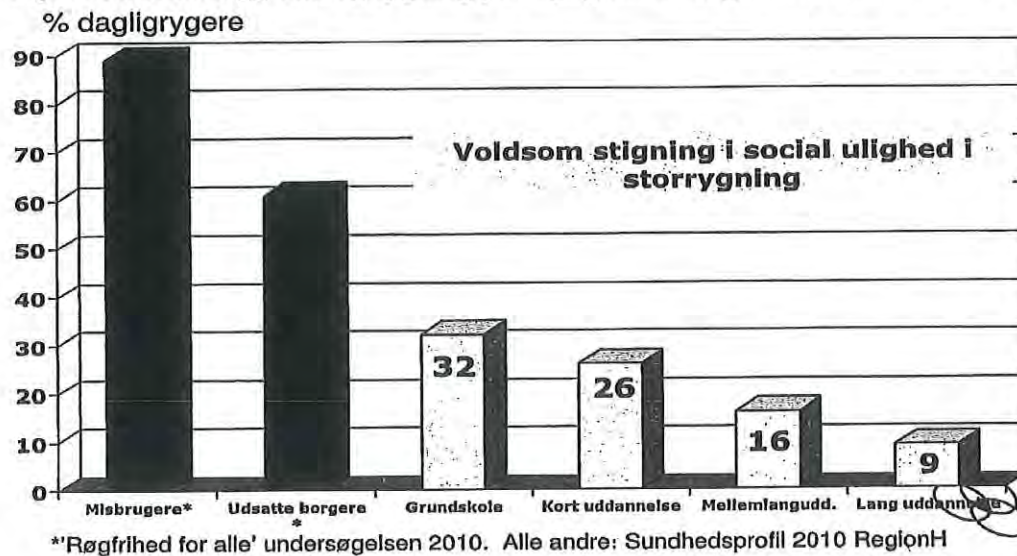
- 15 pct. af borgerne i Lyngby-Taarbæk Kommune ryger
- 26 pct. af alle dødsfald er relateret til rygning
- 70 pct. af rygerne ønsker at holde op med at ryge
- Halvdelen af rygerne dør før 70-års alderen, og disse mennesker mister i gennemsnit 22 år af deres liv.
- Der er 2-3 gange flere rygere blandt borgere med psykisk sygdom end i den øvrige del af befolkningen. Denne gruppe er desuden oftere storrygere.

⁴ Kilde: "Implementering af forløbsprogrammer for kronisk sygdom". Udgivet af Hospitalerne, kommunerne og de praktiserende læger i Region hovedstaden, april 2011.

⁵ . Det skal dog bemærkes, at undersøgelsen fra Københavns Kommune er foretaget før de nye lofter for medfinansieringen trådte i kraft. Et groft skøn er derfor, at denne udgift i dag er fordoblet.

Som figur 6 herunder viser, er rygning en væsentlig faktor i uligheden i sundhed.

Figur 6: Social baggrund og rygning på daglig basis. Region Hovedstaden 2010.



Figuren viser, at næsten alle misbrugere er dagligrygere (knap 90 pct.), og at tallet ligeledes er højt for øvrige udsatte grupper (60 pct.). Der er desuden tre gange så mange daglige rygere blandt borgere, som kun har fuldført grundskolen sammenlignet med borgere, som har en lang videregående uddannelse.

Undersøgelser viser desuden, at ønsket om rygeophør er lige stort for alle uddannelsesgrupper.⁶

I forhold til rygning er det derfor velbegrunderet at konkludere, at en styrket indsats kan påvirke såvel den sociale ulighed i sundhed som forebyggelsen af en række kroniske lidelser.

⁶ Kilde: Pisinger, Charlotte: "Rygeepidemien er på ingen måde overstået". Oplæg ved Rygestopbasens konference, december 2012.

Kommunernes fælles rolle – udviklingen af nære sundhedsvæsen

Fælles rammer og målsætninger for kommunerne i hovedstadsregionen

Den 5. februar 2013

Jnr
Sagsid

Kommunerne har i en årrække haft en væsentlig rolle på sundhedsområdet, en rolle som ikke bliver mindre i fremtiden. I den fortsatte udvikling af det nære sundhedsvæsen er det afgørende at **kommunerne i fællesskab sætter dagsordenen ud fra fælles rammer og målsætninger**. Kommunerne skal i fællesskab og lokalt arbejde med de sundhedsindsatser, der gavner borgerne bedst når de løses tæt på borgerne.

afp@kl.dk

KKR Hovedstaden
Albertslund Rådhus
Nordmarks Alle
2620 Alberslund

KL's udspil "Det nære sundhedsvæsen" skitserer strategien for etablering af et stærkt og nært sundhedsvæsen, der:

www.kl.dk/kkr-hovedstaden/

1/9

- *Er borgernes indgang til sundhedsvæsenet*
- *Fremmer borgernes sunde livsstil og forebygger sygdom*
- *Forebygger indlæggelse gennem levering af almen og specialiseret sygepleje, genoptræning, rehabilitering og egentræning*
- *Understøtter behandlingen af borgeren i og nær borgerens eget hjem*
- *Understøtter borgernes mulighed for at tage hånd om egen sygdom gennem blandt andet brug af uddannelse og moderne teknologi*
- *Skaber sammenhæng mellem kommuner, almen praksis og sygehusvæsenet for at sikre sammenhæng i patientforløb*
- *Arbejder evidensbaseret og kvalitetsorienteret.*

I økonomiaftalen for 2013 fik kommunerne et varigt økonomisk løft til udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Kommunerne skal nu vise, at de kan løfte opgaven – midlerne og de politiske intentioner skal omsættes til konkrete initiativer og resultater. Det skal være tydeligt, hvad midlerne anvendes til – til gavn for borgeren.

Tværgående fokuspunkter i udviklingen af det nære sundhedsvæsen

Kommunerne fungerer i **tæt samspil med hospitaler og almen praksis/praksissektoren** i Sundhedstrekanten. I takt med at hospitalerne løser stadig mere specialiserede opgaver varetager kommunerne i samarbejde med de praktiserende læger de nære sundhedsopgaver tæt på borgeren. Samspillet mellem det specialiserede og det nære sundhedsvæsen skal understøttes og udbygges, så den enkelte borger får og oplever en sammenhængende og koordineret indsats. Kommunerne skal stille krav til samarbejdspartnerne om, at de er tilgængelige for kontakt og støtter kommunerne med specialishjælp.

Det nære sundhedsvæsen har udgangspunkt i borgerens samlede situation. Kommunerne skal levere **en tværfagligt sammenhængende indsats** overfor borgerne. Indsatsen i det nære sundhedsvæsen skal kobles tæt med den øvrige kommunale indsats indenfor fx socialområdet, beskæftigelsesområdet mv.

Udviklingen af tilbud i det næres sundhedsvæsen stiller store krav til kommunerne. Kommunerne skal kunne sikre tilbud af høj kvalitet til alle borgere med behov og samtidig udnytte ressourcerne bedst muligt. Fremadrette skal **kommunerne etablere tværkommunale samarbejder, hvor det giver mening** for at skabe volumen i forhold til mere specialiserede opgaver og for at sikre de nødvendige kompetencer er til rådighed

I udviklingen af det nære sundhedsvæsen er det væsentligt at **inddrage borgernes egne ressourcer og civilsamfundets organisationer**. Borgerne er ikke passive modtagere af sundhedsydelse, men aktive deltagerer i kortere og længere forløb.

Kommunerne skal have **fokus på ulighed i sundhed** og via indsatserne nå alle grupper af borgere. Udfordringen er kompleks og kalder på kreative og innovative indsatser. En effektiv indsats kan dog give store sundhedsmæssige effekter, både til gavn for borgerne og for den kommunale økonomi.

En afgørende præmis for kommunernes arbejde med at udvikle det nære sundhedsvæsen og optimere ressourceanvendelse er, at der er **ensartet sammenlignelig dokumentation og en konsekvent opfølgning på indsats og effekt**. Kommunerne i Region Hovedstaden skal være med til at sætte emner på dagsordenen, der skal tages stilling til på nationalt niveau fx i forhold til dokumentationsindsatsen. Det forudsættes, at der nationalt udvikles fælles værktøjer til dokumentation og effektmåling til brug for kommunernes opfølgning. Dokumentations- og evalueringsindsatsen skal understøtte smidige tværsektorielle overgange for den enkelte borger og bi-

drage til at dokumentere aktivitet, effekt og evidens på sundhedsområdet. Det er desuden en forudsætning, at arbejdet med effektdokumentation understøttes af national lettilgængelig og opdateret evidens og best practice på sundhedsområdet.

KL har i forbindelse med udspillet om det nære sundhedsvæsen i værksat en række projekter og afklaringer på nationalt niveau, eksempelvis udvikling af en strategi for velfærdsteknologi. Det er vigtigt for at sikre et bedt muligt grundlag for udvikling af det nære sundhedsvæsen at den kommunale indsats sker i samspil med KL's udspil på sundhedsområdet.

Fælles principper og rammer for udviklingen

KL's sundhedsudspil baserer sig på, at kommunerne i stigende grad arbejder efter samme principper og mål og løfter arbejdet som en samlet kommunesektor. De 29 kommuner i regionen skal skabe en fælles platform for udviklingen af det nære sundhedsvæsen i Region Hovedstaden. En vigtig præmis i arbejdet er, at der er mange veje til samme mål. For at sikre det bedste og mest effektive resultat er det nødvendigt, at kommunerne enkeltvist har mulighed for at rette fokus på særlige lokale tiltag samtidig med, at området løftes i fællesskab mellem alle kommuner.

En fælles prioritering af fokusområder og indsatser skal:

- Opstille målsætninger for de 29 kommuners arbejde med udviklingen af det nære sundhedsvæsen på kort og lang sigt
- Pege på:
 - **fælles indsatser** for de 29 kommuner
 - indsatser hvor nogle kommuner kan være **pilotkommuner** og
 - indsatser hvor der med fordel kan etableres **fælles kommunale samarbejder**
- Bidrage til et **solidt grundlag for KL til det videre arbejde** ift. de kommende økonomiforhandlinger og regeringens sundhedspolitiske udspil, der forventes offentliggjort i foråret 2013
- **Løftes ind i det eksisterende samarbejde med regionen** særligt i forhold til de kommende forhandlinger om nye sundhedsaftaler.

Strategiske/overordnede målsætninger

Følgende overordnede målsætninger udgør rammen for de 29 kommuner i hovedstadsregionen:

Kommunerne skal udvikle det nære sundhedsvæsen så:

- *Det fremmer alle borgeres sunde livsstil og forebygger sygdom*
- *Det støtter borgerne i at tage hånd om egen livssituation og udøve egenomsorg*
- *Borgeren er i centrum og der er fokus på den samlede livssituation.*

Særligt fokus rettes mod flg. fire målsætninger for udviklingen af det nære sundhedsvæsen:

1. *Styrke forebyggelsesindsatsen med udgangspunkt i sundhedsprofilerne og de nationale forebyggelsespakker*
2. *Styrke indsatsen for aktivt at forebygge at borgerne (gen)indlægges*
3. *Styrke indsatsen overfor kronikergrupperne, ved at have tilbud til kronikergrupperne i alle kommuner*
4. *Styrke dokumentationen i forhold til de kommunale indsatser og den forventede effekt.*

Indsatser

De strategiske målsætninger udmøntes i en række indsatser. Nogle indsatser vil være forpligtende for alle kommuner. Andre indsatser vil i udgangspunktet blive løftet af en enkelt kommune eller af grupper af kommuner (pilotprojekter) i samarbejde, for dermed at skabe viden og indsigt i forhold til den fremadrettede udvikling af det nære sundhedsvæsen i regionen.

Der fremlægges her en bruttoliste med forslag til en række indsatser, der er grupperet ift. de strategiske målsætninger:

1. forebyggelse og sundhedsfremme,
2. forebyggelse af (gen)indlæggelser,
3. kronisk sygdom,
4. dokumentation.

Der er under hvert område anført indsatser, der skal implementeres i 2013 eller hvor implementeringen skal være påbegyndt i 2013. Der er samtidig anført ideer til indsatser, der kan implementeres i 2013 som pilotprojekter af en enkelt kommune eller flere kommuner i fællesskaber.

KKR Hovedstaden opfordrer kommunerne til at byde ind på at være pilotkommune på ”kan indsatserne” og hører også gerne om andre kommunale ”kan indsatser” inden for de strategiske målsætninger.

1. Forebyggelse og sundhedsfremme

Skal være påbegyndt implementering i løbet af 2013

- Kortlægning af kommunens egne indsatser, som forberedelse til implementering af de nationale forebyggelsespakker
- Med udgangspunkt i sundhedsprofilerne som prioriteringsværktøj udarbejder hver enkelt kommune en plan for trinvis implementering af de nationale forebyggelsespakker

- Implementering af ”træning før hjælp”/ hverdagsrehabilitering¹ for at understøtte borgernes selvhjulpenhed.

Pilotprojekter som kan igangsættes i 2013 gerne som tværkommunale samarbejder

- Udvikling af modeller for tværkommunalt samarbejde om udmøntning af forebyggelsespakkerne, fx tværkommunal alkoholforebyggelse
- Udviklingsprojekter om udmøntning af forebyggelsespakkerne udviklingsniveauer, fx tværkommunalt samarbejde på hygiejneområdet.

Udgangspunkt for indfrielse af mål

- *Mellem 64 og 86 pct. af kommunerne har sammenholdt deres indsatser for en række af forebyggelsespakkerne. 24 pct. af kommunernes indsatser svarer til grundniveauet i pakkerne eller har justeret indholdet, mens 76 pct. af kommunerne ikke har justeret indsatsen.*
- *96 pct. af kommunerne har indført hverdagsrehabilitering i ældreplejen.*

2. Forebyggelse af (gen)indlæggelser

Skal være påbegyndt implementering i løbet af 2013

- Kommunerne skal have organiseret opfølgende hjemmebesøg med udgangspunkt i rammepapir fra KL og Danske Regioner om udmøntning af handlingsplan for den ældre medicinske patient
- Kommunerne skal have ensartet samarbejde med hospitaler om udskrivning i form af kommunikationsaftalen for indlæggelser og udskrivninger
- Kommunerne skal, som del af implementeringsplanen for den ældre medicinske patient implementere forløbskoordinering. Retningslinjer for den konkrete udformning afventer konkretisering af udspil fra KL og Danske Regioner²
- Kommunerne skal systematisk arbejde med stratificering af genoptræningsplaner og kvalitetsudvikling, herunder tilpasning af organisering af træningsopgaven. Fx via:
 - intern specialisering i teams/enheder,
 - tværfaglige indsatser,
 - tværkommunale samarbejder.
- Kommunerne skal forebygge indlæggelser gennem indsatser i ældreplejen med påvist effekt (fx tidlig opsporing/monitorering af tidlige tegn på faldende funktionsniveau, medicin håndtering, faldforebyggelse,

¹ Begrebet henviser til indsatser som understøtter borgerne i at opnå størst mulig selvhjulpenhed. Indsatsen har forskellige navne i de enkelte kommuner og kan have forskelligt indhold.

² Kommunerne tilføres dutmidler til opgaven i 2013.

kompetenceløft mv.). Dette skal eksempelvis ske via styrkelse af kompetencer og tidlig opsporing i følgende indsatser:

- Uddannelse af specialister indenfor fx KOL, diabetes mv.,
- Etablering /udbredelse af koordinerende indsatser fx indenfor hjerneskade, demens mv.
- KL's kompetenceprofil projekt inddrages i den fremtidige udvikling og rekruttering
- Styrkelse af medarbejdernes kompetencer i forhold til tidlig opsporing af såvel kronisk sygdom som faldende funktionsniveau
- Implementere de screeningsværktøjer, der forventes udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen (fald, urinvejsinfektioner, ernæring mv.)
- Samarbejde med almen praksis med henblik på tidlig opsporing af truende indlæggelser
- Tværsektoriel forebyggelse af indlæggelser (i samarbejde med hospitaler).

Pilotprojekter som kan igangsættes i 2013 – gerne som tværkommunale samarbejder

- Etablering af akutteams eller midlertidige døgnpladser med adgang til sygeplejefaglig kompetencer døgnet rundt for borgere med risiko for indlæggelse og borgere der har behov for intensiv pleje efter indlæggelse (fx etablering af trykhoteller², akutpladser eller rehabiliteringspladser)
- Udvikling af modeller for tværsektorielt samarbejde (shared care), fx via følgende indsatser: Tværgående akutteams mellem aktørerne i sundhedstrekanten, tværsektoriel udredningsenhed (TUE), geriatriiske tilsyn, udgående AMA/sygeplejerske teams
- Udvikling af samarbejdet i med almen praksis/vagtlægefunktionen fx ved brug af subakutte tider, information til almen praksis om kommunernes alternative tilbud til indlæggelser og deres rolle ift. akutindsatser.

Udgangspunkt for indfrielse af mål

- *68 pct. af kommunerne har indført opfølgende hjemmebesøg i samarbejde med almen praksis.*
- *93 pct. af kommunerne har iværksat initiativer i samarbejde med hospitalet for at sikre den gode udskrivning – udskrivningskoordinatorer mv.*
- *97 pct. af kommunerne har implementeret eller er ved at implementere kommunikationsaftale om indlæggelser og udskrivinger i samarbejde med hospitalerne.*
- *96 pct. af kommunerne har intern specialisering af genoptræningsindsatsen, fx organisering i teams.*
- *20 pct. af kommunerne har indgået tværkommunale samarbejder om genoptræningsopgaver.*

- 84 pct. af kommunerne har etableret tværfaglige teams på genoptræningsområdet.
- Særlige indsatser i kommunerne med henblik på forebyggelse af indlæggelser:
 - 78 pct. af kommunerne arbejder med opkvalificering af medarbejderne
 - 70 pct. af kommunerne arbejder med redskaber til tidlig opsporing
 - 70 pct. af kommunerne arbejder med medicinbehandling
 - 59 pct. af kommunerne arbejder med faldforebyggelse.
- 82 pct. af kommunerne har enten midlertidige pladser i eksisterende enheder eller en akutplejeenhed i egne fysiske rammer. 18 pct. har ikke akutpladser med sygeplejefaglig indsats i hele døgnet.

3. Kronisk sygdom

Skal være implementeret/påbegyndt implementering i løbet af 2013

Alle kommuner har med sundhedsaftalen for 2011-2014 tilsluttet sig forløbsprogrammer for borgere med KOL og type 2 diabetes. Kommunerne er enige om, at forløbsprogrammer er den rigtige ramme for at tilrettelægge indsatsen til borgere med kronisk sygdom. Der er en klar opmærksomhed på at kommunerne er forskellige steder og har forskellige udgangspunkter for implementering af programmerne. I det fremafrettede arbejde skal der derfor være et klart fokus på at udvikle modeller for tværkommunale samarbejder om tilbud til kronikere, herunder tværdiagnostiske tilbud.

- Alle kommuner skal have implementeret forløbsprogrammer for KOL, diabetes, demens og kræft³ i 2013
- Alle kommuner skal have taget stilling til implementering af forløbsprogrammet for hjerte-kar i 2013, og halvdelen af kommunerne påbegynder implementeringen af programmet inden udgangen af 2013
- Der udvikles modeller for tværdiagnostiske forløbsprogram, der kan rumme flere diagnoser for kronisk sygdom. Udviklingen kan ske tværkommunalt.

Pilotprojekter som kan igangsættes i 2013 - gerne som tværkommunale samarbejder

- Implementering af forløbsprogram for lænde- ryg sygdomme
- Øget samarbejde med almen praksis med henblik på tidlig opsporing af borgere med kronisk sygdom om rekruttering til forløbsprogrammer med det formål at mindske ulighed i sundhed, fx via fælles udvikling af opsporingsmetoder
- Etablering af forløb for sårbare borgere (herunder med psykisk sygdom, etniske grupper m. fl.)
- Udvikling af forløbskoordination

³ Det er et nationalt krav at alle kommuner implementere forløbsprogram for kræft, der er givet dut midler til kræftområdet i 2013

- Udvikling og implementering af telemedicinske løsninger
- Implementering af fælles nationale kliniske retningslinjer
- Udvikling af modeller hvor frivillige inddrages i forankring af fx motion og bevægelse efter borgeren har gennemgået forløbsprogram.

Udgangspunkt for indfrielse af mål

- *Alle kommuner har implementeret eller er ved at implementere forløbsprogrammer for KOL og diabetes.*
- *63 pct. af kommunerne har eller er ved at etablere rehabiliteringstilbud til kræft-ramte som en del af forløbsprogrammet.*
- *41 pct. af kommuner har patientrettede forebyggelsestilbud for hjerte-kar.*
- *25 ud af 29 kommuner angiver at have eller have konkrete planer om at etablere tilbud i 2013.*

4. Dokumentation

Skal være påbegyndt implementering i løbet af 2013

- Kommunerne skal aktivt dokumentere og følge op på om indsatserne virker
- Alle kommuner skal arbejde systematisk med ledelsesinformation på sundhedsområdet og bringe informationen til anvendelse både politisk og administrativt
- Der udvælges 3-6 centrale indikatorer til opfølgning, som kommunerne forpligter sig til at benytte fremover med henblik på opfølgning i egen kommune og sammenligning af indsatser på tværs af kommuner
- Udviklingen af ledelsesinformationsgrundlaget skal ske i samarbejde med KL
- Kommunerne i Region Hovedstaden forudsætter at der på længere sigt nationalt udvikles fælles værktøjer til dokumentation og effektmåling til brug for kommunernes opfølgning.

Pilotprojekter som kan igangsættes i 2013 - gerne som tværkommunale samarbejder

- Pilotprojekt der arbejder med at forbedre dokumentationspraksis og – muligheder fx:
 - hvorvidt akutteam og triage fører til færre indlæggelser
 - optimering af brugen af registrerede data fra omsorgssystemer
 - afdække borgernes oplevelse af sammenhæng mellem sektorerne
 - bruge erfaringer (systematikken) fra rygestopdatabasen.

Udgangspunkt for indfrielse af mål

- *64 pct. af kommunerne udarbejder systemiseret ledelsesinformation på et af tre niveauer:*
 - *Politiske niveau: 39 pct.*
 - *Direktorniveau: 32 pct.*
 - *Faglederniveau: 54 pct.*
- *36 pct. af kommunerne udarbejder ikke systematisk ledelsesinformation.*

Journalnr. :
Dato: 14.1.2013
Skrevet af : asm /3467

NOTAT
Om

Status for LTK indsatser på sundhedsområdet - status på fokusområder i rammepapiret

Baggrund

I det rammepapir, KKR-Hovedstaden har udarbejdet på baggrund af KLS oplæg om Det nære sundhedsvæsen, opstilles fire målsætninger for de indsatser, kommunerne skal løfte

1. Alle kommunerne skal aktivt forebygge at borgerne (gen)indlægges
2. Alle kommunerne skal have tilbud (fx forløbsprogrammer) til borgere med KOL, diabetes, hjertesygdomme, kræft, demens og lænde-ryg sygdomme
3. Med udgangspunkt i sundhedsprofilerne skal kommunerne udmønte grundniveauerne i de nationale forebyggelsespakker. Primært ift. tobak, alkohol, fysisk aktivitet, mental sundhed og seksuel sundhed.
4. Kommunerne skal aktivt dokumentere indsatser og følge op på, om indsatserne virker

For hver målsætning opstiller rammepapiret indsatser, som kommunerne forpligtes til at implementere i 2013. Overordnet set vurderes det, at Lyngby-Taarbæk Kommune kan implementere rammepapirets målsætninger, under forudsætning af at der afsættes midler til implementering af nye forløbsprogrammer.

At kommunerne får forpligtende og strukturelt afklarede forpligtelser er en ny udvikling, der sætter nye styrings- og udviklingsrammer for kommunernes sundhedsindsats. Samlet set må det forventes, at der i den nære fremtid kommer flere bundne sundhedsopgaver for kommunerne, både hvad angår patientrettede og borgerrettede indsatser. Eksempelvis lancerer regeringen et nyt sundhedsudspil i foråret 2013, og det er forventeligt, at udspillet vil rumme mere konkrete oplæg for kommunernes fremtidige rolle i sundhedsvæsenet.

I det følgende beskrives status for Lyngby-Taarbæk Kommunes indsatser på de tre fagområder, der indgår i rammepapiret.

Ad. 1 Indsatser til aktivt at forebygge at borgerne (gen)indlægges

Grundlæggende lever Lyngby-Taarbæk Kommune op til rammepapirets målsætninger, men der er fortsat behov for udvikling indenfor målsætningernes rammer.

Arbejdet med at forebygge indlæggelser af den ældre medicinske patient sker ad flere spor i Center for Træning og Omsorg. Disse spor understøtter på forskellig måde udviklingen af en forebyggelsesfilosofi. En væsentlig grund til, at der skal sættes på en forebyggelsesfilosofi er, at en akut indlæggelse, især for ældre borgere, er en stor omvæltning og forstyrrelse i den daglige rytme.

Der arbejdes med følgende fire spor:

1. En faglig styrkelse af specialistfunktionerne på sygeplejeområdet (sårpleje, palliation, kol, diabetes, ernæring, kontinens) og præcisering af deres funktion set i forhold til primærsygeplejerskernes funktion.
2. Fokus på sygeplejens opgaver. Sygeplejeopgaverne i kommunerne har ændret sig i takt med at hospitalernes accelererede forløb. Den kommunale sygepleje skal i dag håndtere koordinerende opgaver, kliniske opgaver og psykosociale opgaver som den ikke skulle for bare få år siden. Derfor er det nødvendigt at vurdere, om nogle arbejdsgange skal ændres samt hvor der kan skabes intern opgaveglidning mellem faggrupper.
3. Understøtte medarbejderne med konkrete redskaber og kompetenceudvikling, der gør dem bedre i stand til at observere borgerens tilstand og adfærd og reagere ved observation af risikable ændringer.
4. En styrket kvalitet i sygeplejen. Kvalitet handler dels om at sikre, at indsatserne er fagligt funderede og dels om, at der sikres en systematisk opfølgning på indsatserne. Den opgaveglidning, der er sket fra hospital til kommune de seneste år, er sket ad-hoc uden at kompetencer, viden og back-up er fulgt med sygeplejeopgaverne ud. Der er derfor fokus på at skabe klarhed over opgavernes indhold gennem kliniske retningslinjer, procedurer og checklister.

Ad 2. Tilbud til borgere med kronisk sygdom

Lyngby-Taarbæk har fuldt ud implementeret forløbsprogrammerne for KOL, diabetes, demens og kræft, som rammepapiret opstiller som målsætning i 2013.

Den anden grundmålsætning er, at kommunerne påbegynder implementering af forløbsprogrammer for lænde-ryg samt hjerte/kar. Implementeringen heraf forudsætter, at der tilføres midler til indsatsen. Indsatsen indgår i forslag om udmøntning af budgetbeslutning om *"Pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere"*.

Ad 3. Indsatser i den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse

I 2013 rummer rammepapiret tre indsatser, hvor af to relaterer sig til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Sundhedsstyrelsen har lavet forebyggelsespakker indenfor en række sundhedsområder med klare anbefalinger for de indsatser, kommunerne bør prioritere frem for andre. Konkret skal kommunerne være skarpere på at sikre et strukturelt fundament for sundhedsindsatsen, frem for at lave mere specialiserede indsatser med en mere usikker effekt.

Center for Sundhed og Kultur arbejder pt. med en kortlægning af kommunens status ift. forebyggelsespakkernes anbefalinger på grundniveau. På den baggrund vil Udviklings- og Strategiudvalget samt Social- og Sundhedsudvalget i april måned få oplæg for status af implementering af kommunens Sundhedsstrategi, samt oplæg til status og implementering af forebyggelsespakkerne.

Den sidste målsætning gælder implementering af "træning før hjælp", som Center for trænings og omsorgs hverdagsrehabiliterende indsats "Aktiv træning i hverdagen" er dækkende for. På dette punkt lever kommunens til fulde op til målsætningen allerede i dag.

Ad 4. Dokumentation af indsatser og effektmåling

Rammepapiret fokuserer på, at kommunerne aktivt skal dokumentere deres sundhedsindsatser, samt at kommuner og regioner sammen skal fælles indikatorer informationsgrundlag på tværs af kommunerne.

Lyngby-Taarbæk Kommune ansatte i foråret 2012 en sundhedsøkonom, som i dag er placeret i Center for sundhed og Kultur. Indsatsen skal sikre at kommunen følger op på indsatser og hele tiden prioriterer indsatserne i forhold til udviklingen i borgernes sundhedsprofil og sundhedsforbruget.

Aussøgningsskema til Forebyggelsespuljen 2013

| | | |
|---|------------------------------|---|
| 1 | Ansøger | Formandsskabet under Samordningsudvalg MIDT |
| 2 | Medansøger | |
| 3 | Hvor er projektet forankret? | Herlev Hospital, Medicinsk Afd. O Gentofte Hospital, Medicinsk Afd. C Lyngby-Taarbæk, Ballerup, Furesø, Gladsaxe, Gentofte, Herlev, Egedal, Rødovre, og Rudersdal kommuner |
| 4 | Kontaktperson/projektleder | Navn: Finn Rønholt, ledende overlæge Medicinsk Afd. O, Herlev Hospital Telefon: 38 68 38 68 Direkte 38 68 13 13 Mail: Finn.Roeholt@regionh.dk Og Mona van Gaever Larsen, Sundheds- og myndighedschef, Rudersdal Kommune Telefon: 46 11 50 20 Mail: MI@rudersdal.dk |
| 5 | Juridisk ansvarlig | Navn: Finn Rønholt, ledende overlæge Medicinsk Afd. O Adresse: Herlev Hospital Medicinsk Afdeling O Herlev Ringvej 2730 Herlev Telefon: 38661313 Mail: <i>finn.roeholt@regionh.dk</i> Dato: <i>14/1-2013</i> Underskrift: <i>Finn Rønholt</i> |
| 6 | Projektets titel | Modningsprojekt: Tværsektoriel netværksdannelse med fokus på forebyggelse af genindlæggelser af ældre, medicinske borgere / patienter |

| | | |
|----|--|---|
| 7 | Kort beskrivelse af projektet (7-10 linjer) for uddybning henvises til skema om projektoplysninger | <p>Projektet er et modningsprojekt, hvori Herlev og Gentofte Hospitaler, 9 kommuner samt praktiserende læger gennem en kontrolleret undersøgelse afprøver om genindlæggelser af medicinske borgere / patienter over 65 år kan forebygges ved en øget medinddragelse af borger / patient samt en styrket tværsektorielle indsats omkring den enkelte borger / patient. Etableringen af et velfungerende og formaliseret tværsektorielt samarbejdsorgan, som sikrer de nødvendige kompetencer til forebyggelse af genindlæggelser, er derfor en essentielt del af projektet.</p> <p>Gennem det tværsektorielle samarbejdsorgan og systematisk risikoscreening af borgeren / patienten ved udskrivning og mulighed for inddragelse af hospitalslægekompetencer i de opfølgende hjemmebesøg forventes en reduktion i antallet af genindlæggelser.</p> |
| 8 | Ansøgte beløb | 881.320 kr. |
| 9 | Projektets forventede varighed | Start: 1.3.2013 Slut: 28.2.2014 |
| 10 | Er der ansøgt eller bevilget støtte fra anden side? | Nej |
| 11 | Totalt budget for projektet fordelt på år | Beløb: 1.380.267 kr. i 2013 Beløb: 326.054 kr. i 2014 Budget i alt: 1.706.320 kr. |
| 12 | Heraf kommunal finansiering | Beløb: 687.500 kr. i 2013 Beløb: 137.500 kr. i 2014 Medfinansiering i alt: 825.000 kr. |

Projektoplysninger

| | |
|---|---|
| 1 | <p>Projektets formål:</p> <p>Projektet har til formål at forebygge genindlæggelser af medicinske patienter over 65 år. Projektet er et modningsprojekt, hvori det afprøves om genindlæggelser af ældre medicinske borgere / patienter kan forebygges ved følgende indsatser knyttet til den enkelte borger / patient:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Systematisk screening for risiko for genindlæggelse inden eller i forbindelse med udskrivning. Borgerens / patientens egen vurdering af risiko for genindlæggelser indgår som et parameter i screeningsredskabet. 2) Tværsektoriel netværksdannelse omkring de borgere, der identificeres som værende i risikogruppen. Netværket skal bestå af praktiserende læge, primærsygeplejerske og hospitalslæge. Projektet skal afklare den mest hensigtsmæssige organisering af dette netværk og hospitalslægens specifikke rolle i forbindelse med det opfølgende hjemmebesøg i umiddelbar forlæn- |
|---|---|

gelse af udskrivningen.

Projektets resultater danner fundament for et opfølgende projekt hvor screeningsmetoden og netværksmodellen udvides til at omfatte flere målgrupper.

Fundamentalt for projektets succes er en styrket samarbejdsmodel mellem de deltagende parter, medicinske afdelinger på Herlev og Gentofte hospitaler, de 9 kommuner i Samordningsudvalg Midt, samt praktiserende læger. Derfor indgår etableringen af et velfungerende og formaliseret tværsektorielt samarbejdsorgan, som sikrer de nødvendige kompetencer til forebyggelse af genindlæggelser som en selvstændig komponent i projektet.

Baggrund

Medicinske patienter over 65 år med flere diagnoser og komplekse forløb udgør en voksende borger / patientgruppe med et stort behandlingsbehov, såvel i kommunerne som i almen praksis og på hospitalerne. En stor andel af disse borgere / patienter indlægges og genindlægges, hvilket er en stor belastning for den enkelte og optager mange ressourcer i sundhedsvæsenet. I 2011 blev der fra de 9 kommuner således genindlagt 1.636 medicinske patienter ud af i alt 18.200 udskrevne medicinske patienter over 65 år på henholdsvis Herlev og Gentofte hospital. Udskrivelserne fra de medicinske specialer fordeler sig med 10.775 fra Herlev Hospital og 7.425 fra Gentofte Hospital.¹

Oplægget til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient² viser, at der er et stort behov for at kunne identificere de patienter, som kræver en særlig opmærksomhed og indsats for at forebygge yderligere forværring og undgå forebyggelige genindlæggelser.

Samstemmende lægges der også i såvel Danske Regioners oplæg "Det Hele Sundhedsvæsen" som i Kommunernes Landsforenings udspil "Det Nære Sundhedsvæsen" op til øget og mere kvalificeret samspil mellem det specialiserede og det nære sundhedsvæsen, og til at borgerens ressourcer inddrages.

Det er et område, hvor et mere smidigt samarbejde forventes at resultere i både rettidig og høj kvalitet i behandlingen, øget tryghed for borgeren og økonomiske gevinster.

Der er gennem projekter i Glostrup og Vest-klyngen i Region Midtjylland skabt evidens for at opfølgende hjemmebesøg har effekt på nedbringelse af genindlæggelser og giver besparelse i forhold til den kommunale hjemmepleje.³

Opfølgende hjemmebesøg anbefales derfor i Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient. De 9 kommuner i Planområde Midt har implementeret ordningen, dog er der potentiale for at understøtte og systematisere ordningen, specifikt i forhold til samarbejdet med de praktiserende læger. Blandt de 9 deltagende

¹ Tal fra e-sundhed.

² Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner, KL, Sundhedsstyrelsen, NSI. 2012. *Fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient*

³ DSI, Notat, 2011, *Forebyggelse af indlæggelser. Oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter*

| | |
|---|--|
| | <p>kommuner er der forskellige erfaringer med hvordan de praktiserende læger har modtaget ordningen og ønsker at deltage i de opfølgende hjemmebesøg.</p> <p>Dette modningsprojekt adskiller sig fra den nuværende brug af opfølgende hjemmebesøg ved dels systematisk at screene den ældre medicinske borger / patient før eller ved udskrivningen samt iværksættelsen af opfølgende hjemmebesøg <i>inden</i> borgeren / patienten udskrives med henblik på at sikre at besøget ligger i umiddelbar forlængelse af udskrivningen. Dels kvalificeres de opfølgende hjemmebesøg med direkte og subakut adgang til hospitalslægekompetence, hvor der vurderes behov herfor. Desuden afprøves om ordningen kan skabe forpligtende samarbejde og være platform for et styrket tværsektorielt samarbejde læge- og plejefagligt.</p> |
| 2 | <p>Projektets mål:</p> <p>Projektet mål er at</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afdække om projektets indsatser kan reducere antallet af genindlæggelser med brug af en kontrol og en forsøgsgruppe. • Udvalge screeningsredskab til identifikation af risikoparametre for genindlæggelse af ældre medicinske patienter på Herlev og Gentofte Hospitaler • Anvende redskabet på 250 ældre medicinske patienter • Igangsætte og gennemføre opfølgende hjemmebesøg med deltagelse af / adgang til hospitalslægekompetencer, hvor der er behov for dette. Besøget aflægges i umiddelbar forlængelse af udskrivning hos de borgere / patienter, der identificeres som værende i risiko for genindlæggelse • Udvikle og afprøve en model for tværsektoriel netværksdannelse om den enkelte borger / patient. |
| 3 | <p>Projektets målgruppe:</p> <p>Projektets målgruppe er den medicinske patient / borger over 65 år indlagt på Gentofte eller Herlev Hospital, der udskrives til eget hjem med praktisk eller personlig hjælp eller til midlertidigt ophold på plejehospital i en af de 9 deltagende kommuner.</p> <p>Projektets øvrige målgrupper er hospitalspersonale, alment praktiserende læger og sygeplejersker i hjemmeplejen.</p> |
| 4 | <p>Beskrivelse af det tværsektorielle samarbejde</p> <p>Projektet skaber tværsektorielt samarbejde omkring forebyggelse af genindlæggelser af den medicinske borger / patient over 65 år mellem Medicinske afdelinger på henholdsvis Herlev og Gentofte Hospital, kommunerne i Planområde Midt: Lyngby-</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Taarbæk, Ballerup, Furesø, Gladsaxe, Gentofte, Herlev, Egedal, Rødovre, og Rudersdal, samt de deltagende borgeres praktiserende læger.</p> <p>Projektledelsen forankres på Herlev Hospital med sikring af at projektlederen fysisk er til stede forholdsmæssigt på Herlev og Gentofte Hospital. Derudover vejleder projektlederen de deltagende kommuner, samt koordinerer og sikrer projektets fremdrift.</p> |
| 5 | <p>Metodebeskrivelse</p> <p>Der ansættes projektleder til udarbejdelse af detaljeret projektdesign med udgangspunkt i nedenstående:</p> <p><u>Indsats 1: identifikation af risiko for genindlæggelse inden eller i forbindelse med udskrivning</u></p> <p>Projektet bygges op med anvendelse af en interventions- og en kontrolgruppe i forhold til vurdering af effekt på forebyggelse af genindlæggelser.</p> <p>Patienter født på lige dato tilbydes intervention efter udskrivelse. Patienter født på ulige dato udskrives på vanlig vis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikation af projektets målgruppe (interventionsgruppe og kontrolgruppe) • Udvælgelse og afprøvning af et vurderingsredskab med henblik på systematisk at kunne definere risikoparametre for genindlæggelser. <p>Projektgruppen udvælger det screeningsredskab, der skal afprøves, definerer kriterier for udvælgelse af deltagere i projektet og har ansvaret for at rekruttering gennemføres hos det relevante personale.</p> <p>Projektgruppen afholder kick-off møde med introduktion til projektet og det udvalgte screeningsredskab. Derefter afholdes opfølgende møder med kort frekvens for at sikre projekts fremdrift og løse eventuelle udfordringer.</p> <p><u>Indsats 2: opfølgende hjemmebesøg med inddragelse af speciallægeressourcer i umiddelbar forlængelse af udskrivningen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tværsektoriel netværksdannelse omkring de borgere som er i risiko for genindlæggelse, bestående af primærsygeplejeske, praktiserende læge og hospitalslæge. • Med baggrund i det valgte vurderingsredskab til identifikation af risiko for genindlæggelse, anmodes praktiserende læge og hjemmesygepleje om at foretage opfølgende hjemmebesøg i borgerens hjem / plejehjem i umiddelbar forlængelse af udskrivningen. |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • For borgere, hvor der er behov for at hjemmesygeplejersker og praktiserende læge suppleres af speciallægekompetence sker dette gennem fælles hjemmebesøg eller konference om borgeren. Behovet herfor vurderes ved udskrivelsen og efter primærsygeplejerske og praktiserende læges vurdering. <p>Projektets forankring og fremdrift sikres gennem projektlederens tætte opfølgning og tilstedeværelse i de respektive medicinske afdelinger på de to hospitaler.</p> <p>Dataindhentning: Projektkoordinatoren indhenter via de kommunale elektroniske omsorgssystemer information om den sundhedsfaglige indsats som iværksættes på foranledning af det opfølgende hjemmebesøg, eks. handleplaner. Oplysning om indlæggelser, forbrug af kommunale ydelser samt besøg hos praktiserende læge for de involverede borgere indhentes via registre.</p> <p>Borgernes oplevelse af sammenhæng og opfølgning i behandlingen afdækkes ved kvalitative interviews af udvalgte projektdeltagere.</p> <p>Som nævnt danner projektets resultater fundament for et opfølgende projekt hvor screeningsmetoden og netværksmodellen udvides til at omfatte flere borger / patientmålgrupper. Det opfølgende projekt har som overordnet formål at reducere forebyggelige genindlæggelser, sikre sammenhæng og koordination i indsatsen imellem sektorerne i behandlingen af den medicinske borger / patient over 65 år, samt sikre den bedste udnyttelse af sundhedsvæsenets samlede kompetencer.</p> |
| 6 | <p>Dokumentation af opnåelse af målene/resultaterne</p> <p>Der foretages en kvantitativ effektmåling af interventionen gennem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udfyldte screeningsredskaber • Antal genindlæggelser i interventionsgruppe og kontrolgruppe • Antal gennemførte opfølgende hjemmebesøg med / uden deltagelse af speciallæge • Data om øvrige forbrug af kommunale ydelser samt besøg hos praktiserende læge <p>Der foretages en kvalitativ effektmåling gennem kvalitative interviews med</p> <ul style="list-style-type: none"> • udvalgte borgere • sygehuspersonale • kommunale sygeplejersker <p>Konklusionerne samles i en afsluttende rapport.</p> |
| 7 | <p>Plan for evaluering</p> <p>Der foretages ved projektets afslutning en intern evaluering af projekts målopfyldelse samt projektets forløb.</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Formålene med evalueringen er at vurdere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projektets effekt på forebyggelige genindlægger - med udgangspunkt i antal genindlæggelser fra 2011 - og dermed grundlaget for et opfølgende projekt med en udvidet målgruppe • Opsamle og formidle operationaliserbare resultater, der kan udbredes til andre • Om metoden giver borgeren oplevelse af sammenhæng og medindflydelse • Om det tværsektorielle samarbejde har fået en fungerende platform og er blevet styrket samt belyse eventuelle barrierer, som der skal tages højde for i et opfølgende projekt • Fokusgruppeinterview af hospitalspersonalet og kommunale sygeplejersker om oplevelse af screeningsredskabets anvendelighed i praksis |
| 8 | <p>Hvordan formidles projektet og de opnåede erfaringerne til andre?</p> <p>Projektet formidles både internt og eksternt.</p> <p>Internt formidles projektet løbende hos de deltagende aktører igennem nyhedsbreve, intranet og i relevante mødefora.</p> <p>Eksternt formidles projektets resultater via faglige netværk til samarbejdspartnere i kommuner, almen praksis og på hospitalerne, gennem deltagelse i konferencer og via pressemeddelelser til interesseorganisationer og lokale og nationale medier</p> <p>Derudover beskrives projektet på de deltagende aktørers hjemmesider.</p> |
| 9 | <p>Beskrivelse af forankringen af projektet og videreførelse efter projektperioden.</p> <p>Projektet forankres med en projektkoordinator på Herlev Hospital, Medicinsk afdeling O.</p> <p>Projektet refererer til Samordningsudvalg MIDT.</p> <p>En styregruppe sammensættes med repræsentanter fra de to medicinske afdelinger på Herlev og Gentofte Hospital, de to deltagende kommuneklynger og praksiskoordinatorerne i Samordningsudvalg Midt.</p> <p>En projektgruppe med repræsentanter fra de 9 deltagende kommuner, de medicinske afdelinger fra de to hospitaler samt repræsentant for de praktiserende læger nedsættes med projektlederen som formand.</p> <p>Hver kommune har lokale arbejdsgrupper med repræsentation fra myndighed og drift.</p> <p>Modningsprojektet genererer ny viden om effekten af screeningsredskabet, udvidede opfølgende hjemmebesøg og modellen for det tværsektorielle samarbejde om den ældre medicinske borger / patient. Dette danner fundament for et opfølgende projekt, hvor resultaterne implementeres som integreret redskab i hjemmeplejen, hos praktiserende læger og hospitalspersonale.</p> |

REFERAT
af
KL's Sundhedskonference

Tilbage melding fra KL's Sundhedskonference 15. januar 2013

Den 15. februar 2013 afholdt KL den årlige Sundhedskonference, hvor 800 politikere og embedsmænd drøftede årets tema "Fælles retning i det nære sundhedsvæsen". Fra LTK deltog én fra SSU, Gitte Kjær-Westermann, og tre fra forvaltningen.

Anny Winther (herefter AW), formand for KL's Social- og Sundhedsudvalg, indledte konferencen med at fastslå, at kommunerne nu skal gå i samlet flok fra visionen formuleret i det nære sundhedsvæsen til handling, hvor vi på tværs af kommunerne efterlever de fælles mål, der indgår i KKR's udspil på området (det i sagen nævnte "rammepapir").

Samtidig opfordrede AW kommunerne til at blive bedre til at sikre sammenhæng internt i deres service over for borgerne – specielt i forhold til de svageste grupper, hvor sundhed, beskæftigelse og social indsats bør sammentænkes.

Endelig mente AW, at kommunerne bør lære af de kommuner, der lykkes med at samarbejde med de andre to ben i sundhedstrekanten, sygehusene og den almene lægepraksis. Nogle kommuner er særligt gode til at overkomme de eksisterende barrierer i samarbejdet med regionerne.

Pia Kürstein Kjellberg (herefter PKK) fra KORA (Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning) præsenterede i sit indlæg erfaringer med det nære sundhedsvæsen i England, erfaringerne fra Danmark samt gav en perspektivering på, hvad vi kan lære af disse erfaringer.

I England har man siden 2010 satset massivt på "reablement" – dvs. systematisk indsats for at gøre borgerne i stand til at klare sig selv ved at lære eller genlære færdigheder, der er nødvendige for daglig livsførelse og som er tabt som følge af sundhedsproblemer og/eller øgede støttebehov. Reablement er en fælles betegnelse for en indsats, der har til formål at maksimere individets uafhængighed, som bygger bro mellem sundheds- og sociale sektoren og som både kan inkludere services fra kommune, almen praksis og sygehus.

Fra centralt hold er der i England investeret mere end 1 mia. £, som er overført til decentrale enheder. Reablementtiltagene omfatter både "home care-reablement", dvs. efter sygehusindlæggelse og ved indgang til hjemmeplejen og andre former for "intermediate care", dvs. midlertidige pladser, akutteams ved udskrivelse, telemedicinske løsninger i hjemmet, mm.

I den danske kontekst fremhævede PKK følgende tre interventioner i forhold til det nære sundhedsvæsen, som har en dokumenteret effekt: Opfølgende hjemmebesøg, hverdagsrehabi-

litering og træning som hjælp. Af andre interessante kommunale tiltag, som dog endnu ikke har dokumenteret effekt, fremhævede PKK midlertidige pladser, udadgående akutteams og forsøg med telemedicin.

I perspektivering understregede PKK, at vi i Danmark savner en national strategi vedrørende det nære sundhedsvæsen, og at der er meget stor variation mellem kommunernes tilbud på sundhedsområdet. Dette medvirker til en svær genkendelighed af kommunerne som sundhedsaktør, både i forhold til borgerne og i forhold til sygehusene/den almene praksis.

I Peter Thistlethwaites (herefter PT) indlæg blev de engelske erfaringer med "integrated care" yderligere foldet ud. Den centrale pointe er, at ved at tænke helhedsorienteret i sundhedsindsatsen, opnås en bedre effekt for borgeren samtidig med, at der samlet set bliver brugt færre ressourcer. Dvs. hvor ydelserne er organiseret med borgerens behov i centrum, hvor de forskellige sundhedsaktører deler viden, og hvor organisatoriske, herunder it-mæssige barrierer ikke virker forstyrrende.

PT fremlagde forskellige former for dokumentation for sine synspunkter og gav en meget praksisnær beskrivelse af, hvordan man i en kommune i Sydengland har organiseret sin "integrated care". Samtidig advarede PT mod at tro, at der findes én standardmodel, der er virksom alle steder – ifølge PT er det nødvendigt at genopfinde hjulet lokalt.

Vivian Buse (herefter VB) fra Københavns Kommune og Hans Perrild (HP) fra Bispebjerg Hospital gav en præsentation af deres erfaringer med at opbygge en tværsektoriel udredningsenhed, hvis formål er at forebygge indlæggelser for den ældre medicinske patient, samt at forbedre det tværsektorielle samarbejde generelt, herunder det lægefaglige samspil mellem kommune og hospital. VB og HP redegjorde for den tværsektorielle udredningsenheds placering, funktion og organisering samt for de første evalueringresultater. I forhold til økonomi ser det ud til, at etableringen af enheden indebærer besparelser for kommunen, men mistede DRG-indtægter for hospitalet, idet enheden rent faktisk har nedbragt antallet og omfanget af indlæggelser. I deres fælles konklusion fastslog de, at den nye enhed har forbedret samarbejdet og har skabt bedre patientforløb for borgerne og mere sammenhæng i indsatsen.

Sundheds- og forebyggelsesminister Astid Kragh (AK) lagde i sin tale stor vægt på problemerne med uligheder i sundhedsvæsenet. AK bebudede, at regeringens sundhedsudspil, der kommer til foråret, vil have stor fokus på bekæmpelse af ulighed, på forebyggelse og på et sammenhængende sundhedsvæsen. AK gjorde sine forventninger til kommunerne tydelige, bl.a. på baggrund af regeringens økonomiaftale med kommunerne, hvor der varigt blev afsat 300 mio. kr. pr. år samt, at regeringen netop har bevilliget 13 mio. kr. til et center for forebyggelse, som placeres i KL-regi.

Henning Langberg (HL) fra Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, fremlagde en stor mængde data, der illustrerer udfordringen for de samlede sundhedsvæsen de kommende år – dvs. flere ældre, flere borgere med kroniske sygdomme, mere specialiserede sygehuse, flere behandlingsmuligheder, mv. HL gav eksempler på, at forskellige typer af intervention fra kommunen kan dokumenteres at have en positiv effekt på service- og udgiftsniveauet – HL's eksempler var hentet fra hverdagsrehabilitering og tværsektoriel koordineret indsats til arbejdsfastholdelse af rygpatienter. HL's hovedpointe var, at der er behov for mere forskning og evaluering af, hvilke indsatser på sundhedsområdet der er virksomme, og at

kommunerne skal blive meget bedre til at iværksætte og efterspørge evidensbaseret viden, som produceres af universitetssektoren.

Social- og Sundhedsforvaltningens møde den 06-03-2013

Sag nr. 2

Bilag 1 – LTKs indsatser i relation til KKR's rammepapir

Status for Lyngby-Taarbæk Kommunes indsatser i relation til KKR's rammepapir

Nedenfor fremgår status for Lyngby-Taarbæk Kommunes status for de områder, der indgår i KKR's rammepapir for udmøntning af "Det nære sundhedsvæsen".

1. Forebyggelse og sundhedsfremme

Overordnet målsætning for området:

- Styrke forebyggelsesindsatsen med udgangspunkt i sundhedsprofilerne og de nationale forebyggelsespakker

Skal være påbegyndt implementering i løbet af 2013

| Mål | Status |
|--|--|
| Kortlægning af kommunens egne indsatser, som forberedelse til implementering af de nationale forebyggelsespakker | Center for Sundhed og Kultur arbejder med denne kortlægning pt. Status vil indgå i udvalgssag i april om status for implementering af sundhedsstrategien |
| Med udgangspunkt i sundhedsprofilerne som prioriteringsværktøj udarbejder hver enkelt kommune en plan for trinvis implementering af de nationale forebyggelsespakker | Med afsæt i kortlægningen (jf. ovenfor) vil Center for Sundhed og Kultur udarbejde handleplan i samarbejde med de øvrige relevante centre. |
| Implementering af "træning før hjælp"/ hverdagsrehabilitering for at understøtte borgernes selvhjulpenhed. | Lyngby-Taarbæk Kommune er opstartet med denne indsats. |

Pilotprojekter som kan igangsættes i 2013 gerne som tværkommunale samarbejder

| Mål | Status |
|--|--|
| Udvikling af modeller for tværkommunalt samarbejde om udmøntning af forebyggelsespakkeres grundniveau, fx tværkommunal alkoholforebyggelse | Med afsæt i kortlægningen af forebyggelsespakkeres implementering kan handleplanen involvere tværkommunale samarbejder, hvis det skønnes relevant. Eks. i forbindelse med uddannelse af medarbejdere, hvor der kan være fordele i at udbyde det i samarbejde |
| Udviklingsprojekter om udmøntning af forebyggelsespakkeres udviklingsniveauer, fx | Med afsæt i kortlægningen af forebyggelsespakkeres implementering kan |

| | |
|--|--|
| tværkommunalt samarbejde på hygiejneområdet. | handleplanen involvere tværkommunale samarbejder, hvis det skønnes relevant. Men i 2013 vil fokus være på grundniveauet. |
|--|--|

2. Forebyggelse af (gen)indlæggelser

Overordnet målsætning for området:

- Styrke indsatsen for aktivt at forebygge at borgerne (gen)indlægges.

Skal være påbegyndt implementering i løbet af 2013

| Mål | Status |
|--|---|
| Kommunerne skal have organiseret opfølgende hjemmebesøg med udgangspunkt i rammepapir fra KL og Danske Regioner om udmøntning af handlingsplan for den ældre medicinske patient. Formålet med opfølgende hjemmebesøg er at sikre opfølgning efter sygehusindlæggelse i de situationer, hvor der er behov for koordineret opfølgning mellem den praktiserende læge og hjemmesygeplejen. | Lyngby-Taarbæk kommune har haft opfølgende hjemmebesøg i flere år. Den sygeplejefaglige udviklingsgruppe, vil vurdere og foreslå behov for tilpasninger af de opfølgende hjemmebesøg, så de lever op til anbefalingerne i rammepapiret. De specifikke inklusionskriterier skal fastlægges i samarbejde med hospitalerne. Ordningen drøftes også løbende med Lægeselskabet. Kommunen indgår i projektansøgning sammen med øvrige kommuner i samordningsudvalget om Herlev Hospital i en ansøgning, der sigter mod at afprøve supplerende modeller – fx med fokus på øget inddragelse af borgeren. |
| Kommunerne skal have ensartet samarbejde med hospitaler om udskrivning i form af kommunikationsaftalen for indlæggelser og udskrivinger | Lyngby-Taarbæk Kommune har indarbejdet kommunikationsaftalen med hospitalerne i november 2012. |
| Kommunerne skal, som del af implementeringsplanen for den ældre medicinske patient implementere forløbskoordination med udgangspunkt i rammepapir fra KL og Danske Regioner. Formålet med initiativet er at sikre at særligt svækkede ældre medicinske patienter får intensiveret, personligt tilpasset koordinerende støtte til et sammenhængende og trygt forløb på tværs af primær | Forløbskoordination kan ses som en samlet betegnelse for eksisterende initiativer som opfølgende hjemmebesøg og specialiserede sygeplejefunktioner i kommunerne. Initiativet skal derfor koordineres tæt med disse indsatser. Den sygeplejefaglige udviklingsgruppe vil vurdere og foreslå håndtering af forløbskoordination i Lyngby-Taarbæk Kommune. De specifikke inklusionskriterier skal fastlægges i et samarbejde med hospitalerne. |

| | |
|---|--|
| og sekundær sektor. | |
| Kommunerne skal forebygge indlæggelser gennem indsatser i ældreplejen med påvist effekt (fx tidlig opsporing/monitorering af tidlige tegn på faldende funktionsniveau, medicin håndtering, faldforebyggelse, kompetenceløft mv.). | <p>Kommunen har en række indsatser, der lever op til forventningerne i rammepapiret. Der arbejdes på en række fronter. Dels indsatser der har været i flere år (fx faldforebyggelse), dels nyere indsatser såsom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En faglig styrkelse af specialistfunktionerne på sygeplejeområdet (sårpleje, palliation, KOL, diabetes, ernæring, kontinens) og præcisering af deres funktion • Efteruddannelse af medarbejdere, der gør dem bedre i stand til at observere borgerens tilstand og adfærd og reagere ved observation af risikable ændringer (indgår også i budgetaftalen for 2013). • Skærmprojekter og "early warning systemer", som det blev besluttet med budgettet for 2013. SSU fik på møde i februar 2013 oplæg for implementering af indsatsen • Akutpladser og midlertidige pladser på Møllebo. • Udvikling af forpligtigende samarbejder på tværs af Gentofte, Rudersdal og Lyngby-Taarbæk kommuner. |

Pilotprojekter som kan igangsættes i 2013 gerne som tværkommunale samarbejder

| Mål | Status |
|--|--|
| Etablering af akutteams eller midlertidige døgnpladser med adgang til sygeplejefaglig kompetencer døgnet rundt for borgere med risiko for indlæggelse og borgere der har behov for intensiv pleje efter indlæggelse (fx etablering af tryghedshoteller", akutpladser eller rehabiliteringspladser) | Akutpladserne og de midlertidige pladser på Møllebo falder indenfor denne indsats. |
| Udvikling af modeller for tværsektorielt samarbejde (shared care), fx via følgende indsatser: Tværgående akutteams mellem aktørerne i sundhedstrekanten, tværsektoriel udredningsenhed (TUE), geriatriske tilsyn, udgående AMA/sygeplejerske teams | Hvorvidt der er behov for at etablere tværgående akutteams og lign. vurderes, når der dels har erfaringer med de nyetablerede akutpladser, dels har erfaringer med de eventuelle ændringer der implementeres i sygeplejen på baggrund af det udviklingsarbejde, der er sat i gang. |
| Udvikling af samarbejdet med almen | Der er løbende fokus på samarbejde med almen praksis, og der vurderes et godt |

| | |
|---|---|
| <p>praksis/vagtlægefunktionen fx ved brug af subakutte tider, information til almen praksis om kommunernes alternative tilbud til indlæggelser og deres rolle ift. akutindsatser.</p> | <p>samarbejde med det lokale lægeselskab. Samarbejdet kan dog styrkes fremadrettet. Eksempelvis planlægges det at ansætte en lokal praksiskonsulent, hvor en praktiserende læge ansættes fire timer ugentligt, som grundlag for at styrke vidensdeling og samarbejde mellem almen praksis og kommunen.</p> <p>Information om alle de kommunale sundhedsindsatser er tilgængelige for både borgere og almen praksis på sundhed.dk, som det er aftalt parterne imellem.</p> |
|---|---|

3. Kronisk sygdom

Overordnet målsætning for området:

- Styrke indsatsen overfor kronikergrupperne, ved at have tilbud til kronikergrupperne i alle kommuner.

Alle kommuner har med sundhedsaftalen for 2011-2014 tilsluttet sig forløbsprogrammer for borgere med KOL og type 2 diabetes. kommunerne er enige om, at forløbsprogrammer er den rigtige ramme for at tilrettelægge indsatsen til borgere med kronisk sygdom. Der er en klar opmærksomhed på at kommunerne er forskellige steder og har forskellige udgangspunkter for implementering af programmerne. I det fremafrettede arbejde skal der derfor være et klart fokus på at udvikle modeller for tværkommunale samarbejder om tilbud til kronikere, herunder tværdiagnostiske tilbud.

Skal være påbegyndt implementering i løbet af 2013

| Mål | Status |
|--|--|
| <p>Alle kommuner skal have implementeret forløbsprogrammer for KOL, diabetes, demens og kræft i 2013</p> | <p>Alle disse er forløbsprogrammer er fuldt implementeret i 2013</p> |
| <p>Alle kommuner skal have taget stilling til implementering af forløbsprogrammet for hjertekar i 2013, og halvdelen af kommunerne påbegynder implementeringen af programmet inden udgangen af 2013.</p> | <p>SSU tilsluttede sig forløbsprogrammet og dets finansiering i februar 2013. Grundlaget for implementering er klarlagt og klart til implementering. Implementeringen vil således være påbegyndt i 2013.</p> |
| <p>Der udvikles modeller for tværdiagnostiske</p> | <p>Skal ske tværkommunalt – men indsatser ikke igangsat endnu.</p> |

forløbsprogram, der kan rumme flere diagnoser for kronisk sygdom. Udviklingen kan ske tværkommunalt.

Pilotprojekter som kan igangsættes i 2013 gerne som tværkommunale samarbejder

| Mål | Status |
|---|--|
| Implementering af forløbsprogram for lænde- ryg sygdomme. | SSU besluttede i februar 2013 finansiering for forløbsprogrammer for lænde- rygssygdomme. Programmerne vil starte op i 2013. |
| Øget samarbejde med almen praksis med henblik på tidlig opsporing af borgere med kronisk sygdom om rekruttering til forløbsprogrammer med det formål at mindske ulighed i sundhed, fx via fælles udvikling af opsporingsmetoder | Der arbejdes løbende med at styrke rekrutteringen til forløbsprogrammerne, men det er et område der skal styrkes fremadrettet. En ansættelse af en praksiskonsulent styrker grundlaget for bedre rekruttering via almen praksis. |
| Etablering af forløb for sårbare borgere (herunder med psykisk sygdom, etniske grupper m. fl.) | Skal ske i samarbejdet indenfor klyngekommunerne. Borgere med særlige behov søges integreret løbende, men der er ikke udarbejdet særlige tilbud disse grupper. |
| Udvikling af forløbskoordination | |
| Udvikling og implementering af telemedicinske løsninger | Lyngby-Taarbæk Kommune er sammen med eksterne samarbejdspartnere i hospitalsvæsenet ved at udvikle en model for, hvordan skærmteknologi kan understøtte sundhedsindsatsen overfor kronisk syge. I første omgang med fokus på KOL, men er en model der kan udvikles til andre kroniske diagnoser. |
| Implementering af fælles nationale kliniske retningslinjer | Disse er ikke udmøntet fra centralt hold endnu, men søges integreret når de foreligger. |
| Udvikling af modeller hvor frivillige inddrages i forankring af fx motion og bevægelse efter borgeren har gennemgået forløbsprogram. | SSU besluttede i februar udmøntning af budgetaftalen om ”Pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere”. Heri blev der afsat 50.000 kr. til udvikling af forløbsprogrammerne, hvor der netop sigtes mod indsatser i dette regi. Konkret er der i dag et godt samarbejde med Kræftens Bekæmpelse omkring |

| | |
|--|--|
| | indsatserne ift. kræftrehabilitering, og der sigtes mod supplerende samarbejde med andre patientforeninger og aftenskoler. |
|--|--|

4. Dokumentation

Overordnet målsætning for området:

- Styrke dokumentationen i forhold til de kommunale indsatser og den forventede effekt.

Skal være påbegyndt implementering i løbet af 2013

| Mål | Status |
|---|---|
| Kommunerne skal aktivt dokumentere og følge op på om indsatserne virker | Det gøres der løbende i forvejen, ligesom det er et område hvor der arbejdes med at styrke indsatsen. Lyngby-Taarbæk Kommune ansatte i foråret 2012 en sundhedsøkonom, som i dag er placeret i Center for sundhed og Kultur, der netop arbejder med udvikling på dette område. Det drøftes pt. hvordan Gentofte, Rudersdal og Lyngby-Taarbæk kommune evt. kan styrke og udvikle indsatsen i fællesskab. |
| Alle kommuner skal arbejde systematisk med ledelsesinformation på sundhedsområdet og bringe informationen til anvendelse både politisk og administrativt | Der arbejdes med det løbende, men er et område der pt. udvikles og styrkes – jf. ovenstående. Herunder at der udvikles politisk ledelsesinformation kvartalsvis. |
| Der udvælges 3-6 centrale indikatorer til opfølgning, som kommunerne forpligter sig til at benytte fremover med henblik på opfølgning i egen kommune og sammenligning af indsatser på tværs af kommuner | Skal ses i sammenhæng med ovenstående udvikling og øget politisk ledelsesinformation. |
| Udviklingen af ledelsesinformationsgrundlaget skal ske i samarbejde med KL | |
| Kommunerne i Region Hovedstaden forudsætter at der på længere sigt nationalt udvikles fælles værktøjer til | |

| | |
|---|--|
| dokumentation og effekt-måling til brug for kommunernes opfølgning. | |
|---|--|

Pilotprojekter som kan igangsættes i 2013 gerne som tværkommunale samarbejder

| Mål | Status |
|---|---|
| <p>Pilotprojekt der arbejder med at forbedre dokumentationspraksis og – muligheder fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hvorvidt akutteam og triage fører til færre indlæggelser • optimering af brugen af registrerede data fra omsorgssystemer • afdække borgernes oplevelse af sammenhæng mellem sektorerne • bruge erfaringer (systematikken) fra rygestopdatabasen | <p>Der findes i dag både formelle og uformelle erfa-grupper, hvor kommunerne i regionen arbejder med at styrke den økonomiske og faglige udvikling. Udviklingsindsatsen sker og vil ske i disse fora.</p> |

Social- og Sundhedsforvaltningens møde den 06-03-2013

Sag nr. 6

Bilag 1 – handlekatalog

Handlekatalog

Dette Handlekatalog beskriver konkrete initiativer som opfølgning og konkretisering af Lyngby-Taarbæk Kommunes strategi for fremtidens ældreservice. Handlekataloget skal ikke ses som udtømmende for, hvad der igangsættes i Center for Træning og Omsorg i lyset af den nye strategi. Handlekataloget skal dog sikre, at det allerede i 2013 kan ses og opleves at visionerne og tankerne i strategien for fremtidens ældreservice realiseres og gør en forskel for borgerne i Lyngby-Taarbæk Kommune. Både decentralt og centralt vil nye initiativer i øvrigt tage højde for de visioner og tanker, der fremgår af strategien.

Som det fremgår af handlekataloget, har forvaltningen forholdt sig til de enkelte initiativer og skrevet bemærkninger til initiativerne. Forvaltningen vurderer, at dette giver et bedre grundlag for Social- og Sundhedsudvalgets prioritering af initiativerne. Bemærkningerne skal ses i lyset af, at implementeringen af paradigmeskiftet, det nære sundhedsvæsen og forskellige budgetpunkter giver nogle særlige vilkår for Center for Træning og Omsorg og kræver meget fokus hos alle ledere og faggrupper både decentralt og centralt. Det vurderes derfor at være nødvendigt at foretage en prioritering af initiativerne.

Der er på nuværende tidspunkt ikke angivet fuld økonomi på de enkelte initiativer, men det fremgår af kommentarerne til de enkelte initiativer, hvorvidt Center for Træning og Omsorg vurderer, om initiativerne er omkostningstunge, ressourcekrævende eller organisatorisk vanskelige at gennemføre. Intentionen med at fremlægge Handlekataloget i sin nuværende form er at give et indtryk af de foreslåede initiativers forventede tyngde og kompleksitet samt en vurdering af om det enkelte initiativ er realistisk at gennemføre.

I Handlekataloget er der taget højde for om det enkelte initiativ:

- Involverer mange ressourcer decentralt og hos ledelsen i første halvår af 2013
- Har politisk fokus i 2013
- Skaber små synlige resultater i 2013
- Er en forudsætning for det videre arbejde indenfor det pågældende tema
- Hænger nøje sammen med andre initiativer der gennemføres i CTO

Handlekatalog

Initiativer der understøtter ældrestrategiens fokus på forebyggelse

| Titel på initiativ | Beskrivelse af initiativ | Bemærkninger |
|----------------------------------|---|--|
| 1. Temaeftermiddage for seniorer | <p>Formål</p> <p>Formålet med initiativet er at gøre viden, råd og inspiration om forebyggelse let tilgængelig for borgerne. Initiativet imødekommer behovet for formidling af viden til de selvhjulpne og aktive borgere for at fremme deres muligheder for at fastholde et aktivt og selvstændigt liv.</p> | <p>Initiativet kræver en omprioritering af eksisterende medarbejder ressourcer til planlægning og organisering af temaeftermiddagene. Det kan ske med ressourcer centralt og decentralt.</p> <p>Initiativet kræver ressourcer til annoncering, forplejning og betaling af oplægsholdere.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>Indhold Temaeftermiddagene vil bestå af foredrag, fælles drøftelser, praktiske øvelser og andre aktiviteter, der giver borgerne viden og inspiration til et godt og aktivt seniorliv. Temaerne kan være velfærdsteknologi, en god bolig, hold hjernen i gang, et godt måltid, aktiv hele livet, digitalisering og meget andet.</p> <p>Fra 2014 planlægges med 2 temaeftermiddage årligt – forår og efterår.</p> <p>Målgrupper: De selvhjulpne borgere og borgere med behov for hjælp.</p> | <p>Det foreslås, at der gennemføres en temaeftermiddag for seniorer i forsommeren 2013. Seniorrådet involveres aktivt ligesom det bør overvejes også at spørge andre borgere om relevante temaer.</p> |
| <p>2. Nå bredere ud med de forebyggende hjemmebesøg</p> | <p>Formål Formålet med initiativet er, at nå en bredere del af de ældre med den rådgivning og vejledning, der blandt andet ligger i de forebyggende hjemmebesøg.</p> <p>Indhold Initiativet skal udvikle og afprøve nye koncepter for de forebyggende hjemmebesøg, så forebyggelsen når bredere ud.</p> <p>Borgere, der modtager forebyggende hjemmebesøg, involveres i udviklingsprocessen. Repræsentant for seniorrådet involveres ligeledes.</p> <p>Målgrupper: De selvhjulpne borgere og borgere med behov for hjælp.</p> | <p>Initiativet vurderes ikke at være omkostningstungt. Eksempelvis kan invitationerne til forebyggende hjemmebesøg bruges til en mere bevidst formidling af sundhed og forebyggelse ved at sende relevant information ud med invitationen.</p> <p>Udviklingen og afprøvningen af de nye koncepter vil kræve medarbejderressourcer.</p> <p>Det vurderes, at initiativet kan igangsættes efteråret 2013.</p> |
| <p>3. Teknologi træf</p> | <p>Formål Formålet med initiativet er at give borgerne mod på at benytte velfærdsteknologier og udbrede kendskabet til teknologierne.</p> <p>Indhold En mulighed for dette er at organisere en række tematiserede Teknologitræf, hvor borgerne har mulighed for at få demonstreret og afprøvet forskellige teknologier og hjælpemidler samt få svar på spørgsmål om teknologierne.</p> | <p>Intentionen med initiativet er at fastholde et fokus på teknologi og "holde gryden i kog". Initiativet er desuden i tråd med paradigmeskiftet ved styrke borgernes muligheder for at være aktive og selvhjulpne.</p> <p>Initiativet vurderes ikke at være meget omkostningstungt.</p> <p>Udgifterne til initiativet forventes primært at være i form af personaleressourcer til at planlægge og gennemføre</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>Teknologiernes kan demonstreres af både medarbejdere og borgere, der kender teknologien. Det kan overvejes om forhandlere af en given teknologi også kan deltage i en demonstration. En mulighed er at organisere teknologi træffene i et samarbejde med aktivitetscentrene. En anden mulighed er at arrangere teknologitræffene i et samarbejde med plejecentrene.</p> <p>Borgere der har kendskab til relevante teknologier involveres aktivt i initiativet.</p> <p>Målgrupper: De selvhjulpne borgere samt indirekte borgere med behov for hjælp og borgere der er afhængige af hjælp i dagligdagen</p> | <p>teknologitræffene.</p> <p>For at begrænse ressourcetrækket foreslås det, at initiativet i første omgang tænkes sammen med temaeftermiddagene for seniorer, således at velfærdsteknologi bliver ét af de udvalgte temaer.</p> |
| <p>4. Styrkelse af de ældres IT-kompetencer</p> | <p>Formål Formålet med initiativet er, at forebygge at de ældre borgere "hægtes af" den digitale udvikling.</p> <p>Indhold I takt med den øgede digitalisering af Lyngby-Taarbæk Kommunes service er det en stadig større udfordring, at nogle ældre borgere ikke vant til at bruge IT og få eller ingen IT-kompetencer. For at styrke disse borgeres IT-kompetencer igangsættes forskellige initiativer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) opstilling af PC'ere på steder hvor borgerne kommer i forvejen og evt. også tilbyde undervisning her. 2) tilbud om undervisning i borgerens eget hjem, således at de nye færdigheder afprøves i vanlige omgivelser ved egen PC. 3) flere aktiviteter på områdecentren og i aktivitetscentrene med det formål at øge borgernes IT-kompetencer <p>Initiativerne skal udvikles og gennemføres i et samarbejde mellem frivillige.</p> <p>Målgrupper De selvhjulpne borgere og borgere med behov for hjælp.</p> | <p>Initiativet er yderst relevant og foreslås igangsat i foråret 2013 i et samarbejde med relevante organisationer, bibliotekerne og borgerservice.</p> <p>Initiativet (punkt 1 og 2) forudsætter, at der indgår frivillige ressourcer.</p> <p>Decentralt kræves der ressourcer til at igangsætte, planlægge og koordinere initiativet. For eksempel kan der etableres kontakt til omkringliggende skoler, hvor de ældste elever underviser de ældre borgere.</p> <p>Et opmærksomhedspunkt er, at der kan være nogle problematikker i forhold til at de der skal varetage "undervisningen" kan få indsigt i og adgang til borgerens privatøkonomiske forhold m.m.</p> <p>Initiativet (punkt 3) foreslås medtaget i indsatsen omkring aktivitet på plejehjem (jvf. budget 2013). For eksempel er det en mulighed at etablere trådløst internet på områdecentren og at gennemføre flere aktiviteter både i de enkelte afdelinger og på aktivitetscentrene, der medfører en opkvalificering af borgernes IT kompetencer.</p> |

| | | |
|--|---|---|
| 5. Lyngby-Taarbæks Kommunes forebyggelsespris | <p>Formål Formålet med initiativet er at skabe opmærksomhed omkring forebyggelse.</p> <p>Indhold Der etableres en forebyggelsespris som gives til en person, der har gjort noget ekstraordinært indenfor forebyggelse</p> <p>Målgrupper: Indirekte de selvhjulpne borgere, borgere med behov for hjælp og borgere, der er afhængige af hjælp i dagligdagen.</p> | <p>Det vurderes, at initiativet godt kan bidrage til at skabe opmærksomhed om forebyggelse i Lyngby-Taarbæk Kommune på samme måde som sundhedskampagner kan.</p> <p>Erfaringer fra forskellige sundhedskampagner er imidlertid også, at for at få en effekt i forhold til at flere borgere handler forebyggende, så skal der en massiv indsats til.</p> <p>Initiativet foreslås derfor ikke gennemført.</p> |
| 6. Udvikling af kommunens hjemmeside | <p>Formål Formålet med initiativer er, at understøtte borgerne i at leve et aktivt og selvstændigt liv ved at gøre relevant viden, råd og vejledning let tilgængelig.</p> <p>Indhold Lyngby-Taarbæk Kommunes hjemmeside skal være bindeled til andre hjemmesider med relevant information og viden. Det skal overvejes, om det er muligt at gøre dele af hjemmesiden interaktiv, hvor for eksempel frivilliges kompetencer, ressourcer og ønsker annonceres. Ligeledes kan kommunens konkrete behov for frivillige annonceres for derved at give mulighed for match mellem den enkelte frivilliges ønsker og kommunens.</p> <p>Målgrupper De selvhjulpne borgere og borgere med behov for hjælp.</p> | <p>Initiativet vurderes at være meget relevant, men vurderes at kræve en del ressourcer - ½ årsværk for en tovholder – samt udgifter til at håndtere de tekniske forhold.</p> <p>Initiativet forudsætter en proces, hvor det afklares med relevante parter hvad hjemmesiden skal rumme og kunne.</p> <p>Initiativet foreslås igangsat.</p> |

Initiativer der understøtter ældrestrategiens fokus på velfærdsteknologi

| Titel på initiativ | Beskrivelse af initiativ | Bemærkninger |
|--|---|--|
| 7. Showroom med velfærdsteknologi | <p>Formål Formålet med initiativer er, at give borgerne mulighed for at se de forskellige velfærdsteknologiske løsninger der kan lette borgerne hverdag og understøtte dem i at klare de daglige opgaver selv.</p> <p>Indhold</p> | <p>Det skal overvejes, hvilken funktion der ligger i showroomet. Hvis showroomet alene skal være et sted, hvor man ser de konkrete teknologier, kan butikker som Seniorshoppen i Gentofte i stor udstrækning imødekomme behovet.</p> <p>Hvis det skal være muligt at låne teknologier hjem til</p> |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>Der oprettes et showroom, hvor hjælpemidler og velfærdsteknologi som kan gøre borgerne mere selvhjulpne kan ses. Placering af showroomet bør være et sted med stor borgeraktivitet. Showroomet kan for eksempel vise følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mindre personlige hjælpemidler som støttestrømper, strømpepåtager ○ Diverse rengøringsartikler som gør rengøringen let – klude, gulvmopper og selvkørende støvsugere ○ Mindre tekniske hjælpemidler som pillepåmindere, mobiltelefon egnet til ældre ○ Ergonomiske redskaber m.m. <p>Målgrupper De selvhjulpne borgere og borgere med behov for hjælp.</p> | <p>afprøvning, vil der være behov for et depot og kontrol med udlåningen. Effekten af et showroom, der alene giver mulighed for at se teknologierne, er vanskelig at se. I så fald foreslås initiativet indarbejdet i det kommende forskningsplejehjem.</p> <p>Et showroom med mulighed for udlån af teknologier forudsætter ressourcer til at drive det.</p> |
| <p>8. Ambassadører for viden og anvendelse af velfærdsteknologi</p> | <p>Formål Formålet med initiativet er at involvere borgere, der har kendskab til relevante teknologier aktivt i formidlingen af den konkrete teknologis funktion og muligheder. Formålet er herudover at fastholde et fokus på teknologi og "holde gryden i kog".</p> <p>Indhold Erfaringer fra patientundervisning har vist, at den undervisning og udveksling af erfaringer, der sker fra borger til borger, har afgørende betydning for den enkeltes læring om sygdommen og håndtering af sygdommen. Det anbefales på den baggrund, at overføre ideen med udveksling af viden og erfaringer fra borger til borger på velfærdsteknologiområdet. Idéen er, at konkrete borgere er kontaktpersoner eller "ambassadører" for en given teknologi - f.eks. selvkørende støvsugere, gulvmopper, pillepåmindere, rollatorer, ergonomiske redskaber m.m. Andre borgere oplyses om, at de kan kontakte ambassadøren og få oplysninger om hvordan teknologien fungerer m.m.</p> <p>Målgrupper De selvhjulpne borgere, borgere med behov for hjælp samt</p> | <p>Som det fremgår af ældrestrategien, så hænger borgerens mod på brug af velfærdsteknologi sammen med, at de føler sig klædt på til opgaven og at den første instruktion og vejledning sker af en person, som kender teknologien.</p> <p>Initiativet kræver ressourcer i form af at etablere ambassadør funktionen samt koordinering og planlægning.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | borgere der er afhængige af hjælp i dagligdagen. | |
| 9. Har du talt med dit netværk i dag? | <p>Formål Formålet med initiativet er, at støtte borgerne i at holde kontakten til pårørende.</p> <p>Indhold Afprøve "Omsorgs-skype", hvor borgere har kontakt med pårørende eller andre borgere via skype. Det kan fungere som en telefonkæde blandt borgere i hjemmeplejen - hvor borgere efter tur kontakter hinanden, taler med og ser hinanden over skype. Det kan også afprøves hos borgere på plejecentre, hvor de pårørende bor langt væk.</p> <p>Målgrupper De selvhjulpne borgere, borgere med behov for hjælp samt borgere der er afhængige af hjælp i dagligdagen</p> | CTO kan sikre, at der er etableret trådløst internet adgang på kommunens plejecentre samt stå for annoncering af behovet for frivillige, der vil hjælpe de ældre med at skype. Finansiering af dette kan ske med midlerne til aktivitet på plejehjemmene (jf. budget 2013). |

Initiativer der understøtter en bedre kommunikation med borgerne

| Titel på initiativ | Beskrivelse af initiativ | Bemærkninger |
|---|---|---|
| 10. Øget fokus på inddragelse af borgere | <p>Formål Formålet med initiativet er at udvikle dialogen med borgerne og lære af borgernes erfaringer.</p> <p>Indhold Initiativet har to spor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) En styrkelse og udvikling af samarbejdet med Seniorrådet. Processen i efteråret 2012 omkring arbejdet med ældrestrategien opleves som meget frugtbar. På den baggrund ønskes et tættere samarbejde med Seniorrådet i de kommende år. 2) Et øget fokus på at invitere relevante borgere til aktivt deltage når konkrete indsatser og ydelser på ældreområdet i Lyngby-Taarbæk Kommune skal nytænkes. | <p>Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker at invitere borgerne til at bidrage aktivt i at nytænke måden, vi udvikler indsatser og leverer ydelser på på ældreområdet. Derfor er et fokus i 2013 at styrke samarbejdet og udvikle dialogen med Seniorrådet.</p> <p>Sideløbende hermed inviteres borgere fra borgerlisten til at bidrage med deres viden, når det vurderes at være relevant.</p> <p>Initiativet forudsætter, at der tages højde for at inddrage Seniorrådet eller medlemmernes netværk i forskellige udviklingsprocesser. Det vil kræve flere ressourcer i planlægning og opfølgning af en konkret proces. Det vil samtidig forlænge nogle processer. I sidste ende forventes inddragelsen at kvalificere det endelige resultat.</p> |

| | | |
|---|--|--|
| | <p>Inddragelsen kan ske tidligt i processen når nye indsatser skal udvikles, afprøves eller implementeres.</p> <p>Målgrupper De selvhjulpne borgere og borgere med behov for hjælp.</p> | |
| 11. Klar skriftlig kommunikation | <p>Formål Formålet med initiativet er at sikre, at de breve og pjecer der sendes ud til borgerne og som har borgerne som målgruppe også kan forstås af målgruppen.</p> <p>Indhold I Initiativet redigeres standardbreve og pjecer, så sproget bliver klart og forståeligt for borgeren.</p> <p>Målgrupper De selvhjulpne borgere, borgere med behov for hjælp og borgere, der er afhængige af hjælp i dagligdagen.</p> | <p>God kommunikation med borgerne er et politisk fokus for administrationens arbejde i 2013. Da det især er myndighedsdelen i CTO, der kommunikerer skriftligt behøver det ikke at berøre den decentrale organisation. Initiativet bør prioriteres igangsat i første halvdel af 2013.</p> <p>Seniorrådet involveres i initiativet.</p> <p>Initiativet kræver en omprioritering af de eksisterende ressourcer i myndighedsafdelingen i kortere tid, således at et par medarbejdere prioriterer en forbedring af den skriftlige kommunikation frem for at den konkrete sagsbehandling.</p> |
| 12. Fokus på at øge forventningsafstemningen med pårørende | <p>Formål Formålet med initiativet er at tydeliggøre de gensidige forventninger til samarbejdet – borger, pårørende og medarbejdere imellem.</p> <p>Indhold Der sættes fokus på at øge forventningsafstemningen med borger og pårørende. Det skal blandt andet fremhæves, hvordan de pårørende og deres ressourcer kan bidrage til god trivsel. Forskellige initiativer igangsættes, f.eks. kan der udarbejdes en tjekliste for, hvad indflytningssamtaler med borger og pårørende skal indeholde. I skriftligt materiale kan der indarbejdes information til borger og pårørende om forventningerne til dem.</p> <p>Det vil herudover være relevant at vide, hvad borgere og pårørende har brug for at vide, for at kunne vælge, hvilket plejehjem de ønsker.</p> <p>Skriftligt materiale der beskriver forventninger til de pårørende kan f.eks. udarbejdes i fællesskab på tværs af plejehjemmene.</p> <p>Målgrupper</p> | <p>Forventningsafstemning sker især decentralt. Initiativet kræver en omprioritering af de eksisterende ressourcer decentralt i kortere tid, således at nogle medarbejdere prioriterer dette fokus. Initiativet foreslås gennemført som et projekt på tværs af kommunen sammen med pårørende.</p> <p>Initiativet foreslås gennemført i første halvdel af 2014.</p> |

De selvhjulpne borgere, borgere med behov for hjælp og borgere, der er afhængige af hjælp i dagligdagen.

Initiativer der understøtter ældrestrategiens fokus på frivillighed

| Titel på initiativ | Beskrivelse af initiativ | Bemærkninger |
|---|---|---|
| 13. Håndbog for frivillighed | <p>Formål Formålet med initiativet er at sikre, at rammerne for den frivillige indsats er kendte og beskrevne.</p> <p>Indhold Forskellig lovgivning sætter nogle klare rammer for den frivillige indsats generelt og dermed også på ældreområdet. Disse rammer er på nuværende tidspunkt ikke beskrevet i Lyngby-Taarbæk Kommune. Det er nødvendigt at de juridiske, økonomiske og forsikringsmæssige rammer for den frivillige indsats afklares og beskrives.</p> <p>Målgrupper De selvhjulpne borgere samt indirekte borgere med behov for hjælp og borgere der er afhængige af hjælp i dagligdagen.</p> | <p>Initiativet er en forudsætning for det videre arbejde med frivillige og bør derfor prioriteres i første halvår af 2013. Initiativet kræver desuden begrænsede ressourcer, da det er muligt at kopiere og hente inspiration hos andre kommuner og organisationer.</p> <p>Initiativet gennemføres i et samarbejde mellem Center for Træning og Omsorg, Center for Sundhed og Kultur samt Frivilligcentret og i regi af det vidensteam, der etableres på området.</p> <p>Initiativet er ikke omkostningstungt.</p> |
| 14. Frivilligcentrets rolle afklares | <p>Formål Formålet med initiativet er at gøre Frivilligcentrets rolle i samarbejdet med ældreområdet tydelig og kendt.</p> <p>Indhold Initiativet indebærer, at frivilligcentrets rolle i samarbejdet mellem ældreområdet og frivillige afklares, beskrives og formidles til frivillige og ansatte.</p> <p>Målgrupper De selvhjulpne borgere samt indirekte borgere med behov for hjælp og borgere der er afhængige af hjælp i dagligdagen.</p> | <p>Da initiativet er væsentlig for det videre arbejde med frivillige og hænger godt sammen med at udmønte frivillighedsstrategien, bør det prioriteres i første halvår af 2013.</p> <p>Initiativet gennemføres i et samarbejde mellem Center for Træning og Omsorg, Center for Sundhed og Kultur samt Frivilligcentret i regi af det vidensteam, der etableres på området.</p> <p>Selvom det vil være muligt at hente inspiration hos andre kommuner og organisationer så må det forventes, at initiativet kræver nogle ressourcer, da der vil være behov for flere drøftelser for at finde en model der passer lokalt til LTK.</p> |

| | | |
|---|---|--|
| | | Initiativet er ikke omkostningstungt. |
| 15. Retningslinjer som tydeliggør opgavefordeling og ansvar udarbejdes | <p>Formål Formålet med initiativet er sikre, at der gælder nogle overordnede ensartede retningslinjer for, hvordan opgavefordeling og ansvar i forhold til frivillige skal være.</p> <p>Indhold De overordnede retningslinjer skal tydeliggøre hvordan der arbejdes med frivillighed på tværs af lokalområderne.</p> <p>Initiativet gennemføres i et samarbejde mellem Center for Træning og Omsorg, Center for Sundhed og Kultur samt Frivilligcentret i regi af det vidensteam, der etableres på området.</p> <p>Målgrupper De selvhjulpne borgere samt indirekte borgere med behov for hjælp og borgere der er afhængige af hjælp i dagligdagen</p> | <p>Initiativet er en væsentlig forudsætning for det videre arbejde med frivillige, og bør derfor prioriteres i andet halvår af 2013.</p> <p>Frivilligcentrets, Ældresagens og Seniorrådets medvirken bør allerede nu afklares.</p> <p>Initiativet vil kræve nogle medarbejderressourcer både centralt og decentralt.</p> |
| 16. Information om frivillige til nye pensionister | <p>Formål Formålet med initiativet er at informere om mulighederne for frivilligt arbejde til de borgere der stopper på arbejdsmarkedet.</p> <p>Indhold Nye efterlønnere og pensionister modtager et informationsbrev fra Lyngby-Taarbæk Kommune. I dette informationsbrev kan informeres om mulighederne for at lave frivilligt arbejde. Det er væsentligt, at alle typer af frivillige aktiviteter fremgår som inspiration.</p> <p>Målgrupper De selvhjulpne borgere og indirekte borgere med behov for hjælp samt borgere der er afhængige af hjælp i dagligdagen.</p> | <p>Initiativet kræver relativt få ressourcer.</p> <p>Det foreslås, at initiativet prioriteres i første halvår af 2013.</p> |
| Initiativer der understøtter sociale fællesskaber | | |
| 17. Naboskab på | Formål | Initiativet kræver tydeligvis mange ressourcer og ikke mindst |

| | | |
|---|---|---|
| <p>tværs af generationer</p> | <p>Formålet med initiativet er, generationer er at modvirke social isolation, gøre nye sociale relationer mulige og fremme nærvær og tryghed i et byområde ved at etablere relationer på tværs af generationer.</p> <p>Indhold Mange af Lyngby-Taarbæk kommunes byområder har i dag primært funktion som beboelsesområder. Den stigende mobilitet i befolkningen, tydeligere funktionsopdeling og effektivisering af de offentlige serviceydelser har betydet, at arbejde, indkøb og fritidsaktiviteter ikke behøver at finde sted hvor man bor. Kravene til byrummet ændrer sig imidlertid, når beboerne er mindre mobile og ikke længere er aktive på arbejdsmarkedet eller i fritiden, da det lokale byrum udgør rammen om beboernes hele liv. Der er risiko for at mange ældre beboere oplever sig socialt isolerede i disse byområder.</p> <p>Det kan f.eks. ske ved at skabe mødesteder for alle generationer og ved at involvere lokale ressourcer, faciliteter, daginstitutioner og skoler.</p> <p>Initiativet skal involvere beboerne lokalt og kan inddrage lokale vidt forskellige foreninger som har kontakt til beboere i det lokale område. Det kan være grundejerforeninger, boligforeninger, sportsklubber og menighedsråd.</p> <p>Målgrupper De selvhjulpne borgere samt indirekte borgere med behov for hjælp og borgere der er afhængige af hjælp i dagligdagen.</p> | <p>samarbejde mellem mange instanser. Skal initiativet gennemføres fuldt ud forudsættes det, at der en projektleder. Initiativet ligner på mange måder de boligsociale indsatser, der kendes fra almene boligbebyggelser.</p> <p>Ikke desto mindre, er det et spændende initiativ og meget relevant med sociale fællesskaber på tværs af generationer.</p> <p>Det foreslås, at der arbejdes videre med at afdække muligheder for at søge midler til et egentlig projekt.</p> <p>Samtidig foreslås det, at der arbejdes med at konkretisere et koncept for hvordan de kommunale institutioner i et lokalområde kan samarbejde og etablere sociale fællesskaber på tværs af generationer (skoler, daginstitutioner og plejehjem).</p> |
| <p>18. Lokale sociale fællesskaber</p> | <p>Formål Formålet med initiativet er, at understøtte sociale fællesskaber lokalt.</p> <p>Indhold Boligselskaberne og deres afdelinger kan være et afsæt for at igangsætte nye sociale initiativer for de ældre beboere. I Sorgenfri er et boligsocialt projekt i gang, hvilket giver et grundlag for at afprøve</p> | <p>Initiativet kræver ikke nødvendigvis mange ressourcer i CTO, men snarere et samarbejde med eksterne samarbejdspartner – særligt frivillige organisationer.</p> <p>Det foreslås, at der i første halvdel af 2013 laves research på erfaringer med lokale sociale fællesskaber i andre kommuner samt at der tages kontakt til relevante frivillige foreninger mhp et eventuelt samarbejde. I sidste halvdel af 2013 afprøves et</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>indsatser rettet mod de ældre beboere, der ønsker flere sociale aktiviteter og vil have glæde af et stærkere lokalt fællesskab. Hvilke konkrete sociale aktiviteter der igangsættes afhænger af hvad beboerne selv oplever de har brug for.</p> <p>Initiativet skal involvere borgere lokalt og vil forudsætte et vist et samarbejde med Center for Sundhed og Kultur. Herudover vil især et samarbejde med frivillige foreninger være centralt.</p> <p>Målgrupper De selvhjulpne borgere og borgere med behov for hjælp.</p> | <p>konkret initiativ til at understøtte lokale sociale fællesskaber.</p> |
|--|---|--|

Social- og Sundhedsforvaltningens møde den 06-03-2013

Sag nr. 9

Bilag 1 – redegørelse sundhedsfaglige tilsyn

Bilag 2 – 13 tilsynsrapporter



Redegørelse for de sundhedsfaglige tilsyn og de kommunale tilsyn i år 2012



1.0 Grundlaget for denne redegørelse

Kommunalbestyrelsen skal mindst én gang årligt udarbejde og offentliggøre en samlet redegørelse om de kommunale uanmeldte og anmeldte tilsyn efter § 151 i serviceloven samt det sundhedsfaglige tilsyn efter § 219 i sundhedsloven. Redegørelsen skal indeholde en opgørelse over, hvad der i forbindelse med tilsynet er afdækket om sammenhængen mellem de ydelser, der er truffet afgørelse om, og de faktisk leverede ydelser.

Kommunalbestyrelsen drøfter herefter redegørelsen med henblik på opfølgning af tilsynene.

Den samlede redegørelse fra BDO Kommunernes Revision, vedr. de uanmeldte kommunale tilsyn er tilgået Center for Træning og Omsorg (CTO) medio januar 2013. Den samlede redegørelse fra embedslægerne vedr. de sundhedsfaglige tilsyn forventes udarbejdet marts 2013 og vil derefter tilgå CTO.

Redegørelsen fra BDO danner baggrund for denne redegørelses sammendrag på de kommunale tilsyn. De enkelte tilsynsrapporter fra de sundhedsfaglige tilsyn danner baggrund for sammendraget og konklusioner såvel som den ledelsesmæssige opfølgning i denne redegørelse.

1.1 Metode for udarbejdelse af embedslægernes tilsyn

Ved tilsynet fokuseres på sundhedsadministrative forhold dvs. instrukser. De sundhedsfaglige forhold er i denne sammenhæng sygeplejefaglige optegnelser, medicinhåndtering, adgang til sundhedsfaglige ydelser og patientrettigheder samt sundhedsrelaterede forhold vedr. hygiejne, ernæring, aktivering og mobilisering, bygningsforhold og indeklima samt kvalitetssikring og egenkontrol. Hvert år fremgår et emne, som vil have et særligt fokus under tilsynene.

Ved tilsynet vurderes, om fastsatte målepunkter er opfyldt, og resultatet heraf ligger til grund for embedslægens efterfølgende bemærkninger/krav til plejehjemmet, hvilket sammenholdes med kravene i det forudgående tilsyn. Hvis beboerantallet overstiger 100 på det enkelte plejehjem, udføres der 2 tilsyn. Dog udarbejdes der kun 1 tilsynsrapport pr. plejehjem. Der er i 2012 foretaget 5 tilsyn her af i alt 21 stikprøver på Lyngby-Taarbæk Kommunes områdecentre/lokalcentre, tilknyttet Den Kommunale Leverandør.

Derudover er de 7 demenspladser på Træningscenter Møllebo, tilknyttet Træningsenheden, tillige omfattet af de sundhedsfaglige tilsyn, dog er der ikke udført tilsyn på Træningscenter Møllebo i 2012.

Resultatet af tilsynet vurderes ud fra graden af fundne fejl og mangler. Dette kan være i spektret fra fejl og mangler, som indebærer meget ringe risiko for patientsikkerheden til fejl og mangler, som er af så alvorlig karakter, at der er stor risiko for patientsikkerheden.

Ved tilsynet fremsættes krav, som skal efterkommes. Hvis de fundne fejl og mangler er af alvorlig karakter, kan embedslægen gennemføre et opfølgende tilsyn. Forud for det opfølgende besøg skal ledelsen på det pgl. plejehjem udarbejde en handlingsplan over, hvordan forholdene kan bringes i en tilfredsstillende orden og implementere handlingsplanen.

Tilsynet foretages af en læge eller sygeplejerske fra Embedslægerne Hovedstaden, Sundhedsstyrelsen, og gennemføres ved samtaler med henholdsvis ledelse, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Derefter besigtiges områdecentret

og øvrigt personale og enkelte beboere interviewes. Efterfølgende vurderes den sygeplejefaglige dokumentation og medicin håndtering hos tilfældigt udvalgte beboere.

Ifølge sundhedsloven kan embedslægerne undlade tilsyn det efterfølgende år, såfremt der ved tilsynet ikke findes fejl og mangler, som kan indebære risiko for patientsikkerheden og dermed borgernes sikkerhed.

Afrapportering, opfølgning og offentliggørelse

Tilsynsrapporterne sendes til orientering til de respektive bruger- og pårørenderåd i områderne og til Seniorrådet. Hvor der ikke findes bruger-pårørenderåd, sikres de pårørende information på anden vis, f.eks. på hjemmesiden eller ved stormøder.

Embedslægerne udarbejder senest den 15. marts en samlet beskrivelse af de udførte tilsyn i kommunen, som efterfølgende offentliggøres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Redegørelsen er, som tidligere nævnt, endnu ikke modtaget i CTO.

Som en del af denne samlede redegørelse indgår CTO's beskrivelse af den ledelsesmæssige opfølgning.

1.2 Metode for udarbejdelse af de kommunale tilsyn

Lyngby-Taarbæk Kommune er forpligtet til at gennemføre kommunale tilsyn jf. Servicelovens bestemmelser. For 2012 blev der gennemført et uanmeldt tilsyn på alle områdecetre og lokalcentre. Det er et ønske fra Lyngby-Taarbæk Kommune, at tilsynet skal have et kontrollerende såvel som et lærende perspektiv.

Udgangspunktet for det uanmeldte tilsyn er:

- Studier af områdecetrets faglige dokumentation
- Observationsstudier på områdecetrets fællesarealer og i udvalgte borgernes boliger
- Interview med beboere, medarbejdere og ledelse

Ovenstående måles op i mod Servicelovens bestemmelser og Lyngby-Taarbæk Kommunes politikker på området.

Afrapportering, opfølgning og offentliggørelse

Tilsynsrapporterne sendes til høring i de enkelte Bruger-pårørenderåd og seniorrådet. Seniorrådet modtager tillige den samlede redegørelse. Høringssvarene fremlægges efterfølgende i Social- og sundhedsudvalget. Efterfølgende offentliggøres tilsynsrapporterne på Lyngby-Taarbæk Kommunes hjemmeside.

Som en del af denne årlige redegørelse indgår CTO's beskrivelse af den ledelsesmæssige opfølgning.

Når der i de enkelte tilsynsrapporter fremgår områder, som kan forbedres på samtlige plejehjem, bliver der fra CTO's side iværksat en samlet indsats. Det kan f.eks. være i forhold til dokumentation i borgernes journal. Såfremt der fra embedslægerne såvel som fra BDO fremsættes krav/anbefalinger, som kun omhandler det enkelte plejehjem, tager den lokale ledelse initiativer til at iværksætte forbedringer på området med henblik på at imødekomme kravene/anbefalingerne.

2.0 De sundhedsfaglige tilsyn 2012

Der er gennemført et sundhedsfagligt uanmeldt tilsyn på 5 områdecentre/lokalcentre i 2012.

I 2012 er der, som tidligere nævnt, således kun gennemført 5 tilsyn, idet områdecentrene Solgården og Bredebo ikke var omfattet af tilsynene i 2012. Dette skyldes, at der ved tilsynet i 2011 kun blev fundet få fejl og mangler, som indebar meget ringe risiko for beboernes sikkerhed. Ligeledes er tilsynet på Træningscenter Møllebo undladt. Dette er en fremgang i forhold til 2011, hvor tilsynet kun blev undladt på Demenscenter Borrebakken. De områdecentre/lokalcentre, som ikke har fået tilsyn i 2012 skal, jf. lovgivningen, have tilsyn i 2013. Dog kan tilsynet i 2013 undlades på Demenscenter Borrebakken jf. embedslægens beslutning.

De sundhedsfaglige tilsyn er gennemført efter regler, der er fastsat af Sundhedsministeriet og konkretiseret i Sundhedsstyrelsens tema for Plejehjemstilsynet, som skifter fra år til år. I år 2012 har temaet været plejehjemmenes opgave med at sikre oplysninger om beboernes sygdomme og handicap.

2.1 Konklusion, krav og ledelsesmæssig opfølgning

Generelt var der ved tilsynene i 2012 fra embedslægerne stillet krav i relation til de samme områder som i 2011. Ved tilsynene i 2012 blev det konstateret, at ledelse og medarbejdere fortsætter deres arbejde med at følge embedslægernes anbefalinger fra året før. Embedslægerne konkluderer i 3 rapporter, at alle, eller næsten alle, krav var blevet opfyldt. Ved 2 af plejehjemmene blev det imidlertid konkluderet, at indsatsen ikke helt havde haft den forventede effekt. På det ene plejehjem var kravene om medicin håndteringen opfyldt, men dokumentationen om patientrettigheder og opfølgning på pleje - og behandlingstiltag må styrkes. På de 2 plejehjem kunne embedslægerne bede om opfølgende besøg, men afvigelserne blev vurderet til at være af en sådan karakter, at et opfølgende tilsyn ikke var påkrævet.

Hos Den Kommunale Leverandør (DKL) arbejdes der løbende med at sikre den sygeplejefaglige dokumentation, og tilsynsrapporterne viser da også, at indsatsen fortsat kræver bevågenhed fra både ledelse og det sygeplejefaglige personale.

Følgende beskrivelse er et sammendrag af rapporternes enkelte dele.

2.2 Sundhedsadministrative forhold

Der skal ved tilsynet forefindes instrukser for 5 forskellige områder, som er:

- Personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling
- Plejepersonalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling
- Personalets opgaver i forbindelse med smitsom sygdom
- Føring, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser
- Medicinhåndtering

Instrukserne har til formål at sikre medarbejderne overblik over, hvordan de skal forholde sig i givne situationer. Hos DKL er instrukserne udarbejdet på tværs i organisationen og udformet efter sundhedsstyrelsens anbefalinger. Der er udarbejdet instrukser, som minimum dækker ovenstående 5 områder, og ved tilsynene blev alle instrukser fundet tilfredsstillende. Instrukserne er tilgængelige for personalet og der informeres om nye instrukser og ændringer på personalemøder.

På 2 af plejehjemmene viste stikprøver imidlertid, at personalet er bekendt med instrukserne men ikke helt følger dem konsekvent i det daglige arbejde.

Sundhedsfaglige forhold

Sygeplejefaglige optegnelser føres i det elektroniske dokumentationssystem Uniq. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at borgerens aktuelle sundhedstilstand beskrives i 11 sygeplejefaglige problemområder, som skal ligge til grund for hvilken pleje og behandling beboerens har behov for, og dermed hvilke handleplaner der skal udarbejdes for de enkelte beboere.

Tilsynet fandt, at der i 6 stikprøver ud af 21 ikke fremgik en aktuel oversigt over beboernes sygdomme og handicap. Hertil at der i 9 stikprøver ikke var en konsekvent beskrivelse af beboernes sundhedsproblemer. Dette kunne f.eks. være skriftlighed om behov for pleje af et sår, en dement borgers adfærd eller pleje til en borger med depression.

De sygeplejefaglige optegnelser opbevaring og måde at blive ført på, opfyldte i alle stikprøverne gældende krav. Det drejer sig om angivelse af beboerens navn, personnummer, dato for notatet, signering og rettelser.

Tilsynet konstaterede, at dokumentationen af medicinordinationerne var korrekt i alle stikprøver. Dette er en fremgang fra tilsynene i 2011. Yderligere var der i alle stikprøver overensstemmelse mellem antal af tabletter i doseringsæskerne og optegnelserne i medicinskemaet.

I en enkelt stikprøve var der ikke overensstemmelse mellem den ordination, der var angivet på apotekets label på medicinen og optegnelsen i medicinskemaet. Dog havde beboeren fået den korrekte medicin da den sundhedsfaglige dokumentation viste, at medicinen på medicinskemaet var anført korrekt.

I en anden stikprøve manglede et præparat, som beboeren kunne få pn (=efter behov).

Personalet på plejehjemmene har kontakt til mange eksterne samarbejdspartnere, læger, omsorgstandlæge, hospitaler, lægefaglige specialistteam m.m. for at sikre beboerne relevante sundhedsfaglige ydelser. Samarbejdet forløber generelt tilfredsstillende, dog er der på et enkelt plejehjem ikke oplevelsen af, at relevante oplysninger om beboeren følger ved udskrivelsen. Disse oplysninger er nødvendige at have for at kunne fortsætte den iværksatte behandling fra sygehuset. Den Kommunale Leverandør samarbejder løbende med de lokale hospitaler om at sikre at udskrivningen af borgere forløber tilfredsstillende. Dette foregår i diverse samarbejdsfora og kræver løbende opmærksomhed.

Til al behandling, og videregivelse af helbredsoplysninger, skal beboeren, eller dennes pårørende, give informeret samtykke. Personalet indhenter samtykket som fast rutine og dokumenterer dette i de sygeplejefaglige optegnelser. Ved 5 stikprøver fremgik det af journalen at beboerne var inhabil og pårørende varetog de helbredsrelevante interesser. Dog oplyste personalet, at beboerne kunne tage stilling til lægekontakt og behandling og havde samtykket dertil. I en enkelt stikprøve var samtykket til behandling ikke dokumenteret.

Sundhedsrelaterede forhold

Ved tilsynet blev konstateret at 1 medarbejder bar smykke på underarmene, men at alle medarbejdere oplyste, at de var instrueret i håndhygiejne.

Beboerne bliver rutinemæssigt vejet og der udregnes BMI. Ved behov udarbejdes handleplan for sufficient ernæring. Imidlertid fandt tilsynet, at der på 3 plejehjem ikke var iværksat evaluering af handleplan for ernæring. I en enkelt stikprøve var der ikke iværksat ernæringsplan selvom borgerne fik ernæringstilskud.

Ved tilsynet konstateredes at beboerne fik rigeligt at spise og fornøden hjælp til at spise måltiderne.

Tilsynet fandt, at alle plejehjem foretog registrering af fejl og mangler ved medicinhåndtering og sundhedsrelaterede forhold i sundhedsstyrelsens database for utilsigtede hændelser, samt udførte egenkontrol på medicinhåndteringen. Derudover foregår en systematisk opfølgning både lokalt og på kommunalt niveau, som er med til at sikre kvaliteten af den udførte pleje.

Borgernes fysiske funktionsniveau og behov for vedligeholdelsestræning eller genoptræning bliver vurderet ved indflytning. Vurderingen bliver udført af plejepersonalet i samarbejde med fysioterapeut og efterfølgende dokumenteret i Uniq.

I praksis udfører personalet løbende vurdering af borgernes funktionsniveau som en del af den daglige pleje. Dette er medvirkende til at personalet løbende tilrettelægger plejen ud fra borgerens aktuelle ressourcer.

I en enkelt stikprøve var beboerens fysiske funktionsniveau ikke beskrevet og i 3 stikprøver var effekten af træning ikke konsekvent dokumenteret.

TEMA 2012: Plejehjemmets sikring af oplysninger om beboernes sygdomme og handicap.

På 4 plejehjem var der instrukser, som beskrev, hvem der skal indhente oplysninger om beboernes sygdomme og handicap. I 4 stikprøver, hvor beboernes var flyttet ind på plejehjemmet op til 9 mdr. før tilsynet, fremgik det ikke, om der var foretaget en vurdering af, om oplysningerne om beboerens sygdomme og handicap var fyldestgørende.

Når sygeplejepersonalet skal indhente helbredsoplysninger om beboeren, kan det i hverdagen hindres af, at den praktiserende læge ikke er forpligtet til at oplyse om patientes/beboernes diagnoser. Diagnoserne må derfor dokumenteres ud fra oplysningerne på beboernes medicinglas, hvilket ikke altid stemmer overens med den reelle diagnose.

2.3 Sammendrag af rapporternes krav

På 3 plejehjem blev der fundet fejl og mangler, som indebar ringe, eller meget ringe, risiko for patientsikkerheden. Kravene er efterkommet øjeblikkeligt og var:

- At de problemområder, der er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning er beskrevet i den sygeplejefaglige dokumentation
- At det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med behandlende læge om kontrol og behandling af beboernes kroniske sygdomme
- At pleje- og behandling er beskrevet for alle beboerens sundhedsproblemer
- At den ordinerede medicin findes i beboerens medicinbeholdning
- At der er anbrudsdato på medicinske dråber
- At personalet undlader at bære smykker på hænder og underarme
- At der systematisk bliver fulgt op og evalueret på iværksat pleje- og behandling.

- At beboernes ernæringsbehov er vurderet
- At der udarbejdes ernæringsplaner for de beboere, der har behov herfor.

På 2 øvrige plejehjem blev der fundet fejl og mangler, som indebar risiko for patientsikkerheden, men ikke alvorlige fejl og mangler. Også her er kravene efterkommet øjeblikkeligt. Kravene er følgende:

- At personalet følger instrukserne i det daglige arbejde
- At de problemer, der er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning, er beskrevet i den sygeplejefaglige dokumentation
- At der foreligger en aktuel beskrivelse af beboernes sygdomme og handicap
- At det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af beboernes kroniske sygdomme
- At pleje- og behandling er beskrevet for alle beboernes sundhedsproblemer
- At lægens indikation for behandling fremgår af journalen
- At der systematisk bliver fulgt op og evalueret på iværksat pleje og behandling
- At de sygeplejefaglige optegnelser føres overskueligt og systematisk
- At områdecentret gennemgår Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser.
- At det fremgår af journalen, hvornår egen læge har revideret medicinskemaet.
- At der er overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin
- At der er overensstemmelse i oplysningerne om, hvem der varetager beboernes helbredsmæssige interesser og den person, der giver samtykke.
- At områdecentret gennemgår Sundhedsstyrelsens vejledning om patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger
- At ernæringsplaner systematisk bliver evalueret
- At beboernes fysiske funktionsniveau bliver dokumenteret
- At beboerens behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning er beskrevet
- At der foreligger dokumenteret tilbud om træning for de beboere, der har behov.
- At virkningen af træningen bliver evalueret
- At informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, ligesom beboernes og de pårørendes tilkendegivelser på baggrund af den givne information
- At det fremgår af dokumentationen, hvem der varetager beboernes helbredsmæssige interesser

Sundhedsstyrelsens formål med embedslægens tilsyn om at medvirke til at forbedre den sundhedsfaglige indsats for borgerne, der bor på plejehjem, er blevet sammenfattet i denne redegørelse. Igennem de senere år har personalet hos DKL arbejdet ihærdigt med anbefalingerne fra tidligere års tilsyn, både ved foranstaltninger på tværs af de enkelte plejehjem, men også i dagligdagens arbejde med den enkelte beboer. På baggrund af tilsynene i 2012 må det konkluderes, at denne indsats stadig er en igangværende proces, som kræver vedvarende øget opmærksomhed, men også at de iværksatte foranstaltninger har været virksomme.

3.0 De kommunale tilsyn 2012

Der er gennemført uanmeldte tilsyn, som omfatter både områdecentre og lokalcentre.

Ved de uanmeldte tilsyn er der foretaget interview af i alt 39 beboere og 35 medarbejdere og tilsynene har resulteret i 18 anbefalinger. Antal anbefalinger er faldet markant i forhold til 34 anbefalinger i 2011.

Ledelsen på hvert område/lokalcenter udarbejdet en ledelsesmæssig opfølgning til forvaltningen overfor konkrete forhold, som er blevet ændret lokalt. Ledelsen i Den Kommunale Leverandør har derefter udpeget samlede tværgående indsatsområder.

3.1 Konklusion og anbefalinger

Der er ved tilsynene vurderet at områdecentrene i Lyngby-Taarbæk Kommune samlet fungerer tilfredsstillende og er i overensstemmelse med det serviceniveau og værdigrundlag, som er politisk vedtaget.

Der er ved tilsynet i 2012 bl.a. konstateret, at beboerne modtager den visiterede hjælp, at beboerne oplever at blive tilbudt gode aktiviteter og føler sig sikre og trygge i hverdagen. Medarbejderne fremtræder kompetent og ansvarsbevidst, og arbejder respektfuldt og anerkendende i hverdagen i plejen hos beboerne.

Enkelte plejehjem skal dog fortsat arbejde med at sikre at handleplanerne er udfyldt fyldestgørende og en fortsat fokusering på den sundhedsfaglige dokumentation er nødvendig.

Flere plejehjem har mangler i forhold til at beskrive indsatser vedr. aktivitet og træning og hermed hvilke konkrete handlinger der iværksættes om den enkelte beboer. Dette gør sig også gældende i forhold til dokumentation af konkrete handlinger overfor borgere, der lider af psykisk sygdom eller uro.

4.0 Ledelsesmæssig opfølgning og fremadrettet indsats

På baggrund af embedslægernes tilsyn og det kommunale tilsyn vil DKL, som tidligere, have et særligt fokus på medicin håndteringen. Dette foregår ved samarbejde med lokale apoteker om audits på alle plejehjem, undervisning af personalet om farmakologi, og en kontinuerlig opfølgning på indberetninger om utilsigtede hændelse om medicin håndtering.

Siden kommunerne blev omfattet af Lov om Patientsikkerhed har Lyngby-Taarbæk Kommune arbejdet konstruktivt med implementeringen af en patientsikkerhedskultur, hvilket tilsynene også afspejlede.

Medarbejderne bliver løbende undervist i patientsikkerhed herunder indberetningsdelen såvel som læringen af de utilsigtede hændelser. Effekten afspejles af markant stigende antal indberetninger i patientsikkerhedsdatabasen fra Lyngby-Taarbæk Kommune. Ledelsen hos DKL og i CTO arbejder fremadrettet for at imødekomme de patientsikkerhedsmæssige udfordringer organisationen står overfor.

I forbindelse med implementeringen af det nye elektroniske pleje- og omsorgssystem, vil der fortsat være særlig opmærksomhed på, at den sundhedsfaglige dokumentation foregår indenfor lovgivningens rammer og hjælper personalet til overskuelighed i hverdagens registrering.

Der er øget fokus på at udfylde ernæringsplaner for beboere, som har behov herfor. Ernæringsnøglepersonerne superviserer kolleger i eget område indenfor ernæringsproblematikker som sikrer beboerne det rette ernæringstilbud, såvel som samarbejder på tværs af områdecentrene med Den Kommunale Madservice.

Opmærksomheden på ernæring vil også medføre, at sosu-elever fremover vil modtage fast undervisning om ernæringsproblematikker ved ernæringsnøglepersonerne.

I 2013 er hygiejne en tværgående indsats jf. bestemmelserne i sundhedsaftalerne for 2011-2014. Der er udpeget hygiejnekontaktpersoner i alle decentrale områder, der planlægges undervisning af alle sygeplejersker i LTK og repræsentanter fra DKL indgår i et tværkommunalt og tværsektorielt netværk. På denne måde sikres ny viden om hygiejne til alle medarbejdere hos DKL.

Der iværksættes en øget indsats om at sikre beskrivelse af beboernes sundhedstilstand herunder diagnoser og handicaps. Egen læge er ikke forpligtet til at oplyse beboernes diagnoser, og dermed hindres en fyldestgørende registrering. Problematikken er drøftet med embedslægerne såvel som Praktiserende Lægers Organisation (PLO) uden dog at finde en konkret løsning.

For begge tilsyns vedkommende arbejder ledelsen af DKL i dialog med såvel embedslægerne som BDO for at sikre et fortsat godt samarbejde om tilsynene.

I løbet af foråret 2013 vil der blive afviklet møde med repræsentanter for embedslægerne for at drøfte de sundhedsfaglige tilsyns afvikling i 2013. Der er ikke udvalgt et særligt fokusområde for de sundhedsfaglige tilsyn i 2013.

I januar 2013 har der været afviklet evalueringsmøde med repræsentanter fra BDO vedr. de kommunale tilsyn. Kontrakten med BDO om de kommunale tilsyn skal fornyes, og i den anledning afventer CTO forslag til nyt tilsynskoncept fra BDO, som støtter op om principperne i det aktuelle paradigmeskift.

Samlet set vil ledelsen arbejde videre med de igangværende tiltag om at sikre borgerne fortsat kompetent pleje og behandling.

Årlig redegørelse
for uanmeldte kommunale tilsyn med
pleje- og aktivitetscentre

2012
Lyngby-Taarbæk Kommune

Januar 2013

Indholdsfortegnelse

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Indledning | 3 |
| 2 | Organisering af tilsynsopgaven..... | 4 |
| 2.1 | Formål med det kommunale tilsyn..... | 5 |
| 2.2 | BDO KR's tilsynskoncept | 5 |
| 3 | Tilsyn | 6 |
| 3.1 | Samlede vurdering af tilsynsresultat | 6 |
| 3.2 | Gennemgang af resultaterne for de uanmeldte tilsyn | 8 |
| 4 | Bilag | 9 |
| 4.1 | Bilag 1. BDO KR's definition af vurderingsskala. | 9 |
| 4.2 | Bilag 2. Skema over antal stikprøver. | 9 |
| 4.3 | Bilag 3. Oversigt over anbefalinger | 10 |
| 5 | Yderligere oplysninger..... | 13 |
| 5.1 | Underskrifter | 13 |

1 Indledning

Ifølge Servicelovens § 151 har den stedlige kommune, jf. § 148 a, pligt til at føre tilsyn med, at de kommunale opgaver efter §§ 83 og 86 løses i overensstemmelse med de afgørelser, kommunalbestyrelsen har truffet efter disse bestemmelser og i henhold til kommunalbestyrelsens vedtagne kvalitetsstandarder, jf. § 139.

Stk. 2. Som led i tilsynsforpligtelsen efter stk. 1 skal kommunalbestyrelsen hvert år foretage mindst ét uanmeldt tilsynsbesøg på plejehjem m.v., jf. § 192, i plejeboligbebyggelser, der er omfattet af lov om almene boliger m.v. eller lov om boliger for ældre og personer med handicap, og i andre, tilsvarende boligenheder i kommunen. Tilsynet omfatter indsatsen over for de beboere og lejere, der modtager kommunale serviceydelser.

BDO Kommunernes Revision (BDO KR) har haft til opgave at udføre de uanmeldte tilsyn med Lyngby-Taarbæk Kommunes 7 plejecentre. Endvidere har BDO KR fået til opgave at udarbejde en årsrapport om tilsynets resultater. Disse vil således blive præsenteret i denne årsrapport 2012.

Rapportens første del beskriver, hvordan BDO KR i samarbejde med Lyngby-Taarbæk Kommune har organiseret tilsynsopgaven. Rapportens anden del giver en samlet vurdering af tilsynsresultatet på baggrund af de vurderinger og anbefalinger, som er givet til plejecentrene. Den samlede vurdering afsluttes med en gennemgang af resultater af tilsynene for de uanmeldte tilsyn. Endelig fremgår rapportens analysegrundlag sidst i rapporten i form af bilag. Derudover skal BDO KR henvise til de tilsynsrapporter, der på baggrund af det enkelte tilsyn er udarbejdet for hvert plejecenter.

Målgruppen på de 7 pleje- og aktivitetscentre er ældre borgere med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser og borgere med en demenssygdom.

Der er demensenheder på flere af Områdecentrene og på Demenscenter Borrebakken er der udelukkende beboere med demenssygdom.

2 Organisering af tilsynsopgaven

BDO KR tager udgangspunkt i Servicelovens bestemmelser om tilsyn på plejecentre og tilsynets fokus og resultat ses i forhold til lovgivningen, Lyngby-Taarbæk Kommunes kvalitetsstandarder og værdier, og den konkrete afgørelse, der er truffet for den enkelte borger.

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker, at tilsynsopgaven skal have både et kontrollerende samt et lærende og udviklende perspektiv.

BDO KR's tilsynskoncept lægger vægt på, at kontrol- og læringsaspektet ikke er modstridende, men komplementerer hinanden. Der lægges således vægt på, at den dokumentation der indsamles i forbindelse med tilsynene, skal være anvendelig i medarbejdernes og ledelsens løbende arbejde med at sikre kvaliteten af den pleje og omsorg, der ydes på plejecentrene. Endelig lægger BDO KR vægt på, at opsamlingen af data foregår på et validt grundlag.

Tilsynet har forberedt sig ved at sætte sig ind i den seneste tilsynsrapport, Tilbudsportalen, plejecentrenes eller kommunens hjemmeside samt ved at sætte sig ind i kommunens overordnede politikker. Tilsynet har ligeledes kendskab til kommunens kvalitetsstandarder for ydelser i plejeboliger.

Tilsynsrapporterne har været til gennemsyn for faktuelle fejl hos centerlederen. Såfremt der har været faktuelle kommentarer, er disse blevet indarbejdet, hvor det har været relevant.

I tilsynsrapporten fremgår en vurdering af det enkelte plejecenter samt eventuelle anbefalinger. Såfremt det har været muligt, har BDO KR peget på forslag til udvikling af det enkelte plejecenters praksis.

2.1 Formål med det kommunale tilsyn

Kommunalbestyrelsen skal, i henhold til § 151 i Lov om Social Service, foretage mindst ét uanmeldt tilsynsbesøg pr. pleje- og aktivitetscenter m.v.

BDO KR's tilsynskoncept på ældreområdet i Lyngby Taarbæk Kommune har til formål 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, om der på det enkelte plejecenter udføres forsvarligt fagligt arbejde i forhold til beboere, og at gældende lovregler, kvalitetsstandarder, serviceniveau og administrative retningslinjer efterleves.
- Understøttelse af en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for beboerne gennem en anerkendende og konstruktiv tilgang til medarbejdere og ledelse.
- Skabe grundlag for refleksion over egen praksis hos både medarbejdere og ledelse.
- Afdækning af styrker og forbedringsmuligheder i plejecentrenes og hjemmeplejens måde at håndtere opgaverne på, og identificere potentielle udviklingsmuligheder.
- Tilsynskonceptet kan indgå som en del af BDO KR's kvalitetsmodel, som har til formål at kvalitetsudvikle hele eller dele af organisationen.

Det uanmeldte tilsyn tager udgangspunkt i:

- Studier af plejecentrets sundhedsfaglige dokumentation.
- Observationsstudier på plejecentrets fællesarealer og i udvalgte beboeres boliger.
- Interview med beboere, medarbejdere og ledelse.

2.2 BDO KR's tilsynskoncept

Der er ført tilsyn med den sundhedsfaglige dokumentation samt omsorgs- og plejemæssige forhold på de enkelte plejecentre.

Tilsynet har endvidere fokus på hverdagslivet for beboerne, og har således også fokus på, hvordan hjælpen efter deres og evt. pårørendes opfattelse fungerer.

I det uanmeldte tilsyn indgår desuden observationer på fællesarealerne, hvor de fysiske rammers egnethed i forhold til såvel det observerede som personalets og beboeres og evt. pårørendes vurdering heraf indgår.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på en gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation, dialog, udsagn, observationer samt det foreliggende baggrundsmateriale.

Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på institutionen til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

3 Tilsyn

De uanmeldte tilsyn er foretaget i perioden fra marts til maj 2012.

3.1 Samlede vurdering af tilsynsresultat

Tilsynsvurderingerne viser, at Områdecentren, Lokalcenter og Demenscenter i Lyngby-Taarbæk Kommune lever op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, interne vedtagelser og værdier samt almene sundhedsfaglige vedtagelser.

Tilsynet vurderer, at beboerne modtager den hjælp, de internt er visiteret til. Størstedelen af beboerne har kendskab til omfanget af den pleje og omsorg, de modtager. Kun få beboere er på baggrund af kommunikative eller sygdomsmæssige årsager ikke i stand til at redegøre for dette kendskab. Alle beboere giver udtryk for, at de modtager den pleje og omsorg, de har behov for og beboerne oplever kvalitet i måden, hvorpå hjælpen leveres.

Beboerne mener at kunne få hjælp til at klage ved kontakt til medarbejderne eller ledelsen, såfremt de måtte ønske dette.

Beboerne oplever, at der er gode tilbud om aktiviteter af varierende karakter - såvel indendørs som udendørs. De føler sig sikre og trygge i hverdagen og giver udtryk for respektfuld kommunikation med medarbejderne. Beboerne oplever accept af deres ønsker om levevis.

Det er tilsynets vurdering, at den sundhedsfaglige indsats i forhold til den praktiske hjælp er tilfredsstillende. Beboerne udtrykker stor tilfredshed med såvel rengøringsstandarderne i boligerne som hjælpen til tøjvask.

Medarbejderne fremtræder generelt meget kompetente, ansvarsbevidste og engagerede i arbejdet med beboerne. Medarbejderne har et særdeles godt kendskab til den pleje og omsorg, som beboerne er visiteret til og kan fagligt redegøre for indsatser i forhold hertil.

Medarbejderne beskriver handlinger, der er medvirkende til at sikre beboerne en god hverdag. Medarbejdernes beskrivelser viser tydeligt, at der arbejdes ud fra en anerkendende og respektfuld måde i hverdagen.

Tilsynet bemærker, at medarbejderne har en god faglig viden og forståelse for betydningen af at støtte og motivere beboerne til deltagelse i aktiviteter samt for de særlige behov beboerne måtte have i forhold til den psykiske pleje og omsorg.

Tilsynet vurderer, at netop denne viden og indsigt med fordel kan beskrives mere detaljeret og individuelt i den sundhedsfaglige dokumentation.

Det er tilsynets vurdering, at centrenes målrettede indsats med arbejdet omkring forbedringer af den sundhedsfaglige dokumentation har givet et synligt forbedret resultat.

Alle beboere har en handleplan for hverdagsliv med fagligt relevante handleplaner i forhold til beboernes individuelle problemstillinger. Tilsynet bemærker positivt, at flere journaler indeholder beskrivelser af relevante overvejelser, som medarbejderne kan reflektere over.

Handleplaner for hverdagsliv indeholder generelt en detaljeret, individuel og faglig beskrivelse af den daglige tilrettelæggelse af beboernes behov for pleje og omsorg.

Enkelte centre har dog stadig en udfordring i at sikre, at alle handleplaner indeholder beskrivelser af ajourførte og konkrete handlinger i forhold til den personlige pleje og omsorg samt i forhold til beskrivelse af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats.

Det er tilsynets vurdering, at en fortsat fokusering på den sundhedsfaglige dokumentation er nødvendig.

Flere centre har mangler i forhold til beskrivelsen af indsatser vedrørende aktivitet og træning. Manglerne vedrører især beskrivelse af de konkrete handlinger, der iværksættes for at give beboerne den nødvendige motivation og støtte til at deltage i aktiviteter og træning.

Det samme gør sig især gældende i forhold til den daglige tilrettelæggelse af den psykiske pleje og omsorg for beboerne. Manglerne vedrører dokumentation af konkrete og individuelle handlinger i forhold til, at det eksempelvis er angivet i journalen hos nogle af beboerne, at disse lider af depression, demens, angst, uro og aggressiv adfærd.

Ved rundgang på centrene vurderer tilsynet, at der er et roligt men samtidigt også et aktivt miljø med en god stemning.

Tilsynet observerer, at der er fællesskab og trivsel ved måltidet. Medarbejderne er omkring de beboere, som har behov for støtte ved måltidet.

Der observeres god omgangstone og ligeværdig dialog mellem beboere og medarbejdere og medarbejdere indbyrdes.

Centrenes indretning afspejler beboernes særlige behov. Boligerne er rummelige og velindrettede med omkringliggende fællesarealer, der giver mulighed for samvær og aktiviteter.

Rengøringsstandarder er tilfredsstillende.

3.2 Gennemgang af resultaterne for de uanmeldte tilsyn

Ved de uanmeldte tilsyn har tilsynsførende foretaget observationer på fællesarealerne, gennemgået den sundhedsfaglige dokumentation og interviewet ca. 10 % af beboerne på det enkelte pleje- og aktivitetscenter samt efterfølgende gennemført interview med beboerens kontaktperson. Såfremt kontaktpersonen ikke har været til stede på tilsynsdagen, har tilsynsførende interviewet den medarbejder, som var på arbejde på tilsynsdagen, og som kender beboeren godt.

Tilsynet har i udvælgelsen af beboere sikret sig, at der har været aldersspredning i forhold til interviewpersonerne, en passende fordeling blandt kvinder og mænd, en spredning i forhold til beboerens plejetyngde samt at de udvalgte beboere er fordelt på flest mulige afdelinger.

De uanmeldte tilsyn har samlet set givet anledning til 18 anbefalinger, som fremgår af bilag 3.

Anbefalingerne vedrører fortsat fokusering på den gode udvikling i den sundhedsfaglige dokumentation, korrekt dokumentation i forhold til beskrivelser af problemstillinger i forhold til den sundhedsfremmende og forebyggende indsats, aktivitet og træning, psykisk pleje og omsorg samt beboernes vaner og ønsker.

Derudover er der anbefalinger om undervisning til medarbejderne i forhold til beskrivelse af den sundhedsfaglige dokumentation med fokus på "Handleplan for Hverdagsliv", således at disse fremgår med en individuel beskrivelse af plejen og omsorgen for beboerne gennem hele døgnet.

Yderligere anbefales det, at medarbejderne undervises, oplæres og vejledes i forhold til at beskrive indsatser vedrørende den støtte, der ydes beboerne i forhold til deltagelse i aktiviteter og træning.

Der er givet en anbefaling vedrørende, hvorvidt kommunens pleje- og behandlingsinstruks vedr. magtanvendelse overfor voksne efterleves samt vedrørende alarm og pejlesystemer.

4 Bilag

4.1 Bilag 1. BDO KR's definition af vurderingsskala.

| Samlet vurdering | |
|------------------|---|
| | Godkendt 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. |
| | Godkendt med mangler 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. |
| | Alvorlige fejl og mangler 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. |

4.2 Bilag 2. Skema over antal stikprøver.

Skema over antal stikprøver i forbindelse med uanmeldt tilsyn fordelt på plejecentre.

| Områdecenter, Lokalcenter og demenscenter | Beboere | Medarbejdere |
|---|---------|---|
| Områdecenter Bauneløjt | 6 | 6 |
| Demenscenter Borrebakken | 2 | 2 |
| Områdecenter Bredebo | 4 | 4 |
| Lokalcenter Lykkens Gave | 3 | 2 (1 medarbejder blev interviewet i forhold til 2 beboere) |
| Områdecenter Lystoftebakken | 8 | 7 (1 medarbejder blev interviewet i forhold til 2 |

| | | |
|---|-------------------|---|
| | | beboere) |
| Områdecenter Solgården | 8 | 7 (1 medarbejder blev interviewet i forhold til 2 beboere) |
| Områdecenter Virumgård | 8 | 7 (1 medarbejder blev interviewet i forhold til 2 beboere) |
| Antal plejeboliger som indgik i det uanmeldte tilsyn, på pleje- og aktivitetscentre i Lyngby-Taarbæk Kommune: | 39 beboere | 35 medarbejdere |

4.3 Bilag 3. Oversigt over anbefalinger

Oversigt over vurderinger og anbefalinger hvor der kan ske forbedringer fordelt på plejecentre.

| | |
|-------------------------------------|--|
| Områdecenter Baunehøj - Godkendt | |
| Anbefalinger | <ul style="list-style-type: none"> At Områdecenter Baunehøj fortsætter den gode udvikling i den sundhedsfaglige dokumentation ved fortsat at have skærpet fokus på området. |
| Demenscenter Borrebakken - Godkendt | |
| Anbefalinger | <ul style="list-style-type: none"> At Demenscenter Borrebakken underviser, vejleder og oplærer medarbejderne i at dokumentere tilrettelæggelsen af den individuelle og konkrete pleje og omsorg til beboerne i forhold til den sundhedsfremmende og forebyggende indsats, aktivitet og træning og psykisk pleje og omsorg. |
| Områdecenter Bredebo - Godkendt | |
| Anbefalinger | <ul style="list-style-type: none"> At Områdecenter Bredebo underviser, vejleder og oplærer medarbejderne i sundhedsfaglig dokumentation med fokus på "Handleplan for Hverdagsliv", således at handlinger i forhold til personlig pleje aften og nat beskrives. At Områdecenter Bredebo underviser, vejleder og oplærer medarbejderne i dokumentation af de konkrete opgaver, som medarbejderne udfører i forhold til at støtte beboeren i at deltage i aktiviteter og træning. At Områdecenter Bredebo underviser, vejleder og oplærer medarbejderne i sundhedsfaglig dokumentation i forbindelse med udførelse af de konkrete plejeopgaver af psykisk pleje og omsorg. |

| Lokalcenter Lykkens Gave - Godkendt | |
|--|---|
| Anbefalinger | <ul style="list-style-type: none"> • At Lokalcenter Lykkens Gave fortsætter den gode udvikling i relation til den faglige indsats samt den sundhedsfaglige dokumentation. • At Lokalcenter Lykkens Gave overvejer, om Tom Kitwoods teori om pleje og omsorg til mennesker med en demenssygdom kan inddrages i plejen. |
| Områdecenter Lystoftebakken - Godkendt med mangler | |
| Anbefalinger | <ul style="list-style-type: none"> • At Områdecenter Lystoftebakken underviser, vejleder og oplærer medarbejderne dag, aften og nat i sundhedsfaglig dokumentation med fokus på "Handleplan for Hverdagsliv", således at der beskrives handlinger i forhold til personlig pleje. • At Områdecenter Lystoftebakken underviser, vejleder og oplærer medarbejderne dag, aften og nat i dokumentation af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats samt dokumentation af den daglige tilrettelæggelse af beboerens psykiske pleje, omsorg og beboerens vaner og ønsker. • At Områdecenter Lystoftebakken underviser, vejleder og oplærer medarbejderne i dokumentation af de konkrete opgaver, som medarbejderne udfører i forhold til at støtte beboeren i at deltage i aktiviteter og træning. |
| Områdecenter Solgården - Godkendt | |
| Anbefalinger | <ul style="list-style-type: none"> • At Områdecenter Solgården fortsætter den gode udvikling i den sundhedsfaglige dokumentation. • At Områdecenter Solgården fastholder den store indsats ifm. At nedbringe ulemper og utryghed for beboerne ifm. ombygning, nedrivning og tilbygning. • At Områdecenter Solgården underviser, vejleder og oplærer medarbejderne i dokumentation af psykisk pleje og omsorg. |
| Områdecenter Virumgård - Godkendt med mangler | |
| Anbefalinger | <ul style="list-style-type: none"> • At Områdecenter Virumgård underviser og vejleder medarbejderne i sundhedsfaglig dokumentation med fokus på handleplan for Hverdagsliv, således at beskrivelse af handlinger ifm. Personlig pleje fremstår individuel og afspejler beboerens problemstillinger. • At Områdecenter Virumgård underviser og vejleder medarbejderne i dokumentation af de konkrete opgaver, som medarbejderne udfører, i forhold til at støtte beboeren i at deltage i aktiviteter og træning. • At Områdecenter Virumgård underviser og vejleder medarbejderne omkring dokumentation af tilrettelæggelsen af beboerens daglige psykiske pleje og omsorg. • At Områdecenter Virumgård undersøger om der leves op til Lyngby |

| | |
|--|---|
| | <p>Taarbæk Kommunes Pleje- og behandlingsinstruks vedr. Magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne. (Lov om social service - kapitel 24 §§ 125-129), - om alarm og pejlesystemer.</p> <ul style="list-style-type: none">• At Områdecener Virumgård underviser medarbejderne i dokumentation af beboerens vaner og ønsker. |
|--|---|

5 Yderligere oplysninger

Yderligere oplysninger fås ved henvendelse til:

Lyngby Tårnbæk Kommune

Marianne Bøtcher

Udviklingskonsulent

Telefon: 30 59 64 67

5.1 Underskrifter

Margit kure Ulriksen
Sygeplejerske, manager, MHM

Gitte Ammundsen
Sygeplejerske, chefkonsulent

21. januar 2013

BDO Rådgivning
Havneholmen 29
1561 København V

Tilsynsrapport 2012

OMRÅDECENTER VIRUMGÅRD

Den 13. august 2012
j.nr. 5-2211-1114/1/MAT

**Embedslægerne Hoved-
staden**

**Borups Allé 177, blok D-
E
2400 København NV
Tlf. 7222 7450
Fax 7222 7420
E-post info@sst.dk**

**Dir. tlf. 7222 7496
E-post hvs@sst.dk**

Adresse: Sennepsmarken 1, 2830 Virum

Kommune: Lyngby-Taarbæk

Leder: Områdeleder Peyman Luo

Telefon: 45 28 51 00

E-post: pelu@ltk.dk

Dato for tilsynet: 23. juli og 24. juli 2012

SST-id: PHJSYN-00002508

P-nr.: 1003270950

Tilsynet blev foretaget af: Oversygeplejeske Marianne Presskorn-Thygesen

Plejehjemstilsynet i 2012

Side 2
Sundhedsstyrelsen

I forbindelse med tilsynene i 2012 vil der blive taget stilling til, om plejehjemmet skal have tilsyn i 2013. Hvis plejehjemmet ikke skal have tilsyn i 2013, vil det fremgå af tilsynsrapporten. De plejehjem, der ikke får tilsyn i 2013, vil få tilsyn i 2014.

Temaet for plejehjemstilsynet i 2012 fokuserer på plejehjemmenes opgave med at sikre oplysninger om beboernes sygdomme og handicap.

Temaet skal udelukkende give Sundhedsstyrelsen mere viden om området og inspirere plejehjemmene til at reflektere over egen praksis. Det indgår ikke i hovedkonklusionen og i beskrivelsen af fejl og mangler i tilsynsrapporten.

Konklusion

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at der ved tilsynet blev fundet fejl og mangler, som samlet kun indebærer meget ringe risiko for patientsikkerheden

Der blev fundet fejl og mangler indenfor områderne sygeplejefaglige optegnelser og medicinbehandling.

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at ledelsen og personalet havde arbejdet konstruktivt og målrettet for at imødekomme Sundhedsstyrelsens krav ved tilsynet i 2011.

Ved tilsynet kunne det konstateres, at alle Sundhedsstyrelsens krav, på nær et enkelt, var opfyldt.

På baggrund af herværende tilsyns få krav havde Sundhedsstyrelsen mulighed for at undlade tilsynsbesøg i 2013. Sundhedsstyrelsen ønsker imidlertid at følge udviklingen på Områdecenter Virumgård, da plejehjemmet skal skifte til et nyt elektronisk dokumentationssystem i løbet af få måneder, og da der igen er foretaget en udskiftning af den assisterende områdeleder i det ene af plejehjemmets tre huse. Der vil derfor blive foretaget tilsyn igen i 2013.

Nedenfor er angivet de krav, som skal være opfyldt, for at plejehjemmet efterlever Sundhedsstyrelsens regler for de sundhedsmæssige forhold.

Som driftsansvarlig myndighed er Lyngby-Taarbæk Kommune ansvarlig for at følge op på Sundhedsstyrelsens tilsynsrapporter for de enkelte plejehjem i kommunen. Sundhedsstyrelsen forventer således, at kommunen fører kontrol med, at plejehjemmet følger op på påviste fejl og mangler ved tilsynsbesøget.

Afvielser fra gældende regler på sundhedsområdet 2012

Side 3
Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen har ved tilsynet fundet afvielser fra gældende regler inden for sundhedsområdet, som giver anledning til følgende krav:

- at de problemområder, der er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning, er beskrevet i den sygeplejefaglige dokumentation
- at det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af beboerens kroniske sygdomme
- at pleje- og behandling er beskrevet for alle beboernes sundhedsproblemer
- at den ordinerede medicin findes i beboernes medicinbeholdning
- at der er anbrudsdato på medicinske dråber

Grundlaget for konklusionen fremgår af beskrivelsen af plejehjemstilsynet nedenfor.

Tilsynet

Områdecenter Virumgård havde 114 beboere fordelt på tre huse.

Da områdecenteret har over 100 beboere, er der afholdt tilsyn over to dage.

I forbindelse med tilsynet blev der afholdt samtale med den ene af områdecentrets tre assisterende områdeledere, der orienterede om den sundhedsfaglige arbejdstilrettelæggelse og den sygeplejefaglige dokumentation. Efterfølgende blev plejehjemmet besigtiget. Der var samtale med flere ansatte og enkelte beboere. Den sygeplejefaglige dokumentation og medicinhåndteringen blev vurderet hos seks tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejebestanden.

Opfølgning på tidligere tilsyn

Ved tilsynet i 2011 var det Sundhedsstyrelsens vurdering, at der ved tilsynet blev fundet fejl og mangler indenfor områderne sygeplejefaglige optegnelser, medicinhåndtering, patientrettigheder, hygiejne samt fysisk aktivitet og mobilisering, som samlet indebar ringe risiko for patientsikkerheden.

Kravene ved tilsynet i 2011 var i alt væsentligt fulgt. Der var gennemført egenkontrol af medicinhåndteringen, og indrettet nye rum til opbevaringen, håndtering og administration af beboernes medicin med det formål at øge sikkerheden for korrekt medicinhåndtering. Der blev gennemført årlig gennemgang af beboernes medicin forestået af det lokale apotek. Der var foretaget og lagt en plan for regelmæssige egenkontrol af den sundhedsfaglige dokumentation. Dette havde bl.a. betydet, at patientrettigheder samt trænings-

tilbud nu blev dokumenteret konsekvent. Gennemgang og oplæring af personalet i anvendelsen af det elektroniske dokumentationssystem blev varetaget af sygeplejersker og assistenter i de enkelte huse.

Sundhedsadministrative forhold

Instrukser

Alle plejehjem skal have instrukser for de fem områder, der er nævnt nedenfor. Det fremgår af afsnittet "Sundhedsfaglige instrukser" i det vedlagte af-rapporteringsskema. De fem områder er:

1. Personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling
2. Personalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling
3. Personalets opgaver i forbindelse med smitsom sygdom
4. Førings, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser
5. Medicinhåndtering

En instruks er en forskrift for, hvordan personalet skal forholde sig i en bestemt situation, herunder hvilke procedurer, de skal følge.

En instruks skal indeholde en præcisering af, hvilken personalegruppe instruksen er skrevet for. Derudover skal det fremgå med dag, måned og år, hvornår instruksen trådte i kraft, og hvornår den er blevet ajourført og hvem, der er ansvarlig for instruksen.

Den assisterende områdeleder oplyste, at områdecentret havde skriftlige instrukser for de fem områder, som Sundhedsstyrelsen stiller krav om, at der skal være instrukser for.

Instrukserne var tilgængelige for alle medarbejdere i mapper i afdelingskontorerne i de tre huse samt elektronisk på kommunens intranet. Nye instrukser og ændringer blev introduceret på personalemøder. Nyansatte blev introduceret til instrukserne.

De personalemedlemmer, der blev interviewet, var orienteret om de skriftlige instrukser. Stikprøvekontrol viste, at instrukserne blev fulgt i det daglige arbejde.

De skriftlige instrukser var daterede, signerede og forsynet med dato for, hvornår de var trådt i kraft, og hvornår de var blevet ajourført, og de indeholdt en præcisering af den personalegruppe, de var skrevet for.

Sundhedsfaglige forhold

Side 5
Sundhedsstyrelsen

Sygeplejefaglige optegnelser

De sundhedsfaglige forhold blev dokumenteret i et elektronisk dokumentationssystem.

Ved tilsynet blev seks beboeres sygeplejefaglige optegnelser gennemgået. Alle optegnelserne indeholdt en aktuel vurdering af beboerens sundhedstilstand, der omfattede de fleste af de sygeplejefaglige problemområder, som er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser og som tilsynet omfatter. Der manglede i to stikprøver en beskrivelse af syn og hørelse. Vurdering af problemområderne er nødvendig for at udføre den fornødne pleje og behandling.

I alle de seks stikprøver var der en aktuel oversigt over beboernes sygdomme og handicap.

Hos beboere med kroniske sygdomme var det i en af seks stikprøver ikke konsekvent beskrevet, hvilke aftaler der var med den behandlende læge om kontrol mv. af de kroniske sygdomme. I en stikprøve, hvor beboeren var i behandling for forhøjet blodtryk, var der aftalt regelmæssig kontrol af blodtrykket, og hvis disse værdier var udenfor normalområdet skulle egen læge kontaktes. Det fremgik ikke af de sygeplejefaglige optegnelser, hvad der var normalværdier for denne beboers blodtryk.

De sygeplejefaglige optegnelser hos to af de seks beboere indeholdt ikke konsekvent en beskrivelse af pleje- og behandling af beboernes sundhedsproblemer. Der var for eksempel ikke en beskrivelse af plejen og behandlingen en beboer, der havde problemer med sufficient indtagelse af væske og føde samt en beskrivelse af, hvordan personalet skulle tackle en beboers adfærd.

Indikationen for behandlingen fremgik af alle stikprøver.

Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling blev rutinemæssigt anført i de sygeplejefaglige optegnelser.

Vedrørende opbevaringen af de sygeplejefaglige optegnelser og den måde, notaterne blev skrevet på (angivelse af beboerens navn og personnummer, dato for notaterne, signering af notaterne og rettelser), var alle relevante målepunkter opfyldt i de seks stikprøver.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at de problemområder, der er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning, er beskrevet i den sygeplejefaglige dokumentation
- at det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af beboerens kroniske sygdomme

- at pleje- og behandling er beskrevet for alle beboernes sundhedsproblemer

Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Medicinhåndtering

Plejhjemmet anvendte medicin doseret i doseringsæsker af personalet.

Dokumentationen af medicinordinationerne var korrekt i alle stikprøver.

Der var i alle stikprøverne overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin.

Antallet af tabletter angivet i medicinskemaet var i overensstemmelse med antallet af tabletter i doseringsæskerne i alle stikprøver.

Medicinen blev opbevaret forsvarlig. Den ordinerede medicin fandtes i beboerens medicinbeholdning i fem af seks stikprøver. I en stikprøve manglede et præparat, som beboeren kunne få p.n. (efter behov) for kløe. Aktuell medicin blev holdt adskilt fra ikke aktuell medicin.

Doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt i alle seks stikprøver. Der var i en stikprøve ikke anbrudsdato på øjendråber. Der fandtes ikke medicin med overskredet holdbarhedsdato.

I alle seks stikprøver fremgik det, hvornår den behandlende læge sidst havde gennemgået beboerens medicin.

Plejhjemmet havde ikke fælles medicin eller depot af akut medicin med undtagelse af adrenalin.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at den ordinerede medicin findes i beboernes medicinbeholdning
- at der er anbrudsdato på medicinske dråber

Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Adgang til sundhedsfaglige ydelser

Samarbejdet med beboernes praktiserende læger fungerede tilfredsstillende. Der var ikke problemer vedrørende kontakt til lægerne, sygebesøg, indhentning af oplysninger eller revision af medicinlisterne.

Samarbejdet med vagtlæger, speciallæger, omsorgstandplejen samt gerontopsykiatrisk team fungerede tilfredsstillende.

Der var et velfungerende samarbejde med de lokale hospitaler. Ved udskrivning af beboerne fra hospital fik plejehjemmet relevante oplysninger om undersøgelse, behandling og pleje.

Side 7
Sundhedsstyrelsen

Alle beboere var blevet orienteret om muligheden for influenzavaccination og om Fødevarestyrelsens og Sundhedsstyrelsens anbefaling af D-vitamin og calciumtilskud.

Patientrettigheder

Plejehjemmet havde en fast rutine med henblik på at vurdere, om beboerne selv var i stand til at varetage deres helbredsmæssige interesser. Det fremgik af de sygeplejefaglige optegnelser, om det var beboeren selv eller en pårørende/værge, der gav informeret samtykke til behandling.

Det blev oplyst, at der altid blev indhentet informeret samtykke til behandling. Informationen blev rutinemæssigt dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, og beboernes og de pårørendes/værgens tilkendegivelse fremgik systematisk.

Det blev endvidere oplyst, at hvis en beboer ikke ønskede at blive behandlet, blev pårørende/værge og egen læge - efter aftale med beboeren - informeret og eventuelt inddraget i det videre forløb.

Personalet oplyste, at de kun videregav helbredsoplysninger til de pårørende, hvis der var indhentet samtykke fra beboeren. Samtykket blev noteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

Efter det oplyste blev beboernes krav på sundhedspersonalets tavshed om helbredsforhold efterkommet.

Sundhedsstyrelsens vejledning om patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Sundhedsrelaterede forhold

Hygiejne

Personalet oplyste, at de var instrueret i håndhygiejne.

Sundhedsstyrelsen konstaterede ved tilsynet, at ingen af personalet havde smykker og ur på hænder eller underarme. Der var mulighed for at vaske hænder og anvende håndsprit i beboernes bolig, hvor der også var engangshandsker og engangshåndklæder til rådighed.

Personalet anvendte ikke arbejdsdragt som anvist i Sundhedsstyrelsens vejledning om brug af arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren (Vejledning nr. 9204 af 7. juni 2011). Den assisterende områdeleder oplyste, at

det var besluttet, at det personale, der ønskede en arbejdsdragt, havde fået dette tilbudt.

Statens Serum Instituts e-learning program om håndhygiejne er tilgængeligt på deres hjemmeside: www.ssi.dk. Programmet kan bruges til at lære, hvordan man opretholder en høj håndhygiejne-kvalitet til forebyggelse af smittespredning.

Ernæring

Personalet oplyste, at beboerne altid fik tilbud om at blive vejjet, når de flyttede ind på plejehjemmet og efterfølgende med jævne mellemrum. For beboere med særlige ernæringsmæssige behov blev der udarbejdet en kostplan/ernæringsplan. Planen blev vurderet med jævne mellemrum samtidig med, at beboeren fik kontrolleret vægten. Der var opmærksomhed på beboernes væske- og fødeindtagelse, og der blev ført væske- og ernæringsregnskab hos beboere, som havde problemer med at spise og drikke.

I stikprøverne var alle seks beboere blevet vejjet. Ingen af beboerne havde et særligt ernæringsmæssigt behov.

Beboerne tilkendegav ved tilsynet, at de fik nok at spise og drikke. Desuden oplyste beboerne og personalet, at beboerne fik den hjælp, de havde behov for i forbindelse med måltiderne.

Aktivering og mobilisering

Ved tilsynet blev det oplyst, at beboernes fysiske funktionsniveau og eventuelle behov for træning blev vurderet af fysio-/ergoterapeut ved indflytningen, og at det blev beskrevet i de sygeplejefaglige optegnelser. Beboere med nedsat fysisk funktionsniveau fik tilbud om træning på. Resultatet af evt. træning blev vurderet og dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

I stikprøverne havde to beboere behov for træning. Der var udarbejdet træningstilbud til beboerne, men den ene af beboerne ønskede ikke at gøre brug af tilbuddet.

Der var opmærksomhed på forebyggelse af fald. Faldepisoder blev registreret i de sygeplejefaglige optegnelser. Herudover registrerede plejehjemmet systematisk fald med henblik på forebyggelse.

Den assisterende områdeleder oplyste, at plejehjemmet i enkelte tilfælde havde haft problemer med tryksår hos beboere. Det blev også oplyst, at plejehjemmet havde de nødvendige trykaflastende hjælpemidler til rådighed, og personalet var opmærksom på at forebygge tryksår. Vurdering og behandling af beboere med risiko for udvikling af tryksår fremgik af de sygeplejefaglige optegnelser, og plejehjemmet havde tilknyttet en sårsygeplejerske.

Bygningsforhold og indeklima

Det blev oplyst, at der på plejehjemmet ikke var indeklimaproblemer, som havde betydning for beboernes sundhed.

Kvalitetssikring og egenkontrol

Side 9
Sundhedsstyrelsen

Fra efteråret 2010 blev patientsikkerhedsordningen udvidet til også at omfatte den kommunale sundhedssektor og de sociale institutioner. Plejehjemmet havde taget indberetningssystemet i brug. Fejl og utilsigtede hændelser blev indberettet.

Der foregik på plejehjemmet en systematisk registrering og opfølgning af fejl og mangler vedrørende medicin håndtering og den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på forebyggelse.

Tema 2012: Plejehjemmets sikring af oplysninger om beboernes sygdomme og handicap

Lederen oplyste, at det fremgik af plejehjemmets instrukser og sygeplejerskeprofiler, hvem der skulle vurdere oplysninger om beboernes sygdomme og handicap i forbindelse med indflytningen, og hvordan en sådan vurdering skulle foretages.

Instrukserne beskrev også fremgangsmåden ved indhentning af supplerende oplysninger, hvis oplysningerne ved indflytningen ikke var tilstrækkelige.

I en af stikprøverne, hvor beboeren var flyttet ind for ni måneder siden, fremgik det af journalen, at der var foretaget en vurdering af, om oplysningerne om beboerens sygdomme og handicap var fyldestgørende og hvorfra oplysningerne var indhentet.

Det fremgik ikke direkte, om der var indhentet supplerende oplysninger om beboernes sygdomme og handicap fra beboerens praktiserende læge. Det blev oplyst, at dette blev gjort rutinemæssigt ved behov herfor. Oplysningerne var fyldestgørende.

Marianne Presskorn-Thygesen
Oversygeplejerske

Hanne Juhl Pedersen
Oversygeplejerske

Hvis der er spørgsmål eller noget, der er uafklaret, eller I har behov for yderligere at drøfte tilsynet med os, er I velkommen til at kontakte os.

Tilsynet er nærmere beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder. Denne vejledning kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk. Af vejledningen fremgår det, at tilsynet alene omfatter den sundhedsfaglige indsats.

Lovgrundlaget for plejehjemstilsynet er sundhedslovens § 219, stk. 1 og 2, lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008, som ændret ved lov nr. 820 af 01. juli 2011. Regler vedrørende tilsynet kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk.

Tilsynsrapport 2012

OMRÅDECENTER BAUNEHØJ

27. august 2012
J.nr. 5-2211-582/1

**Embedslægerne Hoved-
staden**

Borups Alle 177
2400 København NV

Tlf. 72227450
Fax 72227420
E-post info@sst.dk

Dir. tlf.
E-post hvs@sst.dk

Adresse: Bauneporten 22, 2800 Kgs.Lyngby

Kommune: Lyngby-Taarbæk

Leder: Områdeleder Elsebeth Schønning

Telefon: 45 28 48 00

E-post: baune@ltk.dk

Dato for tilsynet: 31. juli og 1. august 2012

SST-id: PHJSYN-00003020

P-nr.: 1003270081

Tilsynet blev foretaget af: Oversygeplejerske Marianne Presskorn-Thygesen

Plejehjemstilsynet i 2012

Side 2
Sundhedsstyrelsen

I forbindelse med tilsynene i 2012 vil der blive taget stilling til, om plejehjemmet skal have tilsyn i 2013. Hvis plejehjemmet ikke skal have tilsyn i 2013, vil det fremgå af tilsynsrapporten. De plejehjem, der ikke får tilsyn i 2013, vil få tilsyn i 2014.

Temaet for plejehjemstilsynet i 2012 fokuserer på plejehjemmenes opgave med at sikre oplysninger om beboernes sygdomme og handicap.

Temaet skal udelukkende give Sundhedsstyrelsen mere viden om området og inspirere plejehjemmene til at reflektere over egen praksis. Det indgår ikke i hovedkonklusionen og i beskrivelsen af fejl og mangler i tilsynsrapporten.

Konklusion

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at der ved tilsynet blev fundet fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden, men samlet set ikke alvorlige fejl og mangler. I det ene af Områdecenterets tre huse var de sygeplejefaglige optegnelser dog så mangelfulde, at de konstaterede fejl og mangler var på grænsen til alvorlige fejl og mangler.

Der blev fundet fejl og mangler indenfor områderne instrukser, sygeplejefaglige optegnelser, medicinhåndtering, patientrettigheder, ernæring og fysisk aktivitet og mobilisering.

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at ledelsen og personalet havde arbejdet med at imødekomme Sundhedsstyrelsens krav ved tilsynet i 2011. Ved tilsynet kunne det dog konstateres, at indsatsen ikke havde haft den ønskede effekt.

Sundhedsstyrelsen kunne ved herværende tilsyn konstatere, at der generelt i områdecenterets tre huse var behov for en målrettet indsats for at sikre, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer vedrørende de sygeplejefaglige optegnelser og patientrettigheder bliver fulgt. Det var generelt i stikprøverne vanskeligt at danne sig et overblik over beboernes behov for pleje og behandling, og i det ene af områdecentrets tre huse blev de sygeplejefaglige optegnelser fundet under god faglig standard. Der kunne derfor være risiko for, at beboerne ikke modtog korrekt pleje og behandling.

Nedenfor er angivet de krav, som skal være opfyldt, for at plejehjemmet efterlever Sundhedsstyrelsens regler for de sundhedsmæssige forhold.

Som driftsansvarlig myndighed er Lyngby-Taarbæk Kommune ansvarlig for at følge op på Sundhedsstyrelsens tilsynsrapporter for de enkelte plejehjem i kommunen. Sundhedsstyrelsen forventer således, at kommunen fører kontrol med, at plejehjemmet følger op på påviste fejl og mangler ved tilsynsbesøget.

Næste tilsyn foretages i 2013.

Afvielser fra gældende regler på sundhedsområdet 2012

Side 3
Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen har ved tilsynet fundet afvielser fra gældende regler inden for sundhedsområdet, som giver anledning til følgende krav:

- at personalet følger instrukserne i det daglige arbejde
- at de problemområder, der er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning, er beskrevet i den sygeplejefaglige dokumentation
- at der foreligger en aktuel beskrivelse af beboerens sygdomme og handicap
- at det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af beboerens kroniske sygdomme
- at pleje- og behandling er beskrevet for alle beboernes sundhedsproblemer
- at der systematisk bliver fulgt op og evalueret på iværksat pleje og behandling
- at de sygeplejefaglige optegnelser føres overskueligt og systematisk
- at Områdecener Bauehøj gennemgår Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. Vejledningen findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.
- at der er overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin
- at der er overensstemmelse i oplysningerne om, hvem der varetager beboernes helbredsmæssige interesser, og den person der giver samtykke
- at Områdecener Bauehøj gennemgår Sundhedsstyrelsens vejledning om patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger. Vejledningen findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.
- at ernæringsplaner systematisk bliver evalueret
- at beboerens fysiske funktionsniveau bliver dokumenteret
- at beboernes behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning er beskrevet
- at der foreligger dokumenteret tilbud om træning for de beboere, der har behov

- at virkningen af træningen bliver evalueret

Grundlaget for konklusionen fremgår af beskrivelsen af plejehjemstilsynet nedenfor.

Side 4
Sundhedsstyrelsen

Tilsynet

Områdecenter Baunehøj havde 111 beboere fordelt på tre huse med i alt ni etager.

Da områdecenteret har over 100 beboere, er der foretaget tilsyn over to dage.

I forbindelse med tilsynet blev der afholdt samtale med områdelederen og den assisterende områdeleder, der orienterede om den sundhedsfaglige arbejdstilrettelæggelse og den sygeplejefaglige dokumentation. Efterfølgende blev plejehjemmet besigtiget. Der var samtale med flere ansatte og beboere. Den sygeplejefaglige dokumentation og medicin håndteringen blev vurderet hos seks tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejebehov.

Opfølgning på tidligere tilsyn

Ved tilsynet i 2011 var det Sundhedsstyrelsens vurdering, at der ved tilsynet blev fundet en enkelt fejl og mangel indenfor området medicin håndtering, som kun indebærer meget ringe risiko for patientsikkerheden. Sundhedsstyrelsen valgte på trods af tilsynets konklusion, at der skulle gennemføres tilsyn i 2012, da områdecenteret skulle åbne et nyt hus med yderligere 45 plejehjemspladser, og i den forbindelse skulle ansætte en del nyt personale.

Kravet ved tilsynet i 2011 var fulgt, idet der havde været gennemført systematisk egenkontrol og kvalitetssikring af de sygeplejefaglige optegnelser herunder medicin håndteringen.

Sundhedsadministrative forhold

Instrukser

Alle plejehjem skal have instrukser for de fem områder, der er nævnt nedenfor. Det fremgår af afsnittet "Sundhedsfaglige instrukser" i det vedlagte af-rapporteringsskema. De fem områder er:

1. Personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling
2. Personalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling
3. Personalets opgaver i forbindelse med smitsom sygdom
4. Førings-, opbevarings- og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser
5. Medicin håndtering

En instruks er en forskrift for, hvordan personalet skal forholde sig i en bestemt situation, herunder hvilke procedurer, de skal følge.

En instruks skal indeholde en præcisering af, hvilken personalegruppe instruksen er skrevet for. Derudover skal det fremgå med dag, måned og år, hvornår instruksen trådte i kraft, og hvornår den er blevet ajourført og hvem, der er ansvarlig for instruksen.

Lederne oplyste, at områdecenteret havde skriftlige instrukser for de fem områder, som Sundhedsstyrelsen stiller krav om, at der skal være instrukser for.

Ved gennemgang af instruksen vedrørende personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling blev der orienteret om det igangværende kompetenceudviklingsprojekt, som bl.a. indebærer individuel oplæring i komplekse sygeplejefaglige opgaver. Den erhvervede kompetence blev for hver medarbejder dokumenteret i et kompetenceskema.

Instrukserne var tilgængelige for alle medarbejdere på kommunens intranet. Nye instrukser og ændringer blev introduceret ved personalemøder på etagerne. Nyansatte blev introduceret til instrukserne.

De personalemedlemmer, der blev interviewet, var orienteret om de skriftlige instrukser. Stikprøvekontrol viste, at instrukserne vedrørende sygeplejefaglige optegnelser og dokumentation af patientrettigheder ikke blev fulgt konsekvent i det daglige arbejde.

De skriftlige instrukser var daterede, signerede og forsynet med dato for, hvornår de var trådt i kraft, og hvornår de var blevet ajourført, og de indeholdt en præcisering af den personalegruppe, de var skrevet for.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at personalet følger instrukserne i det daglige arbejde

Sundhedsfaglige forhold

Sygeplejefaglige optegnelser

De sundhedsfaglige forhold blev dokumenteret i elektronisk dokumentationssystem.

Ved tilsynet blev seks beboeres sygeplejefaglige optegnelser gennemgået. Alle optegnelserne indeholdt en vurdering af beboerens sundhedstilstand, der omfattede de fleste af de sygeplejefaglige problemområder, som er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser og som tilsynet omfatter. Der var mangler i fire stikprøver, idet der manglede en beskrivelse af henholdsvis syn og hørelse, smerter og psykosociale forhold. Desuden konstaterede Sundhedsstyrelsen, at flere af vurderingerne af pro-

blemområderne ikke var aktuelle. En aktuell vurdering af problemområderne er nødvendig for at udføre den fornødne pleje og behandling.

Side 6
Sundhedsstyrelsen

I to af de seks stikprøver var der ikke en aktuell oversigt over beboernes sygdomme og handicap. Der manglede blandt andet en beskrivelse af depression og smerter.

Hos beboere med kroniske sygdomme var det i tre af seks stikprøver ikke beskrevet, hvilke aftaler der var med den behandlende læge om kontrol mv. af de kroniske sygdomme. Blandt andet fremgik det ikke, hvilke aftaler der var om måling af blodtryk hos to beboere, der var i behandling for forhøjet blodtryk.

De sygeplejefaglige optegnelser hos fire af de seks beboere indeholdt ikke konsekvent en beskrivelse af pleje- og behandling af beboernes sundhedsproblemer. Der var for eksempel ikke en beskrivelse af pleje og behandlingen af en beboer i dagtimerne, Parkinsonisme, demens, blærekateter og smerter.

Det var ved gennemgangen af de sygeplejefaglige optegnelser hos flere af beboerne vanskeligt at få overblik over beboernes kroniske sygdomme, samt pleje og behandling af disse, idet flere af oplysningerne var af ældre dato, og derved ikke aktuelle. Dette betød, at der var risiko for, at beboerne ikke modtog korrekt pleje og behandling.

Ved gennemgang af de sygeplejefaglige optegnelser i stikprøverne blev det drøftet, at det ville øge systematikken og derved overskueligheden, hvis observationer, der er relevante for plejen og behandlingen, konsekvent noteres i de respektive handleplaner, og i mindre omfang i de daglige noter.

Indikationen for behandlingen fremgik af alle stikprøver.

Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling blev ikke rutinemæssigt anført i de sygeplejefaglige optegnelser. I flere tilfælde fremgik det f.eks. ikke konsekvent, hvilken effekt der var af pn-medicin. I et tilfælde var den behandling, der blev givet for at øge beboerens appetit afsluttet, hvilket ikke fremgik af de sygeplejefaglige optegnelser.

Vedrørende opbevaringen af de sygeplejefaglige optegnelser og den måde, notaterne blev skrevet på (angivelse af beboerens navn og personnummer, dato for notaterne, signering af notaterne og rettelser), var alle relevante målepunkter opfyldt i de tre stikprøver.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at de problemområder, der er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning, er beskrevet i den sygeplejefaglige dokumentation
- at der foreligger en aktuell beskrivelse af beboerens sygdomme og handicap

- at det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af beboerens kroniske sygdomme
- at pleje- og behandling er beskrevet for alle beboernes sundhedsproblemer
- at der systematisk bliver fulgt op og evalueret på iværksat pleje og behandling
- at de sygeplejefaglige optegnelser føres overskueligt og systematisk
- at Områdecener Baunehøj gennemgår Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. Vejledningen findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Medicinhåndtering

Plejhjemmet anvendte medicin doseret i doseringsæsker af personalet.

Dokumentationen af medicinordinationerne var korrekt i alle seks stikprøver.

Der var i fem af seks stikprøver overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin. I et tilfælde var der ikke overensstemmelse mellem den ordination, der var angivet på apotekets label på medicinglasset og den i medicinskemaet anførte medicin. Det fremgik imidlertid af den sundhedsfaglige dokumentation, at den dosis der var anført på medicinskemaet var korrekt, og beboeren derved havde fået korrekt medicin. Sygeplejersken ville straks efter tilsynet tage kontakt til beboerens læge for at få ændret ordinationen, så denne fremover vil være korrekt angivet på medicinglasset.

Antallet af tabletter angivet i medicinskemaet var i overensstemmelse med antallet af tabletter i doseringsæskerne i alle stikprøver.

Medicinen blev opbevaret forsvarlig. Den ordinerede medicin fandtes i beboerens medicinbeholdning i alle stikprøver. Aktuell medicin blev holdt adskilt fra ikke aktuell medicin.

Doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt i alle seks stikprøver. Der fandtes ikke medicin med overskredet holdbarhedsdato.

I alle seks stikprøver fremgik det, hvornår den behandlende læge sidst havde gennemgået beboerens medicin.

Plejhjemmet havde ikke fælles medicin eller depot af akut medicin med undtagelse af adrenalin.

Afviigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at der er overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin

Side 8

Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Adgang til sundhedsfaglige ydelser

Samarbejdet med beboernes praktiserende læger fungerede tilfredsstillende. Der var ikke problemer vedrørende kontakt til lægerne, sygebesøg, indhentning af oplysninger eller revision af medicinlisterne.

Samarbejdet med vagtlæger, speciallæger, omsorgstandplejen samt gerontopsykiatrisk team fungerede tilfredsstillende.

Der kunne indimellem være problemer i samarbejde med de lokale hospitaler. Lederne oplyste, at der var taget initiativ til at etablere dialogmøder for at fremme samarbejdet mellem områdecetret og hospitalet.

Alle beboere var blevet orienteret om muligheden for influenzavaccination og om Fødevarestyrelsens og Sundhedsstyrelsens anbefaling af D-vitamin og kalciumtilskud.

Patientrettigheder

Plejhjemmet havde en fast rutine med henblik på at vurdere, om beboerne selv var i stand til at varetage deres helbredsmæssige interesser. Det fremgik af de sygeplejefaglige optegnelser, om det var beboeren selv eller en pårørende/værge, der gav informeret samtykke til behandling.

Det blev oplyst, at der altid blev indhentet informeret samtykke til behandling. Informationen blev rutinemæssigt dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, og beboernes og de pårørendes/værgens tilkendegivelse fremgik systematisk.

I fire af de seks stikprøver fremgik af de sygeplejefaglige optegnelser, at beboeren var inhabil, og det var beboerens datter eller anden pårørende, der varetog de helbredsmæssige interesser. På trods af dette oplyste personalet, at beboeren godt kunne give informeret samtykke til lægekontakt og opstart af behandling. Det fremgik ligeledes af de sygeplejefaglige optegnelser, at det var beboeren selv, der havde givet samtykke.

Personalet oplyste, at de kun videregav helbredsoplysninger til de pårørende, hvis der var indhentet samtykke fra beboeren. Samtykket blev noteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

Efter det oplyste blev beboernes krav på sundhedspersonalets tavshed om helbredsforhold efterkommet.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at der er overensstemmelse i oplysningerne om, hvem der varetager beboernes helbredsmæssige interesser, og den person der giver samtykke
- at Områdecener Baunehøj gennemgår Sundhedsstyrelsens vejledning om patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger. Vejledningen findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Sundhedsstyrelsens vejledning om patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Sundhedsrelaterede forhold

Hygiejne

Personalet oplyste, at de var instrueret i håndhygiejne.

Sundhedsstyrelsen konstaterede ved tilsynet, at ingen af personalet havde smykker og ur på hænder eller underarme. Der var mulighed for at vaske hænder og anvende håndsprit i beboernes bolig, hvor der også var engangshandsker og engangshåndklæder til rådighed.

Personalet anvendte i øjeblikket ikke arbejdsdragt som anvist i Sundhedsstyrelsens vejledning om brug af arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren (Vejledning nr. 9204 af 7. juni 2011), men lederne orienterede om, at dette ville blive indført indenfor kort tid.

Statens Serum Instituts e-learning program om håndhygiejne er tilgængeligt på deres hjemmeside: www.ssi.dk. Programmet kan bruges til at lære, hvordan man opretholder en høj håndhygiejne-kvalitet til forebyggelse af smittespredning.

Ernæring

Personalet oplyste, at beboerne altid fik tilbud om at blive vejjet, når de flyttede ind på plejehjemmet og efterfølgende med jævne mellemrum. For beboere med særlige ernæringsmæssige behov blev der udarbejdet en kostplan/ernæringsplan. Planen blev vurderet med jævne mellemrum samtidig med, at beboeren fik kontrolleret vægten. Der var opmærksomhed på beboernes væske- og fødeindtagelse, og der blev ført væske- og ernæringsregnskab hos beboere, som havde problemer med at spise og drikke.

I stikprøverne havde de beboere, der havde behov for en kost-/ernæringsplan, fået udarbejdet en sådan. Hos to af disse beboere var planerne ikke evalueret regelmæssigt.

Beboerne tilkendegav ved tilsynet, at de fik nok at spise og drikke. Desuden oplyste beboerne og personalet, at beboerne fik den hjælp, de havde behov for i forbindelse med måltiderne.

Personale, der gav sondemad, var undervist og oplært i dette og førte regnskab med indgift af sondemad og væske.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at ernæringsplaner systematisk bliver evalueret

Aktivering og mobilisering

Ved tilsynet blev det oplyst, at beboernes fysiske funktionsniveau og eventuelle behov for træning blev vurderet af områdecentrets fysio-/ergoterapeuter ved indflytningen, og at det blev beskrevet i de sygeplejefaglige optegnelser. Beboere med nedsat fysisk funktionsniveau fik tilbud om træning på. Resultatet af evt. træning blev vurderet og dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

I stikprøverne var fem af de seks beboeres fysiske funktionsniveau beskrevet. Det fremgik, at de fem beboere havde et behov for træning. Tre af de fem beboere modtog vederlagsfri fysioterapi, men dette var ikke dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, og effekten af træningen var ikke konsekvent dokumenteret.

Der var opmærksomhed på forebyggelse af fald. Faldepisoder blev registreret i de sygeplejefaglige optegnelser. Herudover registrerede plejehjemmet systematisk fald med henblik på forebyggelse.

Lederne oplyste, at plejehjemmet ikke havde problemer med tryksår. Der var de nødvendige trykafastende hjælpemidler til rådighed, og personalet var opmærksom på at forebygge tryksår. Vurdering og behandling af beboere med risiko for udvikling af tryksår fremgik af de sygeplejefaglige optegnelser.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at beboerens fysiske funktionsniveau bliver dokumenteret
- at beboernes behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning er beskrevet
- at der foreligger dokumenteret tilbud om træning for de beboere, der har behov
- at virkningen af træningen bliver evalueret

Bygningsforhold og indeklima

Det blev oplyst, at der på plejehjemmet ikke var indeklimaproblemer, som havde betydning for beboernes sundhed.

Side 11
Sundhedsstyrelsen

Kvalitetssikring og egenkontrol

Fra efteråret 2010 blev patientsikkerhedsordningen udvidet til også at omfatte den kommunale sundhedssektor og de sociale institutioner. Plejehjemmet havde taget indberetningssystemet i brug. Fejl og utilsigtede hændelser blev indberettet.

Der foregik på plejehjemmet en systematisk registrering og opfølgning af fejl og mangler vedrørende medicinbehandling og sundhedsfaglig dokumentation med henblik på forebyggelse.

Tema 2012: Plejehjemmets sikring af oplysninger om beboernes sygdomme og handicap

Lederen oplyste, at det fremgik af plejehjemmets instrukser, hvem der skulle vurdere oplysninger om beboernes sygdomme og handicap i forbindelse med indflytningen, og hvordan en sådan vurdering skulle foretages.

Instrukserne beskrev også fremgangsmåden ved indhentning af supplerende oplysninger, hvis oplysningerne ved indflytningen ikke var tilstrækkelige.

I en af stikprøverne, hvor beboeren var flyttet ind for fem måneder siden, fremgik det af journalen, at der var foretaget en vurdering af, om oplysningerne om beboerens sygdomme og handicap var fyldestgørende og hvorfra oplysningerne var indhentet.

Det fremgik ikke direkte, om der var indhentet supplerende oplysninger om beboernes sygdomme og handicap fra beboerens praktiserende læge. Det blev oplyst, at dette blev gjort rutinemæssigt ved behov herfor. Oplysningerne var fyldestgørende.

Marianne Presskorn-Thygesen
Oversygeplejerske

Helle Lerche Nordlund
Oversygeplejerske

Hvis der er spørgsmål eller noget, der er uafklaret, eller I har behov for yderligere at drøfte tilsynet med os, er I velkommen til at kontakte os.

Tilsynet er nærmere beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder. Denne vejledning kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk. Af vejledningen fremgår det, at tilsynet alene omfatter den sundhedsfaglige indsats.

Lovgrundlaget for plejehjemstilsynet er sundhedslovens § 219, stk. 1 og 2, lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008, som ændret ved lov nr. 820 af 01. juli 2011. Regler vedrørende tilsynet kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk.

Tilsynsrapport 2012

LOKALCENTER BORREBAKKEN

Den 3. august 2012
j.nr. 5-2211-1169/1/MAT

**Embedslægerne Hoved-
staden**

**Borups Allé 177, blok D-
E
2400 København NV
Tlf. 7222 7450
Fax 7222 7420
E-post info@sst.dk**

**Dir. tlf. 7222 7496
E-post hvs@sst.dk**

Adresse: Caroline Amalie Vej 126, 2800 Kgs.Lyngby

Kommune: Lyngby-Taarbæk

Leder: Lokalcenterleder Vicky Timm

Telefon: 45 28 50 00

E-post: vti@ltk.dk

Dato for tilsynet: 17. juli 2012

SST-id: PHJSYN-00002402

P-nr.: 1003270172

Tilsynet blev foretaget af: Oversygeplejerske Marianne Presskorn-Thygesen

Plejehjemstilsynet i 2012

Side 2
3. august 2012
Sundhedsstyrelsen

I forbindelse med tilsynene i 2012 vil der blive taget stilling til, om plejehjemmet skal have tilsyn i 2013. Hvis plejehjemmet ikke skal have tilsyn i 2013, vil det fremgå af tilsynsrapporten. De plejehjem, der ikke får tilsyn i 2013, vil få tilsyn i 2014.

Temaet for plejehjemstilsynet i 2012 fokuserer på plejehjemmenes opgave med at sikre oplysninger om beboernes sygdomme og handicap.

Temaet skal udelukkende give Sundhedsstyrelsen mere viden om området og inspirere plejehjemmene til at reflektere over egen praksis. Det indgår ikke i hovedkonklusionen og i beskrivelsen af fejl og mangler i tilsynsrapporten.

Konklusion

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at der ved tilsynet blev fundet en fejl og mangel, som kun indebærer ringe risiko for patientsikkerheden.

Der blev fundet fejl og mangler indenfor området hygiejne, idet en af personalet havde smykker på begge underarme.

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at ledelsen og personalet havde arbejdet konstruktivt og målrettet for at imødekomme Sundhedsstyrelsens krav ved tilsynet i 2010. Der havde på baggrund af konklusionen på tilsynet i 2010 ikke været gennemført et sundhedsfagligt tilsyn på Lokalcenter Borrebakken i 2011.

Ved tilsynet kunne det konstateres, at alle Sundhedsstyrelsens krav var ved tilsynet i 2010 var opfyldt.

Nedenfor er angivet de krav, som skal være opfyldt, for at plejehjemmet efterlever Sundhedsstyrelsens regler for de sundhedsmæssige forhold.

På baggrund af tilsynets krav om, at personalet skal overholde retningslinjerne for håndhygiejne, skal Sundhedsstyrelsen anmode om **inden tre uger** efter fremsendelse af tilsynsrapporten i høring at få en skriftlig bekræftelse på, at det nedenfor anførte krav er imødekommet. Desuden ønskes oplyst, hvordan man i fremtiden vil sikre, at personalet overholder retningslinjerne for håndhygiejne. Såfremt kravet er imødekommet inden tre uger, vil Sundhedsstyrelsen ikke foretage tilsyn før 2014.

Såfremt der inden 2014 sker væsentlige ændringer på plejehjemmet, der kan indebære patientsikkerhedsmæssige risici, vil der i forbindelse hermed blive foretaget tilsyn. Sundhedsstyrelsen forventer at Lyngby-Taarbæk Kommune informerer Sundhedsstyrelsen om sådanne ændringer.

Som driftsansvarlig myndighed er Lyngby-Taarbæk Kommune ansvarlig for at følge op på Sundhedsstyrelsens tilsynsrapporter for de enkelte plejehjem i

kommunen. Sundhedsstyrelsen forventer således, at kommunen fører kontrol med, at plejehjemmet følger op på påviste fejl og mangler ved tilsynsbesøget.

Side 3
3. august 2012
Sundhedsstyrelsen

Afvielser fra gældende regler på sundhedsområdet 2012

Sundhedsstyrelsen har ved tilsynet fundet afvielser fra gældende regler inden for sundhedsområdet, som giver anledning til følgende krav:

- at personalet undlader at bære smykker på hænder og underarme

Grundlaget for konklusionen fremgår af beskrivelsen af plejehjemstilsynet nedenfor.

Tilsynet

Lokalcenter Borrebakken havde 20 beboere fordelt på to etager.

I forbindelse med tilsynet blev der afholdt samtale med den lokale centerleder, der orienterede om den sundhedsfaglige arbejdstilrettelæggelse og den sygeplejefaglige dokumentation. Efterfølgende blev plejehjemmet besigtiget. Der var samtale med enkelte ansatte og beboere. Den sygeplejefaglige dokumentation og medicin håndteringen blev vurderet hos tre tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejebehov.

Opfølgning på tidligere tilsyn

Kravene ved tilsynet i 2010 var fulgt, idet der var foretaget en gennemgang af beboernes medicinskemaer, og der var indført en regelmæssig egenkontrol af medicinskemaerne samt de sygeplejefaglige optegnelser. Der var sket en fuldstændig tilpasning og implementering af det elektroniske dokumentationssystem, ligesom samtykke til behandling nu blev dokumenteret konsekvent. Der havde været gennemført personaleundervisning og sidemandsoplæring i sundhedsfaglig dokumentation samt anvendelse af det elektroniske dokumentationssystem. Undervisning og egenkontrol blev varetaget af den tværgående sygeplejerske.

Sundhedsadministrative forhold

Instrukser

Alle plejehjem skal have instrukser for de fem områder, der er nævnt nedenfor. Det fremgår af afsnittet "Sundhedsfaglige instrukser" i det vedlagte af-rapporteringsskema. De fem områder er:

1. Personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling

2. Personalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling
3. Personalets opgaver i forbindelse med smitsom sygdom
4. Føring, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser
5. Medicinhåndtering

Side 4
3. august 2012
Sundhedsstyrelsen

En instruks er en forskrift for, hvordan personalet skal forholde sig i en bestemt situation, herunder hvilke procedurer, de skal følge.

En instruks skal indeholde en præcisering af, hvilken personalegruppe instruksen er skrevet for. Derudover skal det fremgå med dag, måned og år, hvornår instruksen trådte i kraft, og hvornår den er blevet ajourført og hvem, der er ansvarlig for instruksen.

Lederen oplyste, at Lokalcenter Borrebakken havde skriftlige instrukser for alle de fem områder, som Sundhedsstyrelsen stiller krav om, at der skal være instrukser for.

Ved gennemgang af instruksen vedrørende personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling blev der orienteret om det igangværende kompetence udviklingsprojekt, som bl.a. indebærer individuel oplæring i komplekse sygeplejefaglige opgaver. Den erhvervede kompetence blev for hver medarbejder dokumenteret i et kompetenceskema.

Instrukserne var tilgængelige for alle medarbejdere på kommunens intranet samt i instruksmapper, der blev opbevaret på personalekontorerne. Nye instrukser og ændringer blev introduceret ved sygepleje- og personalemøder. Nyansatte blev introduceret til instrukserne.

De personalemedlemmer, der blev interviewet, var orienteret om de skriftlige instrukser. Stikprøvekontrol viste, at instrukserne blev fulgt i det daglige arbejde.

De skriftlige instrukser var daterede, signerede og forsynet med dato for, hvornår de var trådt i kraft, og hvornår de var blevet ajourført, og de indeholdt en præcisering af den personalegruppe, de var skrevet for.

Sundhedsfaglige forhold

Sygeplejefaglige optegnelser

De sundhedsfaglige forhold blev dokumenteret i et elektronisk dokumentationssystem.

Ved tilsynet blev tre beboeres sygeplejefaglige optegnelser gennemgået. Alle optegnelserne indeholdt en aktuel vurdering af beboerens sundhedstilstand, der omfattede alle de sygeplejefaglige problemområder, som er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser og som til-

synet omfatter. Vurdering af problemområderne er nødvendig for at udføre den fornødne pleje og behandling.

I alle tre stikprøver var der en aktuell oversigt over beboernes sygdomme og handicap.

Hos beboere med kroniske sygdomme var det beskrevet, hvilke aftaler der var med den behandlende læge om kontrol mv. af de kroniske sygdomme.

De sygeplejefaglige optegnelser hos de tre beboere indeholdt konsekvent en beskrivelse af pleje- og behandling af beboernes sundhedsproblemer.

Ved gennemgang af de sygeplejefaglige optegnelser i den ene stikprøve blev det drøftet, at det ville øge overskueligheden, hvis de observationer, der var relevante for plejen og behandlingen, konsekvent noteredes i de respektive handleplaner, og i mindre omfang i de daglige noter i journalen.

Indikationen for behandlingen fremgik i alle stikprøver.

Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling blev rutinemæssigt anført i de sygeplejefaglige optegnelser.

Vedrørende opbevaringen af de sygeplejefaglige optegnelser og den måde, notaterne blev skrevet på (angivelse af beboers navn og personnummer, dato for notaterne, signering af notaterne og rettelser), var alle relevante målepunkter opfyldt i de tre stikprøver.

Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Medicinhandling

Plejhjemmet anvendte medicin doseret i doseringsæsker af personalet.

Dokumentationen af medicinordinationerne var korrekt i alle tre stikprøver.

Der var i alle stikprøverne overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin.

Antallet af tabletter angivet i medicinskemaet var i overensstemmelse med antallet af tabletter i doseringsæskerne i alle stikprøver.

Medicinen blev opbevaret forsvarlig. Den ordinerede medicin fandtes i beboers medicinbeholdning i alle stikprøver. Aktuell medicin blev holdt adskilt fra ikke aktuell medicin.

Doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt i alle tre stikprøver. Der var anbrudsdato på medicinske salver, dråber mv. Der fandtes ikke medicin med overskredet holdbarhedsdato.

I alle tre stikprøver fremgik det, hvornår den behandlende læge sidst havde gennemgået beboers medicin.

Plejhjemmet havde ikke fælles medicin.

Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Side 6
3. august 2012
Sundhedsstyrelsen

Adgang til sundhedsfaglige ydelser

Samarbejdet med beboernes praktiserende læger fungerede tilfredsstillende. Der var ikke problemer vedrørende kontakt til lægerne, sygebesøg, indhentning af oplysninger eller revision af medicinlisterne.

Samarbejdet med vagtlæger, speciallæger, omsorgstandplejen samt gerontopsykiatrisk team fungerede tilfredsstillende.

Der var et velfungerende samarbejde med de lokale hospitaler. Ved udskrivning af beboerne fra hospital fik plejhjemmet relevante oplysninger om undersøgelse, behandling og pleje.

Alle beboere var blevet orienteret om muligheden for influenzavaccination og om Fødevarestyrelsens og Sundhedsstyrelsens anbefaling af D-vitamin og kalciumtilskud.

Patientrettigheder

Plejhjemmet havde en fast rutine med henblik på at vurdere, om beboerne selv var i stand til at varetage deres helbredsmæssige interesser. Det fremgik af de sygeplejefaglige optegnelser, om det var beboeren selv eller en pårørende/værge, der gav informeret samtykke til behandling.

Det blev oplyst, at der altid blev indhentet informeret samtykke til behandling. Informationen blev rutinemæssigt dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, og beboernes og de pårørendes/værgens tilkendegivelse fremgik systematisk.

Det blev endvidere oplyst, at hvis en beboer ikke ønskede at blive behandlet, blev pårørende/værge og egen læge - efter aftale med beboeren - informeret og eventuelt inddraget i det videre forløb.

Personalet oplyste, at de kun videregav helbredsoplysninger til de pårørende, hvis der var indhentet samtykke fra beboeren. Samtykket blev noteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

Efter det oplyste blev beboernes krav på sundhedspersonalets tavshed om helbredsforhold efterkommet.

Sundhedsstyrelsens vejledning om patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Sundhedsrelaterede forhold

Side 7
3. august 2012
Sundhedsstyrelsen

Hygiejne

Personalet oplyste, at de var instrueret i håndhygiejne.

Sundhedsstyrelsen konstaterede ved tilsynet, at én af personalet havde smykker på begge underarme. Der var mulighed for at vaske hænder og anvende håndsprit i beboernes bolig, hvor der også var engangshandsker og engangshåndklæder til rådighed.

Personalet anvendte arbejdsdragt som anvist i Sundhedsstyrelsens vejledning om brug af arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren (Vejledning nr. 9204 af 7. juni 2011).

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at personalet undlader at bære smykker på hænder og underarme

Statens Serum Instituts e-learning program om håndhygiejne er tilgængeligt på deres hjemmeside: www.ssi.dk. Programmet kan bruges til at lære, hvordan man opretholder en høj håndhygiejne-kvalitet til forebyggelse af smittespredning.

Ernæring

Personalet oplyste, at beboerne altid fik tilbud om at blive vejlet, når de flyttede ind på plejehjemmet og efterfølgende med jævne mellemrum. For beboere med særlige ernæringsmæssige behov blev der udarbejdet en kostplan/ernæringsplan. Planen blev vurderet med jævne mellemrum samtidig med, at beboeren fik kontrolleret vægten. Der var opmærksomhed på beboernes væske- og fødeindtagelse, og der blev ført væske- og ernæringsregnskab hos beboere, som havde problemer med at spise og drikke.

I stikprøverne havde den beboer, der havde behov for en særlig kostplan fået udarbejdet en, og planen var evalueret.

Beboerne tilkendegav ved tilsynet, at de fik nok at spise og drikke. Desuden oplyste beboerne og personalet, at beboerne fik den hjælp, de havde behov for i forbindelse med måltiderne.

Aktivering og mobilisering

Ved tilsynet blev det oplyst, at beboernes fysiske funktionsniveau og eventuelle behov for træning blev vurderet af fysioterapeut ved indflytningen, og at det blev beskrevet i de sygeplejefaglige optegnelser. Beboere med nedsat fysisk funktionsniveau fik tilbud om træning. Resultatet af evt. træning blev vurderet og dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

I stikprøverne havde en beboer behov for genoptræning. Der var udarbejdet en træningsplan, og planen var evalueret løbende.

Der var opmærksomhed på forebyggelse af fald. Faldepisoder blev registreret i de sygeplejefaglige optegnelser. Herudover registrerede plejehjemmet systematisk fald med henblik på forebyggelse.

Side 8
3. august 2012
Sundhedsstyrelsen

Lederen oplyste, at plejehjemmet ikke havde problemer med tryksår. Der var de nødvendige trykaflastende hjælpemidler til rådighed, og personalet var opmærksom på at forebygge tryksår. Vurdering og behandling af beboere med risiko for udvikling af tryksår fremgik af de sygeplejefaglige optegnelser.

Bygningsforhold og indeklima

Det blev oplyst, at der på plejehjemmet ikke var indeklimaproblemer, som havde betydning for beboernes sundhed.

Kvalitetssikring og egenkontrol

Fra efteråret 2010 blev patientsikkerhedsordningen udvidet til også at omfatte den kommunale sundhedssektor og de sociale institutioner. Plejehjemmet havde taget indberetningssystemet i brug. Fejl og utilsigtede hændelser blev indberettet.

Der foregik på plejehjemmet en systematisk registrering og opfølgning af fejl og mangler vedrørende medicinbehandling og sundhedsfaglig dokumentation med henblik på forebyggelse.

Tema 2012: Plejehjemmets sikring af oplysninger om beboernes sygdomme og handicap

Lederen oplyste, at det fremgik af plejehjemmets sygeplejeske profiler, hvem der skulle vurdere oplysninger om beboernes sygdomme og handicap i forbindelse med indflytningen, og hvordan en sådan vurdering skulle foretages.

Instrukserne beskrev også fremgangsmåden ved indhentning af supplerende oplysninger, hvis oplysningerne ved indflytningen ikke var tilstrækkelige.

I en af stikprøverne, hvor beboeren var flyttet ind for fem måneder siden, fremgik det ikke af journalen, om der var foretaget en vurdering af, om oplysningerne om beboerens sygdomme og handicap var fyldestgørende, og hvorfra oplysningerne var indhentet.

Det fremgik ikke direkte, om der var indhentet supplerende oplysninger om beboernes sygdomme og handicap fra beboerens praktiserende læge. Det blev oplyst, at dette blev gjort rutinemæssigt ved behov herfor. Oplysningerne var fyldestgørende.

Marianne Presskorn-Thygesen
Oversygeplejerske

Sonja Aasted
Sundhedsfaglig konsulent

Hvis der er spørgsmål eller noget, der er uafklaret, eller I har behov for yderligere at drøfte tilsynet med os, er I velkommen til at kontakte os.

Side 9
3. august 2012
Sundhedsstyrelsen

Tilsynet er nærmere beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder. Denne vejledning kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk. Af vejledningen fremgår det, at tilsynet alene omfatter den sundhedsfaglige indsats.

Lovgrundlaget for plejehjemstilsynet er sundhedslovens § 219, stk. 1 og 2, lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008, som ændret ved lov nr. 820 af 01. juli 2011. Regler vedrørende tilsynet kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk.

Tilsynsrapport 2012

LOKALCENTER LYKKENS GAVE

Den 13. august 2012
j.nr. 5-2211-1045/1/MAT

**Embedslægerne Hoved-
staden**

**Borups Allé 177, blok D-
E
2400 København NV
Tlf. 7222 7450
Fax 7222 7420
E-post info@sst.dk**

**Dir. tlf. 7222 7496
E-post hvs@sst.dk**

Adresse: Fuglevadsvej 49, 2800 Kgs.Lyngby

Kommune: Lyngby-Taarbæk

Leder: Lokalcenterleder Anette Hede

Telefon: 45 28 46 30

E-post: hed@ltk.dk

Dato for tilsynet: 19. juli 2012

SST-id: PHJSYN-00003049

P-nr.: 1003270317

Tilsynet blev foretaget af: Oversygeplejerske Marianne Presskorn-Thygesen

Plejehjemstilsynet i 2012

Side 2

Sundhedsstyrelsen

I forbindelse med tilsynene i 2012 vil der blive taget stilling til, om plejehjemmet skal have tilsyn i 2013. Hvis plejehjemmet ikke skal have tilsyn i 2013, vil det fremgå af tilsynsrapporten. De plejehjem, der ikke får tilsyn i 2013, vil få tilsyn i 2014.

Temaet for plejehjemstilsynet i 2012 fokuserer på plejehjemmenes opgave med at sikre oplysninger om beboernes sygdomme og handicap.

Temaet skal udelukkende give Sundhedsstyrelsen mere viden om området og inspirere plejehjemmene til at reflektere over egen praksis. Det indgår ikke i hovedkonklusionen og i beskrivelsen af fejl og mangler i tilsynsrapporten.

Konklusion

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at der ved tilsynet blev fundet fejl og mangler, som samlet kun indebærer ringe risiko for patientsikkerheden.

Der blev fundet fejl og mangler indenfor områderne sygeplejefaglige optegnelser og ernæring.

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at ledelsen og personalet havde arbejdet konstruktivt og målrettet for at imødekomme Sundhedsstyrelsens krav ved tilsynet i 2011, men at man ikke helt havde nået målet endnu.

Ved tilsynet kunne det konstateres, at næsten alle Sundhedsstyrelsens krav var opfyldt. Der var dog fortsat behov for en indsats for at sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation fremtræder endnu mere overskuelig og systematisk.

Nedenfor er angivet de krav, som skal være opfyldt, for at plejehjemmet efterlever Sundhedsstyrelsens regler for de sundhedsmæssige forhold.

Som driftsansvarlig myndighed er Lyngby-Taarbæk Kommune ansvarlig for at følge op på Sundhedsstyrelsens tilsynsrapporter for de enkelte plejehjem i kommunen. Sundhedsstyrelsen forventer således, at kommunen fører kontrol med, at plejehjemmet følger op på påviste fejl og mangler ved tilsynsbesøget.

Næste tilsyn foretages i 2013.

Afviigelser fra gældende regler på sundhedsområdet 2012

Sundhedsstyrelsen har ved tilsynet fundet afviigelser fra gældende regler inden for sundhedsområdet, som giver anledning til følgende krav:

- at det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af beboerens kroniske sygdomme

- at pleje- og behandling er beskrevet for alle beboernes sundhedsproblemer
- at der systematisk bliver fulgt op og evalueret på iværksat pleje og behandling
- at de sygeplejefaglige optegnelser føres overskueligt og systematisk
- at beboernes ernæringsbehov er vurderet
- at der udarbejdes ernæringsplaner for de beboere, der har behov herfor

Grundlaget for konklusionen fremgår af beskrivelsen af plejehjemstilsynet nedenfor.

Tilsynet

Lokalcenter Lykkens Gave havde 27 boliger – heraf fire aflastningspladser – til beboere med demenssygdomme og sindslidelser.

I forbindelse med tilsynet blev der afholdt samtale med stedfortræderen for den lokale centerleder og en social- og sundhedsassistent, der orienterede om den sundhedsfaglige arbejdstilrettelæggelse og den sygeplejefaglige dokumentation. Efterfølgende blev plejehjemmet besigtiget. Der var samtale med enkelte ansatte og beboere. Den sygeplejefaglige dokumentation og medicinhåndteringen blev vurderet hos tre tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejebenhov.

Opfølgning på tidligere tilsyn

Ved tilsynet i 2011 var det Sundhedsstyrelsens vurdering, at der blev fundet fejl og mangler indenfor områderne sygeplejefaglige optegnelser og medicinhåndtering, som samlet kun indebar meget risiko for patientsikkerheden.

Kravene ved tilsynet i 2011 var delvist fulgt, idet der var foretaget gennemgang af beboernes medicinskemaer, og der var gennemført regelmæssige egenkontroller af medicinhåndteringen. Retningslinjerne for dosering/efterdosering af medicin var blevet skærpet og præciseret. Der var arbejdet med, at sikre en tilpasning og implementering af det elektroniske dokumentationssystem bl.a. ved at udarbejde handleplaner for plejen og behandlingen af beboernes sundhedsproblemer. Der havde været gennemført sidemandsoplæring i anvendelsen af det elektroniske dokumentationssystem, men en systematisk anvendelse af dokumentationssystem var endnu ikke fuldt implementeret.

Sundhedsadministrative forhold

Side 4

Sundhedsstyrelsen

Instrukser

Alle plejehjem skal have instrukser for de fem områder, der er nævnt nedenfor. Det fremgår af afsnittet "Sundhedsfaglige instrukser" i det vedlagte af-rapporteringskema. De fem områder er:

1. Personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling
2. Personalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling
3. Personalets opgaver i forbindelse med smitsom sygdom
4. Føring, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser
5. Medicinhåndtering

En instruks er en forskrift for, hvordan personalet skal forholde sig i en bestemt situation, herunder hvilke procedurer, de skal følge.

En instruks skal indeholde en præcisering af, hvilken personalegruppe instruksen er skrevet for. Derudover skal det fremgå med dag, måned og år, hvornår instruksen trådte i kraft, og hvornår den er blevet ajourført og hvem, der er ansvarlig for instruksen.

Personalet oplyste, at Lokalcenter Lykkens Gave havde skriftlige instrukser for alle de fem områder, som Sundhedsstyrelsen stiller krav om, at der skal være instrukser for.

Instrukserne var tilgængelige for alle medarbejdere på kommunens intranet og i mapper på personalekontoret. Nye instrukser og ændringer blev introduceret ved personalemøder. Nyansatte blev introduceret til instrukserne.

De personalemedlemmer, der blev interviewet, var orienteret om de skriftlige instrukser. Stikprøvekontrol viste, at instrukserne blev fulgt i det daglige arbejde.

De skriftlige instrukser var daterede, signerede og forsynet med dato for, hvornår de var trådt i kraft, og hvornår de var blevet ajourført, og de indeholdt en præcisering af den personalegruppe, de var skrevet for.

Sundhedsfaglige forhold

Sygeplejefaglige optegnelser

De sundhedsfaglige forhold blev dokumenteret i et elektronisk dokumentationssystem.

Ved tilsynet blev tre beboeres sygeplejefaglige optegnelser gennemgået. Alle optegnelserne indeholdt en aktuel vurdering af beboerens sundhedstilstand, der omfattede alle de sygeplejefaglige problemområder, som er angivet i

Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser og som tilsynet omfatter. Problemområderne var beskrevet under "aktuel status" i den sundhedsfaglige dokumentation, men i to af stikprøverne var oplysninger i "aktuel status" ikke revideret i to år. En aktuel beskrivelse af problemområderne skulle søges i de daglige journalnotater, hvilket gjorde, at det kunne være vanskeligt, at få overblik over beboerens sundhedsproblemer. Vurdering af problemområderne er nødvendig for at udføre den fornødne pleje og behandling.

I alle tre stikprøver var der en aktuel oversigt over beboernes sygdomme og handicap.

Hos beboere med kroniske sygdomme var det ikke beskrevet konsekvent, hvilke aftaler der var med den behandlende læge om kontrol mv. af de kroniske sygdomme. I en stikprøve fremgik det, at der var aftalt regelmæssigt kontrol af blodsukker og blodtryk, og hvis disse værdier ikke var stabile skulle egen læge kontaktes. Det fremgik dog ikke, hvad der var normalværdier for denne beboers blodtryk og blodsukker.

I den stikprøve, hvor beboeren var i behandling med antipsykotisk medicin, fremgik det, at der var planlagt undersøgelser for at følge om beboeren udviklede bivirkninger af behandlingen. Manglende observation og kontrol af bivirkninger kan udgøre en risiko for beboeren.

De sygeplejefaglige optegnelser hos en af de tre beboere indeholdt ikke konsekvent en beskrivelse af pleje- og behandling af beboernes sundhedsproblemer. Der var for eksempel ikke en præcis beskrivelse af plejen og behandlingen af beboerens blodtryk eller blodsukkermålinger i relation til behandlingen af beboerens sukkersyge.

Indikationen for behandlingen fremgik af alle stikprøver.

Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling blev ikke rutinemæssigt anført i de sygeplejefaglige optegnelser, da der ikke blev foretaget en opfølgning på de målinger, der er beskrevet ovenfor.

I forbindelse med gennemgang af pleje- og behandlingsplanerne og de daglige journalnotater i de tre stikprøver, blev personalet gjort opmærksom på, at de fremover bør have større fokus på, at de observationer, der er relevante for plejen og behandlingen, konsekvent noteres i de respektive pleje- og behandlingsplaner og i mindre omfang i de daglige journalnotater. Desuden blev det drøftet, at det vil fremme dokumentationens overskuelighed og systematik, hvis der konsekvent blev oprettet pleje- og behandlingsplaner på samtlige de sundhedsproblemer, hvor der var behov for en kontinuerlig opfølgning.

Vedrørende opbevaringen af de sygeplejefaglige optegnelser og den måde, notaterne blev skrevet på (angivelse af beboerens navn og personnummer, dato for notaterne, signering af notaterne og rettelser), var alle relevante målepunkter opfyldt i de tre stikprøver.

Afviigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af beboerens kroniske sygdomme
- at pleje- og behandling er beskrevet for alle beboernes sundhedsproblemer
- at der systematisk bliver fulgt op og evalueret på iværksat pleje og behandling
- at de sygeplejefaglige optegnelser føres overskueligt og systematisk

Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Medicinhandling

Plejhjemmet anvendte medicin doseret i doseringsæsker af personalet.

Dokumentationen af medicinordinationerne var korrekt i alle tre stikprøver.

Der var i alle stikprøverne overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin.

Antallet af tabletter angivet i medicinskemaet var i overensstemmelse med antallet af tabletter i doseringsæskerne i alle stikprøver.

Medicinen blev opbevaret forsvarlig. Den ordinerede medicin fandtes i beboerens medicinbeholdning i alle stikprøver. Aktuel medicin blev holdt adskilt fra ikke aktuel medicin.

Doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt i alle tre stikprøver. Der fandtes ikke medicin med overskredet holdbarhedsdato.

I alle tre stikprøver fremgik det, hvornår den behandlende læge sidst havde gennemgået beboerens medicin.

Plejhjemmet havde ikke fælles medicin eller depot af akut medicin med undtagelse af adrenalin.

Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Adgang til sundhedsfaglige ydelser

Samarbejdet med beboernes praktiserende læger fungerede tilfredsstillende. Der var i de fleste tilfælde ikke problemer vedrørende kontakt til lægerne, sygebesøg, indhentning af oplysninger eller revision af medicinlisterne.

Samarbejdet med vagtlæger, speciallæger, omsorgstandplejen samt gerontopsykiatrisk team fungerede tilfredsstillende.

Der var et velfungerende samarbejde med de lokale hospitaler. Ved udskrivning af beboerne fra sygehus eller hospital fik plejehjemmet relevante oplysninger om undersøgelse, behandling og pleje.

Side 7
Sundhedsstyrelsen

Alle beboere var blevet orienteret om muligheden for influenzavaccination og om Fødevarestyrelsens og Sundhedsstyrelsens anbefaling af D-vitamin og kalciumtilskud.

Patientrettigheder

Plejehjemmet havde en fast rutine med henblik på at vurdere, om beboerne selv var i stand til at varetage deres helbredsmæssige interesser. Det fremgik af de sygeplejefaglige optegnelser, om det var beboeren selv eller en pårørende/værge, der gav informeret samtykke til behandling.

Det blev oplyst, at der altid blev indhentet informeret samtykke til behandling. Informationen blev rutinemæssigt dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, og beboernes og de pårørendes/værgens tilkendegivelse fremgik systematisk.

Det blev endvidere oplyst, at hvis en beboer ikke ønskede at blive behandlet, blev pårørende/værge og egen læge - efter aftale med beboeren - informeret og eventuelt inddraget i det videre forløb.

Personalet oplyste, at de kun videregav helbredsoplysninger til de pårørende, hvis der var indhentet samtykke fra beboeren. Samtykket blev noteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

Efter det oplyste blev beboernes krav på sundhedspersonalets tavshed om helbredsforhold efterkommet.

Sundhedsstyrelsens vejledning om patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Sundhedsrelaterede forhold

Hygiejne

Personalet oplyste, at de var instrueret i håndhygiejne.

Sundhedsstyrelsen konstaterede ved tilsynet, at ingen af personalet havde smykker og ur på hænder eller underarme. Der var mulighed for at vaske hænder og anvende håndsprit i beboernes bolig, hvor der også var engangshandsker og engangshåndklæder til rådighed.

Personalet anvendte arbejdsdragt som anvist i Sundhedsstyrelsens vejledning om brug af arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren (Vejledning nr. 9204 af 7. juni 2011).

Statens Serum Instituts e-learning program om håndhygiejne er tilgængeligt på deres hjemmeside: www.ssi.dk. Programmet kan bruges til at lære, hvordan man opretholder en høj håndhygiejnekvalitet til forebyggelse af smittespredning.

Side 8
Sundhedsstyrelsen

Ernæring

Personalet oplyste, at beboerne altid fik tilbud om at blive vejet, når de flyttede ind på plejehjemmet og efterfølgende med jævne mellemrum. For beboere med særlige ernæringsmæssige behov blev der udarbejdet en kostplan/ernæringsplan. Planen blev vurderet med jævne mellemrum samtidig med, at beboeren fik kontrolleret vægten. Der var opmærksomhed på beboernes væske- og fødeindtagelse, og der blev ført væske- og ernæringsregnskab hos beboere, som havde problemer med at spise og drikke.

I stikprøverne fik en af beboerne beriget sin kost med proteindrik. Inden opstart af dette var beboeren ikke blevet vejet. Der forelå ikke en skriftlig vurdering af beboerens ernæringsbehov, og der var ikke udarbejdet en kost-/ernæringsplan for beboeren.

Beboerne tilkendegav ved tilsynet, at de fik nok at spise og drikke. Desuden oplyste beboerne og personalet, at beboerne fik den hjælp, de havde behov for i forbindelse med måltiderne.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at beboernes ernæringsbehov er vurderet
- at der udarbejdes ernæringsplaner for de beboere, der har behov herfor

Aktivering og mobilisering

Ved tilsynet blev det oplyst, at beboernes fysiske funktionsniveau og eventuelle behov for træning blev vurderet af fysio-/ergoterapeut ved indflytningen, og at det blev beskrevet i de sygeplejefaglige optegnelser. Beboere med nedsat fysisk funktionsniveau fik tilbud om træning. Resultatet af evt. træning blev vurderet og dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

I stikprøverne havde en beboer behov for genoptræning. Der var udarbejdet en træningsplan og planen var evalueret.

Der var opmærksomhed på forebyggelse af fald. Faldepisoder blev registreret i de sygeplejefaglige optegnelser. Herudover registrerede plejehjemmet systematisk fald med henblik på forebyggelse.

Personalet oplyste, at plejehjemmet ikke havde problemer med tryksår. Der var de nødvendige trykaflastende hjælpemidler til rådighed, og personalet var opmærksom på at forebygge tryksår. Vurdering og behandling af beboere med risiko for udvikling af tryksår fremgik af de sygeplejefaglige optegnelser.

Bygningsforhold og indeklima

Det blev oplyst, at der på plejehjemmet ikke var indeklimaproblemer, som havde betydning for beboernes sundhed.

Side 9
Sundhedsstyrelsen

Kvalitetssikring og egenkontrol

Fra efteråret 2010 blev patientsikkerhedsordningen udvidet til også at omfatte den kommunale sundhedssektor og de sociale institutioner. Plejehjemmet havde taget indberetningssystemet i brug. Fejl og utilsigtede hændelser blev indberettet.

Der foregik på plejehjemmet en systematisk registrering og opfølgning af fejl og mangler vedrørende medicinbehandling og sundhedsfaglig dokumentation med henblik på forebyggelse.

Tema 2012: Plejehjemmets sikring af oplysninger om beboernes sygdomme og handicap

Stedfortræderen oplyste, at det ikke fremgik af plejehjemmets instrukser, hvem der skulle vurdere oplysninger om beboernes sygdomme og handicap i forbindelse med indflytningen, og hvordan en sådan vurdering skulle foretages.

Instrukserne beskrev heller ikke fremgangsmåden ved indhentning af supplerende oplysninger, hvis oplysningerne ved indflytningen ikke var tilstrækkelige.

Der var ved tilsynet ingen nyindflyttede beboere, og temaet sidste tre spørgsmål kunne derfor ikke vurderes.

Marianne Presskorn-Thygesen
Oversygeplejerske

Sonja Aasted
Sundhedsfaglig konsulent

Hvis der er spørgsmål eller noget, der er uafklaret, eller I har behov for yderligere at drøfte tilsynet med os, er I velkommen til at kontakte os.

Tilsynet er nærmere beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder. Denne vejledning kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk. Af vejledningen fremgår det, at tilsynet alene omfatter den sundhedsfaglige indsats.

Lovgrundlaget for plejehjemstilsynet er sundhedslovens § 219, stk. 1 og 2, lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008, som ændret ved lov nr. 820 af 01. juli 2011. Regler vedrørende tilsynet kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk.

Tilsynsrapport 2012

OMRÅDECENTER LYSTOFTEBAKKEN

Den 17. august 2012
j.nr. 5-2211-119/1/MAT

**Embedslægerne Hoved-
staden**

**Borups Allé 177, blok D-
E
2400 København NV
Tlf. 7222 7450
Fax 7222 7420
E-post info@sst.dk**

**Dir. tlf. 7222 7496
E-post hvs@sst.dk**

Adresse: Caroline Amalie Vej 130, 2800 Kgs.Lyngby

Kommune: Lyngby-Taarbæk

Leder: Områdeleder Liv Jensen

Telefon: 45 88 88 22

E-post: mar@lystoftebakken.dk

Dato for tilsynet: 26. juli 2012

SST-id: PHJSYN-00003432

P-nr.: 1002084927

Tilsynet blev foretaget af: Oversygeplejerske Marianne Presskorn-Thygesen

Plejehjemstilsynet i 2012

Side 2
Sundhedsstyrelsen

I forbindelse med tilsynene i 2012 vil der blive taget stilling til, om plejehjemmet skal have tilsyn i 2013. Hvis plejehjemmet ikke skal have tilsyn i 2013, vil det fremgå af tilsynsrapporten. De plejehjem, der ikke får tilsyn i 2013, vil få tilsyn i 2014.

Temaet for plejehjemstilsynet i 2012 fokuserer på plejehjemmenes opgave med at sikre oplysninger om beboernes sygdomme og handicap.

Temaet skal udelukkende give Sundhedsstyrelsen mere viden om området og inspirere plejehjemmene til at reflektere over egen praksis. Det indgår ikke i hovedkonklusionen og i beskrivelsen af fejl og mangler i tilsynsrapporten.

Konklusion

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at der ved tilsynet blev fundet fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden, men ikke alvorlige fejl og mangler.

Der blev fundet fejl og mangler indenfor områderne instrukser, sygeplejefaglige optegnelser, medicinhåndtering, dokumentation af patientrettigheder og ernæring.

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at ledelsen og personalet havde arbejdet med at imødekomme Sundhedsstyrelsens krav ved tilsynet i 2011.

Ved tilsynet kunne det dog konstateres, at indsatsen ikke helt havde haft den ønskede effekt, idet kun Sundhedsstyrelsens krav vedrørende medicinhåndtering var fulgt. Der var derfor behov for at styrke indsatsen vedrørende dokumentation af patientrettigheder, samt følge op på og evaluere iværksat pleje og behandling og kontrollere om indsatsen har den ønskede effekt.

Sundhedsstyrelsen kunne ved herværende tilsyn ligeledes konstatere, at der generelt i områdecenteret tre afdelinger var behov for en målrettet indsats for at sikre, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer vedrørende de sygeplejefaglige optegnelser blev fulgt. Det var i stikprøverne vanskeligt at danne sig et overblik over beboerens behov for pleje og behandling. Der kunne derfor være risiko for, at beboerne ikke modtog korrekt pleje og behandling.

Nedenfor er angivet de krav, som skal være opfyldt, for at plejehjemmet efterlever Sundhedsstyrelsens regler for de sundhedsmæssige forhold.

Som driftsansvarlig myndighed er Lyngby-Taarbæk Kommune ansvarlig for at følge op på Sundhedsstyrelsens tilsynsrapporter for de enkelte plejehjem i kommunen. Sundhedsstyrelsen forventer således, at kommunen fører kontrol med, at plejehjemmet følger op på påviste fejl og mangler ved tilsynsbesøget.

Næste tilsyn foretages i 2013

Afvielser fra gældende regler på sundhedsområdet 2012

Side 3
Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen har ved tilsynet fundet afvielser fra gældende regler inden for sundhedsområdet, som giver anledning til følgende krav:

- at personalet følger instrukserne i det daglige arbejde
- at de problemområder, der er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning, er beskrevet i den sygeplejefaglige dokumentation
- at der foreligger en aktuel beskrivelse af beboerens sygdomme og handicap
- at det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af beboerens kroniske sygdomme
- at pleje- og behandling er beskrevet for alle beboernes sundhedsproblemer
- at der systematisk bliver fulgt op og evalueret på iværksat pleje og behandling
- at lægens indikation for behandling fremgår af journalen
- at de sygeplejefaglige optegnelser føres overskueligt og systematisk
- at Områdecenter Lystoftebakken gennemgår Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. Vejledningen findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.
- at det fremgår af journalen, hvornår egen læge har revideret medicinskemaet
- at det fremgår af dokumentationen, hvem der varetager beboernes helbredsmæssige interesser
- at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, ligesom beboernes og de pårørendes tilkendegivelser på baggrund af den givne information
- at der er overensstemmelse i oplysningerne om, hvem der varetager beboerens helbredsmæssige interesser, og den person der giver samtykke til behandling
- at Områdecenter Lystoftebakken gennemgår Sundhedsstyrelsens vejledning om patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger. Vejledningen findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.
- at ernæringsplaner systematisk bliver evalueret

Grundlaget for konklusionen fremgår af beskrivelsen af plejehjemstilsynet nedenfor.

Side 4
Sundhedsstyrelsen

Tilsynet

Områdecenter Lystoftebakken havde 70 beboere fordelt på tre afdelinger.

I forbindelse med tilsynet blev der afholdt samtale med områdecentrets to assisterende områdeledere, der orienterede om den sundhedsfaglige arbejds-tilrettelæggelse og den sygeplejefaglige dokumentation. Efterfølgende blev plejehjemmet besigtiget. Der var samtale med flere ansatte og enkelte beboere. Den sygeplejefaglige dokumentation og medicin håndteringen blev vurderet hos tre tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejebehov.

Opfølgning på tidligere tilsyn

Ved tilsynet i 2011 var det Sundhedsstyrelsens vurdering, at der ved tilsynet blev fundet fejl og mangler indenfor områderne sygeplejefaglige optegnelser, medicin håndtering og dokumentation af patientrettigheder, som samlet indebar meget ringe risiko for patientsikkerheden.

Som opfølgning på tilsynet i 2011 havde Sundhedsstyrelsen modtaget en plan for, hvordan Områdecenter Lystoftebakken ville følge op på tilsynets krav. Denne plan blev gennemgået ved starten af herværende tilsyn. De assisterende områdeledere oplyste, at planen og derved kravene ved tilsynet i 2011 var fulgt. Der var gennemført systematisk egenkontrol og kvalitetssikring af de sygeplejefaglige optegnelser og medicin håndteringen. Personalet havde fået indskærpet retningslinjerne for dokumentation af patientrettigheder, ligesom det lokale apotek var kontaktet for bl.a. at sikre, at beboerens navn og medicinordination altid fremgik af en label på medicinbeholderen.

Sundhedsadministrative forhold

Instrukser

Alle plejehjem skal have instrukser for de fem områder, der er nævnt nedenfor. Det fremgår af afsnittet "Sundhedsfaglige instrukser" i det vedlagte af-rapporteringsskema. De fem områder er:

1. Personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling
2. Personalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling
3. Personalets opgaver i forbindelse med smitsom sygdom
4. Førings-, opbevarings- og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser
5. Medicin håndtering

En instruks er en forskrift for, hvordan personalet skal forholde sig i en bestemt situation, herunder hvilke procedurer, de skal følge.

En instruks skal indeholde en præcisering af, hvilken personalegruppe instruksen er skrevet for. Derudover skal det fremgå med dag, måned og år, hvornår instruksen trådte i kraft, og hvornår den er blevet ajourført og hvem, der er ansvarlig for instruksen.

De assisterende områdeledere oplyste, at Områdecenter Lystoftebakken havde skriftlige instrukser for de fem områder, som Sundhedsstyrelsen stiller krav om, at der skal være instrukser for.

Instrukserne var tilgængelige for alle medarbejdere i mapper på personalekontorerne i afdelingerne. Nye instrukser og ændringer blev introduceret på lokale personalemøder. Nyansatte blev introduceret til instrukserne.

De personalemedlemmer, der blev interviewet, var orienteret om de skriftlige instrukser. Stikprøvekontrol viste, at instrukserne vedrørende sygeplejefaglige optegnelser og dokumentation af patientrettigheder ikke blev fulgt konsekvent i det daglige arbejde i afdelingerne.

De skriftlige instrukser var daterede, signerede og forsynet med dato for, hvornår de var trådt i kraft, og hvornår de var blevet ajourført, og de indeholdt en præcisering af den personalegruppe, de var skrevet for.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at personalet følger instrukserne i det daglige arbejde

Sundhedsfaglige forhold

Sygeplejefaglige optegnelser

De sundhedsfaglige forhold blev dokumenteret i et elektronisk dokumentationssystem.

Ved tilsynet blev tre beboeres sygeplejefaglige optegnelser gennemgået. Alle optegnelserne indeholdt en aktuel vurdering af beboerens sundhedstilstand, der omfattede de fleste af de sygeplejefaglige problemområder, som er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser og som tilsynet omfatter. Der manglede i to stikprøver en beskrivelse af syn og hørelse og i to stikprøver en beskrivelse af psykosociale forhold. Vurdering af problemområderne er nødvendig for at udføre den fornødne pleje og behandling.

I to af de tre stikprøver var der ikke en aktuel oversigt over beboernes sygdomme og handicap. Der manglede blandt andet en beskrivelse af depression og forhøjet blodtryk.

Hos beboere med kroniske sygdomme var det i alle tre stikprøver ikke beskrevet, hvilke aftaler der var med den behandlende læge om kontrol mv. af de kroniske sygdomme.

De sygeplejefaglige optegnelser hos de tre beboere indeholdt ikke konsekvent en beskrivelse af pleje- og behandling af beboernes sundhedsproblemer. Der var for eksempel ikke en beskrivelse af plejen og behandlingen af et sår, depression, forhøjet blodtryk med uregelmæssigt hjerterytme, og hvordan personalet skulle tackle en beboers udad reagerende adfærd.

Det var ved gennemgangen af de sygeplejefaglige optegnelser vanskeligt at få overblik over beboernes kroniske sygdomme, samt pleje og behandling af disse, idet flere af oplysningerne var af ældre dato, og derved ikke aktuelle. Dette betød, at der var risiko for, at beboerne ikke modtog korrekt pleje og behandling.

Ved gennemgang af de sygeplejefaglige optegnelser i stikprøverne blev det drøftet, at det ville øge systematikken og derved overskueligheden, hvis de observationer, der er relevante for plejen og behandlingen, konsekvent noteres i de respektive handleplaner, og i mindre omfang i de daglige journalnotater.

Indikationen for behandlingen fremgik ikke i to af stikprøverne.

Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling blev ikke rutinemæssigt anført i de sygeplejefaglige optegnelser. I flere tilfælde fremgik det ikke konsekvent i stikprøverne, hvilken effekt der var af pn-medicin (medicin efter behov). I et andet tilfælde fremgik det ikke af planen for pleje og behandling af et sår, at denne behandling var afsluttet et år i forvejen. Det fremgik desuden af stikprøverne, at flere af oplysningerne, i den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende plejen og behandlingen af beboerens sundhedsproblemer, ikke var evalueret i op til flere år.

Vedrørende opbevaringen af de sygeplejefaglige optegnelser og den måde, notaterne blev skrevet på (angivelse af beboerens navn og personnummer, dato for notaterne, signering af notaterne og rettelser), var alle relevante målepunkter opfyldt i de tre stikprøver.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at de problemområder, der er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning, er beskrevet i den sygeplejefaglige dokumentation
- at der foreligger en aktuel beskrivelse af beboerens sygdomme og handicap
- at det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af beboerens kroniske sygdomme
- at pleje- og behandling er beskrevet for alle beboernes sundhedsproblemer

- at der systematisk bliver fulgt op og evalueret på iværksat pleje og behandling
- at lægens indikation for behandling fremgår af journalen
- at de sygeplejefaglige optegnelser føres overskueligt og systematisk
- at Områdecenter Lystoftebakken gennemgår Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. Vejledningen findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Medicin håndtering

Plejehjemmet anvendte medicin doseret i doseringsæsker af personalet.

Dokumentationen af medicinordinationerne var korrekt i alle tre stikprøver.

Der var i alle stikprøverne overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin.

Antallet af tabletter angivet i medicinskemaet var i overensstemmelse med antallet af tabletter i doseringsæskerne i alle stikprøver.

Medicinen blev opbevaret forsvarlig. Den ordinerede medicin fandtes i beboerens medicinbeholdning i alle stikprøver. Aktuel medicin blev holdt adskilt fra ikke aktuel medicin.

Doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt i alle tre stikprøver. Der fandtes ikke medicin med overskredet holdbarhedsdato.

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

Plejehjemmet havde ikke fælles medicin eller depot af akut medicin med undtagelse af adrenalin.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at det fremgår af journalen, hvornår egen læge har revideret medicinskemaet

Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Adgang til sundhedsfaglige ydelser

Samarbejdet med beboernes praktiserende læger fungerede tilfredsstillende. Der var ikke problemer vedrørende kontakt til lægerne, sygebesøg, indhentning af oplysninger eller revision af medicinlisterne.

Samarbejdet med vagtlæger, speciallæger, omsorgstandplejen samt gerontopsykiatrisk team fungerede tilfredsstillende.

Der var et nogenlunde velfungerende samarbejde med de lokale hospitaler. Ved udskrivning af beboerne fra hospital fik plejehjemmet ikke altid relevante oplysninger om undersøgelse, behandling og pleje.

Alle beboere var blevet orienteret om muligheden for influenzavaccination og om Fødevarestyrelsens og Sundhedsstyrelsens anbefaling af D-vitamin og kalciumtilskud.

Patientrettigheder

Plejehjemmet havde ifølge det oplyste en fast rutine med henblik på at vurdere, om beboerne selv var i stand til at varetage deres helbredsmæssige interesser. Det fremgik dog ikke konsekvent af de sygeplejefaglige optegnelser, om det var beboeren selv eller en pårørende/værge, der gav informeret samtykke til behandling.

Det blev oplyst, at der altid blev indhentet informeret samtykke til behandling. Informationen blev ikke rutinemæssigt dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, og beboernes og de pårørendes/værgens tilkendegivelse fremgik ikke systematisk.

I en af stikprøverne fremgik det af de sygeplejefaglige optegnelser, at beboeren var inhabil, og det var beboerens datter, der varetog de helbredsmæssige interesser. På trods af dette oplyste personalet, at beboeren godt kunne give informeret samtykke til lægekontakt og opstart af behandling. Samtykke til behandling var dog ikke dokumenteret hos denne beboer.

Personalet oplyste, at de kun videregav helbredsoplysninger til de pårørende, hvis der var indhentet samtykke fra beboeren. Samtykket blev noteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

Efter det oplyste blev beboernes krav på sundhedspersonalets tavshed om helbredsforhold efterkommet.

Afviigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at det fremgår af dokumentationen, hvem der varetager beboernes helbredsmæssige interesser
- at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, ligesom beboernes og de pårørendes tilkendegivelser på baggrund af den givne information
- at der er overensstemmelse i oplysningerne om, hvem der varetager beboerens helbredsmæssige interesser, og den person der giver samtykke til behandling
- at Områdecenter Lystoftebakken gennemgår Sundhedsstyrelsens vejledning om patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og i ple-

jeboliger. Vejledningen findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Side 9

Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsens vejledning om patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Sundhedsrelaterede forhold

Hygiejne

Personalet oplyste, at de var instrueret i håndhygiejne.

Sundhedsstyrelsen konstaterede ved tilsynet, at ingen af personalet havde smykker og ur på hænder eller underarme. Der var mulighed for at vaske hænder og anvende håndsprit i beboernes bolig, hvor der også var engangshandsker og engangshåndklæder til rådighed.

Personalet anvendte i øjeblikket ikke arbejdsdragt som anvist i Sundhedsstyrelsens vejledning om brug af arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren (Vejledning nr. 9204 af 7. juni 2011), men de assisterende områdeledere orienterede om, at dette ville blive indført indenfor ganske kort tid.

Statens Serum Instituts e-learning program om håndhygiejne er tilgængeligt på deres hjemmeside: www.ssi.dk. Programmet kan bruges til at lære, hvordan man opretholder en høj håndhygiejne-kvalitet til forebyggelse af smittespredning.

Ernæring

Personalet oplyste, at beboerne altid fik tilbud om at blive vejet, når de flyttede ind på plejehjemmet og efterfølgende med jævne mellemrum. For beboere med særlige ernæringsmæssige behov blev der udarbejdet en kostplan/ernæringsplan. Planen blev vurderet med jævne mellemrum samtidig med, at beboeren fik kontrolleret vægten. Der var opmærksomhed på beboernes væske- og fødeindtagelse, og der blev ført væske- og ernæringsregnskab hos beboere, som havde problemer med at spise og drikke.

I stikprøverne havde de beboere, der havde et behov for en kost-/ernæringsplan, fået udarbejdet en sådan. Planerne var ikke evalueret regelmæssigt.

Beboerne tilkendegav ved tilsynet, at de fik nok at spise og drikke. Desuden oplyste beboerne og personalet, at beboerne fik den hjælp, de havde behov for i forbindelse med måltiderne.

Personale, der gav sondemad, var undervist og oplært i dette og førte regnskab med indgift af sondemad og væske.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at ernæringsplaner systematisk bliver evalueret

Aktivering og mobilisering

Ved tilsynet blev det oplyst, at beboernes fysiske funktionsniveau og eventuelle behov for træning blev vurderet af områdecentrets fysio-/ergoterapeuter ved indflytningen, og at det blev beskrevet i de sygeplejefaglige optegnelser. Beboere med nedsat fysisk funktionsniveau fik tilbud om træning på områdecentret. Resultatet af evt. træning blev vurderet og dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

I stikprøverne var alle tre beboeres fysiske funktionsniveau beskrevet. Det fremgik, at én af de tre beboere havde et behov for og modtog træning. Der forelå et træningstilbud, og effekten af træningen var vurderet.

Der var opmærksomhed på forebyggelse af fald. Faldepisoder blev registreret i de sygeplejefaglige optegnelser. Herudover registrerede plejehjemmet systematisk fald med henblik på forebyggelse.

De assisterende områdeledere oplyste, at plejehjemmet ikke havde problemer med tryksår. Der var de nødvendige trykaflastende hjælpemidler til rådighed, og personalet var opmærksom på at forebygge tryksår. Vurdering og behandling af beboere med risiko for udvikling af tryksår fremgik af de sygeplejefaglige optegnelser.

Bygningsforhold og indeklima

Det blev oplyst, at der på plejehjemmet ikke var indeklimaproblemer, som havde betydning for beboernes sundhed.

Kvalitetssikring og egenkontrol

Fra efteråret 2010 blev patientsikkerhedsordningen udvidet til også at omfatte den kommunale sundhedssektor og de sociale institutioner. Plejehjemmet havde taget indberetningssystemet i brug. Fejl og utilsigtede hændelser vedrørende blev indberettet.

Der foregik på plejehjemmet en systematisk registrering og opfølgning af fejl og mangler vedrørende medicinbehandling og den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på forebyggelse.

Tema 2012: Plejehjemmets sikring af oplysninger om beboernes sygdomme og handicap

Lederen oplyste, at det fremgik af plejehjemmets instrukser, hvem der skulle vurdere oplysninger om beboernes sygdomme og handicap i forbindelse med indflytningen, og hvordan en sådan vurdering skulle foretages.

Instrukserne beskrev også fremgangsmåden ved indhentning af supplerende oplysninger, hvis oplysningerne ved indflytningen ikke var tilstrækkelige.

I en af stikprøverne, hvor beboeren var flyttet ind for ca. fire måneder siden, fremgik det ikke af journalen, om der var foretaget en vurdering af, om oplysningerne om beboerens sygdomme og handicap var fyldestgørende og hvorfra oplysningerne var indhentet.

Side 11
Sundhedsstyrelsen

Det fremgik ikke, om der var indhentet supplerende oplysninger om beboerens sygdomme og handicap fra beboerens praktiserende læge.

Marianne Presskorn-Thygesen
Oversygeplejerske

Helle Lerche Nordlund
Oversygeplejerske

Hvis der er spørgsmål eller noget, der er uafklaret, eller I har behov for yderligere at drøfte tilsynet med os, er I velkommen til at kontakte os.

Tilsynet er nærmere beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder. Denne vejledning kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk. Af vejledningen fremgår det, at tilsynet alene omfatter den sundhedsfaglige indsats.

Lovgrundlaget for plejehjemstilsynet er sundhedslovens § 219, stk. 1 og 2, lovbeholdning nr. 95 af 7. februar 2008, som ændret ved lov nr. 820 af 01. juli 2011. Regler vedrørende tilsynet kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk.

Lyngby-Taarbæk Kommune
Socialforvaltningen - Ældreservice

Demenscenter Borrebakken

Uanmeldt tilsyn

April 2012

1. Indholdsfortegnelse

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | TILSYNETS FORMÅL..... | 3 |
| 2 | TILSYNSDATO OG TIDSPUNKT | 4 |
| 3 | TILSYNSRESUMÉ | 4 |
| 4 | TILSYNSRESULTAT | 4 |
| 5 | ANBEFALINGER | 6 |
| 6 | DATAGRUNDLAG..... | 7 |
| 6.1 | Dokumentation, observation og interview med borgere og medarbejdere | 7 |
| 7 | OBSERVATIONER PÅ FÆLLESAREALER..... | 12 |
| 8 | UNDERSKRIFT | 14 |
| 9 | FREMGANGSMÅDE | 15 |

1 Tilsynets formål

BDO skal på vegne af Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune gennemføre de lovpligtige uanmeldte tilsyn på kommunens Områdecentre.

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker, at tilsynsopgaven skal have både et kontrollerende samt lærende og udviklende element.

BDO's tilsynskoncept lægger vægt på, at kontrol- og læringsaspektet ikke er modstridende, men komplementerer hinanden. Der lægges således vægt på, at den dokumentation, der indsamles i forbindelse med tilsynene, skal være anvendelig i medarbejdernes og ledelsens løbende arbejde med at sikre kvaliteten af den pleje og omsorg, der ydes på plejecentrene. Endelig lægger BDO vægt på, at opsamlingen af data foregår på et validt grundlag.

BDO's tilsynskoncept tager dels udgangspunkt i Servicelovens bestemmelser om Tilsyn på Plejehjem og tilsynets fokus og resultat ses i forhold til Lovgivningen, Lyngby-Taarbæk Kommunes Kvalitetsstandarder, værdier, administrationsgrundlag og den konkrete afgørelse, der er truffet for den enkelte borger.

Tilsynet vil:

- Fungere som kontrol af, om det enkelte områdecetre udfører forsvarligt fagligt arbejde inde for sin målgruppe og efterlever lovregler og administrative fastsatte retningslinjer.
- Være dialogbaseret i forhold til beboere, ledelse og medarbejdere for at sikre og fremme faglig kvalitet på plejecentret.

Tilsynet vil endvidere have fokus på følgende hovedpunkter:

- Sikre en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne.
- Skabe grundlag for et systematisk arbejde med anvendelsen af gode erfaringer.
- Afdække styrker og forbedringsmuligheder i områdecentrenes måde at håndtere opgaverne på.
- Identificere potentielle udviklingsmuligheder på områdecentrene.
- Give faglig sparring og supervision med udgangspunkt i lokale behov.
- Gøre besøgene til en positiv oplevelse, hvor den enkelte deltager forholder sig reflekterende over for sig selv og de opgaver, der løses.
- Bidrage til sikring af kvaliteten i opgaveløsningen.

De uanmeldte tilsyn tager udgangspunkt i:

- Studier af områdecetrets faglige dokumentation.
- Observationsstudier på områdecetrets fællesarealer og i udvalgte borgeres boliger.
- Interview med borgere, medarbejdere og ledelsen.

2 Tilsynsdato og tidspunkt

Tilsynet er udført den 20. april 2012, kl. 8.30 -12.30 af Manager, sygeplejerske Margit Kure Ulriksen, BDO.

3 Tilsynsresumé

BDO har på vegne af Lyngby-Taarbæk Kommune gennemført et ordinært uanmeldt tilsyn på Demenscenter Borrebakken ved Områdeleder Tina Bardrum, centerleder Vicki Timm og sygeplejerske Dorte Parbst. Ved tilsynet er der foretaget observationer på fællesarealer, gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation, observationer hos beboerne samt gennemført samtaler med 2 medarbejdere. Medarbejderne har følgende faglig baggrund: 1 medarbejder er social- og sundhedsassistent, og 1 medarbejder er sygehjælper/socialpædagog.

Tilsynet har talt med 2 beboere.

4 Tilsynsresultat

Demenscenter Borrebakken er godkendt ved det ordinære uanmeldte tilsyn.

| Samlet vurdering | |
|------------------|---|
| x | Godkendt: Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne vedtagelser og værdier samt almene sundhedsfaglige standarder. Forholdene på områdecentret vurderes samlet set at være gode og tilfredsstillende. |
| | Godkendt med mangler på enkelte områder: Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har få mangler eller fejl vurderet ud fra kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne vedtagelser og værdier og/eller almene sundhedsfaglige standarder. Løsningen på det påpegede forhold kontrolleres ved det efterfølgende uanmeldte tilsynsbesøg. |
| | Alvorlige mangler: 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 vedtagelser og værdier samt almene sundhedsfaglige standarder. Fejl udløser et opfølgende uanmeldt tilsyn. Løsningen på de påpegede forhold kontrolleres ved et opfølgende uanmeldt tilsyn. |

Den overordnede vurdering begrundes med:

Afgørelsen "Godkendt" kendetegnes ved det gode og tilfredsstillende tilsynsresultat, hvor tilsynet har konstateret:

- Gode forhold på Demenscenter Borrebakken vedrørende det skriftlige grundlag og den leverede hjælp med mange styrker og særlig fokus på:
 - At udvikle den sundhedsfaglige dokumentation i form af udarbejdelse af relevante og faglige handleplaner med aktuel status og hverdagsliv og sikre, at der foreligger en samlet plan for tilrettelæggelse af pleje og omsorgsindsatsen, således at denne fremstår aktuel og opdateret i forhold til beboerens tilstand.

- Beboerne giver udtryk for, at de føler sig trygge, at de oplever at være velplejede, samt at medarbejderne udviser respekt for beboerens ønsker om levevis.
 - Beboerne giver udtryk for, at der er en god omgangstone, medarbejderne er søde og humoristiske, hvilket bidrager til den gode stemning.
 - Beboerne har et righoldigt tilbud om deltagelse i aktiviteter såvel inden for på Demenscenteret som uden for i haven.
 - Medarbejderne har et godt kendskab til den enkelte beboer og dennes problemstillinger og kan redegøre for beboerens handleplaner, hvor de selv deltager i udarbejdelse af disse.
-
- De få mangler, der er konstateret på Demenscenter Borrebakken vedrører følgende mål, som omhandler den sundhedsfaglige dokumentation:
 - Manglerne forekommer ved 1-2 beboere.
 - Manglerne er fordelt over følgende målepunkter:
 - *Mål 3: Der er redegjort for sundhedsfremme og forebyggende indsats*
Der er manglende beskrivelse i journalen af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats.
 - *Mål 4: Der foreligger en samlet plan for aktivitet og træning (ADL og vedligeholdelse)*
Der er manglende beskrivelse af, hvilke konkrete aktivitets- og træningsopgaver, beboeren deltager i.
 - *Mål 5: Der foreligger en samlet plan for psykisk pleje og omsorg*
Der er manglende dokumentation af den daglige tilrettelæggelse af plejeopgaverne.
 - De få mangler, der er, vil relativt nemt kunne afhjælpes ved følgende indsats:
 - At Demenscenter Borrebakken sikrer;
 - At de konkrete opgaver vedrørende beboernes sundhedsfremmende og forebyggende problemstillinger dokumenteres.
 - At den konkrete og daglige tilrettelæggelse af aktiviteter og træning til beboerne dokumenteres.
 - At den daglige tilrettelæggelse af psykisk pleje og omsorg til beboeren dokumenteres.

5 **Anbefalinger**

Tilsynet lægger vægt på udvikling og læring i forbindelse med det lovpligtige uanmeldte tilsyn.

På baggrund af afdækningen af ovenstående tilsynsresultat foreslår tilsynet, at Demenscenter Borrebakken fortsætter den gode udvikling i den sundhedsfaglige dokumentation og foreslår følgende:

- At Demenscenter Borrebakken underviser, vejleder og oplærer medarbejderne i at dokumentere tilrettelæggelsen af den individuelle og konkrete pleje og omsorg til beboerne i forhold til den sundhedsfremmende og forebyggende indsats, aktivitet og træning og psykisk pleje og omsorg.

6 Datagrundlag

6.1 Dokumentation, observation og interview med borgere og medarbejdere

Der er udvalgt otte repræsentative mål fra kvalitetsstandarderne:

- Det skriftlige grundlag, mål 1
- Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje, omsorg, aktivitet og træning, og psykisk pleje og omsorg mål 2-5
- Sammenhæng mellem visitation og leveret praktisk hjælp mål 6
- Hverdagen på plejehjem, mål 7-8

Der er i alt defineret 43 målepunkter.

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

Det fremgår af journalen, at 2 beboere ud af 2 interviewede er hukommelsessvækkede.

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

| Mål 1: | Der foreligger en skriftlig afgørelse med Aktuel status og handleplaner | | |
|----------------------|---|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | x | | I Lyngby-Taarbæk Kommune er det ikke visitator, som udarbejder formål og retningsgivende mål for plejen. Alle beboere har handleplaner, hvor mål og handlinger for plejen er dokumenteret. De 2 handleplaner er aktuelle og fremstår relevante. |
| Observation | x | | Tilsynsførende observerer sammenhæng mellem mål for indsatsen og beboerens tilstand. |
| Beboer (spm.1) | x | | Alle beboere kan fortælle om omfanget af den pleje og omsorg, de modtager. |
| Beboer (spm. 2) | x | | De 2 adspurgte beboere er ikke i stand til at redegøre for, hvordan de kan få hjælp til at klage, såfremt de måtte ønske det. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere har kendskab til - den plejetyngde beboeren er visiteret til. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere har kendskab til, at beboeren har ret til at klage. |
| | | | |

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

| Mål 2: | Der foreligger en samlet plan for pleje- og omsorgsindsatsen | | |
|------------------------|--|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation (spm. 1) | x | | Alle beboere har en journal, hvor beboerens behov for personlig pleje er beskrevet. Lyngby-Taarbæk Kommunes Demenscenter benytter det elektroniske omsorgssystem, Unique. Hos alle beboere indeholder journalen "Aktuel status" og "Handleplan for hverdagsliv", hvor beboerens behov for personlig pleje er beskrevet. Hos 1 beboer er der udarbejdet relevante handleplaner. Hos 1 beboer er der ikke udarbejdet relevante handleplaner, eksempelvis: anvendelse af Meyers ring, nedtrapning i antidepressiv behandling, medicin mod Alzheimers. |
| Dokumentation (spm. 2) | x | | Hos alle beboere indeholder journalen "Handleplan for Hverdagsliv", hvor den daglige tilrettelæggelse af plejeopgaver ved personlig pleje er beskrevet for dag, aften og nat. |
| Observation | x | | Tilsynsførende kan delvis observere sammenhæng mellem de beskrevne plejeopgaver og beboerens tilstand. Hos 1 beboer observerer tilsynet, at der anvendes loftlift, hvilket ikke er beskrevet i journal. |

| | | | |
|----------------------|---|--|--|
| Beboer | x | | Alle beboere udtaler, at der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboeren mener at have brug for og den hjælp, beboeren får tilbudt. |
| Medarbejder (spm.1) | x | | Alle medarbejdere kan begrunde plejen. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere kan redegøre for den faglige indsats. |
| | | | |

| Mål 3: | Der er redegjort for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats | | |
|---------------|--|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | | x | En beboer har en journal, som indeholder dokumentation for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Der foreligger handleplaner i forhold til beboerens specifikke problemstillinger. Eksempelvis: Forebyggelse af urinretention (KAD), demens. En beboer har en journal, som mangler dokumentation for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats eksempelvis: Medicin for Alzheimers, Meyers ring, daglig hygiejne. I 1 beboers journal er der grundige og detaljerede beskrivelser af den konkrete hjælp og pleje i forbindelse med gangtræning. |
| Observation | x | | Tilsynsførende kan observere, at alle observerbare risici fremgår af journalen. |
| Beboer | x | | De 2 beboere giver udtryk for, at der er overensstemmelse mellem de identificerede risici i journalen og deres egne bekymringer for komplikationer. |
| Medarbejder | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om særlig indsats vedrørende relevante risici ift. beboerens situation. |
| | | | |

Aktivitet og træning – Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje- og omsorg i henhold til Servicelovens § 86 samt kommunens kvalitetsstandarder:

| Mål 4: | Der foreligger en samlet plan for aktivitet og træning (ADL og vedligeholdelse) | | |
|---------------|---|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | | x | Ingen af de 2 beboere har en journal, hvor de konkrete opgaver vedr. aktivitet og træning fremgår af handleplan. Eksempelvis: Hvilke konkrete daglige aktiviteter/træningsaktiviteter deltager beboeren i dagligt/ugentlig? Hvordan motiveres beboeren til deltagelse? Skal beboer følges? |
| Observation | | x | Hos de 2 beboere kan der ikke observeres sammenhæng mellem de beskrevne opgaver og beboerens tilstand. |
| Beboer | x | | Alle beboere udtaler, at der er sammenhæng mellem de aktiviteter, som beboeren mener at have brug for og lyst til at deltage i og dem beboeren får tilbudt. Beboerne fortæller om daglige gåture i lokalområdet. |

| | | | |
|----------------------|---|--|--|
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere kan begrunde plejen. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere kan på en detaljeret måde redegøre for den faglige indsats. Medarbejderne fortæller, at de inddrager beboeren i daglige hverdagsopgaver, som fx sammenlægning af tøj, borddækning, feje, tømme skraldespande. |

Psykisk pleje og omsorg – Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje- og omsorg i henhold til Servicelovens §§ 83 og 86:

| Mål 5: | Der foreligger en samlet plan for psykisk pleje og omsorg | | |
|------------------------|---|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation (spm. 1) | x | | De 2 beboere har en journal, hvor de konkrete plejeopgaver vedr. psykisk pleje og omsorg er beskrevet. |
| Dokumentation (spm. 2) | | x | Hos begge beboere mangler der en beskrivelse i journal, af den daglige tilrettelæggelse af plejeopgaverne i forbindelse med psykisk pleje og omsorg. Eksempelvis observationer i forbindelse med nedtrapning af antidepressiv behandling, angst, uro og aggressiv adfærd. |
| Observation | x | | Hos begge beboere er observerbare risici dokumenteret i journalen. |
| Beboer (sp. 1) | x | | Alle beboernes udtrykte behov fremgår af journalen. |
| Beboer (spm. 2) | x | | Alle beboere giver udtryk for, at de føler sig sikre og trygge i hverdagen. Beboerne fremhæver, at der på Demenscenter Borrebakken er en god omgangstone, at medarbejderne er smilende og humoristiske. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere kan begrunde plejen. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere kan redegøre for den faglige indsats. |

Praktisk hjælp – Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje og omsorg i henhold til Servicelovens § 83 og kommunens kvalitetsstandarder:

| Mål 6: | Beboeren sikres hygiejnemæssig forsvarlig renholdelse af boligen og tilfredsstillende håndtering af vasketøjet | | |
|-----------------|--|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | x | | Rengøring i beboers bolig er beskrevet i en rengøringsplan. |
| Observation | x | | Den hygiejniske tilstand i boligen samt på - og omkring hjælpemidler er i overensstemmelse med kvalitetsstandarden. Tilsynet observerer, at beboerne fremtræder velsoignerede og velklædte. |
| Beboer (spm. 1) | x | | Alle beboere tilkendegiver, at de er tilfredse med hjemmets renholdelse. |
| Beboer (spm. 2) | x | | |

| | | | |
|-------------|---|--|--|
| Medarbejder | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om særlig indsats vedrørende hygiejniske risikofaktorer hos beboeren. |
| | | | |

Hverdagen på plejehjemmet:

| Mål 7: | Beboeren har en god og tilfredsstillende hverdag | | |
|------------------------|--|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation (spm. 1) | x | | Alle beboere har en journal, hvor beboerens livshistorie er dokumenteret. |
| Dokumentation (spm. 2) | x | | Alle beboere har en Handleplan for Hverdagsliv, hvor beboerens vaner og ønsker er dokumenteret. |
| Observation | x | | Hos alle beboere kan tilsynsførende observere, at beboerens vaner og ønsker imødekommes. Hos 1 beboer er der en meget tydelig indretning i boligen, som signalerer beboerens helt særlige vaner og livsstil. |
| Beboer | x | | Alle beboere udtaler, at de føler sig godt tilpas på Demenscenter Borrebakken. |
| Medarbejder | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om handlinger, som kan sikre, at beboeren har en god hverdag. En medarbejder fortæller, at ovenstående beboer har en helt særlig indretning i sin bolig (mange ting på få m ²). Medarbejderne er opmærksomme på dette og tilkendegiver, at der vil ske ændringer i indretning, såfremt beboeren får et stigende behov for hjælp. |
| | | | |

| Mål 8: | Beboeren oplever respekt | | |
|----------------------|--------------------------|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Observation (spm. 1) | x | | Hos alle beboere kan tilsynsførende observere respektfuld kommunikation, god omgangstone og forsvarlig opbevaring af personlige og professionelle papirer. |
| Observation (spm. 2) | x | | Hos alle beboere kan tilsynsførende observere, at det verbale og nonverbale sprog bliver anvendt professionelt i samspillet. |
| Beboer | x | | Alle beboere tilkendegiver, at de oplever respektfuld tiltale, respektfuld kommunikation, og at medarbejderne udviser accept for beboerens ønsker om levevis. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om handlinger til at sikre respekt for beboeren, herunder fortælle om overvejelser vedr. opbevaring af personlige og professionelle papirer. |
| Medarbejder (spm.2) | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om betydningen af at anvende både det talte - og det udtalte sprog i plejen af beboeren. |
| | | | |

7 Observationer på fællesarealer

Beskrivelse af områdecenter

Demenscenter Borrebakken er beliggende midt i naturskønne omgivelser. Hovedhuset, som er en smuk gammel grosserervilla fra 1915, danner rammen om centret.

På Borrebakken er der 20 boliger for demente / hukommelsessvækkede borgere fordelt med 10 boliger på hver etage.

Centrets målgruppe er demente / hukommelsessvækkede borgere, deres pårørende, fagpersoner og andre fra Lyngby-Taarbæk Kommune, der ønsker at få viden om demens og livet med denne sygdom.

Centrets opgaver er at yde rådgivning og støtte til mennesker med demens og deres pårørende. Dette sker individuelt med udgangspunkt i den enkeltes forhold og under fuld respekt for den personlige, sociale og kulturelle baggrund.

Derudover er der dagcentertilbud for udeboende borgere med demens / hukommelsessvækkelse.

Observationer i forbindelse med rundgang

Der er udarbejdet fem målepunkter for "Observationer på fællesarealer".

I forbindelse med rundgang på områdecentret havde tilsynsførende fokus på, om beboerne deltog i aktiviteter og/eller underholdning individuelt eller i grupper. Desuden observerede tilsynsførende omgangformen, herunder om der var dialog mellem beboere og medarbejdere, beboere imellem, samt mellem medarbejderne.

Det skal for den gode ordens skyld understreges, at tilsynsførendes observationer fra rundgangen, som præsenteres i det følgende, er udtryk for et øjebliksbillede.

Observationer på fællesarealer:

| Observationer | Ja | Nej | Bemærkninger |
|--|----------------------------|-----|--|
| <p>Fællesarealerne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er der et aktivt miljø på plejehjemmet • Er rengøringsstandard tilfredsstillende • Er der fællesskab og trivsel omkring måltidet | <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> | | <p>Tilsynsførende observerer et roligt men aktivt miljø på fællesarealerne.</p> <p>Huset er indrettet med små nicher, som afspejler beboernes forskellige behov fx et skrivebord, dukkehus. Der er indrettet et meget hyggeligt manicurerum, som hyppigt anvendes af husets kvindelige beboere. Enkelte beboere sidder i smågrupper og hygger sig/taler sammen.</p> <p>Et par beboere er sammen med en medarbejder ved at plante blomster i krukker udendørs.</p> <p>Rengøringsstandard er tilfredsstillende.</p> <p>Tilsynsførende er ikke til stede under spisning, men medarbejderne fortæller, at de fleste beboere spiser sammen i deres fælles stuen, hvor medarbejderne sidder med ved bordet for at hjælpe med spisning og med at holde dialogen i gang.</p> |

| | | | |
|--|----------------------------|--|--|
| <p>Omgangsform:</p> <ul style="list-style-type: none">• Er kommunikationen respektfuld• Er der dialog mellem beboere og medarbejdere og beboere imellem• Bliver beboerne behandlet værdigt | <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> | | <p>Tilsynsførende oplever en god omgangstone og god stemning i huset.</p> <p>Husets indretning afspejler beboernes særlige behov og respekt for tidligere vaner og ønsker. Fx skrivebord på fællesareal, dukkehus.</p> |
|--|----------------------------|--|--|

8 Underskrift

Den 12. maj 2012

Margit Kure Ulriksen
Manager, sygeplejerske

BDO Kommunernes Revision
Havneholmen 29
1561 København V.

9 Fremgangsmåde

Lyngby - Taarbæk Kommune har udvalgt fire kvalitetsområder, der skal fungere som fokusområder for de ordinære uanmeldte tilsyn. Det drejer sig om personlig pleje, psykisk pleje og omsorg, hverdagslivet på plejehjem og praktisk hjælp.

På baggrund af disse kvalitetsområder er der udarbejdet 43 målepunkter, som anvendes på samtlige områdecentre. Der anvendes flere dataindsamlingsmetoder, herunder studier af dokumentationsmateriale, observation og interview af beboere og medarbejdere under tilsynet.

Tilsynsforløbet afvikles som følgende:

- BDO har forud for det uanmeldte tilsynsbesøg udvalgt beboere, der skal indgå i tilsynet.
- Ved besøgsstart kontaktes områdelederen eller stedfortræderen, som orienteres om tilsynet. Lederen får mulighed for at foreslå ændringer til listen med de udvalgte beboere, hvis særlige hensyn taler for det.
- Ledelsen anmodes om at kontakte de udvalgte beboere for at indhente accept om, hvorvidt beboerne ønsker at deltage i tilsynet samt om tilsynet må læse den dokumentation, der findes for den enkelte beboer m.v. Tilsagnet dokumenteres af områdecentret i beboerens dokumentation.
- Ved interviewet med beboerne kan det aftales med områdelederen, at beboernes kontaktpersoner/relevant medarbejder er til stede ved præsentationen af tilsynsmedarbejderen, så situationen opleves så tryk som muligt for beboeren.
- Med udgangspunkt i en interviewguide gennemføres der kvalitative interviews med de udvalgte beboere. Tilsynsmedarbejderne foretager ligeledes observationer hos de udvalgte beboere. Der deltager ikke medarbejdere i dette interview.
- Med udgangspunkt i en interviewguide foretages der kvalitative interview med de udvalgte beboeres kontaktpersoner/relevante medarbejdere.
- Rundgang på områdecentret foregår således, at tilsynsmedarbejderne går frit rundt på områdecentret uden ledsagelse. Tilsynsmedarbejderne foretager observationer på områdecentrets fællesarealer.
- Lederen kontaktes ved tilsynets afslutning. Opklarende spørgsmål drøftes og lederen får en kort orientering om tilsynets forløb.
- Tilsynsrapport udarbejdes og sendes i faktuel høring, hvor områdeleder har mulighed for at rette faktuelle fejl, fx et forkert navn eller en misforståelse. Tilsynsmedarbejderen retter fejlene.

Lyngby-Taarbæk Kommune
Socialforvaltningen - Ældreservice

Områdecenter Baunehøj

Uanmeldt tilsyn

Maj 2012

1. Indholdsfortegnelse

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | TILSYNETS FORMÅL | 3 |
| 2 | TILSYNSDATO OG TIDSPUNKT | 4 |
| 3 | TILSYNSRESUMÉ | 4 |
| 4 | TILSYNSRESULTAT | 4 |
| 5 | ANBEFALINGER | 6 |
| 6 | DATAGRUNDLAG..... | 7 |
| 6.1 | Dokumentation, observation og interview med borgere og medarbejdere | 7 |
| 7 | OBSERVATIONER PÅ FÆLLESAREALER..... | 11 |
| 8 | UNDERSKRIFT | 13 |
| 9 | FREMGANGSMÅDE | 14 |

1 Tilsynets formål

BDO skal på vegne af Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune gennemføre de lovpligtige uanmeldte tilsyn på kommunens Områdecentre.

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker, at tilsynsopgaven skal have både et kontrollerende samt lærende og udviklende element.

BDO's tilsynskoncept lægger vægt på, at kontrol- og læringsaspektet ikke er modstridende, men komplementerer hinanden. Der lægges således vægt på, at den dokumentation, der indsamles i forbindelse med tilsynene, skal være anvendelig i medarbejdernes og ledelsens løbende arbejde med at sikre kvaliteten af den pleje og omsorg, der ydes på plejecentrene. Endelig lægger BDO vægt på, at opsamlingen af data foregår på et validt grundlag.

BDO's tilsynskoncept tager dels udgangspunkt i Servicelovens bestemmelser om Tilsyn på Plejehjem og tilsynets fokus og resultat ses i forhold til Lovgivningen, Lyngby-Taarbæk Kommunes Kvalitetsstandarder, værdier, administrationsgrundlag og den konkrete afgørelse, der er truffet for den enkelte borger.

Tilsynet vil:

- Fungere som kontrol af, om det enkelte områdecentre udfører forsvarligt fagligt arbejde inde for sin målgruppe og efterlever lovregler og administrative fastsatte retningslinjer.
- Være dialogbaseret i forhold til beboere, ledelse og medarbejdere for at sikre og fremme faglig kvalitet på plejecentret.

Tilsynet vil endvidere have fokus på følgende hovedpunkter:

- Sikre en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne.
- Skabe grundlag for et systematisk arbejde med anvendelsen af gode erfaringer.
- Afdække styrker og forbedringsmuligheder i områdecentrenes måde at håndtere opgaverne på.
- Identificere potentielle udviklingsmuligheder på områdecentrene.
- Give faglig sparring og supervision med udgangspunkt i lokale behov.
- Gøre besøgene til en positiv oplevelse, hvor den enkelte deltager forholder sig reflekterende over for sig selv og de opgaver, der løses.
- Bidrage til sikring af kvaliteten i opgaveløsningen.

De uanmeldte tilsyn tager udgangspunkt i:

- Studier af områdecentrenes faglige dokumentation.
- Observationsstudier på områdecentrenes fællesarealer og i udvalgte borgeres boliger.
- Interview med borgere, medarbejdere og ledelsen.

2 Tilsynsdato og tidspunkt

Tilsynet er udført den 15. maj 2012, kl. 8.30 til 15.30 af Gitte Ammundsen, chefkonsulent og sygeplejerske og Lisbeth Lind chefkonsulent, sygeplejerske, BDO.

3 Tilsynsresumé

BDO har på vegne af Lyngby - Taarbæk Kommune gennemført et ordinært uanmeldt tilsyn på Områdecenter Banehøj ved Områdeleder Elsebeth Schøning. Ved tilsynet er der foretaget observationer på fællesarealer, gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation, observationer hos beboerne samt gennemført samtaler med seks medarbejdere, heraf tre social- og sundhedshjælpere og tre social- og sundhedsassistenter.

Desuden har tilsynet talt med seks beboere.

4 Tilsynsresultat

Områdecenter Banehøj er godkendt ved det ordinære uanmeldte tilsyn.

| Samlet vurdering | |
|------------------|---|
| x | Godkendt: Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne vedtagelser og værdier samt almene sundhedsfaglige standarder. Forholdene på områdecentret vurderes samlet set at være gode og tilfredsstillende. |
| | Godkendt med mangler på enkelte områder: Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har få mangler eller fejl vurderet ud fra kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne vedtagelser og værdier og/eller almene sundhedsfaglige standarder. Løsningen på det påpegede forhold kontrolleres ved det efterfølgende uanmeldte tilsynsbesøg. |
| | Alvorlige mangler: 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 vedtagelser og værdier samt almene sundhedsfaglige standarder. Fejl udløser et opfølgende uanmeldt tilsyn. Løsningen på de påpegede forhold kontrolleres ved et opfølgende uanmeldt tilsyn. |

Den overordnede vurdering begrundes med:

Afgørelsen "Godkendt" kendetegnes ved det meget tilfredsstillende tilsynsresultat, hvor tilsynet har konstateret:

- Rigtig gode forhold på Områdecenter Banehøj vedrørende det skriftlige grundlag og den leverede hjælp med mange styrker og særlig fokus på: At styrke fagligheden og at arbejde målrettet med pædagogiske plejeplaner.
- Beboerne giver udtryk for at have en god hverdag på Områdecenter Banehøj. Beboerne giver udtryk for at de får en god pleje og omsorg, har en aktiv hverdag og oplever medinddragelse og medindflydelse.

- Medarbejderne har et godt kendskab til den/de beboere, som de er ansvarlige for og kan redegøre for pleje og omsorg på et tilfredsstillende fagligt niveau

- De mangler, der er konstateret på Områdecener Banehøj vedrører følgende mål, målepunkter og dataindsamlingsområder:
- Manglerne forekommer ved flere beboere.
- Manglerne er fordelt over følgende målepunkter:
 - *Mål 2: Der foreligger en samlet plan for pleje- og omsorgsindsatsen*
Enkelte journaler mangler beskrivelse af de konkrete opgaver, som medarbejderne skal udføre ifm. at hjælpe beboerne med bad.

 - *Mål 5: Der foreligger en samlet plan for psykisk pleje og omsorg*
Der er manglede beskrivelse af den daglige tilrettelæggelse og de konkrete opgaver ifm. psykisk pleje og omsorg.

- De få mangler, der er, vil relativt nemt kunne afhjælpes ved følgende indsats:
 - At Områdecener Banehøj sikrer, at de konkrete opgaver, som medarbejderne skal udføre ifm. at hjælpe beboerne med bad, er beskrevet.

 - At Områdecener Banehøj sikrer, at af den daglige tilrettelæggelse og de konkrete opgaver ifm. psykisk pleje og omsorg er beskrevet.

5 **Anbefalinger**

Tilsynet lægger vægt på udvikling og læring i forbindelse med det lovpligtige uanmeldte tilsyn. På baggrund af afdækningen af ovenstående tilsynsresultat foreslår tilsynet følgende:

- At Områdecenter Banehøj fortsætter den gode udvikling i den sundhedsfaglige dokumentation ved fortsat at have skærpet fokus på området

6 Datagrundlag

6.1 Dokumentation, observation og interview med borgere og medarbejdere

Der er udvalgt otte repræsentative mål fra kvalitetsstandarderne:

- Det skriftlige grundlag, mål 1
- Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje, omsorg, aktivitet og træning, og psykisk pleje og omsorg mål 2-5
- Sammenhæng mellem visitation og leveret praktisk hjælp mål 6
- Hverdagen på plejehjem, mål 7-8

Der er i alt defineret 43 målepunkter.

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

Af handleplanerne fremgik det at 4 interviewede beboere ud af 6 er hukommelsessvækkede.

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

| Mål 1: | Der foreligger en skriftlig afgørelse med Aktuel status og handleplaner | | |
|----------------------|---|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | x | | <p>I Lyngby-Taarbæk Kommune er det ikke visitator, som udarbejder formål og retningsgivende mål for beboerens hverdag på områdecentret.</p> <p>Plejepersonalet på områdecentret, udarbejder ved indflytningen, en aktuel status som indeholder beskrivelse af beboerens fysiske, psykiske og sociale tilstand.</p> <p>I en enkelt journal er beboerens fysiske, psykiske og sociale ressourcer mangelfuldt beskrevet.</p> <p>Med udgangspunkt i den aktuelle status udarbejder plejepersonalet en handleplan for beboerens hverdagsliv, samt handleplaner i forhold til beboerens individuelle problemstillinger.</p> <p>I hver enkelt handleplan er formålet med indsatsen beskrevet.</p> <p>Alle beboere har en handleplan for hverdagsliv samt relevante handleplaner ift. beboerens individuelle problemstillinger.</p> <p>En enkelt handleplan for hverdagsliv mangler beskrivelse aften og nat.</p> |
| Observation | x | | Tilsynet observerer sammenhæng mellem de udarbejdede handleplaner og beboerens tilstand. |
| Beboer (spm.1) | x | | Alle beboere kan fortælle om omfanget af den pleje og omsorg de modtager. |
| Beboer (spm. 2) | x | | <p>Alle beboere mener at kunne få hjælp til at klage, såfremt de ønsker det.</p> <p>Tre beboere tilføjer, at de vil henvende sig til Områdeleder, såfremt de mener at have noget at klage over.</p> |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere har kendskab til de ydelser, som beboeren internt er visiteret til. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere har kendskab til, at beboeren har ret til at klage. |
| | | | |

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

| Mål 2: | Der foreligger en samlet plan for pleje- og omsorgsindsatsen | | |
|------------------------|--|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation (spm. 1) | x | | Alle beboere har en journal, hvor beboerens behov for personlig pleje er beskrevet. |
| Dokumentation (spm. 2) | x | | <p>Fire journaler indeholder beskrivelse af den daglige tilrettelæggelse af plejeopgaverne ifm. personlig pleje for dag, aften og nat.</p> <p>To journaler mangler beskrivelse af de konkrete opgaver, som medarbejderne udfører ifm. hjælp til bad.</p> |
| Observation | x | | Tilsynsførende observerer, at der er sammenhæng mellem de beskrevne plejeopgaver og beboernes tilstand. |
| Beboer | x | | <p>Alle beboere mener, at der er sammenhæng mellem den hjælp beboeren modtager og den hjælp, som der tilbydes.</p> <p>En beboer fortæller, at han meget gerne vil træne, så han selv kan komme ud af sengen om morgenen. Med medarbejdernes hjælp er</p> |

| | | | |
|----------------------|---|--|---|
| | | | beboeren i gang med at træne mhp. dette. |
| Medarbejder (spm.1) | x | | Alle medarbejdere kan begrunde plejen. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere kan redegøre for den faglige indsats. |
| | | | |

| Mål 3: | Der er redegjort for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats | | |
|---------------|--|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | x | | Alle beboere har en journal med beskrivelse af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Det drejer sig f.eks. om handleplaner indenfor mobilitet, blodtrykskontrol, ernæring, psykosociale forhold samt udskillelse af affaldsstoffer. Enkelte handleplaner mangler ajourføring/afslutning. Desuden er der ved indflytning foretaget en faglig velbegrundet ADL vurdering, hvori den forebyggende og sundhedsfremmende indsats er beskrevet. |
| Observation | x | | Hos alle beboere fremgår observerbare risici af journalen. |
| Beboer | x | | Alle beboere giver udtryk for, at der er overensstemmelse mellem de identificerede risici og borgerens egne bekymringer for komplikationer. En beboer fremsætter ønske om flere grøntsager og mere salat. |
| Medarbejder | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om den særlige indsats vedr. relevante risici i forhold til beboerens situation. |
| | | | |

Aktivitet og træning – Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje- og omsorg i henhold til Servicelovens § 86 samt kommunens kvalitetsstandarder:

| Mål 4: | Der foreligger en samlet plan for aktivitet og træning (ADL og vedligeholdelse) | | |
|----------------------|---|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | x | | Alle journaler indeholder beskrivelse af, hvilke aktiviteter beboeren evt. ønsker at deltage i. 4 journaler ud af 8 indeholder de konkrete opgaver, som medarbejderen skal udføre, for at støtte beboeren i deltagelse i aktiviteter og træning. Det drejer sig f.eks. om, at beboeren skal følges til aktiviteter, at medarbejderen skal huske beboeren på deltagelse i aktiviteter og lignende. |
| Observation | x | | Tilsynsførende kan hos 4 ud af 8 beboere observere sammenhæng mellem de beskrevne opgaver og beboerens tilstand. |
| Beboer | x | | Alle beboere tilkendegiver, at der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboeren mener at have brug for og den hjælp, som beboeren får tilbudt. Beboerne fortæller, at de har en god hverdag på Områdecentret Virumgård. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Medarbejderne kan begrunde plejen. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Medarbejderne kan redegøre for den faglige indsats. |
| | | | |

Psykisk pleje og omsorg – Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje- og omsorg i henhold til Servicelovens §§ 83 og 86:

| Mål 5: | Der foreligger en samlet plan for psykisk pleje og omsorg | | |
|------------------------|---|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation (spm. 1) | | x | To beboere har en journal, hvor de konkrete opgaver vedr. psykisk pleje og omsorg fremgår. Fire beboere har en journal, hvor den psykiske pleje og omsorg er mangelfuldt eller slet ikke beskrevet. |
| Dokumentation (spm. 2) | | x | To beboere har en journal med beskrivelse af den daglige tilrettelæggelse af psykisk pleje og omsorg. Fire beboere har en journal med manglende beskrivelse af den daglige tilrettelæggelse af psykisk pleje og omsorg. |
| Observation | x | | Alle observerbare risici fremgår af journalen. |
| Beboer (sp. 1) | x | | Alle beboeres udtrykte behov fremgår af journalen. |
| Beboer (spm. 2) | x | | Alle beboere udtaler, at de føler sig sikre og trygge i hverdagen. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere kan på nuanceret vis redegøre for den psykiske pleje og omsorg ift. den/de beboere, som medarbejderen er ansvarlig for. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere kan redegøre for den faglige indsats. |

Praktisk hjælp – Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje og omsorg i henhold til Servicelovens § 83 og kommunens kvalitetsstandarder:

| Mål 6: | Beboeren sikres hygiejnemæssig forsvarlig renholdelse af boligen og tilfredsstillende håndtering af vasketøjet | | |
|-----------------|--|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | x | | Rengøring af boligen er beskrevet i rengøringsplaner. |
| Observation | x | | Den hygiejniske tilstand i boligen samt omkring hjælpemidler er i overensstemmelse med kvalitetsstandarden. |
| Beboer (spm. 1) | x | | Alle beboere er tilfredse med rengøringen. |
| Beboer (spm. 2) | x | | Alle beboere er tilfredse med håndteringen af vasketøj. |
| Medarbejder | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om handlinger, som kan sikre beboeren en god hverdag. |

Hverdagen på plejehjemmet:

| Mål 7: | Beboeren har en god og tilfredsstillende hverdag | | |
|------------------------|--|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation (spm. 1) | x | | Fire beboere ud af seks har en journal med beskrivelse af beboerens livshistorie. To beboere ud af seks har en journal med manglende beskrivelse af beboerens livshistorie. |
| Dokumentation (spm. 2) | x | | Alle beboere har en journal med beskrivelse af beboerens vaner og |

| | | | |
|-------------|---|--|--|
| 2) | | | ønsker (fremgår af Handleplan for hverdagsliv) |
| Observation | x | | Beboernes vaner og ønsker kan observeres. |
| Beboer | x | | Alle beboere udtaler, at de føler sig rigtig godt tilpas på Områdecenter Banehøj. |
| Medarbejder | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om handlinger, som kan sikre beboeren en god hverdag. |

| Mål 8: | Beboeren oplever respekt | | |
|----------------------|--------------------------|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Observation (spm. 1) | x | | Tilsynsførende kan observere respektfuld kommunikation, god omgangstone og forsvarlig opbevaring af personlige og professionelle papirer hos alle beboere. |
| Observation (spm. 2) | x | | Tilsynsførende kan observere, at det verbale og det nonverbale sprog anvendes professionelt i samspillet mellem medarbejder og beboer. |
| Beboer | x | | Alle beboere udtaler, at de oplever respektfuld tiltale, respektfuld kommunikation og at medarbejderne udviser accept af beboerens ønsker om levevis. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om handlinger til at sikre beboeren respekt, herunder fortælle om eventuelle overvejelser om opbevaring af personlige og professionelle papirer. |
| Medarbejder (spm.2) | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om betydningen af at anvende det talte og udtalte sprog i plejen til beboeren. |

7 Observationer på fællesarealer

Beskrivelse af områdecentret

Områdecenter Banehøj er et kommunalt plejehjem beliggende tæt på Lyngby Storcenter og Danmarks Tekniske Universitet.

Områdecenter Banehøj har i alt 108 plejeboliger fordelt i tre bygninger: Liljen (30 boliger), Syrenen (33 boliger) og Rosen (45 boliger).

På alle afdelinger er der opslagstavler med dagens aktiviteter og madplan. I stueetagen er der café med tilhørende aktivitetscenter. Områdecenter Banehøj har fodklinik og tandklinik.

Undendørsarealet bærer præg af ny anlagte havearealer og terrasser.

Observationer i forbindelse med rundgang

Der er udarbejdet fem målepunkter for "Observationer på fællesarealer".

I forbindelse med rundgang på områdecentret havde tilsynsførende fokus på, om beboerne deltog i aktiviteter og/eller underholdning individuelt eller i grupper. Desuden observerede tilsynsførende omgangformen, herunder om der var dialog mellem beboere og medarbejdere, beboere imellem, samt mellem medarbejderne.

Det skal for den gode ordens skyld understreges, at tilsynsførendes observationer fra rundgangen, som præsenteres i det følgende, er udtryk for et øjebliksbillede.

Observationer på fællesarealer:

| Observationer | Ja | Nej | Bemærkninger |
|--|----------------------------|-----|--|
| <p>Fællesarealerne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er der et aktivt miljø på plejehjemmet • Er rengøringsstandarden tilfredsstillende • Er der fællesskab og trivsel omkring måltidet | <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> | | <p>Medarbejderne er meget synlige i afdelingerne og støtter og vejleder beboerne.</p> <p>Tilsynet observerer, at der på trods af fuld aktivitet i alle afdelinger, er en rolig og harmonisk atmosfære.</p> |
| <p>Omgangsform:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er kommunikationen respektfuld • Er der dialog mellem beboere og medarbejdere og beboere imellem • Bliver beboerne behandlet værdigt | <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> | | |

8 Underskrift

Den 24. maj 2012

Gitte Amundsen
Chefkonsulent, sygeplejerske

Lisbeth Lind
Chefkonsulent, sygeplejerske

BDO Kommunernes Revision
Havneholmen 29
1561 København V.

9 Fremgangsmåde

Lyngby - Taarbæk Kommune har udvalgt fire kvalitetsområder, der skal fungere som fokusområder for de ordinære uanmeldte tilsyn. Det drejer sig om personlig pleje, psykisk pleje og omsorg, hverdagslivet på plejehjem og praktisk hjælp.

På baggrund af disse kvalitetsområder er der udarbejdet 43 målepunkter, som anvendes på samtlige områdecentre. Der anvendes flere dataindsamlingsmetoder, herunder studier af dokumentationsmateriale, observation og interview af beboere og medarbejdere under tilsynet.

Tilsynsforløbet afvikles som følgende:

- BDO har forud for det uanmeldte tilsynsbesøg udvalgt beboere, der skal indgå i tilsynet.
- Ved besøgsstart kontaktes områdelederen eller stedfortræderen, som orienteres om tilsynet. Lederen får mulighed for at foreslå ændringer til listen med de udvalgte beboere, hvis særlige hensyn taler for det.
- Ledelsen anmodes om at kontakte de udvalgte beboere for at indhente accept om, hvorvidt beboerne ønsker at deltage i tilsynet samt om tilsynet må læse den dokumentation, der findes for den enkelte beboer m.v. Tilsagnet dokumenteres af områdecentret i beboerens dokumentation.
- Ved interviewet med beboerne kan det aftales med områdelederen, at beboernes kontaktpersoner/relevant medarbejder er til stede ved præsentationen af tilsynsmedarbejderen, så situationen opleves så tryk som muligt for beboeren.
- Med udgangspunkt i en interviewguide gennemføres der kvalitative interviews med de udvalgte beboere. Tilsynsmedarbejderne foretager ligeledes observationer hos de udvalgte beboere. Der deltager ikke medarbejdere i dette interview.
- Med udgangspunkt i en interviewguide foretages der kvalitative interview med de udvalgte beboeres kontaktpersoner/relevante medarbejdere.
- Rundgang på områdecentret foregår således, at tilsynsmedarbejderne går frit rundt på områdecentret uden ledsagelse. Tilsynsmedarbejderne foretager observationer på områdecentrets fællesarealer.
- Lederen kontaktes ved tilsynets afslutning. Opklarende spørgsmål drøftes og lederen får en kort orientering om tilsynets forløb.
- Tilsynsrapport udarbejdes og sendes i faktuel høring, hvor områdeleder har mulighed for at rette faktuelle fejl, fx et forkert navn eller en misforståelse. Tilsynsmedarbejderen retter fejlene.

Lyngby-Taarbæk Kommune
Socialforvaltningen - Ældreservice

Områdecenter Bredebo

Uanmeldt tilsyn

Maj 2012

1. Indholdsfortegnelse

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | TILSYNETS FORMÅL | 3 |
| 2 | TILSYNSDATO OG TIDSPUNKT | 4 |
| 3 | TILSYNSRESUMÉ | 4 |
| 4 | TILSYNSRESULTAT | 4 |
| 5 | ANBEFALINGER | 6 |
| 6 | DATAGRUNDLAG..... | 7 |
| 6.1 | Dokumentation, observation og interview med borgere og medarbejdere | 7 |
| 7 | OBSERVATIONER PÅ FÆLLESAREALER..... | 11 |
| 8 | UNDERSKRIFT | 13 |
| 9 | FREM GANGSMÅDE | 14 |

1 Tilsynets formål

BDO skal på vegne af Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune gennemføre de lovpligtige uanmeldte tilsyn på kommunens Områdecener.

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker, at tilsynsopgaven skal have både et kontrollerende samt lærende og udviklende element.

BDO's tilsynskoncept lægger vægt på, at kontrol- og læringsaspektet ikke er modstridende, men komplementerer hinanden. Der lægges således vægt på, at den dokumentation, der indsamles i forbindelse med tilsynene, skal være anvendelig i medarbejdernes og ledelsens løbende arbejde med at sikre kvaliteten af den pleje og omsorg, der ydes på plejecentrene. Endelig lægger BDO vægt på, at opsamlingen af data foregår på et validt grundlag.

BDO's tilsynskoncept tager dels udgangspunkt i Servicelovens bestemmelser om Tilsyn på Plejehjem og tilsynets fokus og resultat ses i forhold til Lovgivningen, Lyngby-Taarbæk Kommunes Kvalitetsstandarder, værdier, administrationsgrundlag og den konkrete afgørelse, der er truffet for den enkelte borger.

Tilsynet vil:

- Fungere som kontrol af, om det enkelte områdecener udfører forsvarligt fagligt arbejde inde for sin målgruppe og efterlever lovregler og administrative fastsatte retningslinjer.
- Være dialogbaseret i forhold til beboere, ledelse og medarbejdere for at sikre og fremme faglig kvalitet på plejecentret.

Tilsynet vil endvidere have fokus på følgende hovedpunkter:

- Sikre en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne.
- Skabe grundlag for et systematisk arbejde med anvendelsen af gode erfaringer.
- Afdække styrker og forbedringsmuligheder i områdeceneres måde at håndtere opgaverne på.
- Identificere potentielle udviklingsmuligheder på områdecenerne.
- Give faglig sparring og supervision med udgangspunkt i lokale behov.
- Gøre besøgene til en positiv oplevelse, hvor den enkelte deltager forholder sig reflekterende over for sig selv og de opgaver, der løses.
- Bidrage til sikring af kvaliteten i opgaveløsningen.

De uanmeldte tilsyn tager udgangspunkt i:

- Studier af områdecenerets faglige dokumentation.
- Observationsstudier på områdecenerets fællesarealer og i udvalgte borgeres boliger.
- Interview med borgere, medarbejdere og ledelsen.

2 Tilsynsdato og tidspunkt

Tilsynet er udført den 8. maj 2012, kl. 8.30. til 13.30. af Lis Oline Madsen, chefkonsulent, sygeplejerske og Lisbeth Lind, chefkonsulent og sygeplejerske, BDO.

3 Tilsynsresumé

BDO har på vegne af Lyngby - Taarbæk Kommune gennemført et ordinært uanmeldt tilsyn på Områdecenter Bredebo ved Områdeleder Tina Bardrum. Ved tilsynet er der foretaget observationer på fællesarealer, gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation, observationer hos beboerne samt gennemført samtaler med 4 medarbejdere, som alle er social- og sundhedshjælpere. Desuden har tilsynet talt med 4 beboere.

4 Tilsynsresultat

Områdecenter Bredebo er Godkendt ved det ordinære uanmeldte tilsyn.

| Samlet vurdering | |
|------------------|---|
| x | Godkendt: Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne vedtagelser og værdier samt almene sundhedsfaglige standarder. Forholdene på områdecetret vurderes samlet set at være gode og tilfredsstillende. |
| | Godkendt med mangler på enkelte områder: Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har få mangler eller fejl vurderet ud fra kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne vedtagelser og værdier og/eller almene sundhedsfaglige standarder. Løsningen på det påpegede forhold kontrolleres ved det efterfølgende uanmeldte tilsynsbesøg. |
| | Alvorlige mangler: 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 vedtagelser og værdier samt almene sundhedsfaglige standarder. Fejl udløser et opfølgende uanmeldt tilsyn. Løsningen på de påpegede forhold kontrolleres ved et opfølgende uanmeldt tilsyn. |

Den overordnede vurdering begrundes med:

Afgørelsen "Godkendt" kendetegnes ved det meget tilfredsstillende tilsynsresultat, hvor tilsynet har konstateret:

- Rigtig gode forhold på Områdecenter Bredebo vedrørende det skriftlige grundlag og den leverede hjælp med mange styrker og særlig fokus på: God faglighed i pleje og omsorg, at skabe en god stemning og et aktivt miljø og etablering af nyt Områdecenter med 96 boliger
- Beboerne føler sig trygge og oplever at medarbejderne udviser respekt for beboerens ønsker og behov. Beboerne mener, de modtager den pleje og omsorg, de har behov for.
- Medarbejderne har et godt kendskab til beboerne og beboernes problemstillinger.

- De mangler, der er konstateret på Områdecentret Virumgård vedrører følgende mål, målepunkter og dataindsamlingsområder:
- Manglerne forekommer ved få beboere.
- Manglerne er fordelt over følgende målepunkter:
 - *Mål 2: Der foreligger en samlet plan for pleje- og omsorgsindsatsen*
Der er manglende beskrivelse i "Handleplan for Hverdagsliv" af den daglige tilrettelæggelse af plejeopgaverne i forbindelse med personlig pleje aften og nat.
 - *Mål 4: Der foreligger en samlet plan for aktivitet og træning (ADL og vedligeholdelse)*
Der er manglende beskrivelse af de konkrete opgaver vedrørende aktivitet og træning.
 - *Mål 5: Der foreligger en samlet plan for psykisk pleje og omsorg*
Der er manglende beskrivelse af den daglige tilrettelæggelse af plejeopgaverne i forbindelse med psykisk pleje og omsorg.
- De få mangler, der er, vil relativt nemt kunne afhjælpes ved følgende indsats:
 - At "Handleplan for Hverdagsliv" indeholder dokumentation for den daglige tilrettelæggelse af plejeopgaverne i forbindelse med personlig pleje aften og nat.
 - At de konkrete opgaver i forbindelse med aktiviteter og træning dokumenteres i en samlet plan.
 - At den daglige tilrettelæggelse af plejeopgaverne i forbindelse med psykisk pleje og omsorg til beboeren dokumenteres.

5 anbefalinger

Tilsynet lægger vægt på udvikling og læring i forbindelse med det lovpligtige uanmeldte tilsyn. På baggrund af afdækningen af ovenstående tilsynsresultat foreslår tilsynet følgende:

- At Områdecenter Bredebo underviser, vejleder og oplærer medarbejderne i sundhedsfaglig dokumentation med fokus på "Handleplan for Hverdagsliv", således at handlinger i forhold til personlig pleje aften og nat beskrives.
- At Områdecenter Bredebo underviser, vejleder og oplærer medarbejderne i dokumentation af de konkrete opgaver, som medarbejderne udfører i forhold til at støtte beboeren i at deltage i aktiviteter og træning.
- At Områdecenter Bredebo underviser, vejleder og oplærer medarbejderne i sundhedsfaglig dokumentation i forbindelse med udførelse af de konkrete plejeopgaver af psykisk pleje og omsorg

6 Datagrundlag

6.1 Dokumentation, observation og interview med borgere og medarbejdere

Der er udvalgt otte repræsentative mål fra kvalitetsstandarderne:

- Det skriftlige grundlag, mål 1
- Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje, omsorg, aktivitet og træning, og psykisk pleje og omsorg mål 2-5
- Sammenhæng mellem visitation og leveret praktisk hjælp mål 6
- Hverdagen på plejehjem, mål 7-8

Der er i alt defineret 43 målepunkter.

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

Af handleplanerne fremgik det at 2 interviewede beboere ud af 4 er hukommelsessvækkede.

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

| Mål 1: | Der foreligger en skriftlig afgørelse med Aktuel status og handleplaner | | |
|----------------------|---|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | x | | I Lyngby-Taarbæk Kommune er det ikke visitator, som udarbejder formål og retningsgivende mål for beboerens liv på områdecetret. Plejepersonalet på områdecetret, udarbejder ved indflytningen, en aktuel status som indeholder beskrivelse af beboerens fysiske, psykiske og sociale tilstand. Med udgangspunkt i den aktuelle status udarbejder plejepersonalet en handleplan for beboerens hverdagsliv, samt handleplaner i forhold til beboerens individuelle problemstillinger. I hver enkelt handleplan er formålet med indsatsen beskrevet. Alle beboere har en handleplan for hverdagsliv samt relevante handleplaner ift. beboernes individuelle problemstillinger. |
| Observation | x | | Tilsynet observerer sammenhæng mellem de udarbejdede handleplaner og beboerens tilstand. |
| Beboer (spm.1) | x | | Alle beboere kan fortælle om omfanget af den pleje og omsorg de modtager |
| Beboer (spm. 2) | x | | Alle beboere mener at kunne få hjælp til at klage, såfremt de ønsker det. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere har kendskab til de ydelser, som beboeren internt er visiteret til. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere har kendskab til, at beboeren har ret til at klage. |
| | | | |

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

| Mål 2: | Der foreligger en samlet plan for pleje- og omsorgsindsatsen | | |
|------------------------|--|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation (spm. 1) | x | | Alle beboere har en journal, hvor beboerens behov for personlig pleje er beskrevet. |
| Dokumentation (spm. 2) | | x | En beboer har en journal, hvor den daglige tilrettelæggelse af plejeopgaverne ifm. personlig pleje er beskrevet for dag, aften og nat. En beboer har en journal, hvor den daglige tilrettelæggelse af plejeopgaverne ifm. personlig pleje er beskrevet for dag og nat, men har mangler ift. aften. En beboer har en journal, hvor den daglige tilrettelæggelse af plejeopgaverne ifm. personlig pleje er beskrevet for dag og aften, men har mangler ift. nat. En beboer har en journal, hvor den daglige tilrettelæggelse af plejeopgaverne ifm. personlig pleje er beskrevet for dagen, men har mangler ift. aften og nat. |
| Observation | x | | Hos alle beboere kan der observeres sammenhæng mellem de beskrevne plejeopgaver og beboerens tilstand. I en journal er der beskrevet relevante og væsentlige problemstillinger ifm. personlig pleje til en borger, som har et blærekateter. Beskrivelsen omfatter bl.a. hvilke opgaver, medarbejderne skal udføre, |

| | | | |
|----------------------|---|--|---|
| | | | for at støtte beboeren i at opretholde en god personlig hygiejne. Alligevel lugter borgeren ganske kraftigt af urin. |
| Beboer | x | | Alle beboere udtaler, at der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboeren mener at have brug for, og den hjælp, som beboeren får tilbudt. |
| Medarbejder (spm.1) | x | | Alle medarbejdere kan begrunde plejen. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere kan redegøre for den faglige indsats. |
| | | | |

| Mål 3: | Der er redegjort for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats | | |
|---------------|--|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | x | | Alle beboere har handleplaner i forhold til den sundhedsfremmende indsats. Det drejer sig om handleplaner indenfor f.eks. ernæring (vægtkontrol), psykosociale forhold (forebygge isolation) udskillelse af affaldsstoffer, lægemiddeladministration (insulin/blodsukkermåling) o. lign. Enkelte handleplaner har mangler ajourføring/afslutning. Af 2 handleplaner fremgår, at problemstillingen er løst pt., men at handleplanen ikke afsluttes for nuværende. |
| Observation | x | | Hos alle beboere fremgår observerbare risici af journalen. |
| Beboer | x | | Alle beboere giver udtryk for, at der er overensstemmelse mellem de identificerede risici og borgerens egne bekymringer for komplikationer |
| Medarbejder | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om særlig indsats vedr. relevante risici i forhold til beboerens situation. |
| | | | |

Aktivitet og træning – Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje- og omsorg i henhold til Servicelovens § 86 samt kommunens kvalitetsstandarder:

| Mål 4: | Der foreligger en samlet plan for aktivitet og træning (ADL og vedligeholdelse) | | |
|----------------------|---|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | | x | To beboere har en journal, hvor de konkrete opgaver vedr. aktivitet og træning fremgår. To beboere har en journal med manglende beskrivelse af de konkrete opgaver vedr. aktivitet og træning. |
| Observation | | x | Hos to beboere kan der observeres sammenhæng mellem de beskrevne opgaver og beboerens tilstand jf. ovenstående indikator vedr. manglende beskrivelse. |
| Beboer | x | | Alle beboere mener, at der er sammenhæng mellem den hjælp, beboeren mener at have brug for og den hjælp, som beboeren får tilbudt. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere kan begrunde plejen. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere kan redegøre for den faglige indsats. |
| | | | |

Psykisk pleje og omsorg – Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje- og omsorg i henhold til Servicelovens §§ 83 og 86:

| Mål 5: | Der foreligger en samlet plan for psykisk pleje og omsorg | | |
|------------------------|---|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation (spm. 1) | x | | Tre beboere har en journal, hvor de konkrete opgaver vedr. psykisk pleje og omsorg fremgår. En beboer har en journal med manglende beskrivelse af opgaver ifm. depression. |
| Dokumentation (spm. 2) | | x | To beboere har en journal med manglende beskrivelse af den daglige tilrettelæggelse af psykisk pleje og omsorg ifm. Depression og demenssygdom. |
| Observation | x | | Alle observerbare risici fremgår af journalen. |
| Beboer (sp. 1) | x | | Alle beboeres udtrykte behov fremgår af journalen. |
| Beboer (spm. 2) | x | | Alle beboere udtaler, at de føler sig sikre og trygge i hverdagen. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere kan begrunde plejen. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere kan redegøre for den faglige indsats. |

Praktisk hjælp – Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje og omsorg i henhold til Servicelovens § 83 og kommunens kvalitetsstandarder:

| Mål 6: | Beboeren sikres hygiejnemæssig forsvarlig renholdelse af boligen og tilfredsstillende håndtering af vasketøjet | | |
|-----------------|--|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | x | | Rengøring af boligen er beskrevet i rengøringsplaner. |
| Observation | x | | Hos en beboer lugter der kraftigt af urin i boligen. |
| Beboer (spm. 1) | x | | Alle beboere er tilfredse med rengøringen. |
| Beboer (spm. 2) | x | | Alle beboere er tilfredse med håndteringen af vasketøj. |
| Medarbejder | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om handlinger, som kan sikre beboeren en god hverdag. |

Hverdagen på plejehjemmet:

| Mål 7: | Beboeren har en god og tilfredsstillende hverdag | | |
|------------------------|--|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation (spm. 1) | x | | Alle beboere har en journal med beskrivelse af beboerens livshistorie. |
| Dokumentation (spm. 2) | x | | Alle beboere har en journal med beskrivelse af beboerens vaner og ønsker (Handleplan for hverdagsliv) |
| Observation | x | | Beboernes vaner og ønsker kan observeres. |

| | | | |
|-------------|---|--|--|
| Beboer | x | | Alle beboere udtaler, at de føler sig rigtig godt tilpas på Områdecenter Bredebo. |
| Medarbejder | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om handlinger, som kan sikre beboeren en god hverdag. |
| | | | |

| Mål 8: | Beboeren oplever respekt | | |
|----------------------|--------------------------|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Observation (spm. 1) | x | | Tilsynsførende kan observere respektfuld kommunikation, god omgangstone og forsvarlig opbevaring af personlige og professionelle papirer hos alle beboere. |
| Observation (spm. 2) | x | | Tilsynsførende kan observere, at det verbale og det nonverbale sprog anvende professionelt i samspillet mellem medarbejder og beboer. |
| Beboer | x | | Alle beboere udtaler, at de oplever respektfuld tiltale, respektfuld kommunikation og at medarbejderne udviser accept af beboerens ønsker om levevis. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om handlinger til at sikre beboeren respekt, herunder fortælle om eventuelle overvejelser om opbevaring af personlige og professionelle papirer. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om betoningen af at anvende det talte og udtalte sprog i plejen til beboeren. |
| | | | |

7 Observationer på fællesarealer

Beskrivelse af områdecenter

Områdecenter Bredebo består af en to etagers ejendom med kælder.

Områdecentret rummer i alt 39 1-rums plejeboliger, boligerne er placeret på to etager. Hver etage har et modtagerkøkken samt kontorfaciliteter til medarbejderne.

På begge etager er der opslagstavler med dagens aktiviteter og madplan. Der er desuden en opslagstavle med oversigt over medarbejderne.

I stueetagen er der café med tilhørende aktivitetscenter.

Områdecenter Bredebo har fodklinik og tandklinik.

Et nyt Områdecenter Bredebo er under opførelse på grunden, som støder op til nuværende bygninger. Det betyder, at undendørsarealet, som på to sider støder op til nuværende bygninger, har karakter af en byggeplads.

Observationer i forbindelse med rundgang

Der er udarbejdet fem målepunkter for "Observationer på fællesarealer".

I forbindelse med rundgang på områdecentret havde tilsynsførende fokus på, om beboerne deltog i aktiviteter og/eller underholdning individuelt eller i grupper. Desuden observerede tilsynsførende omgangformen, herunder om der var dialog mellem beboere og medarbejdere, beboere imellem, samt mellem medarbejderne.

Det skal for den gode ordens skyld understreges, at tilsynsførendes observationer fra rundgangen, som præsenteres i det følgende, er udtryk for et øjebliksbillede.

Observationer på fællesarealer:

| Observationer | Ja | Nej | Bemærkninger |
|--|----------------------------|-----|---|
| <p>Fællesarealerne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er der et aktivt miljø på plejehjemmet • Er rengøringsstandarden tilfredsstillende • Er der fællesskab og trivsel omkring måltidet | <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> | | <p>Områdecenter Bredebo er et aktivt hus, hvor beboerne tilbydes deltagelse i aktiviteter både individuelt og i grupper.</p> <p>Områdecentret Bredebo har en tilfredsstillende rengøringsstandard.</p> <p>Tilsynsførende observerer, at der er fællesskab og ved måltidet. Der er en rolig atmosfære og medarbejderne sidder med ved borget og medvirker til at skabe god trivsel under måltidet.</p> |
| <p>Omgangsform:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er kommunikationen respektfuld • Er der dialog mellem beboere og medarbejdere og beboere imellem • Bliver beboerne behandlet værdigt | <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> | | <p>Tilsynet observerer en respektfuld kommunikation.</p> <p>Der er god dialog mellem beboere og medarbejdere og beboere imellem.</p> <p>Tilsynet observerer, at beboerne behandles værdig. Dog skal der gøres opmærksom på, at den beboer, som lugter kraftigt af urin, har fast plads på gangarealet, hvorfor det er ekstra vigtigt af hensyn til beboerens værdighed, at beboeren fremtræder velplejet.</p> |

8 Underskrift

Den 10. maj 2012

Lis Oline Madsen
Chefkonsulent og sygeplejerske

Lisbeth Lind
Chefkonsulent og sygeplejerske

BDO Kommunernes Revision
Havneholmen 29
1561 København V.

9 Fremgangsmåde

Lyngby - Taarbæk Kommune har udvalgt fire kvalitetsområder, der skal fungere som fokusområder for de ordinære uanmeldte tilsyn. Det drejer sig om personlig pleje, psykisk pleje og omsorg, hverdagslivet på plejehjem og praktisk hjælp.

På baggrund af disse kvalitetsområder er der udarbejdet 43 målepunkter, som anvendes på samtlige områdecener. Der anvendes flere dataindsamlingsmetoder, herunder studier af dokumentationsmateriale, observation og interview af beboere og medarbejdere under tilsynet.

Tilsynsforløbet afvikles som følgende:

- BDO har forud for det uanmeldte tilsynsbesøg udvalgt beboere, der skal indgå i tilsynet.
- Ved besøgsstart kontaktes områdelederen eller stedfortræderen, som orienteres om tilsynet. Lederen får mulighed for at foreslå ændringer til listen med de udvalgte beboere, hvis særlige hensyn taler for det.
- Ledelsen anmodes om at kontakte de udvalgte beboere for at indhente accept om, hvorvidt beboerne ønsker at deltage i tilsynet samt om tilsynet må læse den dokumentation, der findes for den enkelte beboer m.v. Tilsagnet dokumenteres af områdeceneret i beboerens dokumentation.
- Ved interviewet med beboerne kan det aftales med områdelederen, at beboernes kontaktpersoner/relevant medarbejder er til stede ved præsentationen af tilsynsmedarbejderen, så situationen opleves så tryk som muligt for beboeren.
- Med udgangspunkt i en interviewguide gennemføres der kvalitative interviews med de udvalgte beboere. Tilsynsmedarbejderne foretager ligeledes observationer hos de udvalgte beboere. Der deltager ikke medarbejdere i dette interview.
- Med udgangspunkt i en interviewguide foretages der kvalitative interview med de udvalgte beboeres kontaktpersoner/relevante medarbejdere.
- Rundgang på områdeceneret foregår således, at tilsynsmedarbejderne går frit rundt på områdeceneret uden ledsagelse. Tilsynsmedarbejderne foretager observationer på områdecenerets fællesarealer.
- Lederen kontaktes ved tilsynets afslutning. Opklarende spørgsmål drøftes og lederen får en kort orientering om tilsynets forløb.
- Tilsynsrapport udarbejdes og sendes i faktuel hørings, hvor områdeleder har mulighed for at rette faktuelle fejl, fx et forkert navn eller en misforståelse. Tilsynsmedarbejderen retter fejlene.

Lyngby-Taarbæk Kommune
Socialforvaltningen - Ældreservice

Lokalcenter Lykkens Gave

Uanmeldt tilsyn

Maj 2012

1. Indholdsfortegnelse

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | TILSYNETS FORMÅL | 3 |
| 2 | TILSYNSDATO OG TIDSPUNKT | 4 |
| 3 | TILSYNSRESUMÉ | 4 |
| 4 | TILSYNSRESULTAT | 4 |
| 5 | ANBEFALINGER | 5 |
| 6 | DATAGRUNDLAG..... | 6 |
| 6.1 | Dokumentation, observation og interview med borgere og medarbejdere | 6 |
| 7 | OBSERVATIONER PÅ FÆLLESAREALER..... | 10 |
| 8 | UNDERSKRIFT | 12 |
| 9 | FREM GANGSMÅDE | 13 |

1 Tilsynets formål

BDO skal på vegne af Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune gennemføre de lovpligtige uanmeldte tilsyn på kommunens Områdecentre.

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker, at tilsynsopgaven skal have både et kontrollerende samt lærende og udviklende element.

BDO's tilsynskoncept lægger vægt på, at kontrol- og læringsaspektet ikke er modstridende, men komplementerer hinanden. Der lægges således vægt på, at den dokumentation, der indsamles i forbindelse med tilsynene, skal være anvendelig i medarbejdernes og ledelsens løbende arbejde med at sikre kvaliteten af den pleje og omsorg, der ydes på plejecentrene. Endelig lægger BDO vægt på, at opsamlingen af data foregår på et validt grundlag.

BDO's tilsynskoncept tager dels udgangspunkt i Servicelovens bestemmelser om Tilsyn på Plejehjem og tilsynets fokus og resultat ses i forhold til Lovgivningen, Lyngby-Taarbæk Kommunes Kvalitetsstandarder, værdier, administrationsgrundlag og den konkrete afgørelse, der er truffet for den enkelte borger.

Tilsynet vil:

- Fungere som kontrol af, om det enkelte områdecetre udfører forsvarligt fagligt arbejde inde for sin målgruppe og efterlever lovregler og administrative fastsatte retningslinjer.
- Være dialogbaseret i forhold til beboere, ledelse og medarbejdere for at sikre og fremme faglig kvalitet på plejecentret.

Tilsynet vil endvidere have fokus på følgende hovedpunkter:

- Sikre en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne.
- Skabe grundlag for et systematisk arbejde med anvendelsen af gode erfaringer.
- Afdække styrker og forbedringsmuligheder i områdecentrenes måde at håndtere opgaverne på.
- Identificere potentielle udviklingsmuligheder på områdecentrene.
- Give faglig sparring og supervision med udgangspunkt i lokale behov.
- Gøre besøgene til en positiv oplevelse, hvor den enkelte deltager forholder sig reflekterende over for sig selv og de opgaver, der løses.
- Bidrage til sikring af kvaliteten i opgaveløsningen.

De uanmeldte tilsyn tager udgangspunkt i:

- Studier af områdecetrets faglige dokumentation.
- Observationsstudier på områdecetrets fællesarealer og i udvalgte borgeres boliger.
- Interview med borgere, medarbejdere og ledelsen.

2 Tilsynsdato og tidspunkt

Tilsynet er udført den 22. maj 2012, kl. 8.30 til 13.30 af Gitte Ammundsen, chefkonsulent, sygeplejerske og Lisbeth Lind, chefkonsulent, sygeplejerske, BDO.

3 Tilsynsresumé

BDO har på vegne af Lyngby-Taarbæk Kommune gennemført et ordinært uanmeldt tilsyn på Lokalcenter Lykkens Gave ved lokalcenterleder Annette Hede. Ved tilsynet er der foretaget observationer på fællesarealer, gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation, observationer hos beboerne samt gennemført samtaler med to medarbejdere, hvoraf den ene er social- og sundhedsassistent og den anden social- og sundhedshjælper. Den ene medarbejder blev interviewet ift. to beboere. Desuden har tilsynet talt med tre beboere.

4 Tilsynsresultat

Lokalcenter Lykkens Gave er godkendt ved det ordinære uanmeldte tilsyn.

| Samlet vurdering | |
|------------------|---|
| x | Godkendt: Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne vedtagelser og værdier samt almene sundhedsfaglige standarder. Forholdene på områdecetret vurderes samlet set at være gode og tilfredsstillende. |
| | Godkendt med mangler på enkelte områder: Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har få mangler eller fejl vurderet ud fra kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne vedtagelser og værdier og/eller almene sundhedsfaglige standarder. Løsningen på det påpegede forhold kontrolleres ved det efterfølgende uanmeldte tilsynsbesøg. |
| | Alvorlige mangler: 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 vedtagelser og værdier samt almene sundhedsfaglige standarder. Fejl udløser et opfølgende uanmeldt tilsyn. Løsningen på de påpegede forhold kontrolleres ved et opfølgende uanmeldt tilsyn. |

Den overordnede vurdering begrundes med:

Afgørelsen "Godkendt" kendetegnes ved det meget tilfredsstillende tilsynsresultat, hvor tilsynet har konstateret:

- Rigtig gode forhold på Lokalcenter Lykkens Gave vedrørende det skriftlige grundlag og den leverede hjælp med mange styrker og særlig fokus på: Sprogets betydning for trivsel og tryghed for beboerne, Almindelig Daglig Levevis (ADL) og at Lokalcentret skal være "Et hjem".

- Der er ikke fundet mangler på Lokalcenter Lykkens Gave.

5 anbefalinger

Tilsynet lægger vægt på udvikling og læring i forbindelse med det lovpligtige uanmeldte tilsyn. På baggrund af afdækningen af ovenstående tilsynsresultat foreslår tilsynet følgende:

- At Lokalcenter Lykkens Gave fortsætter den gode udvikling i relation til den faglige indsats samt den sundhedsfaglige dokumentation.
- At Lokalcenter Lykkens Gave overvejer, om Tom Kitwoods teori om pleje og omsorg til mennesker med en demenssygdom kan inddrages i plejen.

6 Datagrundlag

6.1 Dokumentation, observation og interview med borgere og medarbejdere

Der er udvalgt otte repræsentative mål fra kvalitetsstandarderne:

- Det skriftlige grundlag, mål 1
- Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje, omsorg, aktivitet og træning, og psykisk pleje og omsorg mål 2-5
- Sammenhæng mellem visitation og leveret praktisk hjælp mål 6
- Hverdagen på plejehjem, mål 7-8

Der er i alt defineret 43 målepunkter.

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: | Der foreligger en skriftlig afgørelse med Aktuel status og handleplaner | | |
|----------------------|---|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | x | | I Lyngby-Taarbæk Kommune er det ikke visitator, som udarbejder formål og retningsgivende mål for opholdet på lokalcentret. Medarbejderne på Lokalcenter Lykkens Gave, udarbejder ved indflytningen, en aktuel status som indeholder beskrivelse af beboerens fysiske, psykiske og sociale tilstand. Med udgangspunkt i den aktuelle status udarbejder medarbejderne en handleplan for beboerens hverdagsliv, samt handleplaner i forhold til beboerens individuelle problemstillinger. I hver enkelt handleplan er formålet med indsatsen beskrevet. Alle tre beboere har en handleplan for hverdagsliv samt relevante handleplaner ift. beboerens individuelle problemstillinger. |
| Observation | x | | Tilsynet observerer sammenhæng mellem de udarbejdede handleplaner og beboerens tilstand. |
| Beboer (spm.1) | x | | En beboer kan fortælle om omfanget af den pleje og omsorg de modtager. De to andre beboere havde vanskeligheder med kontakten med tilsynsførende og den verbale kommunikation. |
| Beboer (spm. 2) | x | | En beboer mener at kunne få hjælp til at klage, såfremt de ønsker det. Det er tilsynets vurdering, at de to øvrige beboere er bevidste om, hvortil de retter en evt. klage. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Begge medarbejdere har kendskab til de ydelser, som beboeren internt er visiteret til. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Begge medarbejdere har kendskab til, at beboeren har ret til at klage. |
| | | | |

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

| Mål 2: | Der foreligger en samlet plan for pleje- og omsorgsindsatsen | | |
|------------------------|--|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation (spm. 1) | x | | I alle journaler fremgår beskrivelse af beboerens behov for personlig pleje. |
| Dokumentation (spm. 2) | x | | I alle journaler fremgår den daglige individuelle tilrettelæggelse af plejeopgaverne af Handleplan for hverdagsliv. De skriftlige formuleringer i handleplanerne afspejler tydeligt de etiske overvejelser ifm. udførelse af pleje og omsorg til den enkelte beboer. Alle handleplaner for hverdagsliv indeholder beskrivelse af, hvilke overvejelser medarbejderen skal gøre sig, inden de udfører pleje og omsorg til beboeren. Som eksempel kan nævnes: Overvejelser inden beboeren hjælpes med bad, overvejelser inden aftenvagten begynder og overvejelser inden nattilsyn gennemføres. |
| Observation | x | | Hos alle beboere kan der observeres sammenhæng mellem de beskrevne plejeopgaver og beboerens tilstand. |
| Beboer | x | | Beboerne udtaler, at der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboeren mener at have brug for, og den hjælp, som beboeren får |

| | | | |
|----------------------|---|--|---|
| | | | tilbudt. |
| Medarbejder (spm.1) | x | | Begge medarbejdere kan begrunde plejen for hele døgnet og ikke alene for den vagt, som medarbejderen selv arbejder i. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Begge medarbejdere kan redegøre for den faglige indsats. |
| | | | |

| Mål 3: | Der er redegjort for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats | | |
|---------------|--|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | x | | Hos alle tre beboere indeholder handleplanerne beskrivelse af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Indsatsen beskrives ikke særskilt men fremgår indirekte af de faglige formuleringer. |
| Observation | x | | Hos alle beboere fremgår observerbare risici af journalen. |
| Beboer | x | | Det er tilsynets vurdering, at beboerne ikke har bekymringer udover de, der fremgår i handleplanerne. |
| Medarbejder | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om den særlige indsats vedr. relevante risici i forhold til beboerens situation. |
| | | | |

Aktivitet og træning – Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje- og omsorg i henhold til Servicelovens § 86 samt kommunens kvalitetsstandarder:

| Mål 4: | Der foreligger en samlet plan for aktivitet og træning (ADL og vedligeholdelse) | | |
|----------------------|---|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | x | | En beboer har en handleplan i relation til Aktivitet og træning. I forhold til de to øvrige beboere fremgår konkrete opgaver vedr. aktivitet og træning af handleplan for hverdagsliv. |
| Observation | x | | Hos alle tre beboere kan der observeres sammenhæng mellem de beskrevne opgaver og beboerens tilstand. |
| Beboer | x | | Beboerne mener, at der er sammenhæng mellem den hjælp, de mener at have brug for og den hjælp, som de får tilbudt. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Begge medarbejdere kan begrunde indsatsen ift. aktivitet og træning. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Begge medarbejdere kan redegøre for den faglige indsats. |
| | | | |

Psykisk pleje og omsorg – Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje- og omsorg i henhold til Servicelovens §§ 83 og 86:

| Mål 5: | Der foreligger en samlet plan for psykisk pleje og omsorg | | |
|------------------------|---|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation (spm. 1) | x | | Alle tre beboere har en handleplan på det psykosociale område, hvor de konkrete opgaver vedr. psykisk pleje og omsorg fremgår. |
| Dokumentation (spm. 2) | x | | Den konkrete tilrettelæggelse af plejeopgaverne ifm. aktivitet og træning fremgår af handleplanerne. |

| | | | |
|----------------------|---|--|--|
| Observation | x | | Alle observerbare risici fremgår af journalen. |
| Beboer (sp. 1) | x | | Beboernes udtrykte behov fremgår af journalen. |
| Beboer (spm. 2) | x | | Beboerne signalerer, at de føler sig sikre og trygge ved at bo på Lykkens Gave. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Begge medarbejdere kan begrunde plejen. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Begge medarbejdere kan redegøre for den faglige indsats. Medarbejderne er bevidste om, i hvilken grad deres egen adfærd har betydning for, at beboeren kan modtage guidning i løbet af dagen. Som eksempel kan nævnes: tale roligt, anvende gentagelser, undgå stress og ikke virke dirigerende. |
| | | | |

Praktisk hjælp – Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje og omsorg i henhold til Servicelovens § 83 og kommunens kvalitetsstandarder:

| Mål 6: | Beboeren sikres hygiejnemæssig forsvarlig renholdelse af boligen og tilfredsstillende håndtering af vasketøjet | | Bemærkninger |
|-----------------|--|-----|---|
| | Ja | Nej | |
| Dokumentation | x | | Rengøring af boligen er beskrevet i rengøringsplaner. |
| Observation | x | | Den hygiejniske tilstand i boligen er i overensstemmelse med kvalitetsstandarden. |
| Beboer (spm. 1) | x | | Beboerne er tilfredse med rengøringen. |
| Beboer (spm. 2) | x | | Beboerne er tilfredse med håndteringen af vasketøj. |
| Medarbejder | x | | Medarbejderne kan fortælle om handlinger, som kan sikre beboeren en god hverdag. |
| | | | |

Hverdagen på plejehjemmet:

| Mål 7: | Beboeren har en god og tilfredsstillende hverdag | | Bemærkninger |
|------------------------|--|-----|--|
| | Ja | Nej | |
| Dokumentation (spm. 1) | x | | To beboere har en journal med beskrivelse af beboerens livshistorie. En beboer har en journal med manglende beskrivelse af livshistorie. |
| Dokumentation (spm. 2) | x | | Alle beboere har en journal med beskrivelse af beboerens vaner og ønsker (Handleplan for hverdagsliv). |
| Observation | x | | Beboernes vaner og ønsker kan observeres. |
| Beboer | x | | Beboere tilkendegiver, at de føler sig godt tilpas på Lokalcenter Lykkens Gave. |
| Medarbejder | x | | Medarbejderne kan fortælle om handlinger, som kan sikre beboeren en god hverdag. |
| | | | |

| Mål 8: | Beboeren oplever respekt | | |
|----------------------|--------------------------|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Observation (spm. 1) | x | | Tilsynsførende kan observere respektfuld kommunikation, god omgangstone og forsvarlig opbevaring af personlige og professionelle papirer hos alle beboere. |
| Observation (spm. 2) | x | | Tilsynsførende kan observere, at det verbale og det nonverbale sprog anvendes professionelt i samspillet mellem medarbejder og beboer. |
| Beboer | x | | En beboer kan bekræfte, at kommunikationen er respektfuld og at medarbejderne udviser accept af beboerens ønsker om levevis. Der er tilsynets vurdering af kommunikationen generelt er respektfuld. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Begge medarbejdere kan fortælle om handlinger, som kan sikre beboeren respekt, herunder fortælle om eventuelle overvejelser om opbevaring af personlige og professionelle papirer. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Begge medarbejdere kan fortælle om betydningen af at anvende det talte og udtalte sprog i plejen til beboeren. |
| | | | |

7 Observationer på fællesarealer

Beskrivelse af områdecenter

Lokalcenter Lykkens Gave er et kommunalt, psykiatrisk lokalcenter med 28 boliger. Lykkens Gave modtager beboere med psykiske sygdomme og demens sygdomme. Lokalcenter Lykkens Gave hører organisatorisk under Områdecenter Solgården.

Lokalcenter Lykkens Gave er beliggende i en stor gammel villa med en tilhørende parklignede have i naturskønne omgivelser tæt ved Mølleåen. Lokalcentret har to terrasser, begge med markiser, samt en pavillon i haven. Stierne i den parklignede have har en belægning, som gør det muligt at køre med kørestol. I haven er der desuden indrettet sansehøve.

Villaen har 3 etager. Der er elevator fra jordplan til etagerne. Boligerne er på ca. 10 m² med fælles bad og toilet. Beboerne deler 7 toiletter og 6 badeværelser, som er fordelt på etagerne. Lokalcentret har en række fælles faciliteter. Der er pejsestue med videobiograf, spisestue, musikstue, frisør, tandlæge, fodterapeut samt indendørs ryge rum.

I kælderen er der indrettet et aktivitets rum til en skærmet gruppe af fysisk mobile beboere.

Observationer i forbindelse med rundgang

Der er udarbejdet fem målepunkter for "Observationer på fællesarealer".

I forbindelse med rundgang på områdecentret havde tilsynsførende fokus på, om beboerne deltog i aktiviteter og/eller underholdning individuelt eller i grupper. Desuden observerede tilsynsførende omgangformen, herunder om der var dialog mellem beboere og medarbejdere, beboere imellem, samt mellem medarbejderne.

Det skal for den gode ordens skyld understreges, at tilsynsførendes observationer fra rundgangen, som præsenteres i det følgende, er udtryk for et øjebliksbillede.

Observationer på fællesarealer:

| Observationer | Ja | Nej | Bemærkninger |
|--|----------------------------|-----|---|
| <p>Fællesarealerne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er der et aktivt miljø på plejehjemmet • Er rengøringsstandarden tilfredsstillende • Er der fællesskab og trivsel omkring måltidet | <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> | | <p>Lokalcenter Lykkens Gave er et aktivt hus, hvor beboerne tilbydes deltagelse i aktiviteter både individuelt og i grupper.</p> <p>Lokalcenter Lykkens Gave har en tilfredsstillende rengøringsstandard.</p> <p>Tilsynsførende observerer, at der er fællesskab og trivsel ved måltidet. Der er en rolig atmosfære og medarbejderne sidder med ved bordet og medvirker til at skabe god trivsel.</p> |
| <p>Omgangsform:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er kommunikationen respektfuld • Er der dialog mellem beboere og medarbejdere og beboere imellem • Bliver beboerne behandlet værdigt | <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> | | <p>Tilsynet observerer en respektfuld kommunikation.</p> <p>Der er god dialog beboere og medarbejdere og beboere imellem.</p> <p>Tilsynet observerer, at beboerne behandles værdigt.</p> |

8 Underskrift

Den 25. maj 2012

Gitte Amundsen
Chefkonsulent og sygeplejerske

Lisbeth Lind
Chefkonsulent og sygeplejerske

BDO Kommunernes Revision
Havneholmen 29
1561 København V.

9 Fremgangsmåde

Lyngby - Taarbæk Kommune har udvalgt fire kvalitetsområder, der skal fungere som fokusområder for de ordinære uanmeldte tilsyn. Det drejer sig om personlig pleje, psykisk pleje og omsorg, hverdagslivet på plejehjem og praktisk hjælp.

På baggrund af disse kvalitetsområder er der udarbejdet 43 målepunkter, som anvendes på samtlige områdecentre. Der anvendes flere dataindsamlingsmetoder, herunder studier af dokumentationsmateriale, observation og interview af beboere og medarbejdere under tilsynet.

Tilsynsforløbet afvikles som følgende:

- BDO har forud for det uanmeldte tilsynsbesøg udvalgt beboere, der skal indgå i tilsynet.
- Ved besøgsstart kontaktes områdelederen eller stedfortræderen, som orienteres om tilsynet. Lederen får mulighed for at foreslå ændringer til listen med de udvalgte beboere, hvis særlige hensyn taler for det.
- Ledelsen anmodes om at kontakte de udvalgte beboere for at indhente accept om, hvorvidt beboerne ønsker at deltage i tilsynet samt om tilsynet må læse den dokumentation, der findes for den enkelte beboer m.v. Tilsynet dokumenteres af områdecentret i beboerens dokumentation.
- Ved interviewet med beboerne kan det aftales med områdelederen, at beboernes kontaktpersoner/relevant medarbejder er til stede ved præsentationen af tilsynsmedarbejderen, så situationen opleves så tryk som muligt for beboeren.
- Med udgangspunkt i en interviewguide gennemføres der kvalitative interviews med de udvalgte beboere. Tilsynsmedarbejderne foretager ligeledes observationer hos de udvalgte beboere. Der deltager ikke medarbejdere i dette interview.
- Med udgangspunkt i en interviewguide foretages der kvalitative interview med de udvalgte beboeres kontaktpersoner/relevante medarbejdere.
- Rundgang på områdecentret foregår således, at tilsynsmedarbejderne går frit rundt på områdecentret uden ledsagelse. Tilsynsmedarbejderne foretager observationer på områdecentrets fællesarealer.
- Lederen kontaktes ved tilsynets afslutning. Opklarende spørgsmål drøftes og lederen får en kort orientering om tilsynets forløb.
- Tilsynsrapport udarbejdes og sendes i faktuel høring, hvor områdeleder har mulighed for at rette faktuelle fejl, fx et forkert navn eller en misforståelse. Tilsynsmedarbejderen retter fejlene.

Lyngby-Taarbæk Kommune
Socialforvaltningen - Ældreservice

Områdecenter Lystoftebakken

Uanmeldt tilsyn

April 2012

1. Indholdsfortegnelse

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | TILSYNETS FORMÅL | 3 |
| 2 | TILSYNSDATO OG TIDSPUNKT | 4 |
| 3 | TILSYNSRESUMÉ | 4 |
| 4 | TILSYNSRESULTAT | 4 |
| 5 | ANBEFALINGER | 6 |
| 6 | DATAGRUNDLAG..... | 7 |
| 6.1 | Dokumentation, observation og interview med borgere og medarbejdere | 7 |
| 7 | OBSERVATIONER PÅ FÆLLESAREALER..... | 11 |
| 8 | UNDERSKRIFT | 13 |
| 9 | FREMGANGSMÅDE | 14 |

1 Tilsynets formål

BDO skal på vegne af Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune gennemføre de lovpligtige uanmeldte tilsyn på kommunens Områdecener.

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker, at tilsynsopgaven skal have både et kontrollerende samt lærende og udviklende element.

BDO's tilsynskoncept lægger vægt på, at kontrol- og læringsaspektet ikke er modstridende, men komplementerer hinanden. Der lægges således vægt på, at den dokumentation, der indsamles i forbindelse med tilsynene, skal være anvendelig i medarbejdernes og ledelsens løbende arbejde med at sikre kvaliteten af den pleje og omsorg, der ydes på plejecentrene. Endelig lægger BDO vægt på, at opsamlingen af data foregår på et validt grundlag.

BDO's tilsynskoncept tager dels udgangspunkt i Servicelovens bestemmelser om Tilsyn på Plejehjem og tilsynets fokus og resultat ses i forhold til Lovgivningen, Lyngby-Taarbæk Kommunes Kvalitetsstandarder, værdier, administrationsgrundlag og den konkrete afgørelse, der er truffet for den enkelte borger.

Tilsynet vil:

- Fungere som kontrol af, om det enkelte områdecener udfører forsvarligt fagligt arbejde inde for sin målgruppe og efterlever lovregler og administrative fastsatte retningslinjer.
- Være dialogbaseret i forhold til beboere, ledelse og medarbejdere for at sikre og fremme faglig kvalitet på plejecentret.

Tilsynet vil endvidere have fokus på følgende hovedpunkter:

- Sikre en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne.
- Skabe grundlag for et systematisk arbejde med anvendelsen af gode erfaringer.
- Afdække styrker og forbedringsmuligheder i områdeceneres måde at håndtere opgaverne på.
- Identificere potentielle udviklingsmuligheder på områdecenerne.
- Give faglig sparring og supervision med udgangspunkt i lokale behov.
- Gøre besøgene til en positiv oplevelse, hvor den enkelte deltager forholder sig reflekterende over for sig selv og de opgaver, der løses.
- Bidrage til sikring af kvaliteten i opgaveløsningen.

De uanmeldte tilsyn tager udgangspunkt i:

- Studier af områdecenerets faglige dokumentation.
- Observationsstudier på områdecenerets fællesarealer og i udvalgte borgeres boliger.
- Interview med borgere, medarbejdere og ledelsen.

2 Tilsynsdato og tidspunkt

Tilsynet er udført den 11. april 2012, kl. 8.45 til 15.00 af chefkonsulent, sygeplejerske Lisbeth Lind og chefkonsulent, sygeplejerske Lis Oline Madsen, BDO.

3 Tilsynsresumé

BDO har på vegne af Lyngby-Taarbæk Kommune gennemført et ordinært uanmeldt tilsyn på Områdecenter Lystoftebakken ved områdeleder Liv Jensen. Ved tilsynet er der foretaget observationer på fællesarealer, gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation, observationer hos beboerne samt gennemført samtaler med 7 medarbejdere (en medarbejder svarede i forhold til 2 beboere). Desuden har tilsynet talt med 8 beboere.

4 Tilsynsresultat

Områdecenter Lystoftebakken er godkendt med mangler på enkelte områder ved det ordinære uanmeldte tilsyn.

| Samlet vurdering | |
|------------------|---|
| | Godkendt: Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne vedtagelser og værdier samt almene sundhedsfaglige standarder. Forholdene på områdecentret vurderes samlet set at være gode og tilfredsstillende. |
| x | Godkendt med mangler på enkelte områder: Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har få mangler eller fejl vurderet ud fra kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne vedtagelser og værdier og/eller almene sundhedsfaglige standarder. Løsningen på det påpegede forhold kontrolleres ved det efterfølgende uanmeldte tilsynsbesøg. |
| | Alvorlige mangler: 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 vedtagelser og værdier samt almene sundhedsfaglige standarder. Fejl udløser et opfølgende uanmeldt tilsyn. Løsningen på de påpegede forhold kontrolleres ved et opfølgende uanmeldt tilsyn. |

Den overordnede vurdering begrundes med:

De gode, jævne og tilstrækkelige forhold på Områdecenter Lystoftebakken vedrørende det skriftlige grundlag og den leverede hjælp, hvor styrkerne er:

- At beboerne tilkendegiver at have en god hverdag med stor medindflydelse og medinddragelse.
- At beboerne udtaler, at de modtager den pleje og omsorg de har behov for og at de føler sig velplejede og velklædte.

- At beboerne oplever, at de tilbydes mange værdifulde aktiviteter samt rigtig gode muligheder for træning.
- At Omsorgscentret Lystoftebakken har en god rengøringsstandard.
- At medarbejderne kan fortælle om beboernes problemstillinger og har et godt fagligt indblik.

- De mangler, der er konstateret på Områdecentret Lystoftebakken vedrører følgende mål, målepunkter og dataindsamlingsområder:
- Manglerne forekommer ved flere beboere.
- Manglerne er fordelt over følgende målepunkter:
 - *Mål 2: Der foreligger en samlet plan for pleje- og omsorgsindsatsen*
Manglende beskrivelse i "Handleplan for Hverdagsliv" af den daglige tilrettelæggelse af plejeopgaverne dag, aften og nat.
 - *Mål 3: Der er redegjort for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats*
Manglende beskrivelse af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats.
 - *Mål 4: Der foreligger en samlet plan for aktivitet og træning (ADL og vedligeholdelse)*
Manglende beskrivelse af konkrete opgaver vedrørende aktivitet og træning.
 - *Mål 5: Der foreligger en samlet plan for psykisk pleje og omsorg*
Manglende beskrivelse af den daglige tilrettelæggelse af plejeopgaverne.
 - *Mål 7: Beboeren har en god og tilfredsstillende hverdag*
Manglende dokumentation af beboerens vaner og ønsker.

- Manglerne vil kræve en bevidst og målrettet indsats. Tilsynsførende foreslår følgende specifikke indsats til afhjælpning af de konstaterede mangler:
 - At Områdecentret Lystoftebakken sikrer;
 - At "Handleplan for Hverdagsliv" fremstår individuelt og fagligt dag, aften og nat.
 - At den sundhedsfremmende og forebyggende indsats fremgår af journalen.
 - At de konkrete opgaver i forbindelse med aktiviteter og træning dokumenteres.
 - At den daglige tilrettelæggelse af psykisk pleje og omsorg til beboeren dokumenteres.
 - At beboerens vaner og ønsker fremgår af dokumentationen.

5 anbefalinger

Tilsynet lægger vægt på udvikling og læring i forbindelse med det lovpligtige uanmeldte tilsyn. På baggrund af afdækningen af ovenstående tilsynsresultat foreslår tilsynet følgende:

- At Områdecentret Lystoftebakken iværksætter en bevidst og målrettet indsats i forhold til de påpegede mangler. Mere præcist anbefales følgende:
 - At Områdecenter Lystoftebakken underviser, vejleder og oplærer medarbejderne dag, aften og nat i sundhedsfaglig dokumentation med fokus på "Handleplan for Hverdagsliv", således at der beskrives handlinger i forhold til personlig pleje.
 - At Områdecenter Lystoftebakken underviser, vejleder og oplærer medarbejderne dag, aften og nat i dokumentation af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats samt dokumentation af den daglige tilrettelæggelse af beboerens psykiske pleje, omsorg og beboerens vaner og ønsker.
 - At Områdecenter Lystoftebakken underviser, vejleder og oplærer medarbejderne i dokumentation af de konkrete opgaver, som medarbejderne udfører i forhold til at støtte beboeren i at deltage i aktiviteter og træning.

6 Datagrundlag

6.1 Dokumentation, observation og interview med borgere og medarbejdere

Der er udvalgt otte repræsentative mål fra kvalitetsstandarderne:

- Det skriftlige grundlag, mål 1
- Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje, omsorg, aktivitet og træning, og psykisk pleje og omsorg mål 2-5
- Sammenhæng mellem visitation og leveret praktisk hjælp mål 6
- Hverdagen på plejehjem, mål 7-8

Der er i alt defineret 43 målepunkter.

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

Af handleplanerne fremgik det at 4 interviewede beboere ud af 7 er hukommelsessvækkede.

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

| Mål 1: | Der foreligger en skriftlig afgørelse med Aktuel status og handleplaner | | |
|----------------------|---|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | x | | I Lyngby-Taarbæk Kommune er det ikke visitator, som udarbejder formål og retningsgivende mål for plejen. 6 beboere ud af 7 har handleplaner, hvor mål og handlinger for plejen er dokumenteret. |
| Observation | x | | Hos 6 beboere ud af 7 observerer tilsynsførende sammenhæng mellem mål for indsatsen og beboerens tilstand. |
| Beboer (spm. 1) | x | | 5 beboere ud af 7 kan fortælle om omfanget af den pleje og omsorg, de modtager. |
| Beboer (spm. 2) | x | | Alle beboere mener at kunne få hjælp til at klage, hvis beboeren måtte ønske det. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere har kendskab til de ydelser, som beboeren internt er visiteret til. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere har kendskab til, at beboeren har ret til at klage. |
| | | | |

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

| Mål 2: | Der foreligger en samlet plan for pleje- og omsorgsindsatsen | | |
|------------------------|--|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation (spm. 1) | x | | Lyngby-Taarbæk Kommunes Områdecenter benytter det elektroniske omsorgssystem, Uniq. Alle beboere har en journal, hvor beboerens behov for personlig pleje er beskrevet. Hos 6 beboere ud af 7 indeholder journalen "Aktuel status". Alle beboere har en "Handleplan for hverdagsliv", hvor beboerens behov for personlig pleje er beskrevet. |
| Dokumentation (spm. 2) | | x | Alle journaler indeholder "Handleplan for Hverdagsliv". 4 "Handleplaner for Hverdagsliv" ud af 7 indeholder en individuel og faglig beskrivelse af den daglige tilrettelæggelse af plejeopgaverne ved personlig pleje dag, aften og nat. 3 "Handleplaner for Hverdagsliv" ud af 7 fremstår med manglende ajourføring og handlinger på personlig pleje for eksempel bad. 3 "Handleplaner for Hverdagsliv" ud af 7 fremstår for aften - og nattevagten med utilstrækkelige beskrivelser i forhold til at beboernes problemstillinger. |
| Observation | x | | Tilsynsførende kan observere sammenhæng mellem de beskrevne plejeopgaver og beboerens tilstand. |
| Beboer | x | | Alle beboere udtaler, at der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboeren mener at have brug for og den hjælp, beboeren får tilbudt. |
| Medarbejder (spm.1) | x | | Alle medarbejdere kan begrunde plejen. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere kan redegøre for den faglige indsats. |
| | | | |

| Mål 3: | Der er redegjort for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats | | |
|---------------|--|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | | x | 4 beboere ud af 7 har en journal med dokumentation for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats. |
| Observation | x | | |
| Beboer | x | | Beboeren giver udtryk for, at der er overensstemmelse mellem de identificerede risici i journalen og beboerens egne bekymringer for komplikationer. |
| Medarbejder | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om særlig indsats vedrørende relevante risici i forhold til beboerens situation. |

Aktivitet og træning – Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje- og omsorg i henhold til Servicelovens § 86 samt kommunens kvalitetsstandarder:

| Mål 4: | Der foreligger en samlet plan for aktivitet og træning (ADL og vedligeholdelse) | | |
|----------------------|---|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | | x | Alle beboere har en "Handleplan for Hverdagsliv" hvor de aktiviteter og træning beboeren ønsker at deltage i. I 1 "Handleplan for Hverdagsliv" ud af 7 fremgår de konkrete opgaver, som medarbejderen skal udføre, for at støtte beboeren i deltagelse i aktiviteter og træning. |
| Observation | | x | Tilsynsførende kan hos 1 ud af 7 beboere observere sammenhæng mellem de beskrevne opgaver og beboerens tilstand. |
| Beboer | x | | Alle beboere tilkendegiver, at der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboeren mener at have brug for og den hjælp, som beboeren får tilbudt. Flere beboere tilkendegiver, at de er rigtig glade for den tilbudte træning og at de oplever terapeuterne meget fleksible. Alle beboere tilkendegiver at de har en god hverdag på Områdecentret Lystoftebakken. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere kan begrunde plejen. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere kan redegøre for den faglige indsats. |

Psykisk pleje og omsorg – Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje- og omsorg i henhold til Servicelovens §§ 83 og 86:

| Mål 5: | Der foreligger en samlet plan for psykisk pleje og omsorg | | |
|------------------------|---|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation (spm. 1) | x | | 5 beboere ud af 7 har en journal hvor de konkrete plejeopgaver fremgår. |
| Dokumentation (spm. 2) | | x | Hos 1 beboer ud af 7 fremgår den daglige tilrettelæggelse af plejeopgaverne af journalen. Hos demente beboere mangler "Handleplanen for Hverdagsliv" fyldestgørende beskrivelser af den specialiserede pleje- og omsorg til |

| | | | |
|----------------------|---|--|--|
| | | | demensramte beboere dag, aften og nat. En beboer beskrives i journalen som bitter og trist samt at beboeren kan være vanskelig at pleje og passe, den sundhedsfaglige dokumentation mangler beskrivelse af den daglige tilrettelæggelse af beboerens psykisk pleje og omsorg. |
| Observation | x | | Hos 5 beboere ud af 7 fremgår alle observerbare risici af journalen. |
| Beboer (sp. 1) | x | | Alle beboernes udtrykte behov fremgår af journalen. |
| Beboer (spm. 2) | x | | 6 beboere ud af 7 tilkendegiver at de har en sikker og tryk hverdag på Områdecentret Lystoftebakken. En beboer tilkendegiver at hverdagen ikke altid er sikker og tryk, da beboeren oplever, at ikke alle medarbejdere er forstående samt at beboeren oplever en del "sladder". Beboerne fremhæver at have stor medindflydelse og medinddragelse på deres hverdag. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere kan begrunde plejen. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere kan redegøre for den faglige indsats. Medarbejderen kan faglig redegøre for ovenstående beboerens problemstillinger samt hvilke handlinger der er iværksat. |
| | | | |

Praktisk hjælp – Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje og omsorg i henhold til Servicelovens § 83 og kommunens kvalitetsstandarder:

| Mål 6: | Beboeren sikres hygiejnemæssig forsvarlig renholdelse af boligen og tilfredsstillende håndtering af vasketøjet | | |
|-----------------|--|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | x | | |
| Observation | x | | |
| Beboer (spm. 1) | x | | Beboerne tilkendegiver, at være tilfredse med rengøringsstandarten. |
| Beboer (spm. 2) | x | | Beboerne tilkendegiver, at deres tøj er rent og pænt, når det kommer far vaskeriet. |
| Medarbejder | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om den særlige indsats vedrørende hygiejniske risikofaktorer hos beboeren. |
| | | | |

Hverdagen på plejehjemmet:

| Mål 7: | Beboeren har en god og tilfredsstillende hverdag | | |
|------------------------|--|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation (spm. 1) | x | | 15 journaler ud af 7 fremgår beboerens livshistorie. |
| Dokumentation (spm. 2) | | x | 12 journaler ud af 7 fremgår beboerens vaner og ønsker. |
| Observation | | x | Hos 2 beboere ud af 7 er det muligt at observerer beboerens vaner og ønsker. |

| | | | |
|-------------|---|--|---|
| Beboer | x | | 6 Beboere ud af 7 føler sig godt tilpas på områdecentret, beboerne fortæller at der er en god stemning. |
| Medarbejder | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om handlinger til at sikre beboeren en god hverdag. |
| | | | |

| Mål 8: | Beboeren oplever respekt | | |
|----------------------|--------------------------|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Observation (spm. 1) | x | | Hos alle beboere kan tilsynsførende observere respektfuld kommunikation, god omgangstone og forsvarlig opbevaring af personlige og professionelle papirer. |
| Observation (spm. 2) | x | | |
| Beboer | x | | Beboerne fortæller, at de oplever en respektfuld tiltale og accept af deres levevis. Medarbejderne er imødekommende og hjælpsomme. En beboer fortæller, at der jævnligt kommer en nattevagt som "vrisser" af beboeren, fordi beboeren benytter kaldeapparatet til at få tømt kolben. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om handlinger til at sikre respekt for beboeren. Medarbejderen er ikke bekendt med udtalelsen fra ovenstående beboer. |
| Medarbejder (spm.2) | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om betydningen af at anvende både det talte - og det udtalte sprog i plejen af beboeren. |
| | | | |

7 Observationer på fællesarealer

Beskrivelse af områdecenter

Områdecenter Lystoftebakken er en selvejende institution med driftsoverenskomst med Lyngby-Taarbæk Kommune.

Områdecentret er bygget i 2 etager og består af 70 plejeboliger samt 63 beskyttede boliger. Plejeboligerne er fordelt på to afdelinger udelukkende med plejeboliger og en afdeling med kombineret pleje- og beskyttede boliger. Boligerne varierer i størrelse, men er i gennemsnit på 25 m², og alle har eget toilet og bad samt have eller altan.

Hver afdeling har et stort fællesrum med faciliteter som tv, akvarier og sofagrupper. Der er herudover en stor gårdhave i midten af centret med havestole, blomsterkrukker, fuglevoliere samt springvand, 1. sal har en veranda med udsyn til gårdhaven.

Områdecenteret har en række fælles faciliteter som kiosk, fodpleje, tandlæge, frisør og vaskeri, samt et aktivitetscenter Oasen.

Observationer i forbindelse med rundgang

Der er udarbejdet fem målepunkter for "Observationer på fællesarealer". I forbindelse med rundgang på områdecentret havde tilsynsførende fokus på, om beboerne deltog i aktiviteter og/eller underholdning individuelt eller i grupper. Desuden observerede tilsynsførende

omgangformen, herunder om der var dialog mellem beboere og medarbejdere, beboere imellem, samt mellem medarbejderne.

Det skal for den gode ordens skyld understreges, at tilsynsførendes observationer fra rundgangen, som præsenteres i det følgende, er udtryk for et øjebliksbillede.

Observationer på fællesarealer:

| Observationer | Ja | Nej | Bemærkninger |
|--|----------------------------|-----|---|
| <p>Fællesarealerne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er der et aktivt miljø på plejehjemmet • Er rengøringsstandarden tilfredsstillende • Er der fællesskab og trivsel omkring måltidet | <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> | | <p>Omsorgscentret Lystoftebakken observeres som et aktivt sted. Aktivitetscentret Oasen er åben om formiddagen, hvor en del beboere deltager i dagens aktivitet. Andre beboere deltager i træningstilbuddet.</p> <p>Omsorgscentret Lystoftebakken har en god rengøringsstandard.</p> <p>En del beboere ønsker at spise sammen i fællesspisestuen. Medarbejderne er omkring de beboere som har behov for støtte ved måltidet.</p> |
| <p>Omgangsform:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er kommunikationen respektfuld • Er der dialog mellem beboere og medarbejdere og beboere imellem • Bliver beboerne behandlet værdigt | <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> | | <p>Der blev observeret en god og ligeværdig dialog mellem beboere og medarbejdere samt medarbejderne indbyrdes.</p> |

8 Underskrift

Den 3. april 2012

Lisbeth Lind
Chefkonsulent og sygeplejerske

Lis Oline Madsen
Chefkonsulent og sygeplejerske

BDO Kommunernes Revision
Havneholmen 29
1561 København V.

9 Fremgangsmåde

Lyngby - Taarbæk Kommune har udvalgt fire kvalitetsområder, der skal fungere som fokusområder for de ordinære uanmeldte tilsyn. Det drejer sig om personlig pleje, psykisk pleje og omsorg, hverdagslivet på plejehjem og praktisk hjælp.

På baggrund af disse kvalitetsområder er der udarbejdet 43 målepunkter, som anvendes på samtlige områdecentre. Der anvendes flere dataindsamlingsmetoder, herunder studier af dokumentationsmateriale, observation og interview af beboere og medarbejdere under tilsynet.

Tilsynsforløbet afvikles som følgende:

- BDO har forud for det uanmeldte tilsynsbesøg udvalgt beboere, der skal indgå i tilsynet.
- Ved besøgsstart kontaktes områdelederen eller stedfortræderen, som orienteres om tilsynet. Lederen får mulighed for at foreslå ændringer til listen med de udvalgte beboere, hvis særlige hensyn taler for det.
- Ledelsen anmodes om at kontakte de udvalgte beboere for at indhente accept om, hvorvidt beboerne ønsker at deltage i tilsynet samt om tilsynet må læse den dokumentation, der findes for den enkelte beboer m.v. Tilsagnet dokumenteres af områdecentret i beboerens dokumentation.
- Ved interviewet med beboerne kan det aftales med områdelederen, at beboernes kontaktpersoner/relevant medarbejder er til stede ved præsentationen af tilsynsmedarbejderen, så situationen opleves så tryk som muligt for beboeren.
- Med udgangspunkt i en interviewguide gennemføres der kvalitative interviews med de udvalgte beboere. Tilsynsmedarbejderne foretager ligeledes observationer hos de udvalgte beboere. Der deltager ikke medarbejdere i dette interview.
- Med udgangspunkt i en interviewguide foretages der kvalitative interview med de udvalgte beboeres kontaktpersoner/relevante medarbejdere.
- Rundgang på områdecentret foregår således, at tilsynsmedarbejderne går frit rundt på områdecentret uden ledsagelse. Tilsynsmedarbejderne foretager observationer på områdecentrets fællesarealer.
- Lederen kontaktes ved tilsynets afslutning. Opklarende spørgsmål drøftes og lederen får en kort orientering om tilsynets forløb.
- Tilsynsrapport udarbejdes og sendes i faktuel høring, hvor områdeleder har mulighed for at rette faktuelle fejl, fx et forkert navn eller en misforståelse. Tilsynsmedarbejderen retter fejlene.

Lyngby-Taarbæk Kommune
Socialforvaltningen - Ældreservice

Områdecenter Solgården

Uanmeldt tilsyn

Marts 2012

1. Indholdsfortegnelse

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | TILSYNETS FORMÅL..... | 3 |
| 2 | TILSYNSDATO OG TIDSPUNKT | 4 |
| 3 | TILSYNSRESUMÉ | 4 |
| 4 | TILSYNSRESULTAT | 4 |
| 5 | ANBEFALINGER | 6 |
| 6 | DATAGRUNDLAG..... | 7 |
| 6.1 | Dokumentation, observation og interview med borgere og medarbejdere | 7 |
| 7 | OBSERVATIONER PÅ FÆLLESAREALER..... | 12 |
| 8 | UNDERSKRIFT | 14 |
| 9 | FREM GANGSMÅDE | 15 |

1 Tilsynets formål

BDO skal på vegne af Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune gennemføre de lovpligtige uanmeldte tilsyn på kommunens Områdecentre.

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker, at tilsynsopgaven skal have både et kontrollerende samt lærende og udviklende element.

BDO's tilsynskoncept lægger vægt på, at kontrol- og læringsaspektet ikke er modstridende, men komplementerer hinanden. Der lægges således vægt på, at den dokumentation, der indsamles i forbindelse med tilsynene, skal være anvendelig i medarbejdernes og ledelsens løbende arbejde med at sikre kvaliteten af den pleje og omsorg, der ydes på plejecentrene. Endelig lægger BDO vægt på, at opsamlingen af data foregår på et validt grundlag.

BDO's tilsynskoncept tager dels udgangspunkt i Servicelovens bestemmelser om Tilsyn på Plejehjem og tilsynets fokus og resultat ses i forhold til Lovgivningen, Lyngby-Taarbæk Kommunes Kvalitetsstandarder, værdier, administrationsgrundlag og den konkrete afgørelse, der er truffet for den enkelte borger.

Tilsynet vil:

- Fungere som kontrol af, om det enkelte områdecentre udfører forsvarligt fagligt arbejde inde for sin målgruppe og efterlever lovregler og administrative fastsatte retningslinjer.
- Være dialogbaseret i forhold til beboere, ledelse og medarbejdere for at sikre og fremme faglig kvalitet på plejecentret.

Tilsynet vil endvidere have fokus på følgende hovedpunkter:

- Sikre en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne.
- Skabe grundlag for et systematisk arbejde med anvendelsen af gode erfaringer.
- Afdække styrker og forbedringsmuligheder i områdecentrenes måde at håndtere opgaverne på.
- Identificere potentielle udviklingsmuligheder på områdecentrene.
- Give faglig sparring og supervision med udgangspunkt i lokale behov.
- Gøre besøgene til en positiv oplevelse, hvor den enkelte deltager forholder sig reflekterende over for sig selv og de opgaver, der løses.
- Bidrage til sikring af kvaliteten i opgaveløsningen.

De uanmeldte tilsyn tager udgangspunkt i:

- Studier af områdecentrets faglige dokumentation.
- Observationsstudier på områdecentrets fællesarealer og i udvalgte borgeres boliger.
- Interview med borgere, medarbejdere og ledelsen.

2 Tilsynsdato og tidspunkt

Tilsynet er udført den 27. marts 2012, kl. 8.30.-15.00. af chefkonsulent, sygeplejerske Lis Oline Madsen og chefkonsulent, sygeplejerske Lisbeth Lind, BDO.

3 Tilsynsresumé

BDO har på vegne af Lyngby-Taarbæk Kommune gennemført et ordinært uanmeldt tilsyn på Områdecenter Solgården ved Områdeleder Kirsten Espenheim. Ved tilsynet er der foretaget observationer på fællesarealer, gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation, observationer hos beboerne samt gennemført samtaler med 7 medarbejdere, hvoraf én medarbejder blev interviewet ift. to beboere. Medarbejderne har følgende faglig baggrund: 3 medarbejdere er social- og sundhedsassistent, 3 medarbejdere er social- og sundhedshjælper, 1 medarbejder er sygehjælper og en medarbejder er uddannet social- og sundhedshjælper.

Desuden har tilsynet talt med 8 beboere.

4 Tilsynsresultat

Områdecenter Solgården er godkendt ved det ordinære uanmeldte tilsyn.

| Samlet vurdering | |
|------------------|---|
| x | Godkendt: Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne vedtagelser og værdier samt almene sundhedsfaglige standarder. Forholdene på områdecentret vurderes samlet set at være gode og tilfredsstillende. |
| | Godkendt med mangler på enkelte områder: Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har få mangler eller fejl vurderet ud fra kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne vedtagelser og værdier og/eller almene sundhedsfaglige standarder. Løsningen på det påpegede forhold kontrolleres ved det efterfølgende uanmeldte tilsynsbesøg. |
| | Alvorlige mangler: 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 vedtagelser og værdier samt almene sundhedsfaglige standarder. Fejl udløser et opfølgende uanmeldt tilsyn. Løsningen på de påpegede forhold kontrolleres ved et opfølgende uanmeldt tilsyn. |

Den overordnede vurdering begrundes med:

Afgørelsen "Godkendt" kendetegnes ved det meget tilfredsstillende tilsynsresultat, hvor tilsynet har konstateret:

- Rigtig gode forhold på Områdecenter Solgården vedrørende det skriftlige grundlag og den leverede hjælp med mange styrker og særlig fokus på:
 - At nedbringe ulemper ved diverse om- og tilbygninger
 - At nedbringe beboere og pårørendes utryghed ifm. tilpasning af budgettet.
 - At udvikle den sundhedsfaglige dokumentation i form af udarbejdelse af relevante og faglige handleplaner samt sikre, at handleplanerne jævnligt ajourføres, så de fremstår aktuelle ift. beboerens tilstand.
 - Beboerne udtaler, at de føler sig trygge, at de oplever at være velplejede, samt at medarbejderne udviser respekt for beboerens ønsker om levevis.
 - Beboerne udtaler, at der er en god omgangstone, præget af opmuntring og smil fra medarbejderne.
 - Beboerne udtaler, at der er et righoldigt tilbud om deltagelse i aktiviteter såvel indenfor på Områdecenter som udenfor i haven og lokalområdet.
 - Medarbejderne har et særdeles godt kendskab til den enkelte beboer og dennes problemstillinger og kan redegøre for den sundhedsfaglige indsats ikke alene for det tidsrum om dagen, hvor de selv er på arbejde men også for indsatsen aften og nat.
 - Medarbejderne kan redegøre for beboerens handleplaner og deltager selv i udarbejdelse af disse.
- De få mangler, der er konstateret på Områdecenter Solgården vedrører følgende områder: Den sundhedsfaglige dokumentation.
- Manglerne findes hos få beboere
- Manglerne er fordelt over følgende målepunkter:
 - *Mål. 5. Der foreligger en samlet plan for psykisk pleje og omsorg.*
Der er manglende dokumentation af den daglige tilrettelæggelse af plejeopgaverne.
- De få mangler, der er, vil relativt nemt kunne afhjælpes ved følgende indsats:
 - At Områdecenter Solgården sikrer, at den daglige tilrettelæggelse af psykisk pleje og omsorg til beboeren dokumenteres.

5 **Anbefalinger**

Tilsynet lægger vægt på udvikling og læring i forbindelse med det lovpligtige uanmeldte tilsyn. På baggrund af afdækningen af ovenstående tilsynsresultat foreslår tilsynet følgende:

- At Områdecenter Solgården fortsætter den gode udvikling i den sundhedsfaglige dokumentation.
- At Områdecenter Solgården fastholder den store indsats ifm. At nedbringe ulemper og utryghed for beboerne ifm. ombygning, nedrivning og tilbygning.
- At Områdecenter Solgården underviser, vejleder og oplærer medarbejderne i dokumentation af psykisk pleje og omsorg.

6 Datagrundlag

6.1 Dokumentation, observation og interview med borgere og medarbejdere

Der er udvalgt otte repræsentative mål fra kvalitetsstandarderne:

- Det skriftlige grundlag, mål 1
- Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje, omsorg, aktivitet og træning, og psykisk pleje og omsorg mål 2-5
- Sammenhæng mellem visitation og leveret praktisk hjælp mål 6
- Hverdagen på plejehjem, mål 7-8

Der er i alt defineret 43 målepunkter.

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

Det fremgår af journalen, at 5 borgere ud af 8 interviewede er hukommelsessvækkede.

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

| Mål 1: | Der foreligger en skriftlig afgørelse med Aktuel status og handleplaner | | |
|----------------------|---|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | x | | I Lyngby-Taarbæk Kommune er det ikke visitator, som udarbejder formål og retningsgivende mål for plejen. Alle beboere har handleplaner, hvor mål og handlinger for plejen er dokumenteret. |
| Observation | x | | Tilsynsførende observerer sammenhæng mellem mål for indsatsen og beboerens tilstand. |
| Beboer (spm. 1) | x | | Alle beboere kan fortælle om omfanget af den pleje og omsorg, de modtager. |
| Beboer (spm. 2) | x | | Alle beboere mener at kunne få hjælp til at klage, såfremt de måtte ønske det. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere har kendskab til de ydelser, som beboeren internt er visiteret til. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere har kendskab til, at beboeren har ret til at klage. |

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

| Mål 2 | Der foreligger en samlet plan for pleje- og omsorgsindsatsen | | |
|------------------------|--|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation (spm. 1) | X | | Alle beboere har en journal, hvor beboerens behov for personlig pleje er beskrevet. Lyngby-Taarbæk Kommunes Områdecenter benytter det elektroniske omsorgssystem, Unique. Hos alle beboere indeholder journalen "Aktuel status" og "Handleplan for hverdagsliv", hvor beboerens behov for personlig pleje er beskrevet. |
| Dokumentation (spm. 2) | x | | Hos alle beboere indeholder journalen "Handleplan for Hverdagsliv", hvor den daglige tilrettelæggelse af plejeopgaver ved personlig pleje er beskrevet for dag, aften og nat. 3 beboere har en journal, hvor beskrivelse af plejeopgaverne i aftenvagten mangler. |
| Observation | x | | Tilsynsførende kan observere sammenhæng mellem de beskrevne plejeopgaver og beboerens tilstand. |
| Beboer | x | | Alle beboere udtaler, at der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboeren mener at have brug for og den hjælp, beboeren får tilbudt. |

| | | | |
|----------------------|---|--|---|
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere kan begrunde plejen. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere kan redegøre for den faglige indsats. |
| | | | |

| Mål 3: | Der er redegjort for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats | | |
|---------------|--|-----|---|
| | Ja | nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | x | | Alle beboere har en journal med dokumentation for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Der foreligger handleplaner i forhold til beboerens specifikke problemstillinger. Det drejer for eksempel om: Forebyggelse af blodpropper, genoptræning ifm. Almindelig Daglig Levevis (ADL), ernæring ift. såvel overvægt som undervægt, mobilitet ifm. Faldtendens, usikker gangfunktion, smerter og sanseindtryk samt psykosociale forhold. |
| Observation | x | | Tilsynsførende kan observere, at alle observerbare risici fremgår af journalen. |
| Beboer | x | | Beboeren giver udtryk for, at der er overensstemmelse mellem de identificerede risici i journalen og beboerens egne bekymringer for komplikationer. |
| Medarbejder | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om særlig indsats vedr. relevante risici ift. Beboerens situation. |
| | | | |

Aktivitet og træning - Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje- og omsorg i henhold til Servicelovens § 86 samt kommunens kvalitetsstandarder:

| Mål 4: | Der foreligger en samlet plan for aktivitet og træning (ADL og vedligeholdelse) | | |
|---------------|---|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | x | | Alle beboere har en journal, hvor de konkrete opgaver vedr. aktivitet og træning fremgår af handleplan for Hverdagsliv og i evt. specifikke handleplaner, hvor det er nødvendigt. |
| Observation | x | | Hos alle beboere kan der observeres sammenhæng mellem de beskrevne opgaver og beboerens tilstand. |
| Beboer | x | | Alle beboere udtaler, at der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboeren mener at have brug for og den hjælp, som |

| | | | |
|----------------------|---|--|--|
| | | | <p>beboeren får tilbudt.</p> <p>Tilsynsførende bemærker, at beboerne fortæller, at de tilbydes aktivitet og træning i rigt mål ikke alene indenfor på områdecenter men også udenfor i form af gå ture i haven eller lokalmiljøet.</p> <p>Beboerne fortæller desuden om hyppige tilbud om mindre og større køreture i Solgårdens bus.</p> |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere kan begrunde plejen. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere kan gøre rede for den faglige indsats. |
| | | | |

Psykisk pleje og omsorg - Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje- og omsorg i henhold til Servicelovens §§ 83 og 86:

| Mål 5: | Der foreligger en samlet plan for psykisk pleje og omsorg | | |
|------------------------|---|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation (spm. 1) | x | | Alle beboere har en journal, hvor de konkrete plejeopgaver vedr. psykisk pleje og omsorg er beskrevet. |
| Dokumentation (spm. 2) | x | | 6 beboere ud af 8 har en journal, hvor den daglige tilrettelæggelse af plejeopgaverne er beskrevet. |
| Observation | x | | Hos alle beboere er observerbare risici dokumenteret i journalen. |
| Beboer (spm. 1) | x | | Alle beboeres udtrykte behov ift. Psykisk pleje og omsorg fremgår af journalen. |
| Beboer (spm. 2) | x | | <p>Alle beboere udtaler, at de føler sig sikre og trygge i hverdagen. Beboerne fremhæver, at der på Områdecenter Solgården er en god omgangstone, at medarbejderne er imødekommende og smilende, og at beboeren selv oplever at have medindflydelse på tilrettelæggelse sin hverdag.</p> <p>3 beboere ud af 8 udtaler, at Plejecenter Solgården har gennemført en "sparerunde", hvilket medfører, at der er færre medarbejdere i aftenvagt. Beboerne udtaler, at de oplever, at der er en øget arbejdsbelastning for aftenvagterne, hvilket ikke er godt.</p> |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere kan begrunde plejen. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere kan redegøre for den faglige indsats. |
| | | | |

Praktisk hjælp - Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje og omsorg i henhold til Servicelovens § 83 og kommunens kvalitetsstandarder:

| Mål 6: | Beboeren sikres hygiejnemæssig forsvarlig renholdelse af boligen og tilfredsstillende håndtering af vasketøjet | | |
|-----------------|--|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | x | | Rengøring i beboerens bolig er beskrevet i en rengøringsplan, som er ophængt på indersiden af beboerens skabsdør inde i boligen. |
| Observation | x | | Den hygiejniske tilstand i boligen samt på - og omkring hjælpemidler er i overensstemmelse med kvalitetsstandarden. |
| Beboer (spm. 1) | x | | Alle beboere tilkendegiver, at de er tilfredse med hjemmets renholdelse. |
| Beboer (spm. 2) | x | | Alle beboere udtaler, at de er tilfredse med håndteringen af vasketøj. Beboerne oplyser, at tøjet er rent, glat og repareret, når det kommer fra vask. |
| Medarbejder | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om særlig indsats vedr. hygiejniske risikofaktorer hos beboeren. |
| | | | |

Hverdagen på plejehjemmet:

| Mål 7: | Beboeren har en god og tilfredsstillende hverdag | | |
|------------------------|--|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation (spm. 1) | x | | Alle beboere har en journal, hvor beboerens livshistorie er dokumenteret. |
| Dokumentation (spm. 2) | x | | Alle beboere har en Handleplan for Hverdagsliv, hvor beboerens vaner og ønsker er dokumenteret. |
| Observation | x | | Hos alle beboere kan tilsynsførende observere, at beboerens vaner og ønsker imødekommes. |
| Beboer | x | | Alle beboere udtaler, at de føler sig godt tilpas på Områdecenter Solgården. |
| Medarbejder | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om handlinger, som kan sikre, at beboeren har en god hverdag. |
| | | | |

| Mål 8: | Beboeren oplever respekt | | |
|----------------------|--------------------------|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Observation (spm. 1) | x | | Hos alle beboere kan tilsynsførende observere respektfuld kommunikation, god omgangstone og forsvarlig opbevaring af personlige og professionelle papirer. |
| Observation (spm. 2) | x | | Hos alle beboere kan tilsynsførende observere, at det verbale og nonverbale sprog bliver anvendt professionelt i samspillet. |
| Beboer | x | | Alle beboere udtaler, at de oplever respektfuld tiltale, respektfuld kommunikation og at medarbejderne udviser accept for beboerens ønsker om levevis. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om handlinger til at sikre respekt for beboeren, herunder fortælle om overvejelser vedr. opbevaring af personlige og professionelle papirer. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om betydningen af at anvende både det talte - og det udtalte sprog i plejen af beboeren. |
| | | | |

7 Observationer på fællesarealer

Beskrivelse af områdecenter

Områdecenter Solgården gennemgår en større renovering og nybygning i disse år. På tilsynsdagen er der stor aktivitet af håndværkere, som dels er i gang med at nedrive den tidligere bygning A dels er i gang med afskærmning af administrations - og hjemmeplejegang, da der skal nedrives en væg.

Der er støv, larm og uro på gangarealerne, men det skal bemærkes, at ingen beboere på noget tidspunkt af de ca. 6 - 7 timer tilsynet varede, nævner disse forhold.

Områdeleder oplyser, at der også har været håndværkere i weekender, da byggeriet er bagud ift. tidsplanen. Aktuelt bor der 68 beboere på Områdecenter Solgården. Fremadrettet skal der være plads til 100 beboere.

Bygning B, D og E er blevet renoveret i forskelligt omfang gennem de seneste år. Afdelingerne fremstår lyse og venlige med udsigt til frie omgivelser.

Fællesarealerne på afdelingerne er rummelige. Der er spiseområde med mulighed for at etablere mindre spisegrupper, flere mindre opholdsområder, som ligeledes kan anvendes fleksibelt. Der er nydeligt møblement, udsmykning på vægge, blomster og grønne planter.

Observationer i forbindelse med rundgang

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

I forbindelse med rundgang på områdecentret havde tilsynsførende fokus på, om beboerne deltog i aktiviteter og/eller underholdning individuelt eller i grupper. Desuden observerede tilsynsførende omgangformen, herunder om der var dialog mellem beboere og medarbejdere, beboere imellem, samt mellem medarbejderne.

Det skal for den gode ordens skyld understreges, at tilsynsførendes observationer fra rundgangen, som præsenteres i det følgende, er udtryk for et øjebliksbillede.

Observationer på fællesarealer:

| Observationer | Ja | Nej | Bemærkninger |
|---|----------------------------|-----|---|
| <p>Fællesarealerne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er der et aktivt miljø på plejehjemmet • Er rengøringsstandarden tilfredsstillende • Er der fællesskab og trivsel omkring måltidet | <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> | | <p>Tilsynsførende observerer et aktivt miljø på fællesarealer.</p> <p>Der foregår fysisk træning på gangarealer, en beboer får lagt neglelak på og andre beboere sidder i smågrupper og taler sammen.</p> <p>I en opholdsstue er der højtlesning fra en lokalhistorisk bog og beboerne deltager i drøftelser af det læste.</p> <p>Rengøringsstandarden er tilfredsstillende.</p> <p>Tilsynsførende observerer fællesskab og trivsel ved frokosten/varm mad. I nogle afdelinger sidder medarbejderne med ved bordet for at hjælpe med spising og med at holde dialogen i gang.</p> |
| <p>Omgangsform:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er kommunikationen respektfuld • Er der dialog mellem beboere og medarbejdere og beboere imellem • Bliver beboerne behandlet værdigt | <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> | | |

8 Underskrift

Den 29. marts 2012

Lis Oline Madsen
Chefkonsulent, sygeplejerske

Lisbeth Lind
Chefkonsulent, sygeplejerske

BDO Kommunernes Revision
Havneholmen 29
1561 København V.

9 Fremgangsmåde

Lyngby -Taarbæk Kommune har udvalgt fire kvalitetsområder, der skal fungere som fokusområder for de ordinære uanmeldte tilsyn. Det drejer sig om personlig pleje, psykisk pleje og omsorg, hverdagslivet på plejehjem og praktisk hjælp.

På baggrund af disse kvalitetsområder er der udarbejdet 43 målepunkter, som anvendes på samtlige områdecentre. Der anvendes flere dataindsamlingsmetoder, herunder studier af dokumentationsmateriale, observation og interview af beboere og medarbejdere under tilsynet.

Tilsynsforløbet afvikles som følgende:

- BDO har forud for det uanmeldte tilsynsbesøg udvalgt beboere, der skal indgå i tilsynet.
- Ved besøgsstart kontaktes områdelederen eller stedfortræderen, som orienteres om tilsynet. Lederen får mulighed for at foreslå ændringer til listen med de udvalgte beboere, hvis særlige hensyn taler for det.
- Ledelsen anmodes om at kontakte de udvalgte beboere for at indhente accept om, hvorvidt beboerne ønsker at deltage i tilsynet samt om tilsynet må læse den dokumentation, der findes for den enkelte beboer m.v. Tilsagnet dokumenteres af områdecentret i beboerens dokumentation.
- Ved interviewet med beboerne kan det aftales med områdelederen, at beboernes kontaktpersoner/relevant medarbejder er til stede ved præsentationen af tilsynsmedarbejderen, så situationen opleves så tryk som muligt for beboeren.
- Med udgangspunkt i en interviewguide gennemføres der kvalitative interviews med de udvalgte beboere. Tilsynsmedarbejderne foretager ligeledes observationer hos de udvalgte beboere. Der deltager ikke medarbejdere i dette interview.
- Med udgangspunkt i en interviewguide foretages der kvalitative interview med de udvalgte beboeres kontaktpersoner/relevante medarbejdere.
- Rundgang på områdecentret foregår således, at tilsynsmedarbejderne går frit rundt på områdecentret uden ledsagelse. Tilsynsmedarbejderne foretager observationer på områdecentrets fællesarealer.
- Lederen kontaktes ved tilsynets afslutning. Opklarende spørgsmål drøftes og lederen får en kort orientering om tilsynets forløb.
- Tilsynsrapport udarbejdes og sendes i faktuel høring, hvor områdeleder har mulighed for at rette faktuelle fejl, fx et forkert navn eller en misforståelse. Tilsynsmedarbejderen retter fejlene.

Lyngby-Taarbæk Kommune
Socialforvaltningen - Ældreservice

Områdecenter Virumgård

Uanmeldt tilsyn

Marts 2012

1. Indholdsfortegnelse

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | TILSYNETS FORMÅL | 3 |
| 2 | TILSYNSDATO OG TIDSPUNKT | 4 |
| 3 | TILSYNSRESUMÉ | 4 |
| 4 | TILSYNSRESULTAT | 4 |
| 5 | ANBEFALINGER | 6 |
| 6 | DATAGRUNDLAG..... | 7 |
| 6.1 | Dokumentation, observation og interview med borgere og medarbejdere | 7 |
| 7 | OBSERVATIONER PÅ FÆLLESAREALER..... | 11 |
| 8 | UNDERSKRIFT | 14 |
| 9 | FREM GANGSMÅDE | 15 |

1 Tilsynets formål

BDO skal på vegne af Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune gennemføre de lovpligtige uanmeldte tilsyn på kommunens Områdecener.

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker, at tilsynsopgaven skal have både et kontrollerende samt lærende og udviklende element.

BDO's tilsynskoncept lægger vægt på, at kontrol- og læringsaspektet ikke er modstridende, men komplementerer hinanden. Der lægges således vægt på, at den dokumentation, der indsamles i forbindelse med tilsynene, skal være anvendelig i medarbejdernes og ledelsens løbende arbejde med at sikre kvaliteten af den pleje og omsorg, der ydes på plejecentrene. Endelig lægger BDO vægt på, at opsamlingen af data foregår på et validt grundlag.

BDO's tilsynskoncept tager dels udgangspunkt i Servicelovens bestemmelser om Tilsyn på Plejehjem og tilsynets fokus og resultat ses i forhold til Lovgivningen, Lyngby-Taarbæk Kommunes Kvalitetsstandarder, værdier, administrationsgrundlag og den konkrete afgørelse, der er truffet for den enkelte borger.

Tilsynet vil:

- Fungere som kontrol af, om det enkelte områdecener udfører forsvarligt fagligt arbejde inde for sin målgruppe og efterlever lovregler og administrative fastsatte retningslinjer.
- Være dialogbaseret i forhold til beboere, ledelse og medarbejdere for at sikre og fremme faglig kvalitet på plejecentret.

Tilsynet vil endvidere have fokus på følgende hovedpunkter:

- Sikre en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne.
- Skabe grundlag for et systematisk arbejde med anvendelsen af gode erfaringer.
- Afdække styrker og forbedringsmuligheder i områdeceneres måde at håndtere opgaverne på.
- Identificere potentielle udviklingsmuligheder på områdecenerne.
- Give faglig sparring og supervision med udgangspunkt i lokale behov.
- Gøre besøgene til en positiv oplevelse, hvor den enkelte deltager forholder sig reflekterende over for sig selv og de opgaver, der løses.
- Bidrage til sikring af kvaliteten i opgaveløsningen.

De uanmeldte tilsyn tager udgangspunkt i:

- Studier af områdeceners faglige dokumentation.
- Observationsstudier på områdeceners fællesarealer og i udvalgte borgeres boliger.
- Interview med borgere, medarbejdere og ledelsen.

2 Tilsynsdato og tidspunkt

Tilsynet er udført den 26. marts 2012, kl. 8.30-15.15 af chefkonsulent, sygeplejerske Lisbeth Lind og chefkonsulent, sygeplejerske Lis Oline Madsen, BDO.

3 Tilsynsresumé

BDO har på vegne af Lyngby-Taarbæk Kommune gennemført et ordinært uanmeldt tilsyn på Områdecenter Virumgård ved områdeleder Peyman Luo. Ved tilsynet er der foretaget observationer på fællesarealer, gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation, observationer hos beboerne samt gennemført samtaler med 7 medarbejdere: 5 social- og sundhedshjælpere og 2 social- og sundhedsassistenter. En medarbejder blev interviewet ift. 2 beboere.

Desuden har tilsynet talt med 8 beboere.

4 Tilsynsresultat

Områdecenter Virumgård er godkendt med mangler på enkelte områder ved det ordinære uanmeldte tilsyn.

| Samlet vurdering | |
|------------------|---|
| | Godkendt: Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne vedtagelser og værdier samt almene sundhedsfaglige standarder. Forholdene på områdecentret vurderes samlet set at være gode og tilfredsstillende. |
| x | Godkendt med mangler på enkelte områder: Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har få mangler eller fejl vurderet ud fra kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne vedtagelser og værdier og/eller almene sundhedsfaglige standarder. Løsningen på det påpegede forhold kontrolleres ved det efterfølgende uanmeldte tilsynsbesøg. |
| | Alvorlige mangler: 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 vedtagelser og værdier samt almene sundhedsfaglige standarder. Fejl udløser et opfølgende uanmeldt tilsyn. Løsningen på de påpegede forhold kontrolleres ved et opfølgende uanmeldt tilsyn. |

Den overordnede vurdering begrundes med:

De gode, jævne og tilstrækkelige forhold på Områdecenter Virumgård vedrørende det skriftlige grundlag og den leverede hjælp, hvor styrkerne er:

- At beboerne udtaler, at de har en sikker og tryk hverdag.
- At beboerne fortæller, at der er en god omgangstone og at de bliver respekteret for deres levevis.

- At beboerne udtaler, at de modtager den pleje og omsorg de har behov for og at de føler sig velplejede og velklædte.
- At beboerne oplever, at de tilbydes mange værdifulde aktiviteter samt mulighed for træning.
- At Omsorgscentret Virumgård har en god rengøringsstandard.
- At medarbejderne kan fortælle om beboernes problemstillinger og de udarbejdede handleplaner.

- De mangler, der er konstateret på Områdecentret Virumgård vedrører følgende mål, målepunkter og dataindsamlingsområder:
 - Manglerne forekommer ved flere beboere.
 - Manglerne er fordelt over følgende målepunkter:
 - *Mål 2: Der foreligger en samlet plan for pleje- og omsorgsindsatsen*
Manglende dokumentation af den daglige tilrettelæggelse af pleje - og omsorgsindsatsen i Handleplan for Hverdagsliv.
 - *Mål 4: Der foreligger en samlet plan for aktivitet og træning (ADL og vedligeholdelse)*
Manglende beskrivelse af konkrete opgaver i forbindelse med aktiviteter og træning.
 - *Mål 5: Der foreligger en samlet plan for psykisk pleje og omsorg*
Manglende beskrivelse af den daglige tilrettelæggelse af plejeopgaverne.
Manglende dokumentation i forhold til brug af chip i borgerens sko samt manglende dokumentation ved aktivering af rumalarm i demensbolig.
 - *Mål 7: Beboeren har en god og tilfredsstillende hverdag*
Manglende dokumentation af beboerens vaner og ønsker.
- Manglerne vil kræve en bevidst og målrettet indsats. Tilsynsførende foreslår følgende specifikke indsats til afhjælpning af de konstaterede mangler:
 - At Områdecentret Virumgård sikrer;
 - At handleplan for Hverdagsliv fremstår individuelt og fagligt.
 - At de konkrete opgaver i forbindelse med aktiviteter og træning dokumenteres.
 - At den daglige tilrettelæggelse af psykisk pleje og omsorg til beboeren dokumenteres.
 - At foranstaltninger som chips og rum alarm dokumenteres efter Lyngby-Taarbæks retningslinjer.

5 anbefalinger

Tilsynet lægger vægt på udvikling og læring i forbindelse med det lovpligtige uanmeldte tilsyn. På baggrund af afdækningen af ovenstående tilsynsresultat foreslår tilsynet følgende:

- At Områdecentret Virumgård iværksætter en bevidst og målrettet indsats i forhold til de påpegede mangler. Mere præcist anbefales følgende:
 - At Områdecenter Virumgård underviser og vejleder medarbejderne i sundhedsfaglig dokumentation med fokus på handleplan for Hverdagsliv, således at beskrivelse af handlinger ifm. Personlig pleje fremstår individuel og afspejler beboerens problemstillinger.
 - At Områdecenter Virumgård underviser og vejleder medarbejderne i dokumentation af de konkrete opgaver, som medarbejderne udfører, i forhold til at støtte beboeren i at deltage i aktiviteter og træning.
 - At Områdecenter Virumgård underviser og vejleder medarbejderne omkring dokumentation af tilrettelæggelsen af beboerens daglige psykiske pleje og omsorg.
 - At Områdecenter Virumgård undersøger om der leves op til Lyngby-Taarbæk Kommunes Pleje- og behandlingsinstruks vedr. Magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne. (Lov om social service - kapitel 24 §§ 125-129), - om alarm og pejlesystemer.
 - At Områdecenter Virumgård underviser medarbejderne i dokumentation af beboerens vaner og ønsker.

6 Datagrundlag

6.1 Dokumentation, observation og interview med borgere og medarbejdere

Der er udvalgt otte repræsentative mål fra kvalitetsstandarderne:

- Det skriftlige grundlag, mål 1
- Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje, omsorg, aktivitet og træning, og psykisk pleje og omsorg mål 2-5
- Sammenhæng mellem visitation og leveret praktisk hjælp mål 6
- Hverdagen på plejehjem, mål 7-8

Der er i alt defineret 43 målepunkter.

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

Af handleplanerne fremgik det at 6 interviewede beboere ud af 8 er hukommelsessvækkede. Hos en beboer er tilsynets besøg hos beboere, et observationsbesøg.

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

| Mål 1: | Der foreligger en skriftlig afgørelse med Aktuel status og handleplaner | | |
|----------------------|---|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | x | | <p>Visitatorerne i Lyngby-Taarbæk kommune udarbejder ikke mål og retningsgivende mål for beboerens pleje og omsorg.</p> <p>Alle beboere har handleplaner som er faglige og systematiske og indeholder formål og mål med handlingen. Handleplanerne afspejler generelt, at der på Områdecenter Virumgård er fokus på at yde helhedsorienteret og individuel pleje og omsorg til beboeren.</p> |
| Observation | x | | Tilsynsførende kan observere sammenhæng mellem mål og handling og beboerens tilstand. |
| Beboer (spm.1) | x | | 6 beboere ud af 8 kan fortælle om omfanget af den pleje og omsorg som de modtager. |
| Beboer (spm. 2) | x | | 6 beboere ud af 8 mener at kunne modtage hjælp til at klage, hvis de måtte ønske det. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere er bekendt med beboerens internt visiterede ydelser. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Alle medarbejdere er bekendt med beboerens ret til at kunne klage. |
| | | | |

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

| Mål 2: | Der foreligger en samlet plan for pleje- og omsorgsindsatsen | | |
|------------------------|--|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation (spm. 1) | x | | <p>Alle beboere har en aktuel status, som indeholder en overordnet beskrivelse af beboerens behov for personlig pleje.</p> <p>Den aktuelle status danner baggrund for plejepersonalets kategorisering af beboerens plejekategori. Aktuel status anvendes desuden som udgangspunkt for plejepersonalets visitation og disponering af ydelser til beboeren i omsorgssystemet Unique. Endelig danner aktuel status baggrund for udarbejdelse af handleplaner.</p> |
| Dokumentation (spm. 2) | | x | <p>Alle beboere har en handleplan for Hverdagsliv.</p> <p>Handleplanen Hverdagsliv, indeholder generelt en detaljeret, individuel og faglig beskrivelse og den daglige tilrettelæggelse af beboerens personlige pleje.</p> <p>Hos 2 beboere med svære problemstillinger bør badesituationen dokumenteres detaljeret, individuelt og fagligt.</p> <p>Hos 1 beboere mangler beskrivelse af pleje - og omsorgsindsatsen aften og nat.</p> <p>Hos 1 beboer er det dokumenteret under diagnoser at beboeren har epilepsi. Områdeleder oplyser, at: "Epilepsi er anført under anamnese inden bb. er indflyttet på Virumgård, uden dato og initialangivelse af den der har skrevet det. I Anamnesen er ved indflytning noteret aktuel anamnese konfereret med egen læge. Her fremgår epilepsi ikke. Efterfølgende er beboeren spurgt om epilepsi, og det drejer sig om et enkelt epilepsilignende incident i 1966".</p> |
| Observation | x | | Tilsynsmedarbejderne kan observere sammenhæng imellem det beskrevne og beboerens tilstand. |

| | | | |
|----------------------|---|--|--|
| Beboer | x | | Beboerne tilkendegiver at der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboeren mener at have brug for og den hjælp, som beboeren får tilbudt. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere kan begrunde plejen. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | 6 medarbejdere ud af 7 kan redegøre for den faglige indsats. I forhold til beboeren med epilepsi er medarbejderen ikke bekendt med at beboeren lider af epilepsi. |
| | | | |

| Mål 3: | Der er redegjort for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats | | |
|---------------|--|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | x | | Alle journaler indeholder beskrivelser af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats, her kan blandt andet nævnes handleplaner på ernæring og mobilisering. |
| Observation | x | | Alle observerbare risici fremgår af journalen. |
| Beboer | x | | Der er overensstemmelse imellem identificeret risici i journalen og beboerens egne bekymringer for komplikationer. |
| Medarbejder | x | | Medarbejderne kan fortælle om særlig indsats vedrørende relevante risici i forhold til beboerens situation. |
| | | | |

Aktivitet og træning – Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje- og omsorg i henhold til Servicelovens § 86 samt kommunens kvalitetsstandarder:

| Mål 4: | Der foreligger en samlet plan for aktivitet og træning (ADL og vedligeholdelse) | | |
|----------------------|---|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | | x | Alle journaler indeholder beskrivelse af, hvilke aktiviteter beboeren evt. ønsker at deltage i. 4 journaler ud af 8 indeholder de konkrete opgaver, som medarbejderen skal udføre, for at støtte beboeren i deltagelse i aktiviteter og træning. Det drejer sig f.eks. om, at beboeren skal følges til aktiviteter, at medarbejderen skal huske beboeren på deltagelse i aktiviteter og lignende. |
| Observation | | x | Tilsynsførende kan hos 4 ud af 8 beboere observere sammenhæng mellem de beskrevne opgaver og beboerens tilstand. |
| Beboer | x | | Alle beboere tilkendegiver, at der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboeren mener at have brug for og den hjælp, som beboeren får tilbudt. Beboerne fortæller, at de har en god hverdag på Områdecentret Virumgård. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Medarbejderne kan begrunde plejen. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Medarbejderne kan redegøre for den faglige indsats. |
| | | | |

Psykisk pleje og omsorg – Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje- og omsorg i henhold til Servicelovens §§ 83 og 86:

| Mål 5: | Der foreligger en samlet plan for psykisk pleje og omsorg | | |
|------------------------|---|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation (spm. 1) | | x | 6 beboere ud af 8 har en journal hvor de konkrete plejeopgaver fremgår. Hos 1 beboer benyttes rum alarm og chip i beboerens sko. Tilsynsførende spørger medarbejder og demenskoordinator, om der foreligger dokumentation i forhold til at beboeren har chip i skoene og i forhold til, at der om natten benyttes rum alarm. Der kan ikke forevises dokumentation (det oplyses, at der er installeret rum alarm i alle demens afdelingens boliger) Når en beboer flytter ind i en bolig indrettet til beboer med en demenssygdom bliver beboeren og dennes pårørende orienteret om, at der i boligen er installeret rum alarm. Tilsynsførende får udleveret Lyngby Tårnbæks Pleje- og behandlingsinstruks for: "Magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne. (Lov om social service - kapitel 24§§ 125 - 129.)" |
| Dokumentation (spm. 2) | | x | Hos 2 beboere ud af 8 indeholder journalen den daglige tilrettelæggelse af plejeopgaverne, dag, aften og nat. Handleplanen Hverdagsliv mangler fyldestgørende beskrivelser af den specialiserede pleje- og omsorg til demensramte beboere dag, aften og nat. |
| Observation | x | | Hos alle beboere er observerbare risici dokumenteret i journalen. |
| Beboer (sp. 1) | x | | Alle beboerens udtrykte behov fremgår af journalen. |
| Beboer (spm. 2) | x | | Alle beboere udtaler, at de føler sig sikre og trygge i hverdagen. Beboerne fremhæver, at der på Områdecenter Virumgård er en god omgangstone, og at beboerne har medindflydelse på tilrettelæggelse af deres hverdag. En beboer fortæller, at hun indimellem føler sig isoleret på grund af sin nedsat hørelse og syn. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Medarbejderne kan begrunde plejen. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | Medarbejderne kan redegøre for den faglige indsats. |

Praktisk hjælp – Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje og omsorg i henhold til Servicelovens § 83 og kommunens kvalitetsstandarder:

| Mål 6: | Beboeren sikres hygiejnemæssig forsvarlig renholdelse af boligen og tilfredsstillende håndtering af vasketøjet | | |
|-----------------|--|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation | x | | |
| Observation | x | | 7 boliger ud af 8 fremstår med en god rengøringsstandard. Hos 1 beboer er rengøringsstandarden umiddelbart god, men der er en ubehageligt urinluft. |
| Beboer (spm. 1) | x | | Beboerne tilkendegiver, at være tilfredse med rengøringsstandarten. |
| Beboer (spm. 2) | x | | Beboerne tilkendegiver, at deres tøj er rent og pænt, når det kommer far vaskeriet. |
| Medarbejder | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om den særlige indsats vedrørende |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | hygiejniske risikofaktorer hos beboeren. Medarbejderen redegør for tiltagene i forhold til boligen med urinlugt. |
| | | | |

Hverdagen på plejehjemmet:

| Mål 7: | Beboeren har en god og tilfredsstillende hverdag | | |
|------------------------|--|-----|---|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Dokumentation (spm. 1) | x | | I alle journaler fremgår beboerens livshistorie. |
| Dokumentation (spm. 2) | | x | I fem journaler ud af 8 fremgår beboerens vaner og ønsker. |
| Observation | x | | |
| Beboer | x | | Alle beboere tilkendegiver, at de føler sig godt tilpas på Områdecentret Virumgård. Beboeren fortæller, at de har en god hverdag med medindflydelse i det omfang de ønsker det. |
| Medarbejder | x | | |
| | | | |

| Mål 8: | Beboeren oplever respekt | | |
|----------------------|--------------------------|-----|--|
| | Ja | Nej | Bemærkninger |
| Observation (spm. 1) | x | | |
| Observation (spm. 2) | x | | I en bolig observerer tilsynsførende, professionelle papir liggende fremme på bordet. |
| Beboer | x | | Beboerne fortæller, at de oplever en respektfuld tiltale og accept af deres levevis. Medarbejderne er imødekommende og hjælpsomme. En beboer nævner, at hun ikke synes det "klæder" medarbejderne at bande, når de taler sammen indbyrdes. |
| Medarbejder (spm. 1) | x | | Alle medarbejdere kan fortælle om handlinger til at sikre respekt for beboeren. I forhold til opbevaring af professionelle papir i boligen, fortæller medarbejderen om de overvejelser der gøres, inden de lægger professionelle papirerne i boligen. |
| Medarbejder (spm. 2) | x | | |
| | | | |

7 Observationer på fællesarealer

Beskrivelse af områdecenter

Områdecenteret Virumgård er en kommunal institution der består af 114 boliger, hvoraf 8 boliger er indrettet som ægtepar boliger. Boligerne er fordelt på tre bygninger A, B og C, som i alt rummer 6 somatiske plejeafsnit og 4 plejeafsnit for beboere med en demens sygdom. Områdecentret Virumgård har i alt 44 plejeboliger, som er målrettet beboere med en demenssygdom.

Alle boliger har eget toilet og bad, og en stor del har enten egen terrasse eller altan. Boligerne er enten et-rums eller 1½-rums.

Områdecentret har mange fællesfaciliteter, hvert plejeafsnit har spise/dagligstue med anretterkøkken. Områdecentret har en stor cafe med flygel og fælles bogreol, Caféen kan benyttes af pensionister fra nærmiljøet.

Hovedindgangen er placeret ved gårdhaven med springvand og store blomsterkrukker. Bygning C er en selvstændig bygning, én af vejene dertil går over en lille gangbro. Områdecentret har eget vaskeri, frisørsalon samt en lille kiosk, der drives af frivillige. Områdecentret har siden sidste tilsyn fået ny områdeleder.

Observationer i forbindelse med rundgang

Der er udarbejdet fem målepunkter for "Observationer på fællesarealer".

I forbindelse med rundgang på områdecentret havde tilsynsførende fokus på, om beboerne deltog i aktiviteter og/eller underholdning individuelt eller i grupper. Desuden observerede tilsynsførende omgangformen, herunder om der var dialog mellem beboere og medarbejdere, beboere imellem, samt mellem medarbejderne.

Det skal for den gode ordens skyld understreges, at tilsynsførendes observationer fra rundgangen, som præsenteres i det følgende, er udtryk for et øjebliksbillede.

Observationer på fællesarealer:

| Observationer | Ja | Nej | Bemærkninger |
|--|----------------------------|-----|---|
| <p>Fællesarealerne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er der et aktivt miljø på plejehjemmet • Er rengøringsstandarderne tilfredsstillende • Er der fællesskab og trivsel omkring måltidet | <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> | | <p>Områdecentret Virumgård virker som et aktivt sted.</p> <p>Flere beboere er ude i det dejlige forårsvejr. Der er mulighed for at deltage i mandagsklubben.</p> <p>Områdecentret Virumgård har en god rengøringsstandard på fællesarealer i afdelingerne samt gangarealerne.</p> <p>Der er fællesskab og trivsel ved måltidet, en del beboere ønsker at spise deres frokost i fælles spisestue. Medarbejderne sidder med ved bordene og hjælper, hvor der er behov.</p> <p>I en afdeling sidder en beboer alene og spiser, medarbejderen kan fagligt begrunde, hvorfor beboeren skærmes.</p> |
| <p>Omgangsform:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er kommunikationen | <p>x</p> | | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| respektfuld | | | |
| <ul style="list-style-type: none">• Er der dialog mellem beboere og medarbejdere og beboere imellem | x | | Der blev observeret en god og ligeværdig dialog mellem beboere og medarbejdere samt medarbejderne indbyrdes. |
| <ul style="list-style-type: none">• Bliver beboerne behandlet værdigt | x | | |

8 Underskrift

Den 3. april 2012

Lisbeth Lind
Chefkonsulent og sygeplejerske

Lis Oline Madsen
Chefkonsulent og sygeplejerske

BDO Kommunernes Revision
Hayneholmen 29
1561 København V.

9 Fremgangsmåde

Lyngby - Taarbæk Kommune har udvalgt fire kvalitetsområder, der skal fungere som fokusområder for de ordinære uanmeldte tilsyn. Det drejer sig om personlig pleje, psykisk pleje og omsorg, hverdagslivet på plejehjem og praktisk hjælp.

På baggrund af disse kvalitetsområder er der udarbejdet 43 målepunkter, som anvendes på samtlige områdecentre. Der anvendes flere dataindsamlingsmetoder, herunder studier af dokumentationsmateriale, observation og interview af beboere og medarbejdere under tilsynet.

Tilsynsforløbet afvikles som følgende:

- BDO har forud for det uanmeldte tilsynsbesøg udvalgt beboere, der skal indgå i tilsynet.
- Ved besøgsstart kontaktes områdelederen eller stedfortræderen, som orienteres om tilsynet. Lederen får mulighed for at foreslå ændringer til listen med de udvalgte beboere, hvis særlige hensyn taler for det.
- Ledelsen anmodes om at kontakte de udvalgte beboere for at indhente accept om, hvorvidt beboerne ønsker at deltage i tilsynet samt om tilsynet må læse den dokumentation, der findes for den enkelte beboer m.v. Tilsagnet dokumenteres af områdecentret i beboerens dokumentation.
- Ved interviewet med beboerne kan det aftales med områdelederen, at beboernes kontaktpersoner/relevant medarbejder er til stede ved præsentationen af tilsynsmedarbejderen, så situationen opleves så tryk som muligt for beboeren.
- Med udgangspunkt i en interviewguide gennemføres der kvalitative interviews med de udvalgte beboere. Tilsynsmedarbejderne foretager ligeledes observationer hos de udvalgte beboere. Der deltager ikke medarbejdere i dette interview.
- Med udgangspunkt i en interviewguide foretages der kvalitative interview med de udvalgte beboeres kontaktpersoner/relevante medarbejdere.
- Rundgang på områdecentret foregår således, at tilsynsmedarbejderne går frit rundt på områdecentret uden ledsagelse. Tilsynsmedarbejderne foretager observationer på områdecentrets fællesarealer.
- Lederen kontaktes ved tilsynets afslutning. Opklarende spørgsmål drøftes og lederen får en kort orientering om tilsynets forløb.
- Tilsynsrapport udarbejdes og sendes i faktuel høring, hvor områdeleder har mulighed for at rette faktuelle fejl, fx et forkert navn eller en misforståelse. Tilsynsmedarbejderen retter fejlene.

Social- og Sundhedsforvaltningens møde den 06-03-2013

Sag nr. 10

Bilag 1 – notat opfølgning kvalitet madområdet

NOTAT
om
Opfølgning på kvalitet på madområdet

Der er tre leverandører af mad til borgerne i Lyngby-Taarbæk Kommune. KRAM Madservice, som vandt udbuddet i 2010 af madservice til de hjemmeboende borgere, leverer p.t. mad til ca. 380 borgere. Din Private Kok (DPK), som i efteråret 2010 blev godkendt som frit valgs leverandør, leverer mad til knap 60 borgere. Den Kommunale Madservice (DKM) leverer alle dagens måltider til beboerne på kommunens områdecentre, Lystoftebakken samt genoptræningscentret og forsyner desuden caféerne på områdecentrene.

Denne opfølgning beror på de oplysninger, leverandørerne har forpligtet sig til at indsende til kommunen samt oplysninger fra kommunens Madpanel. Notatet er opbygget således:

1. Fødevaretilsynets kontrolrapporter for 2012
2. Egenkontrollsystemer og tiltag for at sikre madens kvalitet, herunder resultater af eventuelt afholdte brugerundersøgelser.
3. Klager
4. Madpanelet

1. Fødevarestyrelsens kontrolrapporter for 2012

Alle leverandørerne af madservice i Lyngby-Taarbæk Kommune er underlagt Fødevarestyrelsens tilsyn under Fødevareregion Øst, som kontrollerer de lovmæssige krav til behandling af fødevarer og fødevarereproduktion. Antallet af uanmeldte besøg fra fødevaremyndighederne afhænger af virksomhedens karakter og størrelse. Det betyder, at DKM får ét uanmeldt besøg årligt, mens KRAM og DPK får 4-5 uanmeldte besøg om året.

Fødevarestyrelsens kontrol omfatter:

- hygiejne, som er opdelt i håndtering af fødevarer, rengøring og vedligehold
- virksomhedens egenkontrol, herunder daglig kontrol af temperatur på varer ved modtagelse, ved op- og nedkøling samt antal timer fra en temperatur til en anden
- uddannelse i hygiejne blandt personalet
- markering og information af produkterne og emballage samt
- evt. særlige mærkningsordninger.

1.1 KRAM

KRAM har i oktober 2012 fået en elite smiley, da der på 4 kontrol besøg ikke har været anmærkninger vedrørende håndtering af fødevarer, rengøring, tilsætningsstoffer, virksomhedens egenkontrol samt mærkning og information.

1.2 Din Private Kok

Din Private Kok (DPK) havde ved sidste kvalitetsopfølgning en elitesmile. Denne er fastholdt på de første tre besøg i 2012. I den seneste rapport i december 2012 har DPK fået

indskærpet, at virksomheden skal overholde almindelige hygiejnebestemmelse. DPK har imidlertid klaget over afgørelsen, og afventer behandling af sagen. Fastholdes indskærpelsen mister DPK sin elitesmiley.

1.3 Den Kommunale Madservice

Den Kommunale Madservice's produktionskøkken på Baunehøj har igen i 2012 fået en elitesmiley, da de ingen anmærkninger har fået i 4 år (4 rapporter). Virksomheden har implementeret et cool-guard system. Der er ingen anmærkninger til hygiejne i forbindelse med håndtering af fødevarer og rengøring samt virksomhedens egenkontrol og offentliggørelse af kontrolrapport.

De 6 anretter køkkener har alle fået en smiley. På Møllebo er der tidligere på året givet en indskærpelse vedrørende vedligeholdelse og skævhed af gulv og behov for omfugning af fliser. Ved næste kontrolbesøg var disse indskærpelser udbedret. På Virumgård har der været problemer med rengøring af en rist i loftet samt opvaskemaskinen, hvorfor der blev givet en bøde. Rengøringen var udbedret ved næste kontrolbesøg. Lystoftebakken har haft 1 besøg i 2012 og fået en anmærkning i forhold til vedligeholdelse, da fuger og fliser er nedslidte og træværk er afskallet. Disse ting er udbedret. Solgården har ikke i 2012 haft besøg af fødevarerkontrollen, da køkkenet midlertidig har været flyttet til Lystoftebakken grundet bygning af nyt køkken. To anretterkøkkener har fået elitesmileys; det gælder Borrebakken og Bredebo.

2. Egenkontrollsystemer og tiltag for at sikre madens kvalitet.

Her gives en kort beskrivelse af det aktuelle egenkontrollsystem samt tiltag for at sikre madens kvalitet.

2.1 KRAM

KRAMs egenkontrolprogram er udarbejdet efter HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point), som frit kan oversættes til Systematisk risikoanalyse til at identificere og kontrollere de steder eller processer, som har afgørende betydning for produktets sikkerhed

KRAM har efter gennemgang af produktionen vurderet de kritiske punkter. De kritiske kontrolpunkter (CCP) er vurderet ud fra, hvor der er størst risiko for fødevarerforgiftning eller - infektion, hvis ikke procedurerne bliver overholdt. De kritiske kontrolpunkter registreres i egenkontrollen. Medarbejderne har gode hygiejnisk praksis (GMP). Medarbejderne får jævnligt brush up på hygiejne og egenkontrol. Der udføres audit 2 gang årligt. Endvidere er der løbende audit på rengøring og produktionssystemerne.

Egenkontrollen køres via E-smiley og opdateres løbende. Risikoanalyse forefindes ligeledes i e-smiley og opdateres løbende når der sker lovmæssige ændringer.

Kram har løbende smagsvurdering af retter på menuplanen og følger mikrobiologiforordningens krav om at kontrollere produkter og køkkenmiljø for mikrobiologisk vækst, jævnfør behandlingsplan.

Brugerundersøgelse

KRAM har også i 2012 udført en spørgeskemaundersøgelse blandt brugerne. 38 pct. af brugerne i Lyngby-Taarbæk Kommune har svaret. Ud af de 8 spørgsmål var tilfredshedsprocenten på mellem 92 pct. og 100 pct. Tilfredsheden er størst med menuplanernes variation og brettens smag. Begge dele er der 100 pct. tilfredshed med, mens der er mindre tilfredshed med grøntsagernes smag. KRAM uddyber dette og gør opmærksom på, at konsistens og smagen på grøntsager desværre er en tilbagevendende udfordring. Dette skyldes ikke mindst

forskellige holdninger til, hvor lang tid grønsagerne skal koges. KRAM har således fået kommentarer om, at grønsagerne virker udkogte, men også at de virker for rå og knasende. Det viser, at det kan være svært at stille alle tilfredse.

En del brugere har kommenteret foliet på madbakkerne, som kan være svær at åbne. KRAM arbejder på at finde en løsning, der er lettere at håndtere samtidig med at den stadig bevarer maden i de rette rum.

KRAM har fået enkelte kommentarer om kødets mørhed, og opfordrer kunderne til at tage kontakt direkte, hvis de oplever, at kødet kan være svært at tygge, for det må selvfølgelig ikke være sejt.

Flere kunder har givet udtryk for, at de savner retter som gule ærter, brunkål og stegt flæsk, og disse er derfor sat på vintermenuerne. Der arbejdes på at få flere supper som hovedret på menuen fremover, idet dette også et ønske fra kunderne.

2.2 Din Private Kok

Din Private Kok er overgået til e-smiley i begyndelsen af 2012, dvs. elektronisk egenkontrol.

På samtlige råvarer, der bliver produceret, bliver der ført en egenkontrol. Der bliver indfrosset 1 portion af hver ret, der produceres. Denne ret gemmes i 31 dage, så man altid har en referenceprøve af den mad, der er blevet spist. Herudover bliver der 2 gange om ugen sendt mad på "All kontrol" som tester maden for kintal og listeria.

Al mad opbevares ved 2 grader, ligeledes i pakkerum samt i de biler, der benyttes til de hjemmeboende. Det er meget vigtigt, at kølekæden ikke bliver brudt.

Brugerundersøgelse

Der er udsendt dialogkort 2 gange i 2012, hvor svarprocenten har været 55 pct. Der har kun været få kritiske kommentarer, som har handlet om, at karrysovsen er for stræk, rosenkålen er blancheret for lidt eller hakkebøffen er for tør.

DPK foretager desuden kvalitetssikring ved at komme ud til brugerne, ved besøg hos kommunerne eller på messer i forskellige sammenhænge. DPK bruger registreringer af klager, ris og ros til at evaluere og videreudvikle kvaliteten af maden og tilfredsheden hos borgerne. Se afsnit sidst i dette notat vedrørende klager. Maden prøvesmages af produktionschefen, driftschefen og kundechefen, endvidere serveres maden dagligt for personalet.

2.3 Den kommunale Madservice

Den kommunale Madservice har et egenkontrollsystem, som er udviklet i samarbejde med det certificerede fødevarer sikkerhedsfirma Anticimex. Anticimex kommer på kontrolbesøg to gange årligt.

Medarbejderne i produktionskøkkenet og anretter køkkenerne smager på maden hver dag, og hver uge gives der karakter til maden. Disse registreringer viser hele året, at der stort set er blevet givet topkarakter på alle retter. Derudover er der på 4 områdecetre indført en kokkehuescore (skalaen måles fra 1-5 kokkehuer). Borgerne på områdecetrene scorer dagligt på den kolde og varme mad samt på eftermiddagskagen. Scoren bliver dagligt fulgt af personalet i køkkenerne og bruges som kvalitetssikrings- og dialogredskab for hermed at sikre, at kvaliteten af maden svarer til borgernes forventninger. Gennemsnitligt ligger scoren på 3½ – 4 kokkehuer. Ledelsen i DKM deltager derudover også i stormøder med borgerne på områdecetrene, hvor både beboere og pårørende har mulighed for mere kvalitative tilbagemeldinger.

Brugerundersøgelse

To medlemmer fra Seniorrådet, besøger områdecentrenes cafeer og smager på maden. Resultatet af disse evalueringer viser, at der generelt gives meget flotte karakterer (5, hvor 5 er bedst). Der har enkelte gange har været karakter på 3 eller 4. Her har kommentaren for eksempel været, at der har været for lidt eller for meget salt og ønske om flere grøntsager. Ligeledes er der kommentarer så som; dejlig mør kylling, dejlige jordbær og lækker suppe. Derudover har der været afholdt møde med mellem Seniorrådets testpanel og DKMs ledelse for at medinddrage deres erfaringer i en øget kvalitetssikring. Da dette har været en succes, og der er efterfølgende aftalt gentagelse med nye møde hvert ½ år.

DKM har i slutning af 2012 i samarbejde med områdecenter Lystoftebakken igangsat et etårigt "mønsterprojekt" med ansættelse af kokke og afprøvning af, om kvaliteten af maden ville forbedres, hvis maden bliver lavet fra bunden i køkkenet. Dette evalueres hver 3 måned af DKMs ledelse, Lystoftebakkens ledelse samt en repræsentant fra bestyrelsen. Indtil videre har dette været en stor succes og kokkehuescoren ligger på 4-5 kokkehuer.

DKM har derudover også påbegyndt projekter med LEAN i samtlige køkkener for at sikre hensigtsmæssige arbejdsgange, kvalitet og service i forhold til alle interessenter.

3. Klager

Her gives en oversigt over indløbne henvendelser (klager) i løbet af året, herunder hvad klagerne vedrørte.

Leverandørerne har forpligtet sig til at registrere klager. Forvaltningen har stillet dette krav, da klagerne ses som en indikator på borgernes tilfredshed med madservicen. Det er endvidere forventningen, at såfremt madens smag og kvalitet bliver væsentligt forringet, vil dette kunne spores i antallet af klager.

3.1 KRAM

Fra de ca. 450 borgere, der får mad leveret flere gange om ugen (halvdelen dagligt), har KRAM fået 196 henvendelser. KRAM registrerer alle henvendelser fra deres kunder og disse opgøres hver måned opdelt på 9 kategorier, herunder ros og brugerfejl hos kunden.

Ud af 196 henvendelser fra Lyngby-Taarbæk borgere vedrører 18 pct. madens smag/konsistens (35 henvendelser). 25 pct. af henvendelserne vedrører chaufførfejl (49 henvendelser) og 22 pct. eller pakkefejl (43 henvendelser). Disse fejl skal ses i forhold til at der er tale om i omegnen af 100.000 kørsler årligt. Hvis borgeren (der modtager kold mad) ved en fejl har fået frikadeller frem for den bestilte kylling, får borgeren maden ombyttet uden omkostninger.

Til sammenligning havde KRAM 182 klager i 2011.

3.2 Din Private Kok

De henvendelser, der har været omkring maden, er indkommet via dialogkortene, der er sendt ud 2 gange i 2012. Herudover har Din Private Kok ikke modtaget nogen klager. Til sammenligning havde Din Private Kok 3 klager i 2011.

3.3 Den Kommunale Madservice

Der er modtaget 3 klager vedrørende madens kvalitet. Den ene klage handlede om stegt flæsk, som borgeren synes var for hård, den anden klage vedrørte en flæskesteg og den tredje klage om udbuddet af diæter. Alle klager er besvaret dels skriftligt dels ved invitation til

dialogmøde med borgeren. Alle klager er efter borgerens tilbagemelding håndteret med tilfredsstillende resultat.

Til sammenligning havde Den kommunale Madservice 2 klager i 2011.

4. Madpanelet

Som et supplement til leverandørens egenkontrol ift. at sikre madens kvalitet har Lyngby-Taarbæk Kommune i februar 2011 etableret et Madpanel. Madpanelet består af brugere, repræsentanter fra Seniorrådet, 1 repræsentant fra ÆldreSagen samt en visitator og en ernæringssygeplejerske. Formålet med panelet er at prøvesmage den kommunale mad til ældre borgere for herigennem at sikre og udvikle madkvaliteten.

Det var aftalt, at forvaltningen skulle indkalde Madpanelet til to prøvesmagninger i 2012 i henholdsvis august og november måned. Det var ligeledes aftalt, at prøvesmagningerne skulle afholdes på et af områdecentrenes i Lyngby-Taarbæk Kommune med henblik på at prøvesmage i fællesskab i stedet for som tidligere, at prøvesmagningerne bliver sendt ud til panelmedlemmernes hjem. Den første prøvesmagning blev afholdt som planlagt i august 2012 på områdecentret Virumgaard. Det var imidlertid ikke muligt at gennemføre den planlagte prøvespisning i november 2012. Denne prøvesmagning blev udskudt og er gennemført i februar 2013.

Der er blevet givet karakter til maden ud fra et fast evalueringsskema. På baggrund af disse prøvesmagninger kan der ikke registreres nogen forskel mellem de tre leverandører baseret på deres karakterer. Alle karakterer har været over middel.

Social- og Sundhedsforvaltningens møde den 06-03-2013

Sag nr. 11

Meddelelspunkt nr. 2 notat og sagsfremstilling

Meddelelspunkt nr. 3 notat og sagsfremstilling

NOTAT
Om
Processen for tilkendelse af førtidspension

På baggrund af Hans Henrik Madsens (F) mail af 23. januar 2013 blev følgende anmodning behandlet som en mundtlig orientering på Social- og Sundhedsudvalgets møde d. 6. februar:

"Med udgangspunkt i en konkret henvendelse til kommunalbestyrelsen ønskes en drøftelse af, hvordan processen om tildeling af førtidspension er, og hvilken rolle KMB spiller. Som jeg forstår lovgivningen (Pensionsloven § 17) så skal KMB behandle en henvendelse om førtidspension i forhold til alle de muligheder, der findes for at yde hjælp efter den sociale lovgivning, jf. § 5 i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område."

Udvalget har i denne forbindelse efterspurgt en skriftlig redegørelse herom, hvilket følger nedenfor. Her redegøres for kompetencen i *alle* førtidspensionsager – det vil sige både sager, der rejses af borgeren selv (§ 17) og sager der rejses af kommunen (§ 18). Konkret skitseres:

- Kommunalbestyrelsens rolle i afgørelser om førtidspension, herunder delegering af kompetence
- Det rehabiliterende teams rolle
- Processen i forbindelse med tildeling af førtidspension – sagens gang
- Sundhedsfaglig rådgivning i sager om førtidspension
- Grundlag for tilkendelse af førtidspension
- Ankemuligheder

1. Kommunalbestyrelsens rolle i afgørelser om førtidspension, herunder delegering af kompetence

I sagsfremstillingen henføres, jf. indsendt mail om anmodning af sagen, til pensionslovgivningens § 17, hvor borgeren selv anmoder om at få behandlet sin sag:

"Kommunalbestyrelsen skal behandle en henvendelse om førtidspension i forhold til alle de muligheder, der findes for at yde hjælp efter den sociale lovgivning, jf. § 5 i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område".

I lovgivning, der vedrører kommunalt myndighedsansvar (jf. ovenstående), refereres til kommunalbestyrelsen som det kompetente organ. Det betyder, at kommunalbestyrelsen som øverste kommunale myndighed har ansvar for de beslutninger, kommunen træffer. I praksis overlader kommunalbestyrelserne (delegerer) dog det i vidt omfang til udvalg og til forvaltningen at træffe beslutninger. Det kaldes delegation.

Der er enkelte forhold, hvor kommunalbestyrelsen ikke kan delegerer beslutningskompetencen. Det gælder blandt andet forhold, hvor kommunalbestyrelsen ifølge den kommunale styrelseslov træffer afgørelse. "Står der derimod i anden lovgivning, at beslutningen skal træffes af kommunalbestyrelsen, betyder det normalt ikke, at kompetencen ikke kan delegeres til udvalg eller til forvaltningen.

Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk har i kommunens styrelsesvedtægt i lighed med andre kommuner delegeret ansvaret for førtidspensionsområdet til et stående udvalg, her Social- og Sundhedsudvalget. I kommunen er det endvidere praksis, at sagsbehandlingen af og beslutningskompetencen vedrørende førtidspensionssager i det daglige ligger i forvaltningen, som administrerer området på vegne af det politiske niveau i overensstemmelse med gældende lov.

Det er ikke fastlagt ved lov, hvordan den kommunale forvaltning skal organisere behandling af samt afgørelser om førtidspension. Det er dog lovbestemt, at afgørelserne ikke må ligge i jobcenterregi alene, da afgørelser om førtidspension ikke er en del af Lov om ansvaret for og styringen af den aktive beskæftigelsesindsats, men derimod en del af Lov om social pension.

I Lyngby-Taarbæk har den forvaltningsmæssige kompetence i afgørelser om førtidspensionssager i en årrække ligget i et tværfagligt pensionsudvalg, som bestod af en repræsentant fra jobcenteret, ydelsesafdelingen (som begge var forankret i Social- og Sundhedsforvaltningen) samt kommunens lægefaglige konsulent. Lederen for ydelsesafdelingen var formand og udvalget afholdte faste møder en gang om måneden (se også SSU-sag af 9. februar 2011).

Social- og Sundhedsudvalget besluttede d. 14. november 2011 at smidiggøre arbejdsgangen i forbindelse med afgørelser om førtidspension ved at nedlægge pensionsudvalget som et tværfagligt organ for at få en hurtigere behandling af blandt andet sygedagpengesager.

Kompetencen i førtidspensionssager at træffe afgørelser overgik i stedet til lederen for ydelsesområdet, som ud over egne medarbejdere også benytter kommunens lægefaglige kompetence i sagsbehandlingen..

Kompetencen til at træffe afgørelser i sager om førtidspension har samme konstruktion i dag, således at, indstillingen efter den ændrede lovgivning på området (reform af førtidspension og fleksjob), er placeret i det "nye tværfaglige rehabiliteringsteam" etableret pr. 1. januar 2013 jf. nedenfor. Med den ny lovgivning på området er det lovpligtigt, at forvaltningen drøfter og laver en indstilling i alle førtidspensionssager – både når sagen rejses af borgeren såvel som ved forvaltningens egen foranledning.

Kommunalbestyrelsen og stående udvalg kan blandt andet følge området i forbindelse med årlige eksterne revisionsrapporter på området, Ankestyrelsens praksisundersøgelser og Ankestyrelsens opsamling på ankesager.

Den eksterne revision de seneste to år *ikke* har fundet fejl eller gjort bemærkninger i forhold til gennemgangen af de udvalgte førtidspensionssager. Ligeledes har revisionen konkluderet, at sagsbehandlingen på førtidspensionsområdet er tilrettelagt fuldt forsvarligt, og at afgørelserne træffes i overensstemmelse med lovgivningen.

Endvidere viste Ankestyrelsens foreløbige praksisundersøgelse på førtidspensionsområdet 2012, at Lyngby-Taarbæk Kommune på de i rapporten udvalgte områder havde "0" fejl, jf. orienteringssag forelagt økonomiudvalget d. 13. december 2012.

For Social- og Sundhedsudvalget forelægges den første årlige afrapportering på ankesager efter etablering af den justerede administrative struktur, når Ankestyrelsen offentliggør de seneste data for 2012.

2. Det rehabiliterende teams rolle

Det rehabiliterende team er et nyt lovpligtigt tværfagligt organ på tværs af henholdsvis beskæftigelses-, social- og uddannelsesområdet i kommunen samt med inddragelse af en sundhedskoordinator, der repræsenterer regionens kliniske funktion.

Det rehabiliterende team skal indstille vedrørende alle sager om eventuel fleksjobtilkendelse, ressourceforløb eller førtidspension. Det rehabiliterende team har således *ikke* kompetence til at træffe afgørelse i de respektive sager.

For yderligere information om det rehabiliterende team se vedlagte notat (bilag) om implementering af førtidspension- og fleksjobreform behandlet af Økonomiudvalget d. 24. januar 2013.

3. Processen i forbindelse med tildeling af førtidspension – sagens nærmere gang

Hvorvidt en sag om førtidspension rejses af borgeren selv, eller den rejses af forvaltningen, har betydning for sagens gang i forvaltningen.

For sager der rejses af borgeren selv, § 17:

Hvis en borger anmoder om at få taget stilling til muligheden for en førtidspension, forelægges sagen for det rehabiliterende team. Sagen overgår derfra til afgørelse af ledelsen for ydelsesområdet.

Det rehabiliterende team belyser sagen tværfagligt – herunder både beskæftigelsesfagligt om mulighederne for at udvikle arbejdsevnen, socialfagligt om mulighederne for at yde støtte og hjælp jf. den sociale lovgivning og sundhedsfagligt blandt andet vedrørende yderligere helbreds-mæssig udredning og behandling. Borgeren inddrages på møde med teamet og har således mulighed for at forelægge sin sag personligt..

For sager der rejses af forvaltningen, § 18:

I sager hvor jobcenteret vurderer, at en borgers arbejdsevne er betydeligt nedsat, og sagen derfor skal vurderes med henblik på en potentiel førtidspension, forelægges sagen det rehabiliterende team. Det rehabiliterende team *kan* indstille til, at der rejses en sag om førtidspension, såfremt sagens karakter lever op til de nye lovkrav om tilkendelse af førtidspension.

Indstiller det rehabiliterende team, at der påbegyndes en sag om førtidspension, overtager lederen for ydelsesområdet sagen på det således dokumenterede grundlag. Pensionsudvalget afgør, om der skal indledes en sag om førtidspension. Såfremt der besluttes at indlede en sag om førtidspension, har borgeren her mulighed for at forelægge sin sag personligt.

For både §§ 17 og 18 sager (såvel som alle sager vedrørende førtidspension, fleksjob eller ressourceforløb) gælder, at sagen skal genbehandles i rehabiliteringsteamet, såfremt kommunen ikke følger indstilling:

”Kommunen træffer afgørelse i sagen på baggrund af rehabiliteringsteamets indstilling. Hvis kommunen ikke følger rehabiliteringsteamets indstilling, skal sagen forelægges for rehabiliteringsteamet på ny, inden

der træffes afgørelse. Når rehabiliteringsteamet har revurderet sagen, træffer kommunen afgørelse" (Lov om ansvaret for og styringen af den aktive beskæftigelsesindsats, §25a).

4. Sundhedsfaglig rådgivning i sager om førtidspension

I sager om behandling af førtidspension må kommunen *kun* rådføre sig sundhedsfagligt med regionens kliniske funktion og anvende praktiserende læges vurderinger (jf. §§ 25b og 25c i Lov om ansvaret for og styringen af den aktive beskæftigelsesindsats samt § 19 i Lov om social pension). Dette gælder således både i indstillingsproceduren i jobcenterregi (ansvars- og styringsloven) og ved den afgørende instans.

Omtalte lovgivning på pensionsområdet (efter lovændringerne per 1. januar 2013) implicerer endvidere, at såfremt der i pensionsudvalgets afgørelsesprocedure vedrørende en førtidspensionssag skal indhentes yderligere sundhedsoplysninger, skal det foregå via en repræsentant fra regionens kliniske funktion.

Da reform af førtidspension og fleksjob er trådt i kraft inden aftalerne med regionerne er forhandlet på plads, skal kommunerne dog i overgangsperioden – indtil 1. juli 2013 – inddrage anden sundhedsfaglig ekspertise. I denne periode benytter Lyngby-Taarbæk kommunens lægefaglige konsulent.

5. Grundlag for tilkendelse af førtidspension

Ifølge Lov om social pension § 19 skal grundlaget for en afgørelse om førtidspension bestå af:

- en rehabiliteringsplan, der indeholder dokumentation for, at personens ressourcer og udfordringer i forhold til uddannelse og beskæftigelse er fuldt afklaret,
- dokumentation for, at alle relevante indsatser i den beskæftigelsesrettede indsats, herunder deltagelse i ressourceforløb, er udtømt,
- den faglige forklaring på, hvorfor den pågældendes arbejdsevne anses for varigt nedsat,
- den faglige forklaring på, at arbejdsevnen ikke lader sig anvende til selvforsørgelse uanset mulighederne for støtte efter den sociale eller anden lovgivning, eller
- angivelse af en eller flere konkrete arbejdsfunktioner, den pågældende med sin nedsatte arbejdsevne anses for at kunne udføre.

6. Ankemuligheder

Klager vedrørende afgørelser om førtidspension behandles af Beskæftigelsesankenævnet. Hver region har et Beskæftigelsesankenævn, jf. Lov om social pension § 10 stk. 2. Direktøren for Statsforvaltningen er formand for nævnet og regionsdirektøren er fast medlem.

Lyngby-Taarbæk har i 2012 ikke fået omgjort eller hjemvist sager på grund af klage på afvist førtidspension.

3.

Ny formand for pensionsudvalget

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at forslaget om nyt formandsskab for kommunens Pensionsudvalg godkendes.

Sagsfremstilling

Kommunalbestyrelsen træffer beslutning om tilkendelse af førtidspension jvf. § 18 i Lov om Social Pension og i sager før 2003 om eventuel forhøjelse af førtidspension. I Lyngby-Taarbæk kommune har denne kompetence i en årrække været uddelegeret til et pensionsudvalg. Pensionsudvalget har tre medlemmer: formanden, som er leder af folkepensionsteamet, faglig konsulent fra Jobcenteret og kommunens lægekonsulent samt en sekretær.

Med kommunalreformens ikrafttræden den 1. januar 2007 blev rammerne for kommunens organisering af behandling af tilkendelse af førtidspension ændret.

Den arbejdsmarkedsrettede indsats, det vil sige den forudgående arbejdsprøvning, udarbejdelse af ressourceprofil og arbejdsevnevurdering ligger i Jobcentret. Det er således Jobcentret, der dokumenterer dels, at arbejdsevnen er varigt nedsat og dels, at behandlingsmulighederne er udtømte og dermed, at alle muligheder for tilknytning til arbejdsmarkedet- også på særlige vilkår - ikke er mulig. På den baggrund indstiller Jobcentret til Socialcenteret, at der påbegyndes en sag om førtidspension, da det ifølge lovgivningen, er en enhed uden for Jobcenteret, der skal træffe den endelige afgørelse om start af sag om førtidspension. Socialcenteret forelægger herefter sagen til beslutning i Pensionsudvalget.

Formandsskabet har været varetaget af lederen af folkepensionsteamet, jvf. beslutning i Socialudvalget den 18. august 2005. Protokollat ligger i sagen.

Den 1. januar 2011 har lederen af folkepensionsteamet fået andet arbejde og kan derfor ikke længere varetage formandsskabet for Pensionsudvalget. Hertil kommer at folkepensionsområdet samtidig organisatorisk er flyttet til ydelseskantoret i Socialcenteret.

Social- og Sundhedsforvaltningen indstiller derfor, at lederen af ydelseskantoret overtager formandsskabet for Pensionsudvalget fra den 1. april 2011.

Økonomiske konsekvenser

Ingen.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Social- og Sundhedsudvalget den 9. februar 2011

Godkendt.

Oplæg
til

Udmøntning af budgetbeslutning om
"udvidelse af tværfagligt samarbejde på sundheds- og beskæftigelsesområdet"

Baggrund

Med budgettet for 2013 blev det besluttet, at det nuværende forsøgsprojekt med en særlig sundhedsfaglig indsats over for målgrupperne i jobcenteret videreføres og udbredes. Den økonomiske vurdering af budgetbeslutningen er en skønnet besparelse på forsørgelsesudgifterne til otte helårspersoner fordelt på to personer på ledighedsydelse, to dagpengemodtagere og fire kontanthjælpsmodtagere. Med investeringer i sundhedsindsats vurderes et samlet besparelspotentiale på 0,5 mio. kr. årligt i 2013-2016.

Jobcenteret samarbejder i dag med Sundhedscenteret om fleksjobberettigede borgere, som er ramt af ledighed. Ordningen bygger på et projekt med støtte fra Arbejdsmarkedsstyrelsen, som startede i august 2011. Finansieringen ophørte d. 31. januar 2013. Den hidtidige indsats har haft fokus på fleksjobberettigede borgere, som er ramt af ledighed.

For borgere med nedsat arbejdsevne er det evident, at sundhedsfremme kan være med til at bevare og udvikle arbejdsevnen. Desuden har forsøgsprojektet vist en positiv synergi mellem sundhed og beskæftigelse i forhold til borgerens tro på og motivation til at ændre sin situation – både sundhedsmæssigt og beskæftigelsesmæssigt.

Budgetbeslutningen peger på at videreføre og udbrede erfaringerne fra denne kombinerede beskæftigelses- og sundhedsindsats til også at omfatte kontanthjælps- og dagpengemodtagere.

Målsætninger og målgrupper

Kombinationen af beskæftigelses- og sundhedsindsatser har overordnet set som målsætning at højne borgernes arbejdsevne og jobparathed med henblik på at få borgeren i beskæftigelse eller tættere på arbejdsmarkedet.

For mange ledige er deres sundhedstilstand en barriere for at højne arbejdsevnen. En undersøgelse fra SFI viser, at de ledige ikke selv har overskud til at forbedre deres sundhedstilstand, selv om de er bevidste om deres udfordringer. Undersøgelsen peger her på, at de lediges manglende overskud i forhold til deres sundhed hænger sammen med, at de oplever en generel mangel på mening i tilværelsen. Mange føler ikke, at de har noget at stå op til, og mange oplever den manglende beskæftigelse som demotiverende for at ændre deres

livsstil i en sundere retning. Den generelt set svære situation ved at være ledig i længere tid går således igen, når det gælder at tage vare på egen sundhed.¹

Den kombinerede beskæftigelses- og sundhedsindsats kan erfaringsmæssigt imødekomme de udfordringer, som beskrives, idet sundhedsindsatsen både kan forbedre sundhedstilstanden, men også kan virke som katalysator for større motivation og trivsel for den ledige. Konkret har indsatsen derfor to indbyggede målsætninger:

- At styrke borgernes handlekompetencer og personlige overskud, der giver dem grundlag for at være mere aktive i beskæftigelsesindsatsen – primært via øget fysisk aktivitet.
- At forbedre borgernes sundhedstilstand, så de sundhedsmæssige barrierer for en beskæftigelsesindsats mindskes – via et bredt sundhedsmæssigt fokus med udgangspunkt i den enkeltes udfordringer og forudsætninger.

Baggrunden for indsatsen er en forventning om, at sundhedsindsatserne kan flytte alle grupper i beskæftigelsesindsatsen, hvis der tages udgangspunkt i den enkelte målgruppe og den enkelte borgers konkrete udfordringer.

Nedenfor beskrives de målgrupper, der er i fokus.

Målgrupper i første bølge – 1. halvår 2013

Indledningsvist vil der være fokus på at opstarte indsatser for borgere, der er henholdsvis fleksjobberettigede og kontanthjælpsmodtagere.

De fleksjobberettigede indgår også i den tværfaglige indsats, som etableres i forbindelse med den nye førtidspension- og fleksjobreform blandt andet i form af det rehabiliterende team. Men det vurderes, at der vil være ca. 30 borgere årligt, hvor det vil være relevant at lade sundhedsfremme indgå i sammenhæng med fx en virksomhedspraktik. Fordelen er, at der kan laves en samlet og tværgående vurdering, handleplan og indsats ift. at imødegå de udfordringer, som er barrierer for borgerens adgang til beskæftigelse.

For kontanthjælpsmodtagerne vil der være fokus på de nye borgere, som tilgår kontanthjælp fra sygedagpenge. Der vurderes ca. 30 borgere i denne gruppe årligt. Overgangen fra sygedagpenge til kontanthjælp gør, at borgerne er motiverede for at ændre deres jobsituation, ligesom beskæftigelsesindsatsen for denne gruppe af borgere har fokus på at flytte borgerens fokus fra et sygdomsperspektiv til et beskæftigelsesperspektiv. Her kan sundhedsindsatserne medvirke til at flytte fokus på et mangelperspektiv (sygdomsfokus) til mulighedsperspektiv (beskæftigelsesfokus).

Målgrupper i anden bølge – 2. halvår 2013

Det næste udviklingstrin gælder dagspengemodtagerne. Her er der en kobling til a-kasserne, der også rådgiver borgerne. Der skal derfor være fokus på at afklare snitflader, når der iværksættes sundhedsindsatser. Indsatsen målrettes borgere, der dels er nyledige, hvor sundhedsindsatsen vil indgå i det store fokus, der i forvejen er på beskæftigelse for denne gruppe, dels borgere der har været ledige over 6 måneder, hvor indsatsen på linje med de øvrige grupper har fokus på sundhedsudfordringer og motivationsskabelse.

¹ Socialt udsatte borgeres sundhed, SFI

Målet for denne gruppe er en anelse lavere end for de øvrige målgrupper i 2013 – realistisk set 20 borgere. Det er en udviklingsopgave der også rækker ind i 2014.

Indsats og organisering

Den konkrete indsats består i tre trin baseret på de hidtidige erfaringer. En af de centrale erfaringer er betydningen af en god opstart af forløbet for den enkelte borger. Eksempelvis er det vigtigt, at der i afklaringen af behov og forløb for borgeren er en høj grad af involvering af borgeren, så der opstår motivation og ejerskab til forløbet. Desuden er det centralt, at sundhedsindsatserne indarbejdes integreret i borgerens beskæftigelsesindsats, så der er sammenhæng mellem de to dimensioner. Ligeledes er det væsentligt for effekten af indsatsen, at der løbende følges op (fx ved fravær), så borgeren er bevidst om forpligtelsen til aktiv deltagelse.

Det er Center for Sundhed og Kultur, der er ansvarlig for sundhedsindsatsen. Der ansættes en medarbejder med profil til både at indgå i motiverende og afklarende forløb samt i den praktiske udførelse af sundhedsindsatserne. Medarbejderens primære funktionsområde vil være i Center for Arbejdsmarked.

De tre trin består i:

1. Indledende afklaring og planlægning mellem borger, sagsbehandler og sundhedsmedarbejder, hvor koblinger til og forventninger for sundhedsindsatsen afklares. Herefter tilrettelægges sundhedsindsats mellem borger og sundhedsmedarbejder – eksempelvis via en motiverende samtale, hvor borgerens egne målsætninger og motivation for forløbet afklares.
2. Den egentlige sundhedsindsats, der foregår sideløbende med de øvrige beskæftigelsesindsatser. På linje med øvrige beskæftigelsesindsatser er borgeren forpligtet til deltagelse, såfremt sundhedsindsatsen udgør en integreret del af en samlet beskæftigelsesrettet jobplan for borgeren.
3. Efter endt planlagt forløb udarbejdes dels en sundhedsmæssig evaluering af borgerens udvikling med afsæt i objektive data (vægt, kondition og lignende), dels en opfølgning på målsætningerne for den samlede indsats. Evalueringen sker i samarbejde mellem borger, sagsbehandler og evt. sundhedsmedarbejderen.

De sundhedstilbud, der indgår i forløbene, er udvalgt med baggrund i de hidtidige projekterfaringer. Nogle af tilbuddene vil blive lavet særskilt til indsatsen, mens andre vil integreres i kommunens øvrige sundhedsindsatser.

Særskilte indsatser

Følgende indsatser etableres tilpasset og målrettet til denne indsats:

Motion – vil være grundelementet i indsatserne. Foruden at medvirke til forbedring af den generelle sundhedstilstand, understøtter motionsaktivitet borgerens psykiske velbefindende og medvirker derved til at understøtte borgerens handlekompetencer og personlige overskud. Indsatsen integreres på kommunens forskellige idrætsanlæg og udendørs, og dele af indsatsen søges integreret i eksisterende frivillige indsatser.

Kostvejledning – for de borgere, hvor der er behov (typisk BMI>30), og hvor borgeren er motiveret for et vægttab. Indsatsen trækker på erfaringer fra forløbsprogrammer og Sundhedscenterets kost- og motionsgruppe.

Mental sundhed – mange af borgerne har gennemgået fx længere sygdomsforløb, hvor de oplever store livsomvæltninger, og hvor beskæftigelsesindsatsens krav og forventninger kan virke psykisk belastende. Her kan forløb med fokus på mental sundhed mindske barrierer for et fokus på beskæftigelsesindsatsen. I det tidligere projekt har der været varierende erfaringer med coaching-forløb, så der arbejdes pt. med at afklare alternative/supplerende tilgange til dette fokus.

Rygestopindsatser – rygning er den væsentligste faktor for dårligt helbred, ligesom det er medvirkende til at forværre sygdomstilstande og smertetilstande. Alle borgere, der er motiverede for et rygestop, skal tilbydes en rygestopindsats. Dette tilbydes enten som særskilt forløb indenfor indsatsen eller integreret i kommunens øvrige rygestoptilbud.

Eksisterende tilbud

Hvis det vurderes relevant, kan borgeren indgå i kommunens eksisterende sundhedsindsatser indenfor fx:

- Patientuddannelse i smertehåndtering.
- Patientuddannelse i kursus ”lær at leve med kronisk sygdom”.
- Kommunens forløbsprogrammer til kronisk syge – herunder det nye forløbsprogram for lænde og ryg, der forventes iværksat i foråret 2013.

Implementering og status

Forventningen er, at tilbuddet startes op i april 2013. Inden da tilknyttes en ny medarbejder i Center for sundhed og kultur, som skal varetage indsatsen. Ligeledes planlægges en konkret model for forløb og indsatser.

En samlet opfølgning på projektet udarbejdes i foråret 2014, hvor indsatsen har fungeret i et år. Dertil følges op på de økonomiske konsekvenser ved 2. og 3. anslåede regnskab.

Udmøntning af budgetbeslutning om "udvidelse af tværfagligt samarbejde mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet"

Sagsnummer: 20130110149

Oprettet: 14-01-2013

Dokumentejer: Andreas Schløer Madsen

Dagsorden

Generel

Emne

Udmøntning af budgetbeslutning om "udvidelse af tværfagligt samarbejde mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet"

Journalnøgle(r):

15.20.00 - A00

Beskæftigelsesindsats i almindelighed, Organisering mv. i almindelighed

Dokumenttype:

Beslutning fra Dagsordensystem

Besked:

Dato:

22-02-2013

Organisation:

Økonomiudvalget

Navn:

ID-Nummer:

Udvalg: ØK Økonomiudvalget

Mødetitel: Økonomiudvalgsmøde **Dato:** 21-02-2013 **Tid:** 16:00 20:00 **Punktets nummer:** 12

Status : ● Åbent punkt ○ Lukket Punkt

Beslutningsstatus: Færdigbehandlet **Dagsordenredaktør:** Helen Jeppesen/Økonomisk/LTK

Resume:

.

Sagsfremstilling:

Sagsfremstilling

Med budgettet for 2013 blev det besluttet, at det nuværende forsøgsprojekt med en særlig sundhedsfaglig indsats over for målgrupperne i jobcenteret videreføres og udbredes.

Den økonomiske vurdering af budgetbeslutningen er en skønnet besparelse på forsørgelsesudgifterne til otte helårspersoner fordelt på to personer på ledighedsydelse, to a-dagpengemodtagere og fire kontanthjælpsmodtagere. Med

ledighedsydelse, to a-dagpengemodtagere og fire kontanthjælpsmodtagere. Med investeringer i sundhedsindsats vurderes et samlet besparelspotentiale i størrelsesordenen 0,5 mio. kr. årligt i 2013-2016.

Jobcenteret samarbejder i dag med Sundhedscenteret om fleksjobberettigede borgere, som er ramt af ledighed. Budgetbeslutningen peger på at videreføre og udbrede erfaringerne fra denne kombinerede beskæftigelses- og sundhedsindsats til også at omfatte kontanthjælps- og dagpengemodtagere.

Kombinationen af beskæftigelses- og sundhedsindsatser har overordnet set som målsætning at højne borgernes arbejdsevne og jobparathed med henblik på at få borgeren i beskæftigelse eller tættere på arbejdsmarkedet. Konkret eftersættes det gennem følgende mål:

- At styrke borgernes handlekompetencer og personlige overskud, der giver dem grundlag for at være mere aktive i beskæftigelsesindsatsen – primært gennem øget fysisk aktivitet.
- At forbedre borgernes sundhedstilstand, så de sundhedsmæssige barrierer for en beskæftigelsesindsats mindskes – via en bred sundhedsmæssig tilgang med udgangspunkt i den enkeltes udfordringer og forudsætninger.

Sundhedsindsatsen skal ses i sammenhæng med Sundhedscenterets udvikling af øvrige sundhedstilbud, herunder både kommunens egne tilbud og et øget fremtidigt samarbejde med blandt andet lokale idrætsforeninger, aftenskoler og sygdomsbekæmpende foreninger. Selve organiseringen og den konkrete indsats er beskrevet i oplæg til udmøntning.

En opfølgning på projektet udarbejdes i foråret 2014, hvor indsatsen da har fungeret i et år. Dertil følges op på de økonomiske konsekvenser i forbindelse med 2. og 3. anslåede regnskab.

Økonomiske konsekvenser

De økonomiske konsekvenser er indarbejdet i budget 2013-16.

Beslutningskompetence

Økonomiudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at udmøntningsplanen for tværfaglig indsats mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet anvendes.

Økonomiudvalget den 21. februar 2013

Godkendt.

N O T A T
om
Gennemførelse af Lean af driften på plejehjem.

I forbindelse med budgetvedtagelsen for 2013 er det besluttet at gennemføre en LEAN-proces på driften af kommunens plejehjem. Beslutningen er defineret som en hensigtserklæring og der skal således arbejdes med konkrete arbejdsgangsanalyser med henblik på at opnå en mere effektiv ressourceudnyttelse og dermed evt. opnå en besparelse på 1 mio. kr.

Ledelsen i den Kommunale Leverandør(DKL) har indledningsvis drøftet, hvordan processen kan gennemføres og det er besluttet, at hvert center udarbejder en handlingsplan for, i hvilke arbejdsgange og organiseringer der kan arbejdes med LEAN-principper.

De lokale handlingsplaner er forankret i de lokale MED-udvalg og forventes iværksat med udgangen af marts 2013.

Det er ledere og medarbejdere på centrene, som gennemfører analyser og implementerer de konkrete forslag.

Der vil blive udarbejdet en status for processen og de opnåede resultater i september 2013.

Indholdet i de forskellige lokale forslag er følgende:

Virumgård:

På Virumgård er det besluttet, at

- gennemgang af administrative opgaver med henblik på at der i højere grad gøres brug af eksisterende elektroniske IT-systemer.
- gennemføre analyse af arbejdsgange vedr. vask af beboernes tøj
- gennemføre analyse af arbejdsgangen vedrørende transport af mad fra køkkenet til Irismarken.
- håndtering af medicindosering gennemgås med henblik på at indføre maskinel dosisdispensering hos de borgere, som har en stabil medicinering.

Solgården:

På Solgården er det besluttet, at

- gennemgå arbejdsgange i alle rengøringsydelser i plejehjemmets boliger med justering af hjælpen i forhold til gældende kvalitetsstandard og en omlægning af rengøringen i boligerne.

Dette sker blandt andet ved indkøb af gulvvaskere og robotstøvsugere samt ved en logistisk systematisering af ydelserne ved brug elektronisk planlægning.

- Hidtil har arbejdsgangen på afdelingerne været, at medarbejderne på plejehjemmet har været tilknyttet én enkelt afdeling.

Der arbejdes med at etablere tværgående teams således, at medarbejderne fremover tilknyttes én bygning med flere afdelinger således at, der skabes en større fleksibilitet og et mindre ressourceforbrug f. eks. ved brug af færre vikarer.

Lykkens Gave:

Med udgangspunkt i det ny paradigme " Aktivitet og træning i hverdagen" har ledere og medarbejdere besluttet, at

- medinddrage og ansvarliggøre nogle af beboerne i daglige praktiske opgaver som f. eks. borddækning, afrydning samt frem og tilbagebringning af service.
- arbejdsgange vedr. frem og tilbagebringning af vasketøj vil ligeledes være et fokusområde for at medinddrage beboerne mere i håndteringen af eget tøj
- rengøringen i plejeboligerne vil i højere grad blive gjort i et samarbejde med beboerne.

Bredebo:

På Bredebo er det besluttet at arbejde med

- gennemgang af arbejdsgange i dag, aften og nattevagt med henblik på at udnytte disse medarbejders kompetencer bedre ved at omlægge arbejdsgange vedr. medicindosering således, at doseringsydelserne fordeles spredt over de tre vagter
- gennemgang af arbejdsgang vedr. medicindosering, som af og til udløser, at der må efterdoseres medicin. Arbejdsgangen vil blive omlagt således, at dette ikke længere vil være nødvendigt, ved at sørge for, at der i første omgang bestilles og doseres tilstrækkelig medicin i forhold til det planlagte
- ved åbning af det ny Bredebo vil en anden arbejdsgang i forbindelse med tøjvask blive tilrettelagt

Borrebakken:

På Borrebakken har arbejdsgange vedr. planlægning af dagens opgaver været gennemgået og det er besluttet, at

- alle medarbejdere hver morgen mødes ganske kort og systematiserer dagens arbejde.
- opgaver som f. eks. bestilling af varer, kontakt til pårørende m.m. vil blive lagt i faste rammer, hvilket vil skabe en mere effektiv ressourceudnyttelse.
- arbejdsgangen vedr. tøjvask ændres således, at medarbejdere vasker tøj i afdelingerne og ikke ved en rengøringsmedarbejder i vaskeriet

Baunehøj:

På Baunehøj har ledelsen og medarbejderne gennem de sidste par år arbejdet med elementer for værdibaseret LEAN, hvor de bl.a. har vægtet

- meget høj grad af medarbejderindflydelse i forhold til fordeling af personaleresourcer ud fra givne rammer, samt planlægning af arbejdsrutiner i alle vagter.

Personalet møder på vagt i ét helt hus med flere afdelinger og planlægger sammen fordelingen af ressourcer på de enkelte etager ud fra belastningsgraden på etagerne.

- hver gruppe tilknyttes en gruppe af "flyvere", som fordeles ud i husene alt efter belastningsgraden.

I dag er det en integreret del af personalets arbejde at se plejehjemmet som en helhed og ikke i enkelte afdelinger og det er blevet en rutine at arbejde med nye tiltag i arbejdsgrupper på tværs af husene.

Lystoftebakken:

På Lystoftebakken er i MED-udvalget besluttet, at

- arbejde med en gennemgang af arbejdsgang vedrørende rengøringsydelser
Effektiviseringen af ydelsen sker i rengøringsgruppen på tværs af boliger 3 afdelinger og opgaver på fællesarealer.
- i højere grad gøre brug af gulvvaskemaskiner og flere robotstøvsugere samt rygsækstøvsugere på gangarealer og store opholdsrum, vil mere effektiv ressourceudnyttelse opnås.
- indføre brug af doseringsanlæg til forebyggelse af overforbrug af rengøringsmidler.

Processen:

De lokale MED-udvalg er i gang med at udarbejde konkrete tids- og handlingsplaner samt succeskriterier for ovenstående tiltag og de forskellige tiltag vil blive iværksat af de ledere og medarbejdere der er tættest på praksis.

Opfølgning sker på de konkrete tiltag sker ved de planlagte budgetmøder i 2013 samt ved en samlet status i august 2013 med henblik på at skabe læring på tværs af områderne, samt vurdere om en besparelse er mulig.