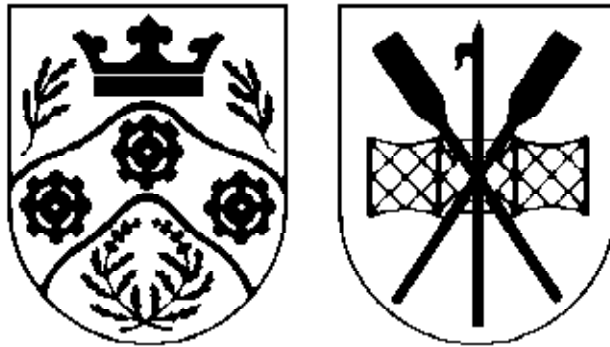


## LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE



Social- og Sundhedsudvalget

Dagsorden

Onsdag den 16. januar 2013 kl. 15:30  
afholder Social- og Sundhedsudvalget møde i Udvalgsværelse 1/Rådhus.

## INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>Sag nr:</b>		<b>Side:</b>
01	<b>Tidsplan for udmøntning af pulje på 1 mio. kr. til sundhedsområdet</b> .	3
02	<b>Analyse af Tandplejens serviceudvikling</b> .	5
03	<b>Status for etableringen af nyt tilbud for misbrugsbehandlingen</b> .	7
04	<b>Ældrestrategi</b> .	10
05	<b>Fremtidig organisering i Center for Træning og Omsorg</b> .	12
06	<b>Kvalitetsforbedring af ældreplejen - aktiviteter på områdecentrene</b> .	15
07	<b>Kvalitetsstandarder i den kommunale ældrepleje</b> .	18
08	<b>Sidste etape i udfasningen af utidssvarende plejeboliger i Lyngby-Taarbæk Kommune</b> .	20
09	<b>Meddelelser til udvalgets medlemmer januar 2013</b> .	22
10	<b>LUKKET SAG - Pris for leje af varmtvandsbassin på træningscenter Fortunen</b> .	24

1.

## **Tidsplan for udmøntning af pulje på 1 mio. kr. til sundhedsområdet**

### **Sagsfremstilling**

I sommeren 2012 indgik regeringen en aftale med KL om at øremærke 300 mio. kr. i forbindelse med den økonomiske kommuneaftale for 2013 til forebyggende tiltag på sundhedsområdet i kommunerne. I forlængelse heraf aftalte partierne bag Budgetaftalen for 2013-16 i Lyngby-Taarbæk Kommune at afsætte i alt 1 mio. kr. årligt til en pulje til sundhed, udsatte samt kronikere.

Midlerne fra kommuneaftalen skal ses i sammenhæng med intentionen om at implementere KL's strategi vedrørende "Det Nære Sundhedsvæsen", og midlerne foreslås derfor følgelig anvendt på den patientrettede forebyggelse – altså på borgere, der allerede er syge eller i risiko for at blive det.

Samtidig skal puljen til sundhed, udsatte samt kronikere også ses i sammenhæng med de øvrige sundhedsrettede tiltag i budgetaftalen, herunder særligt forslagene vedrørende implementering af skærmt teknologi og øget tværfagligt samarbejde mellem sundhed og beskæftigelse, samt med reduktion i forebyggelige (gen)indlæggelser via tidlig opsporing og handling, og i sammenhæng med det kommunesamarbejde, Lyngby-Taarbæk Kommune indgår i sammen med Gentofte og Rudersdal kommuner.

Forvaltningen er i øjeblikket i gang med at beskrive mulige indsatser for implementering af midlerne, herunder at afdække Lyngby-Taarbæk Kommunes sundhedsudfordringer og eksisterende sundhedsindsats med henblik på at sikre størst mulig effekt af midlerne. Der arbejdes særligt med udmøntning på tre områder:

- Indsatser rettet mod forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser – herunder forebyggende indsatser overfor ældre.
- Forankring af forløbsprogrammerne
- Indsatser indenfor rygning – primært at supplere eksisterende rygestoptilbud med fokus på borgere, der ikke kan indgå heri. Desuden indsats ift. forebyggelse af rygning blandt unge.

Oplægget til udmøntning af pulje til sundhed, udsatte samt kronikere forelægges Social- og Sundhedsudvalget til godkendelse i februar måned.

### **Økonomiske konsekvenser**

Udmøntningen holder sig inden for rammen af Budgetaftale 2013-16.

**Beslutningskompetence**

Social- og sundhedsudvalget.

**Indstilling**

Forvaltningen foreslår, at orientering om arbejdet med udmøntningen af pulje på 1 mio. kr. til sundhedsområdet tages til efterretning

2.

## **Analyse af Tandplejens serviceudvikling**

### **Sagsfremstilling**

I forbindelse med budgetaftalen for 2013-16 blev det vedtaget at iværksætte "... en undersøgelse af udviklingen i serviceniveauet i Tandplejen og effektiviseringspotentialet – både kvalitativt og økonomisk – ved at sammenlægge kommunens tandklinikker."

Nærværende analyse (bilag) indeholder en undersøgelse af udviklingen i serviceniveauet i Tandplejen, mens potentialet ved at sammenlægge kommunens tandklinikker forventes færdiggjort i efteråret 2013.

Udviklingen i serviceniveauet belyses ved en række indikatorer, og analyseperioden er afgrænset til 2009-2012. Fokus i undersøgelsen er på børne- og ungdomstandplejen.

Overordnet viser undersøgelsen, at tandsundheden i Lyngby-Taarbæk Kommune er øget i de seneste fire år på trods af Tandplejens reducerede budgetter og længere intervaller mellem undersøgelser. Desuden har denne forbedring været relativt større i Lyngby-Taarbæk Kommune end i Region Hovedstaden og i landet som helhed. Samlet viser analysen, at:

- Tandplejens driftsbudget siden 2009 er reduceret med 10 procent, og at kommunens udgift pr. barn er lavere end både sammenlignelige kommuner, Region Hovedstaden og landet som helhed. Det lavere udgiftsniveau et udtryk for en høj effektivitet og styring af ressourceforbruget.
- Normalintervallet mellem undersøgelser er i perioden øget fra 12 måneder (2009) til 15 måneder (2012), og aktiviteten er tilrettelagt behovsorienteret. Lyngby-Taarbæk er blandt de kommuner, som har det korteste normalinterval mellem undersøgelser.
- Kommunens andel af 15 årige, som modtager tandregulering ligger typisk i intervallet mellem 25 og 32 pct. Lyngby-Taarbæk havde i 2011 den højeste tandreguleringsprocent sammenlignet med omegnskommunerne.
- Der er en positiv udvikling i børns og unges tandsundhed i Lyngby-Taarbæk Kommune. Antallet af børn med huller i tænderne er faldende, og er ca. halvt så stor som i regionen og i landet som helhed.

- Knap 2 pct. af brugerne benytter mulighederne for frit valg til privat praktiserende tandlæger eller til andre kommuners tandpleje. Der er flere børn fra omegnskommunerne, der vælger tandplejetilbuddet i Lyngby-Taarbæk, end omvendt. Der er ingen tegn på, at brugerne i stigende grad fravælger tandplejen på grund af serviceniveauet.
- Der er en forholdsvis stor stigning i antal børn pr. tandlæge fra 2009 til 2012. I forhold til omegnskommunerne ligger normeringer og personaleforbrug i dag stort set på samme niveau, men Lyngby-Taarbæk har dog det laveste samlede personaleforbrug med 2,11 fuldtidsansatte pr. 1000 børn.

Den indholdsmæssige del af børne- og ungdomstandplejen er i vid udstrækning reguleret i faglige bekendtgørelser, og det politiske råderum er derfor forholdsvis begrænset.

#### **Økonomiske konsekvenser**

Opgaven er løst inden for den afsatte økonomiske ramme.

#### **Beslutningskompetence**

Social- og sundhedsudvalget.

#### **Indstilling**

Forvaltningen foreslår, at analysen tages til efterretning.

3.

### **Status for etableringen af nyt tilbud for misbrugsbehandlingen**

#### **Sagsfremstilling**

I budget 2012 blev det besluttet at etablere et lokalt forankret tilbud indenfor misbrugsbehandling efter § 141 i Sundhedsloven og § 101 Serviceloven. Baggrunden var dels ønsket om at etablere et mere sammenhængende og helhedsorienteret tilbud til borgerne, dels en forventning om at kunne gøre det billigere i lokalt regi.

Tilbuddet, med navnet "Torvehuset", har kapacitet til løbende at have ca. 60 borgere i behandling. Besparelsen ved at have et lokalt tilbud frem for at købe misbrugsbehandlingen, bl.a. i KABS, forventes at være 0,75 mio. kr. i 2012, 1,25 mio. kr. i 2013, og 1,75 mio. kr. i efterfølgende år.

Social- og sundhedsudvalget blev orienteret om etablering og organisering af tilbuddet den 11. april 2012, og det blev aftalt, at der skulle gives en status på etableringen et halvt år senere.

Misbrugstilbuddet blev iværksat på Toftebæksvej 12, men grundet manglende passende fysiske rammer var aktiviteten væsentligt lavere frem til 1. august end oprindeligt planlagt. Tilbuddet blev derfor først ordentligt etableret 1. august 2012 i villaen på Torvet 16.

Tilbuddet er nu kommet godt i gang, og siden 1. august har der været 65 forløb, som har handlet om enten misbrug eller alkohol. Heraf er 25 forløb afsluttet, mens de øvrige forløb er i gang. Ud af de disse forløb har halvdelen af borgerne formået at blive stoffri eller alkoholfri eller at nedsætte deres alkoholforbrug til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Det er endnu for tidligt at måle, i hvilket omfang, der er tilbagefald på de 15 afsluttede forløb. Der kommer hele tiden nye henvendelser. Ligeledes afsluttes forløb, så de 65 er et øjebliksbillede pr. december 2012.

Sideløbende har der været indskrevet 148 borgere på Lænken i Lyngby vedrørende alkoholbehandling, heraf er de 67 borgere udskrevet.

Henvendelserne kommer mange steder fra:

Jobcenter:	24 %
Eget initiativ:	22 %
Andre:	18 %

Paradiset:	14 %
Center for Social Indsats:	10 %
Familie/pårørende:	10 %
Egen læge:	4 %

Henvendelsesmønsteret vidner om, at der er et tæt samarbejde mellem Misbrugscenteret og de øvrige centre/enheder i kommunen på det sociale område. Det er en af de vigtigste grunde til at have et misbrugstilbud i eget regi. Det er langt lettere at samarbejde om borgerne og yde en helhedsorienteret behandling, når tilbuddet er forankret lokalt, idet nogle misbrugsindsatser ikke vil give effekt, hvis andre forhold omkring borgeren ikke først er udredt eller afklaret. Omvendt kan Jobcenteret have svært ved at aktivere eller skaffe job til borgeren, med mindre misbruget behandles.

Henvendelserne vedrører mange forskellige misbrug, og flere af borgerne har et blandingsmisbrug:

Alkohol:	34 %
Blandet misbrug, kokain, amfetamin, hash, festdrugs og alkohol:	34 %
Hash:	24 %
Andet:	8 %

42 % er kvinder og 58 % er mænd.

Med hensyn til aldersfordelingen fylder de yngre forholdsvist meget, idet godt en tredjedel af brugerne er under 30 år.

Aldersfordeling på henvendelserne:

Alder	Antal henvendelser	Fordeling i pct.
+ 55 år:	7	14 %
40-55:	15	30 %
30-39:	7	14 %
18-29:	18	36 %
Alder ej registreret:	3	6 %

Det er forvaltningens vurdering, at der fremadrettet bør arbejdes på at misbrugstilbuddet kan oparbejde både kapacitet og de nødvendige specialkompetencer til også at rumme misbrugsbehandling af unge i aldersgruppen 15-18 år. Forvaltningen peger derfor på, at der igangsættes et analysearbejde, der afdækker muligheden for dette. I dag købes der dyrere tilbud eksternt til denne målgruppe. Sagen vil blive forelagt Social- og sundhedsudvalget samt Børne- og ungdomsudvalget i løbet af 2013.

### **Økonomiske konsekvenser**



I 2012 er der et merforbrug 0,8 mio. kr. på tilbuddet, svarende til engangsudgifter til etablering af tilbuddet i villaen på Torvet 16.

Der forventes balance i 2013 og fremadrettet, således at besparelserne kan realiseres som planlagt.

**Beslutningskompetence**

Social- og sundhedsudvalget.

**Indstilling**

Forvaltningen foreslår, at status for etableringen af nyt tilbud til misbrugsbehandling tages til efterretning.

4.

## **Ældrestrategi**

### **Sagsfremstilling**

Social- og sundhedsudvalget drøftede den 12. december 2012 den redigerede ældrestrategi. Seniorrådet og Handicaprådet deltog i den første del af dette møde. Ud fra drøftelsen af den redigerede ældrestrategi var der enkelte bemærkninger til strategien samt forslag til formuleringen af visionen. Bemærkningerne omhandlede bl.a.:

- I forordet skal det fremgå, at borgermødet er afholdt i et samarbejde med Seniorrådet
- I visionen skal samarbejdet med borgerne fremhæves
- Skelnen mellem kommunikation og formidling
- Enkelte sproglige rettelser
- Fremhæve at tilvænning til velfærdsteknologi er en proces.

Visionen for ældrestrategien er efterfølgende formuleret således :

"I samarbejde med borgeren skaber Lyngby-Taarbæk Kommune rammerne for, at det ældre kan leve et godt og aktivt liv".

Der gøres opmærksom på, at opsætning og design af ældrestrategien sker, når indholdet er endeligt godkendt. Det blev på mødet aftalt, at der sættes en ny høringsfrist for Seniorråd og Handicapråd. Denne høringsfrist er fastlagt til 2. januar 2013. Høringssvar fra Seniorråd og Handicapråd fremgår af vedhæftede bilag.

Med nærværende sag præsenteres den endelige ældrestrategi.

I februar 2013 forelægges Social- og sundhedsudvalget det reviderede handlekatalog, hvor finansieringsbehov og estimeret ressourcetræk af de enkelte initiativer vil fremgå.

### **Økonomiske konsekvenser**

Udgifter til ældrestrategiprojektet afholdes inden for ældreområdet rammer. Afhængig af udfaldet af de politiske drøftelser af ældrestrategien og prioriteringen af forslag til konkrete handlinger, vil forvaltningen udarbejde et oplæg om de økonomiske konsekvenser. I denne forbindelse vil der blive foretaget en vurdering af mulighederne for at omprioritere eksisterende ressourcer og /eller samtænke med

eksisterende indsatser og udviklingsopgaver i Center for Træning og Omsorg.

**Beslutningskompetence**

Kommunalbestyrelsen.

**Indstilling**

Forvaltningen foreslår, at ældrestrategien vedtages.

5.

## **Fremtidig organisering i Center for Træning og Omsorg**

### **Sagsfremstilling**

Social- og Sundhedsudvalget behandlede den 5. december sag nr. 4 vedrørende "Fremtidig organisering i center for Træning og Omsorg" .

Af sagen fremgik, at ledelse og medarbejdere i center for Træning og Omsorg i 2. halvår af 2012 har været igennem en proces med henblik på at drøfte hvilken organisationsstruktur, der bedst løser de udfordringer, vi står overfor.

Processen har været forankret i det nyoprettede center-MED, som har nedsat en arbejdsgruppe, der er i november 2012 præsenterede fire modeller for den fremtidige struktur (udsendt til udvalgets medlemmer til decembermødet) 80 medarbejdere og ledere fra ældre- og træningsområdet drøftede fordele og ulemper ved de fire modeller på et stormøde.

Der er enighed om, at det særligt er følgende udfordringer på ældre- og træningsområdet, som den fremtidige organisering bør imødekomme.

- Implementering af paradigmeskiftet og øget fokus på aktivitet og træning
- Styrket samarbejde på tværs af træning, hjemmepleje og visitation
- Specialisering og kvalitetssikring
- Forandringsparathed
- Styrkelse af den daglige ledelse i det yderste led - især på udedelen
- Fokus på beslutningsvej i ledelsesstrukturen
- Fokus på kompetenceløft

### Ledelsens anbefaling

Den centrale ledergruppe vurderer, at organisationsmodel 3 er bedst af de fire modeller, arbejdsgruppen præsenterede, understøtter håndteringen af de definerede udfordringer.

1. Det er nødvendigt at skabe bedre organisatoriske rammer for øget samarbejde på tværs især mellem træning og hjemmepleje for at løfte paradigmeskiftet bedst muligt. En fælles ledelse på afdelingsniveau vil alt andet lige sikre fokus et klarere samarbejde, som i dag først sikres koordination på afdelingschefniveau. Der er en langt større sammenfald af borgere, der både modtager træning og hjemmepleje, end borgere, der først modtager hjemmehjælp og derefter flytter på plejehjem. En organisation, der samler træning og hjemmepleje, skaber bedre muligheder for at fokusere på koordinerede borgerforløb.

2. I dag implementeres nye kvalitetsmæssige initiativer i hjemmeplejen meget

forskelligartet. Der er behov for mere ensartethed, hvilket bedre sikres ved at skille ude- og indedel fra hinanden, og samle ledelsen af udedelen under to områdeledere frem for de nuværende fire. Det samme gør sig gældende for indedelen og forventningen er, at det faglige fokus i både hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentre styrkes ved en mere konsistent og fokuseret ledelse.

3. En struktur, hvor både inde- og udedel organisatorisk placeres i to områder med hver sin områdeleder, giver mulighed for, at hver områdeleder får ansvar for særlige indsatser på tværs af de områder i henholdsvis ude- og indedel. I den nye organisationsstruktur har områdeledere driftsansvaret for henholdsvis egne hjemmeplejedistrikter og egne områdecetre. Derudover har den enkelte områdeleder ansvaret for et eller flere strategiske indsatsområder for hele henholdsvis ude eller indedelen.

#### Synspunkter fra MED-organisationen

Ledelsens anbefaling (udsendt til udvalgets medlemmer) har været behandlet på center-MED den 11. dec. 2012. Der blev udarbejdet logbog over medarbejdernes kommentarer fra mødet samt ledelsens respons herpå. Logbogen er udsendt til udvalgets medlemmer.

Der er opbakning til den nye struktur fra alle faggrupper i centret med undtagelse af FOA, som mener, at de udfordringer vi står overfor godt kan løses i den eksisterende struktur, hvis visitationen i højere grad kommer ud til medarbejderne i hjemmeplejen, og hvis der etableres rehabiliterende teams i hjemmeplejen (model 4).

Områdelederne har efter MED-mødet ønsket at præcisere, "at de *bedst* kan se sig selv i model 3".

Der blev på Center-MED udtrykt kritik fra de fleste medarbejderrepræsentanter i forhold til distriktsinddelingen, hvilket også fremgår tydeligt af logbogen. Ledelsen har imødekommet denne kritik og justeret distriktsopdelingen i den anbefaling til fremtidig struktur, der er udsendt til udvalgets medlemmer.

Processen det seneste halve år har skabt usikkerhed omkring det fremtidige funktionsområde for de implicerede ledere. For ikke at forlænge denne periode, er der allerede nu tilrettelagt en proces til besættelse af lederstillingerne i den nye organisation, som ligeledes har været drøftet på MED (udsendt til udvalgets medlemmer).

#### Processen fremadrettet

Såfremt der er politisk opbakning til ledelsens anbefaling, vil processen omkring besættelse af lederstillinger i center for Træning og Omsorg gå i gang hurtigst muligt.

Derefter vil der i regi af MED blive udarbejdet en plan for implementeringen af den

nye struktur.

Det er vigtigt at tage sig tid til de afklaringer og beslutninger, der skal træffes for at sikre et optimalt resultat, så forventningen er umiddelbart, at implementeringen af den nye struktur træder endeligt i kraft inden sommerferien.

### **Økonomiske konsekvenser**

Opgaven løses inden for rammen.

### **Beslutningskompetence**

Økonomiudvalget.

### **Indstilling**

Forvaltningen foreslår, at ledelsens forslag til en ny organisationsstruktur i Center for Træning og Omsorg anvendes som beskrevet.

6.

## **Kvalitetsforbedring af ældreplejen - aktiviteter på områdecentren**

### **Sagsfremstilling**

Der er i budgetaftalen for 2013-16 afsat en ramme på 2,2 mio. kr. årligt til et ekstra kvalitetsløft på ældreområdet. Af budgetaftalen fremgår, at midlerne skal anvendes til at styrke aktiviteterne for ældre på områdecentren. Midlerne finansieres ved at ensarte budgettildelingen mellem Lystoftebakken og de øvrige områdecentre. Det vil derfor bero på en endelig afklaring af budgettildelingen om det fulde beløb på 2,2 mio. kr. kan bringes i anvendelse.

Inden Social- og Sundhedsudvalget (SSU) præsenteres for forslag til en konkret udmøntning af de 2,2 mio. kr. årligt, finder forvaltningen det hensigtsmæssigt, at SSU har en lidt mere overordnet drøftelse af, på hvilke områder på områdecentren, udvalget finder det særligt vigtigt at prioritere en styrket indsats. Endvidere finder forvaltningen det formålstjenligt, at anvendelse af midlerne ses i sammenhæng med ældrestrategiens handleforslag, der blev drøftet på det ekstraordinære SSU-møde den 12. december, og som drøftes igen på SSU-mødet i marts. Det er vigtigt, at eventuelle nye initiativer koordineres, at der skabes synergi mellem forslagene, samt at indsatsen ligger i forlængelse af ældrestrategiens indsatsområder.

I denne sag lægges der derfor alene op til en drøftelse, der skal give forvaltningen grundlag for at udarbejde et egentligt beslutningsoplæg, som forventes forelagt på udvalgets marts møde.

Der tegner sig tre overordnede spor, som forvaltningen mener, nye indsatser kan grupperes under, og som udvalget vil kunne forholde sig til - træning og motion, mad og madoplevelser og aktiviteter, herunder aktiviteter på tværs af generationer. En særlig problemstilling, som udvalget også bør forholde sig til er, at der ikke findes et aktivitetscenter på Virumgård og heller ikke findes kørselsordning til centret.

Motion og træning:

Erfaringer i Den Kommunale Leverandør viser, at beboerne og brugerne i aktivitetscentrene efterspørger tilbud om struktureret motion og træning. Bedre mulighed for træning og motion er en aktivitet, der både giver adspredelse og socialt samvær, og som holder beboerne mere aktive og friske.

En styrket indsats på dette område kunne bestå i investering i trænings- og motionsudstyr på alle centre, afsættelse af personaleressourcer samt prioritering af

ressourcer til at få involveret frivillige mere systematisk og i støtte omfang.

**Mad og oplevelser:**

Fra både beboerne på områdecentrene og deres pårørende er der til stadighed ønsker til kvaliteten af mad fra Den Kommunale Madservice og i særdeleshed til miljøet, maden tilberedes i og de omstændigheder, der er omkring indtagelsen af mad. Ønskerne handler om, at maden skal tilberedes tæt på borgerne i afdelingerne således, at duft og syn af mad virker stimulerende og hyggeligt. Endvidere er der ønsker om at gøre spisesituationen på områdecentrene mere hyggelig, social og beboerinvolverende, samt at mad og spisning gøres til genstand for forskellige arrangementer, der også kan involvere pårørende og lokalsamfundet.

En styrket indsats på dette område kunne bestå i flere begivenheder, hvor mad og madlavning spiller en rolle, bedre mulighed for madlavning på områdecentrene, hvor beboerne inddrages, brunch på alle centre, m.v.

**Aktivitet, herunder aktiviteter på tværs af generationer:**

Erfaringer i DKL samt oplevelserne på Generationernes dag i oktober 2012 viser, at børn og ældre har meget at give hinanden. Mere generelt er det endvidere erfaringen, at forskellige former for aktiviteter på områdecentrene er efterspurgt af både beboerne og brugere af aktivitetscentre.

En styrket indsats på dette område kunne bestå i flere weekendarrangementer, aftenarrangementer, dans og musik, udflugter, faste sommerhusture. Endvidere kunne det foreslås, at der arbejdes mere struktureret med at igangsætte aktiviteter, der involverer de lokale børnehaver, skoler og ungdomsuddannelsesinstitutioner. Endelig kan der arbejdes mere systematisk med at involvere en række af kommunens aktive klubber og foreninger til at vise deres fritidsaktiviteter frem.

**Etablering af aktivitetscenter på Virumgård:**

For at skabe bedre rammer for aktiviteter på Virumgård samt for beboerne i oplandet, herunder ikke mindst i forhold til de nært liggende ældreboliger, kunne det overvejes at etablere et aktivitetscenter på Virumgård.

Udover oprettelsen af et aktivitetscenter vil der eventuelt også skulle etableres kørselsordning, så aktivitetscentret kan benyttes af andre end områdecentrets beboere.

### **Økonomiske konsekvenser**

2,2 mio. kr. prioriteres i forhold til ovenstående forslag.

### **Beslutningskompetence**

Social- og sundhedsudvalget.

### **Indstilling**



Forvaltningen foreslår, at

1. udvalget drøfter, hvordan de ønsker de forskellige områder prioriteres samt tilkendegiver, hvis der er særlige konkrete initiativer, udvalget ønsker forvaltningen arbejder videre med
2. forvaltningen med udgangspunkt i drøftelsen arbejder videre med forslagene med henblik på at fremlægge mere konkrete forslag og prioriteringer i Social-og Sundhedsudvalgsmødet i marts 2013.

7.

## **Kvalitetsstandarder i den kommunale ældrepleje**

### **Sagsfremstilling**

Kommunen skal udarbejde kvalitetsstandarder for hjælp efter §83, der omfatter personlig hjælp og pleje samt hjælp til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet. Kvalitetsstandarderne skal løbende vurderes og forelægges én gang om året til godkendelse i Social- og sundhedsudvalget. Social og sundhedsudvalget godkendte 14. november 2012 at sende kvalitetsstandarderne for personlig pleje og praktisk hjælp i høring.

Kvalitetsstandarderne skal synliggøre kommunens serviceniveau for personlig pleje samt praktisk hjælp og er udgangspunkt for al visitation af hjemmehjælp til borgere i eget hjem.

Forvaltningen foretager opfølgning på kvalitetsstandarderne gennem møder med visitatorerne. Visitatorerne anvender standarderne ved tildeling af ydelser og i forbindelse med præcisering af ydelsens indhold. Standarderne er et arbejdsredskab for leverandørerne m.h.p. udførelse af ydelserne.

Ændringerne i kvalitetsstandarderne for 2013 og frem er primært foretaget som følge af det igangværende arbejde omkring mere fokus på aktivitet og træning i hverdagen samt formuleringen af en strategi for Det Gode Ældrelev, hvor et af fokusområderne er velfærdsteknologi. Det fremgår således i udkastet til nye kvalitetsstandarder, at der vil ske en individuel vurdering af, i hvilke hjem det er muligt, at borgeren selv/leverandøren kan benytte velfærdsteknologi.

Derudover er der foretaget mindre redaktionelle ændringer.

Alle væsentlige ændringer er markeret med kursiv/fed og understreget i kvalitetsstandarderne, i det sagen vedlagte bilag.

Hermed fremlægges kvalitetsstandarderne til vedtagelse, idet Seniorrådet intet har at bemærke til de udsendte ændringer.

### **Økonomiske konsekvenser**

Opgaven løses inden for rammen

### **Beslutningskompetence**

Social- og Sundhedsudvalget

### **Indstilling**

Forvaltningen foreslår, at kvalitetsstandarderne vedtages.

8.

## **Sidste etape i udfasningen af utidssvarende plejeboliger i Lyngby-Taarbæk Kommune**

### **Sagsfremstilling**

Social og sundhedsudvalget fik i februar 2012 en status på ud- og ombygningerne på plejeboligområdet.

Heraf fremgik det, at om- og udbygningerne nu er tilendebragt på Lyngby Møllebo, Virumgaard og Baunehøj.

Tilbage er 3. etape af projektet på Solgården, som forventes afsluttet 1. juni 2013, hvor områdecentret vil råde over 90 tidssvarende plejeboliger.

Derudover er der fortsat byggerier i gang på Bredebo:

1. etape forventes afsluttet 1. april 2013. Her flytter de eksisterende beboere over i det nye byggeri, hvor der samtidig åbnes ni boliger mere end de 39, der er i dag.
2. etape, hvorefter områdecentret står færdig med i alt 96 tidssvarende boliger, forventes afsluttet den 1. april 2014.

Udvalget blev i februar 2012 blevet orienteret om, at plejeboligerne på Lykkens Gave planlægges nedlagt, når sidste etape af udbygningen af Områdecenter Bredebo er færdig. Plejeboligerne på Borrebakken blev på det tidspunkt forventet nedlagt i forbindelse med ibrugtagningen af det nye områdecenter.

I forbindelse med vedtagelsen af budgettet for 2013 og overslagsårene blev det besluttet at etablere 40 omsorgsboliger fremfor at bygge et nyt områdecenter. Beslutningen om at lukke Borrebakken og Lykkens Gave for at få udfaset de sidste utidssvarende plejeboliger i kommunen blev fastholdt.

De økonomiske forudsætninger i budget 2013 er, at Lykkens Gave og Borrebakken skal lukke henholdsvis medio marts 2014 og 1. november 2014.

De to lokalcentre har gennem mange år opbygget specialiserede kompetencer i forhold til pleje og omsorg af henholdsvis borgere med demens (Borrebakken) og borgere med psykiatriske problemstillinger (Lykkens Gave). Derudover er borgerne den mest sårbare gruppe beboere på kommunens områdecentre. For at sikre så nænsom en flytning som muligt samt videreførelse af det faglige fællesskab på de to lokalcentre, har forvaltningen valgt at lade både Lykkens Gave og Borrebakken lukke ned den 1. april 2014 og at overflytte beboerne til Bredebo samtidigt. Medarbejderne varsles tilsvarende.

De to alternativer til ovennævnte vurderes ikke hensigtsmæssige: Det ene alternativ ville være at overflytte beboerne til Solgården. Det ville imidlertid medføre en længere periode med mangel på plejeboliger set i forhold til behovet. Dette ville betyde lange ventelister og pres på plejeboliggarantien. Et andet alternativ ville være at flytte beboerne enkeltvis, efterhånden som der bliver ledige boliger i resten af kommunen. Dette vurderes imidlertid af forvaltningen til at være en fagligt ringere løsning både for beboere og personale.

Forberedelserne af flytningen igangsættes primo 2013 for at sikre et højt informationsniveau og nævnte nænsomme proces. I løbet af processen vil forvaltningen udarbejde et oplæg til den fremtidige anvendelse af de bygninger, der vil blive tomme, samt overveje, om samværstilbudene for borgere med demens kan forblive i de nuværende lokaler på Borrebakken.

### **Økonomiske konsekvenser**

Fremrykning af lukning af Borrebakken og den lidt senere lukning af Lykkens Gave, vil ud fra et økonomiske synspunkt skulle ses i forhold til, at de borgere som ikke tilbydes en plejebolig, alt andet lige vil skulle tilbydes et andet tilbud. Der kan alternativt være tale om, at de skal plejes i eget hjem af hjemmeplejen, men der vil også kunne være tale om, at man vil skulle købe pladser udenbys for at sikre borgerne et rimeligt servicetilbud. Endelig vil der skulle tages hensyn til plejeboliggarantien, som skitseret ovenfor. Der pågår pt. arbejde med beregning af de økonomiske aspekter. En vurdering lyder på, at det vil være muligt at gennemføre en samtidig lukning af Borrebakken og Lykkens Gave i forbindelse med at Bredebos 2. etape står færdig, uden at det vil være forbundet med merudgifter. De endelige økonomiske konsekvenser medtages ved 1. anslået regnskab.

### **Beslutningskompetence**

Social- og sundhedsudvalget.

### **Indstilling**

Forvaltningen foreslår, at orienteringen tages til efterretning.

9.

## **Meddelelser til udvalgets medlemmer januar 2013**

.

### **1. Orientering om rygestoppulje målrettet unge**

Notat vedlagt.

### **2. LUKKET SAG. Ejendommen Buddingevej 50**

Sagen er behandlet i økonomiudvalget den 13. december 2012. Protokol er vedlagt til orientering.

### **3. Modtagelse af kvoteflygtninge i 2012 og 2013**

Lyngby-Taarbæk Kommune har på baggrund af udmelding fra Udlændingestyrelsen forpligtet sig til at modtage en gruppe på 50 kvoteflygtninge i år 2012 og 2013.

Kommunen vil af pågældende asylcenter blive varslet én måned før kvoteflygtningene ankommer til kommunen, herunder hvilken type kvoteflygtninge, der er tale om. Der kan være tale om hele familier, uledsagede børn eller enlige af begge køn. Dette medfører ringe vilkår for at planlægge, bl.a. i forhold til boligplacering m.v. Kommunen modtager refusion for udgifterne til flygtningenes ophold.

Forvaltningen vil forelægge Social- og sundhedsudvalget et oplæg til organisering af den fremadrettede indsats med hensyn til modtagelse og indkvartering af flygtninge.

### **4. Akuttilbuddet på Slotsvænget**

Akuttilbuddet er et døgnåbent tilbud til borgere med akutte psykiske kriser, som fra november 2010 til og med december 2012 blev finansieret af satspuljemidler. I august 2012 godkendte økonomiudvalget social- og sundhedsudvalgets anbefaling om at videreføre akuttilbuddet i 2013 og Akuttilbuddet er vurderet til at have et budget på ca. 3,8 mio. kr. årligt, hvilket blev besluttet at finansiere ved at Akuttilbuddet erstatter andre udvalgte ydelser, herunder hjemtagelse af borgere i botilbud. Ved substitution af andre ydelser forventedes samtidig en besparelse på ca. 150.000 kr. årligt fra 2014.

Forvaltningen er imidlertid blevet opmærksomme på, at forudsætningsgrundlaget for denne finansiering ikke længere vurderes realistisk, hvorfor der forelægges en uddybning af sagen for udvalget i februar.

**Social- og sundhedsudvalget den 16. januar 2013**

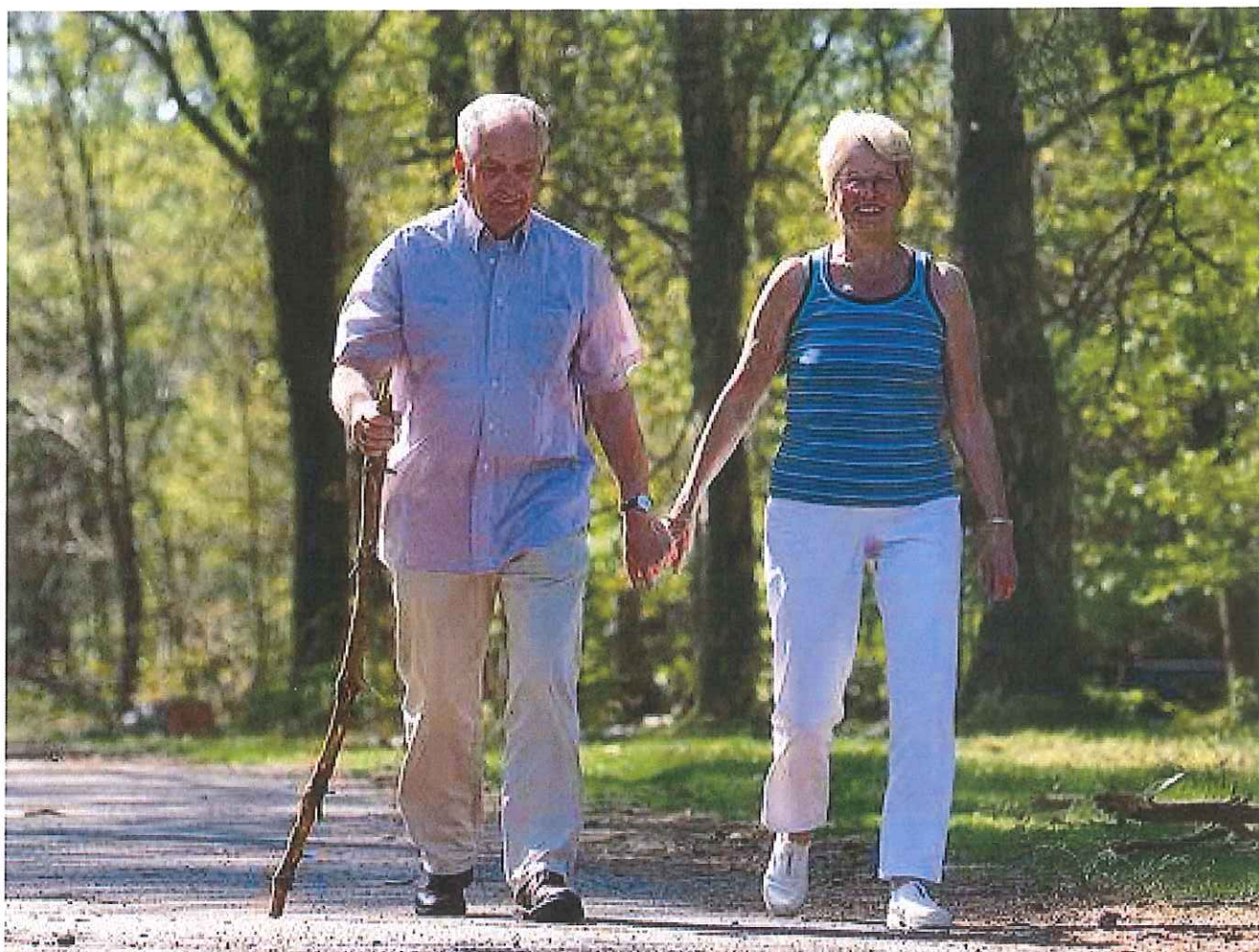
**Bilag til sag nr. 2 Analyse af tandplejens serviceudvikling**

**Rapporten vedlægges**

**Social- og sundhedsudvalget den 16. januar 2013**

**Bilag til sag nr. 4**





# Et godt og aktivt liv

Lyngby-Taarbæk Kommunes strategi for  
fremtidens ældreservice 2013-2016



LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE

# Forord

Et godt og aktivt liv! Det er store ord. Ikke desto mindre er det vores ambition, at vi som kommune og med vores medarbejdere gør vores til, at alle borgere i Lyngby-Taarbæk Kommune har et godt og aktivt liv. Derfor er det også med stor glæde, at vi præsenterer denne Ældrestrategi, der viser hvilken vej Lyngby-Taarbæk Kommune vil gå i de nærmeste år for at sikre kvaliteten i vores indsatser på ældreområdet.

## Ny viden kræver forandringer

De seneste år er der sket en markant ændring i opfattelsen af livet som ældre. Vi lever længere, har bedre helbred og langt flere ressourcer fysisk, psykisk og socialt end tidligere tiders generationer. Mange ældre lever derfor også et mere aktivt liv end tidligere. Samtidig har vi fået ny viden om alder. Vi ved nu, at ældre borgere kan bevare og øge deres funktionsniveau, når der sættes ind med træningstilbud. Motion er godt for alle – uanset alder og fysisk form. Vi ved også, at den enkelte borgers trivsel og livskvalitet hænger sammen med den enkeltes oplevelse af at leve et selvstændigt liv.

Det er derfor nødvendigt at tænke nyt og anderledes på ældreområdet i Lyngby-Taarbæk Kommune og ændre vores praksis, så den understøtter borgerne i at bevare deres selvstændighed og dermed deres trivsel og livskvalitet. I denne nytænkning har Social- og Sundhedsudvalget prioriteret tre temaer i strategien, som vi forventer, kan bidrage til at styrke kvaliteten på ældreområdet: styrket satsning på forebyggelse; samarbejdet med de frivillige; og anvendelse af velfærdsteknologi.

## Inddragelse af interessenter

Strategien er resultatet af en proces, der begyndte i maj 2012, da Virumhallen var rammen om fremtidsværkstedet "Det gode Ældreliv". Siden har vi gennemført en livsstilsundersøgelse blandt ældre over 75 år, og vi har afholdt workshops og borgermøde under temaerne Frivillighed, Forebyggelse og Velfærdsteknologi i samarbejde med Seniorrådet. Undervejs er vi blevet klogere på vores opfattelse af, hvordan det er at være ældre i Lyngby-Taarbæk Kommune. Ældre lever forskellige liv ligesom den øvrige befolkning. Hvad der er et godt liv for den enkelte, vil være meget forskelligt. Det er dog kendetegnende, at det gode liv beskrives som et liv, man selv er herre over, og hvor man kan træffe egne valg. I arbejdet med Ældrestrategien har borgere, politikere, medarbejdere og andre vigtige interessenter været inddraget. Alle parter har bidraget til at formulere og præcisere behov og udfordringer indenfor de tre fokusområder. Ældrestrategien bygger derfor på et solidt grundlag.

## Handlekatalog med konkrete initiativer

Strategien følges op af konkrete initiativer, som er beskrevet i det medfølgende handlekatalog. Vi er overbeviste om, at strategien og handlekataloget er et godt fundament for det videre arbejde med ældreområdet i Lyngby-Taarbæk Kommune. Den vil være vores ledetråd i det kommende arbejde med at give de bedste rammer for at vore ældre borgere kan udfolde sig fysisk, psykisk og socialt og derved bevare Et godt og aktivt liv.

Søren P. Rasmussen  
Borgmester

Sofia Osmani  
Formand for Social- og Sundhedsudvalget

## Målgrupper

"Ældre er ikke bare ældre". Sådan lød en af konklusionerne, da workshops og borgermøde var gennemført i efteråret 2012. Lyngby-Taarbæk Kommune skal have tilbud, som rammer mange forskellige grupper af ældre. For der vil både være ældre, som kan og vil klare sig selv, og andre som er tynget af alvorlig sygdom og mange begrænsninger. Ældrestrategien omfatter disse forskellige grupper af ældre borgere:

### De selvhjulpne borgere

De ældre i Lyngby-Taarbæk Kommune lever generelt et aktiv liv. De klarer sig selv i dagligdagen og nyder friheden til selv at sætte tempoet og beskæftige sig med netop det, de har lyst til. De har gerne mange planer og nyder at have tid til familie, børnebørn, venner og rejser. De ønsker at være uafhængige af hjælp og er indstillet på at yde en egen indsats for at holde sig sunde og raske og leve et aktiv liv.

Lyngby-Taarbæk Kommune kan bidrage ved at gøre viden, råd og inspiration let tilgængelig, så den enkelte kan gøre en forskel.

### Borgere med behov for hjælp

Samtidig er der en gruppe borgere, som er aktive, men også har brug for hjælp og støtte til at klare sig i dagligdagen. De vil helst klare sig selv, men oplever at sygdom eller alderen har svækket helbredet, så de ikke kan klare det samme som de kunne tidligere i livet. De er bevidste om, at de selv kan gøre noget for at forbedre deres helbred, men har brug for støtte til dette.

Lyngby-Taarbæk Kommune kan bidrage ved råd og vejledning samt indsatser der styrker og bevarer den enkeltes ressourcer fysisk, mentalt og socialt længst muligt.

### Borgere der er afhængige af andres hjælp i hverdagen

Endelig er der en gruppe af ældre borgere, som har brug for andres hjælp i hverdagen. Gruppen udgør en forholdsvis lille del af det samlede antal ældre. Nogle er meget svækkede fysisk, mentalt og socialt og skal have hjælp døgnet rundt. Andre har fysiske, mentale eller sociale ressourcer, om end de ikke kan klare dagligdagen alene.

Lyngby-Taarbæk Kommune kan bidrage ved at skabe de bedste rammer for et godt og trygt liv for denne gruppe borgere. Dels ved menneskelig omsorg og god pleje, dels ved at hjælpe borgerne med, det de ikke selv kan og dels ved at støtte borgerne i at bevare og bruge deres ressourcer bedst muligt.

I handlekataloget er de enkelte initiativer tiltænkt specifikke grupper af ældre.

## Vision

De fleste mennesker ønsker at leve livet – hele livet. At fylde hverdagen med det, der glæder, gavner og giver god livskvalitet – også når arbejdslivet er afsluttet. De fleste ønsker også at klare sig selv længst muligt, og bevare friheden til at gøre hvad de vil, når de vil. Visionen for Lyngby-Taarbæk Kommune er:

**”I samarbejde med borgerne skaber Lyngby-Taarbæk Kommune rammerne for, at de ældre kan leve et godt og aktivt liv”.**

Visionen indebærer, at borgerne er trygge ved at Lyngby-Taarbæk Kommune yder en kompetent indsats, når der er behov for støtte til at leve et aktivt og selvstændigt liv. Det forudsætter, at vi yder en helhedsorienteret og målrettet indsats, der tager udgangspunkt i borgerens fysiske, mentale og sociale ressourcer og behov.

## Vores tilgang

Grundlæggende for Ældrestrategien og de konkrete indsatser, der bliver sat i gang, er tilgangen til opgaverne. Vores tilgang er præget af:

- Fokus på en tidlig indsats
- Inddragelse af borgerne
- Samarbejde med pårørende
- Samspil med omverdenen
- Kommunikation der når borgerne

### Fokus på en tidlig indsats

Friheden til at leve et uafhængigt og selvstændigt liv så lang tid som det er muligt. En tidlig indsats kan betyde, at det enkelte ældre menneske kan bevare sine ressourcer og sin funktionsevne gennem hele livet fysisk, mentalt og socialt. Det har væsentlig betydning for at opleve en god livskvalitet. Fokus på en tidlig indsats blandt de ældre, som Lyngby-Taarbæk kommune har kontakt til, er helt centralt. Lyngby-Taarbæk Kommune kan aktivt bidrage til at gøre viden om, hvad den enkelte borger selv kan gøre for at holde sig aktiv og inspiration til dette tilgængelig for de ældre, som kommunen ikke har kontakt til.

### Inddragelse af borgerne

I Lyngby-Taarbæk Kommune mødes borgeren med respekt. Borgerne inddrages som eksperter i deres eget liv – også når det gælder den støtte, de har brug for på et givent tidspunkt. Medarbejdernes faglige viden sættes i spil, så den enkelte borgers motivation og ressourcer styrkes. Et ligeværdigt samarbejde og dialog med den enkelte ældre er helt afgørende for dette.

Som eksperter i deres egen hverdag skal borgerne inviteres til at bidrage aktivt i at nytænke måden vi udvikler indsatser og leverer ydelser på ældreområdet i Lyngby-

Taarbæk Kommune. Ved at benytte metoder, der inddrager borgeren tidligt i en udviklingsproces, kan vi opnå indblik i borgernes hverdag og oplevelser og derved få mulighed for at se ældreområdet fra borgernes eget perspektiv. Den indsigt det giver, kan give stor inspiration og bane vej for nye konkrete løsninger på ældreområdet.

## Samarbejde med pårørende

Pårørende inddrages i overensstemmelse med borgerens ønsker. De pårørende, der er tæt på den enkelte borger, er ofte en væsentlig støtte for den ældre og en vigtig samarbejdspartner for os. For den pårørende vil det være vigtigt at vide, hvad der skal ske i et forløb, og hvad de kan forvente af Lyngby-Taarbæk Kommune. På samme måde er det vigtigt, at medarbejdere i Lyngby-Taarbæk Kommune tydeliggør, hvad der forventes af den pårørende. I mødet med den pårørende skal medarbejderne bidrage til, at dialogen bliver frugtbar, og at de gensidige forventninger bliver klare og afstemte.

## Samspil med omverdenen

Faglige netværk internt på ældreområdet kan styrke den faglige vidensdeling og bidrage til gensidig læring. Herudover er dialog og samspil med omverdenen væsentlig for at styrke kvaliteten og nytænkningen på ældreområdet. Samarbejde med de øvrige forvaltningsområder i Lyngby-Taarbæk Kommune er både hensigtsmæssig og nødvendig. F.eks. vil det være hensigtsmæssigt, at lokaler og faciliteter på skole- og idrætsområdet kan benyttes til frivillige aktiviteter mens daginstitutioner og plejehjem kan have glæde af fælles arrangementer. Et samarbejde med både kultur- og fritidsområdet kan styrke fokus på de ældre som målgruppe, ligesom et samarbejde med planområdet kan sikre, at den ældre del af befolkningen også tilgodeses i indretningen af byens rum og grønne områder.

Endelig kan dialog og samspil med eksterne samarbejdspartnere som uddannelsesinstitutioner, interesseorganisationer og private virksomheder bidrage til nytænkning og kvalitet på ældreområdet.

## Kommunikation der når borgerne

Livsstilsundersøgelsen viste, at der er rum for forbedring af Lyngby-Taarbæk kommunes kommunikation med de ældre borgere. Samme tilbagemelding gav borgerne på både workshops og borgermøde. Der skal derfor være stor opmærksomhed på kommunikationen med borgerne. Det gælder både i formidlingen af information, samt i den måde, der kommunikeres med borgerne. Det handler om at blive bedre til at nå ud til borgerne med information og nye tiltag. Både skriftligt og mundtligt i breve og telefon og direkte kontakt. Og det handler om at kommunikere imødekomende og respektfuldt i den direkte dialog og det personlige møde mellem ansat og ældre borger. Borgerne skal opleve, at de bliver godt informeret, inddraget og mødt med respekt. God kommunikation betyder, at den enkelte borger både får svar på sine spørgsmål og føler sig tryk og taget alvorligt i hverdagen.

# Forebyggelse

Lyngby-Taarbæk Kommune skaber rammerne for den forebyggende indsats, så den enkelte borger bevarer friheden til at leve et selvstændigt, aktivt og meningsfuldt liv.



## Forebyggelse på tre niveauer

Når man taler om forebyggelse skelnes der typisk mellem forebyggelse på tre forskellige niveauer, nemlig forebyggelse der:

- A) Støtter borgerne i at bevare deres helbred, evnen til at klare sig, og bevare funktionsevnen, de sociale netværk og deres aktiviteter
- B) Sikrer tidlig opsporing af sociale og sundhedsmæssige problemer hos ældre borgere samt iværksættelse af den nødvendige indsats/behandling
- C) Støtter og vejleder til praktisk og personlig hjælp og pleje, genoptræning, vedligeholdelsestræning og aktiviteter samt hjælpemidler

## Fakta

- 88 pct. af borgerne, der ikke modtager hjemmepleje vurderer deres livskvalitet som god
- 59 pct. af borgerne, der modtager hjemmepleje vurderer deres livskvalitet som god
- 97 pct. af borgerne, der ikke får hjemmepleje svarer, at det har stor betydning for dem at klare sig selv
- 86 pct. af borgerne, der modtager hjemmepleje svarer, at det har stor betydning for dem at klare sig selv

Kilde: Livsstilsundersøgelse blandt borgere i Lyngby-Taarbæk Kommune der er 75 år og derover, gennemført af Epinion (2012)

## Mestring af eget liv

Livsstilsundersøgelsen viser tydeligt, at de fleste ældre i Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker at klare sig selv længst muligt, og bevare muligheden for at gøre hvad de vil, når de vil. Det gælder også de borgere, der modtager hjemmepleje. Det de ældre helst vil kunne klare selv er den personlige hygiejne, at besøge familie og venner samt købe ind og tilberede måltider selv. I de personlige forhold og de sociale relationer ligger altså en væsentlig motivation for Lyngby-Taarbæks ældre borgere i forhold til at mestre deres eget liv.

I Lyngby-Taarbæk vil vi derfor have fokus på at mobilisere de evner hos den enkelte borger, der gør ham eller hende robust og derved styrke den enkelte til i højere grad at mestre sin egen tilværelse. Hvordan borgerne skal støttes i at håndtere deres liv og de begrænsninger, de oplever, vil være individuelt. Nogle skal måske støttes i at holde kontakten til familie og venner, mens andre skal støttes i at komme på gaden og selv klare de daglige indkøb.

Når borgere, der får hjemmepleje eller bor på et plejehjem skal støttes i at mestre eget liv, så handler det i høj grad om, hvordan medarbejderne møder borgerne både i deres kommunikation og tilgang til borgeren. I Lyngby-Taarbæk skal vi turde sætte spørgsmålstejn ved, om vi i tilstrækkelig grad tager udgangspunkt i den enkelte borgers behov. Vi skal med andre ord turde se kritisk på vores egen indsats.

## Formidling af forebyggelse

Hidtil har Lyngby-Taarbæk ikke set de selvhjulpne og aktive ældre borgere som målgruppe for ældreområdet's indsatser. Fremover skal der imidlertid tænkes i nye baner, så vi også når ud til denne gruppe borgere med viden om forebyggelse samt råd og inspiration til hvordan den enkelte selv kan gøre noget aktivt for at fastholde sine evner, så de også i fremtiden kan have et selvstændigt og aktivt liv.

Denne gruppe borgere efterspørger let adgang til viden om relevante emner. Emnerne kan spænde vidt og tage afsæt i både borgernes nysgerrighed og medarbejdernes faglige indsigt. I et samarbejde mellem medarbejdere og borgere kan Lyngby-Taarbæk imødekomme borgernes efterspørgsel på viden og dermed aktivt støtte dem i at leve et godt og aktivt liv.

## Gode forløb for borgeren

I Lyngby-Taarbæk skal vi sikre gode forløb for borgerne. Både i overgangen til og fra hospital og i lige så høj grad på tværs af organisatoriske skel internt på ældreområdet. Vi skal tænke i sammenhænge på tværs af faggrænser og organisation, så de samlede fagligheder og kompetencer bliver brugt. Et godt forløb for borgeren indebærer, at der sker en koordinering af den tværfaglige indsats. Et godt forløb for den enkelte borger indebærer også, at han eller hun ved hvorfor, en given indsats sættes i gang, og hvad der kan forventes i et videre forløb.

## Frivillig forebyggelse

I Lyngby-Taarbæk skal vi blive dygtige til at inddrage frivillige ressourcer i det forebyggende arbejde. Hovedparten af de ældre borgere i Lyngby-Taarbæk Kommune klarer sig selv i det daglige. Plejepersonalet og træningspersonalet møder derfor ikke disse borgere, eller møder dem måske kun i en kort periode. Mange af disse borgere vil have glæde af og brug for initiativer, der gør det lettere for borgerne selv at leve et aktivt liv og fastholde deres hverdagsliv.

I et styrket samarbejde omkring forebyggelse med de frivillige skal vi arbejde med at udvikle nye initiativer, som støtter borgernes fysiske psykiske og sociale funktioner.

## Lyngby-Taarbæk kommune vil arbejde aktivt for:

- At der sker en forventningsafstemning med borger og pårørende, og at der tages afsæt i deres ressourcer
- At den enkelte borgers fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau udvikles, genvindes eller fastholdes gennem tværfagligt samarbejde og en rehabiliterende indsats
- At information om muligheder og tilbud til ældre er let tilgængelig, og har en aktiv rolle i forhold til at give de ældre borgere relevant viden og indsigt om forebyggelse
- At mobilisere og skabe gode rammer for netværksaktiviteter i de enkelte bydele
- At medarbejdere og borgere er motiverede og oplever arbejdet med forebyggelse som meningsfuldt
- At reducere antallet af indlæggelser
- At etablere et samarbejde mellem de frivillige og den kommunale forebyggende indsats



# Frivillighed

**I Lyngby-Taarbæk Kommune tager frivillige aktivt del i borgerens trivsel og udviklingen af ældreområdet.**



## Et frivilligt fundament

Mange engagerende borgere i Lyngby-Taarbæk er aktive og gør en frivillig indsats. Det kommer dels til udtryk som nabo hjælp, hvor man hjælper med at slå græs eller passe planter i en ferie og det kommer dels til udtryk i de mange initiativer og aktiviteter, som forskellige foreninger og organisationer tilbyder. Der er således en stor vilje til at arbejde frivilligt i Lyngby-Taarbæk Kommune og meget at bygge videre på.

De borgere, der for nylig har forladt arbejdsmarkedet eller snart går på pension, har betydelige ressourcer og kompetencer. De lever ofte et aktivt liv og mange har både tid, lyst og overskud til at være og gøre noget for andre – børn som ældre. Det er et godt fundament for at styrke den frivillige indsats på ældreområdet.

## Trivsel og livskvalitet

Den frivillige indsats har en uvurderlig rolle. Den frivillige indsats kan være med til at skabe nye sociale relationer, netværk og fællesskab. Indsatsen kan være lokalt forankret eller tage afsæt i en fælles interesse. En frivillig indsats kan også være en borger, der tilbyder sine tekniske eller juridiske kompetencer til andre borgere. Uanset hvilken form den frivillige indsats har, så giver indsatsen trivsel og livskvalitet for både den frivillige selv, og den borger der benytter den frivilliges indsats.

## Fakta

- 17 pct. af borgerne, der modtager hjemmepleje har dårlig trivsel - de vurderer deres livskvalitet som dårlig eller meget dårlig
- 15 pct. af de borgere, der ikke modtager hjemmepleje kunne tænke sig at være besøgsven for andre ældre
- 5 pct. af de borgere, der modtager hjemmepleje kunne tænke sig at være besøgsvenner for andre ældre
- 15 pct. af de borgere, der modtager hjemmepleje kunne godt tænke sig at have en besøgsven

**Kilde: Livsstilsundersøgelse blandt borgere i Lyngby-Taarbæk Kommune der er 75 år og derover, gennemført af Epinion (2012)**

I Lyngby-Taarbæk ser vi derfor et potentiale i at kommunen og frivillige på længere sigt går hånd i hånd og er fælles om at understøtte trivsel blandt borgerne – både de selvhjulpne borgere og borgere, der er afhængige af andres hjælp i hverdagen.

## Et tættere samarbejde

Vi er opmærksomme på, at der er mange forskellige tilgange til et tættere samarbejde mellem en kommune og civilsamfund, mellem ansat og frivillig. Som kommune kan vi lære af den frivillige sektor, hvor der ikke er langt fra idé til handling. De frivillige kan bidrage med nye perspektiver og måder at håndtere en opgave.

Lyngby-Taarbæk vil gerne være en samarbejdspartner den frivillige vælger aktivt, og vi vil gerne afprøve nye samarbejdsformer lokalt. Derfor skal vi også åbne op og invitere de frivillige med, når vi definerer den opgave, der skal løses – i fællesskab med lokalområdet og borgerne. Gennem et ligeværdigt samarbejde kan vi få gode ideer til, hvordan man kan gribe lokale behov an på en ny måde.

## Gensidig anerkendelse

Glæden ved at gøre noget for andre er drivkraft for mange, der arbejder frivilligt. For mange frivillige giver den frivillige indsats mening og indhold i tilværelsen. Selvom de frivilliges egen motivation er helt afgørende for lysten til at være frivillig, så er det også væsentligt for den enkelte frivillige at blive værdsat og få anerkendelse for den indsats, han eller hun udfører.

## Frivillighed

Frivillighed forstår vi som aktiviteter, der bliver udført af personer af egen drift. Det vil sige, at de uden pålæg eller ydre tvang beslutter sig for at yde en frivillig, ulønnet indsats. Indsatsen eller det frivillige arbejde kan udføres af enkeltpersoner, af foreninger eller af private virksomheder m.v.

**Kilde: Strategi for frivillighed og medborgerskab 2012-2015**

At øge de ældres trivsel, livsglæde og livskvalitet er et fælles mål for såvel den frivillige som den ansatte. Vi skal gensidigt anerkende hinandens indsatser. Den gensidige anerkendelse er med til at fastholde motivationen og engagementet hos den frivillige og den ansatte.

## Ansatte og frivillige

Skal potentialet for frivillige realiseres, er det vigtigt, at der er en gensidig forståelse for hinandens rammer og vilkår - ansatte og frivillige imellem. Det gælder f.eks. de konkrete arbejdsgange og rutiner, dagligdagen på et plejehjem er præget af, eller eventuel lovgivning der skal tages højde for. Det er derfor væsentligt at få klarhed over de frivilliges rammer og vilkår på tværs af ældreområdet.

Enslydende retningslinjer for hvad frivillige må og kan i Lyngby-Taarbæk, er ikke et endeligt mål. Lokalt er der behov for en fortsat dialog, så vi på sigt tager udgangspunkt i den konkrete udfordring, der skal løses, og i fællesskab eksperimenterer med at finde de bedste løsninger lokalt.

## Lyngby-Taarbæk Kommunes rolle

Størstedelen af den frivillige indsats sker, uden at Lyngby-Taarbæk behøver at være involveret i det. Når en ny indsats skal etableres kan Lyngby-Taarbæk også have en aktiv

rolle i forhold til at igangsætte eller koordinere indsatsen i en afgrænset periode. Herudover har Lyngby-Taarbæk en rolle i forhold til at sikre, at frivillige har én entydig indgang til kommunen, så de ved, hvor de kan henvende sig. Lyngby-Taarbæk har desuden en rolle i forhold til at sikre gode rammer for samspillet mellem den frivillige indsats og kommunen. Endelig har Lyngby-Taarbæk en helt central rolle i forhold til at styre, koordinere og udvikle frivilligområdet gennem samarbejdet med Frivilligcentret.

## **Lyngby-Taarbæk kommune vil arbejde aktivt for:**

- **At afprøve nye samarbejder med frivillige lokalt**
- **At de ældre borgeres ressourcer og kompetencer bringes i spil i frivillige indsatser**
- **At samarbejdet med frivillige på ældreområdet er baseret på gensidig respekt og anerkendelse**
- **At rammer og vilkår for frivillige på ældreområdet samt skillelinjer mellem ansatte og frivillige er klare og kendte for både frivillige og ansatte**
- **At Frivilligcentrets rolle tydeliggøres**

# Velfærdsteknologi

I Lyngby-Taarbæk kommune skal velfærdsteknologi være alment kendt og en integreret del af borgerens hverdagsliv, således at det fremmer et selvstændigt og aktivt liv.



## Et mål med velfærdsteknologien

Livsstilsundersøgelsen viser, at de ældre borgere har en vis skepsis overfor velfærdsteknologiske løsninger i forbindelse med pleje og omsorg. Det tyder dog på, at de ældre er relativt mindre skeptiske, hvis velfærdsteknologi introduceres ad frivillighedens vej. 6 ud af 10 borgere mener således, at alle borgere skal have ret til teknologiske hjælpemidler.

I den efterfølgende dialog med ældre borgere i Lyngby-Taarbæk har det stået klart, at borgerne er positive overfor velfærdsteknologi. Der er stor interesse og nysgerrighed overfor de muligheder, velfærdsteknologien rummer. Dialogen med borgerne har samtidig gjort det tydeligt, at det er vigtigt, at der er et mål med at bruge velfærdsteknologien.

## Mod på velfærdsteknologi

Velfærdsteknologien er meningsfuld for den enkelte borger, når han eller hun kan se, at teknologien giver større livskvalitet, letter de daglige gøremål eller øger muligheden for at klare hverdagen selv. Det skal vi have for øje, når vi introducerer nye teknologier.

Borgernes mod på at bruge en konkret velfærdsteknologi hænger ofte sammen med, om de føler sig klædt på til opgaven. Føler borgeren sig tryk og vejledt, tør han eller hun godt lukke teknologien ind i sin hverdag. Det er derfor væsentligt, at borgeren får den hjælp, der er brug for, når han eller hun står med teknologien.

## Fakta

- 49 pct. af borgerne, der ikke modtager hjemmepleje, synes at det generelt er en god ide at anvende teknologi og hjælpemidler i forbindelse med pleje og omsorg. Det samme gælder 34 pct. af de borgere der modtager hjemmepleje.
- 60 pct. af borgerne, der ikke modtager hjemmepleje kunne godt tænke sig en faldalarm. Det samme kunne 54 pct. af de borgere, der modtager hjemmepleje.
- 41 pct. af de borgere, der ikke modtager hjemmepleje kunne godt tænke sig, at benytte telemedicin. Det samme gælder 23 pct. af de borgere, der modtager hjemmepleje.

Kilde: Livsstilsundersøgelse blandt borgere i Lyngby-Taarbæk Kommune der er 75 år og derover, gennemført af Epinion (2012)

Set i det lys, er den første instruktion og vejledning helt central. Derfor er det vigtigt, at det er en person, der kender teknologien, som viser hvordan teknologien fungerer i praksis. Det giver samtidig mulighed for, at borgeren får svar på de spørgsmål, der rejser sig.

Det er desuden væsentligt, at der ikke kun er tale om mundtlig eller skriftlig instruktion og vejledning. Den konkrete teknologi skal kobles til en relevant aktivitet. Et eksempel kan være en selvkørende støvsuger. Det er ikke relevant at afprøve den på et bart og rent laminatgulv. Den skal afprøves på et beskidt trægulv med løse tæpper og ledninger – en situation, der ligner den virkelighed, støvsugeren skal bruges og fungere i.

Samtidig er det værd at huske på, at tilvænning til nye teknologier også er en proces og tager tid. Vaskemaskinen og den elektriske tandbørste var også nye engang. Nu er begge dele en integreret del af vores hverdag.

## Viden fra borger til borger

En medarbejder, fag-person eller forhandler kan hver især oplyse om, vejlede og demonstrere en teknologis muligheder og begrænsninger. Erfaringer fra patientundervisning har imidlertid vist, at den erfaringsudveksling, der sker fra borger til borger er væsentlig for at den enkelte borger omsætter oplysninger, vejledning og viden til læring om sin sygdom. Skal borgerne tage de konkrete teknologier til sig, er det derfor væsentligt, at borgerne også deler deres erfaringer med teknologierne indbyrdes. Ved at udveksle erfaringer kan nogle borgere fungere som ambassadører for en given teknologi, mens andre kan lade sig inspirere til hvordan en teknologi kan håndteres.

## Nytænkning og udvikling af kerneopgaver

I Lyngby-Taarbæks nytænkning og udvikling af ældreområdet er det væsentligt at velfærdsteknologiens muligheder tages med. Det vil være hensigtsmæssigt, at vi i nytænkningen og udviklingen af ældreområdet arbejder med overordnede temaer som f.eks. initiativer til bedre medicinbehandling eller initiativer til forebyggelse af indlæggelser. Analyser og undersøgelser af konkrete arbejdsgange eller serviceydelser er væsentlig for at finde de bedste løsninger.

## Ambitioner om udvikling

- Det er nødvendigt at nytænke måden vi udvikler og leverer vores velfærdstjenester på.
- Hverken private virksomheder eller offentlige institutioner har kompetencerne til at udvikle fremtidens løsninger alene.
- Ambitionen er, at vi skal være initiativtagere til en række nye projekter.

**Kilde: Lyngby-Taarbæk Vidensby 2020**

Der hvor det giver mening, samarbejder Lyngby-Taarbæk med både private virksomheder og uddannelsesinstitutioner om at nytænke og udvikle ny teknologi til borgerne. Når udviklingen sker tæt på medarbejdere og borgerne og begge parter inddrages aktivt i udviklingen, kan der opstå nye interessante løsninger på kendte serviceydelser og arbejdsgange.

## Lyngby-Taarbæk kommune vil arbejde aktivt for:

- At kendskabet til velfærdsteknologiens muligheder udbredes blandt borgerne
- At velfærdsteknologi anvendes til at vedligeholde og forbedre borgernes aktive deltagelse i eget liv.
- At velfærdsteknologi bliver en meningsfuld og integreret del af medarbejdernes arbejdsliv med henblik på at fremme et godt arbejdsmiljø og effektiv ressource udnyttelse
- At velfærdsteknologi tænkes ind og benyttes til løsning af kerneopgaver, hvor det giver mening i forhold til ressourcer og arbejdsmiljø
- At der sker erfaringsudveksling, sparring og vidensdeling om brugen af velfærdsteknologi på tværs i organisationen

**SENIORRÅDET**  
**I**  
**LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE**

---

**HØRINGSSVAR**

21.12.2012

Kommunen har bedt Seniorrådet om et høringssvar vedrørende **Lyngby-Taarbæk Kommunes strategi for fremtidens ældreservice 2013-2016**.

Seniorrådet skal udtale følgende:

LTKs strategi for fremtidens ældreservice 2013-16 indeholder visioner, idéer, forslag m.v. af en sådan karakter, at alle kommuner i landet kunne og burde fremkomme med nogenlunde samme papir.

Seniorrådet kan i det væsentlige tilslutte sig de fremsatte idéer, forslag m.v. under den forudsætning, at disse konkretiseres og virkeliggøres.

Der lægges herved vægt på, at der i papiret er givet udtryk for, at der skal være stor opmærksomhed på kommunikation med de ældre borgere samt, at der i et vist omfang inddrages borgere fra borgerpanelet i udviklingen af flere af initiativerne.

Seniorrådet er opmærksom på, at der vil blive udarbejdet en handleplan, som der senere skal afgives høringssvar på.

På Seniorrådets vegne

Aase Steffensen

Høringssvar  
vedr.  
Ældrestrategien

---

Handicaprådet har behandlet ældrestrategien den 3. januar 2013 og har følgende bemærkninger.

Godt, at der er nogle visionære tanker og at strategien er dynamisk i forholdt til udviklingen.

Handicaprådet anerkender dialog- og udviklingsperspektivet.



**Social- og sundhedsudvalget den 16. januar 2013**

**Bilag til sag nr. 5**

**1 – 2 – 3 – 4 – 5 - 6**

## 1. Indledning

Center for Træning og Omsorg gennemfører et paradigmeskifte over de næste år hen imod et større fokus på princippet om hjælp til selvhjælp gennem indsatsen ”aktivitet/træning i hverdagen”. Centerets organisationsstruktur bør reorganiseres, så paradigmeskiftet både fagligt og kulturmæssigt understøttes bedst muligt. Reorganiseringen skal rummes inden for det nuværende budget og uden at ledelsesstrukturen vokser. Det forventes, at en reorganisering vil genere en bedre ressourceudnyttelse og skabe flere sammenhængende tidsafgrænsede rehabiliterede forløb med borgeren.

Centeret igangsatte en proces i MED regi, hvor et kommissorium og en tidsplan for arbejdet blev vedtaget. En arbejdsgruppe blev nedsat i forsommeren 2012. Der blev afholdt et stormøde i september med deltagelse af alle MED repræsentanter, hvor centerets udfordringer blev drøftet bredt. Udfordringerne blev samlet i otte overordnede temaer. De var kommunikation, kompetencer, kvalitet i inde- og udleden, samarbejde på tværs, succeskriterier, organisation og madservice. Den nedsatte arbejdsgruppe har efterfølgende afholdt 5 temamøder. Arbejdsgruppen prioriterede temaerne om samarbejde på tværs, borgeren i centrum - og i eget hjem, kvalitetsstyring (udvikling og opfølgning), organisation fra ide til beslutning og kompetenceudvikling som de væsentligste udfordringer i forhold til paradigmeskiftet og de generelt øgede faglige krav i det nære sundhedsvæsen.

Med afsæt i dem samt i indhentet viden fra andre kommuner og KL har arbejdsgruppen åbent og anerkendende drøftet forskellige mulige modeller for organisationsstrukturer i centeret. Arbejdsgruppen fremlagde i alt fire modeller til videre drøftelse på et stormøde med alle MED-repræsentanter den 23. november 2012. På stormødet i MED-regi deltog i alt ca. 80 medarbejdere/ledere i centeret, hvor deltagerne i arbejdsgrupper drøftede fordele og ulemper ved hver af de fire modeller. Der blev ikke opnået enighed om en model på stormødet, men to organisationsmodeller (3 og 4) var særligt i spil. Model 4 er den nuværende organisering.

I løbet af processen er arbejdsgruppen blevet bedt om at udarbejde spilleregler for uenighed. Arbejdsgruppen har valgt, at de bagvedliggende værdier for håndtering af uenighed er at respektere uenighed, have fokus på inddragelse og at alle efterfølgende er tro mod de beslutninger, der træffes. Arbejdsgruppen har desuden kort beskrevet rammen for uenighed i henholdsvis modeludviklings-, beslutnings- og implementeringsfasen.

Modeludviklingen er foregået i MED-regi i en åben og anerkendende proces.

I beslutningsfasen anbefaler den centrale ledelse en model for den fremtidige organisering, der føres en logbog ved drøftelserne af modellen i MED for transparens forud for den politiske beslutning.

I implementeringsfasen har MED en vigtig rolle som følgegruppe i en åben og anerkendende proces med rum for holdninger/meninger, men med fokus på implementeringen af en ny organisering.

Arbejdsgruppen tog i deres arbejde udgangspunkt i følgende udefrakommende krav og centrale faglige og organisatoriske opgaver i Center for Træning og Omsorg.

Udefrakommende krav	<p><b>Sund aldring</b> er baseret på evidens for, at ældre mennesker kan genoptrænes og fastholde deres funktioner. De ældres livskvalitet og funktionsniveau er i fokus ved en satsning på rehabilitering og træning</p> <p><b>Kortere hospitalsindlæggelser</b> er en konsekvens af en stadig øget specialisering på hospitalerne, hvilket stiller stigende krav til kommunernes sygepleje (det nære sundhedsvæsen)</p> <p><b>Flere kronikere</b> er en samfundsudvikling, der udfordrer kommunens sygepleje samt stiller krav til kommunens forebyggende arbejde</p> <p><b>Velfærdsteknologi</b> på ældreområdet er i rivende udvikling og vil transformere servicen på sigt</p> <p><b>Velfærdsstaten</b> er under økonomisk pres og medfører i kommunerne fokus på smarte løsninger, effektivisering, modernisering og inddragelse af civilsamfundet i velfærdsopgaverne.</p>
Centerets centrale faglige og organisatoriske opgaver	<p><b>Implementering af paradigmeskiftet</b> fagligt og kulturelt er en hjørnesteen i centerets bestræbelser på at møde de udefrakommende krav om sund aldring</p> <p><b>Øget fokus på aktivitet og træning</b> (rehabilitering) har sigte på sund aldring, kronisk sygdom og det nære sundhedsvæsen</p> <p><b>Styrket samarbejde på tværs</b> hænger tæt sammen med paradigmeskiftet samt det nære sundhedsvæsen</p> <p><b>Specialisering og kvalitetssikring</b> er nødvendig i forhold til den stigende specialisering i sygeplejen, krav til kvalitet, implementering og evaluering samt til effektiv drift og praksis</p> <p><b>Forandringsparathed</b> er nødvendig i en organisation med mange udefrakommende krav og udfordringer</p> <p><b>Styrkelse af den daglige ledelse</b> i det yderste led - især på udedelen</p> <p><b>Fokus på beslutningsvej i ledelsesstrukturen</b></p> <p><b>Fokus på kompetenceløft</b> dels i forhold til specialisering i sygeplejen, dels generelt i forhold til paradigmeskiftet</p>
Politiske beslutninger	<p>Paradigmeskiftet, som er centeret er i gang med at implementeres, er politisk besluttet.</p> <p>Der vil foreligge en ny borgervendt ældrestrategi med virkning fra 2013. Strategien har tre fokusområder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Forebyggelse</b> (mestring af eget liv, kommunikation, gode forløb for borgeren og frivillig forebyggelse)</li> <li>• <b>Frivillighed</b></li> <li>• <b>Velfærdsteknologi</b></li> </ul>

Arbejdsgruppen har i gruppens drøftelser arbejdet med antagelsen om, at den endelige organisatoriske placering af sygeplejen, rehabiliterende teams, aktivitet, madservice/serviceteam og administration afgøres senere, ligegyldig hvilken model der politisk besluttet.

Der vil blive udarbejdet et oplæg til en procesplan for, hvordan der i centeret kan blive tilvejebragt et beslutningsgrundlag for den endelige placering af de 4 områder til drøftelse på et MED-møde.

### **Arbejdsgruppens forslag til observationspunkter til implementeringsprocessen af en ny organisationsstruktur:**

- Der skal udarbejdes en implementerings- og evalueringsplan, som skal behandles i MED
- Der skal være fokus på kulturforandring
- Aftale om i den nye organisering at have særskilt fokus på
  - Kvalitetsstyring – udvikling og opfølgning (i sygeplejen, hjemmeplejen, plejen inde, træning og tværfagligt)
  - Faglige kompetencer – fagligt løft
  - Samarbejdet mellem visitationen og de udførende
  - Rehabilitering – som kan gøres på mange måder.

Der vil blive udarbejdet et oplæg til drøftelse i Center-MED i januar/februar om implementering af en ny organisationsstruktur samt evaluering af strukturen.

Erfaringer og viden for de allerede nedsatte arbejdsgrupper om træning og sygeplejen i centeret vil blive inddraget og omsat i den nye organisering. Samtidig vil der blive nedsat i MED-regi nye arbejdsgrupper fx om kvalitetsstyring i implementeringen af en ny organisationsstruktur.

## **2. Den centrale ledelses anbefaling af fremtidig organisering i Centeret for Træning og Omsorg**

Den centrale ledergruppe har i forlængelse af det afholdte stormøde med deltagelse af alle MED repræsentanter i centeret drøftet de fire organisationsmodeller, som arbejdsgruppen har udarbejdet med afsæt i de tidligere nævnte udefra kommende krav og centrale faglige og organisatoriske opgaver.

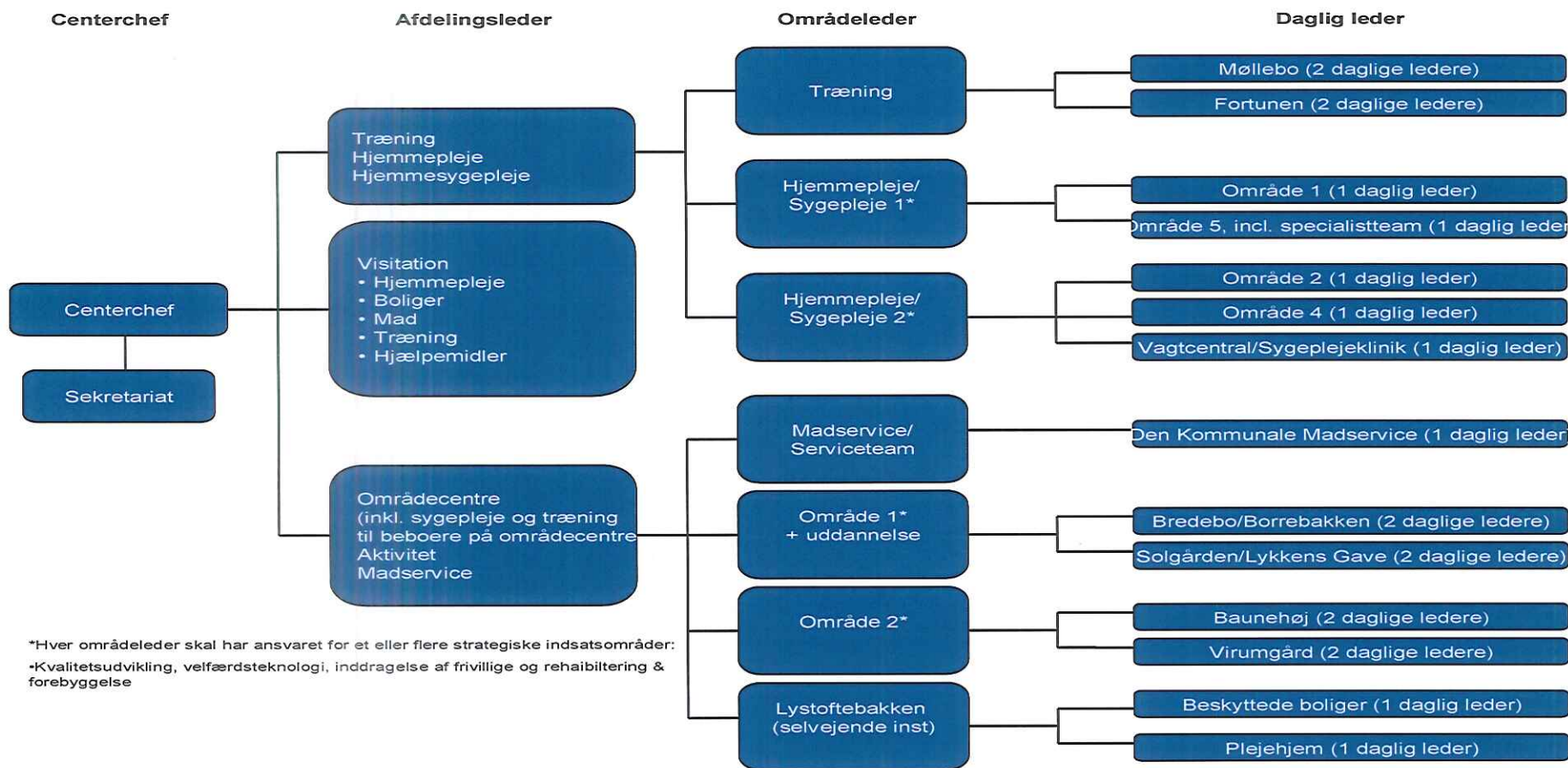
Set fra den centrale ledelses synsvinkel er der er en række væsentlige udfordringer i den nuværende struktur. For at undgå sub-optimeringer og tab af helhedsperspektiv bør organisationen gennemgå en ændring med fokus på at opnå følgende:

1. Styrket samarbejdet på tværs – især mellem træning og hjemmepleje (udedel), som er de centrale aktører i paradigmeskiftet i relation til at opnå den planlagte besparelse og ift. at imødekomme de udfordringer kommunen står overfor som aktør i det nære sundhedsvæsen
2. Fokus på borgerforløb på tværs af fagligheder
3. Større ensartethed på tværs af områderne samt mulighed for at fokusere entydigt på kvalitetssikring- og udvikling af hhv. indedel, sygepleje og udedel
4. Større mulighed for på tværs af hhv. hjemmeplejedistrikter på udedelen og områdecetre på indedelen at arbejde med implementering af velfærdsteknologi, øget inddragelse af frivillige mv.
5. Systematisk, vedvarende fokus på udvikling og kvalitet kvalitetsstyring af kerneydelsene både inde og ude
6. Brede centerets strategiske helhedstænkning ud til flere ledelsesniveauer.

I den centrale ledelses drøftelse har indgået, hvordan de enkelte organisationsmodeller løfter i forhold til de 6 argumenter listet ovenfor. Synspunkter og argumenter fra stormødet den 23. november 2012 har ligeledes indgået i den centrale ledelses drøftelser forud for valg af organisationsmodel til fremlæggelse til politisk behandling og beslutning.

### Anbefaling af model 3

Den centrale ledergruppe har valgt at anbefale organisationsmodel 3, som fremtidig organisering af Center for Træning og Omsorg, til politisk godkendelse



\*Hver områdeleder skal har ansvaret for et eller flere strategiske indsatsområder:  
 •Kvalitetsudvikling, velfærdsteknologi, inddragelse af frivillige og rehaibitering & forebyggelse

Der er foretaget mindre justeringer ift. den model 3, som arbejdsgruppen præsenterede på stormødet den 23. nov. Redaktionelt er også Den Kommunale Madservice og Lystoftebakken nu med på diagrammet. Indholdsmæssigt er det uddybet, hvordan ledergruppen tænker, der skal arbejdes med strategiske indsatsområder på områdelederniveau for at sikre, at vi arbejder systematisk med kvalitetsstyring mv.

Den centrale ledergruppe vurderer, at organisationsmodel 3 bedst af de 4 modeller understøtter ledelsens argumenter for at gennemføre en organisationsændring med de konsekvenser en forandring altid har i ressourcestræk, utryghed, nye snitflader mv.

Det er nødvendigt at skabe bedre organisatoriske rammer for øget samarbejde på tværs især mellem træning og hjemmepleje for at løfte paradigmeskiftet bedst muligt. En fælles ledelse på afdelingsniveau vil alt andet lige sikre fokuset på et øget samarbejde konkret og lettere end i den nuværende organisation, hvor der først sikres koordination på afdelingschefniveau.

Der er en langt større sammenfald af borgere der både modtager træning og hjemmepleje, end borgere der først modtager hjemmehjælp og derefter flytter på plejehjem. En organisation der samler træning og hjemmepleje skaber bedre muligheder for at fokusere på borgerforløb frem for isolerede ydelser fra forskellige fagligheder.

Mangfoldigheden er for stor i hjemmeplejen, hvor nye kvalitetsmæssige initiativer implementeres for forskelligartet. Der er behov for mere ensartethed. Det mener ledelsen sikres bedre ved at skille ude- og indedel fra hinanden, og samle ledelsen af udedelen under 2 områdeledere frem for de nuværende 4. Det samme gør sig gældende for indedelen og forventningen er, at det faglige fokus i både hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentre styrkes ved en mere konsistent og fokuseret ledelse.

En struktur, hvor både inde- og udedel organisatorisk placeres i to områder med hver sin områdeleder, giver mulighed for, at hver områdeleder får ansvar for særlige indsatser på tværs af de områder i henholdsvis ude- og indedel.

I den nye organisationsstruktur har områdeledere driftsansvaret for hhv. egne hjemmeplejedistrikter og egne områdecentre. Derudover har den enkelte områdeleder ansvaret for et eller flere strategiske indsatsområder for hele hhv. ude eller indedelen.

De væsentlige tværgående strategiske områder, som områdelederne har ansvaret for er:

- kvalitetsudvikling
- velfærdsteknologi,
- samarbejde med frivillige
- rehabilitering og forebyggelse

#### Om kvalitetsudvikling

Processen i Center for Træning og omsorg omkring den fremtidige organisationsstruktur har medført en fælles bevidsthed om, at der er behov for et øget fokus på at sikre ensartethed, tydelighed omkring succeskriterier og omkring kvalitetsstyring.

Der er behov for større tydelighed omkring hvem der har det ledelsesmæssige ansvar for at sikre ensartet faglig udvikling og kvalitet på tværs af områderne.

Der er nedsat en række specialistnetværk og den faglige ledelse af disse skal forankres entydigt i organisationen

#### Om velfærdsteknologi

Velfærdsteknologi skal være almen kendt og en integreret del af borgernes hverdagsliv, således at det fremmer et selvstændigt og aktivt liv. Implementeringen af velfærdsteknologi er en udfordring organisatorisk, fordi det i en meget stor driftsorganisation er en udfordring både at sikre igangsætning af- og fortsat fokus på og støtte til de rette initiativer. Dvs. nye initiativer som er relevante for borgerne og medarbejderne, men også initiativer hvor indput i form af tid og penge på fornuftig vis står mål med effekten i form af kvalitetsforbedringer for enten borgere eller medarbejdere og/eller en mere effektiv drift.

Det er nødvendigt med et tydeligt ledelsesmæssigt fokus på dette på tværs af områdecentre og på tværs af de enkelte hjemmeplejedistrikter.

#### Om samarbejde med frivillige

Den frivillige indsats har en uvurderlig rolle og er en central del af den kommende strategi for Fremtidens Ældreservice. Den frivillige indsats kan være med til at skabe nye sociale relationer, netværk og fællesskab. Uanset hvilken form den frivillige indsats har, så giver indsatsen trivsel og livskvalitet for både den frivillige selv, og den borger der benytter den frivilliges indsats. Det er derfor vigtigt, at vi på tværs af kommunens områdecentre har én leder, der sikrer fokus på dette emne, vidensdeling på tværs samt fælles standarder for, hvordan frivillige kan inddrages på kommunens plejehjem til gavn for særligt beboerne, men også personalet og de frivillige selv.

Også i træningsenheden skal der findes én entydig ledelsesmæssig ansvarlig for øget inddragelse af frivillige.

#### Om rehabilitering og forebyggelse

Et øget fokus på aktivitet og træning i hverdagen er et indsatsområde som både nu, og i årene der kommer, er helt centralt i Center for Træning og Omsorg. Udover at indsatsen vil medvirke til øget livskvalitet for borgerne, er der koblet en besparelse på, som kun opnås ved et kontinuerligt ledelsesmæssigt fokus.

Der er i øjeblikket en arbejdsgruppe i gang med at udarbejde et oplæg til (inspireret af erfaringer fra andre kommuner), om der skal etableres egentlige rehabiliterende team(s) i kommunen til at understøtte indsatsen omkring øget selvhjulpethed og mestring af eget liv. Derudover er der med udgangspunkt i den kommende strategi for Fremtidens Ældreservice en forventning om, at der fremadrettet skal arbejdes mere intensivt på at sikre koordinerede forløb for borgerne og en formidling af forebyggelse også til de mere selvhjulpne og aktive borgere.

Også visitationens rolle vil ændre sig, idet den centrale visitation i højere grad skal være konsulterende og øge medinddragelsen af leverandørerne i visitationerne.

På stormødet den 23. november 2012 blev der udtrykt bekymring for en opdeling af specialistfunktioner i ude- og indedel. Det er ledelsen enig i er en problematik, som kræver et særligt fokus i implementeringsfasen. Det samme gælder den faglige udvikling i fx sygeplejen på tværs af ude- og indedelen. Snitflader mellem ude- og indedel skal afklares og løftes.

Center for Træning og Omsorg har et højt fokus på kvalitetsudvikling på et felt, som er i faglig rivende udvikling. Der er dog behov for en mere ensartet og øget styring af centerets kvalitetsudvikling og opfølgning. Samtidig kan centerets udsyn styrkes. Organisationsmodel 3 bibeholder den centrale ledelse og skærper det faglige fokus på områdelederniveau. Det vil danne grundlag for en øget strategisk tilgang til udefrakommende udfordringer og den specifikke kvalitetsstyring ned i de faglige områder.

Paradigmeskiftet fordrer samarbejde på tværs, og herunder også et tæt samarbejde mellem visitation og hjemmepleje. Ledelsen vurderer at en organisation, hvor hjemmeplejen er samlet i to selvstændige områder vil medvirke til et øget fokuseret samarbejde.

Ledelsen vurderer dog også, at organisationen udfordres ved en organisering som i model 3. De daglige ledere vil ikke som i dag have mulighed for en daglig kontakt til deres områdeleder. Der vil komme mere fjernledelse og derved vil ledelsen på områdelederniveau blive mindre synlig. I implementeringsfasen, når områdelederstillingerne er besat, vil samarbejdsaftaler og muligheder for kontakt være i fokus i de enkelte områder i både ude- og indedel. I implementeringsfasen bør der også være fokus på eventuel lederudvikling, så alle føler sig klar og klædt på de nye udfordringer. Derudover bidrager den nye organisationsmodel ikke til at skabe mere ledelseskraft tættest på medarbejderne, eller at mindske afstanden fra den enkelte medarbejder til topledelsen, idet antallet af organisatoriske niveauer er uændret ift. den nuværende struktur. Forhåbningen er, at det mere enstrengede faglige fokus lederne vil få i den nye struktur vil bidrage til, at medarbejderne alligevel vil mærke en hurtigere respons fra idé til beslutning og dermed mere synlig og ensartet ledelse.

På stormødet den 23. november gav en række deltagere udtryk for, at model 4 blev prioriteret, fordi den nuværende organisation er kendt og tryk. Organisationsforandringer er forbundet med usikkerhed og utryghed. Det har den centrale ledelse stor forståelse for. Forandring i den organisatoriske opbygning er dog nødvendig i Center for Træning og Omsorg for sikre den nødvendige udvikling.

Den centrale ledelse vil søge at minimere utryghed ved et højt informationsniveau og ved at videreføre den tætte inddragelse af MED-systemet også i implementeringsfasen, så alle har mulighed for at komme af med bekymringer og spørgsmål med videre i processen. Det er samtidig væsentligt at påpege, at model 3 ikke ændrer den nuværende organisering på det daglige lederniveau. Det gør, at medarbejdere ikke vil opleve forandringer i forhold til ledelsesreference, når den nye organisation gennemføres.

Det er i udviklingsfasen i arbejdsgruppen blevet tydeligt, at der behov for en kulturforandring i centeret sideløbende med en justering af organisationsstrukturen. Den centrale ledelse er enig, og det er et tema, som Centeret bør forfølge, når den nye organisatoriske struktur er under implementering.



Hele arbejdet med i fællesskab at drøfte og udvikle modeller for en ny organisationsstruktur har været ressourcekrævende, men for Centeret meget givende både i forhold til at få identificeret centerets udfordringer, i at få bredt viden fra andre kommuner og KL ud i organisationen og skabe mere fællesskab på tværs af fagligheder i, hvordan centeret skal møde udfordringerne.

De væsentligste fordele og ulemper ved model 3, som beskrevet af arbejdsgruppen samt på stormødet den 23. november 2012 fremgår af bilag 1.

Referater fra de forskellige arbejdsgrupper på stormødet den 23. november 2012 fremgår af bilag 2.

Referat af temamøde i MED om KL's analyse og anbefaling den 23. oktober er vedlagt i bilag 3.

## Bilag 1

**Arbejdsgruppens identifikation af fordele og ulemper ved model 3 samt væsentligste fordele og ulemper ved modellen som drøftet 23. nov – alle synspunkter i arbejdsgruppen fremgår, derfor kan samme tema, både stå fremført som fordel og ulempe**

**I model 3 er der under Centerchefen 3 afdelingsledere, 6 områdeledere og 18 daglige ledere ex. Lystoftebakken (i alt 27 ledere)**

Model 3	<b>Reorganisering i forhold til nuværende organisation:</b> Ledelsen for træning og udedel (hjemmeplejen) samles hos en afdelingsleder Ude- og indedel skilles ledelsesmæssigt på afdelings- og områdelederniveau Hjemmeplejeenhederne samt vagtcentrale/sygeplejeklinik er samlet i to områder med hver sin områdeleder. Den ene af to områdeledere har ansvar for sygepleje på tværs af de to områder. Den anden områdeleder har ansvar for hverdagsrehabiliteringen på tværs af de to områder Træningsenheder refererer ind til en områdeleder. Plejecentre samles i 2 områder med hver deres områdeleder med to-tre plejecentre med daglige ledere under hver områdeleder.
Overordnede fordele ved modellen	Understøtte paradigmeskiftet organisatorisk ved samling af træning og hjemmepleje Styrket fokus på kvalitetsudvikling i både inde- og udedel ved organisatorisk opdeling
Overordnede ulemper ved modellen	Langt fra bund til top Kvalitetsudvikling i indedel kan blive ladt i stikken

### Fordele

- Større sandsynlighed for at det lykkes med paradigmeskift i forhold til nuværende organisation – afdelingsleder skaber i samarbejde med de to områdeledere tætte samarbejdsrelationer mellem hjemmepleje og træning
- Øget fokus på borgernes forløb samt mere sammenhæng i forløbene - træning og hjemmepleje trækker samme vej – gør borgerne hurtigere selvhjulpne
- Suppleret med fokus på vedligeholdende træning på plejecentrene fx placering af en fys/ergo på hvert center (kan supplere alle modeller)
- Sandsynligheden for et rigtigt godt samarbejde mellem træning og hjemmepleje er stor
- En fælles ledelse for træning og hjemmepleje kan medføre øget kvalitet og ensartethed

- Lettere at udvikle bedre kvalitet i ydelserne overfor borgerne både i inde- og udedel (hjemmehjælp samt træning) Den enkelte ledelse har mulighed for et skærpet fokus på den del, de er ledere for
- Det højner i udedelen det sygeplejefaglige område ved et tydeligt fokus på kvalitetssikring og opfølgning og ved en mere enstrenget ledelsesstruktur
- Sikrer koordination, samarbejde på tværs internt i både ude- og indedel ved det øget faglige fokus ved opdeling af inde- og udedel
- Kortere vej for borgerne ved klage
- Kommunikationsvejene bliver nemmere på grund af det særskilte fokus på inde- og udedelen (træning + hjemmehjælp)
- Mere synlig ledelse
- Sikrer fokus på strategisk ledelse og helheder i en central ledergruppe

### Udfordringer

- Ulempe at serviceteam ikke ligger under hjemmehjælp/træning i forhold til paradigmeskiftet – det bør de – styrker fagligheden
- Hvis inde- og udedel skilles kan der opstå ulighed for borgerne/beboerne i tilgangen til specialistfunktioner inden for sygeplejen
- Hvis inde- og udedel skilles, kan det måske betyde ændrede arbejdstid/vagttyper for nogle faggrupper
- Aftensygeplejerskerne bør ligges ind under vagtcentralen – større fleksibilitet og samlet sygeplejen
- Vagtcentral – mange opgaver oppe fra – hvis aftensygeplejerskerne samles der, skal ledelsen øges
- Der er ulige antal lokalassistenter i ude-grupperne
- Ensartethed i hjemmehjælp
- Ansat en klinisk medarbejder i hjemmehjælp eller en klinisk områdeleder og en områdeleder med ledelsesansvar for fire hjemmehjælpere
- Ikke kortere vej fra bund til top
- Øget ledelseskrav til de daglige leder
- Områdeledere på indedel kommer længere væk fra medarbejderne
- Ledelse i de yderste led styrkes ikke – imødegår ikke den omvendte pærereform
- Den daglige ledelse bliver svag ved ferie, sygdom mv.

### Særsynspunkter (1 medlem af arbejdsgruppen pr. bullet)

- Vi går fra fire til to grevskaber
- Hjemmehjælp kommer ikke tættere på træningsområdet og dermed ikke på et tættere samarbejde.

## Centrale fordele og ulemper ved model 3 fra stormødet den 23. november fra 8 arbejdsgrupper:

### Fordele:

- Fremmer paradigmeskiftet, bedre helhed for borgerne
- Paradigmeskiftet styrkes
- Vil organisationsstrukturen støtte bedre op om paradigmeskiftet? – Ja, den støtter op om paradigmeskiftet på områdelederniveau
- Øget fokus på træning og rehab.
  
- At inde- og udedel deles
- Fremmer en mere ensartet kvalitet, fordi områdelederne har et ensartet fokus
- Kvalitetssikring på alle niveauer
- Faglig ledelse på sygeplejen i udedel
- Styrker samarbejdet + ensartethed, hvis de assisterende områdeledere (daglig ledelse) mødes på tværs for sparring og udveksling af gode ideer
- Mere ensartethed i inde- og udedel
- Ensartethed på udedel
- Mere dynamik + stordrift i gruppering af hjemmeplejen
- Nemmere at implementere nye tiltag
  
- Små tætte ledergrupper – tæt på udførere, men også tæt på afdelingslederniveauet
- Stærkere strategisk ledelse
- Servicering af politikerne bliver mere effektiv

### Ulemper:

- Det er problematisk med to ledere for hjemmeplejen + sygeplejen og rehabilitering
- Træning for langt væk fra plejehjem
- Rehabiliteringsteam også ind på plejehjemmene
- Visitationen for langt væk fra hjemmeplejen
- ”Man kan ikke skrive sig til alt”
- Samarbejdet mellem ude- og indedelen svækkes – samarbejdet bliver mindre
- Specialister bliver delt op i ude- og indedel
- Megen information ved fx morgenmøde vil gå tabt + sparring mellem sygeplejersker, sosu-assistenten og hjælpere vil også gå tabt
- Visitationen er for langt væk fra hjemmeplejen – ”man kan ikke skrive sig til alt”

- Hvis der kun er 2 afdelingsledere – en for bestillerfunktionen (visitation mv.) og en for udførerfunktionen (træning, mad og pleje) vil det sikrer ensartethed og samarbejdsformer
- Ensartethed bliver ikke styrket – større forskel på tilbud i hjemmeplejen og plejehjem
- Kvalitetssikring kun på udedel
- Der bør fordeles ansvar vedrørende sygepleje og rehabilitering mellem de to områdeledere af indedel, ligesom der er gjort på udedel (hjemmeplejen)
- Nyt fra de daglige ledere, at de muligvis ikke ser deres områdeleder dagligt
- Ikke styrelse af det yderste ledelsesled bortset fra mere ledelse fra områdelederne
- Understøtter ikke det nære sundhedsvæsen
- Understøtter ikke paradigmeskiftet i forhold til plejehjem og serviceteam

## Fordele og ulemper fra områdeledergruppen – bord 1.

### Model 1.

#### **Fordele:**

#### **Ulemper:**

Strategisk ledelse svækkes.  
 Ensartethed sikres ikke – risiko for kvalitetsforskelle.  
 Mindre synlig ledelse ved sygefravær, ferier m.m.  
 Arbejdsomængden på afdelingslederniveau bliver stort, især ved fravær af daglig leder.  
 Aftenvagten ude – samarbejdet til dagvagten bliver skrøbeligt.  
 Diffus servicering til det politiske niveau.  
 Sygeplejen fjernes fra hjemmeplejen. Kvalitetstab, skodder, paradigmeskiftet undermineres.

### Model 2.

#### **Fordele:**

Rendyrket fokusering på ude/inde i forhold til økonomi m.m.  
 Servicering af politikere m.m. bliver bedre.  
 Fokusering på hjemmeplejen således at konkurrence aspektet kan dyrkes.  
 En indgang i systemet for borgerne.

#### **Ulemper:**

Ikke styrkelse af det yderste led – bortset fra mere koncentreret ledelse fra områdelederne.  
 Områdelederne er ledere for flere centre.  
 Kæmpe stor hjemmepleje med vagtcentral, spl.klinik, rehab. og kvalitetssikring.  
 At rehab. ligger sammen med hjemmeplejen. Det kan let drukne.  
 Paradigmeskiftet svækkes i hjemmeplejen – ikke optimalt.  
 Hjemmeplejen svækkes økonomisk – krydspres for træningen.  
 Terapeuternes verden bliver dominerende – hjemmeplejen svækkes.

### Model 3.

#### **Fordele:**

Styrkelse af paradigmeskiftet.  
 Større vidensdeling + konkurrence m.m. i hjemmeplejen ved en opdeling i forhold til model 2.  
 Mere dynamik + stordrift i gropering af hjemmeplejen.  
 Servicering af politikere mere effektiv.  
 Rendyrket fokusering ude/inde i forhold til økonomi m.m.  
 Fokusering på hjemmeplejen – således at konkurrence kan fremmes.  
 En indgang til systemet for borgerne.  
 Nærmere at implementere nye tiltag.  
 Øget fokusering inde/ude adskilt.  
 Øget fokus på træning og rehab.

#### **Ulemper:**

Ikke styrkelse af det yderste ledelsesled bortset fra mere ledelse fra områdelederne.

Områdelederne er ledere for flere centre.

#### **Model 4.**

##### **Fordele:**

Daglig relation tværfagligt – derfor høj succesrate.

God service af politikerne m.m.

Paradigmeskiftet har større chance for succes.

Styrkelse af tværfagligt samarbejde – indbygget.

Udgangspunkt i borgerne – der ses som den hele borger ved at rehab. bor i hjemmeplejen.

Tværfaglighed styrkes med rehab. i hjemmeplejen.

##### **Ulemper:**

Træning og rehab. ikke integreret i områderne.

#### **Parkering:**

Demensområdet. Hvor skal det placeres?

Der kan rykkes rundt på alle ledere og alle kasser, men det er i sig selv ikke garanti for at paradigmeskiftet m.m. lykkedes.

Ingen af modellerne er en garanti for at der sker en ensretning.

Hvordan sikrer vi det naturlige samarbejde mellem terapeuter og hjemmeplejen?

Hvis terapeuterne skilles ad, skal der sikres samlet faglig sparring.

Hvor skal de terapeuter, der skal være tæt på hjemmeplejen forankres?

Aktivitetssentrene tilhørsforhold?

Uddannelsesgruppens placering?

Madservice og serviceteamet. Hvor skal det placeres?

#### **Opsamling:**

En god konstruktiv og åben dialog som har resulteret i at vi overvejende hælder til 2 modeller. Vi mener ikke at modellerne kan stå alene, og vi mener at et naturligt samarbejde er et vigtigt parameter for at paradigmeskiftet og andre udfordringer lykkedes.

# FAK model - Gruppe 2

## Model 1 - Fordelle / Ulemper

Centrale opgaver: "Paradigmskift" m.fl.

% Fordel ift. Paradigmskift mangl. formalis. samarbejd. decentralt.

1. Støtte ift. faglige krav fra det mere sundhedsvidensk. (forbygget på 7 indl. omstr. hjemstyre fra hosp.)

+ ift. sikring af ensartethed i service + ift. at 1 leder for hjemplejnsygepleje = sikring i flere områder.

- ift. at øge kvalitets sikring, da den ligger som se skilt funktioner men der ligger som statsfunktioner under sundhed.

U for medføre større beslutningsproer for idet til beslutning

## Fordelle / Ulemper for:

Borgerer i mangl. "felles forslag" vde i bykommene. Frakonstruktion signing alt efter opgaver ift. borger

Medarbejder: <sup>nitid</sup> suboptimering med forskellige faggr. uigennem

Kemmer måske gøres en fald v. i leder og ressource for fælles om arbejde m. h. pt. gruppen (kompetence / kompetence)



Medstedejelse:

Vagtansvarer med besigtelse af  
mangler ved de enkelte  
af de vagte

Ledelse: Svag ledelse (stadig oske-  
fløst)

Fædel m. (ledt for hængslerne om  
trængslerne ledelse i ansigt  
u i den øst.

Flaske hals risiko ift. top ledelse  
i ansigt.

## Model 2

Vil organisationsstrukturen støtte bedre  
fordel. træning og hjemmepleje har samme ledelse.

Den understøtter paradigme skiftet

Det understøtter det nye sundhedsvæsen.

Der mangler en mere overordnet kvalitetssikring.

Bør ligge som en stabsfunktion.

⊗ Sikre ensartethed af service

Den vil ensarte service vi referere til samme leder side  
samt inde.

⊗ Vil den ~~øge~~ Fokus på kvalitetssikring.

Den vil øge kvalitets sikring ved at være splittet op  
og et stærkere samarbejde

⊗ Vil den medføre en hurtigere beslutningsproces fra ide til beslutning

Hvis områdeledere har ~~de~~ beslutningskompetencer vil det  
gøre men der mangler konnektion i forhold til  
service team og modservice i forhold til blot  
træning og hjemmepleje

Se på mod bager øjne

Borger vil opleve stort sammenhæng mellem de forskellige teams

Medarbejder gruppen

En større ensartethed og bedre

samarbejde i mellem

Opleve en styrkelse ~~flere~~ af tværfaglighed (rehabiliteringsstrøm)

Ledelse

Styrket af ~~de ting~~ af ledelse af hjemmepleje/træning

Ensartethed

Styrke og innovation

model 3

- Ja med central styring. på behov i hjemmet og ift. udgjørte og træning.

- Ja det styrkes ift. kravet om det meste sundheds væsen. [Men problematiske med 2 område ledere = dobbelt ledelse af forholde og vi.]

- Sikre strukturens eksistens i sundhed?  
Nej ikke umiddelbart med opdeling af hjemmeplejen i 2 blokke.

- Fokus på kvalitetsudvikling og område leder niveau, men der mangler stadig en orden strategi for området.

- Vil ikke gøre en kortere beslutningsproces.

Fordelle/ulempes

Borgere & mere området tilbud og mere men risiko for forskellige opg. 2 blokke på hjemme pl. området.

Medarbejdere: dem og os store trængt. Arbejde m. borgere.

Ledelse : Robert Lillena på  
 Hj. pleje, sygepl. + rehab.  
 Føddet at Hj. pl. <sup>is sygepl.</sup> af Henry Smides.

## Modul 4

Vi oplever ingen ændringer p. nu.  
kun at der er tilføjet Rehabilitering.  
Det understøtter paradigmeskift, som i dag.

Modellen er ikke visionær eller  
inviterer ikke til forandring.

## Referat fra gruppearbejde 3, assisterende indeområdeledere + Serviceteam/Madservice

### Generelt og indledende :

Det vil være en fordel med en terapeut alle steder inde (for at sikre kontinuerlig træning på hold også gerne)

Model 3 giver umiddelbart mest mening.

Men imødekommer ikke bedre samarbejde mellem Serviceteam og træningsenheden

Kvalitetsdelen fylder meget. Svært at se at noget er bedre end noget andet, men jo der er behov for andre rammer for at sikre at vi yder det der forventes af os. Vigtigt at vi får sikret at der også sker et løft på indedelen og okus på hvad der allerede er sket på indedelen

På Afdelingsledelsesniveau kunne der være indsatser ift. at sikre implementering af paradigmeskift og kvalitetssikring, hvordan kommer vi så derhen på den bedste måde? (kompetenceudvikling, opgaveglidning eller ny organisering . Kan ikke overskue, om der er behov for det ene eller andet

Model 2 giver god mening (sammenhæng mellem træning og hjemmepleje for at sikre at funktionsniveau ikke daler hos hjemmeboende efter genoptræningsophold eller andet)

Rigtigt set at vi skiller ude og inde – har alligevel forskellige problemstillinger. Kan målrette indsatsen begge steder

Det skal overvejes hvor kvalitetssikring bør ligge på områdelederniveau eller på afd.leder niveau  
Styrker den strategiske ledelse ift

Svært ved at forholde sig til det

Vigtigt at vi vælger en model der understøtter paradigmeskiftet (også ift. mad og pleje). Tænker model 2 eller 3 umiddelbart

Afspejler lydørhed overfor hvad der er sagt fra organisationen

vanskeligt at se fordelene ved at skille inde og ude

Hvor ligger områdeledernes opgaver. Ville umiddelbart vælge model nr. 4. Godt fokus på kvalitetssikring her.

Model 2 eller 3 vil understøtte paradigmeskift bedst

Svært at forholde sig til men + for model 2 eller 3.

### **Model 1**

Ulempe: Ikke en fordel at samle sygeplejen i én enhed (de skal sikre udvikling osv. ift. plejen)

Faglighed skal sikres, men løsningen er ikke at skille sygeplejen ud. Vil mangle de input man får

tværfagligt (det vil sygeplejerskerne også mangle).  
Vil ikke fremme implementering af paradigmeskift (træning fortsat langt væk fra hjemmepleje)  
Huske på at aften også betjener ned nogen steder (og svært at sikre fælles fodslav med en aftensygeplejerske, som vil blive isoleret fra resten af sygeplejegruppen).  
Svært at få helhedssyn på borgerne, hvis sygeplejen skilles ud (så svært at håndtere krav i det nære sundhedsvæsen). Vi skal arbejde tæt sammen for at lykkes.  
Enige i de ulemper som beskrevet i dokumentet.  
Provokerer ikke nok til udvikling  
Virker ikke dynamisk nok  
Hvad nytter det med en fladere struktur, hvis vi ikke kan lykkes strategiske  
Umulig opgave for centerchef  
Bliver små enheder der passer sig selv

Fordele

## Model 2

Fordele at den vil understøtte paradigmeskift bedre end nuværende model  
Ved at samle områdeledelse for 2 centre vil det gøre det lettere/billigere at ansætte fælles "træningsterapeuter" - Men obs. på her hvad de gamle selv gider  
Kan kun se fordele for borgerne ved denne model sammenlignet med den nuværende  
Bedre konneks mellem hjemmepleje og træning  
Mere plads til at fokusere på kvalitetsudvikling på indedelen  
På afdelingslederniveau vil det være en fordel at kunne fokusere mere ensidigt på inde eller ude.  
Rehabiliteringsteam kunne med fordel ligge under træningsenheden  
Man kan godt føle sig tryk selv om lederen ikke er fysisk tæt på hver dag  
Mere målrettet fokus på kerneopgaver hhv. inde og ude (erfaring fra andre kommuner)

Ulemper:

At man skal være områdeleder for 2 centre (men det fungerer i dag i Madservice/serviceteam. Her føler medarbejderne sig trygge  
Vil ikke sikre en nemmere gang fra idé til beslutning  
Der er færre om at beslutte (kun 2 områdeledere)  
For lidt fokus på rehabilitering sammenlignet med model 3

Idéer at tale om hvordan vi sikrer kulturændring fordi det er det, vi har behov for

Generelt – det skal være mere tydeligt hvordan vi arbejder med kvalitetssikring og evaluering  
Gruppen er enige i at det ville være en fordel

## Model 3:

Ulemper ift. model 2 er at der er 1 områdeleder for meget og for lidt fokus på rehab (og hvis der på sigt leveres færre i hjemmeplejen er der behov for mindre ledelse)



Andre siger at det afhænger af antallet af medarbejdere

Rehabilitering. Bedre for udedelen med et særskilt team men ikke for indedelen

Model 2 og 3 gør ikke nogen forskel ift Serviceteam/Madservice

#### **Model 4**

##### **Fordele**

Arbejdet med at inddrage frivillige omkring et områdecenter også for de hjemmeboende ved at undlade at skille inde og ude – fokus på lokalområdet.

Har mest borgeren i centrum

Det er trygt

##### **Ulemper**

Svært at implementere paradigmeskift og rehabilitering i denne struktur

Sikrer ikke bedre samarbejde mellem pleje og træning

Understøtter ikke større ensartet kvalitet

##### **Ny idé:**

Slå træning og DKL sammen og sikre en lederstilling til at arbejde med kvalitet. En kvalitetsleder som har ansvaret for kvaliteten/det faglige i hele organisationen (vedkommende skal kunne overrule de daglige ledere).

Forudsætning er at der kommer klare aftaler omkring et tættere samarbejde og mere tydelige krav oppefra og forventninger. Nogle vil ikke ha' flere krav og retningslinier ovenfra (det er ikke løsningen)

Det kunne være rart hvis flere ting kunne afklares mere direkte frem for at skulle op og ned i hierakiet.

## Arbejdsgruppe 5 på stormøde den 23/11-2012

Model 1:

Vil organisationsstrukturen støtte bedre op om et paradigmeskift?

Serviceteamet er for langt væk, det virker forkert at der ikke samarbejdes.

Synes ikke umiddelbart denne model er styrkende.

Sygeplejen og hjemmeplejen burde ha samme leder.

Nogle har netop en fod i hver lejr og vil på den måde komme til at ha 2 ledere, det er ikke holdbart.

Der vil være behov for flere møder med denne model, det er ikke tidsbesparende.

Der vil mangle sparring.

Kvaliteten hos hjemmehjælperne vil falde pga. manglende sparring.

Der vil komme til at gå noget tabt i forhold til samarbejdet mellem ude og inde.

Der skal mere til end en ændring af modellen, det handler om at styrke samarbejdet og ændre kulturen.

Vil den støtte op om de faglige krav fra det nære sundhedsvæsen?

Tværtimod når man adskiller sygeplejen!

Der vil gå meget tabt for assistenterne pga. manglende sparring.

Der vil være alt for meget tidsspilde grundet mødeaktivitet m.m. og dermed forsvinder der tid fra borgerne.

Det vil kræve en merudgift til lønninger grundet flere ansættelser i hjemmeplejen. (fordi sygeplejerskerne ikke er der)

Vil strukturen sikre en større ensartethed i servicen til borgeren?

Medarbejderne vil altid være forskellige, så det vil være svært at få det hele ens.

Vil den øge vores fokus på kvalitetsudvikling?

Nej!

Færre og færre mennesker til at passe de ældre, så er det svært at øge fokus.

Det kunne være en fordel ift. Aktiviteter på tværs af plejecentrene.

Vil den medføre en kortere beslutningsproces?

Det burde den gøre da der er fjernet et led.

Er der noget der bliver bedre/sværere for borgeren set fra deres side?

Der vil umiddelbart ikke være den store ændring.

Kvaliteten kan evt. dale pga. manglende sparring mellem plejepersonale og sygeplejerskerne.

Model 2:

1.

Det er super godt at træning-hjemmepleje og hjemmesygeplejerskerne er lagt sammen.  
Men til gengæld skidt at de i næste led bliver delt igen.  
Der er dybest set et ledelsesled for meget.  
Serviceteamet ligger alt for langt væk fra hjemmeplejen.

2.

Ja fordi der er både vagtcentralen og sygeplejeklinikken ift. sparring.

3.

Nej da der stadig vil være daglige ledere som er forskellige.

4.

?

5.

Nej ikke umiddelbart.

6.

Det bliver ikke bedre end det er i dag, det vil være det samme.

Hvis medarbejderne samarbejder godt giver det de bedste resultater for borgerne.

Der mangler dokumentationstid, tiden bliver taget fra borgeren.

## Arbejdsgruppe 6 på stormødet den 23. november 2012

### Model 1)

Vil organisationsmodellen understøtte paradigmeskiftet: Nej, der er manglende samarbejde faggrupperne i mellem.

Ensartethed i service: Nej, måske det bliver lidt bedre, men ikke optimalt

- For stort spring fra centerchef til udførerled
- Hvis aftenvagten bliver udskilt vil meget info gå tabt
- Silotænkning – Intet samarbejde
- Centerchef mangler sparing
- Det nære sundhedsvæsen går tabt pga. opdeling -> borgerne bliver tabt -> Borgerne risikere at skifte til private
- Generelt bare en dårlig plan
- Opgaverne rykker ned i hierarkiet – mindre synlig leder
- Områdeleder får hjemmeplejen og mange andre bokse!

Det positive: Visitationen er blevet "synlig"

### Model 2)

Deltog ikke i drøftelsen af dette punkt, da jeg sørgede for frokost :o)

Britta Markussen der var gruppe/bordformand har dette referatpunkt.

### Model 3)

- Understøtter ikke paradigmeskiftet
- Træningstilbud forskellig for hjemmepleje og plejehjem
- Langt fra plejehjem, hjemmepleje, træning og til visitationen
- Mangler samarbejde blandt ovenstående
- Understøtter ikke det nære sundhedsvæsen
- Ensartethed i service – nej ikke i forhold til paradigmeskiftet
- Undren over hvorfor træning kun er placeret sammen med hjemmeplejen – og ikke også i plejecentrene
- Øget fokus på kvalitetsudvikling: Kvaliteten støttes ikke på inddelene
- Sygeplejen vil miste noget ved at blive for sig selv
- Kortere beslutningsproces: Samme som i model 2. Hjemmeplejen er dog styret mere i mode 3, da den er delt op i 2. Der er risiko for at ensartetheden i ydelserne forsvinder.
- Borger fordele/ulempes: Kvaliteten på plejehjemmene falder -> Borgerne vil tabe sine færdigheder pga. manglende aktivitet -> Plejehjem = Endestation =>> Manglende synlighed af paradigmeskiftet ved skift fra egen bolig til plejehjem

### Model 4)

- Styrke samarbejdet hvis ass. Områdeledere mødtes på tværs og udvekslede erfaringer -> mange muligheder
- Samlet ledelse på et sted => styrkelse af samarbejdet
- Mere synligt samarbejde med visitationen
- Træning og visitation skal ud i hjemmeplejen
- Visitationen skal visiteres i pakker i stedet for enkelt ydelser
- Model 4 ligner meget det der er i dag => beholder fokus på det nære sundhedsvæsen og paradigmeskiftet
- Sikre at der er samarbejde på tværs -> fjerne "trænings"-afdelingsleder, så der kun er 2 ledere, en for visitationen og en for plejecentrene/hjemmeplejen (Bestiller/Udfører)
- Bygger på samarbejdsaftaler

- Overgang fra en sektor til en anden -> det daglige plejerspersonale der videregiver informationer om borgerne og ikke fys/ergo/terapeuter/sygeplejersker

## **Arbejdsgruppe 7 på stormødet den 23. november 2012**

### **Deltagere:**

Nønne Holm (Serviceteamet)	Lone Saxbjørn (Solgården)
Lindi Clasen (Solgården)	Dorthe Holst Nielsen (Baunehøj)
Dorte Nielsen (Virumgård)	Ditte Norborg (Baunehøj)
Mette Holst (Lystoftebakken)	Allan Nielsen (Lystoftebakken)
Lene Elkjær (Baunehøj)	Ann Reimann Meisler (Vagtcentralen)
Annika Larsen (Lystoftebakken)	

### **Fordele og ulemper ved de fire modeller:**

#### **Model 1**

##### **Fordele**

Sygeplejerskerne bliver styrket fagligt

Mere ensartethed i ude-delen – vi kører ikke lean i alle områder nu

Fordele ved øget faglig sparring - sygeplejersker vinkel

Kortere ledelsesgang

##### **Ulemper**

Sygeplejerskerne bliver samlet, det er en ulempe – fagligt og for sparring

Sygeplejerskerne kommer for langt væk fra borgerne

Kvaliteten bliver dårligere ved at fjerne sygeplejerskerne i udedel

Ved at splitte sygeplejersker mindre samarbejde

Assistenterne mangler uddannelse til denne model , for kedeligt hvis alene pleje

Modellen er for utryk

Hvad med specialisterne – de skal være til stede i både ude- og indedel

Bekymring for flere forskellige personaler hos borgerne – borger vinkel – skaber utryghed

Sygeplejersker kommer langt væk fra borgerne – sygeplejerskevinkel

Mindre synlighed af ledelsen – større ledelsesopgave - ledervinkel

Afløserproblematik, hvis inde- og udedel splittet op

## **Model 2**

### **Fordel**

Ja til mere ensartethed

Paradigmeskiftet vil blive styrket i udedelen, men ikke i indedel

### **Ulemper**

Træningen står for sig selv – det er forkert – træning skal ud igen i områderne

Servicen bliver bedre, hvis træningen kommer ud til områderne

Det er en fejl, at vi er kommet så langt væk fra hinanden – igen en balance mellem faglig styrke og tæt tværfagligt samarbejde.

Lang vej i ledelseshierakiet

Svært at overskue modellerne

Specialister bliver splittet op i inde- og udedel

Afløserproblematik, hvis inde- og udedel splittet op

Mindre daglig kontakt mellem daglig leder og områdeleder i indedel og i udedel

Sammenholdet mellem ude og inde bliver mindre

## **Model 3**

### **Fordele**

Paradigmeskiftet vil blive styrket i udedelen, men ikke i indedel

Ja til mere ensartethed

### **Ulemper**

Områdeleder i ude-delen, får flere opgaver – det kræver en dygtig leder, for at løfte opgaven fx med rehabilitering

Specialfunktioner – problematisk at de samles i udedelen – giver mangler på indedelen

Afløserproblematik, hvis inde- og udedel splittet op

Lang vej i ledelseshierakiet

Mindre daglig kontakt mellem daglig leder og områdeleder i indedel og i udedel

Sammenholdet mellem ude og inde bliver mindre

## **Model 4**

### **Fordele**

For borgeren vil det være godt – trygt og kontaktsystem bibeholdt (små grupper) Tror ikke det bliver opretholdt i de andre modeller – borgervinkel

Specialfunktion bibeholdes i både ude- og indedel

+ sygeplejersker tæt på – sikre kvalitetsudvikling

Trygt ved, hvad vi har

Fokus på samarbejde og på det at støtte hinanden – forudsætning for model 4

+ inddragelse af træning - forudsætning af model 4

Udgangspunkt altid i borgeren – det gælder alle modeller

### **Ulempe**

Træningsdelen ligger for sig selv -

Mere træning

Ensartethed

Lang vej i ledelseshierakiet

Kvalitetssikring langt væk fra det yderste led, når koordineret centralt – bør overvejes flyttet nederst

Fare for at vi gør som vi plejer – fokus på at tage os selv i nakken og udvikle os

Arbejdsgruppen anbefaler: Model 1 (en person) eller model 4 (alle om bordet) med de faldne bemærkninger.

### **Parkering**

- Husk sygeplejen i indedel skal fortsat prioriteres
- Fokus på ensartethed i visitationen
- Mere fokus på træning i indedel – mere opbakning – bør oprustes (" hvorfor modtog jeg træning i eget hjem, men ikke når jeg kommer på plejehjem?")
- Bedre tværfagligt samarbejde skal i fokus – ligegyldigt modelvalg
- Fokus på lokalassistenter og kontorpersonale ved opdeling af ude- og indedel.



## Hovedpunkter gruppe 9

Opsamling på walk and talk:

: Fokus på faglighed, Uengageret fremlæggelse af modellerne, ledelses fordelingen, adskillelse af inde/ude del, flere terapeuter ude, Understøtter tættere en fælles ledelse overhovedet ~~et~~ et tættere samarbejde, ønske om tættere samarbejde mellem pleje og terapeuter.

### Model 1

Større krav til ledelse, sekretariatet hjælper med parring til centerchef<sup>2</sup>, For stort spring mellem centerchef og afdelingsleder, Svært <sup>for</sup> forskellige kulturer at arbejde sammen, Større skul mellem pleje og sygepleje, Negativt for borgerne at sygeplejen adskilles fra hjemmeplejen, Godt for sparring i sygeplejen, Sværet for hjemmepleje/sygepleje i forhold til paradigmeskiftet  
Vilste om 3 x gange omstrukturering

### Model 2

Model for at sikre kvaliteten af indholdet, Er der behov for en ~~leder~~ afdelingsleder for indholdet?, Større krav til områdelidderen for hjemmepl/kvalitet, Godt at inde og ude er adskilt, Godt at hjemmepleje og sygepleje forsat samlet i ude del, Godt for et ensartet serviceniveau,

## Hovedpunkter gruppe 9

- Opsamling på walk and talk:
  - : Fokus på faglighed, Uengageret fremlæggelse af modellerne, Ledelses fordelingen, adskillelse af inde/ude del, flere terapeuter ude, Understøtter tætte en fælles ledelse overhovedet ~~et~~ et tættere samarbejde, ønske om tættere samarbejde mellem pleje og terapeuter.

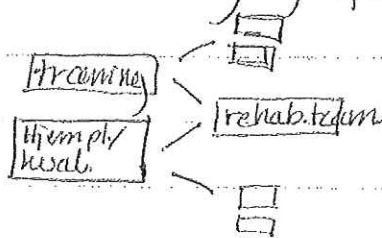
### - Model 1

Store krav til lederne, sekretariatet hjælper med sparring til centerchef<sup>2</sup>, For stort spring mellem centerchef og afdelingsleder, Svært <sup>for</sup> forskellige kulturer at arbejde sammen, Større skul mellem pleje og sygepleje, Negativt for borgerne at sygeplejen udskilles fra hjemmeplejen, Godt for sparring i sygeplejen, Sværet for hjemmepleje/sygepleje i forhold til paradigmeskiftet  
 Næste om 3 x gange omstrukturering

### - Model 2

Fordel for at sikre kvaliteten af indlederen, Er der behov for en ~~leder~~ afdelingsleder for indlederen?, Stor opgave for områdelederen for hjemmepl/kvalitet, Godt at ude og inde er adskilt, Godt at hjemmepleje og sygepleje forsat er samlet i ude delen, Godt for et ensartet serviceniveau,

Rehabiliteringsteamet er et fælles ansvar for  
for træning og hjempl/kaa områdelider



Modellen

~~gælder~~ gælder borgeren, da kvaliteten højnes både  
inde og ude, kortere vej til beslutningsledelsen, forskellige  
kulturer får samme områdelidende, stor opgave for  
områdelidende i områdene 1+2

### Model 3

- God central ledelse, "træning, hjemmepl. og sygepl under en  
ledelse ~~er~~ er en god ide", modellen styrker ledelses  
strukturen, Hvorfor ligger sygepsykiatrien under  
rehabiliterings områdelidende? ~~Modellen styrker ledelsen~~  
~~for sygepsykiatrien under~~, Modellen fordre en mere ensartet,  
~~bedret~~ kvalitet, "Svarene for de daglige ledere, som  
ikke ~~ser deres~~ har så tab adgang til deres ledere",  
Fordel med mindre områdelidergrupper, Stiller tilgængelig  
også større krav til områdelidende, helheden bliver  
bedre for borgerne, Modellen fordre paradigmestiftet

## Model 4

- Skæb fordeling i det øverste ledelseslag, ligner vores nuværende model, ~~ikke~~ Ikke en fordel at personalitet ikke kan bruges på tværs af områdecentrene, Det er en meget stor områdeleder gruppe som skal blive evige. En ulempe at hjemmeplejen ikke har et særskilt budget, Mangler kvalitetssikring lokalt, Nemmere at implementere lige nu.

Bekymring for alle modeller ift terapeuter <sup>faglige</sup> inde og deres faglighed. God ide med erfa-grupper.

## Bilag 3: Organisering og paradigmeskiftet

	<b>Referat</b>
	<p>Møde den 23. oktober 2012 – Arbejdsgruppe, MED – mødefacilitator KLK  Deltagere: Center-MED, områdeledere og arbejdsgruppe nedsat ifm processen omkring en ny organisationsstruktur</p> <p>Læsevejledning: <b>med rød skrift er det synspunkter udtrykt af KLK.</b>  Med sort skrift er det synspunkter udtrykt af deltagerne fra LTK</p>
<p><b>1. Kan Lyngby-Taarbæk Kommune lykkes med paradigmeskiftet inden for rammerne af den eksisterende organisation og ledelsesstruktur?</b></p>	<p><b>KLK's anbefaling:</b>  <b>Skarpt blik på fælles praksis + stærk ledelse i det yderste led</b></p> <p><b>KLK's hovedpointer til den nuværende organisering:</b></p> <p><b>1. I har en omvendt pæreformet ledelsesstruktur.</b>  I har for lidt ledelsesfokus i det yderste led. Vi anbefaler max 40 – 45 medarbejdere pr. leder for at få faglig god og personlig ledelse – og det niveau forudsætter endda en god planlægger!</p> <p>I kunne med fordel tage udgangspunkt i det yderste ledelsesniveau i jeres drøftelser. Det er vigtigt at lederne er involverede i praksis ift. at der laves ærlige kørelister osv.  Er der tilstrækkelig fælles praksis på tværs af områder og grupper?</p> <p><b>2. Jeres nuværende organisering vil gøre jer sårbare i forhold til paradigmeskiftet.</b>  Jeres udgangspunkt må være paradigmeskiftet – det er her I skal rykke og hvor I har behov for en organisation, som støtter op.  KLK mener ikke, vi kan lykkes med paradigmeskiftet med den nuværende organisering.</p> <p><b>3. Myndighed og udfører</b>  Lad være med at lægge ansvar for paradigmeskiftet på myndighedsfunktionen – lad være med at tænke i for skarp opdeling mellem myndighed og udøver – tænk i et fælles vi. Myndighed er ikke en selvstændig funktion.</p> <p>I har forskellige roller, men I samme mål i paradigmeskiftet</p> <p>Der skal være et tæt samarbejde mellem myndighed og udfører for at få paradigmeskiftet til at spille. Ellers kan visitationen ikke blive skarp og målrettet.</p> <p>En rigid opdeling gør det samtidig ikke muligt at drive en fagligt udviklende organisation.</p> <p>Visitationen møder borgerne, når de har det værst. Hvis vi skal have paradigmeskiftet, så er visitationen helt afhængig af, at hjemmeplejen</p>

og træning mv. melder tilbage, når behovene ændres. Vores fokus er på at gøre vores hjælp overflødig

#### 4. Råderum

Husk råderum til en enkelte – for at få den bedste effekt for borgeren – der skal være rum til at bryde med fx kørelister mv.

#### 5. Paradigmeskiftet – hjemmepleje og plejecentre går hver sin vej

Paradigmeskiftet skiller fagligt fokus i hjemmeplejen og på plejecentre. Det er vigtigt at tænke paradigmeskiftet forskelligt inde på plejecentrene ift. på udeområdet

**Øvelse:** Er vores (KLK) synspunkter genkendelige, dækkende og relevante?

##### Gruppe 1:

- Brug for at nogle tager ejerskab nedefra fx ved ambassadører
- Kontaktperson ude i hjemmet ved udskrivelse
- Rotation mellem vores enheder og fagligheder – vi skal åbne vores enheder for hinanden
- Hjemmetræning – sikre bedre samarbejde mere bredt. Det vedrører ikke kun hjemmetræning
- Rigtig mange medarbejder har i årevis talt om paradigmeskiftet – hvorfor er det, at det ikke er kommet før – hvad stopper os? Hvorfor sker det ikke? Vi snakker, men vi handler ikke – Når vi spørger "der er masse andet på dagsordenen samt det er et ressourcspørgsmål"
- brug medierne til kommunikation om vores nye faglige tiltag – svar fra leder "Det gør vi allerede, samtidig har vi behov for at flere af os er igennem uddannelsen før flere udmeldinger"

##### Gruppe 2

- Det er svært. Der var i gruppen ikke enighed om, at udedelen har været mindre i fokus. Der skal også være fokus på indedelen. Vi er enige om, at paradigmeskiftet medfører forskellige fagligheder i ude- og indedelen
- Vi er enige om behovet for faglig udvikling
- Vi mener, at vi skal gå små skridt af gangen i forbindelse med reorganisering
- Enig i synlig ledelse i alle lag samt kommunikation, når vi skal ud med disse budskaber
- Vi er enige i jeres fokus på en styrkelse af ledelsen i det yderste led – teamkoordinatorer eller andet – tydelighed i opgaver
- Enig i styrket faglig ledelse i sygeplejen

##### Gruppe 3

- Paradigmeskiftet ligger ikke fjernt fra os, men vi gør fortsat for meget for borgerne
- Pointe med den decentrale ledelse – antal medarbejdere pr. leder
- Bidrag til arbejdsgruppen – hvordan håndterer vi uenighed? "for alle kan ikke blive enige her". Vi skal have aftalt spilleregler for uenigheden
- De faglige krav er forskellige i ude- og indedelen
- Vi skal ikke i gang med at oprette et nyt ledelsesniveau (KL: det

	<p>er ikke vores bud). Udfordringen er at fordele ledelsen anderledes)</p> <p>Gruppe 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Husk også fokus på specialistrollen</li> <li>- Der mangler en ledelsesmæssig opkobling på udvikling af praksis (fx køreplan) – ledelsen øverst er måske for tyk – jeres pointe er vi enig i</li> <li>- I mangler træningens rolle i paradigmeskiftet – gruppen var ikke enig i, at det kræver en reorganisering – måske er en kulturforandring nok?</li> <li>- Enig i, at paradigmeskiftet kræver forskelligt i ude- og indedelen</li> </ul> <p>Gruppe 5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vi talte om kørelister</li> <li>- Vi skal have en bedre kontakt til myndighed og træning – bedre samarbejde</li> </ul> <p><b>Kommentarer fra deltagerne i øvrigt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I har fat i noget vigtigt – vores organisering i det yderste led giver blandt andet mindre fagligt fokus hos sygeplejerskerne – den faglige udvikling for os alle på tværs af uddannelse</li> <li>- Det kan godt være vi ikke har klare ledelseslinjer, men vi går derhen, hvor det bliver løst</li> <li>- Vi snakker paradigmeskifte, men jeg har ikke oplevet nogen henvende sig til mig (terapeut) og få min faglighed i spil – vi taler for lidt om fagligt samarbejde</li> <li>- Fordeler-funktionen blive brugt meget forskelligt mellem områderne.</li> </ul>
<p><b>2. Faglig kultur kontra formel organisering</b></p>	<p><b>Erfaringer fra andre kommuner</b></p> <p><u>Fredericia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stramt fokus på økonomi – herunder alle investeringer hentes ind efterfølgende</li> <li>- - Samme sprog – alle fortæller samme historie – det indikerer, at der er fælles trav</li> <li>- De forstår og går ind for grundtanken i deres tilgang til aktiv aldring (– selv om det betyder nedgang i antallet af medarbejder- ), fordi det giver rigtig god mening og bunder i evidens samt sund økonomistyring</li> <li>- Der er ejerskab og plads til fejl</li> <li>- Gode teams</li> <li>- De har fokus på de forskellige fagligheder, der er i henholdsvis hjemmeplejen og plejecentre som en naturlig konsekvens af sund aldring</li> </ul> <p><b>To hovedtyper af modeller</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Funktionsmodeller – Odense, Fredericia,</li> <li>2. Områdemodeller – Lyngby-Taarbæk</li> </ol> <p>Men også mange kommuner der mikser de 2 – eksempelvis Randers</p>

## Organisationsstruktur - Hvad skal en ny struktur hjælpe Jer med?

### Udgangspunkt ved nye udfordringer

1. Hvad betyder det for borgeren?
2. Hvilken betydning har det for os? (fx flere færdigheder, nye opgaver mv.)
3. Hvad skal vi gøre anderledes?

### Borgeren skal i centrum

#### Anbefalinger:

- Lav "workflows" – og se på, hvad det betyder for jeres organisering
- Kik udefra ind på jeres produktion
- Lav brugerprofiler
- Lav fortællinger om det, I gerne vil opnå

#### Bliv enige om:

1. Hvad er vores kerneopgave?
2. Hvorfor løser vi opgaven?
3. Hvordan løser vi opgaven?

#### KLK: Er der enighed om kerneopgaven i LTK?

- Der er nuancer i forståelsen mellem faggrupperne
- Hvordan skal vores organisation se ud for at styrke det tværfaglige samarbejde?

Spørgsmål fra salen: Fredericia ændrede ikke struktur?

KL: Der er ikke én struktur der vil sikre alle kommuner succes med paradigmeskiftet. Strukturen gør det ikke alene. Kulturen har også stor betydning.

Enig, men hvis kulturen i den nuværende struktur ikke gør det muligt, så er en organisationsændring nødvendigt.

Spørgsmål fra salen: Hvis vi ikke behøver at ændre organisationen, hvorfor er det ikke lykket for os nu?

- Ikke enig i, at vi ikke er lykket
- Mange hjælpere bruger ikke vores redskaber – det er ikke blevet kultur, at vi bruger dem – så kunne vi styrke samarbejdet
- Vi skal se på arbejdsgangene
- En terapeut og en visitator til Solgården
- Vi fik en ny udfordring ved kommunereformen i 2007. Vi splittede vores organisering og nu 7 år efter, så træder det tydeligt frem, at vi skal have styrket samarbejdet mellem træning og hjemmeplejen. Vi skal blive bedre. For at det skal ske, og når vores kultur er ikke til det (vores linjer er ikke aktive nok), så må vi handle og op i et andet gear. Vi skal koble faglighederne igen. Vi skal bytte om på de organisatoriske klodser
- Det nære sundhedsvæsen og paradigmeskiftet er her, og vi skal handle derefter. Vi skal en hel masse med sygeplejen og en hel masse med træningen (og de er langt væk).

KLK:

I er ikke helt enige om kerneopgaven?



	<p>Jo, men det bliver meget tydeligt, at vi mangler det tværfaglige samarbejde</p> <p>KL: Hvordan skal ledelsesstrukturen så være? Hvad betyder det for ledelsesstrukturen og organisationsstrukturen?</p>
<p><b>3 Er der skåret til benet eller er Lyngby-Taarbæk Kommune velpolstret?</b></p>	<p><b>Serviceadgang og serviceniveau</b>  KLK  <i>Serviceniveau</i>  LTK bruger 51.450 kr. pr. ældre borger. LTK ligger højere end Rudersdal, Gentofte og Gladsaxe.  I Hillerød ligger niveauet på ca. 40.000 kr. Se slides</p> <p>Hvor mange timer får de ældre?  De ældre på 65 år får mest hjælp, og de allerældste mindst, men det ligger forholdsvis jævnt</p> <p>Andelen af borgere med alene praktiskhjælp ligger højt i LTK i forhold til andre kommuner. Det fylder meget hos jer (16 pct.). Personlig pleje ligger til gengæld lavt også i forhold til andre kommuner</p> <p>KLK: Andre kommuner har udskilt tøjvask og indkøb til centrale ordninger. Det giver mere luft, og mulighed for at støtte de svageste.</p> <p><i>Serviceadgang</i>  20,5 pct. af samtlige ældre modtager hjemmepleje. Et niveau, som bringer jer på en 3. plads på tværs af alle kommuner</p> <p>Det tyder på, at jeres borgere har det relativt godt, og I kan handle på det.</p> <p>Plejeboliger:  I har færre plejeboliger (88,9) end de sædvanlige sammenligningskommuner, men flere end i hovedstaden og nogenlunde på niveau med landsplan (93 %). I har samtidig mange demenspladser.</p> <p>Socio-økonomiske indekstal – vi ligger lavt (79,5 %). Det indikerer, at vi har en stærk befolkning. Det understøttes af sundhedsprofilen.</p> <p>KLK: I kan være mere skarpe i jeres visitation – og det kræver tæt samarbejde mellem visitation og hjemmepleje, sygepleje og træning.</p> <p>Det er sket i mange kommuner, men ikke hos jer endnu.  KLK: Der er et potentiale i jeres paradigmeskifte. Se slide</p> <p>KLK: I taler ikke om sparekravet på 6 mio.kr. Ved I, hvad det betyder? 13.100 timer fra borgerne – 252 timer ugentligt og 36 timer dagligt. Jo mere konkret vi gør besparelsen, jo nemmere bliver det at finde besparelsen.</p>

## Bilag 1

### Øvelse 1

**Når vi slutter i dag, hvad har vi så med os? Hvad vil jeg gerne have med mig?**

- Udfordres på vanetænkning
- Værdier bag de forskellige modeller
- Inspiration og mere viden
  
- Hvad gør andre kommuner?
- Hvad kan vi eventuelt bruge det til? Kan vi derved undgå faldgruber?
  
- Bruger vi ressourcerne forkert?
- Kultur kontra opgaver
  
- Nye vinkler på paradigmeskiftet
  
- Hvor er medarbejderne i forhold til paradigmeskiftet og sparekravet på 6 mio. kr. - og for borgerne?
  
- Få viden og redskaber til at udarbejde nye modeller
- Hvad gør man, når der er problemer
- Udfordringer i den nuværende organisation
- Høre mere fra arbejdsgruppen
- Et styrket paradigmeskifte – et nyt billede på det og vil en ny organisering gøre noget her – fagligt løft + paradigmeskifte
- Nyt billede af min arbejdsplads
- Bud på metoder til at få fremtidens ressourcer til at række
- Hvordan får vi organisationen til at køre – ledelse + paradigmeskifte
- Overblik og klarhed, som jeg kan tage med i arbejdsgruppen
- Tvunget til nye standpunkter
- Paradigmeskift og ny organisering – vores fokus skal være på ny organisering – hvordan kan en ny organisering understøtte vores faglige udfordringer?
- Afklaring – fælles vision og bryde vanetænkning
- Borgerne skal i fokus
- Fælles værktøjer
- Fokus på ledelsevaluering
- Rum til forskellighed
- Hvordan skal denne beslutning tages, så vi kan se hinanden i øjnene bagefter
- Kan en ny organisering understøtte faglig udvikling
- Større klarhed af forskellige modellers muligheder og udfordringer
- Forståelse for, hvordan organisationen kan blive mere effektiv og med fokus på kompetenceudvikling
- Få klarhed over hvor vi står og få et fælles ståsted
- Perspektivering – få en forståelse af, at vores udfordringer ikke er enestående – det gælder flertallet af kommuner
- Forskellige tider kræver forskellige organiseringer
- Fælles forståelse af, at det ikke er farligt at reorganisere
- Få et mere ensrettet ståsted

- Fordele og ulemper ved nuværende organisering + hvilke muligheder
- Klare mål – hvad er målet og hvordan kommer vi succesfuldt videre
- Ledelse – i fokus
- Fælles forståelse om reorganisering.

**Opfølgning sidst på dagen – det tager jeg med mig:**

- Inddragelse af træning samt blive skarpere på ledelsesopgaven i det yderste led
- Jeg har haft en aha-oplevelse – overskriften for ny organisation er paradimeskiftet – borgeren øverst – en organisering nedenunder – der er behov for en kulturændring samtidig
- Ahaoplevelse – kun to timer skal jeg finde i forhold til sparekrav
- Lad borgerne blive direktører i deres eget liv
- Kulturændring + få alle medarbejdere på paradigmekursus
- Den omvendte pæreform bør arbejdsgruppen drøfte
- Få fat i det positive i vores organisation – jeg synes, at vi har for meget konkurrence mellem områderne hos os – du bliver ikke anerkendt for nye tiltag
- Jeg har fået viden fra andre kommuner og fået et grundlag, som vi kan handle på. Vi har samtidig fået en forståelse for, at noget skal gøres, og at vi er enige om det.

Forslag  
til  
Modeller for besættelse af lederstillinger i ny struktur

---

### Indledning

Dette notat er et oplæg til, hvordan besættelsen af lederstillingerne i Center for Træning og Omsorg kan finde sted, hvis der er politisk opbakning til at følge ledelsens anbefaling til den fremtidige organisationsstruktur (model 3)

Antallet af lederstillinger er det samme som i den nuværende struktur, men lederstillingerne vil i større eller mindre omfang ændre karakter grundet nye og/eller anderledes funktioner.

### Lederstillinger på afdelingschefniveau

Lederstillingerne på afdelingschefniveau er faldet på plads i juni 2012 som følge af implementeringen af den nye organisationsmodel på det administrative niveau.

Den ene stilling (afdelingschef for visitationen) er uændret i model 3 sammenholdt med i dag. Den anden lederstilling får et smallere fokus (områdecentre, aktivitet og madservice), mens den anden får et bredere (træning, hjemmepleje og hjemmesygepleje) sammenlignet med i dag. Men en stor del af det nuværende fokus for de 2 afdelingschefer vil være det samme fremadrettet (hhv. indedelen og træningen).

De nuværende afdelingschefer bibeholder derfor blot deres nuværende job med den justering, at ledelsesansvaret for hjemmepleje og hjemmesygepleje flytter fra afdelingschefen for DKL til afdelingschefen for træning.

Der vil i et samarbejde imellem ledelse og medarbejdere blive udarbejdet en jobprofil for stillingerne, der indeholder de samlede oplysninger om de fremadrettede krav og forventninger efter dels den nye struktur på det administrative niveau og dels den fremtidige struktur internt og eksternt i Center for Træning og Omsorg.

### Lederstillinger på områdelederniveau

2 af lederstillingerne på dette organisatoriske niveau ændrer ikke indhold med forslaget til ny organisationsmodel. Det drejer sig om områdelederstillingerne for hhv. træningsenheden og Madservice/Serviceteamet.

Der skal derfor ikke ansættelsesretligt ske nogen ændringer for stillingsindehaverne af de to nævnte stillinger. Det samme gælder for områdelederen for Lystoftebakken, idet denne er ansat af bestyrelsen for den selvejende institution med godkendelse af Kommunalbestyrelsen. De 4 nuværende områdeledere for hhv. Bredebo, Baunehøj, Solgården og Virumgaard som alle har ledelsesansvaret for både et hjemmeplejedistrikt og et områdecenter (og for 2 endvidere et lokalcenter tilknyttet indtil 2014), vil være de ledere for hvem funktionsbeskrivelsen ændres mest i model 3.

Der vil i et samarbejde imellem ledelse og medarbejdere blive udarbejdet en jobprofil for alle fremtidige områdelederstillinger, der indeholder de samlede oplysninger om de fremadrettede

krav og forventninger, der følger af dels den nye struktur på det administrative niveau og dels den fremtidige struktur internt og eksternt i Center for Træning og Omsorg. Det anbefales, at de 4 områdeledere skriftligt tilkendegiver interesse for, hvilken lederstilling de ønsker at varetage fremadrettet og motiverer dette.

Ledelsen peger på, at der kan være 2 forskellige modeller for proces i forhold til at få matchet de 4 personer bedst muligt til de 4 jobprofiler som områdeleder i en organisationsstruktur svarende til model 3. I begge modeller tages udgangspunkt i udarbejdede jobprofiler:

- 1) På baggrund af de 4 områdelederes interesselikendegivelse, vil der blive truffet ledelsesmæssig beslutning om indplaceringen i stillingerne. Beslutningen vil tage størst muligt hensyn til ledernes egne ønsker sammenholdt med jobprofilerne. Center-MED udarbejder prioriteringspunkter for de 4 områdelederstillinger til brug for udvælgelse af ledere til de enkelte stillinger.
- 2) Der nedsættes et mindre udvælgelsesudvalg bestående af repræsentanter fra den centrale ledergruppe, de assisterende områdeledere samt medarbejderrepræsentanter. På baggrund af de 4 områdelederes interesselikendegivelse, vil udvælgelsesudvalget indstille en samlet indplacering til ledelsen i Center for Træning og Omsorg. Også i denne model vil der blive taget størst muligt hensyn til ledernes egne ønsker sammenholdt med jobprofilerne. Derefter træffes ledelsesmæssig beslutning om indplaceringen i stillingerne.

Ved en afvejning af fordele og ulemper, er det ledelsens anbefaling, at model 1 bør anvendes. Begrundelsen er, at det er ledelsens vurdering, at de allerede ansatte 4 personer har en profil, der betyder, at de kan modsvare krav og forventninger i de 4 fremadrettede stillinger. Derfor er der – efter ledelsens vurdering – ikke behov for en proces i et udvælgelsesudvalg. I en sådan proces vil der være risiko for en uheldig påvirkning, herunder risiko for utryghed for de 4 berørte ledere, som bør forsøges undgået, når resultatet under alle omstændigheder vil være, at de 4 personer skal indplaceres i 4 stillinger i den fremadrettede organisering. Som nævnt ovenfor vil det derimod være meget hensigtsmæssigt, at jobprofilerne udarbejdes i et samarbejde imellem ledelse og medarbejdere i MED-regi således, at disse jobprofiler under alle omstændigheder danner grundlag for interesselikendegivelsesmodellen.

### **Lederstillinger på assisterende områdelederniveau**

Lederstillingerne på dette organisatoriske niveau ændrer ikke indhold med forslaget til ny organisationsmodel. De kolleger, der i dag fungerer som assisterende områdeledere vil fortsat gøre det i model 3.

Der vil i et samarbejde imellem ledelse og medarbejdere blive udarbejdet en jobprofil for stillingerne, der indeholder de samlede oplysninger om de fremadrettede krav og forventninger. Ledelsen i Center for Træning og Omsorg vil derfor tage en dialog med de assisterende områdeledere om, at der fremadrettet for deres vedkommende vil være en lidt ændret organisatorisk tilknytning for stillingerne – men, at deres stillingsindhold i altovervejende grad vil være uændret, dog med en ny jobprofil der matcher den nye struktur.

LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE  
Center for træning og omsorg

### LOG-bog vedr. center-MED-s kommentarer

til dagsordnens punkt 3 - *Den fremtidige organisationsstruktur i Center for Træning og Omsorg*, på center-MED mødet den 11. december 2012.

Senest opdateret 19. december 2012

Organisation	Væsentlige kommentarer eller spørgsmål fra medarbejdere og fra decentrale ledere	Samlet svar fra den centrale ledelse til kommentarer og spørgsmål.
Kommentarer til ledelsens indstilling til organisationsmodel for Center for Træning og Omsorg		
<p>Ergoterapeutforeningen og Danske Fysioterapeuter</p>	<p>Anbefaler model 3.</p> <p>Vi tror på at Model 3 giver mulighed for øget samarbejde mellem hjemmeplejen og træningsenheden.</p> <p>Ved implementering af modellen, skal der være fokus på, at der vil være en lang række praktiske ting, som skal løses og der skal arbejdes med en ændring af den nuværende kultur. I denne fase skal der være fokus på samarbejdet mellem træningen, visitationen og Serviceteamet.</p> <p>Det er vigtigt at vi fortsat fastholder et fokus på træning før varig hjælp og træning i selvhjulpenhed, fordi det ikke alene er Serviceteamet som skal finde besparelserne ved paradigmeskiftet.</p> <p>Der er behov for, at der er flere terapeuter ude på de enkelte plejehjem, som kan støtte op omkring arbejdet med paradigmeskiftet. Sammenlignet med andre kommuner har vi ikke ret mange terapeuter ansat på plejehjemmene – det kan vi godt gøre bedre.</p> <p>Ønsker fortsat fokus på implementering af rehabiliterende teams. Ingen kommentarer til dette område lige nu, da vi afventer plan fra arbejdsgruppe.</p> <p>Positivt at den nye model har fokus på kvalitetsudvikling. Obs at denne kvalitetsudvikling skal favne tværfagligt.</p>	<p>Enig. Der er allerede er arbejde i gang i visitationen, som vil blive præsenteret som forslag der kan arbejdes videre med i fællesskab, når vi kender den fremtidige struktur.</p> <p>Enig</p> <p>Med hensyn til den terapeutfaglige dækning på plejehjemmene har det ikke umiddelbart betydning for, hvilken organisatorisk model vi vælger, idet den enkelte leder allerede i dag kan beslutte at ansætte flere terapeuter – naturligvis indenfor de givne økonomiske rammer.</p>

<p>Dansk Sygepleje Råd</p>	<p>Anbefaler model 3.</p> <p>Model 3 er ikke problemfri og vi skal have fokus på tværfagligheden og på samarbejdet på tværs af organisationen.</p> <p>Man undrer sig over områdecenter-koblingen hvor område 1 og 5 er sat sammen og hvor område 2 og 3 er sat sammen. Det er geografisk problematisk med en længere transport for udedelen ved den forslåede kobling for hjemmepleje og hjemmesygepleje.</p> <p>Man er uenig i at hensynet til områdeopdelingen sker bl.a. med hensyn til de igangværende byggesager, idet tidsperspektivet for disse er de næste 1½ år og den nye organisation forhåbentlig skal vare mange år ud i fremtiden.</p> <p>Det er u hensigtsmæssigt, at model 3 i den reviderede udgave ikke har særskilt fagligt, ledelsesmæssigt ansvar for sygeplejen så tydeligt placeret som i arbejdsgruppens forslag til model 3</p> <p>Det som der har været talt om undervejs vedr. sygepleje fremgår ikke særlig tydeligt i den anbefalede model 3.</p> <p>Hvis paradigmeskiftet skal lykkes inde på plejehjemmene, så vil det kræve at der er flere terapeuter på plejehjemmene.</p> <p>En bekymring er, at 2 af områdelederne ikke er sygeplejefagligt uddannet – og det anbefales, at den faglige ledelse sikres evt. gennem en stabsfunktion, der hvor områdelederen ikke er sygeplejefagligt uddannet.</p>	<p>Enig.</p> <p>Hensigtsmæssigheden af en kobling af område 1 og 5 samt område 2 og 3 kan diskuteres. Forslaget bunder i en hensyntagen til de igangværende byggesager i både område 2 og i område 3, som således placeres under én og samme leder. Byggerierne er tilendebragt i løbet af de næste 1½ år. Herudover ønskes serviceringen af Lyngby Midt fastholdt som i dag, hvor det er område 1 og 5 som dækker dette område. Men det er klart at vi skal passe på med at indrette den nye organisering efter de personer som vi i dag har ansat.</p> <p>Kan godt se, at beskrivelsen er blevet mindre tydelig. Intentionen er imidlertid den samme, nemlig en tydelig, enstrengt ledelsesmæssig forankring både på indedel og udedel af den sygeplejefaglige ledelse. Samt et styrket fokus på faglig kvalitet. Ledelsen ønsker at lave konkrete aftaler omkring dette, når den endelige struktur ligger klar, men har brug for mere konkrete drøftelser med de kommende ledere og med medarbejderne om hvordan dette sikres bedst muligt – det kunne eksempelvis være i strukturen omkring strategiske indsatsområder.</p> <p>Se kommentarer ovenfor.</p> <p>Ledelsen deler ikke umiddelbart den bekymring, da pågældende områdeledere jo også i dag er øverste leder for en hjemmepleje og et områdecenter. Men enig i at vi skal have sikret faglig kvalitet på en mere systematisk måde fremadrettet rent organisatorisk (se også svaret ovenfor)</p>
----------------------------	--	---

	<p>Model 3 styrker samarbejdet mellem udedelen og træningen og understøtter fint paradigmeskiftet, men indedelen styrkes ikke nok.</p>	<p>Enig i at samarbejdet mellem indedelen og træningen ikke styrkes direkte i model 3. Forventningen er imidlertid, at det mere entydige ledelsesmæssige fokus på hhv. indedelen og udedelen i model 3 samt områdeledelse på tværs af plejehjem og hjemmeplejedistrikter vil bidrage til et kvalitetsløft både i hjemmeplejen og inde på plejehjemmene i form af mere ensartethed, vidensdeling og fælles standarder for dokumentation, udredning, samarbejde med frivillige mv. til gavn for borgerne.</p>
<p>Center for Træning og Omsorg – Myndighed mv.</p>	<p>Anbefaler model 3.</p> <p>Det er vigtigt at der arbejdes målrettet med visitationen ift. paradigmeskiftet, og vi skal have fokus på, at KL oplyste, at vi har en høj tærskelværdi for at lukke nye brugere af hjemmepleje ind. Dette skal der arbejdes målrettet med for at opnå sparemålet.</p> <p>Man undrer sig over områdecenter-koblingen hvor område 1 og 5 er sat sammen og hvor område 2 og 3 er sat sammen.</p> <p>At der for nylig er ansat 3 terapeuter som udelukkende servicere plejehjemsbeboerne – ses som et stort fremskridt og deres indsats kan allerede mærkes specielt blandt de sagsbehandlende ergoterapeuter.</p>	<p>Enig (se desuden kommentarer ovenfor)</p> <p>Se kommentarer ovenfor.</p>
<p>Områdeledere</p>	<p>Områdelederne kan godt se sig selv i model 3.</p> <p>Områdelederne er glade for deres arbejde og mener at have kompetencerne til eksisterende og eventuel kommende ny organisationsmodel.</p> <p>Modellen kræver, at der indgås klare aftaler om hvordan vi skal samarbejde på tværs i organisationen.</p> <p>Det er sårbart, at én områdeleder skal være leder på to forskellige centre samtidigt.</p> <p>Der er risiko for ”silo-tænkning”.</p>	<p>Enig.</p> <p>Enig og den sårbarhed må vi i fællesskab arbejde på at reducere konsekvenserne af og inddrage de gode erfaringer der allerede er i organisationen for ”fjernledelse”</p> <p>Enig i at det er en risiko. Den vil vi søge at minimere ved at fastholde de nyoprettede lederfora på tværs af områdecentre, hjemmepleje, myndighed og træning. Derudover vil det blive formuleret i jobprofilerne, at der er en forventning om at den enkelte leder også fortsat påtager sig et ansvar for helheden.</p>



<p>Assisterende områdeledere</p>	<p>De assisterende områdeledere ude anbefaler model 3.</p> <p>Man undrer sig over områdecener-koblingen hvor område 1 og 5 er sat sammen og hvor område 2 og 3 er sat sammen.</p> <p>Der udtrykkes bekymring om det er muligt, at få en områdeleder med fokus på hjemmeplejen</p> <p>Placeringen af det/de kommende rehabiliterende team(s) kan få afgørende betydning for understøttelsen af paradigme-skiftet.</p> <p>En ny organisationsmodel vil kræve store kulturændringer.</p> <p>Der gives udtryk for stor usikkerhed i forhold til at der bliver langt til nærmeste leder når en områdeleder skal dække to områdecener. Områdelederens synlighed mindskes og ad hoc opgaver vanskeliggøres når områdelederen sidder langt væk på et andet center.</p> <p>Kollegaskabet med områdelederen bliver vanskeliggjort i model 3 og det områdecener hvor områdelederen fysisk bor, får en mulighed som det andet områdecener ikke får.</p> <p>Der udtrykkes en bekymring for, om den ude-assisterende områdeleder bliver meget alene. (Det mener den ude-assisterende områdeleder ikke, at man bliver)</p> <p>Der er en risiko for at sygeplejen fagligt bliver opdelt i inde og ude.</p> <p>Det anbefales, at køknerne lægges tilbage til områdecenerne samt at Serviceteamet kobles sammen med ude-delen.</p>	<p>Se kommentarer ovenfor</p> <p>Mener bestemt det er muligt at få en kompetent og engageret områdeleder til hjemmeplejen.</p> <p>Enig og derfor skal vi også bruge tid på at drøfte det oplæg, der kommer fra en arbejdsgruppe godt igennem i fællesskab.</p> <p>Ledelsen mener der er behov for en kulturændring og at en ny struktur kan understøtte det arbejde.</p> <p>Enig i at det som udgangspunkt kan være en udfordring med fjernledelse. Omvendt kan Områdelederen udmærket være fysisk tilstede på 2 områdecener. Hvordan dette skal planlægges vil blive en opgave lederne skal løse i samarbejde med personalet i de nye områder. Her kan man med fordel tænke forskellige moderne IT-løsninger ind og modellen med at én områdeleder dækker to områder er allerede kendt i dag fra Træningsenheden og Serviceteamet/madservice, som har gode erfaringer med modellen.</p> <p>Hvis organisationsstrukturen skal ændres skal vi arbejde meget seriøst på at få skabt nogle nye samarbejdsflader i sygeplejen som sikrer et optimalt samarbejde i sygeplejen på tværs af ude og inde, så specialistviden deles på tværs til gavn for borgerne.</p> <p>Det er en politisk beslutning at maden produceres i ét storkøkken. Det har vi ingen planer om at problematisere eller inddrage ift. en evt. organisationsændring, idet der kan være store økonomiske konsekvenser forbundet med en sådan øvelse. Ift. Serviceteamets tilknytning se kommentarer nedenfor.</p>
----------------------------------	--	---

	<p>Det bliver en stor udfordring i model 3, at ude-delen fysisk fortsat sidder placeret på områdecentrene, og områdecentrenes ledelser ingen ledelsesmæssige beføjelser har ift. grupperne</p> <p>Spørgsmål: Vil der ske en sammenlægning af økonomien for de områdecentre som kobles under samme ledelse? Vil der blive stillet samme krav til de enkelte områdecentre, eller risikerer vi et A-hold (der hvor områdelederen fysisk sidder) og et B-hold?</p>	<p>Enig. Omvendt kan det også være en fordel ift. også fremadrettet at opretholde det gode samarbejde på tværs af hjemmeplejen og plejehjemmet i distriktet.</p> <p>Den centrale ledelse vil være fortaler for at der foretages en samkøring af økonomien for de områder som kobles under samme leder i model 3. Ved at arbejde med at én områdeleder får ansvaret for et strategisk ansvarsområde på tværs af alle plejehjem vil der i højere grad end i dag sikre ensartethed på tværs.</p>
Assisterende områdeledere i træningsenheden	<p>Kan anbefale model 3.</p> <p>Ingen yderligere kommentarer.</p>	
FOA	<p>Kan ikke anbefale model 3. Model 4 ønskes.</p> <p>Model 3 kræver for mange ændringer og træning og hjemmepleje kommer godt nok tættere sammen, men træningen kommer ikke tættere på plejen inde.</p> <p>Træningen og ude-delen vil også kunne integreres i model 4.</p> <p>Der er en risiko for at områdelederne ikke tænker i helheder men kun kigger på eget område enten plejehjem eller hjemmepleje</p> <p>Man undrer sig over områdecenter-koblingen hvor område 1 og 5 er sat sammen og hvor område 2 og 3 er sat sammen. Virumgård servicerer i dag noget ved Solgården, som kunne tale for at opdelingen kunne være område 1 og 2 og område 3 og 5. Det må være svært at være områdeleder i område 2 og 3 med alle de store byggesager. Det er hårdt at starte nye pladser op. Det tager et års tid før alt falder på plads. Dette gælder både</p>	<p>Enig i at træningen ikke kommer tættere på plejen inde. Men ift. at lykkes med paradigmeskiftet er det umiddelbart den største udfordring at få et tættere samarbejde mellem hjemmeplejen og træningsenheden.</p> <p>Principielt enig. Vi er bare ikke lykkes med det i den nuværende struktur. Vi mener incitamentet bedres i model 3, idet ledelsen af hjemmepleje og træning samles under én afdelingsleder. Den øvrige del af ledelsen på disse 2 områder vil således fremadrettet mødes langt, langt hyppigere end tilfældet er i dag.</p> <p>Se kommentarer ovenfor</p> <p>Se kommentarer ovenfor</p>

	<p>beboere, medarbejdere og ledere.</p> <p>Fordi vi ændrer organisatorisk model, så kommer det vi ønsker ikke af sig selv – der skal arbejdes med kulturændringer, samarbejdsformer og -relationer.</p> <p>Fredericia har i dag en organisatorisk model som den vi har i dag – og de kan godt lykkes med paradigmeskiftet i denne model. Det er et bevis på at det godt kan lade sig gøre uden en ny org.model.</p> <p>På mødet den 23.10.12 med Kommunernes Landsforenings konsulenter (KLK), oplyste KLK, at vi har for mange bolde i luften og vi nok ikke kan paradigmeskifte og lave ny organisation samtidig – og KL fremhævede at vi kunne have samme organisering som i dag.</p> <p>I model 3: - bliver det sværere at omplacere en medarbejder som f.eks. ikke trives med ude-opgaver, til i stedet for at udføre inde-opgaver.</p> <p>- kommer der en uhensigtsmæssig opdeling af sygeplejen i inde og ude</p> <p>- placeres Serviceteamet som er en stor ude-funktion med stor betydning for paradigmeskiftet uhensigtsmæssigt under plejehjemmene. Det er bekymrende, da besparelserne ift. paradigmeskiftet først og fremmest skal hentes der.</p> <p>Det undrer, at Serviceteamet er placeret sammen med plejehjem, da vi har fået at vide at organisationsændring er nødvendigt i forhold til paradigmeskift. Samtidig har vi fået at vide at det er Serviceteam, der skal hente det meste af besparelsen ind. Det hænger ikke sammen.</p>	<p>Enig. Organisatorisk struktur gør det ikke alene, men det kan understøtte ønsket om at imødekomme bestemte udfordringer på en lettere måde.</p> <p>Det er ikke korrekt, at KLK har oplyst, at vi har for mange bolde i luften og vi nok ikke kan paradigmeskifte og lave ny organisation samtidig. KL har faktisk givet udtryk for, at vi ikke kan lykkedes med paradigmeskiftet, hvis vi ikke ændrer vores organisering. At Fredericia kan lykkes i deres struktur bunder ifg. KLK i, at de har en anden kultur end vi har (jf i øvrigt referatet fra 23. okt.).</p> <p>Det er en problematik ledelsen må være meget opmærksom på. Omvendt vil det alt andet lige blive lettere at omplacere mellem hjemmeplejen og indedelen på Møllebo og Fortunen for nogle typer af medarbejdere.</p> <p>Se kommentarer ovenfor.</p> <p>Med hensyn til Madteamet/Serviceteamet, så er der for ganske nylig truffet en politisk beslutning om sammenlægning ledelsesmæssigt og administrativt. En øvelse der har været forbundet med en besparelse. Det har ledelsen ingen planer om at søge at ændre på. Så uanset hvor det placeres i model 3, vil det ikke kunne ligge helt korrekt ift. ude/inde.</p> <p>Vi har valgt at placeret det under plejehjemmene, fordi der er et stort fokus på at få madservice og plejehjemmene til at spille tættere sammen og på dette område skal der fremover ske nye tiltag.</p> <p>Der skal (som arbejdsgruppen også anbefalede) arbejdes med at lave klare aftaler for et tæt samarbejde mellem serviceteamet og den resterende del af hjemmeplejen mhp at sikre faglig kvalitet og udvikling,</p>
--	---	--

	<p>Hvorfor ikke lukke Serviceteamet og fordele det ud på de enkelte hjemmepleje-områder?</p> <p>- placeres aktivitetscentrene som også har en funktion ift. borgere i eget hjem under plejehjemmene</p> <p>Det bliver vigtigt, at få faste terapeuter og visitatorer koblet til de enkelte plejeenheder.</p> <p>Der er bekymring for at de inde-assisterende områdeledere bliver for sårbare når områdelederne ”flakker” mellem centrene.</p>	<p>implementering af paradigmeskift mv. også i Serviceteamet, hvis vi fremadrettet skal have en ny organisationsstruktur. Dette arbejde skal medarbejdere og ledere i hjemmepleje og Serviceteam være en aktiv del af.</p> <p>Lederen af Madservice og Serviceteamet mener ikke problematikken er så stor.</p> <p>Den centrale ledelse kan ikke bakke op omkring ideen med at lukke Serviceteamet og fordele det ud til de enkelte områder. Serviceteamet udviser en lang række gode elementer, er udviklingsorienteret, er meget effektive og er med til at holde timepriserne ned.</p> <p>Også dette punkt havde arbejdsgruppen en anbefaling om at der skal arbejdes videre med i dybden, hvis model 3 vedtages, som ledelsen bakker op om.</p> <p>Enig – se i øvrigt kommentarer ovenfor</p> <p>Enig i at dette kan blive en problematik. Håndteringen af det må foregå i et samarbejde mellem relevante ledere og evt. kombineres med kompetenceudvikling. Omvendt bliver de i model 3 en del af et tættere samarbejde på tværs af områdecentre med kolleger med samme funktioner, hvilket kan styrke.</p>
FOA lokalass.	<p>Kan ikke anbefale model 3. Model 4 ønskes.</p> <p>Der udtrykkes usikkerhed med hensyn til hvordan den personalemæssige kabale kommer til at gå op i forhold til opdelingen mellem inde og ude i relation til administrative medarbejdere, lokalassistenter mv.</p>	<p>Model 3 giver naturligvis nogle udfordringer som skal løses og opdelingen af lokalassistent-området og ligeledes hele HK området skal lægges fast. Det har vi ikke en løsning på pt.</p> <p>Men det skal vi sætte os sammen om at løse efterfølgende.</p>

Kommentarer til ledelsens udkast til modeller for besættelse af lederstillinger i ny struktur, jf. notat om ”udkast til modeller for besættelse af lederstillinger i den nye struktur” af 12.12.12.

Ergoterapeutforeningen og Danske Fysioterapeuter	<p>Ønsker model 1.</p> <p>Med respekt for at det er svært for områdelederne og med tiltro til at den centrale ledelse kan træffe nogle kvalificerede beslutninger.</p> <p>Foreslog at MED formulerer nogle prioriteringer, som der skal ligges vægt på ift. fordelingen af lederstillingerne</p>	<p>Det er vigtigt at pointerer, at det ikke handler om, at vi ikke har dygtige ledere – men at vi får de kompetente ledere, vi har, fordelt mest hensigtsmæssigt ift deres egne ønsker og kompetencer og organisationens behov.</p> <p>Dette forslag er indarbejdet i det reviderede udkast, som tilgår Økonomiudvalget.</p>
DSR	<p>Ønsker model 2.</p> <p>For at få en optimal proces med mulighed for at få indflydelse på beslutningerne.</p> <p>Model 2 giver os mulighed for at opstille nogle opmærksomhedspunkter som den enkelte leder kan arbejde med og holdes fast på. Derudover kan der være behov for kompetence udvikling.</p>	
Center for Træning og Omsorg - CENTRALT	Ønsker model 1.	
FOA	<p>Ønsker model 2.</p> <p>Det er fornuftigt at vi får mulighed for at få nogle interessetilkendegivelser fra lederne for det er vigtigt at lederne giver udtryk for deres fremtidige forventninger til ældreplejen.</p>	
Lokalassistenter	Ingen kommentarer.	
Områdelederne	Ønsker model 1.	
Assisterende områdeledere	Ingen kommentarer.	

**Social- og sundhedsudvalget den 16. januar 2013**

**Bilag til sag nr. 7**

**1 – 2**

# Kvalitetsstandard

for hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet,  
jævnfør § 83, i lov om social service.

**Ydelsestype: Hjælp til indkøbsliste o.a. i forbindelse med indkøb Kategori: 2 +3 +4**

Tillægsydelse ifm. kvalitetsstandard for indkøb, kategori 2 + 3 + 4

1) Hvad er formålet med ydelsen ?	At borgeren har almindelige dagligvarer i hjemmet.
2) Hvilke aktiviteter indgår i ydelsen ?	<p><b>Praktiske elementer der efter behov kan indgå i ydelsen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- udarbejde indkøbsliste</li> <li>- sætte varer på plads</li> <li>- kontrollere og sortere varer i køleskab m.m.</li> </ul> <p><b>Omsorgs- forebyggende og aktiverende elementer:</b> Medarbejderen informerer, vejleder, motiverer og tilskynder borgeren til selv at være aktiv i opgaveløsningen med henblik på forebyggelse, sundhedsfremme og vedligeholdelse af egne funktioner og færdigheder Medarbejderen medinddrager, aktiverer, støtter og guider borgeren i hele eller dele af opgaveløsningen Medarbejderen tager hensyn til borgerens <u>ressourcer og tager udgangspunkt i disse ved opgaveløsningen.</u> <u>Medarbejderen skal, i det omfang det er muligt og meningsfuldt, anvende teknologiske hjælpemidler i opgaveløsningen.</u></p> <p><b>Fleksibilitet</b> Borgeren kan i samarbejde med medarbejderen bytte den visiterede ydelse til andre ydelser forudsat at den afsatte tid og krav om arbejdsmiljømæssige forhold overholdes. En visiteret ydelse, der byttes, kan efterfølgende ikke kræves leveret.</p>
3) Hvilke aktiviteter indgår ikke i ydelsen ?	
4) Hvem kan modtage ydelsen ?	<p>Borgere, der pga. betydelig nedsat fysisk og/eller psykisk funktionsevne ikke selv eller med hjælp fra pårørende er i stand til at udarbejde indkøbsliste o.a. i forbindelse med indkøbet.</p> <p>Hvis det vurderes muligt at genoptræne borgeren til selv at kunne klare opgaverne helt eller delvist, bevilges der genoptræning efter servicelovens § 86. Der ydes hjælp efter servicelovens § 83 samtidig med genoptræningen, i den udstrækning borgeren ikke kan klare opgaverne under genoptræningsforløbet.</p> <p>Ydelsen kan modtages efter en konkret individuel vurdering af borgerens behov samt efter vurdering af hjemmet som arbejdsplads.</p>

Ydelsestype: Indkøb Kategori: 2 + 3 + 4  
Januar 2013

5) Ydelsens omfang	Ydelsen er ikke en selvstændig ydelse og bevilges udelukkende i relation til bevilgning af indkøb.
6) Hvem leverer ydelsen	Ydelsen kan udføres af Den Kommunele Leverandør, af en privat leverandør eller af en privat udpeget person.
7) Kompetencekrav til udføreren	<p>Indkøb er en elementær opgave og kan udføres selvstændigt af medarbejdere over 18 år.</p> <p>Som grundlæggende princip er det opgavens art og kompleksitet samt den enkelte medarbejders kompetence, der er afgørende for, hvilken medarbejder der er i stand til at yde hjælpen hos borgeren.</p> <p>Leverandøren er forpligtet til at sørge for, at hjælpen til enhver tid ydes af kvalificeret personale, der er i stand til at yde hjælpen efter 'hjælp-til-selvhjælps' princippet, hvorved borgeren i videst mulige omfang inddrages aktivt i løsningen af opgaverne. Endvidere skal medarbejderen mestre at kommunikere med borgere, at observere ændringer i almentilstanden, og hvornår og hvordan der meldes tilbage ved ændringer i borgerens situation, ændret behov for hjælp m.v. Samtidig skal medarbejderen være oplært i håndtering af borgernes penge, reglerne om fleksibel hjemmehjælp, arbejdsfysiologi/ -ergonomi, miljørigtige rengøringsmidler og værnemidler samt deltage i kommunens obligatoriske kurser.</p>
8) Hvad koster ydelsen for brugerne ?	<p>Indkøb bevilges både som midlertidig og varig hjælp.</p> <p>Varig og midlertidig hjælp er gratis.</p>
9) Hvordan følges op på ydelsen	<p>Efter et gennemført genoptræningsforløb vurderes det, hvorvidt borgeren er i stand til at udføre opgaverne helt eller delvist. Såfremt det vurderes, at borgeren har behov for hjælp efter servicelovens § 83, bevilges det efter sædvanlige regler.</p> <p>Der foretages revurdering af varig hjælp ca. én gang årligt og af midlertidig hjælp i forbindelse med periodens udløb.</p> <p>Såvel kommunen som leverandøren gennemfører løbende stikprøvekontroller af leverede ydelser ved opringning til borgere.</p>
10) Hvad er kommunens servicemål ?	<p>Ydelsen leveres som udgangspunkt på hverdage mellem kl. 8-16</p> <p>Ydelsen aflyses ikke.</p> <p>Afgørelsen foreligger indenfor 10 arbejdsdage.</p>



# Kvalitetsstandard

for hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet,  
jævnfør § 83 i lov om social service.

Ydelsestype: **Indkøb**

Kategori: **1 + 2 + 3 + 4**

1) Hvad er formålet med ydelsen ?	At borgeren har almindelige dagligvarer i hjemmet til eget forbrug.
2) Hvilke aktiviteter indgår i ydelsen ?	<p><b>Praktiske elementer der efter behov indgår i ydelsen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- udføre indkøb</li> <li>- sætte varer på plads efter behov</li> <li>- afregne med borgeren</li> <li>- hæve penge</li> </ul> <p><b>Omsorgs- forebyggende og aktiverende elementer:</b></p> <p>Medarbejderen informerer, vejleder, motiverer og tilskynder borgeren til selv at være aktiv i opgaveløsningen med henblik på forebyggelse, sundhedsfremme og vedligeholdelse af egne funktioner og færdigheder</p> <p>Medarbejderen medinddrager, aktiverer, støtter og guider borgeren i hele eller dele af opgaveløsningen</p> <p>Medarbejderen tager hensyn til borgerens <b>ressourcer og tager udgangspunkt i disse ved opgaveløsningen.</b></p> <p><b><u>Medarbejderen skal, i det omfang det er muligt og meningsfuldt, anvende teknologiske hjælpemidler i opgaveløsningen.</u></b></p> <p><b>Fleksibilitet</b></p> <p>Borgeren kan i samarbejde med medarbejderen bytte den visiterede ydelse til andre ydelser forudsat at den afsatte tid og krav om arbejdsmiljømæssige forhold overholdes. En visiteret ydelse, der byttes, kan efterfølgende ikke kræves leveret.</p> <p>Såfremt ydelsen er tilrettelagt via et privat firma med fast ordning for udbringning af varer, kan borgeren ikke bytte den visiterede ydelse til andre ydelser.</p>
3) Hvilke aktiviteter indgår ikke i ydelsen ?	<p>Som udgangspunkt er ærinder i bank, på posthus og apotek ikke indeholdt i ydelsen. Det forventes, at borgeren benytter bankernes PBS-ordning og får leveret medicin direkte fra apoteket.</p> <p>Indkøb af tunge / store varer, udføres ikke.</p>
4) Hvem kan modtage ydelsen ?	<p>Borgere, der pga. sygdom/handicap ikke selv eller med hjælp fra pårørende er i stand til at foretage indkøb af almindelige dagligvarer eller hæve penge til dagligt forbrug. Ydelsen bevilges ikke til borgere med rask ægtefælle eller hjemmeboende børn med mindre særlige forhold gør sig gældende.</p> <p>Som udgangspunkt kan borgere, der har fået bevilget en el-scooter/bil ikke modtage</p>

	<p>ydelsen.</p> <p>Hvis det vurderes muligt at genoptræne borgeren til selv at kunne klare opgaverne helt eller delvist, bevilges der genoptræning efter servicelovens § 86. Der ydes hjælp efter servicelovens § 83 samtidig med genoptræningen, i den udstrækning borgeren ikke kan klare opgaverne under genoptræningsforløbet.</p> <p>Ydelsen kan modtages efter en konkret individuel vurdering af borgerens behov samt efter vurdering af hjemmet som arbejdsplads.</p>
5) Ydelsens omfang	<p>Der ydes som udgangspunkt hjælp til indkøb 1 gang ugentligt, og indkøbet foretages hos nærmeste handlende, når det udføres af en medarbejder.</p> <p>I særlige situationer kan der som udgangspunkt ydes hjælp 1 gang mdl. til at hæve op til 1000 kr. i banken.</p>
6) Hvem leverer ydelsen	Ydelsen leveres af Den Kommunale Leverandør/underleverandør, private leverandør eller af en privat udpeget person.
7) Kompetencekrav til udføreren	<p>Indkøb er en elementær opgave og kan udføres selvstændigt af medarbejdere over 18 år.</p> <p>Som grundlæggende princip er det opgavens art og kompleksitet samt den enkelte medarbejders kompetence, der er afgørende for, hvilken medarbejder der er i stand til at yde hjælpen hos borgeren.</p> <p>Leverandøren er forpligtet til at sørge for, at hjælpen til enhver tid ydes af kvalificeret personale, der er i stand til at yde hjælpen efter 'hjælp-til-selvhjælps' princippet, hvorved borgeren i videst mulige omfang inddrages aktivt i løsningen af opgaverne. Endvidere skal medarbejderen mestre at kommunikere med borgere, at observere ændringer i almentilstanden, og hvornår og hvordan der meldes tilbage ved ændringer i borgerens situation, ændret behov for hjælp m.v. Samtidig skal medarbejderen være oplært i håndtering af borgernes penge, reglerne om fleksibel hjemmehjælp, arbejdsfysiologi/ -ergonomi, miljørigtige rengøringsmidler og værnemidler samt deltagelse i kommunens obligatoriske kurser.</p>
8) Hvad koster ydelsen for brugerne ?	<p>Indkøb bevilges både som midlertidig og varig hjælp.</p> <p>Varig og midlertidig hjælp er gratis.</p>
9) Hvordan følges op på ydelsen	<p>Efter et gennemført genoptræningsforløb vurderes det, hvorvidt borgeren er i stand til at udføre opgaverne helt eller delvist. Såfremt det vurderes, at borgeren har behov for hjælp efter servicelovens § 83, bevilges det efter sædvanlige regler.</p> <p>Leverandøren er forpligtet til, at melde tilbage til visitationen, såfremt der sker ændringer i borgerens funktionsniveau.</p>

	<p>Der foretages revurdering af varig hjælp ca. én gang årligt og af midlertidig hjælp i forbindelse med periodens udløb.</p> <p>Såvel kommunen som leverandøren gennemfører løbende stikprøvekontroller af leverede ydelser ved opringning til borgere.</p>
10) Hvad er kommunens servicemål ?	<p>Ydelsen leveres som udgangspunkt på hverdage mellem kl. 8-16</p> <p>Ydelsen aflyses ikke.</p> <p>Afgørelsen foreligger indenfor 10 arbejdsdage efter henvendelsen.</p>

# Kvalitetsstandard

for hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet,  
jævnfør § 83 i lov om social service.

**Ydelsestype: Rengøring - andre opgaver en tillægsydelse**

**Kategori: 2 + 3 + 4**

1) Hvad er formålet med ydelsen ?	At renholde daglige opholdsrum i samarbejde med borgeren.
2) Hvilke aktiviteter indgår i ydelsen ?	<p>Ydelsen omfatter diverse praktiske opgaver i hjemmet.</p> <p><b>Praktiske elementer der efter behov kan indgå i ydelsen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- oprydning og tømning af skraldespand</li> <li>- pasning af blomster</li> <li>- opvask</li> </ul> <p>Hvis der ikke ydes daglig personlig pleje, hvor nedennævnte opgaver udføres som en del af ydelsen, indgår følgende praktiske elementer tillige i ydelsen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tømme/rengøre bækkenstol/kolbe</li> <li>- rede seng</li> </ul> <p><b>Omsorgs- forebyggende og aktiverende elementer:</b></p> <p>Medarbejderen informerer, vejleder, motiverer og tilskynder borgeren til selv at være aktiv i opgaveløsningen med henblik på forebyggelse, sundhedsfremme og vedligeholdelse af egne funktioner og færdigheder</p> <p>Medarbejderen medinddrager, aktiverer, støtter og guider borgeren i hele eller dele af opgaveløsningen</p> <p>Medarbejderen tager hensyn til borgerens <u>ressourcer og tager udgangspunkt i disse ved opgaveløsningen.</u></p> <p><u>Medarbejderen skal, i det omfang det er muligt og meningsfuldt, anvende teknologiske hjælpemidler i opgaveløsningen.</u></p> <p><b>Fleksibilitet</b></p> <p>Borgeren kan i samarbejde med medarbejderen bytte den visiterede ydelse til andre ydelser forudsat at den afsatte tid og krav om arbejdsmiljømæssige forhold overholdes. En visiteret ydelse, der byttes, kan efterfølgende ikke kræves leveret.</p>
3) Hvilke aktiviteter indgår ikke i ydelsen?	Som udgangspunkt ydes der ikke hjælp til pasning af husdyr og huslige pligter i forbindelse med gæster og logerende
4) Hvem kan modtage ydelsen?	<p>Borgere, der, pga. sygdom/handicap, ikke selv eller med hjælp fra pårørende er i stand til at rydde op og holde rent i boligen. Ydelsen bevilges ikke til borgere med rask ægtefælle eller hjemmeboende børn med mindre særlige forhold gør sig gældende</p> <p>Hvis det vurderes muligt at genoptræne borgeren til selv at kunne klare opgaverne helt eller delvist, bevilges der genoptræning efter servicelovens § 86. Der ydes hjælp efter servicelovens § 83 samtidig med genoptræningen, i den udstrækning borgeren ikke kan</p>

	<p>klare opgaverne under genoptræningsforløbet.</p> <p>Ydelsen kan først modtages efter en konkret individuel vurdering af borgerens behov samt efter vurdering af hjemmet som arbejdsplads.</p>
5) Ydelsens omfang	Anden praktisk hjælp en til flere gange ugentligt.
6) Hvem leverer Ydelsen?	Ydelsen kan udføres af en medarbejder i Den Kommunale Ældreomsorg, af en privat leverandør eller af en privat udpeget person.
7) Kompetencekrav til udføreren	<p>Anden praktisk hjælp er elementære opgaver og kan udføres selvstændigt af medarbejdere over 18 år.</p> <p>Som grundlæggende princip er det opgavens art og kompleksitet samt den enkelte medarbejders kompetence, der er afgørende for, hvilken medarbejder der er i stand til at yde hjælpen hos borgeren.</p> <p>Leverandøren er forpligtet til at sørge for, at hjælpen til enhver tid ydes af kvalificeret personale, der er i stand til at yde hjælpen efter 'hjælp-til-selvhjælps' princippet, hvorved borgeren i videst mulige omfang inddrages aktivt i løsningen af opgaverne. Endvidere skal medarbejderen mestre at kommunikere med borgere, at observere ændringer i almentilstanden, og hvornår og hvordan der meldes tilbage ved ændringer i borgerens situation, ændret behov for hjælp m.v. Samtidig skal medarbejderen være oplært i reglerne om fleksibel hjemmehjælp, arbejdsfysiologi/ -ergonomi, miljørigtige rengøringsmidler og værnemidler samt deltage i kommunens obligatoriske kurser.</p>
8) Hvad koster ydelsen for brugerne ?	<p>Rengøring – andre opgaver bevilges både som midlertidig og varig hjælp.</p> <p>Varig og midlertidig hjælp er gratis.</p>
9) Hvordan følges op på ydelsen	<p>Efter et gennemført genoptræningsforløb vurderes det, hvorvidt borgeren er i stand til at udføre opgaverne helt eller delvist. Såfremt det vurderes, at borgeren har behov for hjælp efter servicelovens § 83, bevilges det efter sædvanlige regler.</p> <p>Der foretages revurdering af varig hjælp ca. én gang årligt og af midlertidig hjælp i forbindelse med periodens udløb.</p> <p>Leverandøren er forpligtet til, at melde tilbage til visitationen, såfremt der sker ændringer i borgerens funktionsniveau.</p> <p>Såvel kommunen som leverandøren gennemfører løbende stikprøvekontroller af leverede ydelser ved opringning til borgere.</p>
10) Hvad er kommunens servicemål ?	<p>Ydelsen leveres som udgangspunkt på hverdage mellem kl. 8-16.</p> <p>Indsatsen prioriteres først og fremmest til de svage borgere, som ikke længere er i stand til at mestre deres dagligdag.</p> <p>Ved aflysning skal leverandøren yde borgeren erstatningshjælp senest 3 hverdage efter</p>

aflysningen.

Afgørelsen foreligger indenfor 10 arbejdsdage.

*for hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet,  
jævnfør § 83 i lov om social service.*

**Ydelsestype: Rengøring**

**Kategori: 2 + 3 + 4**

1) Hvad er formålet med ydelsen ?	At renholde daglige opholdsrum i samarbejde med borgeren.
2) Hvilke aktiviteter indgår i ydelsen ?	<p>Ydelsen omfatter almindelig rengøring af én stue, ét soveværelse, ét badeværelse, entré og køkken svarende til en standard ældrebolig på 60 m<sup>2</sup>.</p> <p>Rengøring foretages med rengøringsmidler og arbejdsredskaber, der er anbefalet af Den Kommunale Ældreomsorg og udføres, så det er arbejdsmiljømæssigt forsvarligt.</p> <p>Praktiske elementer der efter behov kan indgå i ydelsen: Støvsugning: Indsatsen ydes, som udgangspunkt, med selvkørende støvsuger tilhørende borger eller leverandøren. Leverandøren kan igangsætte støvsugning. gulvvask i køkken, badeværelse, stue, entre og soveværelse. støvaftørring på tilgængelige flader i nåhøjde sanitet i badeværelset afvaskes herunder badekar, hvis det benyttes til brusebad, og der ikke er bruseniche. køleskab og ovn rengøres eftersyn af madvarer linnedskifte på sengen</p> <p>Omsorgs- forebyggende og aktiverende elementer: Medarbejderen informerer, vejleder, motiverer og tilskynder borgeren til selv at være aktiv i opgaveløsningen med henblik på forebyggelse, sundhedsfremme og vedligeholdelse af egne funktioner og færdigheder. Medarbejderen medinddrager, aktiverer, støtter og guider borgeren i hele eller dele af opgaveløsningen. Medarbejderen tager hensyn til borgerens <b>ressourcer og tager udgangspunkt i disse ved opgaveløsningen.</b> <b><u>Medarbejderen skal, i det omfang det er muligt og meningsfuldt, anvende teknologiske hjælpemidler i opgaveløsningen.</u></b></p> <p><b>Fleksibilitet</b> Borgeren kan i samarbejde med medarbejderen bytte den visiterede ydelse til andre ydelser forudsat at den afsatte tid og krav om arbejdsmiljømæssige forhold overholdes. En visiteret ydelse, der byttes, kan efterfølgende ikke kræves leveret.</p>
3) Hvilke aktiviteter indgår ikke i ydelsen ?	<p>Der bevilges ikke hjælp til rengøring af kældre, loft, udvendige trapper, altan samt vinduespuddning.</p> <p>Der bevilges ikke hjælp til aftørring af dørplader og -karme, fodpaneler, skabslåger, lamper og vægfliser.</p>

	<p>Løsetæpper fjernes ikke.</p> <p><b>Flytning af møbler</b></p> <p>Der bevilges ikke hjælp til huslige pligter i forbindelse med gæster og logerende, pasning af husdyr eller rengøring på grund af husdyr.</p>
4) Hvem kan modtage ydelsen ?	<p>Borgere, der, pga. sygdom/handicap, ikke selv eller med hjælp fra pårørende er i stand til at gøre rent i daglige opholdsrum. Ydelsen bevilges ikke til borgere med rask ægtefælle eller hjemmeboende børn med mindre særlige forhold gør sig gældende. Som hovedregel forventes børn over 13 år at gøre rent på eget værelse. Ved ekstra rengøring til borgere med støvmiddeallergi forudsættes det, at borger i øvrigt efterlever Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. levevis .</p> <p>Hvis det vurderes muligt at genoptræne borgeren til selv at kunne klare opgaverne helt eller delvist, bevilges der genoptræning efter servicelovens § 86. Der ydes hjælp efter servicelovens § 83 samtidig med genoptræningen, i den udstrækning borgeren ikke kan klare opgaverne under genoptræningsforløbet.</p> <p>Ydelsen kan først modtages efter en konkret individuel vurdering af borgerens behov samt efter vurdering af hjemmet som arbejdsplads.</p>
5) Ydelsens omfang ?	<p>Som udgangspunkt ydes hver 14. dag:</p> <p>linnedskifte på sengen gulvvask i køkken, badeværelse afvaskning af sanitet i toilet/bad</p> <p>Som udgangspunkt ydes hver anden måned:</p> <p>støvsugning af indvendige trapper gulvvask i stue, soveværelse, éntre</p> <p>Der kan ydes ugentlig rengøring til konkrete opgaver, såfremt: borgeren har dokumenteret støvmideallergi borger spilder meget mange medarbejdere færdes i hjemmet udendørs hjælpemidler kun kan opbevares/eller også benyttes inde i boligen. Det forudsættes, at der lægges tæppe/måtte ved indgangsdøren for at mindske udefra kommende snavs.</p> <p>Efter behov ydes der i særlige situationer: køleskab og ovn rengøres 1 gang om måneden. eftersyn af madvarer efter behov.</p>
6) Hvem leverer Ydelsen ?	<p>Ydelsen kan udføres af en medarbejder i Den Kommunale Ældreomsorg, af en privat leverandør eller af en privat udpeget person. Støvsugning foretages af borgen selv eller ovennævnte.</p>
7) Kompetencekrav til udføreren ?	<p>Rengøring er en elementær opgave og kan udføres selvstændigt af medarbejdere over 18 år.</p> <p>Som grundlæggende princip er det opgavens art og kompleksitet samt den enkelte</p>



	<p>medarbejders kompetence, der er afgørende for, hvilken medarbejder der er i stand til at yde hjælpen hos borgeren.</p> <p>Leverandøren er forpligtet til at sørge for, at hjælpen til enhver tid ydes af kvalificeret personale, der er i stand til at yde hjælpen efter 'hjælp-til-selvhjælps' princippet, hvorved borgeren i videst mulige omfang inddrages aktivt i løsningen af opgaverne. Endvidere skal medarbejderen mestre at kommunikere med borgere, at observere ændringer i almentilstanden, og hvornår og hvordan der meldes tilbage ved ændringer i borgerens situation, ændret behov for hjælp m.v. Samtidig skal medarbejderen være oplært i reglerne om fleksibel hjemmehjælp, arbejdsfysiologi/ -ergonomi, miljørigtige rengøringsmidler og værnemidler samt deltage i kommunens obligatoriske kurser.</p>
8) Hvad koster ydelsen for brugerne ?	<p>Rengøring bevilges både som midlertidig og varig hjælp.</p> <p>Varig og midlertidig hjælp er gratis.</p>
9) Hvordan følges op på ydelsen	<p>Efter et gennemført genoptræningsforløb vurderes det, hvorvidt borgeren er i stand til at udføre opgaverne helt eller delvist. Såfremt det vurderes, at borgeren har behov for hjælp efter servicelovens § 83, bevilges det efter sædvanlige regler.</p> <p>Der foretages revurdering af varig hjælp ca. én gang årligt og af midlertidig hjælp i forbindelse med periodens udløb.</p> <p>Såvel kommunen som leverandøren gennemfører løbende stikprøvekontroller af leverede ydelser ved opringning til borgere.</p>
10) Hvad er kommunens servicemål ?	<p>Ydelsen leveres som udgangspunkt på hverdage mellem kl. 8-16</p> <p>Indsatsen prioriteres først og fremmest til de svage borgere, som ikke længere er i stand til at mestre deres dagligdag.</p> <p>Ved aflysning skal leverandøren yde borgeren erstatningshjælp senest 3 hverdage efter aflysningen.</p> <p>Afgørelsen foreligger indenfor 10 arbejdsdage.</p>

# Kvalitetsstandard

for hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet,  
jævnfør § 83 i lov om social service.

Ydelsestype: Rengøring

Kategori: 1

1) Hvad er formålet med ydelsen ?	- At renholde daglige opholdsrum i samarbejde med borgeren.
2) Hvilke aktiviteter indgår i ydelsen ?	<p>Ydelsen omfatter almindelig rengøring af én stue, ét soveværelse, ét badeværelse, entré og køkken svarende til en standard ældrebolig på 60 m<sup>2</sup>.</p> <p>Rengøring foretages med rengøringsmidler og arbejdsredskaber, der er anbefalet af Den Kommunale Leverandør og udføres, så det er arbejdsmiljømæssigt forsvarligt.</p> <p><b>Praktiske elementer der efter behov kan indgå i ydelsen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Støvsugning: Indsatsen ydes, som udgangspunkt, med selvkørende støvsugere tilhørende borger eller leverandør. Leverandøren kan igangsætte støvsugning.</li> <li>- gulvvask i køkken, badeværelse, stue, entré og soveværelse.</li> <li>- støvaf tørring på tilgængelige flader i nåhøjde</li> <li>- afvask af toiletkumme</li> <li>- køleskab og ovn rengøres</li> <li>- eftersyn af madvarer</li> <li>- linnedskifte på sengen</li> </ul> <p><b>Omsorgs- forebyggende og aktiverende elementer:</b></p> <p>Medarbejderen informerer, vejleder, motiverer og tilskynder borgeren til selv at være aktiv i opgaveløsningen med henblik på forebyggelse, sundhedsfremme og vedligeholdelse af egne funktioner og færdigheder</p> <p>Medarbejderen medinddrager, aktiverer, støtter og guider borgeren i hele eller dele af opgaveløsningen</p> <p>Medarbejderen tager hensyn til borgerens <b>ressourcer og tager udgangspunkt i disse ved opgaveløsningen.</b></p> <p><b>Medarbejderen skal, i det omfang det er muligt og meningsfuldt, anvende teknologiske hjælpemidler i opgaveløsningen.</b></p> <p><b>Fleksibilitet</b></p> <p>Borgeren kan i samarbejde med medarbejderen bytte den visiterede ydelse til andre ydelser forudsat at den afsatte tid og krav om arbejdsmiljømæssige forhold overholdes. En visiteret ydelse, der byttes, kan efterfølgende ikke kræves leveret.</p>
3) Hvilke aktiviteter indgår ikke i ydelsen ?	<p>Der bevilges ikke hjælp til rengøring af kældre, loft, udvendige trapper, altan samt vinduespuddning.</p> <p>Der bevilges ikke hjælp til aftørring af dørplader og- karme, fodpaneler, skabslåger, lamper og vægfliser.</p> <p>Der bevilges ikke hjælp til huslige pligter i forbindelse med gæster og logerende, pasning af husdyr, rengøring på grund af husdyr.</p>

	<p>Løse tæpper fjernes ikke.</p> <p><b><u>Flytning af møbler.</u></b></p>
4) Hvem kan modtage ydelsen ?	<p>Borgere, der, pga. sygdom/handicap, ikke selv eller med hjælp fra pårørende er i stand til at gøre rent i daglige opholdsrum. Ydelsen bevilges ikke til borgere med rask ægtefælle eller hjemmeboende børn, med mindre særlige forhold gør sig gældende. Som hovedregel forventes børn over 13 år at gøre rent på eget værelse. Ved ekstra rengøring til borgere med støvmiddeallergi forudsættes det, at borger i øvrigt efterlever Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. levevis.</p> <p>Hvis det vurderes muligt at genoptræne borgeren til selv at kunne klare opgaverne helt eller delvist, bevilges der genoptræning efter servicelovens § 86. Der ydes hjælp efter servicelovens § 83 samtidig med genoptræningen, i den udstrækning borgeren ikke kan klare opgaverne under genoptræningsforløbet.</p> <p>Ydelsen kan først modtages efter en konkret individuel vurdering af borgerens behov samt efter vurdering af hjemmet som arbejdsplads.</p>
5) Ydelsens omfang	<p>Som udgangspunkt ydes hver 14. dag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gulvvask i køkken og badeværelse</li> <li>- afvaskning af toiletkumme.</li> <li>- linnedskifte på sengen</li> </ul> <p>Som udgangspunkt ydes hver anden måned:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- støvsugning af indvendige trapper</li> <li>- gulvvask i stue, soveværelse, éntre</li> </ul> <p>Der kan ydes ugentlig rengøring til konkrete opgaver, såfremt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- borgeren har dokumenteret støvmideallergi</li> <li>- borger spilder meget</li> </ul> <p>Efter behov ydes der i særlige situationer hjælp til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rengøring af køleskab og ovn 1 gang om måneden.</li> <li>- eftersyn af madvarer efter behov.</li> <li>-</li> </ul>
6) Hvem leverer ydelsen	<p>Ydelsen kan udføres af en medarbejder i Den Kommunale Leverandør, af en privat leverandør eller af en privat udpeget person.</p> <p>Støvsugning udføres af borgeren selv eller ovenævnte.</p>
7) Kompetencekrav til udføreren	<p>Rengøring er en elementær opgave og kan udføres selvstændigt af medarbejdere over 18 år.</p>

	<p>Som grundlæggende princip er det opgavens art og kompleksitet samt den enkelte medarbejders kompetence, der er afgørende for, hvilken medarbejder der er i stand til at yde hjælpen hos borgeren.</p> <p>Leverandøren er forpligtet til at sørge for, at hjælpen til enhver tid ydes af kvalificeret personale, der er i stand til at yde hjælpen efter 'hjælp-til-selvhjælps' princippet, hvorved borgeren i videst mulige omfang inddrages aktivt i løsningen af opgaverne.</p> <p>Endvidere skal medarbejderen mestre at kommunikere med borgere, at observere ændringer i almentilstanden, og hvornår og hvordan der meldes tilbage ved ændringer i borgerens situation, ændret behov for hjælp m.v. Samtidig skal medarbejderen være oplært i reglerne om fleksibel hjemmehjælp, arbejdsfysiologi/ -ergonomi, miljørigtige rengøringsmidler og værnemidler samt deltage i kommunens obligatoriske kurser.</p>
8) Hvad koster ydelsen for brugerne ?	<p>Rengøring bevilges både som midlertidig og varig hjælp.</p> <p>Varig og midlertidig hjælp er gratis.</p>
9) Hvordan følges op på ydelsen	<p>Efter et gennemført genoptræningsforløb vurderes det, hvorvidt borgeren er i stand til at udføre opgaverne helt eller delvist. Såfremt det vurderes, at borgeren har behov for hjælp efter servicelovens § 83, bevilges det efter sædvanlige regler.</p> <p>Der foretages revurdering af varig hjælp ca. én gang årligt og af midlertidig hjælp i forbindelse med periodens udløb.</p> <p>Leverandøren er forpligtet til, at melde tilbage til visitationen, såfremt der sker ændringer i borgerens funktionsniveau.</p> <p>Såvel kommunen som leverandøren gennemfører løbende stikprøvekontroller af leverede ydelser ved opringning til borgere.</p>
10) Hvad er kommunens servicemål ?	<p>Ydelsen leveres som udgangspunkt på hverdage mellem kl. 8-16</p> <p>Ved aflysning skal leverandøren yde borgeren erstatningshjælp senest 3 hverdage efter aflysningen.</p> <p>Afgørelsen foreligger indenfor 10 arbejdsdage.</p>

# Kvalitetsstandard

for hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet,  
jævnfør § 83, i lov om social service.

**Ydelsestype: Tøjvask**

**Kategori: 1**

1) Hvad er formålet med ydelsen ?	At borgeren har rent tøj og linned.
2) Hvilke aktiviteter indgår i ydelsen ?	<p>Ydelsen omfatter almindelig vask af tøj og linned. Så vidt det er muligt udfører medarbejderen andre praktiske opgaver, mens tøjet vaskes. Tøjvask foretages, så det er arbejdsmiljømæssigt forsvarligt. Tøjet vaskes enten i egen vaskemaskine eller på vaskeri i nærheden af bopælen.</p> <p><b>Praktiske elementer der efter behov kan indgå i ydelsen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tidsbestilling i vaskeri</li> <li>• transport til/fra vaskeri</li> <li>• maskinvask og -tørring af tøj og linned</li> <li>• hænge tøj til tørre/tage ned</li> <li>• lægge tøj sammen</li> </ul> <p>Såfremt der skal benyttes dankort i vaskeriet forventes det, at borgeren er med i vaskeriet og sørger for betalingen.</p> <p>Omsorgs- forebyggende og aktiverende elementer: Medarbejderen informerer, vejleder, motiverer og tilskynder borgeren til selv at være aktiv i opgaveløsningen med henblik på forebyggelse, sundhedsfremme og vedligeholdelse af egne funktioner og færdigheder</p> <p>Medarbejderen medinddrager, aktiverer, støtter og guider borgeren i hele eller dele af opgaveløsningen</p> <p>Medarbejderen tager hensyn til borgerens <u>ressourcer og tager udgangspunkt i disse ved opgaveløsningen.</u></p> <p><u>Medarbejderen skal, i det omfang det er muligt og meningsfuldt, anvende teknologiske hjælpemidler i opgaveløsningen.</u></p>

Ydelsestype: Tøjvask Kategori: 1

Januar 2013

	<p><b>Fleksibilitet</b></p> <p>Borgeren kan i samarbejde med medarbejderen bytte den visiterede ydelse til andre ydelser forudsat at den afsatte tid og krav om arbejdsmiljømæssige forhold overholdes. En visiteret ydelse, der byttes, kan efterfølgende ikke kræves leveret.</p>
3) Hvilke aktiviteter indgår ikke i ydelsen ?	<p>Som udgangspunkt foretages ikke:</p> <p>vask af tøj i hånden rulning og strygning</p> <p>Såfremt borgeren er vant til at skifte tøj hyppigt, og borgeren dermed vasker store mængder tøj, uden at særlige sygdomsmæssige forhold er årsag hertil, kan der ikke bevilges ekstra hjælp til tøjvask. I disse tilfælde må borgeren benytte sig af tilkøbsydelser hos private leverandører eller andre muligheder.</p>
4) Hvem kan modtage ydelsen ?	<p>Borgere der pga. sygdom/handicap ikke selv, eller med hjælp fra pårørende, er i stand til at vaske tøj og linned. Ydelsen bevilges ikke til borgere med rask ægtefælle eller hjemmeboende børn med mindre særlige forhold gør sig gældende.</p> <p>Såfremt borgeren ikke har adgang til fælles vaskeri i bebyggelsen, og hvor medarbejderens transporttid til vaskeri er over 10 min., forventes det at borgeren har egen vaskemaskine i hjemmet, forudsat at denne kan installeres i boligen.</p> <p>Hvis det vurderes muligt at genoptræne borgeren til selv at kunne klare opgaverne helt eller delvist, bevilges der genoptræning efter servicelovens § 86. Der ydes hjælp efter servicelovens § 83 samtidig med genoptræningen, i den udstrækning borgeren ikke kan klare opgaverne under genoptræningsforløbet.</p> <p>Ydelsen kan først modtages efter en konkret individuel vurdering af borgerens behov samt vurdering af hjemmet som arbejdsplads.</p>
5) Ydelsens omfang	<p>Tøjvask ydes som udgangspunkt hver 2. uge.</p> <p>Hvis borgeren har egen vaskemaskine vaskes der én maskinfuld. Såfremt borgeren får vasket tøj i fællesvaskeri, og der indenfor den tildelte tid kan vaskes flere maskiner samtidig, er dette muligt, hvis mængden, der skal transporteres, ikke overstiger arbejds-tilsynets krav.</p> <p>Hvis der er flere personer i husstanden kan der tildeles ekstra hjælp til tøjvask.</p>

	<p>Borgere, der er incontinente, spilder meget på tøjet eller sveder meget, kan som udgangspunkt få hjælp til tøjvask 1 gang ugentligt, hvis det ikke kan afhjælpes med incontinensbleer, linnedservice eller evt. andre foranstaltninger.</p> <p>Borgere med husstøvmideallergi kan få hjælp til vask af rullemadras eller betræk til topmadras 6 gange årligt og vask af dyne og hovedpude 2 gange årligt. Det forudsætter, at borger i øvrigt efterlever anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens vejledning vedr. levevis.</p>
6) Hvem leverer ydelsen	Ydelsen kan udføres af Den Kommunale Leverandør, hos en privat leverandør eller af en privat udpeget person.
7) Kompetencekrav til udføreren	<p>Tøjvask er en elementær opgave og kan udføres selvstændigt af medarbejdere over 18 år.</p> <p>Som grundlæggende princip er det opgavens art og kompleksitet samt den enkelte medarbejders kompetence, der er afgørende for, hvilken medarbejder der er i stand til at yde hjælpen hos borgeren.</p> <p>Leverandøren er forpligtet til at sørge for, at hjælpen til enhver tid ydes af kvalificeret personale, der er i stand til at yde hjælpen efter 'hjælp-til-selvhjælps' princippet, hvorved borgeren i videst mulige omfang inddrages aktivt i løsningen af opgaverne.</p> <p>Endvidere skal medarbejderen mestre at kommunikere med borgere, at observere ændringer i almentilstanden, og hvornår og hvordan der meldes tilbage ved ændringer i borgerens situation, ændret behov for hjælp m.v. Samtidig skal medarbejderen være oplært i reglerne om fleksibel hjemmehjælp, arbejdsfysiologi/ -ergonomi, værnemidler samt deltage i kommunens obligatoriske kurser.</p>
8) Hvad koster ydelsen for brugerne ?	<p>Tøjvask bevilges både som midlertidig og varig hjælp.</p> <p>Varig og midlertidig hjælp er gratis.</p>
9) Hvordan følges op på ydelsen	<p>Der foretages revurdering af varig hjælp ca. én gang årligt og af midlertidig hjælp i forbindelse med periodens udløb.</p> <p>Efter et gennemført genoptræningsforløb vurderes det, hvorvidt borgeren er i stand til</p>

Ydelsestype: Tøjvask Kategori: 1

Januar 2013

	<p>at udføre opgaverne helt eller delvist. Såfremt det vurderes, at borgeren har behov for hjælp efter servicelovens § 83, bevilges det efter sædvanlige regler.</p> <p>Leverandøren er forpligtet til, at melde tilbage til visitationen, såfremt der sker ændringer i borgerens funktionsniveau.</p> <p>Såvel kommunen som leverandøren gennemfører løbende stikprøvekontroller af leverede ydelser ved opringning til borgere.</p>
<p>10) Hvad er kommunens servicemål ?</p>	<p>Ydelsen leveres som udgangspunkt på hverdage mellem kl. 8-16</p> <p>Ydelsen aflyses så vidt muligt ikke, hvis borgeren har reserveret tidspunkt for tøjvask i et fælles vaskeri i ejendommen.</p> <p>Ved aflysning skal leverandøren yde borgeren erstatningshjælp senest 3 hverdage efter aflysningen.</p> <p>Afgørelsen foreligger indenfor 10 arbejdsdage.</p>



# Kvalitetsstandard

*for hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet,  
jævnfør § 83, i lov om social service.*

**Ydelsestype: Tøjvask**

**Kategori: 2 + 3 + 4**

1) Hvad er formålet med ydelsen ?	At borgeren har rent tøj og linned.
2) Hvilke aktiviteter indgår i ydelsen ?	<p>Ydelsen omfatter almindelig vask af tøj og linned. Så vidt det er muligt udfører medarbejderen andre praktiske opgaver, mens tøjet vaskes. Tøjvask foretages, så det er arbejdsmiljømæssigt forsvarligt. Tøjet vaskes enten i egen vaskemaskine eller på vaskeri i nærheden af bopælen.</p> <p><b>Praktiske elementer der efter behov kan indgå i ydelsen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• indsamling og sortering af vasketøj</li> <li>• tidsbestilling i vaskeri</li> <li>• transport til/fra vaskeri</li> <li>• maskinvask og tørring af tøj og linned</li> <li>• lægge tøj sammen og på plads</li> <li>• i særlige tilfælde indlevering/afhentning af renssetøj</li> <li>• for beboere på centre: vask af gardiner, dyner etc.</li> </ul> <p>Såfremt der skal benyttes dankort i vaskeriet forventes det, at borgeren er med i vaskeriet og sørger for betalingen.</p> <p><b>Omsorgs- forebyggende og aktiverende elementer:</b> Medarbejderen informerer, vejleder, motiverer og tilskynder borgeren til selv at være aktiv i opgaveløsningen med henblik på forebyggelse, sundhedsfremme og vedligeholdelse af egne funktioner og færdigheder. Medarbejderen medinddrager, aktiverer, støtter og guider borgeren i hele eller dele af opgaveløsningen. Medarbejderen tager hensyn til borgerens <u>ressourcer og tager udgangspunkt i disse ved opgaveløsningen.</u> <u>Medarbejderen skal, i det omfang det er muligt og meningsfuldt, anvende teknologiske hjælpemidler i opgaveløsningen.</u></p> <p><b>Fleksibilitet</b> Borgeren kan i samarbejde med medarbejderen bytte den visiterede ydelse til andre ydelser forudsat at den afsatte tid og krav om arbejdsmiljømæssige forhold overholdes. En visiteret ydelse, der byttes, kan efterfølgende ikke kræves leveret.</p>
3) Hvilke aktiviteter indgår ikke i ydelsen ?	Som udgangspunkt bevilges ikke hjælp til vask af tøj i hånden rulning og strygning

	<p>Såfremt borgeren er vant til at skifte tøj hyppigt, og borgeren dermed vasker store mængder tøj, uden at særlige sygdomsmæssige forhold er årsag hertil, kan der ikke bevilges ekstra hjælp til tøjvask. I disse tilfælde må borgeren benytte sig af tilkøbsydelser hos private leverandører eller andre muligheder.</p>
4) Hvem kan modtage ydelsen ?	<p>Borgere der pga. sygdom/handicap ikke selv, eller med hjælp fra pårørende, er i stand til at vaske tøj og linned. Ydelsen bevilges ikke til borgere med rask ægtefælle eller hjemmeboende børn med mindre særlige forhold gør sig gældende.</p> <p>Såfremt borgeren ikke har adgang til fælles vaskeri i bebyggelsen, og hvor medarbejderens transporttid til vaskeri er over 10 min., forventes det at borgeren har egen vaskemaskine i hjemmet, forudsat at denne kan installeres i boligen.</p> <p>Hvis det vurderes muligt at genoptræne borgeren til selv at kunne klare opgaverne helt eller delvist, bevilges der genoptræning efter servicelovens § 86. Der ydes hjælp efter servicelovens § 83 samtidig med genoptræningen, i den udstrækning borgeren ikke kan klare opgaverne under genoptræningsforløbet.</p> <p>Ydelsen kan først modtages efter en konkret individuel vurdering af borgerens behov samt vurdering af hjemmet som arbejdsplads.</p>
5) Ydelsens omfang	<p>Tøjvask ydes som udgangspunkt hver 2. uge.</p> <p>Hvis borgeren har egen vaskemaskine vaskes der én maskinfuld. Såfremt borgeren får vasket tøj i fællesvaskeri, og der indenfor den tildelte tid kan vaskes flere maskiner samtidig, er dette muligt, hvis mængden, der skal transporteres, ikke overstiger arbejdstilsynets krav.</p> <p>Hvis der er flere personer i husstanden kan der tildeles ekstra hjælp til tøjvask.</p> <p>Borgere, der er incontinente, spilder meget på tøjet eller sveder meget, kan som udgangspunkt få hjælp til tøjvask 1 gang ugentligt, hvis det ikke kan afhjælpes med incontinensbleer, linnedservice eller evt. andre foranstaltninger.</p> <p>Borgere med husstøvmideallergi kan få hjælp til vask af rullemadras eller betræk til topmadras 6 gange årligt og vask af dyne og hovedpude 2 gange årligt. Det forudsætter, at borger i øvrigt efterlever anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens vejledning vedr. levevis.</p>
6) Hvem leverer ydelsen	<p>Ydelsen kan udføres af Den Kommunale Leverandør, hos en privat leverandør eller af en privat udpeget person.</p>
7) Kompetencekrav til udføreren	<p>Tøjvask er en elementær opgave og kan udføres selvstændigt af medarbejdere over 18 år.</p> <p>Som grundlæggende princip er det opgavens art og kompleksitet samt den enkelte medarbejders kompetence, der er afgørende for, hvilken medarbejder der er i stand til at yde hjælpen hos borgeren.</p>

	<p>Leverandøren er forpligtet til at sørge for, at hjælpen til enhver tid ydes af kvalificeret personale, der er i stand til at yde hjælpen efter 'hjælp-til-selvhjælps' princippet, hvorved borgeren i videst mulige omfang inddrages aktivt i løsningen af opgaverne.</p> <p>Endvidere skal medarbejderen mestre at kommunikere med borgere, at observere ændringer i almentilstanden, og hvornår og hvordan der meldes tilbage ved ændringer i borgerens situation, ændret behov for hjælp m.v. Samtidig skal medarbejderen være oplært i reglerne om fleksibel hjemmehjælp, arbejdsfysiologi/ -ergonomi, værnemidler samt deltage i kommunens obligatoriske kurser.</p>
8) Hvad koster ydelsen for brugerne ?	<p>Tøjvask kan bevilges både som midlertidig og som varig hjælp.</p> <p>Varig og midlertidig hjælp er gratis.</p>
9) Hvordan følges op på ydelsen	<p>Efter et gennemført genoptræningsforløb vurderes det, hvorvidt borgeren er i stand til at udføre opgaverne helt eller delvist. Såfremt det vurderes, at borgeren har behov for hjælp efter servicelovens § 83, bevilges det efter sædvanlige regler.</p> <p>Der foretages revurdering af varig hjælp ca. én gang årligt og af midlertidig hjælp i forbindelse med periodens udløb.</p> <p>Leverandøren er forpligtet til, at melde tilbage til visitationen, såfremt der sker ændringer i borgerens funktionsniveau.</p> <p>Såvel kommunen som leverandøren gennemfører løbende stikprøvekontroller af leverede ydelser ved opringning til borgere.</p>
10) Hvad er kommunens servicemål ?	<p>Ydelsen leveres som udgangspunkt på hverdage mellem kl. 8-16</p> <p>Ydelsen aflyses så vidt muligt ikke, hvis borgeren har reserveret tidspunkt for tøjvask i et fælles vaskeri i ejendommen.</p> <p>Ved aflysning skal leverandøren yde borgeren erstatningshjælp senest 3 hverdage efter aflysningen.</p> <p>Afgørelsen foreligger indenfor 10 arbejdsdage.</p>

# Kvalitetsstandard

for personlig hjælp og pleje i hjemmet,  
jævnfør § 83 i lov om social service.

Ydelsestype: Medicingivning og -administration

Kategori: 2 + 3 + 4

1) Hvad er formålet med ydelsen ?	- At borgerne får den ordinerede medicin/behandling.
2) Hvilke aktiviteter indgår i ydelsen ?	<p><b>Praktiske elementer der efter behov kan indgå i ydelsen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- udlevere allerede doseret medicin fra doseringsæske</li> <li>- sikre, at der er drikkevarer til tabletindtagelse</li> <li>- dryppe øjne med 1 præparat</li> <li>- smøre med medicinsk creme/salve</li> <li>- stille frem til borgerens eventuelle behandling af sig selv (f.eks. injektion) og rydde op bagefter</li> </ul> <p><b>Omsorgs- forebyggende og aktiverende elementer:</b></p> <p>Medarbejderen informerer, vejleder, motiverer og tilskynder borgeren til selv at være aktiv i opgaveløsningen med henblik på forebyggelse, sundhedsfremme og vedligeholdelse af egne funktioner og færdigheder</p> <p>Medarbejderen medinddrager, aktiverer, støtter og guider borgeren i hele eller dele af opgaveløsningen</p> <p>Medarbejderen tager hensyn til borgerens <b>ressourcer og tager udgangspunkt i disse ved opgaveløsningen.</b></p> <p><b><u>Medarbejderen skal, i det omfang det er muligt og meningsfuldt, anvende teknologiske hjælpemidler i opgaveløsningen.</u></b></p> <p><b>Fleksibilitet</b></p> <p>Borgeren kan i samarbejde med medarbejderen bytte den visiterede ydelse til andre ydelser forudsat at den afsatte tid og krav om arbejdsmiljømæssige forhold overholdes. En visiteret ydelse, der byttes, kan efterfølgende ikke kræves leveret.</p>
3) Hvilke aktiviteter indgår ikke i ydelsen ?	Afhentning af medicin på apoteket indgår ikke i ydelsen, idet det forventes, at borgeren benytter den service, apoteket tilbyder.

4) Hvem kan modtage ydelsen ?	<p>Borgere, der pga. sygdom/handicap ikke selv eller med hjælp fra pårørende er i stand til at administrere sin medicin.</p> <p>Hvis det vurderes muligt at genoptræne borgeren til selv at kunne klare opgaverne helt eller delvist, bevilges der genoptræning efter servicelovens § 86. Der ydes hjælp efter servicelovens § 83 samtidig med genoptræningen, i den udstrækning borgeren ikke kan klare opgaverne under genoptræningsforløbet.</p> <p>Ydelsen kan modtages efter en konkret individuel vurdering af borgerens behov samt efter vurdering af hjemmet som arbejdsplads.</p>
5) Ydelsens omfang	Der ydes hjælp til opgaven en eller flere gange dagligt.
6) Hvem leverer ydelsen	Ydelsen kan udføres af Den Kommunale Leverandør, af en privat leverandør eller af en privat udpeget person.
7) Kompetencekrav til udføreren	<p>Medicingivning er en elementær eller kompleks opgave og kan udføres selvstændigt af medarbejdere over 18 år.</p> <p>Som grundlæggende princip er leverandøren forpligtet til at sørge for, at hjælpen til enhver tid ydes af kvalificeret personale, der er i stand til at yde hjælpen efter 'hjælp-til-selvhjælps' princippet, hvorved borgeren i videst mulige omfang inddrages aktivt i løsningen af opgaverne. Det er opgavens art og kompleksitet samt den enkelte medarbejders kompetence, der er afgørende for, hvilken medarbejder der er i stand til at yde hjælpen hos borgeren.</p> <p>Såfremt det er en <b>elementær</b> opgave, skal medarbejderen mestre at kommunikere med borgere, at observere ændringer i almentilstanden, og hvornår og hvordan der meldes tilbage ved ændringer i borgerens situation, ændret behov for hjælp m.v. Såfremt det er en <b>kompleks</b> opgave, skal medarbejderne derudover have en grundlæggende social- og sundhedsuddannelse.</p> <p>Alle medarbejdere skal være oplært i reglerne om fleksibel hjemmehjælp, arbejdsfysiologi/ -ergonomi, værnemidler samt deltage i kommunens obligatoriske kurser og have gennemgået obligatoriske kurser og kontinuerligt være under vejledning af en social- og sundhedsassistent/sygeplejerske.</p>
8) Hvad koster ydelsen for brugerne ?	<p>Ydelsen bevilges både som midlertidig og som varig hjælp.</p> <p>Varig og midlertidig hjælp er gratis.</p>

<p>9) Hvordan følges op på ydelsen</p>	<p>Efter et gennemført genoptræningsforløb vurderes det, hvorvidt borgeren er i stand til at udføre opgaverne helt eller delvist. Såfremt det vurderes, at borgeren har behov for hjælp efter servicelovens § 83, bevilges det efter sædvanlige regler.</p> <p>Der foretages revurdering af varig hjælp ca. én gang årligt og af midlertidig hjælp i forbindelse med periodens udløb.</p> <p>Leverandøren er forpligtet til, at melde tilbage til visitationen, såfremt der sker ændringer i borgerens funktionsniveau.</p> <p>Såvel kommunen som leverandøren gennemfører løbende stikprøvekontroller af leverede ydelser ved opringning til borgere.</p>
<p>10) Hvad er kommunens servicemål ?</p>	<p>Medicingivning og –administration ydes hele døgnet året rundt.</p> <p>Ydelsen aflyses ikke.</p> <p>Ved behov iværksættes hjælp til medicingivning og –administration fra dag til dag.</p> <p>Afgørelsen foreligger indenfor 10 arbejdsdage.</p>

# Kvalitetsstandard

Social og sundhedsudvalget

14-11-12

Sag nr.

3

Bilag nr.

5

for personlig hjælp og pleje samt hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet, jævnfør § 83 i lov om social service.

Ydelsestype: Personlig pleje

Kategori: 1

1) Hvad er formålet med ydelsen ?	- At borgeren føler velvære ved at være soigneret.
2) Hvilke aktiviteter indgår i ydelsen ?	<p><b>Praktiske elementer der efter behov kan indgå i ydelsen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bad ( kan i særlige situationer ydes på et af områdecentrene)</li> <li>- hårvask/-tørring</li> <li>- indsmøring i creme</li> <li>- fodbad</li> <li>- klipning af negle</li> <li>- oprydning og aftørring af badeværelse</li> </ul> <p><b>Omsorgs- forebyggende og aktiverende elementer:</b></p> <p>Medarbejderen informerer, vejleder, motiverer og tilskynder borgeren til selv at være aktiv i opgaveløsningen med henblik på forebyggelse, sundhedsfremme og vedligeholdelse af egne funktioner og færdigheder</p> <p>Medarbejderen medinddrager, aktiverer, støtter og guider borgeren i hele eller dele af opgaveløsningen</p> <p>Medarbejderen tager hensyn til borgerens <u>ressourcer og tager udgangspunkt i disse ved opgaveløsningen.</u></p> <p><u>Medarbejderen skal, i det omfang det er muligt og meningsfuldt, anvende teknologiske hjælpemidler i opgaveløsningen.</u></p> <p><b>Fleksibilitet</b></p> <p>Borgeren kan i samarbejde med medarbejderen bytte den visiterede ydelse til andre ydelser forudsat at den afsatte tid og krav om arbejdsmiljømæssige forhold overholdes. En visiteret ydelse, der byttes, kan efterfølgende ikke kræves leveret.</p>
3) Hvilke aktiviteter indgår ikke i ydelsen ?	<p>Opsætning af hår herunder at rulle hår op.</p> <p>Klipning af tånegle hos borgere med diabetes eller kredsløbssygdomme eller hvor klipningen kræver særlige værktøjer.</p>

<p>4) Hvem kan modtage ydelsen ?</p>	<p>Borgere der pga. sygdom/handicap ikke selv eller med hjælp fra pårørende, er i stand til at udføre personlig hygiejne.</p> <p>Hvis det vurderes muligt at genoptræne borgeren til selv at kunne klare opgaverne helt eller delvist, bevilges der genoptræning efter servicelovens § 86. Der ydes hjælp efter servicelovens § 83 samtidig med genoptræningen, i den udstrækning borgeren ikke kan klare opgaverne under genoptræningsforløbet.</p> <p>Ydelsen kan først modtages efter en konkret individuel vurdering af borgerens behov samt efter vurdering af hjemmet som arbejdsplads.</p>
<p>5) Ydelsens omfang</p>	<p>Ydelsen tildeles som udgangspunkt 1 gang ugentlig.</p> <p>Bad kan ydes 2 gange ugentligt til borgere, der har incontinens, sveder meget.</p>
<p>6) Hvem leverer ydelsen</p>	<p>Ydelsen kan udføres af Den Kommunale Leverandør, af en privat leverandør eller af en privat udpeget person.</p>
<p>7) Kompetencekrav til udføreren</p>	<p>Personlig hjælp er en elementær opgave og kan udføres selvstændigt af medarbejdere over 18 år.</p> <p>Som grundlæggende princip er det opgavens art og kompleksitet samt den enkelte medarbejders kompetence, der er afgørende for, hvilken medarbejder der er i stand til at yde hjælpen hos borgeren.</p> <p>Leverandøren er forpligtet til at sørge for, at hjælpen til enhver tid ydes af kvalificeret personale, der er i stand til at yde hjælpen efter 'hjælp-til-selvhjælps' princippet, hvorved borgeren i videst mulige omfang inddrages aktivt i løsningen af opgaverne. Endvidere skal medarbejderen mestre at kommunikere med borgere, at observere ændringer i almentilstanden, og hvornår og hvordan der meldes tilbage ved ændringer i borgerens situation, ændret behov for hjælp m.v. Samtidig skal medarbejderen være oplært i reglerne om fleksibel hjemmehjælp, arbejdsfysiologi/ -ergonomi, værnemidler samt deltaget i kommunens obligatoriske kurser.</p>
<p>8) Hvad koster ydelsen for brugerne ?</p>	<p>Ydelsen bevilges både som midlertidig og som varig hjælp.</p> <p>Varig og midlertidig hjælp er gratis.</p>



<p>9) Hvordan følges op på ydelsen?</p>	<p>Efter et gennemført genoptræningsforløb vurderes det, hvorvidt borgeren er i stand til at udføre opgaverne helt eller delvist. Såfremt det vurderes, at borgeren har behov for hjælp efter servicelovens § 83, bevilges det efter sædvanlige regler.</p> <p>Der foretages revurdering af varig hjælp ca. én gang årligt og af midlertidig hjælp i forbindelse med periodens udløb.</p> <p>Leverandøren er forpligtet til, at melde tilbage til visitationen, såfremt der sker ændringer i borgerens funktionsniveau.</p> <p>Såvel kommunen som leverandøren gennemfører løbende stikprøvekontroller af leverede ydelser ved opringning til borgere.</p>
<p>10) Hvad er kommunens servicemål ?</p>	<p>Personlig pleje ydes hele døgnet året rundt.</p> <p>Ydelsen aflyses ikke.</p> <p>Ved behov iværksættes hjælp til personlig pleje fra dag til dag.</p> <p>Afgørelsen foreligger indenfor 10 arbejdsdage.</p>

# Kvalitetsstandard

for personlig hjælp og pleje samt hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet, jævnfør § 83 i lov om social service.

**Ydelsestype: Personlig pleje**

**Kategori: 2 + 3 +4**

1) Hvad er formålet med ydelsen ?	- At borgeren føler velvære ved at være soigneret.
2) Hvilke aktiviteter indgår i ydelsen ?	<p><b>Praktiske elementer der efter behov kan indgå i ydelsen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- at komme ud af/og i seng, evt. ved hjælp af lift</li> <li>- på- og afklædning</li> <li>- bad /etagevask ( kan i særlige situationer ydes på et af områdecentrene)</li> <li>- hårvask/-tørring</li> <li>- indsmøring i creme</li> <li>- fodbad, klipning af negle</li> <li>- toiletbesøg og evt. bleskift</li> <li>- tømme kolbe/toiletpand</li> <li>- skift og tømning af kateterpose eller stomipose</li> <li>- mundhygiejne</li> <li>- påsætning/rensning af høreapparat og pudsning og påsætning af briller</li> <li>- barbering</li> <li>- hudpleje</li> <li>- forebyggelse af tryksår - herunder venderegime</li> <li>- forflytning og lejring samt vedligeholdelse af bevægelighed</li> <li>- observation af almen tilstand</li> <li>- oprydning, aftørring af badeværelse, lægge tøj til vask, rede seng</li> </ul> <p><b>Omsorgs- forebyggende og aktiverende elementer:</b></p> <p>Medarbejderen informerer, vejleder, motiverer og tilskynder borgeren til selv at være aktiv i opgaveløsningen med henblik på forebyggelse, sundhedsfremme og vedligeholdelse af egne funktioner og færdigheder</p> <p>Medarbejderen medinddrager, aktiverer, støtter og guider borgeren i hele eller dele af opgaveløsningen</p> <p>Medarbejderen tager hensyn til borgerens <u>ressourcer og tager udgangspunkt i disse ved opgaveløsningen.</u></p> <p><u>Medarbejderen skal, i det omfang det er muligt og meningsfuldt, anvende teknologiske hjælpemidler i opgaveløsningen.</u></p> <p><b>Fleksibilitet</b></p> <p>Borgeren kan i samarbejde med medarbejderen bytte den visiterede ydelse til andre ydelser forudsat at den afsatte tid og krav om arbejdsmiljømæssige forhold overholdes. En visiteret ydelse, der byttes, kan efterfølgende ikke kræves leveret.</p>

3) Hvilke aktiviteter indgår ikke i ydelsen ?	<p>Opsætning af hår herunder at rulle hår op.</p> <p>Klipning af tånegle hos borgere med diabetes eller kredsløbssygdomme eller hvor klipningen kræver særlige værktøjer.</p>
4) Hvem kan modtage ydelsen ?	<p>Borgere der pga. sygdom/handicap ikke selv eller med hjælp fra pårørende er i stand til at udføre personlig hygiejne.</p> <p>Hvis det vurderes muligt at genoptræne borgeren til selv at kunne klare opgaverne helt eller delvist, bevilges der genoptræning efter servicelovens § 86. Der ydes hjælp efter servicelovens § 83 samtidig med genoptræningen, i den udstrækning borgeren ikke kan klare opgaverne under genoptræningsforløbet.</p> <p>Ydelsen kan først modtages efter en konkret individuel vurdering af borgerens behov samt efter vurdering af hjemmet som arbejdsplads</p>
5) Ydelsens omfang	<p>Ydelsen kan tildeles flere gange i døgnet afhængig af behov.</p> <p>Bad tilbydes som princip 1x ugentlig.</p>
6) Hvem leverer ydelsen	<p>Ydelsen kan udføres af Den Kommunale Leverandør, af en privat leverandør eller af en privat udpeget person.</p>
7) Kompetencekrav til udføreren	<p>Personlig hjælp er en elementær eller kompleks opgave og kan udføres selvstændigt af medarbejdere over 18 år.</p> <p>Som grundlæggende princip er leverandøren forpligtet til at sørge for, at hjælpen til enhver tid ydes af kvalificeret personale, der er i stand til at yde hjælpen efter 'hjælp-til-selvhjælps' princippet, hvorved borgeren i videst mulige omfang inddrages aktivt i løsningen af opgaverne. Det er opgavens art og kompleksitet samt den enkelte medarbejders kompetence, der er afgørende for, hvilken medarbejder der er i stand til at yde hjælpen hos borgeren.</p> <p>Såfremt det er en <b>elementær</b> opgave, skal medarbejderen mestre at kommunikere med borgere, at observere ændringer i almentilstanden, og hvornår og hvordan der meldes tilbage ved ændringer i borgerens situation, ændret behov for hjælp m.v. Såfremt det er en <b>kompleks</b> opgave, skal medarbejderne derudover have en grundlæggende social- og sundhedsuddannelse.</p> <p>Alle medarbejdere skal være oplært i reglerne om fleksibel hjemmehjælp, arbejdsfysiologi/ -ergonomi, værnemidler samt deltage i kommunens obligatoriske kurser og have gennemgået obligatoriske kurser og kontinuerligt være under vejledning af en social- og sundhedsassistent/sygeplejerske</p>
8) Hvad koster ydelsen for brugerne ?	<p>Ydelsen bevilges både som midlertidig og som varig hjælp.</p> <p>Varig og midlertidig hjælp er gratis.</p>

<p>9) Hvordan følges op på ydelsen</p>	<p>Efter et gennemført genoptræningsforløb vurderes det, hvorvidt borgeren er i stand til at udføre opgaverne helt eller delvist. Såfremt det vurderes, at borgeren har behov for hjælp efter servicelovens § 83, bevilges det efter sædvanlige regler.</p> <p>Der foretages revurdering af varig hjælp ca. én gang årligt og af midlertidig hjælp i forbindelse med periodens udløb.</p> <p>Leverandøren er forpligtet til, at melde tilbage til visitationen, såfremt der sker ændringer i borgerens funktionsniveau.</p> <p>Såvel kommunen som leverandøren gennemfører løbende stikprøvekontroller af leverede ydelser ved opringning til borgere.</p>
<p>10) Hvad er kommunens servicemål ?</p>	<p>Personlig pleje ydes hele døgnet året rundt.</p> <p>Ydelsen aflyses ikke.</p> <p>Ved behov iværksættes hjælp til personlig pleje fra dag til dag.</p> <p>Afgørelsen foreligger indenfor 10 arbejdsdage.</p>

# Kvalitetsstandard

for personlig hjælp og pleje i hjemmet,  
jævnfør § 83 i lov om social service.

Ydelsestype: Medicingivning og -administration

Kategori: 1

1) Hvad er formålet med ydelsen ?	- At borgerne får den ordinerede medicin/behandling.
2) Hvilke aktiviteter indgår i ydelsen ?	<p><b>Praktiske elementer der efter behov kan indgå i ydelsen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- udlevere allerede doseret medicin fra doseringsæske</li> <li>- dosere ordineret medicin i doseringsæske</li> <li>- dryppe øjne med 1 præparat</li> <li>- dryppe øjne med flere præparater</li> <li>- smøre med medicinsk creme/salve</li> <li>- give injektioner</li> </ul> <p><b>Omsorgs- forebyggende og aktiverende elementer:</b> Medarbejderen informerer, vejleder, motiverer og tilskynder borgeren til selv at være aktiv i opgaveløsningen med henblik på forebyggelse, sundhedsfremme og vedligeholdelse af egne funktioner og færdigheder Medarbejderen medinddrager, aktiverer, støtter og guider borgeren i hele eller dele af opgaveløsningen Medarbejderen tager hensyn til borgerens <u>ressourcer og tager udgangspunkt i disse ved opgaveløsningen.</u> <u>Medarbejderen skal, i det omfang det er muligt og meningsfuldt, anvende teknologiske hjælpemidler i opgaveløsningen.</u></p> <p><b>Fleksibilitet</b> Borgeren kan i samarbejde med medarbejderen bytte den visiterede ydelse til andre ydelser forudsat at den afsatte tid og krav om arbejdsmiljømæssige forhold overholdes. En visiteret ydelse, der byttes, kan efterfølgende ikke kræves leveret.</p>
3) Hvilke aktiviteter indgår ikke i ydelsen ?	Afhentning af medicin på apoteket indgår ikke i ydelsen, idet det forventes, at borgeren benytter den service, apoteket tilbyder.

4) Hvem kan modtage ydelsen ?	<p>Borgere, der pga. sygdom/handicap ikke selv eller med hjælp fra pårørende er i stand til at administrere sin medicin.</p> <p>Hvis det vurderes muligt at genoptræne borgeren til selv at kunne klare opgaverne helt eller delvist, bevilges der genoptræning efter servicelovens § 86. Der ydes hjælp efter servicelovens § 83 samtidig med genoptræningen, i den udstrækning borgeren ikke kan klare opgaverne under genoptræningsforløbet.</p> <p>Ydelsen kan modtages efter en konkret individuel vurdering af borgerens behov samt efter vurdering af hjemmet som arbejdsplads.</p>
5) Ydelsens omfang	Der ydes hjælp til opgaven efter behov.
6) Hvem leverer ydelsen	Ydelsen kan udføres af Den Kommunale Leverandør, af en privat leverandør eller af en privat udpeget person.
7) Kompetencekrav til udføreren	<p>Mediciningivning er en elementær eller kompleks opgave og kan udføres selvstændigt af medarbejdere over 18 år.</p> <p>Som grundlæggende princip er leverandøren forpligtet til at sørge for, at hjælpen til enhver tid ydes af kvalificeret personale, der er i stand til at yde hjælpen efter 'hjælp-til-selvhjælps' princippet, hvorved borgeren i videst mulige omfang inddrages aktivt i løsningen af opgaverne. Det er opgavens art og kompleksitet samt den enkelte medarbejders kompetence, der er afgørende for, hvilken medarbejder der er i stand til at yde hjælpen hos borgeren.</p> <p>Såfremt det er en <b>elementær</b> opgave, skal medarbejderen mestre at kommunikere med borgere, at observere ændringer i almentilstanden, og hvornår og hvordan der meldes tilbage ved ændringer i borgerens situation, ændret behov for hjælp m.v. Såfremt det er en <b>kompleks</b> opgave, skal medarbejderne derudover have en grundlæggende social- og sundhedsuddannelse.</p> <p>Alle medarbejdere skal være oplært i reglerne om fleksibel hjemmehjælp, arbejdsfysiologi/ -ergonomi, værnemidler samt deltage i kommunens obligatoriske kurser og have gennemgået obligatoriske kurser og kontinuerligt være under vejledning af en social- og sundhedsassistent/sygeplejerske.</p>
8) Hvad koster ydelsen for brugerne ?	<p>Ydelsen bevilges både som midlertidig og som varig hjælp.</p> <p>Varig og midlertidig hjælp er gratis.</p>

<p>9) Hvordan følges op på ydelsen</p>	<p>Efter et gennemført genoptræningsforløb vurderes det, hvorvidt borgeren er i stand til at udføre opgaverne helt eller delvist. Såfremt det vurderes, at borgeren har behov for hjælp efter servicelovens § 83, bevilges det efter sædvanlige regler.</p> <p>Der foretages revurdering af varig hjælp ca. én gang årligt og af midlertidig hjælp i forbindelse med periodens udløb.</p> <p>Leverandøren er forpligtet til, at melde tilbage til visitationen, såfremt der sker ændringer i borgerens funktionsniveau.</p> <p>Såvel kommunen som leverandøren gennemfører løbende stikprøvekontroller af leverede ydelser ved opringning til borgere.</p>
<p>10) Hvad er kommunens servicemål ?</p>	<p>Medicingivning og – administration ydes hele døgnet året rundt.</p> <p>Ydelsen aflyses ikke.</p> <p>Ved behov iværksættes hjælp til medicingivning og – administration fra dag til dag.</p> <p>Afgørelsen foreligger indenfor 10 arbejdsdage.</p>

# Kvalitetsstandard

for personlig hjælp og pleje i hjemmet,  
jævnfør § 83 i lov om social service.

Ydelsestype: **Undersøgelser og behandling**

Kategori: **1 + 2 + 3 + 4**

1) Hvad er formålet med ydelsen ?	- At borgeren får hjælp og støtte til at udføre ordinerede undersøgelser og behandlinger.
2) Hvilke aktiviteter indgår i ydelsen ?	<p><b>Praktiske elementer der efter behov kan indgå i ydelsen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- udføre sårpleje og lægge bandager</li> <li>- opsugning af sekret fra øvre luftveje</li> <li>- lejring</li> <li>- iltbehandling</li> <li>- af- og påtagning af støttestrømper</li> <li>- lægge kompressionsforbinding</li> <li>- vejlede i venepumpeøvelser</li> <li>- måltagning af puls, temperatur, blodtryk, blodsukker, urinstiks</li> <li>- urin- og afføringsprøver, prøver af opspyt</li> <li>- observation af almen tilstand.</li> </ul> <p><b>Omsorgs- forebyggende og aktiverende elementer:</b> Medarbejderen informerer, vejleder, motiverer og tilskynder borgeren til selv at være aktiv i opgaveløsningen med henblik på forebyggelse, sundhedsfremme og vedligeholdelse af egne funktioner og færdigheder Medarbejderen medinddrager, aktiverer, støtter og guider borgeren i hele eller dele af opgaveløsningen Medarbejderen tager hensyn til borgerens <u>ressourcer og tager udgangspunkt i disse ved opgaveløsningen.</u> <u>Medarbejderen skal, i det omfang det er muligt og meningsfuldt, anvende teknologiske hjælpemidler i opgaveløsningen.</u></p> <p><b>Fleksibilitet</b> Borgeren kan i samarbejde med medarbejderen bytte den visiterede ydelse til andre ydelser forudsat at den afsatte tid og krav om arbejdsmiljømæssige forhold overholdes. En visiteret ydelse, der byttes, kan efterfølgende ikke kræves leveret.</p>
3) Hvilke aktiviteter indgår ikke i ydelsen ?	Vi leverer ikke prøven til læger / apotek og laboratorier.
4) Hvem kan modtage ydelsen ?	Borgere der pga. sygdom/handicap ikke selv i fuldt omfang eller med hjælp fra pårørende kan udføre opgaven.



	<p>Hvis det vurderes muligt at genoptræne borgeren til selv at kunne klare opgaverne helt eller delvist, bevilges der genoptræning efter servicelovens § 86. Der ydes hjælp efter servicelovens § 83 samtidig med genoptræningen, i den udstrækning borgeren ikke kan klare opgaverne under genoptræningsforløbet.</p> <p>Ydelsen kan først modtages efter en konkret individuel vurdering af borgerens behov samt vurdering af hjemmet som arbejdsplads.</p>
5) Ydelsens omfang	Undersøgelserne og behandlingerne udføres i et tæt samarbejde med sygeplejerske og praktiserende læge.
6) Hvem leverer ydelsen	Ydelsen kan udføres af Den Kommunale Leverandør, af en privat leverandør eller af en privat udpeget person.
7) Kompetencekrav til udføreren	<p>Undersøgelse og behandling er en elementær eller kompleks opgave og kan udføres selvstændigt af medarbejdere over 18 år.</p> <p>Som grundlæggende princip er leverandøren forpligtet til at sørge for, at hjælpen til enhver tid ydes af kvalificeret personale, der er i stand til at yde hjælpen efter 'hjælp-til-selvhjælps' princippet, hvorved borgeren i videst mulige omfang inddrages aktivt i løsningen af opgaverne. Det er opgavens art og kompleksitet samt den enkelte medarbejders kompetence, der er afgørende for, hvilken medarbejder der er i stand til at yde hjælpen hos borgeren.</p> <p>Såfremt det er en <b>elementær</b> opgave, skal medarbejderen mestre at kommunikere med borgere, at observere ændringer i almentilstanden, og hvornår og hvordan der meldes tilbage ved ændringer i borgerens situation, ændret behov for hjælp m.v. Såfremt det er en <b>kompleks</b> opgave, skal medarbejderne derudover have en grundlæggende social- og sundhedsuddannelse.</p> <p>Alle medarbejdere skal være oplært i reglerne om fleksibel hjemmehjælp, arbejdsfysiologi/ -ergonomi, værnemidler samt deltage i kommunens obligatoriske kurser og have gennemgået obligatoriske kurser og kontinuerligt være under vejledning af en social- og sundhedsassistent/sygeplejerske.</p>
8) Hvad koster ydelsen for brugerne ?	<p>Ydelsen bevilges både som midlertidig og som varig hjælp.</p> <p>Varig og midlertidig hjælp er gratis.</p>
9) Hvordan følges op på ydelsen	<p>Efter et gennemført genoptræningsforløb vurderes det, hvorvidt borgeren er i stand til at udføre opgaverne helt eller delvist. Såfremt det vurderes, at borgeren har behov for hjælp efter servicelovens § 83, bevilges det efter sædvanlige regler.</p> <p>Der foretages revurdering af varig hjælp ca. én gang årligt og af midlertidig hjælp i forbindelse med periodens udløb.</p> <p>Leverandøren er forpligtet til, at melde tilbage til visitationen, såfremt der sker ændringer i borgerens funktionsniveau.</p>

	Såvel kommunen som leverandøren gennemfører løbende stikprøvekontroller af leverede ydelser ved opringning til borgere.
10) Hvad er kommunens servicemål ?	Undersøgelse og behandling ydes hele døgnet året rundt. Ydelsen aflyses ikke. Ved behov iværksættes hjælp til undersøgelser og behandling fra dag til dag. Afgørelsen foreligger indenfor 10 arbejdsdage.

# Kvalitetsstandard

for kommunal genoptræning eller vedligeholdelsestræning,  
jævnfør § 86 stk. 1 og 2 i lov om social service og § 140 i sundhedsloven

**Ydelsestype: Ergoterapi og/eller fysioterapi som dagtilbud**

**Kategori: 0-1-2- 3- 4**

1) Hvad er formålet med ydelsen ?	<p>At borgeren så vidt muligt generhverver og vedligeholder sit funktionsniveau således, at borgerens evne til at klare sig selv længst muligt i egen bolig fremmes, at den daglige tilværelse lettes og borgerens livskvalitet forbedres.</p> <p>At borgeren i videst mulig omfang tager ansvar for og opnår forståelse af, hvordan det opnåede funktionsniveau holdes ved lige.</p>
2) Hvilke aktiviteter indgår i ydelsen ?	<p><b>Praktiske elementer der efter behov kan indgå i ydelsen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapeutiske undersøgelser, test og vurderinger, træning/behandling som individuel træning eller holdtræning, hjemmetræning, tilpasning og vejledning i relation til ergonomiske redskaber, hjælpemidler, boligændringer.</li> <li>- Logopædiske undersøgelser, test og vurderinger, træning/behandling.</li> <li>- Lægefaglige undersøgelser, test og vurderinger efter behov.</li> <li>- Forebyggende tilbud som rådgivning, vejledning og instruktion til borgeren og pårørende.</li> <li>- Kørsel til og fra træningscentret til borgere, der af fysiske eller psykiske grunde ikke kan transportere sig selv.</li> </ul> <p><b><u>Omsorgs-forebyggende og aktiverende elementer:</u></b></p> <p><b><u>Medarbejderen informerer, vejleder, motiverer og tilskynder borgeren til selv at være aktiv med henblik på forebyggelse, sundhedsfremme og vedligeholdelse af egen funktion og færdigheder.</u></b></p> <p><b><u>Medarbejderen medinddrager, aktiverer, støtter og guider borgeren i hele eller dele af det trænende forløb.</u></b></p> <p><b><u>Medarbejderen tager hensyn til borgerens ressourcer og tager udgangspunkt i disse i det trænende forløb.</u></b></p> <p><b><u>Medarbejderen skal, i det omfang det er muligt og meningsfuldt, anvende teknologiske hjælpemidler i det trænende forløb.</u></b></p>
3) Hvilke aktiviteter indgår ikke i	<p>Kørsel til og fra genoptræningscentret bevilliges ikke, såfremt borgeren er tildelt han-</p>

ydelsen ?	dicapbil eller el-scooter.
4) Hvem kan modtage ydelsen ?	<p>Borgere med fysisk, kognitiv funktionsnedsættelse eller særlige sociale problemer, og som har behov for genoptræning kan efter forudgående visitation modtage ydelsen.</p> <p>Borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, som har behov for hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder kan efter forudgående visitation modtage ydelsen.</p> <p>Borgere, der søger om praktisk hjælp og/eller lettere personlig pleje samt borgere, der allerede modtager lettere personlig pleje.</p> <p>Borgere, der udskrives med en genoptræningsplan efter en sygehusindlæggelse.</p> <p>Det forudsættes, at borgeren har såvel fysisk som psykisk træningspotentiale.</p>
5) Ydelsens omfang	<p>Ydelsens omfang afhænger af en konkret individuel vurdering af den enkelte borger.</p> <p>Et dagtræningstilbud efter <i>serviceloven</i> kan som udgangspunkt ydes 2-3 gange ugentligt op til max. 36 gange, som planlægges individuelt efter behov. Som udgangspunkt kan dagtræningstilbud højst bevilges 1 gang årligt i relation til samme lidelse.</p> <p>Særligt for dagtræningstilbud i relation til optræning af borgere, der 1. gang søger om hjælp til praktiske opgaver og lettere personlig pleje, gælder, at tilbuddet ydes 1 time max. 6 gange (inkl. undersøgelser, tests og vurderinger).</p> <p>Et dagtræningstilbud efter sundhedsloven kan som udgangspunkt ydes op til 20 gange alt afhængig af diagnose.</p> <p>Alle til træningsforløb kan afsluttes tidligere end aftalt, såfremt målet er nået, eller hvis det efter en terapeutisk vurdering skønnes umuligt at nå målet.</p>
6) Hvem leverer ydelsen	<p>Træning efter serviceloven og sundhedsloven ydes af fysioterapeuter, ergoterapeuter og logopæder ansat i Træningsenheden i Lyngby-Taarbæk Kommune og foregår på Træningscentret Fortunen, Møllebo eller i hjemmet.</p> <p>Såfremt træningstilbuddet i forhold til §140 ydes indenfor aftalen om 3-kommunesamarbejdet ydes træningen af fysioterapeuter, ergoterapeuter og logopæ-</p>

	<p>der ansat på i Lyngby-Taarbæk, Rudersdal- eller Gentofte kommune og kan foregå på de 3 kommuners respektive træningscentre.</p> <p>Jf. reglerne om frit valg kan tilbud efter sundhedsloven udføres af en andre kommuners institutioner, hvis der er plads.</p>
7) Kompetencekrav til udføreren	Uddannelse som fysioterapeut, ergoterapeut eller logopæd
8)Hvad koster ydelsen for borgeren?	Ydelsen er gratis, dog kan der forekomme brugerbetaling på særlige aktiviteter. Ved træning bevilget efter serviceloven, har borgeren en delvis egenbetaling for kørsel tur/retur til træningscentret.
9) Hvordan følges op på ydelsen?	<p>Ydelsen er tidsbegrænset og borgerens funktionsniveau vurderes løbende af behandlende terapeut under træningsforløbet.</p> <p>Ved et træningsforløbs afslutning modtager borgeren vejledning om, hvordan det opnåede funktionsniveau vedligeholdes, og borgerens egen læge modtager en skriftlig status om det opnåede funktionsniveau udarbejdet af den behandlende terapeut.</p> <p>Er det en borger fra en anden kommune, der har gennemført et træningstilbud i Lyngby-Taarbæk kommune efter frit valg reglerne, sendes status tillige til respektive kommune mhp. evt. videre foranstaltninger i hjemkommunen.</p>
10) Hvad er kommunens servicemål ?	<p>Borgere, som søger om træning omfattet af serviceloven, kontaktes af visitationskontoret inden for 10 arbejdsdage efter henvendelsen.</p> <p>Borgere, som har behov for genoptræning efter et sygehusophold, kontaktes inden for 3 hverdage efter modtagelsen af genoptræningsplanen. Træningen påbegyndes indenfor 10 hverdage efter modtagelsen af genoptræningsplanen.</p>

# Kvalitetsstandard

for personlig hjælp og pleje i hjemmet,  
jævnfør § 83 i lov om social service.

Social og sundhedsudvalget

Sag nr.

Bilag nr.

~~14112~~

3

9

Ydelsestype: Psykisk pleje og omsorg

Kategori: 1 + 2 + 3 + 4

1) Hvad er formålet med ydelsen ?	- At borgeren gennem psykisk støtte og omsorg bliver i stand til at varetage sin egenomsorg.
2) Hvilke aktiviteter indgår i ydelsen ?	<p><b>Praktiske elementer der efter behov kan indgå i ydelsen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- læse breve, skrive kort/breve</li> <li>- telefonopkald</li> <li>- tilsyns- og omsorgsbesøg</li> <li>- observation</li> <li>- støtte til at strukturere dagligdag</li> </ul> <p><b>Omsorgs- forebyggende og aktiverende elementer:</b> Medarbejderen informerer, vejleder, motiverer og tilskynder borgeren til selv at være aktiv i opgaveløsningen med henblik på forebyggelse, sundhedsfremme og vedligeholdelse af egne funktioner og færdigheder Medarbejderen medinddrager, aktiverer, støtter og guider borgeren i hele eller dele af opgaveløsningen Medarbejderen tager hensyn til borgerens <b>ressourcer og tager udgangspunkt i disse ved opgaveløsningen.</b> <b><u>Medarbejderen skal, i det omfang det er muligt og meningsfuldt, anvende teknologiske hjælpemidler i opgaveløsningen.</u></b></p> <p><b>Fleksibilitet</b> Borgeren kan i samarbejde med medarbejderen bytte den visiterede ydelse til andre ydelser, forudsat det ikke er tilsyns- og omsorgsbesøg eller observation, og at den afsatte tid og krav om arbejdsmiljømessige forhold overholdes. En visiteret ydelse, der byttes, kan efterfølgende ikke kræves leveret.</p>
3) Hvilke aktiviteter indgår ikke i ydelsen ?	

4) Hvem kan modtage ydelsen ?	<p>Borgere der pga. sygdom/handicap ikke selv eller med hjælp fra pårørende er i stand til at varetage sin egenomsorg.</p> <p>Hvis det vurderes muligt at genoptræne borgeren til selv at kunne klare opgaverne helt eller delvist, bevilges der genoptræning efter servicelovens § 86. Der ydes hjælp efter servicelovens § 83 samtidig med genoptræningen, i den udstrækning borgeren ikke kan klare opgaverne under genoptræningsforløbet.</p> <p>Ydelsen kan først modtages efter en konkret individuel vurdering af borgerens behov samt vurdering af hjemmet som arbejdsplads.</p>
5) Ydelsens omfang	Psykisk pleje og omsorg tildeles efter behov og tildeles i en afgrænset periode.
6) Hvem leverer ydelsen	Ydelsen kan udføres Den Kommunale Ældreomsorg, af en privat leverandør eller af en privat udpeget person.
7) Kompetencekrav til udføreren	<p>Psykisk pleje og omsorg er en elementær eller kompleks opgave og kan udføres selvstændigt af medarbejdere over 18 år.</p> <p>Som grundlæggende princip er leverandøren forpligtet til at sørge for, at hjælpen til enhver tid ydes af kvalificeret personale, der er i stand til at yde hjælpen efter 'hjælp-til-selvhjælps' princippet, hvorved borgeren i videst mulige omfang inddrages aktivt i løsningen af opgaverne. Det er opgavens art og kompleksitet samt den enkelte medarbejders kompetence, der er afgørende for, hvilken medarbejder der er i stand til at yde hjælpen hos borgeren.</p> <p>Såfremt det er en <b>elementær</b> opgave, skal medarbejderen mestre at kommunikere med borgere, at observere ændringer i almentilstanden, og hvornår og hvordan der meldes tilbage ved ændringer i borgerens situation, ændret behov for hjælp m.v. Såfremt det er en <b>kompleks</b> opgave, skal medarbejderne derudover have en grundlæggende social- og sundhedsuddannelse.</p> <p>Alle medarbejdere skal være oplært i reglerne om fleksibel hjemmehjælp, arbejdsfysiologi/ -ergonomi, værnemidler samt deltage i kommunens obligatoriske kurser og have gennemgået obligatoriske kurser og kontinuerligt være under vejledning af en social- og sundhedsassistent/sygeplejerske.</p>
8) Hvad koster ydelsen for brugerne ?	<p>Ydelsen bevilges både som midlertidig og som varig hjælp.</p> <p>Varig og midlertidig hjælp er gratis.</p>

<p>9) Hvordan følges op på ydelsen</p>	<p>Efter et gennemført genoptræningsforløb vurderes det, hvorvidt borgeren er i stand til at udføre opgaverne helt eller delvist. Såfremt det vurderes, at borgeren har behov for hjælp efter servicelovens § 83, bevilges det efter sædvanlige regler.</p> <p>Der foretages revurdering af varig hjælp ca. én gang årligt og af midlertidig hjælp i forbindelse med periodens udløb.</p> <p>Leverandøren er forpligtet til, at melde tilbage til visitationen, såfremt der sker ændringer i borgerens funktionsniveau.</p> <p>Såvel kommunen som leverandøren gennemfører løbende stikprøvekontroller af leverede ydelser ved opringning til borgere.</p>
<p>10) Hvad er kommunens servicemål ?</p>	<p>Psykisk pleje og omsorg ydes hele døgnet året rundt.</p> <p>Psykisk pleje og omsorg iværksættes efter behov.</p> <p>Ydelsen aflyses ikke, hvis ydelsen omfatter tilsyns- og omsorgsbesøg eller observation.</p> <p>Afgørelsen foreligger indenfor 10 arbejdsdage.</p>



# Kvalitetsstandard

~~Social og sundhedsudvalget~~ 14/12  
~~Sag nr.~~ 3  
~~Bilag nr.~~ 10

for personlig hjælp og pleje samt hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet, jævnfør § 83, i lov om social service.

**Ydelsestype: Forebyggelse og sundhedsfremme**

**Kategori: 1 + 2 + 3 + 4**

1) Hvad er formålet med ydelsen ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- At borgerens egenomsorgsevne og sundhed bliver taget i betragtning, så trusler mod sundheden kan forebygges, og borgeren fortsat kan klare sig selv.</li> </ul>
2) Hvilke aktiviteter indgår i ydelsen ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- besøg i forbindelse med ny status som enlig, enke/enkemand</li> <li>- besøg i forbindelse med forebyggelse af fald m.m.</li> </ul> <p><b>Elementer der efter behov kan indgå i ydelsen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vejledning som tilskynder borgeren til selv at være aktiv med henblik på tage vare på egen sundhed og så vidt muligt klare sig selv.</li> <li>- vejledning til ændring i livsstilsfaktorer (kost, motion, stress, rygning, sukkersyge o.a.)</li> <li>- handlinger i forbindelse med borgerens sikkerhed. Herunder bl.a.: fjernelse/fastgørelse af løse tæpper, sikring af løse ledninger, relevant lys på trapper, rygeforklæde</li> </ul> <p><b>Omsorgs- forebyggende og aktiverende elementer:</b></p> <p>Medarbejderen informerer, vejleder, motiverer og tilskynder borgeren til selv at være aktiv i opgaveløsningen med henblik på forebyggelse, sundhedsfremme og vedligeholdelse af egne funktioner og færdigheder</p> <p>Medarbejderen medinddrager, aktiverer, støtter og guider borgeren i hele eller dele af opgaveløsningen</p> <p>Medarbejderen tager hensyn til borgerens <u>ressourcer og tager udgangspunkt i disse ved opgaveløsningen.</u></p> <p><u>Medarbejderen skal, i det omfang det er muligt og meningsfuldt, anvende teknologiske hjælpemidler i opgaveløsningen.</u></p> <p><b>Fleksibilitet</b></p> <p>Borgeren medinddrages, og hjælperen tager hensyn til borgerens ønsker og vaner. Ydelsen kan ikke byttes til anden ydelse.</p>
3) Hvilke aktiviteter indgår ikke i ydelsen ?	
4) Hvem kan modtage ydelsen ?	<p>Hvis det vurderes muligt at genoptræne borgeren til selv at kunne klare opgaverne helt eller delvist, bevilges der genoptræning efter servicelovens § 86. Der ydes hjælp efter servicelovens § 83 samtidig med genoptræningen, i den udstrækning borgeren ikke kan klare opgaverne under genoptræningsforløbet.</p>

	Ydelsen kan først modtages efter en konkret individuel vurdering af borgerens behov samt vurdering af hjemmet som arbejdsplads.
5) Ydelsens omfang	Forebyggelse og sundhedsfremme tilbydes som en tidsafgrænset ydelse.
6) Hvem leverer ydelsen	Ydelsen kan udføres af Den Kommunale Leverandør, af en privat leverandør eller af en privat udpeget person.
7) Kompetencekrav til udførelsen	<p>Forebyggelse og sundhedsfremme er en kompleks opgave og kan udføres selvstændigt af medarbejdere over 18 år.</p> <p>Som grundlæggende princip er leverandøren forpligtet til at sørge for, at hjælpen til enhver tid ydes af kvalificeret personale, der er i stand til at yde hjælpen efter 'hjælp-til-selvhjælps' princippet, hvorved borgeren i videst mulige omfang inddrages aktivt i løsningen af opgaverne. Det er opgavens art og kompleksitet samt den enkelte medarbejders kompetence, der er afgørende for, hvilken medarbejder der er i stand til at yde hjælpen hos borgeren.</p> <p>Medarbejderne skal have en grundlæggende social- og sundhedsuddannelse, og kunne mestre at kommunikere med borgere, at observere ændringer i almentilstanden, og hvornår og hvordan der meldes tilbage ved ændringer i borgerens situation, ændret behov for hjælp m.v.</p> <p>Alle medarbejdere skal være oplært i reglerne om fleksibel hjemmehjælp, arbejdsfysiologi/ -ergonomi, værnemidler samt deltage i kommunens obligatoriske kurser og have gennemgået obligatoriske kurser og kontinuerligt være under vejledning af en social- og sundhedsassistent/sygeplejerske.</p>
8) Hvad koster ydelsen for brugerne ?	<p>Ydelsen bevilges både som midlertidig og som varig hjælp.</p> <p>Varig og midlertidig hjælp er gratis.</p>
9) Hvordan følges op på ydelsen ?	<p>Efter et gennemført genoptræningsforløb vurderes det, hvorvidt borgeren er i stand til at udføre opgaverne helt eller delvist. Såfremt det vurderes, at borgeren har behov for hjælp efter servicelovens § 83, bevilges det efter sædvanlige regler.</p> <p>Der foretages revurdering af ydelsen i forbindelse med periodens udløb.</p> <p>Leverandøren er forpligtet til, at melde tilbage til visitationen, såfremt der sker ændringer i borgerens funktionsniveau.</p> <p>Såvel kommunen som leverandøren gennemfører løbende stikprøvekontroller af leverede ydelser ved opringning til borgere.</p>
10) Hvad er kommunens	Forebyggelse og sundhedsfremme ydes hele døgnet året rundt.

servicemål?	Forebyggelse og sundhedsfremme iværksættes efter behov. Ydelsen aflyses ikke. Afgørelsen foreligger indenfor 10 arbejdsdage.
-------------	--

# Kvalitetsstandard

for personlig hjælp og pleje i hjemmet,  
jævnfør § 83, i lov om social service.

Social og sundhedsudvalget

14-11-12

Sag nr.

3

Bilag nr.

11

Ydelsestype: Målrettede pædagogiske opgaver

Kategori: 1 + 2 + 3 + 4

1) Hvad er formålet med ydelsen ?	- At borgeren og dennes pårørende gennem undervisning, vejledning og rådgivning selvstændigt kan løse konkrete opgaver.
2) Hvilke aktiviteter indgår i ydelsen ?	<p><b>Praktiske elementer der efter behov kan indgå i ydelsen:</b> Undervisning/rådgivning/vejledning i forbindelse med f.eks.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- injektionsteknik ved insulinbehandling</li> <li>- speciel kost</li> <li>- virkning/bivirkning af medicinsk behandling</li> <li>- korrekt brug af personlige hjælpemidler</li> <li>- selvtræning</li> <li>- motion, stress, rygning, sukkersyge, ernæring</li> </ul> <p><b>Omsorgs- forebyggende og aktiverende elementer:</b> Medarbejderen informerer, vejleder, motiverer og tilskynder borgeren til selv at være aktiv i opgaveløsningen med henblik på forebyggelse, sundhedsfremme og vedligeholdelse af egne funktioner og færdigheder Medarbejderen medinddrager, aktiverer, støtter og guider borgeren i hele eller dele af opgaveløsningen Medarbejderen tager hensyn til borgerens <u>ressourcer og tager udgangspunkt i disse ved opgaveløsningen.</u> <u>Medarbejderen skal, i det omfang det er muligt og meningsfuldt, anvende teknologiske hjælpemidler i opgaveløsningen.</u></p> <p><b>Fleksibilitet</b> Ydelsen kan ikke byttes til anden ydelse.</p>
3) Hvilke aktiviteter indgår ikke i ydelsen ?	
4) Hvem kan modtage ydelsen ?	<p>Hvis det vurderes muligt at genoptræne borgeren til selv at kunne klare opgaverne helt eller delvist, bevilges der genoptræning efter servicelovens § 86. Der ydes hjælp efter servicelovens § 83 samtidig med genoptræningen, i den udstrækning borgeren ikke kan klare opgaverne under genoptræningsforløbet.</p> <p>Ydelsen kan modtages efter en konkret individuel vurdering af borgerens og/eller dennes pårørendes behov samt vurdering af hjemmet som arbejdsplads.</p>

5) Ydelsens omfang	Ydelsen tilbydes efter behov og tildeles i en afgrænset periode ud fra en individuel plan.
6) Hvem leverer ydelsen	Ydelsen kan udføres af Den Kommunale Leverandør, af en privat leverandør eller af en privat udpeget person.
7) Kompetencekrav til udføreren	<p>Målrattede pædagogiske opgaver er kompleks opgave og kan udføres selvstændigt af medarbejdere over 18 år.</p> <p>Som grundlæggende princip er leverandøren forpligtet til at sørge for, at hjælpen til enhver tid ydes af kvalificeret personale, der er i stand til at yde hjælpen efter 'hjælp-til-selvhjælps' princippet, hvorved borgeren i videst mulige omfang inddrages aktivt i løsningen af opgaverne. Det er opgavens art og kompleksitet samt den enkelte medarbejders kompetence, der er afgørende for, hvilken medarbejder der er i stand til at yde hjælpen hos borgeren.</p> <p>Medarbejderne skal have en grundlæggende social- og sundhedsuddannelse, og kunne mestre at kommunikere med borgere, at observere ændringer i almentilstanden, og hvornår og hvordan der meldes tilbage ved ændringer i borgerens situation, ændret behov for hjælp m.v.</p> <p>Alle medarbejdere skal være oplært i reglerne om fleksibel hjemmehjælp, arbejdsfysiologi/ -ergonomi, værnemidler samt deltage i kommunens obligatoriske kurser og have gennemgået obligatoriske kurser og kontinuerligt være under vejledning af en social- og sundhedsassistent/sygeplejerske.</p>
8) Hvad koster ydelsen for brugerne ?	<p>Ydelsen bevilges både som midlertidig og som varig hjælp.</p> <p>Varig og midlertidig hjælp er gratis.</p>
9) Hvordan følges op på ydelsen ?	<p>Efter et gennemført genoptræningsforløb vurderes det, hvorvidt borgeren er i stand til at udføre opgaverne helt eller delvist. Såfremt det vurderes, at borgeren har behov for hjælp efter servicelovens § 83, bevilges det efter sædvanlige regler.</p> <p>Der foretages revurdering af ydelsen i forbindelse med periodens udløb.</p> <p>Leverandøren er forpligtet til, at melde tilbage til visitationen, såfremt der sker ændringer i borgerens funktionsniveau.</p> <p>Såvel kommunen som leverandøren gennemfører løbende stikprøvekontroller af leverede ydelser ved opringning til borgere.</p>

10) Hvad er kommunens servicemål ?	Målrettede pædagogiske opgaver ydes hele døgnet året rundt. Ydelsen aflyses ikke. Målrettede pædagogiske opgaver iværksættes efter behov. Afgørelsen foreligger indenfor 10 arbejdsdage.
------------------------------------	---

**Kvalitetsstandard**

for kommunalt aktivitetstilbud jævnfør § 86 stk. 2 i lov om social service.

**Ydelsestype: Aktivitet**

**Kategori: 0+1+2+3+4**

1) Hvad er formålet med ydelsen ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- At understøtte/vedligeholde borgerens mulighed for livsudfoldelse og oplevelse af livskvalitet gennem social kontakt, tilbud om samvær og aktiviteter.</li> <li>- At borgerne får mulighed for erfaringsudveksling og får mulighed for at styrke eget netværk.</li> </ul>
2) Hvilke aktiviteter indgår i ydelsen ?	<p><b>Praktiske elementer der kan indgå i ydelsen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kreative aktiviteter (håndarbejder/håndværk)</li> <li>- højtlesning</li> <li>- pc arbejde (beboerblad o.lign.)</li> <li>- "levegrupper"/samværsgrupper</li> <li>- studiekreds</li> <li>- udflugter</li> <li>- bevægelse til musik, boldspil, boccia</li> <li>- særligt aktivitetstilbud for synshandicappede</li> <li>- kørsel til og fra aktivitetscentret til svage og udsatte borgere, som af fysiske eller psykiske årsager ikke er i stand til at transportere sig selv.</li> </ul> <p><b>Omsorgs, forebyggende og aktiverende elementer:</b> Borgeren medinddrages i opgaveløsningen og medarbejderen tager hensyn til borgerens eventuelle ønsker og vaner under opgaveudførelsen.</p> <p>Omsorgs-forebyggende og aktiverende elementer: Medarbejderen informerer, vejleder, motiverer og tilskynder borgeren til selv at være aktiv med henblik på forebyggelse, sundhedsfremme og vedligeholdelse af egen funktion og færdigheder samt skabe trivsel og livskvalitet. Medarbejderen medinddrager, aktiverer, støtter og guider borgeren i hele eller dele af det aktiverende forløb.</p> <p><b><u>Medarbejderen tager hensyn til borgerens ressourcer og tager udgangspunkt i disse i det rehabiliterende forløb.</u></b></p> <p><b><u>Medarbejderen skal, i det omfang det er muligt og meningsfuldt, anvende teknologiske hjælpemidler i det aktiverende forløb.</u></b></p>
3) Hvilke aktiviteter indgår ikke i ydelsen ?	Ergoterapeutisk og fysioterapeutisk træning indgår ikke i ydelsen.
4) Hvem kan modtage ydelsen ?	Borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne og særlige sociale problemer, som har behov for tilbud med aktiverende og forebyggende sigte, kan efter forudgående visitation modtage ydelsen.

	<p>Det kan dreje sig om borgere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- med et betydeligt behov for sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende tiltag</li> <li>- der har behov for et plejehjemsforebyggende tiltag</li> <li>- hvor opholdet på aktivitetscenter aflaster ægtefælle/familie</li> </ul> <p>Borgere, der benytter/kan benytte andre lignende tilbud som f.eks. åbne dagcentre, kan ikke modtage ydelsen.</p>
5) Ydelsens omfang	<p>Ydelsen gives efter behov på et aktivitetscenter. Som udgangspunkt kan borgeren modtage ydelsen 1 - 2 gange ugentligt. Efter en individuel vurdering kan borgeren i særlige situationer modtage ydelsen mere end 2 gange om ugen.</p>
6) Hvem leverer ydelsen	<p>Ydelsen kan udføres af en aktivitetsmedarbejder i Den Kommunale Ældreomsorg.</p>
7) Kompetencekrav til udføreren	<p>Ydelsen er en elementær opgave og udføres af alle aktivitetsmedarbejdere.</p> <p>Elever over 18 år kan selvstændigt, efter oplæring, udføre opgaven.</p> <p>Minimumskravet for at kunne udføre opgaven er, at aktivitetsmedarbejderen har modtaget oplæring og introduktion, og at ydelsen tilrettelægges i samarbejde med terapeuter i Den Kommunale Ældreomsorg.</p>
8) Hvad koster ydelsen for brugerne?	<p>Aktivitetstilbuddet er gratis, men der opkræves betaling for materialer og andre udgifter, der er forbundet med tilbuddet. Borgeren har en delvis egenbetaling for kørsel tur/retur til aktivitetscentret.</p>
9) Hvordan følges op på ydelsen?	<p>Borgerens funktionsniveau evalueres løbende dog mindst én gang om året af aktivitetscentrets personale, og aktivitetstilbuddet kan afsluttes tidligere, hvis situationen er ændret, og borgeren kan benytte sig af foreningstilbud eller tilbud i privat regi.</p> <p>Leverandøren er forpligtet til, at melde tilbage til visitationen, såfremt der sker ændringer i borgerens funktionsniveau.</p>
10) Hvad er Kommunens Servicemål ?	<p>Borgeren bliver kontaktet af visitationsenheden m.h.p. vurdering af behov for aktiviteter indenfor 20 arbejdsdage efter henvendelsen.</p>



2

**SENIORRÅDET**  
**I**  
**LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE**

---

**HØRINGSSVAR**

21.12.2012

Kommunen har bedt Seniorrådet om et høringssvar vedrørende **kvalitetsstandarder for 2013 i den kommunale ældrepleje, jfr. §§ 83 og 86, i lov om social service og § 140 i sundhedsloven.**

Seniorrådet har bemærket, at der ikke er sket væsentlige ændringer i forhold til de tidligere kvalitetsstandarder.

Flere steder er "*hensyn til borgerens ønsker og vaner*" erstattet af "*hensyn til borgerens resourcer*" som udgangspunkt ved opgaveløsningen. Dette er i overensstemmelse med kommunens ældrestrategi, som Seniorrådet i det væsentlige har tilsluttet sig. Seniorrådet har derfor ingen bemærkninger hertil.

På Seniorrådets vegne

Aase Steffensen

**Social- og sundhedsudvalget den 16. januar 2013**

**Bilag til sag nr. 9**

**1- indsats mod rygning hos unge**

**2- LUKKET BILAG – ejendommen Buddingevej 50**

## ORIENTERING

### Om

### Indkomne puljemidler til indsats mod rygning hos unge

---

Center for Sundhed og Kultur har medio december fået tilsagn fra Sundhedsstyrelsen om puljemidler til projektindsats overfor unge og rygning. Samlet udgør puljemidlerne 985.000 kr. over en to-årig periode.

Indsatsen består i at prøve et nyt koncept for rygeforebyggelse og rygestop blandt unge i folkeskolen og på ungdomsuddannelser. Det nye koncept er udviklet af bl.a. Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen. Forventningen er, at konceptet skal fungere som det nye paradigme for indsatsen overfor denne målgruppe.

Konkret i Lyngby-Taarbæk Kommune indgår indsatsen som en del af Sundhedsstrategiens udmøntning. Indsatsen sker i samarbejde mellem Center for Sundhed og Kultur samt en række uddannelsesinstitutioner, klubtilbud og SSP. Uddannelsesinstitutionerne er:

- Hummeltofteskolen
- Lundtofte Skole
- Medieskolen
- HG på K-Nord
- 10. klassecentret

Indsatsen består i særlige forebyggelsesindsatser rettet mod især udskolingsårgangene på folkeskolerne. Der afsættes min. 10 lektioner pr. klasse pr. skoleår til undervisningen. Undervisningen kan tilrettelægges som faglektioner i det faste skema, fx i dansk, biologi o.l. og/eller som tværfaglige forløb i form af fagdage, temauger e.l.

Rygestopindsatsen fokuseres primært på ungdomsuddannelserne. Rygestop-elementet anvender også flere metoder sideløbende. De involverede uddannelsesinstitutioner skal tilbyde deres elever rygestopvejledning ved en ungdoms-rygestoprådgiver (en såkaldt Quitcoach), der skal være ansat eller på anden vis fast tilknyttet skolen eller uddannelsesinstitutionen. Hertil kommer egentlige rygestopforløb.

Der er udviklet et samlet og sammenhængende koncept for denne indsats, hvor også de øvrige aktører på ungeområdet (fx klubtilbud og SSP) indgår. Målet for arbejdet med projektet er, at erfaringerne skal danne grundlag for en udbredelse til kommunens øvrige skoler og ungdomsuddannelser.