

Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Møde nr. 7

Mødet blev holdt onsdag den 06. august 2014 på Rådhuset i Mødelokale C.  
Mødet begyndte kl. 07:30 og sluttede kl. 11:30.

Medlemmer: Formand - Birgitte A. Rasmussen (V), Gurli Nielsen (C), Henriette Gedde (A), Olav B. Christensen (V)

Afbud: Næstformand - Poul Albrechtsen (O)

1. Bemærkninger til dagsordenen .....	1
2. Meddelelser .....	2
3. Rekruttering og fastholdelse Ældre og Sundhed.....	3
4. Afløsning i eget hjem opfølgning og evaluering af kvalitetsstandard .....	5
5. Uanmeldt tilsyn på ældreområdet ved BDO 2014 .....	7
6. Tidlig opsporing af borgere med kronisk sygdom .....	12
7. Finanslov 2015 pulje til ældreområdet.....	14
8. Status og fremtidigt behov for demensboliger .....	16
9. Strukturanalyse Ældre og Sundhed 2014, opfølgning .....	19
10. Effektiviseringskatalog .....	21
11. Budgetanalyse - benchmark sociale område .....	23
12. Budgetforlig 2014-2017: Analyse af svage IT-brugere .....	24
13. Styringsaftale for det specialiserede socialområde og specialundervisning .....	26
14. Borgerbudgetter - erfaringer i Danmark .....	29
15. Fælleskommunal § 18 pulje til frivilligt socialt arbejde afgørelser 2014 .....	32
16. Drøftelse af dialogmøde med Ældrerådet .....	35

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

Sagsnr.: 13/18827

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

---

**Beslutning** Til efterretning.  
**Sundheds- og**  
**Velfærdsudvalget**  
**2014-2017 den 06-**  
**08-2014****Fraværende** Poul Albrechtsen

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

Sagsnr.: 13/18778

**Punkttype** -

**Tema**

- Henvendelser vedr. Skovvang
- Opfølgning på dialogmøde med Socialpædagogerne (SL) – frivillige på Solvænget

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

---

**Beslutning**  
**Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 06-08-2014**

Til efterretning.

**Fraværende** Poul Albrechtsen

**SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017****3. Rekruttering og fastholdelse Ældre og Sundhed**

Sagsnr.: 14/7430

**Punkttype** Orientering**Tema** Udvalget orienteres om status vedrørende rekruttering og fastholdelse af personale i virksomhederne i Ældre og Sundhed. Udvalget besluttede på mødet den 28. maj 2014 at sagen skulle genoptages på mødet den 6. august 2014.**Sagsbeskrivelse** Ældre og Sundheds organisering er opbygget som en forvaltningsenhed samt 6 decentrale selvstændige virksomheder:

- Plejecenter Engholm herunder aktiviteten og de midlertidige pladser
- Plejecenter Lyngehus herunder de socialpsykiatriske haveboliger samt 3 midlertidige sociale pladser
- Plejecenter Mimosen, der er demensboliger
- Plejecenter Skovvang
- Den kommunale hjemmepleje, herunder sygeplejen
- Den kommunale genoptræning

samt fra 1. april 2014 to godkendte private leverandører af praktisk hjælp og personlig pleje. Dertil kommer en række andre leverandører af tøjvask, madservice, indkøb m.m.

I de kommunale virksomheder er primært ansat sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og hjælpere samt enkelte andre personalegrupper. Desuden er der tilknyttet enkelte ufaglærte ansatte og personer i aktivering eller lignende ansættelsesforhold.

I genoptræningen er primært ansat fysio- og ergoterapeuter.

Rekruttering og fastholdelse af personale i det offentlige kommunale sundhedsvæsen har gennem mange år skiftet mellem perioder med god søgning og perioder, hvor der kun har været få ansøgere.

I takt med de seneste års udvikling med mere komplekse problemstillinger hos borgerne, tidligere udskrivninger fra hospitalerne, skærpede krav til kompetencer og dermed øgede antal vagter til personalet, er det Forvaltningens erfaring, at det igen kan være vanskeligt at rekruttere og fastholde kompetent personale i ældre og sundheds virksomheder.

Dette har blandt medført, at der i flere virksomheder i perioder har

været, og stadig er et betydeligt forbrug af vikarer, enten som følge af, at der er vakante stillinger, eller at det ikke er lykkedes at besætte de ledige stillinger med den uddannelsesbaggrund og kompetence, der er en forudsætning for at løse opgaverne. Dette udgør en særlig udfordring i hjemmeplejen og på de midlertidige pladser på plejecenter Engholm.

Problemstilling med vikarer på området indgår i den generelle vikaranalyse som er under udarbejdelse som opfølgning på byrådets budgetforlig 2014-2017.

En særlig udfordring opleves på plejecenter Skovvang, hvor personalesammensætningen efter en politisk beslutning i 2012/2013 alene er baseret på sygeplejersker og assistenter. Her kan det være vanskeligt at rekruttere tilstrækkeligt med ansøgere, hvorfor der i perioder må anvendes vikarer og hjælpere til afløsning.

Generelt har Forvaltningen fokus på at arbejde med udfordringerne, ligesom der er planlagt et temamøde i ledergruppen for at drøfte og skabe initiativer, der kan støtte de fremtidige rekrutterings og fastholdelsestiltag fx gennem øget fokus på funktioner og kompetencer, forventningsafstemning, målrettet annoncering.

<b>Administrationens forslag</b>	Forvaltningen anbefaler, at udvalget tager orienteringen til efterretning.
<b>Afledte konsekvenser</b>	-
<b>Økonomi og finansiering</b>	-
<b>Dialog/høring</b>	Ældreråd og handicapråd.
<b>Bilag</b>	Nej
<b>Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 28-05-2014</b>	<hr/> Udvalget besluttede at genoptage sagen på mødet den 6. august 2014. Poul Albrechtsen (O) deltog ikke under punktets behandling. Der forelå høringssvar fra ældrerådet. Taget til efterretning.
<b>Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 06-</b>	Udvalget tog orienteringen til efterretning. Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.

**08-2014**

**Fraværende**

Poul Albrechtsen

**SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017****4. Afløsning i eget hjem opfølgning og evaluering af kvalitetsstandard**

Sagsnr.: 13/11111

**Punkttype** Orientering

**Tema** Udvalget orienteres om opfølgning, evaluering og antal timer i den godkendte kvalitetsstandard til afløsning i eget hjem, i henhold til beslutningen på Sundheds- og Velfærdsudvalgets møde den 6. september 2013. Udvalget besluttede på mødet den 28. maj 2014 at sagen skulle genoptages på mødet den 6. august 2014.

**Sagsbeskrivelse** Udvalget godkendte på mødet den 6. september 2013 en ny kvalitetsstandard vedrørende afløsning i hjemmet. Sagen blev rejst på baggrund af en Principafgørelse fra Ankestyrelsen, hvori det fastslås, at afløsning i hjemmet kan gives i form af praktisk hjælp eller personlig pleje, og at afløsning i hjemmet kan gives selv om der ikke er, eller kan, bevilges personlig og praktisk hjælp i hjemmet.

I forbindelse med godkendelsen af den nye standard blev det besluttet, at såvel indhold som anvendelse skulle evalueres på udvalgets møde i maj 2014.

Siden ibrugtagningen af kvalitetsstandarder har denne været anvendt af i alt 2 borgere. Derudover er flere borgere orienteret om muligheden, når det har været vurderet, at det kunne aflaste en familie.

En enkelt borger har efterspurgt afløsning om aftenen, hvilket ikke indgår i kvalitetsstandarder.

I alt har der været brugt 7 timer i 2013, og foreløbigt 4 timer i 2014 til ordningen.

Der har ikke været bemærkninger eller klager relateret til kvalitetsstandarder. Kvalitetsstandarder indgår i den årlige revision af kvalitetsstandarder og vil som udgangspunkt ikke blive ændret i år.

**Administrationens forslag** Forvaltningen foreslår, at udvalget tager orienteringen til efterretning.

**Afledte konsekvenser** -

**Økonomi og finansiering** Udgiften afholdes inden for budgettet afsat til Ældre- og Sundhed

---

<b>Dialog/høring</b>	Ældreråd og handicapråd.
<b>Bilag</b>	Kvalitetsstandard for afløsning i eget hjem Ankestyrelses afgørelse juli 2012.pdf
<b>Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 28- 05-2014</b>	<hr/> Udvalget besluttede at genoptage sagen på mødet den 6. august 2014. Poul Albrechtsen (O) deltog ikke under punktets behandling. Der forelå høringssvar fra ældrerådet. Taget til efterretning.
<b>Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 06- 08-2014</b>	Udvalget tog orienteringen til efterretning. Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.
<b>Fraværende</b>	Poul Albrechtsen



**SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017****5. Uanmeldt tilsyn på ældreområdet ved BDO 2014**

Sagsnr.: 14/7195

**Punkttype** Orientering**Tema** Udvalget orienteres om gennemført uanmeldt tilsyn hos den kommunale hjemmepleje, det private hjemmeplejefirma Cura Pleje, og de kommunale plejecentre. Tilsynene er foretaget af BDO Kommunernes Revision.

Der har endvidere været gennemført uanmeldt tilsyn ved Visitationen, som opfølgning på sidste års tilsynsbemærkninger.

**Sagsbeskrivelse** Der har været gennemført uanmeldt tilsyn i den kommunale hjemmepleje, plejecentrene, og hos kommunens private leverandører på området, idet der ifølge tilsynsaftalen foretages tilsyn af den kommunale hjemmepleje og af private leverandører, der leverer personlig pleje til mere end 10 borgere.

Der har endvidere været foretaget uanmeldt tilsyn ved Visitationen, hos borgere med væsentlig behov for personlig pleje. Tilsynet har været foretaget samtidig med hjemmeplejen og Cura Pleje har udført personlig pleje i dagtimerne. Formålet med tilsynet har været at følge op på tilsynsbemærkninger fra det uanmeldte tilsyn i 2013 ved BDO, og skabe dialog og læring hos visitationen, Hjemmeplejen og Cura pleje.

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

**Den kommunale hjemmepleje:** Godkendt, som kendetegnes ved at forholdene samlet set vurderes at være gode og tilfredsstillende.

BDO anbefaler, at Hjemmeplejen skal

- igangsætte initiativer, der sikrer at medarbejderne er bevidste om tilbagemeldingspligten ved ændringer i borgernes behov for pleje og hjælp.
- sikre at der er udarbejdet handleplaner for alle borgere, og undervise og vejlede medarbejderne, i hvorledes handleplaner udarbejdes handlevejledende, individuelt og er ajourført. Herunder også tager højde for både sundhedsfremme, behov for psykisk pleje og omsorg og praktisk støtte.

- igangsætte indsatser for at sikre målrettet opfølgning af dokumentation i kompetenceoversigter, og udarbejde procedurer for opfølgning af delegerede pleje- og sygeplejefaglige opgaver.

**Cura Pleje:** Godkendt, som kendetegnes ved at forholdene samlet set vurderes at være gode og tilfredsstillende.

BDO anbefaler, at Cura Pleje skal

- konkret følge op på en borgersag og arbejdsgange, i forhold til udeblivelse af hjælp til borger.
- udarbejde procedure for ajourføring af døgnrytmeplaner, der også indeholder en generel beskrivelse af borgere.
- undervise og vejlede medarbejderne i, hvorledes handleplaner udarbejdes så der er en beskrivelse af behov for psykisk pleje og omsorg. Anbefalingen er gentaget fra 2013.
- igangsætte indsatser for at sikre udarbejdelse af kompetenceoversigt og principper for delegering af komplekse plejeopgaver i kompetenceoversigter, og udarbejde procedurer for opfølgning af delegerede opgaver.

**Plejecenter Skovvang:** Godkendt, som kendetegnes ved at forholdene samlet set vurderes at være gode og tilfredsstillende.

BDO anbefaler, at Plejecenter Skovvang skal

- undervise og vejlede medarbejderne i, hvorledes døgnrytmeplaner udarbejdes og ajourføres handlevejledende, individuelt og døgndækkende. Herunder også tager højde for både sundhedsfremme og behov for psykisk pleje og omsorg.
- udarbejde døgnrytmeplaner med udgangspunkt i beboerens egne ressourcer, og hvordan disse inddrages, fremfor med udgangspunkt i hvad beboeren skal have hjælp til.
- drøfte hvordan døgnrytmeplanerne kan indeholde en generel præsentation af beboerne, og at der tages udgangspunkt i en helhedsbeskrivelse.

- udarbejde procedure for opfølgning af delegerede pleje- og sygeplejefaglige opgaver af kompleks art.

**Plejecenter Lyngehus:** Godkendt, som kendetegnes ved at forholdene samlet set vurderes at være gode og tilfredsstillende.

BDO anbefaler, at Plejecenter Lyngehus skal

- undervise og vejlede medarbejderne i, hvorledes døgnrytmeplaner udarbejdes handlevejledende og individuelt. Herunder drøfte hvorledes døgnrytmeplaner kan indeholde en præsentation af beboerne.
- drøfte hvordan døgnrytmeplanerne kan indeholde en generel præsentation af beboerne, og at der tages udgangspunkt i en helhedsbeskrivelse.
- udarbejde døgnrytmeplaner med udgangspunkt i beboerens egne ressourcer, og hvordan disse inddrages, fremfor med udgangspunkt i hvad beboeren skal have hjælp til.

**Plejecenter Mimosen:** Godkendt, som kendetegnes ved at forholdene samlet set vurderes at være gode og tilfredsstillende.

BDO anbefaler at Plejecenter Mimosen skal

- drøfte hvordan døgnrytmeplanerne kan indeholde en generel præsentation af beboerne, og at der tages udgangspunkt i en helhedsbeskrivelse.
- udarbejde døgnrytmeplaner med udgangspunkt i beboerens egne ressourcer, og hvordan disse inddrages, fremfor med udgangspunkt i hvad beboeren skal have hjælp til.
- udarbejde procedure for opfølgning af delegerede komplekse pleje og sygeplejefaglige opgaver, samt målrettet opfølgning af delegerede opgaver.

**Plejecenter Engholm:** Godkendt, som kendetegnes ved at forholdene samlet set vurderes at være gode og tilfredsstillende.

BDO anbefaler, at Plejecenter Engholm skal

- undervise og vejlede medarbejderne i, hvorledes døgnrytmeplaner udarbejdes handlevejledende og individuelt, også i forhold til beboernes behov for psykisk pleje og omsorg, således at de kan anvendes som et arbejdsredskab i hverdagen.
- drøfte hvordan døgnrytmeplanerne kan indeholde en generel præsentation af beboerne, og at der tages udgangspunkt i en helhedsbeskrivelse.
- udarbejde døgnrytmeplaner med udgangspunkt i beboerens egne ressourcer, og hvordan disse inddrages, fremfor med udgangspunkt i hvad beboeren skal have hjælp til.
- sikrer løbende opfølgning på delegering af komplekse plejeopgaver og sygeplejeopgaver

På baggrund af de uanmeldte tilsyn ved Visitationen anbefaler Visitationen at

- der fortsat udføres uanmeldte besøg hos borgere med komplekse behov og væsentlig pleje, for at sikre visitationsindsigt, fælles dialog, læring og kontinuerlig regulering i funktionsvurderinger og ydelsestildeling, tilsynene bør også foregå i aftentimerne.
- at leverandørerne fortsat arbejder med tilbagemeldinger omkring borgernes funktionsniveau, når det har betydning for den visiterede tid
- at leverandørerne er opmærksomme på at beskrive ændringer i handleplaner, og har opdateret triageskema.

Forvaltningens myndighedsafdeling vil følge op på tilsynene. På baggrund af ovenstående har den kommunale hjemmepleje, Cura Pleje og de kommunale plejecentre udarbejdet handleplaner for de ovenstående anbefalinger.

Visitationen har endvidere udarbejdet et notat med anbefalinger, på baggrund af de uanmeldte visitationsbesøg hos borgere med behov for væsentlig pleje.

Anbefalingerne behandles yderligere på det planlagte anmeldte tilsyn i november 2014.

<b>Administrationens forslag</b>	Forvaltningen anbefaler, at orienteringen tages til efterretning.
<b>Afledte konsekvenser</b>	-
<b>Økonomi og finansiering</b>	-
<b>Dialog/høring</b>	Ældreråd og handicapråd.
<b>Bilag</b>	Tilsynsrapport 2014 kommunal Hjemmepleje og Hjemmesygepleje Allerød Kommune endelig.pdf Handleplan Hjemmeplejen uanmeldt tilsyn.pdf Tilsynsrapport 2014 Cura Pleje Allerød kommune endelig.pdf Handleplan Cura Pleje uanmeldt tilsyn.pdf Tilsynsrapport 2014 Plejecentret Skovvang Allerød Kommune endelig.pdf Handleplan Skovvang uanmeldt tilsyn.pdf Tilsynsrapport 2014 Plejecenter Lyngehus Allerød kommune endelig.pdf Handleplan Lyngehus uanmeldt tilsyn.pdf Tilsynsrapport 2014 Plejecenter Mimosen Allerød kommune endelig.pdf Handleplan Mimosen uanmeldt tilsyn.pdf Tilsynsrapport 2014 Plejecenter Engholm Allerød kommune endelig.pdf Handleplan Engholm uanmeldt tilsyn.pdf Uanmeldt visitationsbesøg ved visitationen 2014.pdf
<b>Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 06-08-2014</b>	<hr/> Udvalget tog orienteringen til efterretning. Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.
<b>Fraværende</b>	Poul Albrechtsen

**SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017****6. Tidlig opsporing af borgere med kronisk sygdom**

Sagsnr.: 14/8749

**Punkttype** Orientering**Tema** Sundheds- og Velfærdsudvalgets blev på mødet den 26. marts 2014 orienteret om status på implementering af patientforløb for kronisk sygdom i Allerød. Udvalget orienteres om Forvaltningens indsats for tidlig opsporing af borgere med kronisk sygdom.**Sagsbeskrivelse** Allerød Kommune har implementeret patientforløbsprogrammer for KOL, type 2 diabetes, hjertekarsygdom, demens, lænderyglidelser og kræft. Kommunen har gjort sig mange erfaringer og har løbende tilrettet indsatserne ud fra gældende minimumsstandarder og borgernes behov.

Allerød Kommune oplever, at tilbud om patientuddannelse og rehabilitering primært styrker indsatsen for de borgere, som i forvejen er velfungerende. Socialt udsatte borgere, sårbare borgere og borgere fra lavere socialgrupper, som af forskellige årsager har svært ved at "passe" deres sygdom, deltager i mindre grad i kommunens tilbud.

For at imødekomme denne udfordring vil Forebyggelsesenheden i Allerød Kommune arbejde mere proaktivt, for at sikre:

- Tidlig opsporing af borgere, som endnu ikke har fået diagnosticeret deres kroniske sygdom
- Opsporing af borgere med livsstilssygdomme, som potentielt kunne have glæde af at deltage i kommunes forløbsprogrammer
- Viden fra de borgere, der fravælger at deltage i kommunens forebyggelsestilbud, for hermed at forsøge at målrette og skabe differentierede forebyggelsestilbud.

Forvaltningen finder det relevant at lave en tidsbegrænset indsats over for følgende målgrupper i 2014:

- Medarbejdere fra udvalgte mindre og mellemstore virksomheder i kommunen
- Borgere i almennyttige boligforeninger
- Borgere tilknyttet socialpsykiatrien
- Borgere tilknyttet hjemmeplejen

Borgerne tilbydes et sundhedstjek, der »sætter tal« på deres sundhed. Ud fra testresultaterne vil borgeren få vejledning i sund livsstil. Hvis borgerne har forhøjet blodsukkerværdier og/eller forhøjet blodtryk, vil de blive opfordret til at kontakte deres egen læge og få et lægeligt tjek.

Sundhedstjekket vil indeholde følgende test:

- Blodtryk
- Blodsukker
- Fedtprocent
- BMI

Indsatsen med tidlig opsporing indgår som en forventning i Sundhedsaftale III, hvor regionen vil sikre, at flere socialt udsatte, sårbare borgere og borgere fra lavere socialgrupper får samme adgang til forebyggelses- og rehabiliteringstilbud som andre borgere. Kommunerne har ansvar for at handle proaktivt, såfremt de vurderer, at borgerne er i risiko/eller har udviklet en kronisk sygdom.

Forvaltningen har udarbejdet en drejebog for indsatsen.

**Administrationens forslag** Forvaltningen anbefaler, at udvalget tager orienteringen til efterretning.

**Afledte konsekvenser** En proaktiv, opsøgende rekrutteringsstrategi til kommunes patientforløbsprogrammer kan være med til at opspore de borgere, som vanligvis ikke opsøger kommunale forebyggelsestilbud. Indsatsen vil derfor bidrage til at mindske den sociale ulighed i sundhed.

**Økonomi og finansiering** Indsatsen kan dækkes af det eksisterende budget for patientforløb og forebyggelse i 2014, da der aktuelt er mindre søgning til patientforløb end forventet.

**Dialog/høring** Ældreråd og handicapråd.

**Bilag** Tidlig opsporing drejebog 190614.pdf

---

**Beslutning** Udvalget tog orienteringen til efterretning.

**Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 06-08-2014** Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.

**Fraværende** Poul Albrechtsen

**SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017****7. Finanslov 2015 pulje til ældreområdet**

Sagsnr.: 14/634

**Punkttype** Beslutning**Tema** Udvalget anmodes om at tage beslutning om prioritering af temaer til ansøgningen til ældrepuljen for 2015. Udvalget besluttede på mødet den 28. maj 2014, at sagen skulle genoptages på mødet den 6. august 2014.**Sagsbeskrivelse** I forbindelse med Aftale om Finanslov for 2014 blev der afsat 1 mia. kr. årligt til en pulje til et permanent løft af indsatsen på det kommunale ældreområde. For Allerød Kommune er beløbet 4,2 mio. kr./årligt. De afsatte midler udmøntes til kommunerne for ét år af gangen.

Puljens målgruppe er ældre borgere, som har behov for hjælp. Det gælder både sårbare og udsatte ældre, der har et stort plejebehov og ældre, der med en målrettet rehabiliteringsindsats kan støttes til at klare sig selv.

Allerød Kommune har søgt og fået udmøntet det fulde beløb i alt 4,2 mio. kr. i 2014. Ansøgningen skete på baggrund af en politisk behandling på udvalgets møde d. 29. januar 2014.

På mødet besluttede udvalget at få belyst følgende emner frem mod ansøgningen for 2015:

- overvejelser om rengøring
- varmtvandsbassin
- hospice
- samarbejde med frivillige
- mad/ernæring i et bredere perspektiv
- normeringer på plejecenter
- velfærdsteknologi.

Forvaltningen har udarbejdet et notat til brug for de videre drøftelser, idet det skal bemærkes, at i alt 3.305.004 kr. af 2015 beløbet er anvendt til ansættelse af personale i 2014, personale der i henhold til den politiske beslutning skal fortsætte i 2015 og frem.

Således udgør det beløb, der kan ansøges om i 2015 i forhold til nye områder 894.966 kr.

Med afsæt i det disponible beløb for 2015 og Forvaltningens gennemgang af emnerne for ansøgningen til 2015, er det Forvaltningens vurdering, at normeringerne på plejecentrene må prioriteres højest.



Det er samtidig Forvaltningens vurdering, at det ikke er hensigtsmæssigt, at gå videre med planer for varmtvandsbassin eller etablering af hospice i regi af ældrepuljen, idet det vurderes, at udgiften til disse emner er væsentligt højere end det beløb, der er afsat til kommunens andel af ældrepuljen, ligesom det er usikkert om emnerne opfylder kriterierne for puljens anvendelse.

<b>Administrationens forslag</b>	Forvaltningen anbefaler at: <ol style="list-style-type: none"><li>1) udvalget drøfter og prioriterer de emner, der skal indgå i ansøgningen for ældrepuljen 2015 og</li><li>2) udvalget prioriterer, at normeringer på plejecentre skal indgå i ansøgningen.</li></ol>
<b>Afledte konsekvenser</b>	-
<b>Økonomi og finansiering</b>	Der er ikke foretaget konkrete økonomiske beregninger for de enkelte emner. Dette vil ske efterfølgende på baggrund af udvalgets beslutning.
<b>Dialog/høring</b>	Ældreråd og handicapråd
<b>Bilag</b>	Finanslov 2015 notat med temaer
<b>Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 28-05-2014</b>	<hr/> <p>Udvalget besluttede at genoptage sagen på mødet den 6. august 2014.</p> <p>Poul Albrechtsen (O) deltog ikke under punktets behandling.</p> <p>Der forelå høringssvar fra ældrerådet. Taget til efterretning.</p>
<b>Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 06-08-2014</b>	<p>Udvalget besluttede at genoptage sagen med konkret formålsbeskrivelse, hvis restbeløbet fordeles til normeringer på plejecentre og til omsorg for svage hjemmeboende borgere.</p> <p>Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.</p>
<b>Fraværende</b>	Poul Albrechtsen

**SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017****8. Status og fremtidigt behov for demensboliger**

Sagsnr.: 09/37048

**Punkttype** Beslutning

**Tema** Udvalget anmodes om at foretage beslutning om at oversende forslag til at imødekomme behovet for demensboliger i Allerød Kommune til budgetforhandlingerne 2015-2018. Det er en opfølgning på udvalgets drøftelse den 30. april 2014 under behandlingen af sagen vedrørende status og fremtidig anvendelse af ældre- og plejeboliger.

**Sagsbeskrivelse** I sagen vedrørende status og fremtidig anvendelse af ældre- og plejeboliger som udvalget behandlede den 30. april 2014 fremgik det, at behovet for såvel plejeboliger som demensboliger er stigende. Dette er en følge af den demografiske udvikling med stadig flere borgere over 75 år, en øget udvikling af antallet af borgere med demens, samt de krav og forventninger, der er i såvel Sundhedsaftale III, som i udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen. Alene demografiudviklingen i Allerød Kommune viser i befolkningsprognosen en stigning på godt 45 % i antallet af borgere +75 år frem mod 2020.

Den aktuelle status viser, at der i juni 2014 er 18 borgere heraf 6 demente, der er godkendt til en plejebolig, og at alle eksisterende boliger er udlejet. Det skal tilføjes, at det er planlagt at åbne 20 boliger på Skovvang fra 1. september 2014.

Konkret vurderer Forvaltningen, at der er brug for såvel en løsning af den aktuelle situation med et øget behov for demenspladser, samt en mere langsigtet løsning, idet antallet af borgere, der udvikler demens stadig er stigende.

Forvaltningen har udarbejdet et notat om behovet for demenspladser og har opsummeret tre overordnede modeller til at imødekomme det voksende behov for demenspladser i Allerød Kommune.

A) at der snarest muligt etableres minimum 10 nye demenspladser i eksisterende bygningsmasse fx Engholm, evt. som en midlertidig løsning. Disse pladser placeres organisatorisk som en del af Mimosen for at sikre stordriftsfordele, kvalitet, kompetencer, rekruttering, fælles ledelse og fleksibilitet. Dog vil der være ulemper i form af vagtdækning, transport m.m., når en virksomhed er fordelt på to adresser. Etableringen af disse pladser vil sikre bedre tilbud til de demente borgere, der venter på en bolig, medvirke til stærkere faglige kompetencer og mindre pres på de midlertidige pladser samt mere personale trivsel. Derudover kan det give en midlertidig udnyttelse af de tomme boliger på grøn gang på Engholm. Det vurderes, at der er et mindre behov for at tilpasse arealet

til den nye målgruppe, hvilket vil skulle aftales med boligorganisationen såfremt denne løsning vælges.

B) at der etableres ca. 40 nye demensboliger, hvori der er indeholdt 2 pladser til særlig udadreagerende demente, et aktivitetstilbud samt aflastningstilbud. De 40 boliger organiseres som en selvstændig virksomhed eller placeres organisatorisk som en del af Mimosen. Det vil sikre bedre tilbud til de demente borgere, der venter på en bolig, medvirke til stærkere faglige kompetencer og mindre pres på de midlertidige pladser. Det kan give højere personale trivsel.

eller

C) at der opføres ca. 65 nye demensboliger, hvori der er indeholdt 2 pladser til særlig udadreagerende demente, et aktivitetstilbud samt aflastningstilbud, idet at disse organiseres som en selvstændig virksomhed. Mimosen forventes at kunne integreres i denne virksomhed og Mimosen nedlægges. En enhed på 65 boliger vurderes at give en mere effektiv og rationel drift på grund af virksomhedens størrelse og kan samtidig sikre en løsning i fremtiden på baggrund af den forventede udvikling af demens. Det vil på sigt sikre bedre tilbud til de demente borgere give mulighed for stærkere faglige kompetencer. Mindre pres på midlertidige pladser og bedre personale trivsel.

På baggrund af ovennævnte foreslår Forvaltningen:

1. at der åbnes 10 pladser på Engholm ”grøn gang” primo 2015, og at disse bevares indtil de 40 – 65 nye pladser kan åbnes.
2. at arbejdet og processen med at etablere 40 – 65 nye pladser startes i Forvaltningen, idet det planlægges at kunne fremlægge et konkret forslag med mål og tidsplan i 2015.

**Administrationens forslag** Forvaltningen anbefaler, at:

1. Udvalget oversender sagen til budgetforhandlingerne 2015-2018 med anbefaling af forslag 1 og
2. Udvalget godkender, at Forvaltningen arbejder videre med forslag 2.

**Afledte konsekvenser** -

**Økonomi og finansiering**

Forslag 1.  
Indflytningsklargøring/rammer (anlæg) ca. 1.000.000 kr. (engangsudgift) i 2015.

Estimeret driftsudgift på servicerammen ca. 5.500.000 kr. pr. år fra 2015.

Estimeret besparelse på servicerammen for hjemmeboende borgere i Allerød Kommune ca. 3.000.000 kr. pr. år fra 2015.

Estimeret besparelse på tomgangsleje ca. 900.000 kr. pr. år fra 2015.

Samlet set giver det en nettodriftsudgift i 2015 på 1.332.800 kr. med forventet ibrugtagning i marts 2015. Således er der i 2015 brug for 2.332.800 kr. pga. klargøringsudgifterne og 1.600.000 kr. i årene 2016-2018.

**Forslag 2**

Den overordnede økonomi i forhold til forslaget er ikke endelig beregnet, men i forhold til de foreløbige estimater på serviceudgifterne i forbindelse med nye pladser er der foretaget følgende skøn:

Estimeret driftsudgift på servicerammen pr. demensplads ca. kr. 550.000 kr. pr. år/beboer

Estimeret besparelse på servicerammen for hjemmeboende borgere fra Allerød Kommune ca. 300.000 kr./år/beboer

Forventet anlægsudgift er ikke estimeret for forslag 2.

**Dialog/høring**

Ældreråd og handicapråd

**Bilag**

Demens notat til SVU 060814 - rev  
Forslag til placering af demensboliger og eller ældreboliger

**Beslutning Sundheds- og**

Notat af 15. juli 2014 om forslag til placering af demensboliger og/eller ældreboliger udsendt inden mødet.

**Velfærdsudvalget  
2014-2017 den 06-  
08-2014**

Udvalget godkendte Forvaltningens forslag 1 og 2.

Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.

**Fraværende**

Poul Albrechtsen

**SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017****9. Strukturanalyse Ældre og Sundhed 2014, opfølgning**

Sagsnr.: 13/18873

**Punkttype** Beslutning**Tema** Udvalget anmodes om at foretage indstilling om at oversende forslag til opfølgning på strukturanalysen på Ældre- og Sundhedsområdet til budgetforhandlingerne 2015-2018.**Sagsbeskrivelse** Udvalget besluttede på mødet den 28. maj 2014, at Forvaltningen skulle udarbejde en sag med fokus på konklusion 1: Organisatorisk placering af hjemmesygeplejen, konklusion 2: Organisatorisk placering af midlertidige pladser og evt. akutpladser, konklusion 3: Udnyttelse af terapeut-kompetencer, hvor fokus skal være på integration af terapeuter på tværs af organisationen, og på konklusion 4: Fokus på ledelse og konklusion 8: Dokumentationsarbejdet opleves som tungt og tidskrævende, som opfølgning på strukturanalysen udarbejdet af Rambøll og som input til effektiviseringskataloget.

På baggrund af udvalgets drøftelser har Forvaltningen udarbejdet et notat med forslag til anbefalinger for det videre arbejde med de konklusioner fra strukturanalysen, der blev prioriteret i udvalgets drøftelse.

Der er ikke foretaget en konkret vurdering af konsekvenserne, idet disse knytter sig til den kommende proces og dens resultater.

Forvaltningen vurderer, at det er nødvendigt med en investering i 2015, til opfølgning på analysen med henblik på at opnå effektiviseringsgevinster i årene 2016-2018.

Det forventes, at en gennemførelse af de beskrevne anbefalinger desuden vil styrke ældre- og sundhedsrådets organisering og drift frem mod de kommende års udvikling og krav til det borgernære sundhedsvæsen, herunder med et særligt fokus på udvikling af arbejdsgange og ydelser, der frigør flest mulige ressourcer set i lyset af den demografiske udvikling med flere ældre i de kommende år.

Forvaltningen foreslår, at

1) der i 2015 afsættes et årsværk til at varetage det videre arbejde med de prioriterede konklusioner og anbefalinger fra strukturanalysen, og at ressourcer til det afsatte årsværk anvendes til at ansætte en udviklingskonsulent i et år, og

2) at de umiddelbare tilgængelige indsatser og diverse former for

forarbejde til processen startes snarest muligt, og at der udarbejdes en beskrivelse af processen med mål, succeskriterier og tidsplan, og

3) at finansieringen af det foreslåede årsværk indarbejdes i Forvaltningens budget for 2015, som en del af effektiviseringskataloget, idet en finansiering i 2015 forventes, at kunne skabe effektiviseringsgevinster fra 2016-2018.

4) at endelig estimering af effektiviseringspotentialer som resultat af indsatser på baggrund af strukturanalysen beregnes, når evt. effekter af processen er afklarede, idet de aktuelle estimerede beløb beror på et forsigtigt skøn.

<b>Administrationens forslag</b>	Forvaltningen anbefaler, at udvalget indstiller at forslag 1-4 indgår som en del af effektiviseringskataloget og oversendes til budgetforhandlingerne 2015-2018.
<b>Afledte konsekvenser</b>	-
<b>Økonomi og finansiering</b>	<p>I effektiviseringskataloget for SVU pr. juni 2014 er der som følge af Forvaltningens anbefaling indarbejdet følgende skøn over økonomi/finansiering.</p> <p>I 2015: merudgift på 500.000 kr. I årene 2016-2018: effektiviseringspotentialer på 250.000 kr. pr. år.</p>
<b>Dialog/høring</b>	Ældreråd og handicapråd
<b>Bilag</b>	Strukturanalyse Ældre og Sundhedsområdet, udvalgets prioriteringer.pdf
<b>Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 06-08-2014</b>	<hr/> <p>Udvalget godkendte Forvaltningens forslag.</p> <p>Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.</p>
<b>Fraværende</b>	Poul Albrechtsen

**SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017****10. Effektiviseringskatalog**

Sagsnr.: 13/18373

**Punkttype** Beslutning

**Tema** Fagudvalgene præsenteres for effektiviseringskataloget vedr. budget 2015 – 2018 og anmodes om at foretage en prioritering af effektiviseringstiltagene og supplere med nye forslag til effektiviseringer. Udvalget besluttede på mødet den 28. maj 2014 at sagen skulle genoptages på mødet den 6. august 2014.

**Sagsbeskrivelse** Budgetforliget for 2014-2017 indebærer, at kommunens driftsudgifter skal reduceres. Fra 2015 og frem er der budgetteret med årlige effektiviseringskrav på 8 mio. kr. hvert år, svarende til samlet set 8 mio. kr. i 2014, 16 mio. kr. i 2015 og 24 mio. kr. i 2017 og frem. Det svarer til et årligt effektiviseringskrav på 0,6 pct. af kommunens driftsudgifter.

I budgetstrategien har Økonomiudvalget vedtaget følgende proces:

- Økonomiudvalget præsenteres i maj 2014 for et effektiviseringskatalog på 8, 16 og 24 mio. kr.
- Økonomiudvalget tager i maj 2014 stilling til hvilke effektiviseringstiltag, fagudvalgene skal arbejde videre med. Samtidig tager Økonomiudvalget stilling til fordelingen af effektiviseringstiltagene på udvalgsniveau.
- Det videre arbejde med ideerne i effektiviseringskataloget sker herefter i fagudvalgene, idet tværgående initiativer forankres i Økonomiudvalget. I maj til august 2014 analyseres ideerne i mulighedskataloget, og fagudvalgene supplerer med nye forslag til effektivisering af driften.
- I august 2014 indstiller fagudvalgene en prioritering af effektiviseringstiltag, som oversendes til budgetforhandlingerne.

Økonomiudvalget besluttede på møde den 13. maj 2014, at effektiviseringstiltagene sendes til videre behandling i fagudvalgene,



som foretager en prioritering af effektiviserings-tiltagene.

Vedhæftet som bilag er effektiviseringskatalog på udvalgets område.

**Administrationens forslag** Forvaltningen anbefaler, at fagudvalgene supplerer med nye forslag til effektiviseringer og foretager en prioritering af hvilke effektiviseringstiltag, der skal oversendes til budgetforhandlingerne.

**Afledte konsekvenser** -

**Økonomi og finansiering** -

**Dialog/høring** -

**Bilag** SVU effektiviseringskatalog.pdf

---

**Beslutning** Udvalget besluttede at genoptage sagen på mødet den 6. august 2014.

**Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 28-05-2014** Poul Albrechtsen (O) deltog ikke under punktets behandling.

Der forelå høringssvar fra ældrerådet. Taget til efterretning.

**Beslutning** Udvalget godkendte Forvaltningens forslag med bemærkning om at antallet af Ældrerådets medlemmer foreslås fastsat til 7 personer, og med tilføjelse af beslutning fra sag nr. 9, Strukturanalyse Ældre og Sundhed 2014 opfølgning, om at indarbejde et årsværk på 500.000 kr. som merudgift i 2015 med henblik på at opnå effektiviseringspotentiale på 250.000 kr. pr. år i årene 2016-2018.

Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.

**Fraværende** Poul Albrechtsen

**SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017****11. Budgetanalyse - benchmark sociale område**

Sagsnr.: 14/9749

**Punkttype** Orientering

**Tema** Økonomiudvalget godkendte den 21. januar 2014 kommissorium for budgetanalysen vedrørende benchmark på det sociale område. På baggrund heraf har Forvaltningen udarbejdet notat, der forelægges til orientering for Sundheds- og Velfærdsudvalget og Børn- og Skoleudvalget.

**Sagsbeskrivelse** I budgetforliget for 2014 – 2017 indgår, at der skal gennemføres en analyse i form af en benchmarking af de sociale udgifter på børne- og voksenområdet sammenlignet med andre kommuner.

På baggrund heraf har Forvaltningen udarbejdet analyse, der beskriver Allerød Kommunes udgifter i forhold til 5 andre kommuner, som er sammenlignelige i forhold til størrelse, befolkningssammensætning mm. Analysen indeholder de væsentligste udgifter på både børn- og ungeområdet, samt voksenområdet. Analysen tager afsæt i offentligt tilgængelige oplysninger, herunder oplysninger om udgiftsniveau, enhedsomkostninger samt antal.

Benchmarking analysen udarbejdet af Forvaltningen, samt notat udarbejdet af de 29 kommuner i Region Hovedstaden ”Sammenligning af udgifter til voksne med særlige behov” er vedlagt som bilag til punktet.

**Administrationens forslag** Forvaltningen anbefaler, at udvalget tager orienteringen til efterretning.

**Bilag** Budgetanalyse - benchmark social område  
Benchmark voksenområdet.pdf

---

**Beslutning** Udvalget tog orienteringen til efterretning.  
**Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 06-08-2014**

**Fraværende** Poul Albrechtsen



**SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017****12. Budgetforlig 2014-2017: Analyse af svage IT-brugere**

Sagsnr.: 14/11796

**Punkttype** Orientering**Tema** Økonomiudvalget godkendte den 21. januar 2014 kommissorium for budgetanalysen vedrørende analysen af eksisterende tilbud til svage IT brugere samt etablering af nye tilbud i samarbejde med biblioteket, Borgerservice, Senior IT mfl.**Sagsbeskrivelse** I budgetforliget for budget 2014-2017 indgår, at der skal udføres en analyse af eksisterende tilbud til svage it - brugere samt etablering af nye tilbud i samarbejde med biblioteket, Borgerservice, Senior IT. mfl.

Formålet med analysen er at få en beskrivelse af, hvordan Allerød Kommune samlet set kan sikre, at der er den nødvendige hjælp til rådighed til svage it- brugere.

Efterfølgende denne beslutning om en analyse, er der fra national side iværksat tiltag omkring digital post. Allerød Kommune har i den forbindelse etableret et projekt omkring digital post. Projektet følger de overordnede anbefalinger fremsat af Kommunernes Landsforening (KL).

Projekt ”digital post” varetager således store dele af den ønskede analyse og skal sikre den kommunale vejledningsforpligtelse af virksomheder og borgere omkring digital postkasse som pr. 1. november 2014 bliver obligatorisk i Danmark, samt om muligheden for at søge fritagelse midlertidigt eller varigt.

Projekt ”digital post” har allerede iværksat flere borgerrettede tiltag blandt andet kampagner i bymiljøet og tilbud til borgere i forbindelse med henvendelser i Borgerservice. På nuværende tidspunkt er projektet i en fase, hvor der afdækkes behov for yderligere tiltag.

Da det igangværende projekt omfatter samme deltagerkreds / målgruppe, er det vurderet at være mest hensigtsmæssigt at lade analysen indgå i projektet som følger de anbefalede nationale tiltag, som varetages i projektet ”digital post”.

**Administrationens forslag** Forvaltningen anbefaler, at udvalget tager orienteringen til efterretning, idet der gives en status på projektets arbejde på mødet i september 2014.

**Dialog/høring** Ældre-og Handicaprådet

**Bilag** Nej

**Beslutning** Udvalget tog orienteringen til efterretning, idet der gives en status på  
**Sundheds- og** projektet på mødet den 17. september 2014.

**Velfærdsudvalget** Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.  
**2014-2017 den 06-08-2014**

**Fraværende** Poul Albrechtsen

**SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017****13. Styringsaftale for det specialiserede socialområde og specialundervisning**

Sagsnr.: 11/13781

**Punkttype** Beslutning

**Tema** Kommunerne overtog i 2011 ansvaret for koordineringen af det specialiserede socialområde. Koordineringen af området omfatter ansvaret for udarbejdelse af en årlig rammeaftale for det specialiserede socialområde samt specialundervisningsområdet, der består af en udviklingsstrategi og en styringsaftale. Sundheds- og Velfærdsudvalget behandlede udviklingsstrategien på mødet den 30. april 2014. Udviklingsstrategien blev godkendt den 20. maj 2014 i Allerød Byråd.

KKR Hovedstaden har behandlet det vedlagte udkast til styringsaftale den 11. juni 2014, hvor KKR anbefalede aftalen til godkendelse i kommunalbestyrelserne inden den 30. september 2014.

Sagen skal afgøres i byrådet efter indstilling fra Børn- og Skoleudvalget og Sundheds- og Velfærdsudvalget.

**Sagsbeskrivelse** Kommunerne fik med bekendtgørelse nr. 205 af 13. marts 2011 ansvaret for koordineringen af det specialiserede socialområde og med bekendtgørelse nr. 381 af 28. april 2012 ansvaret for koordineringen af specialundervisningsområdet. Koordineringen omfatter ansvaret for udarbejdelse af en årlige rammeaftale, der består af en udviklingsstrategi og en styringsaftale.

Formålet med styringsaftalen er at medvirke til at rammesætte kapacitets- og prisudviklingen i det kommende år for de omfattende tilbud i kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden.

Indførelsen af styringsaftaler har til formål at øge bevidstheden om og stillingtagen til de styringsmæssige konsekvenser af, at kommunerne på det specialiserede socialområde er afhængige af at købe og sælge pladser på sociale tilbud på tværs af kommunegrænserne og af Region Hovedstaden.

**Styringsaftalen skal indeholde følgende elementer**

- Aftaler om prisudvikling i taksterne for tilbud omfattet af aftalen
- Aftaler om prisstruktur for de omfattede tilbud
- Aftaler om frister for afregning for brug af tilbud

- Aftaler om oprettelse og lukning af tilbud og pladser
- Aftaler om principper for eventuel indregning af driftsherrens udgifter ved oprettelse og lukning af tilbud og pladser aftalt i rammeaftaleregiet
- Tilkendegivelse fra kommunalbestyrelserne om overtagelse af regionale tilbud og fastlæggelse af, i hvilket omfang overtagne tilbud skal stå til rådighed for de øvrige kommuner.
- Angivelse af, hvilke konkrete tilbud der er omfattet af styringsaftalen.

Allerød Kommune har indarbejdet elementerne fra styringsaftalen indenfor de relevante områder.

**KKR Hovedstaden opfordrer til at kommunerne arbejder systematisk med følgende områder:**

- At kommuner som køber ydelser (brugersiden) har fokus på at gennemføre styringsmæssige tiltag, som sikrer effektiv ressourceudnyttelse, herunder grundig udredning og match af tilbud, systematisk opfølgning på sager ift. effekt og økonomi, aktiv anvendelse af kvalitetsstandarder mv.
- At kommunerne har fokus på faglig metodeudvikling og kompetenceudvikling af medarbejderne på brugersiden.
- At driftsherren har fokus på udvikling og omlægning af tilbud, der imødekommer den fremtidige efterspørgsel efter fleksible tilbud og indsatser med fokus på borgernes udvikling.
- At driftsherren arbejder målrettet med anvendelse af differentierede taksterne indenfor de eksisterende rammer i styringsaftalen.
- At driftsherren har fokus på at udvikle tilbuddene, så de kan dokumentere effekterne af indsatsen
- At driftsherrerne har fokus på faglig metodeudvikling og kompetenceudvikling af medarbejderne.

For at understøtte et stort fokus på ovenstående områder, er der nedsat to arbejdsgrupper, der skal sikre implementering og analyse af takster med repræsentanter fra både kommuner og region.

Styringsaftale er vedhæftet som bilag, der er derudover 5 tilhørende bilag, som kan læses på [rammeaftale-h.dk/da/rammeaftale/rammeaftale-2014](http://rammeaftale-h.dk/da/rammeaftale/rammeaftale-2014)

<b>Administrationens forslag</b>	Forvaltningen anbefaler, at udvalget indstiller den vedlagte styringsaftale for 2015 godkendt i byrådet.
<b>Afledte konsekvenser</b>	Der er ingen konsekvenser for Allerød Kommune
<b>Økonomi og finansiering</b>	Der er ingen økonomiske konsekvenser for Allerød Kommune
<b>Dialog/høring</b>	Handicaprådet
<b>Bilag</b>	Hovedstadsregionens Styringsaftale i Rammeaftale 2015.pdf
<b>Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 06- 08-2014</b>	<hr/> Udvalget indstiller Forvaltningens forslag godkendt i byrådet.
<b>Fraværende</b>	Poul Albrechtsen



**SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017****14. Borgerbudgetter - erfaringer i Danmark**

Sagsnr.: 14/7938

**Punkttype** Beslutning

**Tema** Udvalget besluttede på mødet den 4. oktober 2013 at afvente mere uddybende erfaringer med borgerbudgetter i Danmark, idet puljen på 25.000 kr. blev videreført til 2014 med henblik på en samlet pulje på 50.000 kr. til et eventuelt pilotforsøg med borgerbudget i Allerød Kommune. Udvalget anmodes om at træffe beslutning om, hvorvidt der skal igangsættes et pilotforsøg med borgerbudget i Allerød Kommune. Udvalget besluttede på mødet den 28. maj 2014, at sagen skulle genoptages på mødet den 6. august 2014.

**Sagsbeskrivelse** Borgerbudgetter er overordnet en metode, hvor det handler om at skabe mere direkte borgerdeltagelse og ejerskab til et afgrænset lokalområde typisk. Metoden er primært afprøvet i udlandet og i Danmark er der på nuværende tidspunkt kun meget få eksempler på deciderede borgerbudgetter.

Et borgerbudget betyder, at borgerne i et bestemt område reelt får mulighed om at gå sammen om et projekt og stemme om, hvilket borgerstyret initiativ som skal iværksættes. Metoden betyder, at politikere må afgive beslutningskompetencen i forhold til, hvilket initiativ der skal støttes. Dette er en væsentlig forskel fra puljestøttede aktiviteter. Forvaltningen har udarbejdet et notat med de seneste erfaringer med borgerbudgetter i Danmark som er vedlagt i bilag.

Generelt er erfaringerne, at inddragelse af et lokalsamfund kræver tid og gentagelse. Derudover viser det sig, at den økonomiske ramme for borgerbudgetter som er afsat øvrige steder i Danmark er væsentligt større end det som er afsat i Allerød Kommune. Dertil kommer, at der i forbindelse med en proces med borgerbudgetter må forventes et betydeligt administrativt ressourceforbrug til at gennemføre og understøtte en proces imod endelig afstemning og efterfølgende opfølgning i et bestemt område af kommunen, samt eventuel gentagelse af afstemning.

I Kolding Kommune har budgettet pt. været fastlagt til 150.000 kr. i 2013 og yderligere 150.000 kr. i 2014, derudover er anvendt ressourcer samt udviklingspuljer udover dette beløb på den administrative understøttelse af processen. I Hedensted Kommune er det samlede budget på 240.000 kr. i 2014, fordelt på 4 lokalområder af 60.000 kr. og

et tilsvarende beløb forventes afsat i 2015. I Hedensted Kommune har det vist sig, at beløbet på 60.000 kr. har været tilstrækkeligt til at skabe lokalt engagement, men det har været centralt, at der har været flere tiltag i gang på samme tid flere steder i kommunen. I Fredensborg Kommune er der afsat en pulje til medborgerskab på 250.000 kr.

På den baggrund har Forvaltningen opstillet følgende beslutningsforslag.

- 1) Planerne for udmøntning af borgerbudgetter indstilles, og det afsatte budget udmøntes i en ansøgningsrunde til at støtte nye frivillige initiativer i Allerød Kommune i efteråret 2014 indenfor den økonomiske ramme.
- 2) Planerne for borgerbudgetter oversendes til budgetforhandlingerne med henblik på at få afsat 100.000 kr. til et forløb med borgerbudget i byrådsregi i perioden 2015-2018
- 3) Der udmøntes en medborgerskabspulje på 50.000 kr. fx. i forbindelse med frivillighedsdagen, frivillig fredag den 26. september 2014.

**Administrationens forslag** Forvaltningen anbefaler, at udvalget godkender forslag 1

**Afledte konsekvenser** -

**Økonomi og finansiering**

- 1) Afholdes inden for rammen af det afsatte budget til frivilligt socialt arbejde i 2014
- 2) Der er i 2014 afsat en pulje på 50.000 kr. af § 18 midlerne til frivilligt socialt arbejde til dette formål. Der er ikke afsat yderligere budget i 2015-2018
- 3) Afholdes inden for rammen af det afsatte budget til frivilligt socialt arbejde i 2014.

**Dialog/høring** Ældreråd og handicapråd

**Bilag** Erfaringer med borgerbudgetter 2014.pdf

---

**Beslutning** Udvalget besluttede at genoptage sagen på mødet den 6. august 2014.

**Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 28-05-2014** Poul Albrechtsen (O) deltog ikke under punktets behandling.

Der forelå høringssvar fra ældrerådet. Taget til efterretning.

**Beslutning**  
**Sundheds- og**  
**Velfærdsudvalget**  
**2014-2017 den 06-**  
**08-2014**

Udvalget godkendte forslag 1, med anbefaling om at borgerbudgetter indgår i byrådets arbejde med visioner og borgerinddragelse.

Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.

**Fraværende** Poul Albrechtsen

**SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017****15. Fælleskommunal § 18 pulje til frivilligt socialt arbejde afgørelser 2014**

Sagsnr.: 14/9321

**Punkttype** Orientering**Tema** Udvalget orienteres om fordelingen af midler fra den Fælleskommunale § 18 pulje til frivilligt socialt arbejde i Nordsjælland for 2014.**Sagsbeskrivelse** Allerød Kommune deltager i den Fælleskommunale § 18 pulje til frivilligt socialt arbejde i Nordsjælland efter beslutning i Sundheds- og Velfærdsudvalget den 26.10.2010. Udover Allerød deltager kommunerne, Fredensborg, Frederikssund, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hørsholm og Hillerød. Halsnæs Kommune har i 2014 haft sekretariatsfunktionen.

Den 26. juni 2014 har tildelingsudvalget afholdt møde og truffet afgørelse om fordelingen af midler i 2014. Der er i år modtaget 30 ansøgninger med et samlet ansøgningsbeløb på 1.023.624 kr. mens der har været 316.900 kr. til rådighed i puljen til fordeling.

Ved behandling af ansøgningerne er der lagt vægt på følgende kriterier.

- Der skal være tale om frivilligt socialt arbejde
- Tilbuddene skal være relevante for - og kunne benyttes af borgere i de tilknyttede kommuner
- Aktiviteten skal rette sig mod borgere i mere end én kommune
- Aktiviteterne prioriteres i forhold til nyskabende tiltag
- Ansøgere skal gøre rede for, om man har søgt og opnået støtte andre steder
- Tildeling sker ud fra helhedsvurdering af behov og økonomi

Der er bevilget tilskud til:

<b>Ansøger</b>	<b>Bevilget kr.</b>
Forældreforeningen: Vi har mistet et barn	10.000,-
PTU Nordsjælland	13.000,-
Offerrådgivningen Nordsjælland	10.000,-
Børns Vilkår	20.000,-
Bedre Psykiatri	10.000,-
Atopisk Eksem forening	5.000,-

DBO Patientforening	4.000,-
Hjernesagen i Nordsjælland	50.000,-
Døveforeningen af 1866	10.000,-
Parkinsonforeningen, Kreds Nordsjælland	10.000,-
Styrk din krop netværket	12.500,-
KLO – Kultur- og litteratur orientering for synshandicappede	8.000,-
Sind-Nordsjælland	50.000,-
Slaraffenlejr	10.000,-
Nyreforeningen Nordsjælland	10.000,-
Tandemklubben Nordsjælland	10.000,-
OK-klubben, Hillerød	5.000,-
Osteoproseforeningen afd. Nordsjælland	5.000,-
Depressionsforeningen	10.000,-
”Klub Beethoven”	11.000,-
Bisiddergruppen Nordsjælland	10.000,-
Diabetes Lokalforening i kommunerne Fredensborg, Gribskov, Helsingør, Hillerød og Hørsholm	16.000,-
Ordblindeforeningen i Danmark	12.000,-
<b>I alt kr.</b>	<b>311.500</b>

Tildelingsudvalget har i 2014 bestået af: Hørsholm Kommune, Hillerød Kommune, Fredensborg Kommune, Gribskov Kommune og Allerød Kommune.

Sekretariatsfunktionen går på skift imellem de deltagende kommuner. Tilskuddet til puljen er fastsat til 1 kr. pr. borger. Allerød Kommune har i år bidraget med 24.000 kr.

**Administrationens forslag** Forvaltningen foreslår, at udvalget tager orienteringen til efterretning.

**Afledte konsekvenser** -

**Økonomi og finansiering** Der er i 2014 afsat 24.000 kr. til deltagelsen i puljen ud af det afsatte budget til § 18 støtte til frivilligt socialt arbejde på 341.000 kr.

**Dialog/høring** Ældre råd og handicapråd.

**Bilag**

Nej

**Beslutning  
Sundheds- og  
Velfærdsudvalget  
2014-2017 den 06-  
08-2014**

---

Udvalget tog orienteringen til efterretning.

Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.

**Fraværende**

Poul Albrechtsen

**SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017****16. Drøftelse af dialogmøde med Ældrerådet**

Sagsnr.: 14/7590

**Punkttype** Orientering**Tema** Udvalget har ønsket at drøfte dialogmødet med Ældrerådet, som blev afholdt den 28. maj 2014.**Sagsbeskrivelse** Sundheds- og Velfærdsudvalget afholdt den 28. maj 2014 et dialogmøde med Ældrerådet. Mødet var det første møde mellem Sundheds- og Velfærdsudvalget og Ældrerådet efter konstitueringen. På mødet blev det aftalt at afholde et nyt møde i efteråret i 2014.

Den 20. maj 2014 godkendte Allerød Byråd vedtægter for Ældrerådet for perioden 2014-2017 heri indgår, at der skal afholdes et møde med Sundheds- og Velfærdsudvalget om året.

Udvalget tager en drøftelse af mødet med Ældrerådet.

**Administrationens forslag** Forvaltningen anbefaler, at orienteringen tages til efterretning.**Afledte konsekvenser** -**Økonomi og finansiering** -**Dialog/høring** -**Bilag** Nej**Beslutning  
Sundheds- og  
Velfærdsudvalget  
2014-2017 den 06-  
08-2014**

Udvalget tog orienteringen til efterretning.

**Fraværende** Poul Albrechtsen

Signeret af:

---

Birgitte A. Rasmussen  
*Formand*

---

Gurli Nielsen  
*Medlem*

---

Henriette Gedde  
*Medlem*

---

Olav B. Christensen  
*Medlem*



**Bilag: 4.1. Kvalitetsstandard for afløsning i eget hjem**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 64960/13

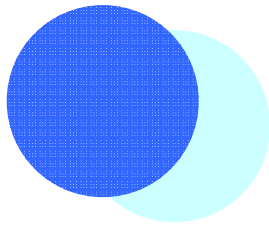
Billede af en der "sidder hos" og taler med en ældre

# Afløsning i eget hjem

**Kvalitetsstandard  
2013**

Allerød Kommune





Der kan visiteres til afløsning i eget hjem, hvis du i hverdagen passer en nær pårørende, der ikke kan være alene.

Der vil ved alle visitationer indgå en individuel vurdering, hvor også mulighederne for at tilbyde aflastning uden for hjemmet indgår.

### Hvad er formålet?

Formålet er at afløse dig, som nær pårørende, der varetager pasningen i hverdagen.

### Hvilke mål aftales?

I samarbejde med dig og din nære pårørende aftales, hvordan hjælpen skal tilbydes og hvilke opgaver, der kan ydes hjælp til.

### Hvad er afløsning?

Afløsning er en planlagt ydelse med aftalte tidspunkter og omfang, hvor en hjælper opholder sig i hjemmet, mens du kommer ud af hjemmet. Hvis den pårørende, som du passer, har personlig eller praktisk hjælp i forvejen eller kan visiteres til dette, vil denne hjælp indgå i afløsningstilbuddet.

### Kriterier for visitation til afløsning:

Den pårørende

- kan ikke lades alene i hjemmet
- kan ikke benytte nødkald
- kan ikke benytte aktiviteten på Engholm
- har ikke behov for døgnaflastning uden for hjemmet
- behovet for kan anses for længerevarende

### Hvad er afløsning:

#### Afløsning er for eksempel

- ▶ personlig pleje efter aftale
- ▶ praktisk hjælp mens du er i byen, hvis både du og din pårørende vurderes at have behov for praktisk hjælp

- ▶ i hverdagen
- ▶ op til 2 timers sammenhængende afløsning hver eller hver anden uge.

## Hvem udfører afløsning?

Kommunens visitator udpeger en leverandør af personlig pleje til at varetage afløsningen. Der er ikke Frit Valg for hjælp til afløsning. De medarbejdere, som udfører hjælpen, har en uddannelse inden for social- og sundhedsområdet eller er oplært til at løse opgaven. Alle medarbejdere har et identitetskort, som de skal vise, hvis du beder om det. Medarbejderne har tavshedspligt.

## Om leverandøren:

I Allerød Kommune er alle medarbejdere ligeværdige uanset køn, hudfarve og nationalitet. Du kan derfor ikke fravælge en hjælper for eksempel på grund af hjælperens køn eller etniske oprindelse.

## Visitation

For at du og visitationen kan træffe beslutninger på et godt grundlag, vil visitator give dig information om de forskellige muligheder for aflastning og afløsning ved et visitationsbesøg.

Visitator tager kontakt til en leverandøren, som efterfølgende laver konkrete aftaler med dig, om hvornår afløsningen skal tilbydes.

## Hvad koster det?

Afløsning er gratis, hvis der er visiteret til det.

## Dit hjem er en arbejdsplads:

### Dit hjem er en arbejdsplads

Når der modtages hjælp i hjemmet, er hjemmet også medarbejdernes arbejdsplads.

Medarbejderne foretager en arbejdspladsvurdering, da arbejdsmiljøet skal være i orden.

Hvis medarbejderne skal hjælpe med personlig pleje under afløsningen, kan det være nødvendigt at

installere hjælpemidler i dit hjem før der kan ydes hjælp.  
Medarbejderne må ikke ryge i dit hjem. I må heller ikke ryge, mens medarbejderne er i hjemmet.

### Hvis der er ændringer i aftalen?

Ved akut opståede situationer ved sygdom hos andre borgere eller ved fravær blandt medarbejderne, kan det være nødvendigt at ændre tidspunktet.

Hvis hjælpen ikke kan komme på det aftalte tidspunkt (+/- 1 time), bliver du kontaktet af leverandøren så hurtigt som muligt. Samtidig får du tilbudt erstatningsafløsning.

Det er vigtigt, at du husker at melde afbud til leverandøren, hvis besøget skal aflyses.

### Hvad siger loven?

Reglerne om personlig pleje er fastsat efter Lov om Social Service.

§ 84: Mulighed for afløsning eller aflastning til ægtefælle, forældre eller nære pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykiske funktionsevne

### Hvis du ønsker at klage?

Du kan klage over bevilling og udførelse af afløsningen til Allerød Kommune.

Hvis klagen er over afgørelsen, revurderer kommunen afgørelsen. Fastholder Kommunen sin afgørelse, sendes klagen videre til Ankestyrelsen.

Klagen skal sendes til Forvaltningen inden 4 uger fra du har modtaget afgørelsen

Forvaltningen  
Ældre og Sundhed  
Bjarkesvej 2  
3450 Allerød

Tlf. 48 12 69 50

Fax 48 16 08 19

Email: [aeldreogsundhed@alleroed.dk](mailto:aeldreogsundhed@alleroed.dk)

Hjemmeside: [www.alleroed.dk](http://www.alleroed.dk)

Telefontid:

Mandag - tirsdag: kl. 10.00 – 14.00

Onsdag: lukket

Torsdag: kl. 10.00 – 15.00

Fredag: kl. 10.00 – 12.00

**Bilag: 4.2. Ankestyrelses afgørelse juli 2012.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 64827/13

Afgørelse truffet af:  
Ankestyrelsen

Afgørelsesdato:  
18-04-2013

Uds. dato:  
31-05-2013

Nummer:  
67-13

J.nr.  
5200340-12

Status:  Gældende

Principafgørelse om: **aflastning - afløsning - praktisk hjælp**

Lov:

Lov om social service - lovbekendtgørelse nr. 810 af 19. juli 2012 - § 83 og § 84

Resumé:

Principafgørelsen fastslår

En borger kan få afløsning i hjemmet i form af praktisk hjælp til rengøring

Ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der i hjemmet passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, skal tilbydes afløsning i hjemmet efter servicelovens § 84. Denne hjælp kan bestå af hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet, samt personlig hjælp, pleje og omsorg.

Afløsning kan gives uafhængigt af, om betingelserne for at få midlertidig eller varig hjælp efter servicelovens § 83, om personlig hjælp og pleje og hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet, er opfyldt.

Afgørelse:

1. Baggrund for at behandle sagen

Ankestyrelsen har behandlet sagen for at afklare, om der kan bevilges praktisk hjælp som aflastning efter § 84.

2. Reglerne

Servicelovens § 84, stk. 1, fastslår, at kommunen skal tilbyde afløsning eller aflastning til ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Servicelovens § 83, stk. 1, fastslår, at kommunen skal tilbyde personlig hjælp og pleje, hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og madservice.

3. Andre Principafgørelser

Gældende

Følgende Principafgørelse er relevant at fremhæve:

C-10-07: De sociale klageinstanser havde alene kompetence til at påse, om den af kommunen bevilgede afløsning/aflastning var fastsat således, at formålet med hjælpen var dækket. Derimod havde klageinstanserne ikke kompetence til at efterprøve kommunens beslutninger om selve den praktiske tilrettelæggelse af hjælpen, der var en del af det generelle serviceniveau. Ankestyrelsen ophævede på denne baggrund den del af det sociale nævns afgørelse om afløsning/aflastning, hvorefter en familie med en stærkt handicappet hjemmeboende ung mand var blevet tillagt frit valg mellem aflastning og afløsning.

Følgende Principafgørelse om praktisk hjælp efter servicelovens § 83 er relevant at fremhæve:

221-11: En kommune, der traf afgørelse om praktisk hjælp i hjemmet, var berettiget til at tage hensyn til, i hvilket omfang ansøgers ægtefælle var i stand til at varetage opgaver i hjemmet. Kommunen skal bedømme ansøgers samlede situation, når der træffes afgørelse om praktisk hjælp. I denne bedømmelse forudsættes det, at øvrige medlemmer af den fælles husstand deltager i udførelsen af opgaver i hjemmet.

4. Den konkrete afgørelse

Ankestyrelsen har i møde truffet afgørelse i jeres sag om aflastning i hjemmet.

Vi har behandlet sagen for at afklare, om der kan bevilges praktisk hjælp som aflastning efter § 84.



Resultatet er

- A Kommune er berettiget til at tilbyde NNN aflastende hjælp til rengøring efter servicelovens § 84

Det betyder, at NNN er berettiget til at modtage aflastning i form af praktisk hjælp, da han passer sin samlever NN, der har nedsat fysisk funktionsevne.

Vi ændrer således afgørelsen fra Det Sociale Nævn i Statsforvaltningen Y.

Vi skal bede A Kommune om at genoptage bevillingen af hjælpen.

A Kommune vil kontakte jer.

Der var enighed på mødet.

Begrundelsen for afgørelsen

Ankestyrelsen finder, at der er mulighed for at tilbyde praktisk hjælp i form af rengøring som afløsning efter servicelovens § 84, til en nær pårørende, der passer en person med nedsat fysisk funktionsevne.

Der er ikke holdepunkter i forarbejderne til loven eller vejledningen hertil, til at begrænse afløsning i hjemmet til alene at omfatte personlig hjælp og pleje. Der er således ikke grundlag for at fortolke ordlyden af bestemmelsen indskrænkende således, at det alene skulle være personlig hjælp og pleje, det vil sige "opgaver der følger af pasningen", og ikke praktisk hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet, der kan ydes som afløsning. Det fremgår af bemærkningerne til bestemmelsen, at udover praktisk hjælp kan der også gives aflastning i form af pleje/omsorg, socialpædagogisk hjælp, optræning, personlig ledsagelse, befordring, kost m.v.

Afløsning i form af praktisk hjælp til en person, der passer en pårørende i hjemmet, kan netop være en forudsætning for, at den plejkrævende person kan blive boende i hjemmet, henset til den belastning det kan være at passe en plejkrævende person.

Vi har lagt vægt på, at NNN hjælper sin samlever NN med personlig hjælp og pleje i form af af- og påklædning og med at bade.

Vi har lagt til grund, at det er NNN, der klarer de praktiske opgaver i hus og have, herunder oprydning, rengøring, tøjvask mv., mens parterne er fælles om madlavningen.

Bemærkninger til klagen

I har anført i klagen, at kommunens besparelser har medført, at den praktiske hjælp, som NN har haft siden 1995, nu er blevet frataget hende. Videre klager I over, at nævnet har frataget aflastningen til NNN, da aflastningen netop ydes som kompensation for, at NNN hjælper sin samlever med personlig hjælp og pleje. I har i den forbindelse redegjort for jeres helbredsmæssige situation.

I et af bilagene til klagen har I anført, at kommunen fratager jer det frie valg af leverandør ved at give § 83-hjælpen som aflastning efter § 84.

Vi bemærker, at oplysningerne er indgået ved behandlingen af sagen. Vi henviser i den forbindelse til begrundelsen for afgørelsen.

For så vidt angår det anførte om det frie leverandørvalg, skal vi bemærke, at dette spørgsmål ikke er antaget til principiel behandling.

Oplysninger i sagen

Vi har afgjort sagen på grundlag af:

- de oplysninger, som forelå da nævnet traf afgørelse i sagen
- nævnets afgørelse af 4. januar 2012
- klagen til Ankestyrelsen af 26. januar 2012
- nævnets genvurdering af 21. februar 2012

- jeres breve af henholdsvis 8. marts, 7. og 10. august samt 23. december 2012 med bilag til Ankestyrelsen

Kommunen har givet afslag på aflastende hjælp til rengøring. Begrundelsen er, at den hjælp samleveren yder til personlig pleje til NN, ikke er af et sådant omfang, at der er grundlag for at bevilge aflastende hjælp. Videre har kommunen givet afslag på hjælp til rengøring, idet kommunen vurderer, at samleveren er i stand til at klare rengøringsopgaverne i det fælles hjem.

Ved genvurdering fastholder kommunen afslaget på praktisk hjælp efter servicelovens § 83. Afgørelsen om aflastende hjælp efter servicelovens § 84 ændres således, at samleveren NNN bevilges aflastende hjælp svarende til 45 minutter hver 14. dag. Begrundelsen herfor er, at NNN dagligt hjælper NN med at tage tøj af og på, med bad og med personlig pleje, hvorfor han findes at være berettiget til aflastende hjælp. Kommunen bemærker, at der ikke er frit valg af leverandør efter § 84, hvorfor hjælpen bliver leveret af den kommunale hjemmehjælp.

Nævnet stadfæster afgørelsen om afslag på praktisk hjælp efter servicelovens § 83, og ophæver afgørelsen om aflastning til rengøring hver 14. dag til samleveren NNN. Begrundelsen for at ophæve afgørelsen om aflastning er, at nævnet finder, at der ikke er adgang til at bevilge hjælp til rengøring efter servicelovens § 84. Nævnet har lagt vægt på, at aflastning skal gives ved, at den syge ægtefælle eller samlever kommer væk fra hjemmet, mens afløsning gives i form af, at der kommer en kommunal medarbejder i hjemmet og passer den syge ægtefælle, mens den raske ægtefælle holder fri. Nævnet finder, at der ikke er hjemmel i servicelovens § 84 til, at tilbud om afløsning eller aflastning kan bestå i praktisk hjælp til rengøring.

NN og NNN har klaget over nævnets afgørelse.

Nævnet har ved genvurdering bemærket, at de har lagt vægt på, at kommunen inden for servicelovens rammer bestemmer, hvilket lokalt serviceniveau, der skal være for kommunens borgere. Nævnet vurderer fortsat, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte kommunens vurdering af, at NN og NNN kan varetage rengøringen af deres hjem, og at der ikke er adgang til udelukkende at yde aflastning/afløsning til rengøring.

**Bilag: 5.1. Tilsynsrapport 2014 kommunal Hjemmepleje og Hjemmesygepleje  
Allerød Kommune endelig.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 35343/14

# Tilsynsrapport Allerød Kommune Ældre og sundhed

Den Kommunale Hjemmepleje/Hjemmesygepleje

Unmeldt tilsyn

marts 2014

## Forord

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

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

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

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

## Indholdsfortegnelse

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

## 1 Formalia

Hjemmeplejens navn og adresse
Den Kommunal Hjemmepleje, Rådhusvej 3, 3450 Allerød
Leder
Birgitte Pranov
Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg
25. marts 2014 kl. 8.15 - 16.00
Datagrundlag
<p>Ved tilsynet er der foretaget gennemgang af faglig dokumentation samt observationer hos borgerne.</p> <p>Tilsynet har interviewet 5 borgere.</p> <p>Borgerne har givet tilsagn om deltagelse i tilsynet</p> <p>Tilsynet har desuden gennemført interview med 4 medarbejdere fra Hjemmeplejen og 4 medarbejdere fra Hjemmesygeplejen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 social- og sundhedsassistentelev</li><li>• 2 social- og sundhedshjælpere</li><li>• 1 sygehjælper</li><li>• 4 sygeplejersker</li></ul> <p>1 medarbejder fra Hjemmeplejen blev interviewet i forhold til 2 borgere.</p> <p>1 medarbejder fra Hjemmeplejen blev interviewet i forhold til både Hjemmeplejen og Hjemmesygeplejen.</p>
Tilsynsførende
Margit Kure Ulriksen, Manager og sygeplejersker, MHM Gitte Ammundsen, Manager og sygeplejerske

## 2 Samlet tilsynsresultat

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

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



## 2.1 Begrundelse for tilsynsresultatet

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

Styrker
<p>På baggrund af tilsynet vurderes det, at Hjemmeplejen/Hjemmesygeplejen er karakteriseret ved følgende styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Den kommunale Hjemmepleje/Hjemmesygepleje har fokus på indsatser i forhold til at sikre høj faglighed i den leverede pleje og omsorg til borgerne. Der arbejdes pt. målrettet med at ensrette arbejdsgangene mellem dag- og aftenvagten. Yderligere arbejdes målrettet på at sikre tilstedeværelse af de rette kompetencer gennem hele døgnet. På baggrund af borgernes stigende kompleksitet er det fremadrettet intensionen at øge antallet af social- og sundhedsassistenter - specielt i aftenvagten.</li> <li>➤ Hjemmeplejens ledelse oplyser, at der løbende arbejdes med kvalitetssikring af den sundhedsfaglige dokumentation på diverse personalemøder og faglige møder.</li> <li>➤ Hjemmeplejen ønsker at sætte større fokus på den hverdagsrehabiliterende indsats og har derfor netop ansat to terapeuter i plejen. Det er tanken, at terapeuterne blandt andet skal forestå udarbejdelse af handleplaner i samarbejde med den enkelte borger og dennes kontaktperson.</li> <li>➤ Hjemmeplejens ledelse oplyser, at der er stort fokus på kompetenceudvikling af medarbejderne ved løbende at tilbyde undervisning i forskellige emner. Delegering af komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver bliver ofte drøftet ud fra en forskellig indgangsvinkel på diverse faglige møder.</li> <li>➤ Den sundhedsfaglige dokumentation er tilfredsstillende.</li> <li>➤ Der er generelt sammenhæng mellem den hjælp, som borgeren modtager og borgerens behov for pleje og omsorg.</li> <li>➤ Borgerne får den pleje og omsorg og hjælp til praktisk støtte, som de har behov for.</li> <li>➤ Borgerne oplever tilfredshed med kvaliteten i den personlige pleje og hjælpen til praktisk støtte.</li> <li>➤ Borgerne oplever tryghed i forhold til hjælpen til medicindosering og medicinadministration.</li> <li>➤ Den daglige kommunikation med medarbejderne oplever borgerne som værende meget respektfuld og anerkendende.</li> <li>➤ Medarbejderne er fagligt kompetente og har kendskab til den sundhedsfaglige dokumentation og god viden og indsigt i borgernes behov for pleje og omsorg samt hjælpen til praktisk støtte.</li> <li>➤ Medarbejderne kan redegøre for observationer og overvejelser i forhold til den sundhedsfaglige indsats.</li> <li>➤ Medarbejderne kan med faglig overbevisning redegøre for observationer og handlinger i forhold til hjælpen til medicinindtagelse, medicindosering og medicinadministration.</li> <li>➤ Medarbejderne kan redegøre for principperne omkring delegering af komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver. Medarbejderne er bevidste om egne kompetenceområder.</li> </ul>
Mangler
Der er ikke fundet "mangler" i forhold til tilsynskonceptet på tilsynstidspunktet.
Alvorlige fejl
Der er ikke fundet "alvorlige fejl og mangler" i forhold til tilsynskonceptet på tilsynstidspunktet.

## 2.2 Tilsynets overordnede bemærkninger og anbefalinger

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

Bemærkninger
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tilsynet bemærker, at 2 ud af 5 borgere er visiteret til en hjælp om aftenen, der ikke er behov for.</li><li>2. Tilsynet bemærker, at handleplaner ikke udarbejdes i det elektroniske omsorgssystem, men er håndskrevne.</li><li>3. Tilsynet bemærker, at der i forhold til 1 borger mangler udarbejdelse af handleplan. I forhold til 2 ud af 4 handleplaner er disse ikke beskrevet handlevejledende og individuelt vedrørende hjælpen til den personlige pleje og omsorg for aften og nat. Tilsynet bemærker ligeledes, at hjælpen til praktisk støtte inkl. beskrivelse af borgers vaner, ønsker og særlige behov generelt ikke fremgår af handleplanerne.</li><li>4. Tilsynet bemærker, at 2 ud af 4 handleplaner delvis mangler beskrivelse af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats, hvor dette vurderes relevant.</li><li>5. Tilsynet bemærker, at medarbejderne kan redegøre for indsatser i forhold til borgers behov for psykisk pleje og omsorg, som ikke umiddelbart fremgår af handleplaner.</li><li>6. Tilsynet bemærker, at kompetenceoversigter har delvise mangler i forhold til at være korrekt udfyldt. Tilsynet bemærker, at opfølgning på de delegerede opgaver har delvise mangler.</li></ol>
Anbefalinger
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tilsynet anbefaler, at Hjemmeplejen igangsætter initiativer, der sikrer, at medarbejderne i endnu højere grad er bevidste om tilbagemeldingspligten i forhold til ændringer i borgernes behov for hjælp således, at der altid sikres den korrekte visitation i forhold til den enkelte borger.</li><li>2. Tilsynet anbefaler, at Hjemmeplejens ledelse overvejer fordelene ved at udarbejde handleplaner i det elektroniske omsorgssystem.</li><li>3. Tilsynet anbefaler, at Hjemmeplejen sikrer, at der er udarbejdet handleplaner for alle borgere. Tilsynet anbefaler, at Hjemmeplejen underviser, oplærer og vejleder medarbejderne i, hvorledes handleplaner udarbejdes, således at disse fremstår handlevejledende og individuelt beskrevet gennem hele døgnet i forhold til borgerens behov for personlig pleje og omsorg. Tilsynet anbefaler, at handleplaner ligeledes indeholder beskrivelser af hjælpen til den praktiske støtte, inkl. borgernes vaner, ønsker og særlige behov.</li><li>4. Tilsynet anbefaler, at Hjemmeplejen underviser, oplærer og vejleder medarbejderne i, hvorledes handleplaner udarbejdes, således at disse indeholder fyldestgørende beskrivelser af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats.</li><li>5. Tilsynet anbefaler, at Hjemmeplejen underviser, oplærer og vejleder medarbejderne i, hvorledes handleplaner udarbejdes, således at disse indeholder fyldestgørende beskrivelser af borgerens behov for psykisk pleje og omsorg.</li><li>6. Tilsynet anbefaler, at Hjemmeplejen/Hjemmesygeplejen igangsætter en målrettet indsats i forhold til at sikre korrekt dokumentation i kompetenceoversigter samt udarbejder procedurer for, hvorledes der systematisk følges op på delegerede opgaver.</li></ol>

### 3 Datagrundlag

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

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

Mål 1				
Der foreligger en skriftlig afgørelse med den bevilgede hjælp				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation		x		I forhold til 4 ud af 5 borgere foreligger der dokumentation med en aktuel beskrivelse af borgernes behov for pleje. Beskrivelserne ses i visitationsoversigten "Aktuelle ydelser" og borgerens handleplan. I forhold til 1 borger er der ikke udarbejdet en handleplan.
Observation		x		I forhold til 3 borgere observerer tilsynet sammenhæng mellem den hjælp, som borgerne har behov for og den hjælp, borgerne tilbydes. 1 borger er visiteret til hjælp til toiletbesøg, men modtager ikke længere hjælpen. 1 borger er visiteret til hjælp til afklædning om aftenen. Borger oplyser, at hun gennem nogen tid selv har klaret dette. Aftenvagten kommer blot for at hilse på og gå igen. Borgeren vil gerne afsige denne hjælp.
Borger	x			Borgerne oplever, at de får den hjælp, de har behov for. Jævnfør dog ovenstående observation. En borger fortæller, at hjælpen er meget effektiv og borgerens hjælp til toiletbesøg ved behov fungerer godt.
Medarbejder	x			Medarbejderne kan fagligt redegøre for omfang og indhold i den bevilgede hjælp.

Personlig pleje i henhold til Servicelovens § 83 samt kommunens kvalitetsstandarder

Mål 2				
Der foreligger en samlet plan for pleje- og omsorgsindsatsen				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation		x		Tilsynet bemærker, at handleplaner ikke udarbejdes i det elektroniske omsorgssystem, men er håndskrevne. Der er udarbejdet handleplaner for 4 ud af 5 borgere. I forhold til 2 borgere fremgår den daglige tilrettelæggelse og udførelse af plejepgaverne af handleplanen. Handleplanerne er beskrevet handlevejledende og individuelt gennem hele døgnet

			<p>og tager i beskrivelsen relevant udgangspunkt i borgerens ressourcer, og hvorledes disse medinddrages i den personlige pleje. Tilsynet bemærker dog, at en af ovenstående handleplaner mangler delvis ajourføring i forhold til, at borgeren ikke længere kan forflytte sig ved hjælp af rollator, men bliver forflyttet med lift.</p> <p>I forhold til 2 borgere har handleplanen delvise mangler. Eksempelvis er de visiterede ydelser for aften ikke beskrevet i handleplanen. I et andet eksempel mangler beskrivelse af hjælpen til det ugentlige bad. Yderligere er det i samme handleplan uigennemskueligt hvilken hjælp, der ydes i forhold til, at borgeren er visiteret til hjælp til natten. I beskrivelsen for hjælpen til natten henvises blot til beskrivelsen under "sent aftenbesøg." Tilsynet får oplyst, at borgeren får hjælp 2 gange i løbet af natten til toiletbesøg og væskeindtagelse.</p> <p>Tilsynet bemærker, at handleplaner generelt mangler beskrivelser af borgernes visiterede ydelser i forhold til hjælpen til praktisk støtte (rengøring), hjælp til udfyldelse af indkøbsseddel/sætte varer på plads, madservice og tøjvask. Det er tilsynets vurdering, at det er relevant at beskrive de særlige opmærksomheder/omstændigheder, der er i forhold til levering af disse ydelser.</p>
Borger	x		<p>Alle borgere giver udtryk for stor tilfredshed med kvaliteten af hjælpen.</p> <p>En borger oplever, at medarbejderne er meget hjælpsomme og sjældent giver udtryk for, at de har travlt.</p> <p>En anden borger er ligeledes meget tilfreds med hjælpen og oplever, at medarbejderne er meget kompetente og har kendskab til borgerens særlige behov. Eksempelvis sætter borgeren pris på, at hjælpen leveres i et tempo, der er afstemt efter, at borgeren let bliver forpustet.</p> <p>En tredje borger vil dog gerne kun modtage hjælp til personlig pleje af kvinder. Borgeren har endnu ikke oplyst medarbejderen om dette ønske, men vil gøre det ved næstkommende lejlighed.</p> <p>Et par borgere gør opmærksom på, at der kommer mange forskellige medarbejdere i hjemmet, og at der er mange afløsere/vikarer.</p>
Medarbejder	x		<p>Medarbejderne kan redegøre for den faglige indsats i forhold til hjælpen til personlig pleje.</p> <p>Medarbejderne har generelt stort fokus på medinddragelse og fastholdelse af borgerens ressourcer.</p> <p>En medarbejder redegør for, hvorledes borgeren mobiliseres, og hvordan man forsøger med forskellige løsninger for at gøre mest muligt brug af borgerens egne ressourcer. Eksempelvis forsøges med forflytning</p>

				<p>med talerstol fremfor liftning, når borgerens tilstand tillader det.</p> <p>En anden medarbejder har fokus på betydningen af korrekte arbejdsstillinger og redegør for disse i forhold til en plejekrævende borger.</p> <p>I medarbejdernes beskrivelser af, hvorledes hjælpen til personlig pleje og omsorg skal ydes, gives et tydeligt indtryk af, at der tages et fagligt og relevant udgangspunkt i den enkelte borgers særlige ønsker og vaner.</p>
--	--	--	--	--

Mål 3				
Der er redegjort for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation		x		<p>2 ud af 4 handleplaner indeholder beskrivelser af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats.</p> <p>Eksempelvis ses beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i forhold til hudpleje, urinvejsinfektioner, væskeindtagelse, faldforebyggelse ved oplysninger om, at badeværelsesgulvet kan blive meget glat ved bad samt i forhold til forflytninger.</p> <p>2 handleplaner indeholder kun delvis beskrivelse af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Det er tilsynets vurdering, at der mangler beskrivelse af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i forhold til en borger med kateter og i forhold til en borger med kontraktur i den ene hånd efter hjerneblødning.</p>
Observation	x			Tilsynet observerer ingen risici, der ikke bliver taget hånd om i den daglige omsorg for borgeren.
Borger	x			<p>Borgerne giver generelt ikke udtryk for bekymringer af helbredsmæssig karakter, der ikke bliver taget hånd om.</p> <p>En borger er glad for den omhyggelige hudpleje i forbindelse med hævelser i benene. Samme borger fortæller, at medarbejderne hjælper med at huske på væskeindtagelse i løbet af dagen.</p> <p>En ægtefælle udtrykker dog, at enkelte medarbejdere ikke altid er opmærksomme på de nødvendige observationer i forhold til kateterplejen - eksempelvis at der ikke må forekomme knæk på kateter-slangen.</p>
Medarbejder	x			<p>Medarbejderne kan fagligt redegøre for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats hos borgerne.</p> <p>En medarbejder beskriver opmærksomhed på en borgers behov for god håndhygiejne på grund af kontraktur, samt hvorledes borgeren får en serviet i hånden til forebyggelse af forværring af kontrakturen.</p>

				En anden medarbejder er opmærksom på betydningen af korrekt katheterpleje og kan redegøre for dette.
--	--	--	--	--

**Psykisk pleje og omsorg - Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje og omsorg i henhold til servicelovens §§ 83 og 86 samt kommunens kvalitetsstandarder**

Mål 4				
Der foreligger en samlet plan for psykisk pleje og omsorg				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Borgernes psykiske og mentale ressourcer er primært beskrevet i ændringsskemaer udarbejdet i forbindelse med triaseringen. Tilsynet bemærker generelt, at medarbejderne kan redegøre for konkrete handlinger og indsatser i forhold til den psykiske pleje og omsorg, som med fordel kan indgå i beskrivelsen i handleplanerne. Eksempelvis i forhold til en borger, hvis demenssygdom er i udvikling og i forhold til en borger, som har brug for særlig støtte til at sikre struktur i hjemmet.
Observation	x			Tilsynet observerer ingen risici, der ikke bliver taget hånd om i den daglige pleje og omsorg for borgeren.
Borger	x			Alle borgere giver udtryk for, at de føler sig trygge i hverdagen. En borger fortæller, at hun har en noget usikker gang, og derfor er meget tryk ved at gå med rollator indendørs. En borgers ægtefælle oplyser, at kombinationen af hjælpen fra Hjemmeplejen og den hjælp, som ægtefællen bidrager med, er en god kombination, som medvirker til parrets tryghed i hverdagen.
Medarbejder	x			Medarbejderne kan fagligt redegøre for den psykiske pleje og omsorg. Medarbejderne har fokus på betydningen af den gode dialog i hverdagen, som bidrager til borgernes velbefindende.

**Praktisk hjælp i henhold til Servicelovens § 83**

Mål 5				
Borgeren sikres hygiejnemæssig forsvarlig renholdelse af boligen og rekvisitter				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Handleplaner indeholder beskrivelser af de særlige udfordringer til at sikre hygiejniske forhold i hjemmet, hvor dette skønnes relevant. Det er dog tilsynets vurdering, at handleplaner med fordel kan indeholde handlevejledende og individuelle beskrivelser af borgernes ønsker og vaner i forhold til

				<p>hjælpen til rengøring samt beskrivelser af de særlige forhold, der relaterer sig til den konkrete hjælp til rengøring.</p> <p>Tilsynet ser ingen beskrivelser heraf i handleplanerne for de 3 ud af 5 borgere, som modtager hjælp til rengøring.</p>
Observation	x			Den hygiejniske tilstand i alle boliger samt omkring borgernes hjælpemidler er i overensstemmelse med kvalitetsstandarderne.
Borger	x			Borgerne udtrykker tilfredshed med hjælpen til rengøring.
Medarbejder	x			<p>Medarbejderne kan fortælle om de særlige indsætter i forhold til hygiejniske risikofaktorer hos borgerne.</p> <p>Eksempelvis fortæller en medarbejder, at en borgers badeværelse skal have særlig opmærksomhed i forhold til oprydning, idet borgeren har uhensigtsmæssige vaner.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for, hvorledes hjælpen til rengøring skal ydes.</p>

#### Medicinhåndtering i henhold til gældende retningslinjer vedr. medicinhåndtering

Mål 6				
Borgeren modtager den visiterede hjælp til medicindosering/medicinadministration iht. Sundhedsloven				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			<p>3 borgere modtager hjælp til medicindosering ved Hjemmesygeplejen.</p> <p>1 borger får dosispakket medicin fra apoteket.</p> <p>1 borger får kun hjælp til medicinadministration/skemamedicin - borgers ægtefælle doserer øvrig medicin.</p> <p>Tilsynet observerer, at dokumentationen i "Medicinoplysninger" er korrekt iht. gældende retningslinjer.</p>
Observation (1)	x			<p>Tilsynet observerer, at alle doseringsæsker er korrekt mærket med borgerens navn og cpr.-nummer.</p> <p>Generelt er "aktuel medicin" tydeligt adskilt fra "ikke aktuel medicin." Tilsynet bemærker dog et tilfælde, hvor "aktuel medicin" ikke tydeligt er adskilt fra "ikke aktuel medicin." Sygeplejersken gøres opmærksom herpå og vil straks sørge for tydeligere adskillelse af medicinen.</p>
Observation (2)	x			<p>Tilsynet observerer overensstemmelse mellem skema "Medicinoplysninger" i omsorgssystemet og skema "Medicinoplysninger" i borgerens hjem.</p> <p>Tilsynet observerer ligeledes overensstemmelse mellem skema "Medicinoplysninger" og indholdet i borgerens</p>

				døseringsæsker.
Borger	x			<p>Borgerne har generelt kendskab til aftaler om medicinadministration og medicinindosering.</p> <p>I forhold til to borgere får disse god hjælp til dosering/indtagelse af ægtefællen.</p> <p>En borger er ikke helt relevant i forhold til egne ressourcer i forbindelse med medicinindtagelsen. Borgeren mener ikke at modtage hjælp hertil, hvilket ikke er helt korrekt.</p> <p>En borger, som får hjælp til medicinadministration, oplever, at medarbejderne er meget omhyggelige med afkrydsning af de nødvendige skemaer. Dette giver god tryghed for borgeren.</p> <p>En ægtefælle efterspørger, at medarbejderne i højere grad afstemmer tidspunktet for hjælpen til medicinadministration med tidspunktet for borgerens kørsel til dagcenter. Ægtefællen er ofte nødt til selv at påsætte et medicinsk plaster, da hjælpen ikke altid når frem, inden borgeren skal på dagcenter.</p>
Medarbejder	x			<p>Medarbejdere, der varetager opgaver i forhold til medicinindosering og medicinadministration, har kendskab til de relevante instrukser og kan redegøre for relevante observationer i forhold til opgaven.</p> <p>En medarbejder fortæller, at håndbogsinstruksen bruges som opslagsværk og i forhold til introduktion af nye medarbejdere og elever.</p> <p>Instrukser tages løbende op på faglige møder.</p>

Mål 7				
Borgeren modtager den visiterede hjælp til medicinindtagelse				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			<p>Der foreligger et skema "Medicinoplysninger" i borgerens hjem, hvor dette er relevant.</p> <p>I et hjem foreligger skemaet dog ikke, idet sygeplejersken netop på tilsynsdagen har doseret medicin til borgeren og taget skemaet med på kontoret til ajourføring i forhold til dagens dosering.</p>
Observation	x			Tilsynet observerer, at den medicin, der skal være givet på tilsynstidspunktet, er givet.
Borger	x			De borgere, der modtager hjælp til medicinindtagelse, oplever stor tryghed i forbindelse med hjælpen.
Medarbejder	x			<p>Medarbejderne kan beskrive observationer, der skal gøres, inden medicinen gives.</p> <p>En medarbejder har fokus på, at borgeren har svigtende hukommelse og indimellem skal påmindes om medicinindtagelse flere gange.</p> <p>En anden medarbejder spørger altid borgerens</p>



				ægtefælle, hvorvidt vedkommende har husket at give medicinen den pågældende dag.
--	--	--	--	--

### Kommunikation og respekt

Mål 8				
Borgeren oplever respektfuld kommunikation				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Observation	x			<p>Tilsynet observerer respektfuld og anerkendende kommunikation med borgerne.</p> <p>Tilsynet er hos en borger på et tidspunkt, hvor borgeren har besøg af både hjemmesygeplejerske og medarbejder fra hjemmeplejen. Tilsynet observerer, at medarbejderne er opmærksomme på at give borgeren en god oplevelse af de mange "besøgende" i hjemmet på samme tid.</p> <p>Tilsynet observerer positiv og imødekommende dialog med borgeren omkring eksempelvis, hvad borgeren gerne vil have til frokost. En anden medarbejder forklarer venligt borgeren flere gange, hvad formålet med hendes besøg på det pågældende tidspunkt er. Samme medarbejder kommenterer på borgerens gode kulør i ansigtet, hvilket giver anledning til en dialog om vejret.</p>
Borger	x			Alle borgere oplever meget respektfuld og anerkendende kommunikation.
Medarbejder	x			<p>Medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der udvises respekt for borgerne og deres levevis.</p> <p>Medarbejderne har fint fokus på betydningen af den gode dialog i hverdagen, og hvordan selv en kort dialog kan gøre en forskel for borgeren.</p> <p>En medarbejder er opmærksom på, at borgerens hukommelse er svigtende og håndterer borgerens behov for gentagelser på en respektfuld måde.</p> <p>En anden medarbejder hilser altid på borgerens hund, når vedkommende kommer i hjemmet. Medarbejderen husker på håndhygiejnen efterfølgende.</p>

### Styrket indsats vedrørende medarbejderkompetencer

Mål 9				
Der arbejdes med kompetenceudvikling i relation til den enkelte medarbejder				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation (1)	x			Hjemmeplejen har udarbejdet kompetenceoversigt og principper for delegering af komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver.

Dokumentation (2)		x	<p>Tilsynet bemærker, at Hjemmeplejen anvender alle kommunens skemaer og vejledninger udarbejdet til formålet.</p> <p>I forhold til 1 medarbejder er det ikke relevant at udarbejde kompetenceskema, idet medarbejderen er ansat som elev.</p> <p>Tilsynet gennemgår kompetenceoversigter for 3 medarbejdere:</p> <p>I forhold til 1 medarbejder foreligger der aktuel skriftlig dokumentation for de delegerede komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver.</p> <p>I forhold til 2 medarbejdere er skemaet ikke udfyldt korrekt.</p> <p>Eksempelvis er der kun udfyldt dato i felterne "Undervisning" og "Instruktion". Den pågældende medarbejder er oplært til påsætning af medicinsk plaster og udfører allerede opgaven.</p> <p>I forhold til en anden medarbejder mangler medarbejderens kompetenceoversigt en angivelse af, at medarbejderen har fået delegeret opgaven i forhold til påsætning af medicinsk plaster.</p>
Dokumentation (3)		x	<p>Tilsynet bemærker delvise mangler i forhold til korrekt dokumentation for opfølgning på de delegerede opgaver i forhold til de 3 medarbejders kompetenceoversigter. Jf. ovenstående bemærkninger.</p> <p>Tilsynet observerer, at flere kompetenceoversigter indeholder angivelser af delegerede opgaver fra 2010 i feltet "Opgavens art." De resterende felter på kompetenceoversigten er ikke udfyldt, og der henvises til, at opgaven er delegeret før ibrugtagning af skema.</p> <p>Det er tilsynets vurdering, at alle felter i kompetenceoversigterne bør være korrekt udfyldt i forhold til samtlige delegerede opgaver - herunder også opgaver tilbage fra 2010.</p> <p>Medarbejdernes kompetencer i forhold til netop disse kompetencer kan evt. med fordel tages op til fornyet vurdering og påføres de relevante datoer.</p> <p>Tilsynet får oplyst, at opfølgning på delegerede opgaver sker løbende og jævnlige drøftes på faglige møder.</p> <p>Tilsynet får ligeledes oplyst, at ledelsen løbende og for nyligt har fokus på at rette medarbejdernes opmærksomhed på at sikre, at kompetenceoversigter er udfyldt korrekt.</p> <p>Tilsynet vurderer, at der med fordel kan udarbejdes en fast procedure for, hvorledes opfølgning på delegerede opgaver kan ske mere systematisk fremadrettet.</p>
Observation (1)	x		<p>Tilsynet interviewer borgere, der får hjælp til eksempelvis påsætning af smertepaster, demensplaster og inhalationsspray.</p> <p>Tilsynet observerer ikke selve udførelsen af handlingerne.</p>

Observation (2)	x		Der observeres sammenhæng mellem sygeplejeopgavens kompleksitet og de anvendte kompetencer.
Borger	x		Borgerne føler sig trygge i forhold til måden, hvorpå opgaven udføres.
Medarbejder (1)	x		Medarbejderne har kendskab til kompetenceoversigt og principper for delegering. En elev har dog kun begrænset kendskab, da vedkommende endnu ikke er helt introduceret hertil.
Medarbejder (2)	x		Medarbejderne kan redegøre for den konkrete anvendelse og måde, hvorpå opgaven overdrages. En medarbejder fortæller, at hun er tryk ved, at man helt konkret ser, hvordan opgaven skal udføres, inden man selv skal udføre den.
Medarbejder (3)		x	Flere medarbejdere giver udtryk for, at der ikke sker speciel opfølgning efter, at en opgave er delegeret. En medarbejder har oplevelsen af, at man har tillid til, at opgaven håndteres korrekt efter den nødvendige oplæring. Ledelsen oplyser, at opfølgning på medarbejdernes kompetencer sker løbende i forhold til undervisningssituationer, og når emnet tages op på faglige møder.

## 4 Tilsynets formål

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

Sammenfattende er formålet med de uanmeldte tilsyn at:

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

### 4.1 Indhold og metode

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

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

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

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

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

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

Følgende punkter indgår i tilsynskonceptet:

Omsorgs- og plejemæssige praksis	Organisatoriske og personalemæssige forhold	Øvrige
Det skriftlige grundlag for ydelsen Personlig pleje Sundhedsfremme og forebyggelse Psykisk pleje og omsorg Praktisk hjælp Medicinhåndtering Kommunikation	Medarbejder kompetencer	

## 4.2 Vurderingsskala

Tilsynet arbejder ud fra følgende vurderingsskala:

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

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

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

## 5 Kontaktoplysninger

Yderligere oplysninger fås ved henvendelse til:

Med venlig hilsen

HELEN HILARIO JØNSSON

Afdelingschef, Senior Manager

Mobil: +45 24 29 50 79

[hej@bdo.dk](mailto:hej@bdo.dk)

BDO Kommunernes Revision

Godkendt revisionsaktieselskab

Havneholmen 29

DK-1561 København V

Tlf: +45 33 12 65 45

[www.bdo.dk](http://www.bdo.dk)

### 5.1 Underskrifter

27. marts 2014

Gitte Ammundsen

Manager, sygeplejerske

**Bilag: 5.2. Handleplan Hjemmeplejen uanmeldt tilsyn.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 35357/14

## Handleplan for hjemmeplejen i forbindelse med Uanmeldt tilsyn 2014

Problemstilling	Tiltag	Tidsplan
<ul style="list-style-type: none"> <li>At igangsætte en målrettet indsats i forhold til at sikre korrekt dokumentation i kompetenceoversigter samt udarbejder procedurer for, hvorledes der systematisk følges op på delegerede opgaver.</li> </ul>	<p>Retningslinjerne for delegering og oplæring til sygeplejeopgaver gennemgås, og opfølgning på delegering præciseres.</p> <p>De nuværende oplæringsskemaer revideres, så de er entydige og nem at udfylde</p> <p>Sygeplejerskerne informeres om revideret praksis</p> <p>Medarbejdernes kompetenceoversigter gennemgås og ajourføres korrekt.</p>	<p>Maj/juni 2014</p> <p>Inden udgangen af 2014</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>At overveje fordelene ved at udarbejde handleplaner i det elektroniske omsorgssystem.</li> </ul>	<p>Muligheder og omkostninger vurderes evt. i forbindelse med strukturanalysen</p>	<p>Vurderes i efteråret 2014</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>At sikre, at der er udarbejdet handleplaner for alle borgere.</li> <li>At handleplaner ligeledes indeholder beskrivelser af hjælpen til den praktiske støtte, inkl. borgernes vaner, ønsker og særlige behov.</li> </ul>	<p>Hjemmeplejen har i 2013 haft som mål, at der er udarbejdet handleplan hos de borgere der er visiteret til praktisk hjælp med et pædagogisk udviklende sigte.</p> <p>Fremtidig vil vi udarbejde handleplaner for alle borgere med praktisk hjælp.</p> <p>I forbindelse med "Aktiv Hverdag" sættes også fokus på de borgere, som alene modtager praktisk hjælp. I takt hermed udarbejdes handleplaner for de borgere, der skal fortsætte med hjælpen, helt eller delvist.</p>	<p>Arbejdet er i gang og fortsætter gennem 2014 og 2015.</p>
<p>At undervise, oplære og vejlede medarbejderne i, hvorledes handleplaner udarbejdes, således at disse fremstår handlevejledende og individuelt beskrevet gennem hele døgnet i forhold til borgerens behov for personlig pleje og omsorg.</p>	<p>Vi vil tage udgangspunkt i eksemplariske handleplaner og undervise især aften- og natmedarbejderne i at udarbejde handleplaner.</p> <p>Vi arbejder videre med en primær kontaktperson for alle borgere, som har ansvar for at borgernes handleplaner i hjemmjournalen føres ajour og samtidig vil vi rette opmærksomheden på ajourføring i forbindelse med medarbejdernes tilbagemeldinger om ændringer.</p> <p>Vi vil i denne forbindelse i højere grad synliggøre hvilken psykisk pleje og omsorg der ydes og hvordan der arbejdes forebyggende hos den enkelte borger.</p>	<p>Arbejdet har været i gang siden 2013 og fortsætter gennem foråret 2014.</p> <p>En opfølgning på handleplaner sættes på dagsordenen på fagmøde for sygeplejersker og assistenter samt personalemøder i alle områder både i foråret 2014</p> <p>Der udarbejdes en akutydelse og procedure, som kan kvalitetssikre, at der oprettes ændringsskema til alle</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>at undervise, oplære og vejlede medarbejderne i, hvorledes handleplaner udarbejdes, således at disse indeholder fyldestgørende beskrivelser af den</li> </ul>	<p>(This cell is merged with the one above and contains no additional text)</p>	<p>(This cell is merged with the one above and contains no additional text)</p>



<p>sundhedsfremmende og forebyggende indsats.</p>	<p>Dette både i forhold til hvordan der arbejdes med forebyggende tiltag, som fx hvordan obstipation eller UVI forebygges og hvordan der arbejdes med vedligeholdende og udviklende tiltag som fx at borger går med ud med skrald eller selv vasker sin højre arm.</p> <p>Vi inddrager Hjemmesygeplejerskerne i arbejdet med at synliggøre relevante forebyggende tiltag hos den enkelte borger (eks. notat om forebyggelse ved AK beh.)</p> <p>Vi arbejder fortsat med at sikre, at der er et ændringsskema i Hjemmejournalen hos alle borgere, der modtager personlig pleje, og at arbejdet med faldforebyggelse og ernæringsvejledning afspejles i handleplaner.</p>	<p>borgere, der modtager hjælp til personlig pleje.</p> <p>I forbindelse med opstart af Aktiv Hverdag 1. april har alle medarbejdere været på kursus, hvor der dels er sat fokus på borgers ressourcer fremfor begrænsninger, og dels fokus på at arbejde efter en skriftlig Handle-/Rehabiliteringsplan i hjemmet.</p> <p>Vi forventer at den rehabiliterende tilgang vil understøtte arbejdet med individuelle handleplaner for alle borgere.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• At undervise, oplære og vejlede medarbejderne i, hvorledes handleplaner udarbejdes, således at disse indeholder fyldestgørende beskrivelser af borgerens behov for psykisk pleje og omsorg.</li> </ul>	<p>I dialogen med medarbejderne om ændringer i tiden/behov skal vi forholde os til, at de aktuelle visiterede ydelser justeres i tråd med de ydelser som reelt leveres. Fokus skal således ikke kun være på tidsfaktoren men også på indholdet i form af ydelsesbeskrivelsen.</p> <p>Borgerens handleplan ajourføres og koordinatorene skal ved alle ændringer i den visiterede tid forholde sig til om der er behov for justering af plejepakken og i så fald kontakte visitationen.</p>	<p>Indsatsen blev påbegyndt efteråret 2013, med undervisning /genopfriskning til koordinatorteamet af vores rammer og aftaler i samarbejdet med visitationen, samt drøftelser på personalemøderne.</p> <p>Opgaven formidles igen til koordinatorene, og medarbejderne på næst kommende personalemøder i maj/juni 2014. Nyansatte ledere introduceres heri i maj 2014.</p>

**Bilag: 5.3. Tilsynsrapport 2014 Cura Pleje Allerød kommune endelig.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 35344/14

Tilsynsrapport  
Allerød Kommune  
Ældre og sundhed

Privat leverandør  
Cura Pleje

Uanmeldt tilsyn

marts 2014

## Forord

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

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

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

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

## Indholdsfortegnelse

1	Formalia.....	3
2	Samlet tilsynsresultat .....	4
2.1	Begrundelse for tilsynsresultatet .....	5
2.2	Tilsynets overordnede bemærkninger og anbefalinger.....	6
3	Datagrundlag .....	7
4	Tilsynets formål.....	14
4.1	Indhold og metode.....	14
4.2	Vurderingsskala .....	15
5	Kontaktoplysninger .....	16

## 1 Formalia

Hjemmeplejens navn og adresse
Cura Pleje, Hejrevang 15, 3450 Allerød
Leder
Charlotte Kastrup
Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg
13. marts 2014 kl. 8.15 - 15.30
Datagrundlag
Ved tilsynet er der foretaget gennemgang af faglig dokumentation samt observationer hos borgerne. Tilsynet har interviewet 5 borgere. Borgerne har givet tilsagn om deltagelse i tilsynet  Tilsynet har desuden gennemført interview med 2 medarbejdere: <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 social- og sundhedshjælper</li><li>• 1 Ufaglært</li></ul>
Tilsynsførende
Gitte Ammundsen, Manager, sygeplejerske

## 2 Samlet tilsynsresultat

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

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

## 2.1 Begrundelse for tilsynsresultatet

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

Styrker
<p>På baggrund af tilsynet vurderes det, at den private leverandør Cura Pleje er karakteriseret ved følgende styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Leder oplyser, at Cura Pleje er i gang med implementering af nyt omsorgssystem og mobile løsninger til hjemmeplejen. De nye IT-løsninger giver mulighed for en bedre udnyttelse af de personalemæssige ressourcer samtidig med, at det giver mulighed for en mere individuel planlægning til større tilfredshed for den enkelte borger.</li> <li>➤ Cura Pleje har udarbejdet diverse instrukser og arbejdsgangsbeskrivelser – blandt andet i forhold til hygiejne, medicingivning, kateterpleje og forgæves gang mm.</li> <li>➤ Cura Pleje arbejder med triasering af borgerne. Ved første besøg hos en borger udarbejdes et ændringskema og opfølgning herpå sker i de enkelte teams.</li> <li>➤ I forbindelse med ansættelse af ny administrativ medarbejder er alle journaler gennemgået og kvalitetssikret.</li> <li>➤ Den sundhedsfaglige dokumentation er tilfredsstillende.</li> <li>➤ Der er sammenhæng mellem den hjælp, som borgeren modtager og borgerens behov for pleje og omsorg.</li> <li>➤ Borgerne får den pleje og omsorg og hjælp til praktisk støtte, som de har behov for.</li> <li>➤ Borgerne oplever generelt tilfredshed med kvaliteten i den personlige pleje og hjælpen til praktisk støtte.</li> <li>➤ Borgerne oplever tryghed ved måden, hvorpå hjælpen leveres, idet der ageres på deres helbredsmæssige bekymringer.</li> <li>➤ Den daglige kommunikation med medarbejderne oplever borgerne som værende respektfuld med en god omgangstone.</li> <li>➤ Medarbejderne har kendskab til den sundhedsfaglige dokumentation og god viden og indsigt i borgernes behov for pleje og omsorg samt hjælpen til praktisk støtte. Medarbejderne kan redegøre for observationer og overvejelser i forhold til den sundhedsfaglige indsats.</li> <li>➤ Medarbejderne har kendskab til triageringen og kan redegøre for brugen heraf.</li> <li>➤ Medarbejderne fremstår kompetente og er bevidste om egne kompetenceområder.</li> </ul>
Mangler
Der er ikke fundet "mangler" i forhold til tilsynskonceptet på tilsynstidspunktet.
Alvorlige fejl
Der er ikke fundet "alvorlige fejl og mangler" i forhold til tilsynskonceptet på tilsynstidspunktet.



## 2.2 Tilsynets overordnede bemærkninger og anbefalinger

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

Bemærkninger
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tilsynet bemærker, at hjælpen til en borger om aftenen er udeblevet.</li><li>2. Tilsynet bemærker, at enkelte døgnrytmeplaner har sporadiske mangler i forhold til ajourføring af den personlige pleje, praktiske hjælp og i forhold til borgernes ressourcer og mobilitet.</li><li>3. Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplaner mangler en generel beskrivelse/præsentation af borgeren, hvori der eksempelvis indgår oplysninger om borgerens normale funktionsniveau, mentale/hukommelsesmæssige tilstand, sociale ressourcer og netværk, særlige ønsker og vaner i hverdagen, mobilitet og brug af hjælpemidler samt tiltaleform. Tilsynet bemærker, at der findes fagligt relevante oplysninger i helhedsbeskrivelserne, som med fordel kan indgå i døgnrytmeplanerne.</li><li>4. Tilsynet bemærker, at der i forhold til 2 ud af 5 borgere mangler beskrivelse af den psykiske pleje og omsorg, hvor dette skønnes relevant. Tilsynet bemærker, at anbefalingen også blev givet på tilsynet i 2013.</li><li>5. Tilsynet bemærker, at Cura Pleje ikke har udarbejdet kompetenceoversigt og principper for delegering af komplekse opgaver og opfølgning herpå. Tilsynet bemærker, at anbefalingen også blev givet på tilsynet i 2013.</li></ol>
Anbefalinger
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tilsynet anbefaler, at Cura Pleje følger op på den konkrete sag i forhold til udeblivelse af hjælpen til en borger om aftenen og hermed udarbejder arbejds gange, der sikrer forebyggelse af, at lignende situationer gentages.</li><li>2. Tilsynet anbefaler, at Cura Pleje udarbejder procedurer for ajourføring af døgnrytmeplaner, således at det sikres, at alle døgnrytmeplaner altid er ajourførte i forhold til borgerens ressourcer/mobilitet og behov for pleje og omsorg og hjælp til praktisk støtte.</li><li>3. Tilsynet anbefaler, at der igangsættes en drøftelse af, hvorledes der i døgnrytmeplanerne kan indgå en mere generel beskrivelse/præsentation af borgerne. Tilsynet anbefaler, at der i udarbejdelsen af døgnrytmeplanerne tages større udgangspunkt i helhedsbeskrivelserne, således at det sikres, at alle relevante oplysninger herfra også fremgår af døgnrytmeplanerne.</li><li>6. Tilsynet anbefaler, at Cura Pleje underviser, oplærer og vejleder medarbejderne i udarbejdelse af døgnrytmeplaner, således at disse indeholder beskrivelser af borgernes behov for psykisk pleje og omsorg.</li><li>4. Tilsynet anbefaler, at Cura Pleje igangsætter en målrettet indsats i forhold til at sikre udarbejdelse af kompetenceoversigt og principper for delegering af komplekse plejeopgaver samt udarbejder procedurer for, hvorledes der følges op på delegerede opgaver.</li></ol>

### 3 Datagrundlag

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

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

Mål 1				
Der foreligger en skriftlig afgørelse med den bevilgede hjælp				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Alle journaler indeholder dokumentation med en aktuell beskrivelse af borgernes behov for pleje. Beskrivelserne ses i "Aktuelle ydelser", funktionsvurdering og helhedsbeskrivelse.
Observation	x			Tilsynet observerer sammenhæng mellem den hjælp, som borgerne har behov for og den hjælp, som borgerne tilbydes.
Borger	x			Borgerne giver udtryk for, at de modtager den hjælp, de har behov for. En borger oplever dog, at den afsatte tid til rengøring ikke dækker behovet. Borgeren er bekendt med mulighed for tilkøb af ekstra rengøring. En borger oplyser, at hjælpen en enkelt aften er udeblevet i indeværende uge. Borgeren er ikke blevet kontaktet om eventuelle ændringer ej heller i forhold til udeblivelse af hjælpen den konkrete aften. Borgeren pointerer, at dette aldrig er sket tidligere.
Medarbejder	x			Medarbejderne kan fint beskrive omfang og indhold i den bevilgede hjælp.

Personlig pleje i henhold til Servicelovens § 83 samt kommunens kvalitetsstandarder

Mål 2				
Der foreligger en samlet plan for pleje- og omsorgsindsatsen				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Der er udarbejdet døgnrytmeplaner for alle 5 borgere. 3 ud af 5 borgere modtager hjælp til personlig pleje. Ovenstående døgnrytmeplaner indeholder beskrivelser af tilrettelæggelsen af den daglige pleje og omsorg gennem hele døgnet. Døgnrytmeplanerne er handlevejledende og individuelt beskrevet. 2 døgnrytmeplaner mangler sporadisk ajourføring i forhold til den personlige pleje. Eksempelvis mangler beskrivelse af, at en borger får hjælp til støttestrømper dag og aften. I forhold til en anden borger mangler ajourføring i forhold til det ugentlige bad. Det fremgår, at borgeren får bad x 2 ugentligt.

				<p>Borgeren modtager kun bad 1 x ugentligt.</p> <p>Det er tilsynets vurdering, at alle 5 døgnrytmeplaner generelt mangler beskrivelse/præsentation af borgeren.</p> <p>Det er tilsynets vurdering, at feltet "Generelt" om borgeren kan anvendes i forhold hertil.</p> <p>Feltet "Generelt" kan eksempelvis med fordel indeholde beskrivelse af borgerens normale funktionsniveau, mentale og hukommelsesmæssige tilstand, sociale ressourcer og netværk, særlige ønsker og vaner i hverdagen, mobilitet og brug af hjælpemidler samt tiltaleform.</p> <p>Yderligere bemærkes det, at der findes fagligt meget relevante oplysninger i helhedsbeskrivelsen, som bør indgå i døgnrytmeplanen.</p> <p>Borgernes fysiske ressourcer fremgår generelt af døgnrytmeplanerne. Dog ses delvise mangler - eksempelvis i forhold til oplysning om, at borgeren er kørestolsbruger samt i forhold til en anden borger, der lider af svimmelhed.</p> <p>Tilsynet bemærker positivt, at hjælpen til den personlige pleje generelt er beskrevet med udgangspunkt i beboerens ressourcer og hvorledes disse medinddrages i plejen.</p>
Borger	x			3 borgere, som modtager hjælp til personlig pleje og omsorg, giver alle udtryk for stor tilfredsstillelse med kvaliteten af hjælpen.
Medarbejder	x			<p>Begge medarbejdere kan redegøre for den faglige indsats i forhold til hjælpen til personlig pleje.</p> <p>En medarbejder har fokus på betydningen af at inddrage borgeren mest muligt i den personlige pleje. Medarbejderen fortæller, hvorledes vedkommende udnytter tiden optimalt med oprydning i hjemmet, mens borgeren selv klarer dele af den personlige hygiejne.</p> <p>En anden medarbejder oplyser, at hun motiverer og guider borgeren i det nødvendige omfang.</p> <p>Medarbejderen redegør for udfordringer i forhold til at opnå accept hos borgeren til at yde den nødvendige hjælp. Medarbejderen har fokus på, at borgeren har tiltagende behov for mere støtte til personlig pleje.</p>

## Mål 3

Der er redegjort for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats

	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Der er generelt fokus på sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i døgnrytmeplanerne - eksempelvis i forhold til væskeindtagelse, hudpleje og

				faldforebyggelse. 1 døgnrytmeplan mangler beskrivelse af sundhedsfremmende og forebyggende indsats i forhold til, at borgeren har diabetes.
Observation	x			Tilsynet observerer ingen risici, der ikke er taget hånd om.
Borger	x			Borgerne giver ikke udtryk for bekymringer af helbredsmæssig karakter, der ikke bliver taget hånd om. En borger fortæller, at vedkommende har diabetes, og at han bliver fulgt nøje af diverse eksperter i forhold hertil. Borgeren fortæller blandt andet, at han går til træning hos fysioterapeut 1x om ugen, løbende får fodterapi og kontrol af syn. En anden borger er selv meget opmærksom på at drikke rigeligt i hverdagen. En tredje borger, som netop er godkendt til plejecenter, udtrykker dog en vis bekymring for eventuel lang ventetid på en plejebolig. Borgeren oplever, at helbredet svigter i stigende grad.
Medarbejder	x			Medarbejderne kan fagligt redegøre for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats hos borgerne. Begge medarbejdere har fokus på borgernes væskeindtagelse. En medarbejder fortæller, hvorledes hun har observeret, at borgeren formentlig har svampeinfektion på foden. Medarbejderen har udført særlig hudpleje og opfordret borgeren til at søge læge for nærmere udredning.

Psykisk pleje og omsorg - Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje og omsorg i henhold til servicelovens §§ 83 og 86 samt kommunens kvalitetsstandarder

Mål 4				
Der foreligger en samlet plan for psykisk pleje og omsorg				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation			x	Tilsynet bemærker, at borgernes psykiske/mentale ressourcer er meget sparsomt beskrevet i alle 5 døgnrytmeplaner. I forhold til 3 borgere er det ikke relevant at beskrive den psykiske pleje og omsorg, idet borgerne er velfungerende og psykisk stabile. I forhold til 2 borgere mangler beskrivelse af borgerens behov for psykisk pleje og omsorg. Eksempelvis fremgår det ikke, at en borger har en demens sygdom, og at borgerens mentale tilstand er under forværring. Der fremgår ingen handlevejledende

				indsatser i forhold til borgerens behov for psykisk pleje og omsorg. I et andet eksempel mangler beskrivelse af, at borgeren har behov for støtte i forhold til at blive motiveret til at modtage den nødvendige pleje.
Observation	x			Tilsynet observerer ingen umiddelbare risici, der ikke bliver taget hånd om i det daglige.
Borger	x			Borgerne giver udtryk for, at de føler sig trygge i hverdagen. En borger fortæller, at vedkommende har gode naboer, der ofte hjælper til. Borgeren er stadig tryk ved selv at køre bil. En anden borger fortæller, at vedkommende har familie i nærheden, hvilket giver en god tryghed i hverdagen. Et par borgere fremhæver, at det næsten altid er den samme medarbejder, der kommer i hjemmet, hvilket der sættes stor pris på.
Medarbejder	x			Medarbejderne kan redegøre for den psykiske pleje og omsorg hos borgerne. En medarbejder beskriver, hvorledes der er særligt fokus på mindre udfordringer i forhold til kommunikationen med borgeren. Medarbejderen er bevidst om at forholde sig professionel og neutral i kommunikationen. I forhold til en anden borger beskrives det, at borgeren er let at hjælpe til at komme i bedre humør. En medarbejder beskriver, at borgeren har brug for motivation og særlig støtte i det daglige. Borgeren har en stolthed, der indimellem bevirker, at borgeren frasiger sig noget hjælp, som vedkommende egentlig har behov for.

**Praktisk hjælp i henhold til Servicelovens § 83**

Mål 5 Borgeren sikres hygiejnemæssig forsvarlig renholdelse af boligen og rekvisitter				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			4 ud af 5 døgnrytmeplaner indeholder handlevejledende og individuelle beskrivelser af hjælpen til praktisk støtte. 1 døgnrytmeplan mangler beskrivelse af hjælpen til praktisk støtte.
Observation	x			Den hygiejniske tilstand i hjemmet er i overensstemmelse med kvalitetsstandarden. Hos 2 borgere bemærker tilsynet dog, at borgerens rollator/kørestol trænger til at blive rengjort.
Borger		x		3 borgere er meget tilfredse med hjælpen til praktisk

			<p>støtte.</p> <p>En borger fortæller, at han har bedt medarbejderne om at ringe hver gang, inden de kommer. Borgeren er meget tilfreds med, at denne aftale altid overholdes. Borgeren er ligeledes glad for, at det næsten er den samme medarbejder, der kommer fra gang til gang.</p> <p>En anden borger, som er kørestolsbruger, fortæller, at vedkommende på trods af handicap selv varetager en del af rengøringsopgaverne i hjemmet. Borgeren er meget tilfreds med arbejdsfordelingen mellem borger og medarbejder.</p> <p>2 borgere giver udtryk for nogen utilfredshed.</p> <p>En borger er specielt utilfreds med gulvask i soveværelset. Borgeren mener ikke, at paneler aftørres, og at løse tæpper bliver løftet under rengøringen.</p> <p>En anden borger er utilfreds med, at der kommer mange forskellige medarbejdere i hjemmet. Borgeren mener, at nogle medarbejdere er lidt sjuskede med rengøringen.</p>
Medarbejder	x		<p>Medarbejderne kan fortælle om de særlige indsatser i forhold til hygiejniske risikofaktorer hos borgerne.</p> <p>Eksempelvis beskriver en medarbejder om udfordringer i forhold til en borgers inkontinens.</p> <p>Samme medarbejder har fokus på rengøring af køleskab og særlig rengøring ved borgerens foretrukne siddeplads.</p> <p>En medarbejder er ikke bekendt med en borgers utilfredshed med rengøringshjælpen, men vil være opmærksom på at finde en fremadrettet løsning. Medarbejderen vil i højere grad efter hvert besøg sikre sig, at borgeren er tilfreds med dagens rengøring.</p> <p>En medarbejder har fokus på medinddragelse af borgeren i hjælpen til rengøring.</p>

#### Medicinindtagelse i henhold til gældende retningslinjer vedr. medicinhandling

Mål 6				
Borgeren modtager den visiterede hjælp til medicinindtagelse				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			<p>4 ud af 5 borgere klarer selv medicinadministrationen.</p> <p>I forhold til 1 borger, som får hjælp til medicinindtagelse, er der medicinskema i hjemmet. Medicinskemaet stemmer overens med medicinskema i omsorgssystem.</p> <p>Tilsynet bemærker dog, at det i døgnrytmeplanen er beskrevet for aften, at borgeren skal huskes på medicinindtagelse. Dette er ikke korrekt, idet borgeren kun får medicin om dagen. For dag er hjælpen til medicinindtagelse ikke beskrevet.</p>

				Døgnrytmeplanen bør ajourføres i forhold til ovenstående.
Observation	x			Der observeres overensstemmelse mellem medicinskema i borgers hjem og indhold i doseringsæskerne.
Borger	x			Borgeren giver udtryk for at være tryk ved hjælpen til medicinindtagelse.
Medarbejder	x			Medarbejderen kan redegøre for observationer i forbindelse med hjælpen til medicinindtagelsen.

### Kommunikation og respekt

Mål 7 Borgeren oplever respektfuld kommunikation				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Observation				Tilsynet kan ikke vurdere, hvorvidt der er respektfuld kommunikation mellem medarbejdere og borgere, idet der på tilsynstidspunktet ikke var medarbejdere til stede i hjemmet hos de 5 borgere.
Borger	x			Alle borgere giver udtryk for, at kommunikationen mellem borger og medarbejder er respektfuld. En borger fortæller, at medarbejderne er meget flinke og smilende. Samme borger oplever, at medarbejderne er meget høflige og hjælpsomme. En anden borger oplever, at jargonen er god.
Medarbejder	x			Medarbejderne kan fortælle om handlinger, der sikrer respektfuld kommunikation med borgerne. En medarbejder fortæller, at det i forhold til en borger med demens er vigtigt at bruge et såkaldt kommunikationsark mellem borger, medarbejdere og de pårørende. Medarbejderen oplever, at der opstår færre misforståelser i hverdagen og kommunikationen om aftaler forløber bedre, når kommunikationsarket anvendes. En medarbejder giver relevant eksempel på, hvorledes der skal kommunikeres professionelt og ikke privat med en borger. En medarbejder har fokus på betydningen af at ringe til borgeren inden hvert besøg. Borgeren bliver let nervøs, hvis medarbejderne pludselig er på adressen uden først at have varslet deres ankomst.

### Styrket indsats vedrørende medarbejderkompetencer

Mål 8 Der arbejdes med kompetenceudvikling i relation til den enkelte medarbejder				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation			x	Cura Pleje har ikke udarbejdet kompetenceoversigt og

(1)				principper for delegering af komplekse plejeopgaver. Leder oplyser, at Cura Pleje er i gang med de indledende forberedelser hertil, men endnu ikke er i mål opgaven endnu.
Dokumentation (2)			x	Cura Pleje har ikke udarbejdet skriftlig dokumentation for delegerede opgaver.
Dokumentation (3)			x	Cura Pleje har ikke udarbejdet dokumentation for opfølgning på delegerede opgaver.
Observation (1)				Ikke relevant pga. manglende dokumentation.
Observation (2)				Ikke relevant pga. manglende dokumentation.
Borger				I forhold til de 5 borgere, som indgik i tilsynet, er der ikke delegerede opgaver.
Medarbejder (1)			x	Ikke relevant pga. manglende dokumentation.
Medarbejder (2)	x			Ingen af de to medarbejdere har fået delegeret opgaver i forhold til de 5 borgere, som indgik i tilsynet. En medarbejder giver et eksempel på proceduren for overdragelse af en opgave i forhold til en borger, som ikke indgik i tilsynet. Medarbejderen fortæller blandt andet, hvordan en social- og sundhedsassistent introducerede til opgaven vedrørende hjælp til inhalationsspray og viste anvendelsesmåden. En medarbejder fortæller, at vedkommende ikke har fået delegeret komplekse plejeopgaver. Medarbejderen er ufaglært og har primært at gøre med de mindre komplekse og plejkrævende borgere.
Medarbejder (3)			x	En medarbejder bekræfter, at der ikke foreligger fastlagt procedure for konkret opfølgning på delegerede opgaver. Medarbejderen oplyser dog, at vedkommende enkelte gange er blevet observeret af social- og sundhedsassistent, imens den delegerede opgaver er blevet udført.



## 4 Tilsynets formål

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

Sammenfattende er formålet med de uanmeldte tilsyn at:

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

### 4.1 Indhold og metode

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

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

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

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

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

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

Følgende punkter indgår i tilsynskonceptet:

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

## 4.2 Vurderingsskala

Tilsynet arbejder ud fra følgende vurderingsskala:

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

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

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

## 5 Kontaktoplysninger

Yderligere oplysninger fås ved henvendelse til:

Med venlig hilsen

HELEN HILARIO JØNSSON

Afdelingschef, Senior Manager

Mobil: +45 24 29 50 79

[hej@bdo.dk](mailto:hej@bdo.dk)

BDO Kommunernes Revision

Godkendt revisionsaktieselskab

Havneholmen 29

DK-1561 København V

Tlf: +45 33 12 65 45

[www.bdo.dk](http://www.bdo.dk)

### 5.1 Underskrifter

17. marts 2014

Gitte Ammundsen

Manager, sygeplejerske

**Bilag: 5.4. Handleplan Cura Pleje uanmeldt tilsyn.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 46970/14

Område	Problemstilling	Tiltag	Tidsplan
<b>Formodet Udeblivelse af hjælp</b>	Borger har oplyst til tilsynet, at han ikke fik besøg aftenen før, men at det ikke normalt sker.	<p>Cura Pleje har undersøgt den konkrete sag og er kommet frem til følgende:</p> <p>Borger har siden januar besøgt sin søn hver onsdag aften og spist sammen med ham.</p> <p>Vi kommer hos borger alle øvrige aftener og sikre at han får noget at spise og hans medicin.</p> <p>Omtalte onsdag havde sønnen meldt afbud til sin far da sønnen var syg. Hverken søn eller far tænker på, at kontakte os, så vi kunne komme i stedet.</p> <p>Faderen sidder derfor alene denne aften og beretter dette for tilsynet der tilfældigvis kommer dagen efter.</p> <p>Cura Pleje vil fremadrettet indskærpe over for vores borgere og deres pårørende, når de har faste aftaler, at det er nødvendigt at de ligeledes "afmelder" deres interne aftaler til os, så Cura Pleje bliver opmærksom på, at vi skal besøge borger.</p>	Er igangsat
<b>Døgnrytmeplaner</b>	Enkelte døgnrytmeplaner har sporadiske mangler ift ajourføring af den personlige pleje og praktiske hjælp og i forhold til borgernes ressourcer og mobilitet.	<p>Cura Pleje fastholder den gode arbejdsgang, med daglig afrapportering og ugentlige opfølgning der er mellem udekørende medarbejdere og teamlederen.</p> <p>Teamlederen mindes om, at komme hele vejen rundt vha. "Oversigtsskemaet" fra teamet, som er udarbejdet til formålet.</p>	Er igangsat
<b>Anbefaling om generel beskrivelse af borger</b>	Døgnrytmeplanerne kan med fordel indeholde en generel præsentation af borgeren.	Cura Plejes eksisterende instruks om plejeplaner, er udvidet med instruks i hvorledes plejeplanerne skal indledes med en kort (max 4 linjer) præsentation af borger.	<p>Igangsat</p> <p>Maj 2014</p> <p>Afsluttes</p>

		Teamlederen gennemgår plejeplanerne med de udekørende ud fra den tilrettede instruks. Teamleder støttes af kvalitetskoordinatoren.	juli 2014
<b>Styrkelse af opmærksomheden på den psykiske pleje og omsorg i planerne</b>	Der er behov for at øge fokus på den psykiske pleje og omsorg i døgnrytmeplanerne.	Cura Plejes eksisterende instruks om plejeplaner, er udvidet med opmærksomhed specifikt omkring den psykiske pleje og omsorg.  Teamlederen gennemgår plejeplanerne med de udekørende ud fra den tilrettede instruks. Teamleder støttes af kvalitetskoordinatoren.	<u>Igangsæt</u> Maj 2014  <u>Afsluttes</u> juli 2014
<b>Kompetenceroversigt</b>	Medarbejderne mangler at få udarbejdet en komplet kompetenceoversigt.	Cura Pleje, har udarbejdet en skabelon, der kan anvendes til at skabe overblik over medarbejderens kompetencer.	<u>Igangsættes</u> Maj 2014 <u>Afsluttes</u> Juli 2014
<b>Delegerede sygeplejeopgaver</b>	Der kan være behov for udarbejdelse af instruks for delegering af komplekse pleje opgaver, samt hvorledes der følges op på delegerede opgaver.	Cura Pleje, har allerede udarbejdet instruks for dette. Instruksen var blot ikke alment kendt og implementeret i organisationen. Dette pågår nuværende	<u>Igangsæt</u> maj 2014 <u>Afsluttes</u> Maj 2014

**Bilag: 5.5. Tilsynsrapport 2014 Plejecentret Skovvang Allerød Kommune  
endelig.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 35350/14

Tilsynsrapport  
Allerød Kommune  
Ældre og Sundhed

Skovvang Plejecenter

Uanmeldt tilsyn

marts 2014



## Forord

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

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

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

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

## Indholdsfortegnelse

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

## 1 Formalia

Plejecentrets navn og adresse
Skovvang Plejecenter, Poppelvænget 2, 3450 Allerød
Leder
Kirsten Valentinsen
Antal boliger
40 boliger
Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg
18. marts 2014 kl. 8.15 - 14.45
Datagrundlag
<p>Ved tilsynet er der foretaget observationer på fællesarealer, gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation, observationer hos beboerne samt gennemført interviews med medarbejderne. Beboerne har givet tilsagn om deltagelse i tilsynet.</p> <p>Tilsynet har interviewet 4 beboere. Tilsynet har desuden gennemført interview med 3 medarbejdere:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 3 Social- og sundhedsassistenter</li></ul> <p>1 medarbejder blev interviewet i forhold til 2 beboere.</p> <p>Der er ligeledes foretaget observationer på fællesarealer</p>
Tilsynsførende
Gitte Ammundsen, sygeplejerske, Manager

## 2 Samlet tilsynsresultat

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

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

## 2.1 Begrundelse for tilsynsresultatet

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

Styrker
<p>På baggrund af tilsynet vurderes det, at plejecentret er karakteriseret ved følgende styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Skovvang Plejecenter åbnede for indflytning af de første beboere medio maj. På nuværende tidspunkt er der indflyttet i alt 40 beboere. De sidste 20 plejeboliger forventes at være udlejet pr. 1. september.</li> <li>➤ Leder oplyser, at plejecentret er i fuld gang med at etablere sig i de nye rammer og skabe et godt og trygt hjem for beboerne. Der arbejdes målrettet i forhold til at få de sidste vakante stillinger besat, så der ligeledes kan skabes et godt og inspirerende arbejdsmiljø for medarbejderne.</li> <li>➤ På Skovvang Plejecenter arbejdes der med en flad organisation, hvor plejecentret er opdelt i to afdelinger med hver deres ansvarshavende afdelingsleder. Plejecentret har ansat udviklingssygeplejerske, klinisk vejleder og en aktivitetsmedarbejder. Yderligere forventes der snarlig ansættelse af en ergoterapeut, som i samarbejde med aktivitetsmedarbejderen skal forestå aktiviteter og ADL-træning for beboerne.</li> <li>➤ Den sundhedsfaglige dokumentation er generelt tilfredsstillende. I vurderingen af den sundhedsfaglige dokumentation har tilsynet taget højde for, at mange beboere er indflyttet på samme tid, og der har været en del opgaver omkring indflytning, som nødvendigvis har haft en større prioritering.</li> <li>➤ Der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboerne modtager og beboernes behov for pleje og omsorg.</li> <li>➤ Beboerne får den pleje og omsorg og hjælp til praktisk støtte, som de har behov for og oplever tilfredshed i måden, hvorpå hjælpen leveres.</li> <li>➤ Beboerne oplever generelt tilfredshed i forhold til tilbud om aktiviteter og fællesskab på plejecentret. Flere beboere udviser forståelse for, at der er tale om et nyt plejecenter, og at det tager tid, inden plejecentret er fuldt ud fungerende på alle områder.</li> <li>➤ Beboerne føler sig sikre og trygge på plejecentret og oplever en respektfuld kommunikation med medarbejderne. Beboerne oplever, at de har indflydelse på eget liv, og at vaner og ønsker respekteres i hverdagen.</li> <li>➤ Plejecentret arbejder målrettet med kompetenceudvikling af medarbejderne, og der foreligger dokumentation af de delegerede sygeplejeopgaver.</li> <li>➤ Medarbejderne har kendskab til den sundhedsfaglige dokumentation og viden og indsigt i beboernes behov for pleje og omsorg samt hjælpen til praktisk støtte. Medarbejderne kan redegøre for observationer og overvejelser i forhold til den sundhedsfaglige indsats.</li> <li>➤ Medarbejderne har kendskab til triagering, men gør opmærksom på, at der ikke arbejdes med dette i hverdagen lige pt.</li> <li>➤ Medarbejderne fremstår kompetente og ansvarsbevidste.</li> <li>➤ Rengøringsstandarder på fællesarealer er meget tilfredsstillende.</li> <li>➤ I forhold til fællesskab og trivsel omkring måltiderne har plejecentret nogle særlige udfordringer, hvad angår de fysiske faciliteter og i forhold til italesættelse af medarbejdernes rolle i måltidssituationen. Ledelsen er bevidst herom, og det er forventningen, at der med etablering af en fast personalegruppe er større grundlag for fremadrettet at skabe gode traditioner og en fælles kultur.</li> </ul>
Mangler
Der er ikke fundet "mangler" i forhold til tilsynskonceptet på tilsynstidspunktet.

<b>Alvorlige fejl og mangler</b>
----------------------------------

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

## 2.2 Tilsynets overordnede bemærkninger og anbefalinger

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

<b>Bemærkninger</b>
---------------------

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplaner har delvise mangler i forhold til at være ajourført, handlevejledende og individuelt beskrevet gennem hele døgnet.</li> <li>2. Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplaner mangler en generel beskrivelse/præsentation af beboeren, hvori der eksempelvis indgår oplysninger om beboerens normale funktionsniveau, mentale/hukommelsesmæssige tilstand, sociale ressourcer og netværk, særlige ønsker og vaner i hverdagen, mobilitet og brug af hjælpemidler samt tiltaleform.</li> <li>3. Tilsynet bemærker, at den sundhedsfremmende og forebyggende primært er beskrevet i helhedsbeskrivelser og i mindre grad i døgnrytmeplaner.</li> <li>4. Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplanerne generelt mangler beskrivelse af beboernes ressourcer, og hvorledes disse medinddrages og vedligeholdes i den daglige pleje og omsorg.</li> <li>5. Tilsynet bemærker, at beboernes psykiske og mentale ressourcer samt behov for psykisk pleje og omsorg ikke er tilstrækkeligt beskrevet i døgnrytmeplanerne.</li> <li>6. Tilsynet bemærker, at der ikke er fastlagt procedurer for generel og overordnet opfølgning/ajourføring af alle delegerede opgaver.</li> </ol> |
|--|

<b>Anbefalinger</b>
---------------------

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tilsynet anbefaler, at Plejecentret underviser, oplærer og vejleder medarbejderne i, hvorledes døgnrytmeplaner udarbejdes, således at disse er ajourførte, handlevejledende og individuelt beskrevet gennem hele døgnet. Tilsynet anbefaler, at der altid henvises til fokusområder i døgnrytmeplaner. Tilsynet anbefaler ligeledes, at der i udarbejdelsen af døgnrytmeplaner generelt tages mere udgangspunkt i helhedsbeskrivelsen.</li> <li>2. Tilsynet anbefaler, at der igangsættes en drøftelse af, hvorledes der i døgnrytmeplanerne kan indgå en mere generel beskrivelse/præsentation af beboerne.</li> <li>3. Tilsynet anbefaler, at Plejecentret underviser, oplærer og vejleder medarbejderne i, hvorledes døgnrytmeplaner udarbejdes, således at disse i endnu højere grad indeholder beskrivelse af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats, hvor dette skønnes relevant for den daglige pleje og omsorg.</li> <li>4. Tilsynet anbefaler, at døgnrytmeplaner udarbejdes således, at disse tager større udgangspunkt i beskrivelsen af beboerens egne ressourcer og hvordan disse medinddrages i plejen fremfor at udgangspunktet tages i beskrivelsen af, hvad beboerne skal have hjælp til.</li> <li>5. Tilsynet anbefaler, at Plejecentret underviser, oplærer og vejleder medarbejderne i, hvorledes døgnrytmeplaner udarbejdes, således at disse indeholder fyldestgørende beskrivelser af beboernes psykiske og mentale ressourcer og behov for psykisk pleje og omsorg.</li> <li>6. Tilsynet anbefaler, at Plejecentret udarbejder procedurer for, hvorledes der sikres generel opfølgning/ajourføring på delegering af komplekse pleje- og sygeplejefaglige opgaver. Tilsynet anbefaler, at opfølgning/ajourføring af delegerede opgaver evt. er fast punkt på dagsordenen på i forvejen aftalte møder med personalegruppen.</li> </ol> |
|---|

### 3 Datagrundlag

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

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

Mål 1 Beboerens plejebehov er ajourført				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Alle journaler indeholder dokumentation med en aktuel beskrivelse af beboernes behov for pleje. Journalerne indeholder blandt andet funktionsvurdering, helhedsbeskrivelse og fokusområder. Der er udarbejdet fokusområder i forhold til hudpleje, anæmi, BMI, ernæring og væskeindtagelse.
Observation	x			Det er tilsynets vurdering, at der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboerne modtager og beboernes tilstand.
Beboer	x			Beboerne giver udtryk for, at de modtager den hjælp, de har behov for.
Medarbejder (1)	x			Alle medarbejdere har kendskab til de nødvendige dokumenter i journalen og kan generelt redegøre herfor.
Medarbejder (2)	x			Medarbejderne oplyser, at arbejdet med triasering på plejecentret endnu ikke er opstartet helt. Teknikken er først lige netop blevet tilsluttet. En medarbejder oplyser, at beboernes tilstand drøftes på daglige morgenmøder og her tages stilling til behovet for eventuelle ændringer i plejen og omsorgen for beboeren.

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

Mål 2 Der foreligger en beskrivelse af pleje- og omsorgsindsatsen				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation		x		Den sundhedsfaglige dokumentation er generelt tilfredsstillende. Tilsynet bemærker dog, at alle 4 døgnrytmeplaner har delvise mangler i forhold til at være ajourført og fremstå handlevejledende og individuelt beskrevet gennem hele døgnet. Flere døgnrytmeplaner er korfattet beskrevet.

			<p>Eksempelvis er det i en døgnrytmeplan kun beskrevet, at beboeren skal guides til personlig pleje og hjælpes med at vaske sin højre side. Beboerens behov for hjælp til nedre hygiejne og påklædning er ikke beskrevet.</p> <p>I et andet eksempel er beboerens behov for hjælp til indtagelse af maden kun beskrevet for dag. Der foreligger ingen oplysninger om beboerens behov for hjælp til dette om aftenen.</p> <p>I et tredje eksempel mangler ligeledes beskrivelse af beboerens behov for hjælp til nedre hygiejne og påklædning. Tilsynet vurderer, at specielt beboerens særlige behov vedrørende påklædning bør beskrives. Beboeren er meget smertepåvirket. Der foreligger ingen handlevejledende beskrivelser af indsatser relateret hertil.</p> <p>Generelt er beskrivelserne af det ugentlige bad ikke handlevejledende og individuelt beskrevet. Beboernes særlige behov i forhold til det ugentlige bad fremgår ikke af døgnrytmeplanerne.</p> <p>I forhold til beskrivelserne for nat er disse kortfattet beskrevet og indeholder generelt kun oplysning om, at beboeren skal have "et indkig" 2-3 gange i løbet af natten. Beskrivelserne for beboernes behov for indkig om natten bør være handlevejledende og individuelt beskrevet, idet beboerne har forskellige behov for, hvorfor der skal udføres et natligt tilsyn.</p> <p>Det er tilsynets vurdering, at beboernes behov for indkig om natten generelt bør tages op til fornyet drøftelse.</p> <p>Tilsynet bemærker ligeledes, at der ikke konsekvent henvises til fokusområder, når en sådan er udarbejdet.</p> <p>Det er tilsynets vurdering, at alle døgnrytmeplaner mangler en generel beskrivelse/præsentation af beboeren.</p> <p>Det er tilsynets vurdering, at feltet "Generelt" om beboeren kan anvendes i forhold hertil.</p> <p>Feltet "Generelt" kan med fordel eksempelvis indeholde beskrivelse af beboerens normale funktionsniveau, mentale og hukommelsesmæssige tilstand, særlige ønsker og vaner i hverdagen, mobilitet og brug af hjælpemidler samt tiltaleform.</p>
Beboer	x		<p>Beboeren giver udtryk for tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje.</p> <p>En beboer fortæller, at det nok er meget godt, at medarbejderne hjælper med at huske beboeren på det ugentlige bad.</p> <p>En anden beboer vil gerne kun have hjælp til personlig pleje af kvinder. Beboerens ønske bør dokumenteres i døgnrytmeplanen.</p>
Medarbejder	x		<p>Medarbejderne kan fagligt redegøre for den faglige indsats.</p> <p>En medarbejder har fokus på, at beboeren er meget</p>



				smertepåvirket og har brug for særlig støtte og hensyn hertil. Medarbejder italesætter, hvorledes det er vigtigt at give sig den fornødne tid til plejen af beboeren.
--	--	--	--	---

Mål 3				
Der er redegjort for sundhedsfremme og forebyggende indsats				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation		x		<p>Beskrivelser af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats er primært beskrevet i helhedsbeskrivelser og fokusområder.</p> <p>Den sundhedsfremmende og forebyggende indsats fremgår i mindre grad af døgnrytmeplanerne. I døgnrytmeplaner ses sundhedsfremmende og forebyggende beskrivelser i forhold til kateterpleje, væskeindtagelse og forebyggelse af fejlsynkning.</p> <p>Det er tilsynets vurdering, at der er beskrevet observationer i helhedsbeskrivelser, som med fordel også kan indgå i døgnrytmeplanerne, idet disse observationer er vigtige at forholde sig til i selve udførelsen af den daglige pleje og omsorg for beboeren. Eksempelvis i forhold til en beboers udfordringer i forhold til væggtab og problemer i forhold til udskillelse.</p>
Observation	x			Tilsynet observerer, at der i den daglige omsorg for beboeren bliver taget hånd om alle relevante risici.
Beboer	x			Det er beboernes oplevelse, at der bliver taget godt hånd om den enkeltes sundhedsmæssige risici.
Medarbejder	x			<p>Medarbejderne kan give eksempler på særlige indsatser vedrørende relevante risici i forhold til beboerens situation.</p> <p>En medarbejder har fokus på, at beboeren ikke isolerer sig i boligen og tilbyder/motiverer derfor ofte til, at beboeren kommer lidt ud på fællesarealer og møder andre beboere.</p> <p>Der er generelt fokus på beboernes væskeindtagelse i løbet af dagen.</p> <p>En medarbejder oplyser, at der i samarbejde med inkontinenssygeplejerske er igangsat en faglig drøftelse af, hvorvidt en beboer fortsat har behov for fast kateter eller eventuelt kan undvære dette.</p>

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

Mål 4 Der foreligger en beskrivelse af beboerens ressourcer og hvordan de inddrages i aktivitet og træning (ADL og vedligeholdelse)				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation		x		I forhold til alle 4 døgnrytmeplaner er det gældende, at beskrivelserne for plejen og omsorgen primært tager udgangspunkt i, hvad beboeren skal have hjælp til fremfor, hvad beboeren har af ressourcer, og hvorledes disse medinddrages og anvendes i plejen. Beskrivelse af beboerens fysiske, psykiske og sociale ressourcer fremgår generelt i højere grad af helhedsbeskrivelserne. Der foreligger generelt beskrivelser af beboernes ønsker til aktiviteter og træning. 2 døgnrytmeplaner indeholder delvise beskrivelser af beboernes fysiske ressourcer. 2 døgnrytmeplaner mangler helt beskrivelse af beboerens fysiske ressourcer.
Observation			x	Tilsynet bemærker, at beboerne generelt har flere ressourcer end det umiddelbart fremgår af døgnrytmeplanerne.
Beboer	x			3 ud af 4 beboere giver udtryk for, at de helst vil klare mest muligt selv på trods af, at energien og kræfterne svigter i stigende grad. Beboerne føler, at de medinddrages i dagligdagen i det omfang, det er muligt. 1 beboer oplever ikke at have så mange ressourcer længere. En anden beboer fortæller, at vedkommende ville ønske, at der var en kondicykel på plejecentret, så man kunne selvtræne lidt for at fastholde funktionsniveauet.
Medarbejder	x			Medarbejderne medinddrager beboerne i den daglige pleje og omsorg i det omfang, det er muligt. Medarbejderne har fokus på at støtte beboerne ud fra deres individuelle behov. En medarbejder udtrykker en holdning til, at hvis beboeren selv kan - skal vedkommende selv. Medarbejderne giver eksempler på små dagligdags aktiviteter, der medvirker til fastholdelse af beboernes funktionsniveau. Eksempelvis nævnes gåture til supermarked, beboere der selv henter alle måltider i køkkenet, en beboer der deltager i forflytninger og en beboer der motiveres til at bruge sin raske arm ved transport i kørestol.

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

Mål 5				
Der foreligger en beskrivelse af den psykiske pleje og omsorg				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation			x	<p>Beboernes psykiske og mentale ressourcer er meget sparsomt beskrevet i døgnrytmeplanerne.</p> <p>Beboernes psykiske og mentale ressourcer fremgår primært i helhedsbeskrivelserne.</p> <p>Det er tilsynets vurdering, at den psykiske pleje og omsorg ikke fremgår af døgnrytmeplanerne.</p> <p>I forhold til alle 4 beboere er det relevant at beskrive beboerens behov for psykisk pleje og omsorg.</p> <p>Eksempelvis i forhold til en beboer med smerter og de humørsvingninger, dette medfører; en beboer som opleves initiativløs og ofte kun kommunikerer med enstavelsesord; i forhold til en beboer med behov for støtte til at strukturere hverdagen og beboerens demenssygdom; og endeligt i forhold til en beboer med flere cancersygdomme og de bekymringer, beboeren har i forhold hertil.</p> <p>Tilsynet vurderer, at der i forhold til ovenstående bør udarbejdes detaljerede fokusområder.</p>
Observation		x		<p>Det er tilsynets vurdering, at plejecentret med fordel kan øge fokus på at sikre beboerne den nødvendige psykiske pleje og omsorg i hverdagen.</p>
Beboer		x		<p>Beboerne føler sig generelt trygge og sikre i dagligdagen på plejecentret.</p>
Medarbejder	x			<p>Medarbejderne kan generelt redegøre for beboernes behov for psykisk pleje og omsorg.</p> <p>En medarbejder bekræfter, at beboeren, som er noget initiativløs, formentlig ikke i alle situationer selv kan gøre opmærksom på egne behov. Medarbejderen bliver i interviewet med tilsynsførende opmærksom på, at beboeren formentlig har behov for ekstra støtte til at definere egne behov. I udførelsen af den personlige pleje og omsorg har medarbejderen fint fokus på beboernes behov for særlig motivation, så vedkommendes egne ressourcer inddrages.</p> <p>En medarbejder redegør for indsatser i forhold til den psykiske pleje og omsorg til en beboer med cancer. Indsatsen bør fremgå af døgnrytmeplanen.</p>

## Praktisk hjælp i henhold til Servicelovens § 83 og kommunens kvalitetsstandarder

Mål 6				
Beboeren sikres hygiejnemæssig forsvarlig renholdelse af boligen og rekvisitter				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Tilsynet får oplyst, at der ikke stilles krav om, at plejecentrene skal udarbejde plan for rengøring af beboernes boliger. Hos 3 af de interviewede beboere er der ingen særlige udfordringer i forhold til hjælpen til praktisk støtte. I forhold til 1 af beboerne er der en særlig udfordring i forhold til at sikre, at beboerne ikke har gammelt mad liggende i køkkenskabene. Den særlige indsats er beskrevet i døgnrhythmeplanen.
Observation	x			Den hygiejniske tilstand i boligen og omkring beboernes hjælpemidler er meget tilfredsstillende.
Beboer	x			Beboerne er tilfredse med rengøringsstandarderne i boligen.
Medarbejder	x			Medarbejderne har fokus på beboernes eventuelle særlige behov i forhold til hjælpen til praktisk støtte og rengøring.

## Hverdagen på plejecentret

Mål 7				
Beboeren har en god og tilfredsstillende hverdag				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Der er udarbejdet livshistorier for alle 4 beboere.
Beboer	x			3 beboere giver udtryk for, at de føler sig godt tilpasse på plejecentret. En beboer fremhæver eksempelvis, at der efter indflytning på plejecentret er kommet mere ro i beboerens hverdag. En anden beboer fortæller dog, at det kun i et meget begrænset omfang sker, at medarbejderne blot kommer ind på besøg for at snakke. Det er beboerens indtryk, at der ikke er tid til dette i hverdagen. Beboeren opholder sig primært i egen bolig af personlige årsager. En beboer oplever ikke trivsel på plejecentret. Beboeren fortæller meget åbent om, hvorledes vedkommende endnu ikke er faldet til på plejecentret. Beboeren har en oplevelse af, at indflytning på plejecenter ikke var den helt rigtige beslutning. Tilsynet anbefaler medarbejderen, at der tages hånd om beboerens oplevelse og iværksættes initiativer, der kan bidrage til at skabe større trivsel i hverdagen for den pågældende

			<p>beboer.</p> <p>Et par beboere bemærker overfor tilsynet, at der kommer mange afløsere og vikarer. Beboerne efterspørger en fast medarbejder.</p>
Medarbejder	x		<p>Medarbejderne kan redegøre for handlinger, der medvirker til at sikre beboerne en god hverdag.</p> <p>En medarbejder fortæller, at det er vigtigt at lade beboerne træffe egne valg og respektere disse.</p> <p>En medarbejder forklarer, hvordan hun respekterer beboerens ønske om kun at deltage i sociale arrangementer i begrænset omfang samtidig med, at medarbejderen fortsat prøver at motivere beboeren til at være mere social, idet dette har en positiv effekt på humøret efterfølgende. Samme medarbejder bekræfter, at beboeren ikke trives på plejecentret. Medarbejderen vil tage initiativ til en øget indsats i forhold til at sikre større trivsel for beboeren.</p>

Mål 8				
Beboeren oplever respekt				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Observation (1)	x			<p>Tilsynet observerer respektfuld kommunikation mellem beboere og medarbejdere.</p> <p>Tilsynet observerer, at kommunikationen er anerkendende og motiverende.</p>
Observation (2)	x			<p>Tilsynet observerer, at det nonverbale og verbale sprog bliver brugt professionelt i samspillet mellem beboere og medarbejdere.</p>
Beboer	x			<p>Beboerne giver alle udtryk for, at medarbejderne kommunikerer respektfuldt og omgangstone er imødekommende.</p> <p>Beboerne føler sig respekterede.</p> <p>En beboer sætter pris på, at hun selv bestemmer tidspunktet for, hvornår hun vil op om morgenen.</p> <p>En anden beboer glæder sig over, at medarbejderne er omsorgsfulde og giver en støttende arm, når det er nødvendigt.</p>
Medarbejder	x			<p>Medarbejderne kan beskrive handlinger, der medvirker til at sikre respekt for beboerne.</p> <p>Respekten sikres generelt ved at give beboerne valgmuligheder, medbestemmelse og ikke påtvinge til fællesskab.</p> <p>I forhold til en beboer, som primært kommunikerer med enstavelsesord, har medarbejder fokus på at stille beboeren spørgsmål, der ikke kan besvares med enstavelsesord.</p>

				En medarbejder taler om de ting, der interesserer beboeren og anvender humor.
--	--	--	--	---

## Særlig fokusområde - medarbejderkompetencer

## Styrket indsats vedrørende medarbejderkompetencer

Mål 9				
At der arbejdes med kompetenceudvikling set i relation til den enkelte medarbejder				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation (1)	x			Der foreligger en kompetenceoversigt og principper for delegering af komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver
Dokumentation (2)	x			Der foreligger en aktuell skriftlig dokumentation for de delegerede komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver. Tilsynet bemærker, at plejecentret anvender alle kommunens skemaer og vejledninger udarbejdet til formålet.
Dokumentation (3)		x		I forhold til 2 medarbejdere foreligger der en aktuell skriftlig dokumentation for en opfølgning på de delegerede komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver. I forhold til 1 medarbejder er der ikke korrekt udfyldelse af skemaet over medarbejderens kompetencer og delegerede opgaver. Medarbejderen har fået kompetencer og delegeret opgaver i forhold til injektionsgivning og oplægning af katheter. Der mangler udfyldelse af dato for "udført" opgave og dato for "opfølgning" på den udførte opgave. Medarbejderen blev undervist og givet den nødvendige instruktion i november 2013 og udfører i dag opgaven.
Observation (1)	x			I forhold til beboerne er der delegeret opgaver omkring påsætning af smertepaster og medicinadministration. Tilsynet observerer sammenhæng mellem skema for delegering og de observerbare forhold.
Observation (2)	x			Der observeres sammenhæng mellem sygeplejeopgavens kompleksitet og de anvendte kompetencer. Der er kun delegeret opgaver fra sygeplejerske til social- og sundhedsassistenter, idet plejecentret ikke har ansat social- og sundhedshjælpere.
Beboer	x			Beboerne oplever tryghed i forhold til de delegerede opgaver.
Medarbejder (1)	x			Medarbejderne har kendskab til kompetenceoversigt og principper for delegering. Tilsynet får oplyst, at plejecentrets udviklingssygeplejerske udfører kompetencesamtaler med alle medarbejdere med det formål at skabe afdækning og udvikling af den enkelte medarbejders kompetencer.
Medarbejder (2)	x			Medarbejderne kan redegøre for den konkrete anvendelse

			og måde, hvorpå en opgave overdrages på. Medarbejdere fortæller, at der bliver fulgt op på kompetencer, der er erhvervet fra tidligere ansættelser, så det sikres, at den enkelte medarbejder fortsat kan varetage opgaven korrekt.
Medarbejder (3)	x		Medarbejderne oplyser, at der løbende sker en opfølgning på delegerede opgaver og at dato for opfølgning noteres i de relevante skemaer.

### 3.1 Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer

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

Observationer på fællesarealer			
	Ja	Nej	Bemærkninger
Er der et aktivt miljø på fællesarealerne?		x	Tilsynet observerer ingen aktiviteter på tilsynstidspunktet i fællesrum. På afdelingsniveau observerer tilsynet, at medarbejdere sidder og drikker formiddagskaffe med nogle beboere. Derudover observeres ingen aktiviteter på afdelingsniveau. Tilsynet får oplyst, at der er etableret samarbejde med frivillige fra Røde Kors, hvor beboere tilbydes arrangementer i form af sang og musik. Aktivitetsmedarbejderen koordinerer og planlægger aktiviteter som gudstjenester, gymnastik en gang om ugen og sang og musik. Plejecentret har en medarbejder, der kan spille på plejecentrets flygel.
Er rengøringsstandarden tilfredsstillende?	x		Rengøringsstandarden på plejecentret er meget tilfredsstillende.
Er der fællesskab og trivsel omkring måltidet	x		På grund af ombygning af køkkenenheder samles nogle af beboerne som en midlertidig løsning i plejecentrets hall til morgenmad og frokost. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne forsøger at få det bedste ud af den midlertidige situation. Det er op til den enkelte beboer at deltage i fællesspisning eller få maden serveret i egen bolig. Tilsynet får oplyst, at kun 5 beboere har valgt at spise i egen bolig. Plejecentret serverer primært maden på fade. Til beboere, der har brug for lidt mere støtte eller beboere, der spiser i egen bolig, bliver maden portionsanrettet. Der er duge på bordene og en lille blomst. Ved direkte forespørgsel fra tilsynsførende giver

			<p>beboere udtryk for, at de nyder frokosten.</p> <p>Tilsynet bemærker dog, at flere medarbejdere (formodentlige afløsere) kunne bidrage til i endnu højere grad at sikre trivsel og god stemning omkring måltidet. Eksempelvis ved at være mere fokuseret på at føre dialog med beboerne under måltidet. På trods af at medarbejderne sidder med ved bordene, opleves disse ikke engagerede i situationen. Ledelsen er opmærksom på udfordringen.</p> <p>Tilsynet observerer, at der i en afdeling med færdigrenoverede køkkenfaciliteter sidder beboere og spiser frokost ved mindre runde borde. Medarbejdere sidder med ved alle borde.</p> <p>Der er en stille og rolig stemning - alle synes optaget af indtagelse af frokosten.</p>
Er kommunikationen respektfuld	x		Tilsynet observerer respektfuld og anerkendende kommunikation med beboerne på afdelingerne og i beboernes boliger.
Bliver beboerne behandlet værdigt	x		<p>Beboerne behandles med værdighed på plejecentret.</p> <p>Tilsynet observerer en beboer, der får hjælp til madsituationen. Situationen opleves værdig for beboeren.</p>



## 4 Tilsynets formål

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

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

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

### 4.1 Indhold og metode

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

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

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

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

Følgende punkter indgår i tilsynskonceptet:

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

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

## 4.2 Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer

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

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

## 4.3 Vurderingsskala

Tilsynet arbejder ud fra følgende vurderingsskala:

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

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

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

## 5 Yderligere oplysninger

Yderligere oplysninger fås ved henvendelse til:

HELEN HILARIO JØNSSON

Afdelingschef, Senior Manager

Mobil: +45 24 29 50 79

[hej@bdo.dk](mailto:hej@bdo.dk)

BDO Kommunernes Revision

Godkendt revisionsaktieselskab

Havneholmen 29

DK-1561 København V

Mobil: 45 33 12 65 45

[www.bdo.dk](http://www.bdo.dk)

### 5.1 Underskrifter

19. marts 2014

Gitte Ammundsen

Sygeplejerske, manager

BDO Rådgivning

Havneholmen 29

1561 København V

**Bilag: 5.6. Handleplan Skovvang uanmeldt tilsyn.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 46971/14

## Handleplaner efter tilsyn fra BDO på Skovvang Plejecenter

Emne	Anbefaling	Handleplan	Ansvarlig
Døgnrytmeplaner	Mere handlingsanvisende. Mere fokus på ressourcer frem for begrænsninger. Hvordan inddrages ressourcer? Præsentation af borgeren savnes. Mangler beskrivelse af psykisk pleje og omsorg. Forebyggelse og sundhedsfremme skal tydeligere frem i DRP – evt. kopierer det over fra helhedsbeskrivelsen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tid i hverdagen til at optimere dokumentationen</li> <li>Sidemandsoplæring</li> <li>Drop-in-cafe i mødelokalet 2 gange om ugen på eftermiddage af 1 times varighed (er startet op)</li> </ul>	Afsnitsledere  Udviklingssygeplejerske Udviklingssygeplejerske
Omsorgsopgaver	Savner at det sundhedsfaglige personale kommer på besøg hos beboeren og tager sig en snak med dem om mangt og meget	<ul style="list-style-type: none"> <li>Italesættes i hverdagen, at det er vigtigt at foretage omsorgsbesøg, som ikke omhandler basal pleje men hvor fokus er på psykisk pleje og omsorg ved brug af samtale</li> </ul>	Virksomhedsleder og afsnitsledere
Indtagelse af måltider	Det er ønskeligt, at det sundhedsfaglige personale er mere aktive, når der deltages ved fællesmåltiderne	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der bør motiveres til øget deltagelse ved måltider. Der skal som minimum være 1 medarbejder ved hvert bord, og disse medarbejdere skal være aktive og fremstå deltagende ift. beboerne(pædagogisk måltid).</li> </ul>	Virksomhedsleder og afsnitsledere

<p>Aktivitet på fællesareal</p>	<p>Flere synlige aktiviteter på fællesareal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Den nye ergoterapeut er i gang med at iværksætte aktiviteter, som foregår ude på fællesarealet.</li> <li>• Pt. er der en del fællesaktiviteter såsom sang og musik, gymnastik, gudstjeneste, tur med bus etc.</li> <li>• På sigt skal det sundhedsfaglige personale iværksætte aktiviteter i hverdagen for de beboere, de er kontaktpersoner for.</li> </ul>	<p>Ergoterapeut</p> <p>Tværfagligt personale</p> <p>Afsnitsledere</p>
<p>Opfølgning på delegering af sygeplejeopgaver</p>	<p>Der savnes en fast procedure for opfølgning på delegering af sygeplejeopgaver</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er efter tilsynet fulgt op ved 2 spl. fra Skovvang, men ansvaret ligger også hos den enkelte medarbejder, da det er et stort arbejde at overskue kompetencer hos alle medarbejdere. Aften-og nattevagter har været til møder omhandlende en plan for udførsel af kompetencekort, og vil indenfor de næste par måneder bliver oplært i forskellige kompetencer.</li> <li>• Måske en ide at udlevere en kopi af kompetenceskema til medarbejderen selv, så de også kan holde øje med, hvor mange "krydser" de mangler?</li> </ul>	<p>Sygeplejersker</p>

**Bilag: 5.7. Tilsynsrapport 2014 Plejecenter Lyngehus Allerød kommune  
endelig.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 35348/14

Tilsynsrapport  
Allerød Kommune  
Ældre og Sundhed

Plejecenter Lyngehus

Uanmeldt tilsyn

marts 2014



## Forord

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

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

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

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

## Indholdsfortegnelse

1	Formalia.....	4
2	Samlet tilsynsresultat .....	5
2.1	Begrundelse for tilsynsresultatet .....	6
2.2	Tilsynets overordnede bemærkninger og anbefalinger.....	8
3	Datagrundlag .....	9
3.1	Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer .....	16
4	Tilsynets formål.....	18
4.1	Indhold og metode.....	18
4.2	Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer .....	19
4.3	Vurderingsskala .....	19
5	Yderligere oplysninger.....	20
5.1	Underskrifter .....	20

## 1 Formalia

Plejecentrets navn og adresse
Plejecenter Lyngehus, Hillerødvej 48A, 3540 Lynge
Leder
Bente Nees
Antal boliger
39 boliger
Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg
D. 5. marts 2014 kl. 9.00 - 14.00
Datagrundlag
<p>Ved tilsynet er der foretaget observationer på fællesarealer, gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation, observationer hos beboerne samt gennemført interviews med medarbejderne. Beboerne har givet tilsagn om deltagelse i tilsynet.</p> <p>Tilsynet har interviewet 4 beboere. Tilsynet har desuden gennemført interview med 3 medarbejdere:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 social- og sundhedshjælper</li><li>• 1 social- og sundhedsassistent</li><li>• 1 sygeplejerske</li></ul> <p>1 medarbejder blev interviewet i forhold til 2 beboere.</p> <p>Der er ligeledes foretaget observationer på fællesarealer</p>
Tilsynsførende
Gitte Ammundsen, sygeplejerske, Manager

## 2 Samlet tilsynsresultat

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

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

## 2.1 Begrundelse for tilsynsresultatet

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

### Styrker

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

- Plejecenter Lyngehus har stort fokus på at sikre tilstedeværelse af de rette kompetencer gennem hele døgnet. Plejecentret har blandt andet prioriteret, at hvert team skal være bemanded med minimum 2 sygeplejersker ud over det faste plejepersonale. Derudover er der ansat en udviklingssygeplejerske, hvis primære ansvarsopgave er koncentreret omkring forebyggelse og opfølgning af utilsigtede hændelser samt at være ansvarlig for kvalitetssikringen af den sundhedsfaglige dokumentation. Udviklingssygeplejersken skal i forbindelse med kvalitetssikringen af dokumentationen afholde audits på kvartalsbasis.
- Leder oplyser til tilsynet, at antallet af indlæggelser af beboere er meget begrænset. Der arbejdes målrettet i forhold til afklaring af, hvorvidt de konkrete indlæggelser har karakter af en utilsigtet hændelse og eventuel kunne være forbygget eller indlæggelsen har været uundgåelig.
- I forhold til delegering af komplekse pleje- og sygeplejeopgaver er der pt. igangsat et stort arbejde omkring kompetenceudvikling og undervisning af alle medarbejdere. Plejecentret har tilrettelagt undervisning for medarbejdere inden for en lang række af fagligt relevante emner. Tilsynet bemærker positivt, at plejecentret arbejder særdeles systematisk i forhold til at sikre, at alle medarbejdere gennemgår den nødvendige undervisning. Efter endt undervisning modtager alle medarbejdere et kompetencebevis.
- På Plejecentret Lyngehus opfordres beboerne til at indtage måltiderne i den fælles spisestue. Her er der ansat en fast medarbejder, hvis opgave er at forestå værtinderollen omkring måltiderne og planlægge/afholde aktiviteter primært i dagtimerne. Aktiviteter i eftermiddags- og aften timerne varetages af to medarbejdere ansat i tidsrummet fra 14-20. Formålet med ansættelse af de to medarbejdere er at styrke fællesskabet, og at beboerne i endnu større grad også tilbydes aktiviteter og mulighed for socialt samvær i eftermiddags- og aften timerne.
- Plejecenter Lyngehus har fulgt op på anbefalingerne fra tilsynet i 2013.
- Den sundhedsfaglige dokumentation er generelt tilfredsstillende og indeholder henvisninger til relevante fokusområder.
- Der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboerne modtager og beboerens behov for pleje og omsorg.
- Beboerne får den pleje og omsorg og hjælp til praktisk støtte, som de har behov for og oplever stor tilfredshed i måden, hvorpå hjælpen leveres.
- Beboerne oplever stor tilfredshed i forhold til tilbud om træning, aktiviteter og fællesskab på plejecentret.
- Beboerne føler sig sikre og trygge på plejecentret og oplever en respektfuld kommunikation med medarbejderne. Beboerne fremhæver, at de har stor indflydelse på eget liv og at særlige vaner og ønsker respekteres i hverdagen.
- Plejecentret arbejder målrettet med kompetenceudvikling af medarbejderne og der foreligger dokumentation af de delegerede sygeplejeopgaver.
- Medarbejderne har et godt kendskab til den sundhedsfaglige dokumentation og god viden og indsigt i beboernes behov for pleje og omsorg samt hjælpen til praktisk støtte. Medarbejderne kan redegøre for observationer og overvejelser i forhold til den sundhedsfaglige indsats.
- Medarbejderne har kendskab til triageringen, men gør opmærksom på, at der afventes yderligere undervisning herom.

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Medarbejderne fremstår kompetente og ansvarsbevidste.</li><li>➤ Rengøringsstandarden på fællesarealer er meget tilfredsstillende.</li><li>➤ Der observeres hyggelig og god stemning på fællesarealerne.</li></ul> |
|---|

<b>Mangler</b>
----------------

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

<b>Alvorlige fejl og mangler</b>
----------------------------------

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

## 2.2 Tilsynets overordnede bemærkninger og anbefalinger

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

Bemærkninger
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tilsynet bemærker, at enkelte døgnrytmeplaner ikke er handlevejledende og individuelt beskrevet i forhold til hjælpen til personlig pleje og det ugentlige bad.</li><li>2. Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplaner mangler en generel beskrivelse/præsentation af beboeren, hvori der eksempelvis indgår oplysninger om beboerens normale funktionsniveau, mentale/hukommelsesmæssige tilstand, særlige ønsker og vaner i hverdagen, mobilitet og brug af hjælpemidler samt tiltaleform.</li><li>3. Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplanerne generelt mangler detaljerede beskrivelser af beboernes fysiske, psykiske/mentale og sociale ressourcer. Døgnrytmeplanerne mangler ligeledes beskrivelse af, hvorledes beboerens egne ressourcer medinddrages og vedligeholdes i den daglige pleje og omsorg. Tilsynet vurderer yderligere, at helhedsbeskrivelserne generelt indeholder relevante observationer vedrørende beboernes behov og ressourcer, som med fordel kan indgå i beskrivelserne i døgnrytmeplanerne.</li></ol>
Anbefalinger
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tilsynet anbefaler, at Plejecenter Lyngehus underviser, oplærer og vejleder medarbejderne i udarbejdelse af døgnrytmeplaner, således at disse fremstår handlevejledende og individuelt beskrevet.</li><li>2. Tilsynet anbefaler, at der igangsættes en drøftelse af, hvorledes der i døgnrytmeplanerne kan indgå en mere generel beskrivelse/præsentation af beboerne.</li><li>3. Tilsynet anbefaler, at døgnrytmeplaner udarbejdes således, at disse tager større udgangspunkt i beskrivelsen af beboerens egne ressourcer, og hvordan disse medinddrages i plejen fremfor, at udgangspunktet tages i beskrivelsen af, hvad beboerne skal have hjælp til. Tilsynet anbefaler, at der i udarbejdelsen af døgnrytmeplanerne tages større udgangspunkt i helhedsbeskrivelserne, således at det sikres, at alle relevante oplysninger herfra i forhold til beboernes ressourcer og behov også fremgår af døgnrytmeplanerne.</li></ol>

### 3 Datagrundlag

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

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

Mål 1 Beboerens plejebehov er ajourført				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Alle journaler indeholder dokumentation med en aktuel beskrivelse af beboernes behov for pleje. Journalerne indeholder blandt andet funktionsvurdering, helhedsbeskrivelse og fokusområder.
Observation	x			Det er tilsynets vurdering, at der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboerne modtager og beboernes tilstand.
Beboer	x			Beboerne giver udtryk for, at de modtager den hjælp, de har behov for. Flere beboere fortæller, at de er meget tilfredse med standarden. Det er generelt beboernes opfattelse, at hvis behovet for yderligere hjælp opstår, så spørger man bare efter den.
Medarbejder (1)	x			Alle medarbejdere har kendskab til de nødvendige dokumenter i journalen og kan redegøre herfor.
Medarbejder (2)	x			Alle medarbejdere har generelt kendskab til triasering og ved, hvor de kan finde den. Medarbejderne anvender ikke triasering fuldt ud, idet der afventes yderligere undervisning i systemet. Undervisningen er aftalt og planlagt i samarbejde med leverandøren. Yderligere har opstarten være præget af tekniske vanskeligheder.

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

Mål 2 Der foreligger beskrivelse af pleje- og omsorgsindsatsen				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation		x		Den sundhedsfaglige dokumentation i døgnrytmeplanerne er generelt tilfredsstillende. Tilsynet bemærker positivt, at døgnrytmeplaner indeholder henvisninger til de udarbejdede fokusområder - eksempelvis i forhold til psykisk pleje og omsorg,



			<p>ernæring og hudpleje.</p> <p>Tilsynet bemærker ligeledes henvisninger til forflytningsprocedurer.</p> <p>Tilsynet bemærker, at enkelte døgnrytmeplaner har sporadiske mangler.</p> <p>Eksempelvis kan en døgnrytmeplan med fordel beskrives mere handlevejledende og individuel i forhold til plejen om morgenen. Eksempelvis beskrives det kun for morgenplejen, at beboeren skal hjælpes til rette.</p> <p>To døgnrytmeplaner mangler handlevejledende og individuelle beskrivelser af det ugentlige bad. I forhold til hjælpen til det ugentlige bad fremgår det eksempelvis kun, at en beboer skal hjælpes med bad. I forhold til en anden beboer er det kun beskrevet, at beboeren skal i bad mandag og torsdag og skal hjælpes/støttes.</p> <p>En døgnrytmeplan mangler beskrivelse af, at beboeren har diabetes.</p> <p>Det er tilsynets vurdering, at alle døgnrytmeplaner mangler en generel beskrivelse/præsentation af beboeren.</p> <p>Det er tilsynets vurdering, at feltet "Generelt" om beboeren kan anvendes i forhold hertil.</p> <p>Feltet "Generelt" kan med fordel eksempelvis indeholde beskrivelse af beboerens normale funktionsniveau, mentale og hukommelsesmæssige tilstand, særlige ønsker og vaner i hverdagen, mobilitet og brug af hjælpemidler samt tiltaleform.</p> <p>Yderligere bemærkes det, at der findes fagligt meget relevante oplysninger i helhedsbeskrivelsen, som bør indgå i døgnrytmeplanen.</p>
Beboer	x		<p>Beboerne giver udtryk for, at de er meget tilfredse med kvaliteten i hjælpen til personlig pleje og omsorg.</p> <p>En beboer mener, at kvaliteten af plejen er af høj karakter.</p>
Medarbejder	x		<p>Alle medarbejdere kan redegøre for den faglige indsats i plejen og omsorgen for beboerne.</p> <p>I medarbejdernes redegørelse af hvorledes den personlige pleje og omsorg tilrettelægges, er det tydeligt, at medarbejderne anvender deres faglighed og har fokus på at levere en individuel og målrettet pleje til den enkelte beboer.</p>

## Mål 3

Der er redegjort for sundhedsfremme og forebyggende indsats

	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Den sundhedsfremmende og forebyggende indsats fremgår primært i helhedsbeskrivelserne og

				<p>fokusområder. Her beskrives relevante sundhedsfremmende og forebyggende indsatser eksempelvis i forhold til hudpleje, forebyggelse af en beboers smerter, forebyggelse af væskeansamling i benene samt i forhold til ernæring.</p> <p>3 ud af 4 døgnrytmeplaner beskriver indsatser i forhold til den sundhedsfremmende og forebyggende indsats - eksempelvis i forhold til smerter, væskeindtagelse og hudpleje.</p> <p>Det er tilsynets vurdering, at de beskrevne risici i helhedsbeskrivelserne med fordel også kan beskrives kortfattet i døgnrytmeplanerne. Eksempelvis i forhold til en beboer med diabetes. Oplysninger i forhold hertil fremgår kun af helhedsbeskrivelsen.</p>
Observation	x			Tilsynet observerer, at der i den daglige omsorg for beboeren bliver taget hånd om alle relevante risici.
Beboer	x			<p>Det er beboernes oplevelse, at der bliver taget godt hånd om den enkeltes sundhedsmæssige risici.</p> <p>En beboer fortæller, at hvis hun informerer medarbejderne om, at noget er galt, bliver det taget alvorligt, og medarbejderne forholder sig til det.</p> <p>En anden beboer fortæller, at medarbejderne er meget bevidste om, hvordan de forebygger forværring af beboerens smerter ved berøring.</p>
Medarbejder	x			<p>Alle medarbejdere kan redegøre for den særlige indsats vedrørende relevante risici i forhold til beboernes situation.</p> <p>En medarbejder redegør for, at en beboer er meget aktiv og går meget. Hermed er beboeren selv med til at forebygge forværring af væskeansamling i benene.</p> <p>En anden medarbejder fortæller, hvordan en beboer støttes i at træffe sunde valg i forhold til måltiderne. Medarbejderen har blandt andet fokus på, at beboeren tilbydes søde sager i begrænset omfang.</p>

#### Aktivitet og træning - Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje- og omsorg i henhold til Servicelovens § 86 samt kommunens kvalitetsstandarder

Mål 4				
Der foreligger en beskrivelse af beboerens ressourcer og hvordan de inddrages i aktivitet og træning (ADL og vedligeholdelse)				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation			x	<p>Tilsynet bemærker, at beboernes fysiske, psykiske og sociale ressourcer er sparsomt beskrevet i døgnrytmeplanerne.</p> <p>I forhold til alle 4 døgnrytmeplaner er det gældende, at beskrivelserne for plejen og omsorgen primært tager udgangspunkt i, hvad beboeren skal have hjælp til</p>

				<p>fremfor, hvad beboeren har af ressourcer, og hvorledes disse inddrages og anvendes i plejen.</p> <p>Beskrivelse af beboerens fysiske, psykiske og sociale ressourcer fremgår generelt i højere grad af helhedsbeskrivelserne.</p> <p>Døgnrytmeplaner beskriver beboernes ønsker i forhold til aktivitet og træning.</p>
Observation			x	Tilsynet bemærker, at beboeren har flere ressourcer end det generelt fremgår af døgnrytmeplanerne.
Beboer	x			<p>Tilsynet vurderer, at beboerne er meget opmærksomme på betydningen af at anvende egne ressourcer mest muligt.</p> <p>Flere beboere giver udtryk for, at det er vigtigt for dem at gøre mest muligt selv, så længe de kan.</p> <p>En beboer har hele sit liv dyrket en del gymnastik. Beboeren er overbevist om, at dette er medvirkende til at holde hende i gang nu på trods af en forholdsvis høj alder.</p> <p>En anden beboer fortæller, at hun går til gymnastik og træning. Beboeren vil gerne være aktiv og sætter stor pris på invitationer til arrangementer - eksempelvis nævner beboeren en tur til "Den blå planet" og et fastelavnsarrangement.</p> <p>En tredje beboer oplyser, at hun gerne anvender egne ressourcer i forhold til at hjælpe andre beboere.</p> <p>En fjerde beboer mener, at hun får de tilbud, der er nødvendige for, at hun kan holde sig i gang. Beboeren holder sig mentalt stimuleret ved læsning og brug af iPad.</p>
Medarbejder	x			<p>Medarbejderne kan fagligt redegøre for, hvorledes beboernes funktionsniveau fastholdes, og hvordan beboernes ressourcer inddrages i hverdagen.</p> <p>Flere af medarbejderne beskriver, at mange af beboerne ikke behøver at blive motiveret og guidet for at anvende egne ressourcer. Det er medarbejdernes opfattelse, at beboerne er meget bevidste om at gøre mest muligt selv.</p>

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

Mål 5				
Der foreligger en beskrivelse af den psykiske pleje og omsorg				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			<p>Der foreligger beskrivelse af beboernes behov for psykisk pleje og omsorg i døgnrytmeplanerne.</p> <p>1 døgnrytmeplan bør ajourføres i forhold til den faktiske pleje og omsorg der leveres i relation til beboerens</p>

## Uanmeldt tilsyn, Plejecenter Lyngehus

				<p>psykiske udfordringer.</p> <p>Tilsynet bemærker, at der foreligger relevante beskrivelser af beboernes psykiske og mentale ressourcer i helhedsbeskrivelserne og fokusområder.</p> <p>Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplanerne generelt kan uddybes i forhold til beskrivelsen af beboernes psykiske/mentale ressourcer, så disse inddrages i plejen for den enkelte beboer.</p>
Observation	x			Tilsynet observerer ingen risici, der ikke er taget hånd om.
Beboer	x			<p>Beboerne giver tydeligt udtryk for, at de føler sig meget sikre og trygge på plejecentret.</p> <p>En beboer beskriver, at der intet er at klage over og vedkommende føler sig meget heldig ved at bo netop på Lyngehus Plejecenter.</p> <p>En anden beboer oplever stor tryghed ved at have et kaldeapparat. Beboerne ville dog ønske, at kaldeapparatet også fungerede udenfor hende bolig.</p>
Medarbejder	x			<p>Medarbejderne kan redegøre for den psykiske pleje og omsorg i forhold til den konkrete beboer.</p> <p>Tilsynet bemærker, at et par medarbejdere beskriver særlige indsatser, der bør indgå i døgnrytmeplanen.</p> <p>Eksempelvis i forhold til en beboers uhensigtsmæssige kommunikation med de øvrige beboere og i forhold til en beboer som har behov for, at man ind imellem siger fra.</p>

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

Mål 6				
Beboeren sikres hygiejnemæssig forsvarlig renholdelse af boligen og rekvisitter				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation				Tilsynet får oplyst, at der ikke stilles krav om, at plejecentrene skal udarbejde plan for rengøring af beboernes boliger.
Observation	x			Den hygiejniske tilstand i boligen og omkring beboernes hjælpemidler er meget tilfredsstillende.
Beboer	x			<p>Flere beboere fortæller, at de selv klarer en del praktiske opgaver. Eksempelvis tømning af skraldespand, sengeredning og daglig oprydning.</p> <p>Beboerne er meget tilfredse med rengøringsstandarderne i boligen. Et ægtepar oplyser, at de en gang imellem får gjort rent hver uge, da der hurtigere bliver støvet, når man bor to sammen i en mindre bolig.</p>
Medarbejder	x			Medarbejderne har fokus på beboernes særlige behov i forhold til hjælpen til praktisk støtte og rengøring.

				En medarbejder er opmærksom på en beboers særlige behov i forhold til renholdelse af kørestol.
--	--	--	--	--

## Hverdagen på plejecentret

Mål 7 Beboeren har en god og tilfredsstillende hverdag				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			I forhold til 3 ud af 4 beboere er der udarbejdet livshistorie. 1 beboer ønsker ikke at medvirke til udarbejdelse af en sådan. Tilsynet bemærker positivt, at beboernes livshistorier indeholder fine beskrivelser af beboernes ønsker, vaner og interesser fra før indflytningen på plejecentret.
Beboer	x			Beboerne føler sig godt tilpasse på plejecentret Lyngehus. Flere beboere udtrykker stor tilfredshed med, at man selv får lov at bestemme i sit eget liv. En beboer fortæller, at hun sætter stor pris på, at hun gennem længere tid har haft den samme medarbejder. Samme beboer er af den opfattelse, at hendes medbeboere også oplever stor trivsel og glæde ved at bo på plejecentret. En anden beboer oplyser til tilsynet, at hun efter indflytning på plejecenter har fået det væsentligt bedre både psykisk og fysisk. En beboer udtrykker dog kritik i forhold til maden - specielt frokostmåltidet. Beboeren oplever manglende variation i pålægget og mener ikke, at der altid er nok pålæg til alle. Beboeren er opmærksom på, at hun er godt vant fra tiden i eget hjem, men udtrykker samtidig, at der er langt mellem de lækre frokostretter.
Medarbejder	x			Alle medarbejdere kan redegøre for handlinger, der medvirker til at sikre beboerne en god hverdag. Flere medarbejdere har særlig fokus på betydningen af den daglige dialog med beboerne. Medarbejderne har fokus på betydningen af at give beboerne mulighed for dialog omkring netop de ting, der interesserer dem eller måske giver anledning til bekymring.

Mål 8				
Beboeren oplever respekt				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Observation (1)	x			Tilsynet observerer respektfuld kommunikation mellem beboere og medarbejdere. Tilsynet observerer, at kommunikationen er anerkendende og motiverende. Kommunikationen er tilpasset den enkelte beboers ønsker og vaner.
Observation (2)	x			Tilsynet observerer, at det nonverbale og verbale sprog bliver brugt professionelt i samspillet mellem beboere og medarbejdere.
Beboer	x			Beboerne oplever i høj grad respektfuld kommunikation og accept af levevis. Beboerne beskriver medarbejderne som flinke og rare. En beboer fremhæver særligt den hyggelige dialog i caféen. En anden beboer sætter stor pris på kommunikationen med sygeplejersken.
Medarbejder	x			Medarbejderne kan beskrive handlinger, der medvirker til at sikre respekt for beboerne.

## Særlig fokusområde - medarbejderkompetencer

## Styrket indsats vedrørende medarbejderkompetencer

Mål 9				
At der arbejdes med kompetenceudvikling set i relation til den enkelte medarbejder				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation (1)	x			Der foreligger en kompetenceoversigt og principper for delegering af komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver.
Dokumentation (2)	x			Der foreligger en aktuel skriftlig dokumentation for de delegerede komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver. Tilsynet bemærker, at plejecentret anvender alle kommunens skemaer og vejledninger udarbejdet til formålet.
Dokumentation (3)	x			Der foreligger en aktuel skriftlig dokumentation for en opfølgning på de delegerede komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver. Tilsynet bemærker, at plejecentret arbejder målrettet og meget systematisk i forhold til delegering.
Observation (1)	x			I forhold til 1 beboer er der delegeret en opgave omkring påsætning af smertepaster. Tilsynet observerer sammenhæng mellem skema for delegering og de observerbare forhold. Skemaet i forbindelse med den pågældende delegering er udfyldt korrekt.

Observation (2)	x			Der observeres sammenhæng mellem sygeplejeopgavens kompleksitet og de anvendte kompetencer.
Beboer	x			Beboeren oplever stor tryghed i forhold til, at opgaven omkring smertepaster er delegeret videre til en social- og sundhedshjælper.
Medarbejder (1)	x			Medarbejderne har kendskab til kompetenceoversigt og principper for delegering.
Medarbejder (2)	x			Medarbejderne kan redegøre for den konkrete anvendelse og måde, hvorpå en opgave overdrages på. Medarbejderen, som har fået delegeret opgaven i forbindelse med smertepaster, fortæller, hvordan hun først er blevet instrueret af sygeplejersken og herefter selv har udført opgaven under sygeplejerskens vejledning og senere kontrol.
Medarbejder (3)	x			Medarbejderne oplyser til tilsynet, at der systematisk følges op på delegerede opgaver, når der er gået et stykke tid. Der sker en løbende gennemgang af kompetenceskemaer og opfølgning på, hvad den enkelte medarbejder har fået kompetencer til.

### 3.1 Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer

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

Observationer på fællesarealer			
	Ja	Nej	Bemærkninger
Er der et aktivt miljø på fællesarealerne?	x		Tilsynet observerer, at beboerne er samlet til aktiviteter og socialt samvær i caféen med medarbejdere omkring. Nogle beboere sidder og drikker kaffe eller cacao. Der er hyggelig stemning. På et af fællesarealerne sidder en beboer og læser en bog og drikker et glas øl i en hyggeklub.
Er rengøringsstandarderne tilfredsstillende?	x		Rengøringsstandarderne på plejecenteret er tilfredsstillende.
Er der fællesskab og trivsel omkring måltidet?	x		Tilsynet observerer, at medarbejdere er omkring beboerne ved måltidet. En beboer er afskærmet i madsituationen. Beboeren får hjælp til indtagelse af maden. Det er tilsynets oplevelse, at mad-situationen er meget værdig.
Er kommunikationen respektfuld?	x		Kommunikationen mellem beboere og medarbejdere er anerkendende og respektfuld. Medarbejderne taler med beboerne i en venlig og

			imødekommende tone.
Bliver beboerne behandlet værdigt	x		Tilsynet vurderer, at beboerne behandles med stor værdighed i daglige gøremål.



## 4 Tilsynets formål

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

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

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

### 4.1 Indhold og metode

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

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

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

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

Følgende punkter indgår i tilsynskonceptet:

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

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

## 4.2 Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer

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

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

## 4.3 Vurderingsskala

Tilsynet arbejder ud fra følgende vurderingsskala:

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

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

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

## 5 Yderligere oplysninger

Yderligere oplysninger fås ved henvendelse til:

HELEN HILARIO JØNSSON

Afdelingschef, Senior Manager

Mobil: +45 24 29 50 79

[hej@bdo.dk](mailto:hej@bdo.dk)

BDO Kommunernes Revision

Godkendt revisionsaktieselskab

Havneholmen 29

DK-1561 København V

Mobil: 45 33 12 65 45

[www.bdo.dk](http://www.bdo.dk)

### 5.1 Underskrifter

11. marts

Gitte Ammundsen

Manager, sygeplejerske

BDO Rådgivning

Havneholmen 29

1561 København V

**Bilag: 5.8. Handleplan Lyngehus uanmeldt tilsyn.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 46972/14

## Handleplan Lyngehus Plejecenter – BDO tilsyn 2014

BDO tilsynets bemærkninger/vejledninger	Handlinger på Lyngehus Plejecenter
<p>1. Tilsynet bemærker, at enkelte døgnrytmeplaner ikke er handlevejledende og individuelt beskrevet i forhold til hjælpen til personlig pleje og det ugentlige bad.</p> <p>- Tilsynet anbefaler, at Plejecenter Lyngehus underviser, oplærer og vejleder medarbejderne i udarbejdelse af døgnrytmeplaner, således at disse fremstår handlevejledende og individuelt beskrevet.</p>	<p>Personalet er undervist og vejledt i udarbejdelse døgnrytmeplaner i henhold til anbefalingen, og der arbejdes fremadrettet med dette.</p> <p>Plejepersonalet superviseres af udviklingssygeplejersken i den fremtidige udformning.</p>
<p>2. Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplaner mangler en generel beskrivelse/præsentation af beboeren, hvori der eksempelvis indgår oplysninger om beboerens normale funktionsniveau, mentale/hukommelsesmæssige tilstand, særlige ønsker og vaner i hverdagen, mobilitet og brug af hjælpemidler samt tiltaleform.</p> <p>- Tilsynet anbefaler, at der igangsættes en drøftelse af, hvorledes der i døgnrytmeplanerne kan indgå en mere generel beskrivelse/præsentation af beboerne.</p>	<p>Det bemærkes at disse oplysninger findes andre steder i journalen, og man bør overveje at man ikke laver dobbelt journalføring, dette for at undgå fejl og utilsigtede hændelser – hvis der skal laves opfølgninger/rettelser på samme områder for mange steder i journalen.</p> <p>I Allerød kommune har døgnrytmeplanerne været at betragte som et hjælper redskab, som de har været yderst gode til at holde opdateret i samarbejde med assistenter og sygeplejersker. Hvis man i fremtiden skal inkludere de anbefalede områder vil det kræve større sygeplejefaglig assistance til tilblivelsen/vedligeholdelsen af døgnrytmeplanerne. Set i lyset af Rambøll undersøgelsen matcher det ikke anbefalingerne derfra omkring dokumentation.</p>
<p>3. Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplanerne generelt mangler detaljerede beskrivelser af beboernes fysiske, psykiske/mentale og sociale ressourcer. Døgnrytmeplanerne mangler ligeledes beskrivelse af, hvorledes beboerens egne ressourcer medinddrages og vedligeholdes i den daglige pleje og omsorg. Tilsynet vurderer yderligere, at helhedsbeskrivelserne generelt indeholder relevante observationer vedrørende beboernes behov og ressourcer, som med fordel kan indgå i beskrivelserne i</p>	<p>Dette er en meget relevant anbefaling, og en vigtig betragtning i forhold til at bevare borgernes ressourcer, og træne/have fokus på borgernes rehabilitering.</p> <p>Ved den generelle undervisning/vejledning der bliver lavet på Lyngehus Plejecenter er der fokus på vigtigheden af at beskrive borgernes funktionsniveau.</p>

døgnrytmeplanerne.

- Tilsynet anbefaler, at døgnrytmeplaner udarbejdes således, at disse tager større udgangspunkt i beskrivelsen af beboerens egne ressourcer, og hvordan disse medinddrages i plejen frem for, at udgangspunktet tages i beskrivelsen af, hvad beboerne skal have hjælp til. Tilsynet anbefaler, at der i udarbejdelsen af døgnrytmeplanerne tages større udgangspunkt i helhedsbeskrivelserne, således at det sikres, at alle relevante oplysninger herfra i forhold til beboernes ressourcer og behov også fremgår af døgnrytmeplanerne.

Vi vil fremlægge dokumentationsgruppen i Allerød kommune at se på opbygningen af døgnrytmeplan-skabelonen for at tydeliggøre fokus på beskrivelse af borgernes egne ressourcer.

**Bilag: 5.9. Tilsynsrapport 2014 Plejecenter Mimosen Allerød kommune  
endelig.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 35349/14

Tilsynsrapport  
Allerød Kommune  
Ældre og Sundhed

Plejecenter Mimosen

Uanmeldt tilsyn

marts 2014



## Forord

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

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

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

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

## Indholdsfortegnelse

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

## 1 Formalia

Plejecentrets navn og adresse
Plejecenter Mimosen, Ellevej 38-49, 3450 Allerød
Leder
Tina Rantzau
Antal boliger
24 boliger
Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg
7. marts 2014 kl. 9.00 - 13.00
Datagrundlag
<p>Ved tilsynet er der foretaget observationer på fællesarealer, gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation, observationer hos beboerne samt gennemført interviews med medarbejderne. Beboerne har givet tilsagn om deltagelse i tilsynet.</p> <p>Tilsynet har interviewet 2 beboere. Tilsynet har desuden gennemført interview med 2 medarbejdere:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 sygeplejerske</li><li>• 1 social- og sundhedshjælper</li></ul> <p>Der er ligeledes foretaget observationer på fællesarealer</p>
Tilsynsførende
Gitte Ammundsen, sygeplejerske, Manager

## 2 Samlet tilsynsresultat

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

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

## 2.1 Begrundelse for tilsynsresultatet

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

### Styrker

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

- Plejecenter Mimosen har fokus på at sikre tilstedeværelse af de nødvendige kompetencer for at kunne levere en pleje og omsorg af høj kvalitet til beboerne. Plejecentret har ansat en sygeplejerske i hvert af de tre huse. Sygeplejerskens rolle er at fungere som tovholder i forhold til medicinhåndteringen og den sundhedsfaglige dokumentation. Sygeplejersken har det plejefaglige ansvar for udførelsen, kontrollen og udviklingen af sygeplejen. Sygeplejerskerne deltager ofte i selve plejen og omsorgen for beboerne.
- Leder oplyser, at to medarbejdere pt. er i gang med Marte Meo-uddannelsen med henblik på at tilføre plejecentret de nødvendige personalemæssige kompetencer i forhold til plejen af udadreagerende beboere samt forebygge magtanvendelse.
- Pr. 1. maj ansættes en ergoterapeut, hvis primære opgave bliver at fungere som tovholder i forhold til aktiviteter på tværs af de 3 huse. Med ansættelse af ergoterapeuten ønsker plejecentret at sætte større fokus på fastholdes og udvikling af beboernes funktionsniveau samt styrke det tværfaglige samarbejde.
- Plejecenter Mimosen har fulgt op på anbefalingerne fra tilsynet i 2013.
- Kontaktpersoner er ansvarlige for ajourføring af døgnrytmeplaner. Social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker har det primære ansvar for ajourføring og dokumentation i helhedsbeskrivelser og udarbejdelse af fokusområder. Ca. hver 2. måned foretages løbende gennemgang af journaler i et tæt samarbejde mellem alle faggrupper. Yderligere kvalitetssikres den sundhedsfaglige dokumentation gennem 4 årlige journalaudits.
- Den sundhedsfaglige dokumentation er tilfredsstillende og indeholder henvisninger til relevante fokusområder.
- Der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboerne modtager og beboerens behov for pleje og omsorg.
- Beboerne får den pleje og omsorg og hjælp til praktisk støtte, som de har behov for.
- Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever tilfredshed i forhold til tilbud om træning, aktiviteter og fællesskab på plejecentret.
- Beboerne føler sig sikre og trygge på plejecentret og oplever en respektfuld kommunikation med medarbejderne.
- Plejecentret arbejder målrettet med kompetenceudvikling af medarbejderne og der foreligger dokumentation af de delegerede pleje- og sygeplejeopgaver.
- Medarbejderne har et godt kendskab til den sundhedsfaglige dokumentation og god viden og indsigt i beboernes behov for pleje og omsorg samt hjælpen til praktisk støtte. Medarbejderne kan redegøre for observationer og overvejelser i forhold til den sundhedsfaglige indsats.
- Medarbejderne har godt kendskab til triageringen og kan redegøre for brugen heraf.
- Medarbejderne fremstår kompetente og ansvarsbevidste.
- Rengøringsstandarder på fællesarealer er meget tilfredsstillende.
- Der observeres hyggelig og god stemning på fællesarealerne.

### Mangler

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

### Alvorlige fejl og mangler

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

## 2.2 Tilsynets overordnede bemærkninger og anbefalinger

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

Bemærkninger
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplaner mangler en generel beskrivelse/præsentation af beboeren, hvori der eksempelvis indgår oplysninger om beboerens normale funktionsniveau, mentale/hukommelsesmæssige tilstand, sociale ressourcer og netværk, særlige ønsker og vaner i hverdagen, mobilitet og brug af hjælpemidler samt tiltaleform.</li><li>2. Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplanerne generelt mangler beskrivelse af, hvorledes beboerens egne ressourcer medinddrages og vedligeholdes i den daglige pleje og omsorg. Tilsynet vurderer yderligere, at helhedsbeskrivelserne generelt indeholder relevante observationer vedrørende beboernes behov og ressourcer, som med fordel kan indgå i beskrivelserne i døgnrytmeplanerne.</li><li>3. Tilsynet bemærker, at der ikke er fastlagt procedurer for generel og overordnet opfølgning/ajourføring af alle delegerede opgaver.</li></ol>
Anbefalinger
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tilsynet anbefaler, at der igangsættes en drøftelse af, hvorledes der i døgnrytmeplanerne kan indgå en mere generel beskrivelse/præsentation af beboerne.</li><li>2. Tilsynet anbefaler, at døgnrytmeplaner udarbejdes således, at disse tager større udgangspunkt i beskrivelsen af beboerens egne ressourcer og hvordan disse medinddrages i plejen fremfor at udgangspunktet tages i beskrivelsen af, hvad beboerne skal have hjælp til. Tilsynet anbefaler, at der i udarbejdelsen af døgnrytmeplanerne tages større udgangspunkt i helhedsbeskrivelserne, således at det sikres, at alle relevante oplysninger herfra i forhold til beboernes ressourcer og behov også fremgår af døgnrytmeplanerne.</li><li>3. Tilsynet anbefaler, at Plejecentret Mimosen udarbejder procedurer for, hvorledes der sikres generelt opfølgning/ajourføring på delegering af komplekse pleje- og sygeplejefaglige opgaver. Tilsynet anbefaler, at opfølgning/ajourføring af delegerede opgaver evt. er fast punkt på dagsordenen på i forvejen aftalte møder med personalegruppen.</li></ol>

### 3 Datagrundlag

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

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

Mål 1				
Beboerens plejebehov er ajourført				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Alle journaler indeholder dokumentation med en aktuel beskrivelse af beboernes behov for pleje. Journalerne indeholder blandt andet funktionsvurdering, helhedsbeskrivelse og fokusområder.
Observation	x			Det er tilsynets vurdering, at der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboerne modtager og beboernes tilstand.
Beboer	x			Beboerne giver udtryk for, at de modtager den hjælp, de har behov for. En hukommelsessvækket beboer giver meget overbevisende udtryk for, at vedkommende bestemt ikke mangler hjælp til noget.
Medarbejder (1)	x			Begge medarbejdere har kendskab til de nødvendige dokumenter i journalen og kan redegøre herfor.
Medarbejder (2)	x			Begge medarbejdere har kendskab til triasering og ved, hvor de kan finde den. En medarbejder fortæller, at hun er oplært til at anvende triaseringen og indberetter ændringer ved behov. Medarbejderen erkender dog, at de kan arbejde mere målrettet for at blive endnu bedre til både triasering og udfyldelse af ændringsskemaer. En anden medarbejder viser triaserings-skemaer på kontoret og fortæller, at der generelt er særlig opmærksomhed på beboernes indtagelse af væske.

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

Mål 2				
Der foreligger en beskrivelse af pleje- og omsorgsindsatsen				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation		x		Den sundhedsfaglige dokumentation i døgnrytmeplanerne er generelt tilfredsstillende. 1 døgnrytmeplan er handlevejledende og individuelt

			<p>beskrevet gennem hele døgnet.</p> <p>1 døgnrytmeplan har delvise mangler i forhold til at fremstå handlevejledende og individuelt beskrevet i forhold til plejen om morgenen. Samme døgnrytmeplan mangler delvis ajourføring. Eksempelvis er det beskrevet, at beboeren skal have fuld pleje efter nylig aftagning af gips på armen. Dette ikke længere korrekt.</p> <p>Det er tilsynets vurdering, at begge døgnrytmeplaner mangler en generel beskrivelse/præsentation af beboeren.</p> <p>Det er tilsynets vurdering, at feltet "Generelt" om beboeren kan anvendes i forhold hertil.</p> <p>Feltet "Generelt" kan eksempelvis med fordel indeholde beskrivelse af beboerens normale funktionsniveau, mentale og hukommelsesmæssige tilstand, sociale ressourcer og netværk, særlige ønsker og vaner i hverdagen, mobilitet og brug af hjælpemidler samt tiltaleform.</p> <p>Yderligere bemærkes det, at der findes fagligt meget relevante oplysninger i helhedsbeskrivelsen, som bør indgå i døgnrytmeplanen.</p>
Beboer	x		<p>Begge beboere har på grund af hukommelsessvækkelse svært ved at svare på spørgsmål i forhold til tilfredsheden med kvaliteten af den personlige pleje.</p> <p>Det er tilsynets vurdering, at kvaliteten af den leverede hjælp er tilfredsstillende.</p> <p>Begge beboere er velsoignerede.</p>
Medarbejder	x		<p>Begge medarbejdere har fokus på den demente beboers særlige behov. Medarbejder beskriver eksempelvis, hvordan beboeren ved hjælp af guidning kan udføre en del opgaver selv i forhold til den personlige pleje om morgenen.</p> <p>En anden medarbejder fortæller om betydningen af, at hjælpen leveres i beboerens tempo.</p>



Mål 3				
Der er redegjort for sundhedsfremme og forebyggende indsats				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Den sundhedsfremmende og forebyggende indsats fremgår primært i helhedsbeskrivelserne og fokusområder. Her beskrives relevante sundhedsfremmende og forebyggende indsatser eksempelvis i forhold til psykisk adfærd, tandpleje, faldforebyggelse og væskeindtagelse. Tilsynet bemærker positivt, at der i døgnrytmeplaner henvises til fokusområder i forhold til væskeindtagelse og faldforebyggelse.
Observation	x			Tilsynet observerer ingen risici, der ikke er taget hånd om.
Beboer	x			Begge beboere kan på grund af hukommelsessvækkelse ikke svare på spørgsmål i forhold til, om vedkommende har bekymringer af sundhedsmæssig karakter, der ikke bliver taget hånd om.
Medarbejder	x			Medarbejderne kan redegøre for særlige indsatser i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse. Begge medarbejdere fortæller, at der er særligt fokus på beboerens væskeindtagelse og forebyggelse af urinvejsinfektioner. En medarbejder er opmærksom på, at den konkrete beboer ofte går meget tidligt i seng, og at det kan være en udfordring, at beboeren når at indtage den tilstrækkelige mængde væske i løbet af dagen. Tilsynet bemærker positivt et glas med saft i beboerens bolig. Beboeren drikker af saften under interviewet og giver udtryk for at være bevidst om betydningen af at drikke rigeligt.

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

Mål 4				
Der foreligger en beskrivelse af beboerens ressourcer og hvordan de inddrages i aktivitet og træning (ADL og vedligeholdelse)				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation		x		Tilsynet bemærker, at begge døgnrytmeplaner generelt indeholder beskrivelser af beboernes ressourcer. Beskrivelse af beboerens fysiske, psykiske og sociale ressourcer fremgår dog i højere grad af helhedsbeskrivelserne. Tilsynet bemærker, at det i begge døgnrytmeplaner generelt gør sig gældende, at beskrivelserne for plejen og omsorgen primært tager udgangspunkt i, hvad beboeren skal have hjælp til fremfor, hvad beboeren har af ressourcer, og hvorledes disse inddrages og anvendes i

				<p>plejen.</p> <p>Tilsynet bemærker positivt, at hjælpen til det ugentlige bad i en døgnrytmeplan er beskrevet med udgangspunkt i beboerens ressourcer.</p> <p>Døgnrytmeplaner beskriver beboernes ønsker i forhold til aktivitet og træning. Tilsynet bemærker positivt, at en døgnrytmeplan også beskriver beboerens foretrukne gøremål på fællesarealer - eksempelvis vande blomster og hente mad.</p>
Observation	x			Der er generelt sammenhæng mellem de beskrevne ressourcer og beboernes tilstand. Tilsynet bemærker dog, at ikke alle ressourcer hos de to beboere er beskrevet i døgnrytmeplanen.
Beboer	x			<p>Beboerne har på grund af hukommelsessvækkelse svært ved at svare på, hvorvidt de oplever, at deres egne ressourcer medinddrages i hverdagen, samt hvorvidt de oplever tilfredshed med plejecentrets tilbud om aktiviteter.</p> <p>En af beboerne fortæller, at hun endnu kan mange ting selv. Beboeren fortæller blandt andet, at hun selv går små ture uden for.</p>
Medarbejder	x			<p>Begge medarbejdere kan redegøre for, hvorledes beboernes ressourcer inddrages og vedligeholdes i hverdagen.</p> <p>En medarbejder har fokus på betydningen af, at beboeren inddrages i daglige gøremål som borddækning, hente avisen og lignende. Medarbejder fortæller, at beboeren ofte selv sætter service på plads efter et måltid.</p>

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

Mål 5				
Der foreligger en beskrivelse af den psykiske pleje og omsorg				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			<p>Den psykiske pleje og omsorg fremgår af dokumentationen.</p> <p>Eksempelvis beskrives det både i en helhedsbeskrivelse og døgnrytmeplan hvilke initiativer, der skal igangsættes, hvis beboeren bliver vred og frustreret.</p> <p>I forhold til en anden beboer beskrives indsatser, hvis beboeren bliver dørsøgende. Det beskrives eksempelvis, hvordan beboeren kan afledes med en gåtur eller hygge i boligen. I døgnrytmeplanen er det pointeret, at der skal tales stille og roligt til beboeren.</p>
Observation	x			Tilsynet observerer ingen risici, der ikke er taget hånd om.
Beboer	x			Begge beboere giver udtryk for, at de føler sig meget trygge på plejecentret.

Medarbejder	x			Begge medarbejdere kan redegøre for den psykiske pleje og omsorg til beboerne.
-------------	---	--	--	--

#### Praktisk hjælp i henhold til Servicelovens § 83 og kommunens kvalitetsstandarder

Mål 6 Beboeren sikres hygiejnemæssig forsvarlig renholdelse af boligen og rekvisitter				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Tilsynet får oplyst, at plejecentrene ikke skal udarbejde plan for rengøring af beboernes boliger. I forhold til 1 beboer er der i feltet " Særlig opmærksomhed" beskrevet nogle særlige udfordringer, der relaterer sig til den daglige rengøring og oprydning i boligen.
Observation	x			Den hygiejniske tilstand i boligen samt omkring hjælpemidler er i overensstemmelse med kvalitetsstandarden. Begge boliger fremstår rengjorte og ryddelige.
Beboer	x			Begge beboere har på baggrund af hukommelsessvækkelse svært ved at svare på spørgsmålet om, hvorvidt de er tilfredse med rengøringsstandarden.
Medarbejder	x			Medarbejderne kan fortælle om de særlige indsatser i forhold til hygiejniske risikofaktorer hos beboeren.

#### Hverdagen på plejecentret

Mål 7 Beboeren har en god og tilfredsstillende hverdag				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			I forhold til 1 beboer er der udarbejdet livshistorie. I forhold til 1 beboer er der ikke udarbejdet livshistorie. Tilsynet bemærker, at årsagen til manglende udarbejdelse af livshistorie ikke fremgår af journalen. Dette bør noteres i journalen. I begge døgnrytmeplaner fremgår beboerens ønsker og vaner i forhold til både hjælpen til personlig pleje, aktiviteter og beboerens særlige behov. Eksempelvis beskrives i en døgnrytmeplan, at beboeren har en lille bog, hvori der gøres diverse notater om familiebesøg, aftaler og lignende. Det beskrives, at bogen skal bruges i hverdagen, da denne hjælper beboeren til at huske bedre.
Beboer	x			Begge beboere giver udtryk for, at de føler sig godt

				tilpasse på plejecentret. En beboer fortæller, at der ikke er noget at klage over. Samme beboer oplever, at medarbejderne hjælper, når vedkommende har behov for det.
Medarbejder	x			Begge medarbejdere kan redegøre for handlinger, der skal sikre beboeren en god hverdag. En medarbejder beskriver, hvordan der med fokus på medinddragelse, guidning og god tålmodighed kan sikres beboeren en god hverdag.

Mål 8 Beboeren oplever respekt				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Observation (1)	x			Tilsynet observerer respektfuld kommunikation mellem beboere og medarbejdere.
Observation (2)	x			Medarbejdernes kommunikation med beboerne er tilpasset den enkelte beboer, og medarbejderne viser tydeligt i deres adfærd, at det nonverbale sprog bruges professionelt. Medarbejderne kommunikerer anerkendende og anvender verbal guidning som et nyttigt redskab.
Beboer	x			Beboerne giver udtryk for, at medarbejderne er søde og imødekommende.
Medarbejder	x			Medarbejderne udviser respekt for beboerne og deres levevis. En medarbejder har fokus på, at der skal tales og ageres stille og roligt til beboeren. Medarbejderen fremhæver, at det er vigtigt, at der tales direkte til beboeren og ikke hen over hovedet på vedkommende. En anden medarbejder redegør for, hvorledes et tydeligt kropssprog er vigtigt i forhold til kommunikationen med beboeren. Samme medarbejder er bevidst om at møde beboeren der, hvor hun er, det pågældende tidspunkt, samt at der altid skal kommunikeres i en venlig og høflig omgangstone.

## Særlig fokusområde - medarbejderkompetencer

## Styrket indsats vedrørende medarbejderkompetencer

Mål 9 At der arbejdes med kompetenceudvikling set i relation til den enkelte medarbejder				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation (1)	x			Der foreligger en kompetenceoversigt og principper for delegering af komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver. I hvert af de 3 huse på plejecentret ligger der mapper vedr. ovenstående.

				Tilsynet bemærker positivt, at plejecentret har relevant fokus på, at delegering af komplekse pleje- og sygeplejeopgaver skal være givet i forhold til den konkrete beboer og kompetencen til medarbejderen bortfalder, når opgaven ikke længere skal udføres hos den konkrete beboer.
Dokumentation (2)	x			Der foreligger en aktuel skriftlig dokumentation for de delegerede komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver.
Dokumentation (3)	x			I plejecentrets mapper foreligger en aktuel skriftlig dokumentation for opfølgning på de delegerede komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver.
Observation (1)	x			I forhold til 1 ud af 2 beboere er der delegeret en opgave omkring inhalationsspray. Tilsynet observerer sammenhæng mellem skema for delegering og de observerbare forhold.
Observation (2)	x			I forhold til den delegerede opgave observeres sammenhæng mellem sygeplejeopgavens kompleksitet og de anvendte kompetencer.
Beboer	x			Beboeren, der får hjælp til inhalationsspray, giver udtryk for, at der ikke er nogen problemer i forhold hertil.
Medarbejder (1)	x			Begge medarbejdere har godt kendskab til kompetenceoversigt og principper for delegering.
Medarbejder (2)	x			Medarbejderne kan redegøre for den konkrete anvendelse og måde, hvorpå en opgave overdrages på. En medarbejder redegør for, hvorledes hun informerer kollega om præparatets virkning, bivirkning og indtagelsesform inden opgaven delegeres.
Medarbejder (3)	x			Medarbejderne kan redegøre for den konkrete opfølgning på delegerede opgaver. Medarbejderne er bevidste om egne kompetencer, og at den delegerede opgave er målrettet den konkrete beboer. En medarbejder fortæller, at der sker løbende opfølgning/kontrol af de delegerede opgaver gennem observation af medarbejderen, der udfører selve opgaven. En medarbejder giver udtryk for, at hun sjældent oplever opfølgning/kontrol af den delegerede opgave. Medarbejderen forklarer, at dette formentlig hænger sammen med hendes mange års erfaring indenfor faget. Tilsynet bemærker, at der ikke er fastlagt procedurer for en generel og overordnet opfølgning/ajourføring af alle delegerede opgaver.

### 3.1 Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer

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

Observationer på fællesarealer			
	Ja	Nej	Bemærkninger
Er der et aktivt miljø på fællesarealerne?	x		Tilsynet observerer, at beboerne i høj grad vælger at opholde sig på fællesarealer. Fællesarealer er hyggeligt indrettet, og der opleves en hjemlig stemning, der indbyder til fællesskab og hygge.
Er rengøringsstandarderne tilfredsstillende?	x		Rengøringsstandarderne på plejecentret er meget tilfredsstillende.
Er der fællesskab og trivsel omkring måltidet?	x		Tilsynet observerer hyggelig og rolig atmosfære omkring måltidet. Der er blomster og lys på bordene ved morgenmåltidet. Medarbejdere sidder med ved bordene.
Er kommunikationen respektfuld?	x		Kommunikationen mellem beboere og medarbejdere er anerkendende og respektfuld. Medarbejderne taler med beboerne i en venlig og imødekommende tone. Tilsynet observerer, at en medarbejder spørger en beboer, hvorvidt vedkommende ønsker mere morgenmad. Medarbejderen kommunikerer venligt og smilende. Beboeren kvitterer med at takke for spørgsmålet.
Bliver beboerne behandlet værdigt?	x		Beboerne bliver behandlet med værdighed og respekt for den enkeltes særlige behov, ønsker og vaner i det daglige liv.

## 4 Tilsynets formål

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

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

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

### 4.1 Indhold og metode

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

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

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

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

Følgende punkter indgår i tilsynskonceptet:

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

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

## 4.2 Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer

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

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

## 4.3 Vurderingsskala

Tilsynet arbejder ud fra følgende vurderingsskala:

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

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

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



## 5 Yderligere oplysninger

Yderligere oplysninger fås ved henvendelse til:

HELEN HILARIO JØNSSON

Afdelingschef, Senior Manager

Mobil: +45 24 29 50 79

[hej@bdo.dk](mailto:hej@bdo.dk)

BDO Kommunernes Revision

Godkendt revisionsaktieselskab

Havneholmen 29

DK-1561 København V

Mobil: 45 33 12 65 45

[www.bdo.dk](http://www.bdo.dk)

### 5.1 Underskrifter

13. marts 2014

Gitte Ammundsen

Manager, sygeplejerske

BDO Rådgivning

Havneholmen 29

1561 København V

**Bilag: 5.10. Handleplan Mimosen uanmeldt tilsyn.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 46973/14

## Handleplan for BDO tilsyn 2014 plejecenter Mimosen, Allerød Kommune

Område	Problemstilling	Tiltag	Tidsplan
<b>Døgnrytmeplaner</b>	<p>Der foreligger i dag ikke en generel beskrivelse/præsentation af beboerne øverst på vores døgnrytmeplaner. BDO ønsker en sådan, hvori der eksempelvis indgår oplysninger om funktionsniveau, mentale tilstand, sociale ressourcer og netværk, særlige ønsker og vaner, mobilitet, brug af hjælpemidler, tiltaleform m.m.</p> <p>BDO oplevede, at der i døgnrytmeplanerne var mere fokus på, hvad beboerne skulle have hjælp til og mindre fokus på, hvad de rent faktisk selv havde af ressourcer. De bemærkede, at oplysninger om beboernes ressourcer stod i helhedsbeskrivelserne – men ikke altid i døgnrytmeplanerne.</p>	<p>Det bør i leder – og i dokumentationsgruppen drøftes, om vi rent faktisk ønsker dette. Alle oplysningerne er i forvejen tilgængelige i journalen, og døgnrytmeplanerne er allerede nu meget lange. Det kan på den anden side give et hurtigt overblik for nye personaler, der måske ikke er så flittige læsere i systemet.</p> <p>Der skal arbejdes mere med den rehabiliterende/vedligeholdende tankegang. Dette kan meget vel starte med, at der i døgnrytmeplanerne altid startes med at beskrive, hvad beboerne konkret selv kan indenfor et område, før man beskriver, hvad der skal gives hjælp til. Der er som bekendt planlagt undervisning omkring rehabilitering for alt personale i efteråret. Herudover håber vi, at de nyansatte ergoterapeuter kan medvirke til at tænke mere i disse baner.</p>	<p>Såfremt det besluttes, at vi skal lave disse, kan det hurtigt effektueres.</p> <p>Efterår/vinter 2014</p>
<b>Procedure for opfølgning/ajourføring af alle delegerede opgaver.</b>	<p>Der var ved tilsynet endnu ikke taget stilling til, hvor ofte sygeplejerskerne skal lave opfølgning/ajourføring af sosu personalets kompetenceplaner for uddelegerede sygeplejeopgaver.</p>	<p>Vi har indført, at hver sygeplejerske, der har ansvar for omkring 8 kollegers kompetenceplaner, gennemgår og ajourfører disse 4 x årligt, så planerne altid er opdaterede. Når nye medarbejdere ansættes, skal sygeplejersken lave kompetenceplanen med denne medarbejder indenfor den første måned.</p>	<p>Er igangsat</p>
<b>Livshistorie</b>	<p>Der manglede en livshistorie i en af journalerne.</p>	<p>Hos den konkrete beboer skyldtes dette, at datteren – på trods af gentagne forespørgsler – ikke havde fået udfyldt denne. Medarbejderne skal orienteres om, at de skal notere, hvis de pårørende ikke vil lave livshistorierne, så det er dokumenteret, at manglen ikke skyldes vores glemsomhed.</p>	<p>Påmindelse til personalet på næste personalemøde i juni.</p>

--	--	--	--

**Bilag: 5.11. Tilsynsrapport 2014 Plejecenter Engholm Allerød kommune  
endelig.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 35346/14

Tilsynsrapport  
Allerød Kommune  
Ældre og Sundhed

Plejecenter Engholm

Uanmeldt tilsyn

marts 2014

## Forord

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

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

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

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

## Indholdsfortegnelse

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



## 1 Formalia

Plejecentrets navn og adresse
Plejecenter Engholm, Rådhusvej 3, 3450 Allerød
Leder
Charlotte Urhammer
Antal boliger
45 boliger
Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg
D. 10. marts 2014 Kl. 8.15 - 14.00
Datagrundlag
<p>Ved tilsynet er der foretaget observationer på fællesarealer, gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation, observationer hos beboerne samt gennemført interviews med medarbejderne. Beboerne har givet tilsagn om deltagelse i tilsynet.</p> <p>Tilsynet har interviewet 5 beboere. Tilsynet har desuden gennemført interview med 3 medarbejdere:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 2 social- og sundhedshjælpere</li><li>• 1 sygehjælper</li></ul> <p>2 medarbejdere blev interviewet i forhold til hver 2 beboere.</p> <p>Der er ligeledes foretaget observationer på fællesarealer</p>
Tilsynsførende
Gitte Ammundsen, sygeplejerske, Manager Pia Larsen, sygeplejerske, Chefkonsulent

## 2 Samlet tilsynsresultat

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

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

## 2.1 Begrundelse for tilsynsresultatet

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

Styrker
<p>På baggrund af tilsynet vurderes det, at plejecentret er karakteriseret ved følgende styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Plejecenter Engholm har siden sidst tilsyn haft fokus på ansættelse af ny centerlederleder og i den forbindelse arbejdes der nu målrettet på ansættelse af de rette kompetencer for at kunne levere en pleje og omsorg af høj kvalitet til beboerne.</li> <li>➤ Plejecentret Engholm prioriterer, at hvert team skal bemannes med en teamkoordinator, en sygeplejerske med det sygeplejefaglige ansvar. Sygeplejerskens rolle er at sikre en løbende kompetenceudvikling af medarbejderne og håndtere delegeringsprocessen af sygeplejefaglige opgaver til medarbejderne.</li> <li>➤ Plejecenter Engholm har ansat 5 medarbejdere i de enkelte afdelinger til at varetage køkkenopgaverne i fællesrummene samt motivere beboerne til at deltage i dagligdagsaktiviteter.</li> <li>➤ Den sundhedsfaglige dokumentation er generelt tilfredsstillende. Ledelsen oplyser, at der i forhold til opfølgning på anbefalinger fra tilsynet i 2013 har været begrænset fokus, idet den særlige personalemæssige udfordring på plejecentret har haft førsteprioritet. Tilsynet drøfter situationen med ledelsen, og gør opmærksom på behovet for prioritering af den sundhedsfaglige dokumentation.</li> <li>➤ Kontaktpersoner er ansvarlige for ajourføring af døgnrytmeplaner. Social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker har det primære ansvar for ajourføring og dokumentation i helhedsbeskrivelserne og udarbejdelsen af fokusområder.</li> <li>➤ Der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboerne modtager og beboerens behov for pleje og omsorg.</li> <li>➤ Beboerne får den pleje og omsorg og hjælp til praktisk støtte, som de har behov for og oplever stor tilfredshed i måden, hvorpå hjælpen leveres.</li> <li>➤ Beboerne oplever tilfredshed i forhold til tilbud om træning, aktiviteter og fællesskab på plejecentret.</li> <li>➤ Beboerne føler sig sikre og trygge på plejecentret, og oplever en respektfuld kommunikation med medarbejderne. Beboerne oplever medindflydelse i hverdagen.</li> <li>➤ Plejecentret arbejder målrettet med kompetenceudvikling af medarbejderne, og der foreligger dokumentation af de delegerede sygeplejeopgaver.</li> <li>➤ Medarbejderne har kendskab til den sundhedsfaglige dokumentation samt god viden og indsigt i beboernes behov for pleje og omsorg samt hjælpen til praktisk støtte. Medarbejderne kan redegøre for observationer og overvejelser i forhold til den sundhedsfaglige indsats.</li> <li>➤ Medarbejderne har kendskab til triageringen og kan redegøre for brugen heraf.</li> <li>➤ Medarbejderne fremstår kompetente og ansvarsbevidste.</li> <li>➤ Rengøringsstandarder på fællesarealer er meget tilfredsstillende.</li> <li>➤ Der observeres hyggelig og god stemning på fællesarealerne.</li> </ul>
Mangler
Der er ikke fundet "mangler" i forhold til tilsynskonceptet på tilsynstidspunktet.
Alvorlige fejl og mangler
Der er ikke fundet "alvorlige fejl og mangler" i forhold til tilsynskonceptet på tilsynstidspunktet.

## 2.2 Tilsynets overordnede bemærkninger og anbefalinger

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

Bemærkninger
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplanerne generelt har mangler i forhold til at fremstå handlevejledende og individuelt beskrevet for at sikre beboeren den optimale pleje og omsorg gennem hele døgnet. Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplaner primært anvendes af afløsere og ikke det faste personale i det daglige arbejde med beboerne.</li> <li>2. Tilsynet bemærker, at der findes fagligt relevante oplysninger samt beskrivelser af forebyggende indsatser i helhedsbeskrivelsen med relevans for den daglige pleje, der bør beskrives i døgnrytmeplanen. Tilsynet bemærker, at der ikke generelt henvises til fokusområder i døgnrytmeplanerne.</li> <li>3. Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplaner mangler en generel beskrivelse/præsentation af beboeren, hvori eksempelvis indgår oplysninger om beboerens normale funktionsniveau, mentale/hukommelsesmæssige tilstand, særlige ønsker og vaner i hverdagen, mobilitet og brug hjælpemidler, samt tiltaleform.</li> <li>4. Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplanerne generelt mangler beskrivelse af, hvorledes beboerens egne ressourcer medinddrages og vedligeholdes i den daglige pleje og omsorg.</li> <li>5. Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplaner indeholder sparsomme beskrivelser af beboernes psykiske/mentale ressourcer samt indsatser i forhold til beboernes behov for psykisk pleje og omsorg.</li> <li>6. Tilsynet bemærker, at der ikke er fastlagt procedurer for generel og overordnet opfølgning/ajourføring af alle delegerede opgaver.</li> </ol>
Anbefalinger
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tilsynet anbefaler, at Plejecentret Engholm underviser, oplærer og vejleder medarbejderne i, hvorledes døgnrytmeplaner udarbejdes, således at disse fremstår handlevejledende og individuelt beskrevet gennem hele døgnet. Tilsynet anbefaler, at Plejecentret Engholm i endnu højere grad anvender døgnrytmeplanerne som et arbejdsredskab i det daglige arbejde.</li> <li>2. Tilsynet anbefaler, at der i udarbejdelsen af døgnrytmeplanerne tages større udgangspunkt i helhedsbeskrivelserne, således at det sikres, at alle relevante oplysninger herfra i forhold til beboernes behov for pleje og omsorg samt ressourcer også fremgår af døgnrytmeplanerne. Tilsynet anbefaler, at der altid henvises til de udarbejdede fokusområder i døgnrytmeplanerne.</li> <li>3. Tilsynet anbefaler, at der igangsættes en drøftelse af, hvorledes der i døgnrytmeplanerne kan indgå en mere generel beskrivelse/præsentation af beboerne.</li> <li>4. Tilsynet anbefaler, at døgnrytmeplaner udarbejdes således, at disse tager større udgangspunkt i beskrivelsen af beboerens egne ressourcer, og hvordan disse medinddrages i plejen fremfor at udgangspunktet tages i beskrivelsen af, hvad beboerne skal have hjælp til.</li> <li>5. Tilsynet anbefaler, at Plejecentret Engholm underviser, oplærer og vejleder medarbejderne i, hvorledes døgnrytmeplaner udarbejdes, således at disse fremstår handlevejledende og individuelt beskrevet i forhold til beboernes psykiske/mentale ressourcer og behov for psykisk pleje og omsorg.</li> <li>6. Tilsynet anbefaler, at der udarbejdes procedurer for, hvorledes der fast sikres løbende opfølgning på delegering af komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver.</li> </ol>

### 3 Datagrundlag

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

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

Mål 1 Beboerens plejebehov er ajourført				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			Alle journaler indeholder dokumentation med en aktuel beskrivelse af beboernes behov for pleje. Journalerne indeholder blandt andet funktionsvurdering og helhedsbeskrivelse og fokusområder.
Observation	x			Det er tilsynets vurdering, at der er sammenhæng mellem den hjælp, som beboerne modtager og beboernes tilstand.
Beboer	x			Beboerne giver udtryk for, at hjælpen svarer til deres behov.
Medarbejder (1)	x			Medarbejderne har kendskab til de nødvendige dokumenter i journalen og kan redegøre herfor. Medarbejder oplyser, at døgnrytmeplaner i det daglige arbejde benyttes i et begrænset omfang og primært i forhold til afløsere.
Medarbejder (2)	x			Alle medarbejdere har kendskab til triasering og ved, hvor de kan finde den. En medarbejder fortæller, at de tidligere triagerede en gang om ugen, men at det nu er stillet i bero, indtil der er ansat faste sygeplejersker. Medarbejderen fortæller, at de taler om triasering på deres summemøder.

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

Mål 2 Der foreligger en beskrivelse af pleje- og omsorgsindsatsen				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation		x		Tilsynet bemærker positivt, at 1 døgnrytmeplan fint beskriver pleje og omsorg til en kompleks beboer dag, aften og nat. Pleje og omsorg er beskrevet handlevejledende og individuel og med detaljerede henvisninger til beboers vaner og ønsker. 4 døgnrytmeplaner har delvise mangler i forhold til at

			<p>sikre beboeren en individuel pleje og omsorg dag, aften og nat.</p> <p>Eksempelvis beskrives hjælpen til det ugentlige bad ikke handlevejledende og individuelt. Det fremgår ikke præcist hvilken hjælp og særlige opmærksomheder, der er tale om.</p> <p>I et andet eksempel mangler handlevejledende beskrivelse i forhold til hjælpen om aftenen. Eksempelvis mangler beskrivelse af, at beboeren skal have hjælp til tandbørstning og afklædning.</p> <p>Der findes fagligt meget relevante oplysninger i helhedsbeskrivelsen med relevans for den daglige pleje, der bør beskrives i døgnrytmeplanerne.</p> <p>Der henvises ikke til fokusområder i døgnrytmeplanerne. Eksempelvis er der i forhold til beboere udarbejdet fokusområder vedrørende "fejlsynkning", "obstipation" og kateter-pleje. Døgnrytmeplanerne beskriver ikke observationer og handlinger i forbindelse hermed.</p> <p>Tilsynet observerer, at døgnrytmeplanerne generelt mangler handlevejledende og individuelle beskrivelser af det ugentlige bad. Det fremgår eksempelvis kun, at beboeren skal i bad tirsdag.</p> <p>Gældende for alle døgnrytmeplaner bemærker tilsynet, at feltet "generelt" om beboeren er kortfattet beskrevet. Det er tilsynets vurdering, at feltet "generelt" om beboeren bør beskrives mere detaljeret for at give et bedre billede af den konkrete beboer.</p> <p>Feltet "generelt" kan eksempelvis med fordel indeholde beskrivelse af beboerens normale funktionsniveau, mentale og hukommelsesmæssige tilstand, særlige ønsker og vaner i hverdagen, mobilitet og brug hjælpemidler, samt tiltaleform.</p>
Beboer	x		<p>Beboerne giver generelt udtryk for, at de er tilfredse med kvaliteten i hjælpen til personlig pleje og omsorg.</p> <p>To beboere angiver dog, at for mange forskellige medarbejdere ikke altid giver en tilfredsstillende kvalitet i plejen.</p>
Medarbejder	x		<p>Alle medarbejdere kan redegøre for den faglige indsats i plejen og omsorgen for beboerne.</p> <p>I medarbejdernes redegørelse af hvorledes den personlige pleje og omsorg tilrettelægges, er det tydeligt, at medarbejderne anvender deres faglighed og har fokus på at levere en individuel og målrettet pleje til den enkelte beboer. Medarbejderne fremkommer med oplysninger, som med fordel kan beskrives i døgnrytmeplanen.</p>

Mål 3				
Der er redegjort for sundhedsfremme og forebyggende indsats				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation		x		<p>Den sundhedsfremmende og forebyggende indsats fremgår primært i helhedsbeskrivelserne og i mindre grad i døgnrytmeplanerne. I helhedsbeskrivelserne indgår relevante sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, eksempelvis i forhold til væskeindtagelse, ernæring, forebyggelse af obstipation, depression og forebyggelse af eksem. Oplysningerne herfra kan med fordel beskrives i døgnrytmeplanerne.</p> <p>Tilsynet bemærker dog, at døgnrytmeplanerne generelt indeholder fine beskrivelser af sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til ernæring.</p> <p>En enkelt døgnrytmeplan indeholder forebyggelse af væskeansamling i benene.</p>
Observation	x			Tilsynet observerer, at der i den daglige omsorg for beboeren bliver taget hånd om alle relevante risici.
Beboer	x			<p>Det er beboernes oplevelse, at der bliver taget godt hånd om den enkeltes sundhedsmæssige risici.</p> <p>En beboer fortæller, at hvis han er bange for at falde, når han skal ud af sengen, skal han bare ringe på medarbejderne. En anden beboer fortæller, at der ikke er nogen bekymringer, der ikke bliver taget hånd om.</p>
Medarbejder	x			<p>Alle medarbejdere kan redegøre for den særlige indsats vedrørende relevante risici i forhold til beboernes situation.</p> <p>En medarbejder fortæller om en meget aktiv beboer, der går mange ture. Medarbejderen har fokus på at sikre, at beboeren får nok at spise og drikke for at bibeholde sin vægt.</p>

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

Mål 4				
Der foreligger en beskrivelse af beboers ressourcer og hvordan de inddrages i aktivitet og træning (ADL og vedligeholdelse)				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			<p>Tilsynet bemærker, at beboernes fysiske og sociale ressourcer er beskrevet i døgnrytmeplanerne. Eksempelvis beskriver en døgnrytmeplan, at beboeren selv ordner sin have. En anden døgnrytmeplan beskriver, at beboer selv går ture flere gange dagligt og nyder at se fjernsyn. En tredje døgnrytmeplan beskriver, at beboer skal støttes i fysisk aktivitet og i at deltage i husets aktiviteter.</p> <p>I forhold til alle 5 døgnrytmeplaner er det gældende, at beskrivelserne af plejen og omsorgen primært tager udgangspunkt i, hvad beboeren får hjælp til fremfor,</p>

			hvad beboeren har af ressourcer, og hvorledes disse inddrages og anvendes i plejen.
Observation	x		Tilsynet vurderer, at der er sammenhæng i mellem beboernes fysiske og sociale ressourcer og beskrivelserne i døgnrytmeplanerne.
Beboer	x		Tilsynet vurderer, at beboerne er opmærksomme på betydningen af at anvende egne ressourcer mest muligt. Flere beboer giver udtryk for, at det er vigtigt for dem at gøre mest muligt selv, så længe de kan. 3 beboere fortæller, at de oplever at blive medinddraget i dagligdagen. Eksempelvis fortæller en beboer, at han selv rydder op i sin bolig, og at han går til træning en gang om ugen. En anden beboer fortæller, at han hjælper de andre beboere med at "huske".
Medarbejder	x		Medarbejderne kan fagligt redegøre for, hvorledes beboernes funktionsniveau fastholdes, og hvordan beboernes ressourcer inddrages i hverdagen. En medarbejder kan i forhold til en beboer med parkinsonisme redegøre for, hvordan beboerens ressourcer afhænger af, om det er en god eller dårlig dag.

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

Mål 5				
Der foreligger en beskrivelse af den psykiske pleje og omsorg				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation		x		Der foreligger kun sparsomme beskrivelser af beboernes psykiske/mentale ressourcer og behov for psykisk pleje og omsorg i døgnrytmeplanerne. Eksempelvis i forhold til en beboer, som opleves vredladet og har mange klagepunkter, som påvirker beboerens trivsel på plejecentret. Døgnrytmeplanen indeholder ingen handlevejledende indsatser i forhold til at imødegå beboerens psykiske/mentale udfordringer. I forhold til en anden meget plejkrævende beboer er det tilsynets vurdering, at det er relevant at beskrive den psykiske pleje og omsorg, idet beboeren indimellem har det svært med sin fremadskredne sygdom. Tilsynet bemærker dog, at der foreligger relevante beskrivelser af beboernes psykiske og mentale ressourcer i helhedsbeskrivelserne. Tilsynet bemærker, at der i forhold til en beboer ikke er fulgt op på beboerens psykiske/mentale tilstand i helhedsbeskrivelsen siden 2013. Tilsynet vurderer, at døgnrytmeplanerne generelt bør ajourføres i forhold til beboernes psykiske/mentale ressourcer, så disse inddrages i plejen for den enkelte



				<p>beboer.</p> <p>Tilsynet vurderer, at der med fordel kan tages større udgangspunkt i helhedsbeskrivelserne i udarbejdelsen af døgnrytmeplaner.</p>
Observation	x			Tilsynet bemærker, at der generelt er taget hånd om beboernes risici.
Beboer	x			<p>Beboerne giver generelt udtryk for, at de føler sig sikre og trygge på Plejecenter Engholm.</p> <p>En beboer fortæller, at han er meget glad for at bo på Plejecenter Engholm.</p> <p>En beboer angiver, at hun ikke føler sig tryk, og har en del klagepunkter.</p>
Medarbejder	x			<p>Medarbejderne kan generelt redegøre for den psykiske pleje og omsorg i forhold den konkrete beboer.</p> <p>En medarbejder kan redegøre for ændring i psykisk adfærd hos en konkret beboer, men kan ikke komme med forslag til en faglig indsats.</p> <p>Tilsynet bemærker, at enkelte medarbejdere kan beskrive særlige indsatser, der bør indgå i døgnrytmeplanen. Eksempelvis i forhold til som medarbejder at imødegå en beboers vrede, ved at være positiv og sætte grænser.</p>

#### Praktisk hjælp i henhold til Servicelovens § 83 og kommunens kvalitetsstandarder

Mål 6				
Beboeren sikres hygiejnemæssig forsvarlig renholdelse af boligen og rekvisitter				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			<p>Tilsynet får oplyst, at plejecentrene ikke skal udarbejde plan for rengøring af beboernes boliger.</p> <p>2 ud af 5 døgnrytmeplaner indeholder beskrivelser af praktiske opgaver udført af beboerne selv.</p>
Observation	x			<p>Den hygiejniske tilstand i boligen og omkring beboernes hjælpemidler er generelt tilfredsstillende.</p> <p>Tilsynet bemærker dog, at en bolig fremstår rodet med blekasser og papkasser med julepynt stående på gulvet. Der ses også bunker af blade og bleposer flere steder i boligen. Det er tilsynets vurdering, at der bør være beskrevet en handlevejledende indsats i døgnrytmeplanen i forhold til at hjælpe beboeren med at holde orden.</p>
Beboer	x			Beboerne er meget tilfredse med rengøringsstandarder i boligen. En beboer angiver, at han selv rydder lidt op i boligen.
Medarbejder	x			Medarbejderne har fokus på beboernes særlige behov i forhold til hjælpen til praktisk støtte og rengøring. En medarbejder er opmærksom på en beboers behov for at

				"rydde op" i forhold til, at boligen let kommer til at fremstå rodet.
--	--	--	--	---

## Hverdagen på plejecentret

Mål 7 Beboeren har en god og tilfredsstillende hverdag				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	x			I forhold til 4 ud af 5 beboere er der udarbejdet en detaljeret livshistorie. Tilsynet bemærker positivt, at beboernes livshistorier indeholder fine beskrivelser af beboernes ønsker, vaner og interesser fra før indflytningen på Plejecenter Engholm.
Beboer	x			Beboerne føler sig generelt godt tilpasse på Plejecenter Engholm. En beboer oplyser, at han føler sig tilpas på Plejecentret Engholm, men mener, at han er for ung i forhold til de andre beboere.
Medarbejder	x			Medarbejderne kan alle redegøre for handlinger, der medvirker til at sikre beboerne en god hverdag. Eksempelvis kan en medarbejder fortælle om en beboers særlige behov for fast kontaktperson. En anden medarbejder kan fortælle, at en beboer holder meget af at se gamle danske film og at en anden beboer værdsætter den daglige dialog med medarbejderne.

Mål 8 Beboeren oplever respekt				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Observation (1)	x			Tilsynet observerer respektfuld kommunikation mellem beboere og medarbejdere.
Observation (2)	x			Tilsynet observerer, at kommunikationen er anerkendende og motiverende. Kommunikationen er tilpasset den enkelte beboers ønsker og vaner. Tilsynet observerer, at det nonverbale og verbale sprog bliver brugt professionelt i samspillet mellem beboere og medarbejdere.
Beboer	x			Beboerne oplever respektfuld kommunikation. Beboerne beskriver medarbejderne som søde og flinke. En beboer fortæller med glimt i øjet, at hvis medarbejderne ikke taler pænt, skælder han dem ud.
Medarbejder	x			Medarbejderne kan beskrive handlinger, der medvirker til at sikre respekt for beboerne.

## Særlig fokusområde - medarbejderkompetencer

## Styrket indsats vedrørende medarbejderkompetencer

Mål 9				
At der arbejdes med kompetenceudvikling set i relation til den enkelte medarbejder				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation (1)	x			Der foreligger en kompetenceoversigt og principper for delegering af komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver.
Dokumentation (2)	x			Der foreligger en aktuell skriftlig dokumentation for de delegerede komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver. Tilsynet bemærker, at plejecentret Engholm anvender kommunens skemaer og vejledninger udarbejdet til formålet.
Dokumentation (3)	x			Der foreligger en skriftlig dokumentation for opfølgning på de delegerede komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver.
Observation (1)				Tilsynet observerer sammenhæng mellem skema for delegering og de observerbare forhold.
Observation (2)	x			Der observeres sammenhæng mellem sygeplejeopgavernes kompleksitet og de anvendte kompetencer.
Beboer	x			Beboerne oplever tryghed i forhold til, at opgaven er delegeret videre til eksempelvis en social- og sundhedshjælper.
Medarbejder (1)	x			Medarbejderne har kendskab til kompetenceoversigt og principper for delegering. En medarbejder oplyser, at hun lige har gennemgået sin kompetenceoversigt med sygeplejerskeren.
Medarbejder (2)	x			Medarbejderne kan redegøre for den konkrete anvendelse og måde, hvorpå en opgave overdrages på. Medarbejderen, som har fået delegeret opgaven i forbindelse med smertepaster, fortæller, hvordan hun først er blevet instrueret af sygeplejerskeren og herefter selv har udført opgaven under sygeplejerskerens vejledning og senere kontrol. Medarbejderen fortæller, at medarbejderne oplæres i forhold til hver enkelt opgave.
Medarbejder (3)	x			Medarbejderne oplyser til tilsynet, at der følges op på delegerede opgaver, når der er gået et stykke tid. Der sker løbende gennemgang af kompetenceskemaer og opfølgning på, hvad den enkelte medarbejder har fået kompetence til. Tilsynet bemærker, at der ikke er fastlagt procedurer for generel og overordnet opfølgning/ajourføring af alle delegerede opgaver.

### 3.1 Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer

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

Observationer på fællesarealer			
	Ja	Nej	Bemærkninger
Er der et aktivt miljø på fællesarealerne?	x		Tilsynet observerer beboere i fællesrummene med medarbejdere omkring sig. Plejecentret Engholm har ansat medarbejdere i flexjob, så der altid er medarbejdere tilstede i fællesrummet i dagtimerne. Der er en hyggelig stemning. En beboer sidder ved bordet og spiser morgenmad, en anden beboer sidder i en lænestol og lytter til radioen. Tilsynet bemærker dog, at der i et fællesrum sidder medarbejdere samlet i fællesrummet og drikker kaffe, mens 2 beboere sidder for sig selv.
Er rengøringsstandarden tilfredsstillende?	x		Rengøringsstandarden på Plejecentret Engholm er tilfredsstillende.
Er der fællesskab og trivsel omkring måltidet	x		Tilsynet observerer, at medarbejderne sidder med ved middagsmåltidet. Bordet er fint dækket op med servietter og lys. En medarbejder er i gang med at hjælpe en beboer med indtagelse af maden. Det er tilsynets oplevelse, at mad-situationen er meget værdig.
Er kommunikationen respektfuld	x		Kommunikationen mellem beboere og medarbejdere er anerkendende og respektfuld. Medarbejderne taler med beboerne i en venlig og imødekommende tone.
Bliver beboerne behandlet værdigt	x		Tilsynet vurderer, at beboerne behandles med stor værdighed i daglige gøremål.

## 4 Tilsynets formål

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

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

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

### 4.1 Indhold og metode

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

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

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

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

Følgende punkter indgår i tilsynskonceptet:

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

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

## 4.2 Observationer i forbindelse med rundgang på fællesarealer

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

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

## 4.3 Vurderingsskala

Tilsynet arbejder ud fra følgende vurderingsskala:

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

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

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

## 5 Yderligere oplysninger

Yderligere oplysninger fås ved henvendelse til:

HELEN HILARIO JØNSSON

Afdelingschef, Senior Manager

Mobil: +45 24 29 50 79

[hej@bdo.dk](mailto:hej@bdo.dk)

BDO Kommunernes Revision

Godkendt revisionsaktieselskab

Havneholmen 29

DK-1561 København V

Mobil: 45 33 12 65 45

[www.bdo.dk](http://www.bdo.dk)

### 5.1 Underskrifter

12. marts 2014

Gitte Ammundsen

Manager, sygeplejerske

BDO Rådgivning

Havneholmen 29

1561 København V

**Bilag: 5.12. Handleplan Engholm uanmeldt tilsyn.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 47415/14



## Handleplan for BDO tilsyn 2014 plejecenter Engholm

Område	Problemstilling	Tiltag	Tidsplan
<b>Døgnrytmeplanerne</b>	Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplanerne generelt har mangler i forhold til at fremstå handlevejledende og individuelt beskrevet for at sikre beboeren den optimale pleje og omsorg gennem hele døgnet. Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplaner primært anvendes af afløsere og ikke det faste personale i det daglige arbejde med beboerne.	<p>Grundig introduktion af sygeplejersker så de kan sidemandsoplære den enkelte medarbejder i egen gruppe i at udarbejde døgnrytmeplanerne så de fremstår optimalt.</p> <p>Sygepl. er indkaldt til undervisning, og plejepersonalet vil blive informeret til personalemøde d. 26. juni 2014 om ovenstående tiltag.</p>	Ultimo 2014
	Tilsynet bemærker, at der findes fagligt relevante oplysninger samt beskrivelser af forebyggende indsatser i helhedsbeskrivelsen med relevans for den daglige pleje, der bør beskrives i døgnrytmeplanen. Tilsynet bemærker, at der ikke generelt henvises til fokusområder i døgnrytmeplanerne.	Afventer strukturanalysens evaluering af kommunens dokumentationssystem mhp forenkling.	Ultimo 2014
	Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplaner mangler en generel beskrivelse/præsentation af beboeren, hvori eksempelvis indgår oplysninger om beboerens normale funktionsniveau, mentale/hukommelsesmæssige tilstand, særlige ønsker og vaner i hverdagen, mobilitet og brug hjælpemidler, samt tiltaleform.	<p><i>Tilsynet anbefaler, at der igangsættes en drøftelse af, hvorledes der i døgnrytmeplanerne kan indgå en mere generel beskrivelse/præsentation af beboerne.</i></p> <p>Ovenstående er under udarbejdelse i dokumentationsgruppen.</p>	Ultimo 2014
	Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplanerne generelt mangler beskrivelse af, hvorledes beboerens egne ressourcer medinddrages og vedligeholdes i den daglige pleje og omsorg.	Der er blevet ansat en terapeut, som vil få det overordnede ansvar for i samråd med ledelsen, at sikre at der i døgnrytmeplanerne er beskrevet borgerens egne ressourcer, og hvordan disse medinddrages i plejen.	Ultimo 2014

	<p>Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplaner indeholder sparsomme beskrivelser af beboernes psykiske/mentale ressourcer samt indsatser i forhold til beboernes behov for psykisk pleje og omsorg.</p>	<p>Grundig introduktion af sygeplejersker så de kan sidemandsoplære den enkelte medarbejder i egen gruppe i at udarbejde døgnrytmeplanerne så de fremstår optimalt.</p> <p>Sygepl. er indkaldt til undervisning, og plejepersonalet vil blive informeret til personalemøde d. 26. juni 2014 om ovenstående tiltag.</p> <p>Sygepl. og ledelse skal udarbejde en kontrolliste for at sikre at samtlige borgers journaler bliver gennemgået i forhold til psykisk pleje og omsorg.</p>	<p>Ultimo 2014</p>
<p><b>Delegerede sygeplejeopgaver</b></p>	<p>Tilsynet bemærker, at der ikke er fastlagt procedurer for generel og overordnet opfølgning/ajourføring af alle delegerede opgaver.</p>	<p>Opfølgning af delegerede opgaver vil fremover blive gennemgået i forbindelse med KOMPUS-samtaler, hvor der vil være fokus på kompetenceudvikling.</p> <p>Desuden er der udarbejdet mapper hvor samtlige uddelegerede opgaver fremgår, og det er aftalt med sygepl. at de skal gennemgå samtlige kompetenceplaner med plejepersonale i respektive gruppe. Det følges der løbende op på x 1 månedligt på sygepl. møde. Der vil blive informeret om ovenstående på personalemøde d. 26. juni 2014.06.16</p> <p>Sygepl. starter efter sommerferien med at hvae en ugentlig aftenvagt x 1 månedlig mhv kompetenceudvikling af plejepersonalet i aftenvag.</p>	<p>Fortløbende</p>

**Bilag: 5.13. Uanmeldt visitationsbesøg ved visitationen 2014.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 47015/14

## **Uanmeldt visitationsbesøg hos komplekse borgere med behov for væsentlig pleje, 2014.**

- På baggrund af anbefalinger fra det uanmeldte tilsyn 2013 ved BDO, har visitationen fulgt op på hvorvidt der er overensstemmelse mellem det borger er visiteret til og det borger reelt har behov for hjælp til, og om Allerød Hjemmepleje sikrer at den visiterede hjælp afsluttes og plejepakken justeres, når borger bliver i stand til selv at varetage flere opgaver.

I 2013 udarbejdede hjemmeplejen en handleplan, der fulgte op på borgernes ydelsesbeskrivelser og den tidsfaktor de har behov for, i forbindelse med ændret funktionsniveau.

Den nuværende aftale med den kommunale hjemmepleje bevirker, at koordinatorene kan rette i de visiterede tider til personlig pleje, indenfor en visiteret ramme (plejepakken), for at mindre reguleringer sker uden stor administration og bureaukrati

- Borgere der modtager over 18 timers hjælp, er de mest komplekse og svageste borgere vi har i kommunen. Omkostningerne til en plejeboligplads, er svarende til 18 – 20 timers personlig pleje i eget hjem.

Visitationen følger denne gruppe nøje, og kan konstatere at gruppen af borgere der modtager over 18 timers personlig pleje og praktisk hjælp, er vokset betydeligt i antal det sidste år.

Visitationen satte sig derfor for at undersøge:

- Er visitationen konkret bekendt med denne gruppe borgers behov
- Har borgerne ændret funktionsniveau siden sidste visitation
- Er der ændret væsentligt i ydelsestildelingen siden sidste visitation
- Modtager borger den visiterede hjælp
- Har borgerne en handleplan

Der er foretaget 8 uanmeldte tilsyn hos borgere, der har visiteret mellem 17,27 timer til 41,54 timer. der var planlagt 10 besøg, men to af de udvalgte borgere blev indlagt. Der er udvalgt borgere fra alle områder af den kommunale hjemmepleje, og yderligere borgere fra Cura Pleje, privat leverandør af personlig pleje.

Før de uanmeldte besøg, blev leverandørerne orienteret om visitationens fokusområder og der blev aftalt en individuel tilbagemelding fra visitator til hjælperen eller koordinatoren efter hvert besøg.

Alle leverandørerne og borgerne tog godt imod det uanmeldte besøg i hjemmene.

### **Konklusion:**

Såvel visitator, som leverandør, oplevede dialog og læring, i forbindelse med fastsættelse af tid og gennemgang af arbejdsgange, ligesom der hos borgere med behov for væsentlig regulering, har været foretaget opfølgende besøg hos leverandøren for at sikre forståelse af den afgivne visitation.

Besøgene medførte helt konkret:

- Hos en borger blev 2 besøg flyttet / slået sammen
- 4 borgere fik foretaget mindre ændringer i deres funktionsbeskrivelse, uden der var behov for ændringer i tiden på ydelserne.
- Tiden blev ændret på 4 borgere, i alt blev tiden nedsat med 10,5 timer samlet.
  - Hos én borger blev tiden væsentlig nedsat, da borger og hjælper var i stand til at løse opgaven hurtigere, end visiteret.
  - En borger fik tiden væsentlig nedsat, idet såvel borger og den faste hjælper, mente at opgaven kunne løses hurtigere, og at nuværende tid kun var nødvendig ved helt nye vikarer.
- Hos en borger blev takstgruppen ændret til anden takst, for nogle af ydelserne.
- Borgerne gav udtryk for at være meget tilfredse med hjælpen og de tilbud de fik fra kommunen.
- Hos 3 borgere var ikke faste hjælpere men "faste" vikarer og afløsere. Hjælperne oplyser at de rokerer blandt borgerne.
- Hos alle borgere var der uarbejdet handleplan. To handleplaner svarede dog ikke til nuværende funktionsniveau.

### **Anbefalinger:**

- Visitationen anbefaler at der fortsat udføres uanmeldte tilsyn hos borgere med komplekse behov, for at sikre visitationsindsigt, fælles dialog, læring og kontinuerlig regulering i funktionsvurderinger og ydelsestildeling. Tilsynene bør også foregå i aftentimerne.
- At leverandørerne fortsat arbejder med tilbagemeldinger omkring borgers funktionsniveau, når det har betydning for den visiterede tid.
- At leverandøren melder retur når praktiske opgaver kan løses i den tid der er visiteret til personlige pleje, således at den samlede tid kan reguleres.
- At leverandørerne oplærer afløsere til komplekse borgere, før de skal varetage opgaven alene.
- At de visiterede ydelser på sigt ændres (opsætning i omsorgssystem og navn på ydelse), således at de fremstår mere overskuelige for såvel leverandører, som for visitator.
- At borgere med over 18 timer modtager årligt visitationsbesøg, for at sikre det fælles kendskab til borger og den rette visitation. Borgere med + 18 timer der udskrives fra midlertidig plads, bør revisiteres efter ca. 2 mdr.
- At leverandørerne er opmærksomme på at beskrive ændringer i handleplaner og har opdaterede triageskema, og at handleplanerne angiver arbejdsgange for hver hjælper, når der er visiteret til flere hjælpere for at udføre en arbejdsopgave.

**Bilag: 6.1. Tidlig opsporing drejebog 190614.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 48894/14

## Tidlig opsporing af borgere med kronisk sygdom



Dorthe Jay Andersen  
Anne-Mette Sørensen  
Frederik Blinkenberg Pedersen  
Forebyggelsesenheden, Allerød Kommune

Den 4. juni 2014

## Baggrund

Allerød Kommune har implementeret patientforløbsprogrammer for KOL, type 2 diabetes, hjertekarsygdom, demens, lænderyglidelser og kræft. Kommunen har gjort sig mange gode erfaringer og har løbende tilrettet indsatserne ud fra gældende minimumsstandarder og borgernes behov.

Allerød Kommune oplever, at tilbud om patientuddannelse og rehabilitering primært styrker indsatsen for de borgere, som i forvejen er velfungerende. Socialt udsatte borgere, sårbare borgere og borgere fra lavere socialgrupper, som af forskellige årsager har svært ved at "passe" deres sygdom, deltager i mindre grad i kommunens tilbud.

### **Def.: Socialt udsatte**

Med socialt udsatte menes den lille gruppe af befolkningen, som på grund af alvorlige sociale konsekvenser af fx psykiske lidelser og misbrug er blevet socialt udsatte og udstødte fra arbejdsmarkedet, boligmarkedet og familieliv.

### **Def.: Sårbare borgere**

Med sårbare borgere menes:

- Borgere, som på grund af svær sygdom, multisygdom, handicap mv. er afhængig af sundheds- eller sociale ydelser.
- Borgere, som på grund af svage personlige ressourcer og dårlig sygdomsindsigt, sociale eller kulturelle forhold er ude af stand til at udøve en hensigtsmæssig adfærd og egenomsorg

### **Def.: Den sociale gradient**

På befolkningsniveau er der en sammenhæng mellem social position, fx uddannelsesniveau og sygdomsrisiko. Jo lavere uddannelsesniveau, jo større er risikoen for at udvikle livsstilssygdomme

Samme tendens ses i evalueringsrapporten af Kronikerprogrammet fra Region Hovedstaden<sup>1</sup>. Se nedenstående opgørelse.

### **Hvem deltager ikke i patientuddannelse?**

- Borgere fra de lavere socialgrupper (3, 4, 5)
- Færre mænd end kvinder
- Borgere i arbejde deltager sjældnere end pensionister, førtidspensionister o.l.
- Borgere, der bor alene, deltager i mindre grad end samboende
- Socialt udsatte og sårbare borgere

For at imødekomme denne udfordring vil Forebyggelsesenheden i Allerød Kommune arbejde mere proaktivt, for at sikre:

- Tidlig opsporing af borgere, som endnu ikke har fået diagnosticeret deres kroniske sygdom
- Opsporing af borgere med livsstilssygdomme, som potentielt kunne have glæde af at deltage i kommunens patientforløbsforløbsprogrammer
- Viden fra de borgere, der fravælger at deltage i kommunens forebyggelsestilbud, for hermed at forsøge at målrette og skabe differentierede forebyggelsestilbud.

Indsatsen indgår som en forventning i Sundhedsaftale III, hvor regionen vil sikre, at flere udsatte, sårbare og borgere fra lavere socialgrupper får samme adgang til forebyggelses- og rehabiliteringstilbud som andre borgere. Kommunerne har ansvar for at handle proaktivt, såfremt de vurderer, at borgerne er i risiko/eller har udviklet en kronisk sygdom<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Kronikerprogrammet (2010-2012) – resultater og perspektiver. Enhed for Tværsektorielt Samarbejde, Region Hovedstaden, oktober 2013.

<sup>2</sup> Sundhedsaftale 3



## Formål

Indsatsen med tidlig opsporing af socialt udsatte, sårbare og borgere fra lavere socialgrupper med livsstilssygdomme (type 2 diabetes, forhøjet blodtryk og overvægt) skal bidrage til at reducere ulighed i sundhed.

## Delmål

- At gennemføre en flerstrengt proaktiv og opsøgende rekrutteringsstrategi til kommunens forebyggelses- og rehabiliteringstilbud
- At skabe en refleksion om helbred og sund levevis hos borgerne

## Målgruppe

Der er klare sociale forskelle i forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed i befolkningen. Usunde vaner omkring rygning, alkohol, mad og fysisk inaktivitet er i stigende grad koncentreret blandt dårligere socialt stillede borgere. Det samme gælder overvægt, forhøjet kolesterol og blodtryk, som følge af usunde vaner. De enkelte risikofaktorer forstærker desuden hinandens negative effekt på en række livsstilssygdomme som KOL, hjertesygdom, type 2 diabetes, kræft og demens.

I Allerød Kommune viser Sundhedsprofilen for region og kommuner følgende:

### Sundhedsprofil 2013 - Sundhedsadfærd

- 9 % ryger dagligt
- 24 % overskrider genstandsgrænsen
- 10 % har et storforbrug af alkohol
- 31 % er fysisk inaktive
- 50 % af mænd og 34 % af kvinder er overvægtige

### Sundhedsprofil 2010 – Kronisk sygdom

- 15 % har forhøjet blodtryk
- 3,6 % har type 2 diabetes
- 2,6 % har KOL
- 31 % har 1 kronisk sygdom
- 16 % har 2 kroniske sygdomme
- 9 % har 3+ kroniske sygdomme

For at imødekomme sundhedsudfordringer hos borgerne i Allerød Kommune, inddrager vi vores viden om, hvilken borgerprofil der ikke opsøger forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i kommunen. På baggrund af dette har vi fundet det hensigtsmæssigt at intervenere over for følgende målgrupper:

- Medarbejdere fra udvalgte mindre og mellemstore virksomheder i kommunen (mellem 5-19 medarbejdere)
- Borgere i almennyttige boligforeninger
- Borgere tilknyttet socialpsykiatrien
- Borgere tilknyttet hjemmeplejen

## Samarbejdspartnere

- Mindre og mellemstore private virksomheder i Allerød Kommune
- Formændene for almennyttige boligforeninger
- Lederen af socialpsykiatrien
- Lederen af hjemmeplejen. Private leverandører: Cure Pleje, Human Care
- Forebyggelsesenheden
- Almen praksis i Allerød

## Intervention

Borgerne tilbydes et sundhedstjek, der »sætter tal« på deres sundhed under anonyme og fortrolige omstændigheder. Ud fra testresultaterne vil borgeren få en vejledning i sund livsstil. Hvis borgerne har forhøjet blodsukkerværdier og/eller forhøjet blodtryk, vil de blive opfordret til at kontakte deres egen læge og få et lægeligt tjek.

Sundhedstjekket vil indeholde følgende test:

- Blodtryk
- Blodsukker
- Fedtprocent
- BMI

Sundhedstjekket varetages af sundhedsprofessionelle medarbejdere fra Forebyggelsesenheden, Allerød Kommune. Sundhedstjekket vil foregå, hvor borgerne befinder sig fx på arbejdspladsen, i boligforeningerne, et lokale i socialpsykiatrien mv.

## Ressourcer/tidsforbrug

Der vil blive nedsat et rejsehold bestående af to forebyggelseskonsulenter, der varetager sundhedstjek og livsstilsvejledning. Et sundhedstjek med efterfølgende vejledning vil tage ca. 15-20 min. pr. person. Rejseholdet vil kunne gennemføre 3-4 sundhedstjek pr. time.

## Kommunikationsstrategi

Mundtlig kommunikation

- Relevante virksomheder udvælges på Virk.dk. Virksomhederne kontaktes aktivt med en invitation til et sundhedstjek af deres medarbejdere. Virksomheden kontakter Forebyggelsesenheden, hvis de ønsker at tage imod tilbuddet. Tilbuddet er gældende i en tidsbegrænset periode.
- Der tages kontakt til formændene af boligforeningerne vedrørende accept af tilbuddet og lån af lokale. Der aftales datoer for kommende sundhedstjek i boligforeningen. Tilbuddet er gældende i en tidsbegrænset periode.
- Der tages kontakt til lederen af hjemmeplejen og de private leverandører. Medarbejdere informeres på ny om kommunens forebyggelsestilbud og der skabes en dialog om, hvilke borgere der kan henvises. Hjemmeplejen opfordres til at være opmærksom på borgere med livsstilssygdomme og kontakte kommunens forløbskoordinator, hvis der opstår tvivl
- Der etableres kontakt til lederen af socialpsykiatrien med henblik på at udvikle en samarbejdsmodel for tidlig opsporing af psykisk syge borgere med livsstilssygdomme

## Skriftlig kommunikation

- Informationskrivelse til virksomhederne
- Opslag til boligforeninger
- Informationsfolder til borgerne i boligforeningerne
- PR
- Sundhedshæfte til de testede borgere
- Informationskrivelse til praktiserende læger i Allerød Kommune

## Økonomi

Det estimeres at indsatsen vil koste 75.000 kr. i arbejdstimer (se bilag 1). Indsatsen kan dækkes af det eksisterende budget for patientforløb og forebyggelse, da der aktuelt er et mindre flow til patientforløb end forventet. Det betyder, at der i en tidsbegrænset periode kan frigives arbejdstid til tidlig opsporing af borgere med kronisk sygdom.

## Indkøb:

- Højdemåler
- Udstyr til blodsukker målinger

## Evaluering

### Monitorering:

- Antal virksomheder der tager imod tilbuddet, antal medarbejdere der har fået et sundhedstjek
- Antal borgere i boligforeningerne der har taget imod et sundhedstjek
- Antal borgere i risiko for udvikling af: type 2 diabetes, forhøjet blodtryk, overvægt

### Samarbejde:

- Samarbejds møder/maillkorrespondancer mellem projektparter efter hvert forløb

## Tidsplan

### 2014

Maj	Udarbejde projektbeskrivelse, dagsordenspunkt til SVU
Juni	Deltagelse på personalemøde i hjemmeplejen, indledende møde med socialpsykiatrien
Juli	Udarbejde strategi for indsats i socialpsykiatrien
Aug.	Dagsordenspunkt fremlægges for SVU

Sep.-nov.	Tidlig opsporing på virksomheder og/eller i boligforeninger
Dec.	Evaluering af indsats i virksomheder og/eller i boligforeninger

### 2015

Forår	Tidlig opsporing på virksomheder og/eller i boligforeninger Indsats i socialpsykiatrien
-------	--

## Bilag 1

### Tidlig opsporing, estimeret budget

	Personale	Timer	Timeløn	I alt
Udvikling, evaluering	Projektleder	50	284	14.200
Planlægning, koordinering, transport	Konsulenter	50	250	12.500
<b>Boligforeninger</b>				
Sundhedstjek, 1 dag (kl. 8-18) pr. forening				
Lillerød Boligforening	2 konsulenter	2x10	250	5.000
Lejerbo Boligselskab	2 konsulenter	2x10	250	5.000
Allerød DAB	2 konsulenter	2x10	250	5.000
<b>Virksomheder</b>				
Sundhedstjek, ca. 100 medarbejdere	2 konsulenter	2x50	250	25.000
<b>Hjemmeplejen</b>				
Informationsmøde	2 konsulenter	2x1	250	500
<b>Socialpsykiatrien</b>				
Sundhedstjek	2 konsulenter	2x15	250	7.500
Samlet budget				74.700

**Bilag: 7.1. Finanslov 2015 notat med temaer**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 38692/14

# NOTAT

## Finanslov 2015 Ældreområdet

I forbindelse med Aftale om Finanslov for 2014 blev der afsat 1 mia. kr. årligt til en pulje til et permanent løft af indsatsen på det kommunale ældreområde. For Allerød Kommune er beløbet 4,2 mio. kr./årligt. De afsatte midler udmøntes til kommunerne for ét år af gangen.

På baggrund af drøftelserne for ansøgningen til 2014, besluttede udvalget at få belyst følgende emner frem mod ansøgningen til beløbet for 2015.

### a. Overvejelser om rengøring

I den vedtagne kvalitetsstandard for praktisk hjælp er, det politisk vedtagne serviceniveau for rengøring, som hovedregel rengøring hver 2. uge.

I forhold overvejelse om en ændret praksis kan der være tale om at øge serviceniveauet eller ændre visitationskriterierne, så flere kan få hjælp til rengøring.

En ændring af praksis for rengøring bør ses i sammenhæng med hverdagsrehabiliteringsprojektet, og de implikationer der er indbygget i de indbyrdes forhold, idet at hensigten og formålet med hverdagsrehabilitering er en udvikling frem mod at flere kan klare sig selv, også i forhold til praktiske gøremål.

Det kan oplyses, at der i 2013 ikke har været klager over rengøring.

Den aktuelle pris/udgift for rengøring er 279 kr./time for den kommunale hjemmepleje og 366 kr./time for private leverandører, idet hjemmeplejens udgift alene udgør den konkrete lønudgift.

Hvis der fx skal tilbydes rengøring til alle visiterede borgere ugentligt vil der skønsmæssigt være tale om en fordobling af de aktuelle ca. 175 timer pr. uge. Den samlede merudgift skønnes hermed at være ca. 275.000 kr./år, med nugældende takster, og den kendte fordeling mellem privat/kommunal leverandør. Den umiddelbare pris/udgift for én borger, der modtager rengøring efter gældende standard er 14.500 kr./år. (kommunal hjemmehjælp), og 19.000 kr./år. (privat leverandør).

### b. Varmtvandsbassin

Etablering af et varmtvandsbassin er drøftet i forskellige fora de seneste år, herunder på udvalgets møde med Ældrerådet 1. februar 2013. Disse drøftelser har ikke ført til beslutning om etablering af et varmtvandsbassin.

Det er Forvaltningens vurdering, at udgiften til etablering og drift af et varmtvandsbassin er væsentligt højere end det beløb, der er afsat til kommunens andel af ældrepuljen. Derudover er det Forvaltningens vurdering, at etablering af varmtvandsbassin er meget usikkert i forhold til de kriterier der er udstukket for puljens anvendelse.

### c. Hospice

Etablering af et hospice er indgået i drøftelserne i forskellige fora de seneste år, herunder på udvalgets møde med Ældrerådet 1. februar 2013. Disse drøftelser har ikke ført til beslutning om etablering af et hospice i Allerød.

I byrådets konstituerings aftale fra 2013 fremgår:

## Allerød Kommune

### Ældre og Sundhed

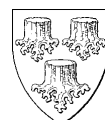
Allerød Rådhus  
Bjarkesvej 2  
3450 Allerød  
Tlf: 48 100 100  
kommunen@alleroed.dk  
www.alleroed.dk

Dato: 11. maj 2014

Sagsnr. 14/6034

Sagsbehandler:  
Lisbeth Pedersen

Direkte telefon: 48100201



*Etablering af et sundhedscenter i samarbejde med andre kommuner, og mulighed for etablering af et akutteam og/eller hospice i kommunen.*

Det er Forvaltningens vurdering, at udgiften til etablering og drift af et hospice er væsentligt højere end det beløb, der er afsat til kommunen andel af ældrepuljen.

#### d. Samarbejde med frivillige

Samarbejdet med frivillige på Ældreområdet er opdelt på to områder. Frivillige tilknyttede plejecentre i Allerød Kommune og frivillige foreninger med aktiviteter specielt rettede mod ældre bosiddende i Allerød Kommune.

Der er på nuværende tidspunkt tilknyttet frivillige besøgsvenner og frivillige til alle plejecentrene i Allerød Kommune. Røde Kors har aktiviteter på Skovvang og Mimosen. Lyngehus har en gruppe frivillige som fast forestår aktiviteter, ligesom der på Engholm er aktiviteter varetaget af frivillige og en støttegruppe. Samarbejdet er lokalt forankret og støttes via Allerød Kommunes afsatte pulje til støtte af det frivillige sociale arbejde efter servicelovens § 18.

For de hjemmeboende er der besøgsvenner som tilbyder besøg som organiseres af Ældre Sagen og Røde Kors, derudover er der flere øvrige foreninger med aktiviteter, som specifikt er målrettet ældre. Det er ofte aktiviteter som kræver et vist overskud og mulighed for selv at transportere sig til stedet for aktiviteterne. Der er blandt andet et velorganiseret tilbud omkring IT for seniorer Senior IT, en stor stavgangforening som primært har ældre borgere som målgruppe, en pensionistforening som forestår sociale aktiviteter, samt Ældremobiliseringen som forestår motionstilbud og tryghedsopkald og endelig Ældre Sagen, som driver en række forskellige tilbud, herunder motionstilbud. Samarbejdet med disse foreninger er i høj grad baseret på den støtte foreningerne søger og får tildelt via puljen til frivilligt socialt arbejde efter § 18 og generel udveksling af informationer med kommunens ældreområde.

Derudover er der en række foreninger som har ældre borgere som målgruppe, hvor aktiviteterne har omdrejningspunkt om kultur, fx kunst, sang og dans samt øvrige motionstilbud.

I Allerød Kommune er der på nuværende tidspunkt ikke afsat ressourcer til en organisering af samarbejdet med det frivillige foreningsliv generelt eller specifikt for Ældreområdet, men der er et indirekte samarbejde i forhold til støtte til lokaler for flere af de frivillige foreninger på ældreområdet, som blandt andet har aktiviteter som vil være en del af det af det nye aktivitetshus i Lillerød.

#### e. Mad/ernæring i et bredere perspektiv

I byrådets konstituerings aftale fra 2013 fremgår:

*Øget fokus på madservice på ældreområdet, herunder skærpet opmærksomhed overfor leverandøren, mere økologi i maden og efteruddannelse til personalet.*

På ældreområdet blev der i forhold til mad/ernæring, i 2013 oprettet et § 60 selskab i samarbejde med Frederikssund, Halsnæs og Hillerød Kommune.

§ 60 selskabet "MAD til hver DAG" er leverandør af mad til alle plejecentre og de hjemmeboende borgere, der er visiteret til madservice. I forhold til hjemmeboende borgere er madservice omfattet af frit valg, og foruden "MAD til hver DAG", er der godkendt en privat leverandør.

Ved etablering af "MAD til hver DAG" blev der i kommunen ansat en kostkonsulent, der primært er tilknyttet plejecentrene. Kostkonsulenten samarbejder, vejleder, rådgiver og kvalitetsudvikler kostområdet på plejecentrene i tæt samarbejde med de kostansvarlige på det enkelte center. Fx er der særligt fokus på småtspisende ældre.



I regi af forebyggelsespakkerne og senest også med ansøgningen af ældrepuljen 2014, er indsatsen på ernæring til hjemmeboende skærpet. Således er kostkonsulentens arbejde udvidet til at omfatte de hjemmeboende ældre, ligesom der er afsat øget tid i hjemmeplejen til at understøtte ernæringsindsatsen.

Der er gennemført brugertilfredshedsundersøgelser af "MAD til hver DAG" såvel på plejecentre og hos hjemmeboende i 2013. Disse vil blive gentaget i 2014. Generelt viste undersøgelserne god tilfredshed med madservicen.

I forhold til mere økologi er der aktuelt et projekt i gang i "MAD til hver DAG" for at få klarlagt muligheder og udgifter i forhold til at øge andelen af økologi, ligesom denne problemstilling også følges af selskabet bestyrelse.

#### f. Normeringer på plejecentre

Plejecentrene har ikke en fast normering, men tildeles lønmidler efter en model. Udarbejdet i 2011. Modellen indebærer at plejecentrene Lyngehus, Engholm og Skovvang i udgangspunktet har samme løntildeling pr. beboer. Mimosen er et specialplejecenter og har en højere løntildeling. Med den aktuelle models indførelse i 2011 var normeringen i plejecentrene ca. 0,9 ansat pr. beboer. Budgetterne tilpasses løbende ved politiske beslutninger som eksempelvis øget tildeling til midlertidige pladser på Engholm og ekstrastillinger i budgetforlig 2014.

Den konkrete normering vil, ud over de økonomiske rammer, afhænge af personalesammensætningen på det enkelte center.

Generelt er området præget af, at beboerne på plejecentrene er mere syge, har behov for mere pleje og omsorg og har flere og mere komplekse problemstillinger. Dette kræver større viden og kompetence, og det tager ofte længere tid at pleje og passe den enkelte borger. På nogle centre bor enkelte borgere, hvis behov i særlig grad er præget af deres situation, hvilket betyder, at der skal afsættes ressourcer ud over det gennemsnitlige tidsforbrug, for at leve op til kvalitetsstandarderne. Disse forhold presser kvaliteten, budgetterne og arbejdsmiljøet.

#### g. Velfærdsteknologi

Allerød Kommune anvender i vid udstrækning velfærdsteknologi på ældreområdet, idet en lang række opgaver forudsætter dette. Dette gælder fx for tværsektorielt samarbejde, dokumentation, kommunikation m.m.

I forhold til velfærdsteknologi til de borgerrettede løsninger er anvendelsen fortsat meget begrænset. Senest er der på baggrund af ældrepuljen 2014 indkøbt flere velfærdsteknologiske hjælpemidler til afprøvning og erfaringsdannelse.

Den fællesoffentlige strategi for Digital Velfærd blev præsenteret i september 2013. Her er en række bud på, hvordan velfærdsteknologi og digitalisering fremadrettet kan medvirke til at øge borgernes selvhjulpethed og samtidig frigive ressourcer. Regeringen og KL har i samarbejde med en række kommuner testet og afprøvet en række velfærdsteknologiske løsninger og udvalgt de fire teknologier, som vurderes at indeholde det største potentiale i forhold til frigivelse af økonomiske ressourcer.

De udvalgte teknologier er:

#### **1) Hjælp til løft (forflytningsteknologier)**

Tunge løft, som fører til fysisk nedslidning af de ansatte, og tidskrævende forflytninger, som stresser borgerne og skaber utryghed, har tidligere været dagligdag på mange plejecentre og i hjemmeplejen. Moderne liftsystemer – såkaldte forflytningsteknologier – kan afhjælpe nogle af disse udfordringer og gøre det muligt at gå fra to til én medarbejder hos nogle borgere





## **2) Vasketoiletter**

Vasketoiletter kan gøre enkelte borgere mere selvhjulpne og dermed uafhængige, eller reducere behovet for personlig hjælp og derved skabe en betydelig service- og produktivetsforbedring

## **3) Bedre brug af hjælpemidler**

Bedre brug af hjælpemidler handler om at gøre borgerne mere selvhjulpne ved at gøre dem mindre afhængige af personlig og praktisk hjælp. Allerede i forbindelse med visiteringen af ydelser til borgerne skal sagsbehandlerne være opmærksomme på om teknologiske hjælpemidler er en mulighed frem for at visitere til personlig støtte og pleje. Her er en væsentlig sammenhæng til arbejdet med hverdagsrehabilitering.

## **4) Spiserobotter i botilbud**

Mennesker med funktionsnedsættelser i arme og hænder er ofte ude af stand til at indtage et måltid uden hjælp. Det betyder, at den enkelte borgers oplevelse af måltidet er helt afhængig af, om medarbejderen forstår hvor hurtigt, hvor meget, og i hvilken rækkefølge borgeren ønsker at indtage maden fra sin tallerken og at medarbejderen har den tid, der skal til og at borgeren er motiveret for og forstår anvendelsen af en spiserobot.



**Bilag: 8.1. Demens notat til SVU 060814 - rev**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 48903/14

## NOTAT

### Fremtidige behov for demensboliger

For at sikre det bedst mulige beslutningsgrundlag for planlægningen af boligtilbud til borgere med demens i Allerød Kommune, har forvaltningen udarbejdet et notat på området.

Kommunen råder aktuelt over 24 demensboliger, der alle placeret på plejecenter Mimosen. På de øvrige plejecentre bor et antal demente, som det enten ikke har været muligt at tilbyde en bolig på Mimosen, som ikke har ønsket en demensbolig eller som har udviklet demens efter indflytning.

Det skønnes aktuelt, at ca. 45 af beboerne på de øvrige plejecentre har en demenssygdom eller en demenslignende tilstand, og at minimum 20 af disse kunne have gavn af en demensbolig.

Hertil kommer et stigende antal borgere, der er boende i eget hjem og som allerede nu og i de kommende år må forventes at have gavn af tilbud om en demensbolig.

### Demografi

Antallet og andel af ældre i Allerød Kommune er stigende. I 2003 var der 1.008 personer, som var 75 år eller derover, hvilket med et samlet befolkningstal i kommunen på 23.373 udgjorde 4,4 % af indbyggerne. Antallet af personer på 75 år eller derover var i 2013 steget til 1.662, hvilket udgør 6,9 % af det samlede befolkningstal på 24.071.

På baggrund af befolkningsprognosen forventes en stadig vækst i antallet af personer over 75 år. Konkret viser prognosen en vækst i antallet af borgere over 75 år i perioden 2014-2020 på ca. 45 %.

### Udvikling i antallet af demente

Nationalt Videncenter for demens beskriver, at risikoen for at udvikle demens stiger markant med alderen, og at der som følge af den højere gennemsnitlige levealder i Danmark, må der forventes en betydelig vækst i antallet af demente ældre i de kommende årtier. Således forventes antallet af borgere, der udvikler demens og dermed efterspørgslen af demensboliger også at stige i Allerød.

Nationalt Videncenters forventede udvikling af demens i takt med alder:

	Mænd (%)	Kvinder (%)
60-64 år	1,4	1,9
65-69 år	2,3	3,0
70-74 år	3,7	5,0
75-79 år	6,3	8,6
80-84 år	10,6	14,8
84-90 år	17,4	24,7
90 + år	33,4	48,3

Dato: 19. juni 2014

Sagsnr. 09/37048

Sagsbehandler:  
Lisbeth Pedersen

Direkte telefon: 48100201



#### Nationalt Videncenters fremskrivning af antallet af demente i Allerød Kommune:

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

Allerød Kommune havde primo 2014 kendskab til og kontakt med i alt 162 borgere med demens eller demenslignende symptomer. 70 af disse borgere bor på kommunens plejecentre, heraf 24 på Mimosen, mens de øvrige bor på kommunens andre plejecentre, og ca. 90 bor i eget hjem.

Det skal bemærkes, at forudsat at den estimerede forekomst af demens i Allerød Kommune afspejler det faktiske antal, har kommunen kun kendskab til ca. 43 % af disse. Dette indikerer, at antallet af borgere med demens i Allerød næppe følger den estimerede forekomst, der er beregnet på baggrund af statistisk materiale og diagnoseregistre. I den følgende tabel tages der derfor afsæt i at forekomsten i Allerød reelt svarer til 50 % af den estimerede forekomst.

#### Forekomst af demens i Allerød Kommune, ca. 50 % af den estimerede forekomst:

2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
-	195	237	284	333	373	397

Forudsat at behovet for demensbolig fortsat udgør samme andel af de demente (27 %), som i dag, kan behovet for antal pladser opgøres til:

2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
-	53	64	77	90	101	107

Som en del af behovet for boliger til demente efterspørges muligheder for at rumme fronto-temporalt skadede borgere, der er demente borgere, men med en udfareagerende adfærd og en væsentlig fysisk aktivitet.

Denne gruppe borgere skaber ofte svær uro, og har behov for særlige rammer, personalekompetencer og normering. Der anbefales derfor, at behovet for boliger til denne type demente indarbejdes i den fremtidige boligløsning for demente.

For den andel af demente borgere, der bor i eget hjem, er såvel aktivitetstilbud som aflastning af de pårørende et velkendt behov. Disse tilbud kan være med til at understøtte, at den demente kan blive længere i eget hjem. Det anbefales derfor, at der i en fremtidig løsning for demente indarbejdes vurdering af mulighederne for at indrette såvel aktivitetstilbud som dag-og/eller nataflastning.

#### **Ventetid til boliger til demente**

Aktuelt har Allerød Kommune 24 boliger til demente, der alle er placeret på kommunens demensplejecenter Mimosen. Der er fortsat et øget og tiltagende behov for plejeboliger til demente, og der er venteliste til Mimosen.

Aktuelt, medio juni 2014, venter 6 godkendte borgere på en demensbolig.

Demensboliger søges både af hjemmeboende borgere og af borgere på midlertidig plads, som ikke kan komme hjem. Derudover søges Mimosen af borgere, der aktuelt bor på andre plejecentre i Allerød Kommune eller anden kommune, hvis de ikke længere kan passes forsvarligt i nuværende plejebolig.

#### **Indretning af demensboliger**

Egnede boliger til demente er boliger med rammer og rum, der hænger sammen, og hvor der er mulighed for afskærmning og privat indretning. Boligerne må være i umiddelbart nærhed til fællesarealer og personalekontakt, ligesom der bør være adgang til haveanlæg.



Ved indretning af boliger til demente borgere skal der være fokus på farvevalg, lys, støj, samt afmærkninger med billeder og piktogrammer. Endelig skal der lægges særlig vægt på sikkerhedsforanstaltninger for at øge sikkerheden for beboerne og mindske magtanvendelse.

Hverken Lyngehus, Skovvang eller toværelses-boligerne på Engholm, kan som de er indrettet aktuelt anses for at være egnede rammer for demente borgere.

### **Konklusion/anbefaling**

På baggrund af fremskrivning af forekomsten og konkret antal af borgere, der er godkendt til og venter på en demensbolig i Allerød, anbefaler forvaltningen:

A) at der snarest muligt etableres minimum 10 nye demenspladser i eksisterende bygningsmasse fx Engholm, evt. som en midlertidig løsning. Disse pladser placeres organisatorisk som en del af Mimosen for at sikre stordriftsfordele, kvalitet, kompetencer, rekruttering, fælles ledelse og fleksibilitet. Dog vil der være ulemper i form af vagtdækning, transport m.m., når en virksomhed er fordelt på to adresser. Etableringen af disse pladser vil sikre bedre tilbud til de demente borgere, der venter på en bolig, medvirke til stærkere faglige kompetencer og mindre pres på de midlertidige pladser samt mere personale trivsel. Derudover kan det give en midlertidig udnyttelse af de tomme boliger på grøn gang på Engholm. Det vurderes, at der er et mindre behov for at tilpasse arealet til den nye målgruppe, hvilket vil skulle aftales med boligorganisationen såfremt denne løsning vælges.

B) at der etableres ca. 40 nye demensboliger, hvori der er indeholdt 2 pladser til særlig udadreagerende demente, et aktivitetstilbud samt aflastningstilbud. De 40 boliger organiseres som en selvstændig virksomhed eller placeres organisatorisk som en del af Mimosen. Det vil sikre bedre tilbud til de demente borgerem, der venter på en bolig, medvirke til stærkere faglige kompetencer og mindre pres på de midlertidige pladser. Det kan give højere personale trivsel.

eller

C) at der opføres ca. 65 nye demensboliger, hvori der er indeholdt 2 pladser til særlig udadreagerende demente, et aktivitetstilbud samt aflastningstilbud, idet at disse organiseres som en selvstændig virksomhed. Mimosen forventes at kunne integreres i denne virksomhed og Mimosen nedlægges. En enhed på 65 boliger vurderes at give en mere effektiv og rationel drift på grund af virksomhedens størrelse og kan samtidig sikre en løsning i fremtiden på baggrund af den forventede udvikling af demens. Det vil på sigt sikre bedre tilbud til de demente borgere give mulighed for stærkere faglige kompetencer. Mindre pres på midlertidige pladser og bedre personale trivsel.

Konkret anbefaler Forvaltningen, at der åbnes 10 pladser på Engholm "grøn gang" i 2015, og at disse bevares indtil de 40 – 65 nye pladser kan åbnes.

Til denne løsning vil der være udgifter til ændring af det bestående areal, så det kan anvendes til demente beboere fx sikring af inde- og udearealer, møbler m.m.

At arbejdet og processen med at åbne 40 – 65 nye pladser startes i Forvaltningen, idet det planlægges at kunne fremlægge et konkret forslag med mål og tidsplan primo 2015.

Følgende placeringer vil indgå i sagen i forhold til vurdering af fysisk placering af fremtidige plejeboliger til demente:



- Tilbygning til Skovvang med demensboliger
- Tilbygning ved Mimosen
- Ombygning af Engholm, plejeboligerne til demensboliger.
- Ny bygning til et helt nyt demenscenter

På denne baggrund vil sagen blive suppleret af notat fra Plan og Byg med forslag til konkret placering af henholdsvis 40 og 65 nye plejeboliger. Notatet forventes at foreligge primo august 2014.

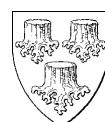
## **Økonomi**

### Anbefaling A

Indflytningsklargøring/rammer ca. 1.000.000 kr. (engangsudgift)  
Estimeret driftsudgift ca. 5.500.000 kr./år  
Estimeret besparelse hjemmeboende borgere ca. 3.000.000 kr./år  
Sparet tomgangsleje ca. 900.000 kr./år

### Anbefaling B og C

Estimeret driftsudgift pr. demensplads (serviceramme) ca. kr./år/beboer 550.000  
kr./år/beboer  
Forventet anlægsudgift alt inkl. ikke estimeret  
Estimeret besparelse pr. hjemmeboende borgere fra Allerød ca. 300.000  
kr./år/beboer



**Bilag: 8.2. Forslag til placering af demensboliger og eller ældreboliger**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 60420/14

# NOTAT

## Forslag til placering af demensboliger og/eller ældreboliger

Ældre og Sundhed har i notat af 10. juni 2014 beskrevet det fremtidige behov for demensboliger.

Plan og Byg beskriver i dette notat forslag til mulige placeringer, idet der tages udgangspunkt i Ældre og Sundheds notat – afsnittet Konklusion/anbefaling.

### 1. Snarest mulig etablering af 10 – 20 nye demenspladser – evt. organiseret som en del af Mimosen

Forvaltningen foreslår, at det undersøges nærmere, om det er muligt at gennemføre en om- og tilbygning til Mimosen.

Foreløbige skitser indikerer, at der kan gennemføres en udbygning med 8 – 16 boliger.

Mimosen er omfattet af lokalplan nr. 275 for et boligområde nord for Hammersholt Byvej.

Lokalplanområdet indeholder dels private rækkehuse, dels Mimosen og endelig et tredje delområde nærmest jernbanen til fælles grønning., som ejes af Allerød Kommune.

Bebyggelsens omfang og placering er i lokalplanen fastlagt ved byggefelter. En eventuel om- og tilbygning ved Mimosen vil derfor forudsætte udarbejdelse og vedtagelse af ny lokalplan.

Af hensyn til støj fra jernbanen og miljøpåvirkninger fra Borupgård skal boligbebyggelse holdes 60 meter fra jernbanen sammenfaldende med 100 meter fra erhvervsområdet.

Boligerne på Mimosen er opført efter reglerne i ældreboligloven og ejes af AAB og administreres af DAB.

En eventuel udbygning på Mimosens ejendom vil betyde, at Allerød Kommune skal finansiere grundkapitalindsud til Landsbyggefonden.

Ved en udbygning på den tilstødende grønning forventes det, at grundkøbesummen kan dække kommunens grundkapitalindsud til denne del af byggeriet.

På nedenstående kort er illustreret en eventuel mulig om- og tilbygning til Mimosen.

Ved flytning af personale-/administrationsbygningen til den nordlige del af bebyggelsen kan der blive plads til 8 nye boliger i det sydøstlige hjørne af bebyggelsen. Dertil kan der ved inddragelse af en mindre del af denne fælles

Dato: 15. juli 2014

Sagsnr. 14/11243

Sagsbehandler:  
Poul Rasmussen





grønning tilbygges yderligere 8 boliger imod nord. Endvidere skal der etableres ny parkeringspladser i en del af grønningen.

Der er ikke foretaget en økonomisk vurdering af forslaget.



## 2. Etablering af 40 demensboliger ved Plejecenter Skovvang

Syd for Plejecenter Skovvang ejer Allerød Kommune et areal på cirka 8.870 kvadratmeter.

Arealet er omfattet af lokalplan nr. 2-303 for plejeboliger ved Poppelvej. Arealet er omfattet af henholdsvis lokalplanens delområde B til bolig og erhverv og delområde C til alment grønt område, som ikke må bebygges.

I delområde B er der udlagt to byggefelter, hvor det ene felt kan bebygges med et samlet etageareal på 3.100 kvadratmeter og det andet byggefelt med et etageareal på 1.500 kvadratmeter.

Ved en gennemsnitlig boligstørrelse på 65 kvadratmeter inklusiv fælles- og servicearealer kan der således opføres cirka 45 boliger indenfor det største byggefelt.



Såfremt det overlades et alment boligselskab at opføre boligerne, kan kommunens grundkapitalindskud til Landsbyggefonden formentlig dækkes af grundkøbesummen.

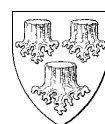
Ovennævnte byggefelter er vist på nedenstående illustration.



### **3. Etablering af 65 demensboliger i nyt demenscenter**

Økonomiudvalget besluttede den 8. april 2014 som opfølgning på "Politisk aftale for Allerød Byråd efter kommunalvalget den 19. november 2013", at der skal arbejdes videre med et forslag til opførelse af et antal almene boliger på et areal syd for Sortemosevej.

Arealet er i Allerød Kommuneplan 2013 – 2025 udlagt til byudviklingsområde med henblik på anvendelse til blandet bolig og erhverv. Området rummer en tømmerhandel/byggemarked, men er for størstedelen agerland, som ejes af Allerød Kommune og bortforpagtes.



Området er stærkt kuperet og afgrænses mod syd af en mindre skov, mod øst af Blovstrød Teglværksvej, mod nord af Sortemosevej og mod vest af jernbanen.

Eventuel lokalisering af plejecenter bør ses i sammenhæng med planlægningen af den almene boligbebyggelse.

Området og placering af bebyggelserne er vist på nedenstående illustration.



### **Om grundkapitalinds kud**

Ved opførelse almene boliger skal kommunen indbetale et grundkapitalinds kud til Landsbyggefonden.

Indskuddet er nedsat fra 14% til 10% af byggeriets samlede anskaffelsessum.

Den midlertidige nedsættelse gælder for alle projekter, som har opnået skema A tilsagn til og med 31. december 2016.



**Bilag: 9.1. Strukturanalyse Ældre og Sundhedsområdet, udvalgets  
prioriteringer.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 48901/14

# NOTAT

## Allerød Kommune

### Ældre og Sundhed

Allerød Rådhus  
Bjarkesvej 2  
3450 Allerød  
Tlf: 48 100 100  
kommunen@alleroed.dk  
www.alleroed.dk

### Strukturanalyse Ældre og Sundhed opfølgning

Forvaltningen har opdateret gennemgang og anbefalinger i forhold til konklusioner fra strukturanalysen på ældre- og sundhedsområdet.

Opdateringen skal ses på baggrund af Sundheds- og Velfærdsudvalgets prioritering af konklusioner fra strukturanalysen på ældre- og sundhedsområdet.

Udvalget har på mødet d. 28. maj 2014 prioriteret følgende områder:

- Organisatorisk placering af hjemmesygeplejen
- Organisatorisk placering af midlertidige pladser og evt. akutpladser
- Udnyttelse af terapeut-kompetencer
- Fokus på ledelse
- Dokumentationsarbejdet

Udvalget desuden ønsker at følge de generelle analyser af vikarforbrug og sygefravær.

Forvaltningen foreslår:

- at konklusioner og anbefalinger vedrørende organisatorisk placering ses samlet og i sammenhæng med de kommende udfordringer på sundhedsområdet i forhold til et styrket borgernært sundhedsvæsen, samt indholdet af sundhedsaftale III.

Der bør derfor være fokus på faglighed og kompetencer, kvalitet, forløb og effektivitet, rekruttering og fastholdelse.

Det anbefales, at der afsættes ressourcer til at gennemføre de konkrete undersøgelser og indsamle erfaringer med de bedst mulige løsninger, og at der afsættes tilstrækkelig tid til processen, for at sikre, at beslutningsgrundlaget for den fremtidige organisering bliver det bedst mulige.

- at konklusioner og anbefalingerne vedrørende terapeutressourcer ses i sammenhæng med den øvrige organisation, idet træning og rehabilitering er en forudsætning i forhold til de kommende udfordringer i balancen mellem forebyggelse, forbrug og demografi.

Det anbefales, at der afsættes ressourcer til at gennemføre konkrete undersøgelser og vurderinger af terapeuternes organisering, opgaver og tidsforbrug for at sikre en effektiv og bred indsats på området, - samt integration af terapeuternes indsatser på tværs af ældre- og sundhedsområdet.

Dato: 19. juni 2014

Sagsnr. 13/18873

Sagsbehandler:  
Lisbeth Pedersen/Randi Køhler

Direkte telefon: 48 100 201



- at fokus på ledelse fortsat er et centralt tema i ledergruppen og i det udviklingsarbejde, der er en forudsætning for det borgernære sundhedsvæsen.

Det anbefales, at der arbejdes målrettet med ledelsesbegrebet og konkretisering af ledelsesopgaver på baggrund af kommunens ledelsesgrundlag.

- at dokumentationsarbejdet revurderes og optimeres på baggrund af konkrete krav om dokumentation. At der skabes fokus på muligheden for sammenhænge og genbrug af data, og fælles dokumentationspraksis for den enkelte borger.

Det anbefales, at der arbejdes med udvikling af standarder, der kan effektivisere dokumentationsopgaven med henblik på at frigøre ressourcer. Der bør i arbejdet inddrages inspiration fra andre kommuner i forhold til krav og metode.

Der bør være fokus på krav til dokumentation frem mod udbud af det elektroniske omsorgssystem, og integration af dokumentationssproget Fælles Sprog 3, som er obligatorisk for kommunerne fra 2017.

- at de generelle analyser af vikarforbrug og sygefravær følges.

#### Konkret anbefaler forvaltningen at:

1) der afsættes et årsværk til at varetage det videre arbejde med de prioriterede konklusioner og anbefalinger fra strukturrapporten

2) at der udarbejdes en beskrivelse af processen med mål, succeskriterier og tidsplan

3) at de umiddelbare tilgængelige indsatser og diverse former for forarbejde til processen startes snarest muligt, og at ressourcer til det afsatte årsværk anvendes til at ansætte en udviklingskonsulent i et år

4) at finansieringen af det foreslåede årsværk afsættes i Forvaltningens budget for 2015, idet indsatsen forventes at kunne bidrage til at høste effektiviseringsgevinster i 2016-2018 og forventes at fremme det gode patientforløb, forebyggelse af indlæggelser og udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen.



**Bilag: 10.1. SVU effektiviseringskatalog.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 40321/14

Beløb i hele kr. i 2014 priser + = merudgifter, - = mindreudgifter

Effektiviseringskatalog er senest revideret den 14.5.14

Effektiviseringstiltag	Konsekvens	Udvalg	Afdeling/stab	2015	2016	2017	2018
Hjemtage borgere fra andre kommuner	Der hjemtages voksne handicappede borgere fra andre kommuner til Lyngehus	SVU	Borgerservice	-800.000	-800.000	-800.000	-800.000
Ungdomsuddannelse for unge med særlige behov	Tilbuddet er justeret	SVU	Borgerservice	-647.000	-647.000	-647.000	-647.000
Lifte - hjemmeplejen	Hjemmeplejen kan ved en investering hos ca. 4 borgere opnås en driftsbesparelse ved mobile lifte. Derved undgås at borgeren skal have 2 hjemmehjælpere til opgaven. Der forudsættes en investering i 2015 på 100.000 kr.	SVU	Ældre og Sundhed	-900.000	-1.000.000	-1.000.000	-1.000.000
Ældreråd - reduktion i antal medlemmer	Ældrerådet har i dag 9 medlemmer (og 9 suppleanter) Det er et lovkrav, at der er mindst 5 medlemmer i ældrerådet, og et tilsvarende antal suppleanter, jf. retssikkerhedslovens § 30, stk. 2. Ved en nedsættelse af antallet af medlemmer i ældrerådet er der mulighed for besparelse i udgifter til diæter, forplejning, kurser og administrations ud-gifter: • Ved 5 medlemmer skønnes det, at der er en besparelse på ca. 28.000 kr. • Ved 7 medlemmer skønnes det at der er en besparelse på ca. 14.000 kr.	SVU	Sekretariatet	0	0	0	-28.000

<b>Effektiviseringspotentiale i alt</b>	<b>-2.347.000</b>	<b>-2.447.000</b>	<b>-2.447.000</b>	<b>-2.475.000</b>
---	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------



**Bilag: 11.1. Budgetanalyse - benchmark social område**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 59179/14

## NOTAT

### Benchmarking på det sociale område

I budgetforliget for 2014 – 2017 indgår, at der skal gennemføres en analyse i form af en benchmarking af de sociale udgifter på børne- og voksenområdet sammenlignet med andre kommuner.

På baggrund heraf har Forvaltningen udarbejdet analyse der beskriver Allerød Kommunes udgifter i forhold til 5 andre kommuner som er sammenlignelige i forhold til størrelse, befolkningssammensætning mm. Analysen indeholder de væsentligste udgifter på både børn-, unge og voksenområdet. Analysen tager afsæt i offentligt tilgængelige oplysninger, eksempelvis Danmarks statistik, KORA (eco-nøgletal), Indenrigsministeriet og KL. Med mindre andet er angivet i notatet er data til og med 2013 regnskabstal, mens oplysningerne for 2014 er budgettal.

#### *Forbehold for anvendelsen af nøgletal*

Nøgletal beskæftiger sig alene med målelige størrelser, og dette vil i vid udstrækning sige økonomiske forhold. Bruger en kommune således flere ressourcer på et sektorområde end kommuner med tilsvarende udgiftsbehov, siger dette ikke i sig selv noget om, hvad pengene bliver brugt til, og om de bliver brugt optimalt. Anvendes der flere penge på et område i en kommune, kan det altså både være et udtryk for et højere serviceniveau og/eller en lavere effektivitet.

Sidst men ikke mindst siger økonomiske nøgletal ikke noget om, hvordan borgerne opfatter den service, som de får fra kommunen. Det er ikke givet, at et højt serviceniveau automatisk vil føre til en god kvalitet i servicen, ligesom det ikke er givet, at brugerne vil opleve servicen som udtryk for et højt serviceniveau. Nøgletallene skal derfor tages med et forbehold og kan derfor primært anvendes til at udpege områder der er relevante for supplerende og mere tilbundsående analyser. Derudover skal det bemærkes, at nøgletallene kan være udtryk for forskellige konteringspraksis kommunerne i mellem.

#### **Socioøkonomisk indeks**

Nøgletallet måler kommunens relative udgiftsbehov i forhold til andre kommuner på basis af en række socioøkonomiske kriterier, der indgår med forskellig vægt i beregningen. Det er kriterier som f.eks. 'Antal 20-59-årige uden beskæftigelse' og 'Antal psykiatriske patienter'. Den præcise definition kan findes i Økonomi- og Indenrigsministeriets publikation 'Kommunal Udligning og Generelle Tilskud 2008', side 40. En værdi over 1 betyder, at kommunen har et større udgiftsbehov relativt til gennemsnittet af kommunerne, imens en værdi lavere end 1 betyder et lavere udgiftsbehov relativt til gennemsnittet.

## Allerød Kommune

### Sekretariat

Allerød Rådhus

Bjarkesvej 2

3450 Allerød

Tlf: 48 100 100  
kommunen@alleroed.dk  
www.alleroed.dk

Dato: 23. juni 2014

Sagsbehandler:  
mitt

Direkte telefon: 313



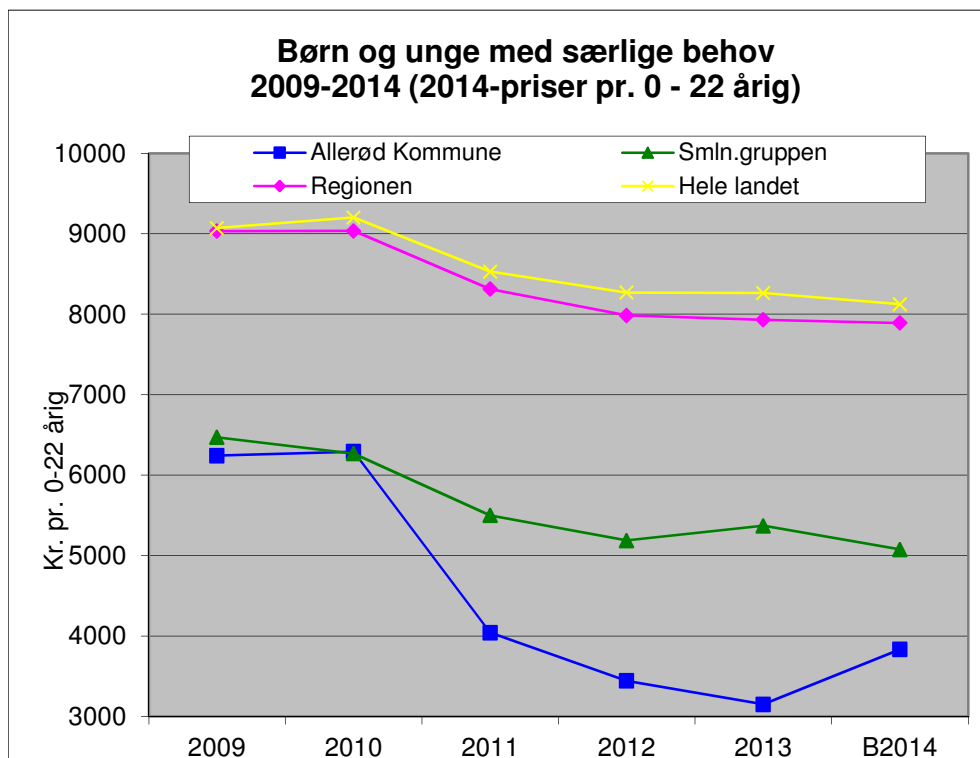
Socioøkonomisk indeks	2011	2012	2013
Furesø Kommune	0,76	0,78	0,81
Allerød Kommune	0,47	0,47	0,52
Fredensborg Kommune	0,9	0,9	0,9
Hillerød Kommune	0,7	0,71	0,76
Hørsholm Kommune	0,66	0,66	0,68
Rudersdal Kommune	0,71	0,71	0,69
Gennemsnit	0,72	0,72	0,74

Som det fremgår af tabellen er Allerød Kommunes socioøkonomiske indeks under niveauet for nabokommuner. Indekset har været marginalt stigende i perioden 2011 – 2013, så den i 2013 er på 0,52 pct., hvilket er landets laveste. Til sammenligning har Gentofte Kommune landets næstlaveste indeks på 0,67. Allerød Kommunes beregnede udgiftsniveau er dermed på knap halvdelen af landet under ét.

### Børn og Unge med særlige behov – udgiftsniveau 2009 - 2014

Kendetegnende for kommuner i sammenligningsgruppen er, at både udgiftsbehovet og ressourcepresset er lavt.

Følgende kommuner indgår i sammenligningsgruppen: Dragør, Gentofte, Solrød, Hørsholm, Lyngby-Taarbæk, Egedal, Rudersdal, Frederiksberg, Vallensbæk og Lejre Kommune.



Som det fremgår af kurven er de samlede udgifter til børn og unge faldet markant i Allerød Kommune i perioden 2010 til 2013. Udgifterne er således faldet fra 6.292 kr. pr. 0 - 22 årig indbygger i 2010 til 3.150 kr. i 2013.



Ændringen svarer til et fald i udgifterne på 50 %.

Sammenligningsgruppen har i samme periode haft et fald på 14 %, mens landet under ét har haft et fald i udgifterne på 10 %.

I budget 2014 er der i forbindelse med oprindeligt budget budgetteret med en stigning på de samlede udgifter på børn- og ungeområdet. Dette er fastholdt i forbindelse med 1. forventet regnskab, som blev behandlet i Økonomiudvalget den 13. maj 2014. Stigningen skyldes primært forbrug til mor/barn anbringelser, hvor der i de foregående to år ikke har været forbrug.

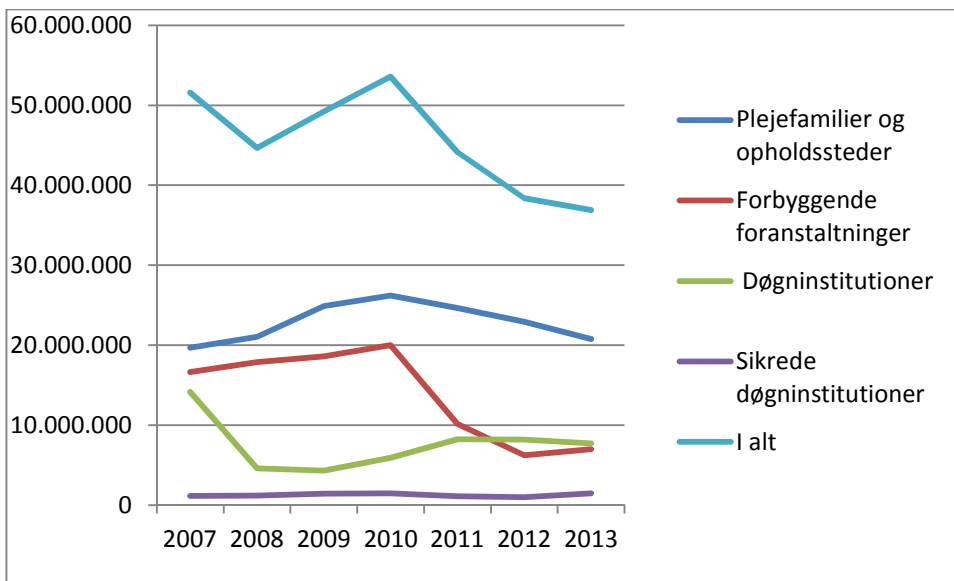
I nedenstående tabel er der en sammenligning af Allerød Kommunes udgifter på funktionerne plejefamilier, opholdssteder, forebyggende foranstaltninger samt døgninstitutioner m.v. for børn og unge med de omkringliggende kommuner. Oplysningerne er baseret på nøgletal fra Økonomi- og Indenrigsministeriet og er opgjort i udgifterne kr. pr. 0 – 17 årig.

Bruttodrifts-udgifter i kr. pr. 0-17-årig	R 2011	R 2012	R 2013	B 2014	Vægtet R 2013 / socio-økonomisk indeks
Furesø	9.046	8.117	7.956	8.102	9.822
Allerød	7.517	6.596	6.182	6.679	11.888
Fredensborg	19.381	19.676	19.490	20.357	21.656
Hillerød	10.990	12.061	11.751	12.228	15.462
Hørsholm	6.394	6.779	7.554	7.498	11.109
Rudersdal	10.980	10.979	11.155	9.256	16.167
Gennemsnit	11.225	11.281	11.211	11.077	14.967

I sidste kolonne er udgifter korrigeret i forhold til kommunes socioøkonomiske indeks. Som det fremgår ligger Allerød kommunes udgifter til børn og unge med særlige behov på niveau eller under nabokommuner, når der korrigeres for socioøkonomiske forhold.

Det følgende diagram viser udviklingen på de væsentligste udgiftsområder på området for børn- og unge med særlige behov. Som det fremgår af kurven har der været et fald i de samlede udgifter fra 53,5 mio. kr. i 2010 til 36,9 mio. kr. i 2013 – et samlet fald på 16,6 mio. kr. i løbet af 3- 4 år.





Som det fremgår, er faldet i udgifterne i perioden 2010 – 2013 primært sket på forebyggende foranstaltninger, samt i mindre omfang plejefamilier og opholdssteder, mens udgifterne til døgninstitutioner i perioden 2010 – 2013 har været svagt stigende. Udgifterne til sikrede institutioner, der er delvist objektivt finansierede, er uændrede i perioden 2007 – 2013.

En af de væsentligste forklaringer på faldet i udgifterne til forebyggende indsats er etablering af gruppeordningen og nedlæggelsen af Lyngehus børnehave og skole. I den forbindelse blev en væsentlig del af del af budgettet fra Lyngehus flyttet til gruppeordningen og dermed til det almindelige skolebudget. Kun i det omfang børnene ikke kan rummes i gruppeordningen, og som følge heraf har behov for en dagbehandlingsplads i henhold til serviceloven, vil det påvirke udgiftsniveauet på børn- og unge med særlige behov. Udgifterne til dagbehandlingen skønnes til ca. 4 mio. kr. i 2014, hvoraf kun de 2 mio. som udgør behandlingsdelen indgår i ovennævnte opgørelse.

#### *Antal børn og unge fordelt på anbringelsestype*

Nedenstående oversigt viser antallet af anbragte børn og unge i perioden 2009 - 2012. Det samlede antal varierer fra 38 i 2009 til 52 i 2011. Der foreligger på nuværende tidspunkt ikke endelige oplysninger for 2013. Selvom udgifterne til plejefamilier og opholdssteder har været faldende i perioden har antallet af anbringelser været svagt stigende, hvilket indikerer et fald i udgifterne til de enkelte anbringelser.

Som det fremgår af oversigten er antallet af anbringelser jævnt fordelt over årene. Anbringelse på socialpædagogisk opholdssted, værksteds- eller produktionsskole, mini-institution udgør knap halvdelen af samtlige anbringelser hen over årene.



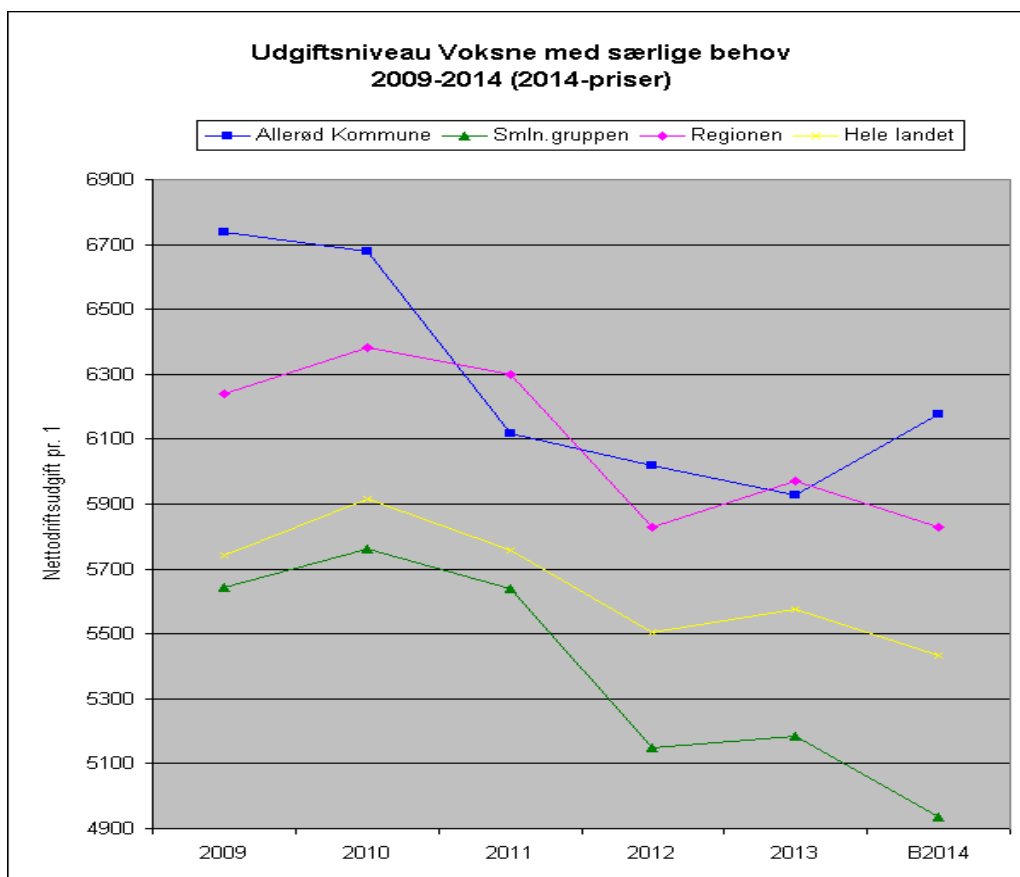
Anbringelsestype	2009	2010	2011	2012
Slægtsanbringelse	0	0	1	1
Almindelig plejefamilie	6	5	8	10
Døgninstitution, sikret afdeling	1	0	0	0
Døgninstitution, anden afdeling	3	10	11	7
Akutinstitution	3	3	3	2
Socialpædagogisk opholdssted	20	21	20	19
Kost-, ungdoms-, efterskole	1	1	1	0
Eget værelse eller lignende	2	3	5	5
Uoplyst	2	2	3	3
<b>I alt</b>	<b>38</b>	<b>45</b>	<b>52</b>	<b>47</b>

Det skal bemærkes, at oplysningerne er baseret på et forløbsregister som opdateres årligt og tallene for de seneste tre år derfor kan ændres ved en efterfølgende opdatering.

### Udgifter til foranstaltninger for voksne

Allerød Kommune er i lighed med på området for børn- og unge på voksenområdet placeret i sammenligningsgruppe med Dragør, Gentofte, Solrød, Hørsholm, Lyngby-Taarbæk, Egedal, Rudersdal, Frederiksberg, Vallensbæk og Lejre Kommune. Kendetegnenende for kommuner i sammenligningsgruppen er at både udgiftsbehovet og ressourcetryk er lavt.

I nedenstående oversigt er opgjort det samlede udgiftsniveau på området Voksne med særlige behov i forhold til antallet af 18 – 64 årige i kommunen. Udgifterne vedrører blandt andet botilbud, kontaktperson- og ledsageordning samt tilskud til ansættelse af hjælpere. Data til og med 2013 er regnskabstal, mens oplysninger for 2014 er budgettal.



Som det fremgår af ovenstående kurve er det samlede udgiftsniveau til voksne med særlige behov faldet i perioden fra 2009 til og med regnskab 2013. Dette gælder for Allerød Kommune, sammenligningskommunerne og landet under et. Mens de samlede udgifter i perioden 2009 og 2010 i Allerød Kommune var over niveauet for hovedstadsregionen, er udgifterne i perioden 2011 - 2014 været på niveau med kommunerne i hovedstadsregionen. Som det fremgår af diagrammet er udgiftsniveauet i Allerød Kommune i hele perioden 2009 – 2014 over både sammenligningsgruppen og hele landet.

Oversigten viser dermed en generel udfordring på voksenområdet for hovedstadsområdet under et. I perioden 2010-2013 har kommunerne i hovedstadsregionen på trods af en mindre stigning i 2013 nedbragt udgifterne med 0,4 pct. i forhold til 2010. På landsplan er de samlede udgifter omvendt blevet nedbragt med 4,1 pct. i samme periode. Faldet i udgifterne har således været større i de øvrige regioner sammenlignet med i hovedstaden.

I budget 2014 er der i forbindelse med oprindeligt budget budgetteret med en stigning på de samlede udgifter i Allerød Kommune. Dette er fastholdt i forbindelse med 1. forventet regnskab, som blev behandlet i Økonomiudvalget den 13. maj 2014. Stigningen ses fortrinsvis indenfor botilbudsområdet og hjælperordninger og skyldes 3 dyre børnesager som er overgået til voksenforanstaltninger, samt særtakster på 2 voksensager. Der forventes dog mindreforbrug ved næste forventede regnskab pga. dødsfald samt ændring i et dyrt tilbud.

I nedenstående oversigt er udgiftsniveauet opdelt i forhold til de enkelte grupperinger.

	Allerød Kommune	Smnl. gruppen	Region Hovedst.	Hele landet
Rådgivning og rådgivningsinstitutioner	193	181	173	190
Botilbud	21	63	86	112
Alkoholbehandling og behandlingshjem	86	100	112	77
Behandling af stofmisbrugere	81	124	212	194
Botilbud til længerevarende ophold	3049	1946	2232	1781
Botilbud til midlertidigt ophold	562	955	1027	932
Kontaktperson- og ledsagerordninger	446	156	116	94
Beskyttet beskæftigelse	322	227	268	229
Aktivitets- og samværstilbud	461	515	652	541
<b>I alt ekskl. indtægter fra CRO</b>	<b>5221</b>	<b>4267</b>	<b>4877</b>	<b>4151</b>
Indtægter fra den centrale refusionsordning	-244	-177	-187	-129
<b>I alt kr. pr. 18+ årig</b>	<b>4977</b>	<b>4090</b>	<b>4690</b>	<b>4023</b>
Voksne med særlige behov, inkl. socialområde på Hfk 5.32 kr. pr. 18+ årig	5853	5118	5896	5503
Udgiftsniveau, indeks	106,4	93,0	107,1	100,0
Beregnet udgiftsbehov (2011), indeks	91,2	95,0	102,5	100,0
Udgiftsniveau kor. for udgiftsbehov, indeks	116,6	98,0	104,3	100,0

Som det fremgår af oversigten er det primært på området Botilbud til længerevarende ophold og kontaktperson og ledsagerordning, at Allerød



Kommune ligger over niveauet i sammenligningskommunerne og landsgennemsnittet.

Dette skyldes primært, at budgettet i virksomheden Allerød Bo og Støtte fejlagtigt har været samlet på længerevarende botilbud i stedet for at være fordelt mellem længerevarende (Skovbo) og midlertidige (Solvænget). Dette forklarer samtidig, hvorfor Allerød ligger væsentlig lavere end sammenligningskommunerne på midlertidige botilbud. Økonomi er ved at udrede om den store forskel på kontaktperson og ledsagerordninger skyldes at Socialpsykiatrien konteres her og konteres på anden konto i andre kommuner. Allerød Kommune har relativt få bevillinger på området, så udfaldet kan ikke alene være begrundet på den baggrund. På de øvrige områder ligger Allerød på niveau med sammenligningskommunerne.

Som det fremgår nederst af oversigten er det indekserede udgiftsniveau for Allerød Kommune for regnskab 2013 106,4, mens det beregnede udgiftsbehov ifølge ECO-nøgletal er fastsat til 91,2. Det faktiske udgiftsniveau sammenholdt med det beregnede udgiftsbehov er dermed for Allerød Kommune 116,6.

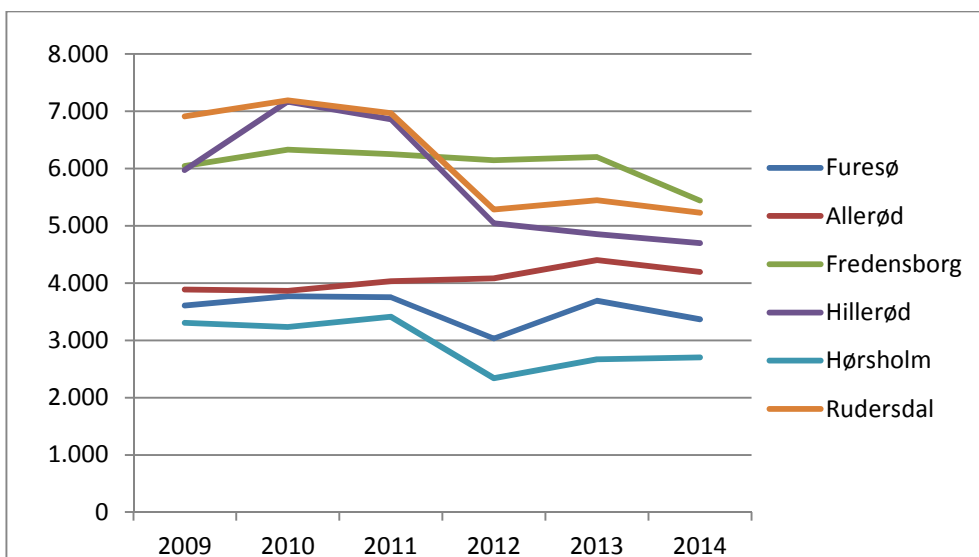
Det er ikke muligt, at trække oplysninger fra Danmarks statistik eller andre centrale databaser vedr. udgiftsniveauet fordelt på de enkelte områder og kommuner på voksenområdet. Undtaget herfra er en samlet opgørelse af udgifterne til botilbud, kontaktperson- og ledsageordning samt tilskud til ansættelse af hjælpere til personer med *nedsat funktionsevne*. I nedenstående tabel er opgørelse af Allerød Kommunes udgifter sammenlignet med de omkringliggende kommuner. Oplysningerne er baseret på nøgletal fra Økonomi- og Indenrigsministeriet og er opgjort i kr. pr. indbygger.

	R 2009	R 2010	R 2011	R 2012	R 2013	B 2014
Furesø	3.610	3.767	3.751	3.032	3.689	3.370
Allerød	3.889	3.862	4.031	4.081	4.401	4.194
Fredensborg	6.045	6.327	6.253	6.146	6.202	5.440
Hillerød	5.970	7.170	6.858	5.044	4.855	4.695
Hørsholm	3.305	3.234	3.413	2.339	2.666	2.700
Rudersdal	6.909	7.193	6.965	5.285	5.444	5.231

I nedenstående figur er de tilsvarende oplysninger fremstillet i grafisk form. Som det fremgår af grafikken er Allerød Kommunes udgiftsniveau på området i hele perioden under Rudersdal, Hillerød og Fredensborg men over niveauet i Furesø og Hørsholm.







Grafikken illustrerer endvidere, at spændet i udgiftsniveauet i perioden 2009 – 2014 er blevet indsnævret. En af forklaringerne på dette er blandt andet, at der siden 2009 på foranledning af Ballerup Kommune har været et tæt samarbejde mellem de 29 kommuner i hovedstadsområdet vedrørende benchmarking på området for voksne med særlige behov. Undersøgelsen var initieret med baggrund i et ønske om at få mere viden om, hvordan kommunens aktivitets og udgiftsudvikling så ud i forhold til øvrige kommuner. I de forudgående år var der således en markant udgiftsvækst på voksenhandicap- og psykiatriområdet - og et heraf følgende behov for at "tøjle" denne vækst. Kommunerne havde derfor behov for viden om, hvorvidt man som kommune ligger højt eller lavt sammenlignet med andre kommuner med hensyn til antallet af modtagere og enhedsudgifterne.

Med undersøgelsen fra Ballerup Kommune er der således lavet en sammenligning på antal modtagere og den gennemsnitlige udgift pr. modtager, så den enkelte kommune får dokumenteret i hvor høj grad udgiftsniveauet skyldes mange modtagere, dyre modtagere eller en kombination af disse. Senest offentliggjorte rapport vedrører regnskab 2012 og giver et fyldestgørende billede af udgiftsniveauet i de enkelte kommuner.

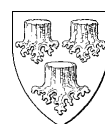
Herunder er angivet rapportens hovedkonklusioner for Allerød Kommune og nabokommuner vedrørende enhedsudgift og modtagerandel. Modtagerandelen er opgjort som antal modtagere pr. 1000 18 – 64 årige i kommunen.

Kommune	Enhedsudgift, inkl. refusion	Modtagerandel	Nettodrifts-udgift pr. 18-64 årig
Allerød	280.204	25,3	7.101
Fredensborg	328.177	25,7	8.435
Furesø	277.288	26,5	7.367
Hillerød	181.138	36,6	6.628
Hørsholm	281.934	17,7	4.995
Rudersdal	296.099	22,7	6.714



Den samlede benchmarkinganalyse vedrørende regnskab 2012 er vedlagt som bilag. Heraf fremgår også en detaljeret angivelse af enhedsudgifterne for de enkelte tilbud på voksenområdet.

Det afklares i øjeblikket i regi af KKR hvorvidt og i givet fald hvordan analysen for regnskab 2013 skal udarbejdes. Når analysen foreligger, vil den blive forelagt til orientering for Sundheds- og Velfærdsudvalget.



**Bilag: 11.2. Benchmark voksenområdet.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 51646/14



Til: Sundheds- og Forebyggelsesudvalget  
Kommunerne i Region Hovedstaden

Dato: 3. juni 2013

Tlf. dir.: 4477 6316  
E-mail: jkg@balk.dk  
Kontakt: Jeppe Krag  
Sagsnr: 2013-6750  
Dok.nr: 2013-86745

## Notat

### Sammenligning af udgifter til voksne med særlige behov

#### Baggrund

I de sidste fire år har Ballerup Kommune gennemført en sammenligning af kommunerne i Region Hovedstaden på området for voksne med særlige behov. Undersøgelsen har haft stor opbakning og er fundet meget brugbar, hvorfor undersøgelsen atter er gentaget i 2013. Resultaterne af undersøgelsen kan læses i nærværende rapport.

Baggrunden for sammenligningen af udgifterne, er den markante udgiftsvækst på voksenhandicap- og psykiatriområdet og behovet for at "tøjle" denne vækst. Til dette indgår et helt enkelt behov for viden om, hvorvidt man som kommune ligger højt eller lavt sammenlignet med andre kommuner med hensyn til antallet af modtagere og niveauet på enhedsudgifterne.

Det er navnlig antallet af modtagere og den gennemsnitlige udgift pr. modtager, som har betydning for kommunernes udgiftsniveau på området, idet andre forhold som valgt serviceniveau, visitationspraksis, modtagernes sammensætning osv. også spiller ind, men er indeholdt i de to nævnte forhold.

Undersøgelsens målsætning er derfor at fremstille en kommunesammenligning på antallet af modtagere og den gennemsnitlige udgift pr. modtager, således at den enkelte kommune får dokumenteret i hvor høj grad udgiftsniveauet skyldes mange modtagere, dyre modtagere eller en kombination af de to.

I forhold til undersøgelsen, der blev gennemført sidste år, er der i år tilføjet oplysninger omkring udgifterne til ungdomsuddannelse for unge med særlige behov (STU) i årets benchmark efter ønske fra de deltagende kommuner, men ellers er der ikke foretaget ændringer. Det giver kommunerne mulighed for udover at kunne sammenligne sig med de øvrige kommuner også at kunne sammenligne sine resultater med tidligere års resultater.

#### Indsamling af data

Kommunerne i Region Hovedstaden fik i begyndelsen af april tilsendt undersøgelsen og har frem til midten af maj indberettet deres resultater. Resultaterne er efterføl-

gende blevet eftergået af kommunerne, og kommunerne har haft mulighed for at sammenholde deres egne resultater med de øvrige kommuner og efterfølgende komme med rettelser. De endelige tilbagemeldinger danner baggrund for det tal-materiale, der præsenteres i denne rapport.

Da der er store forskelle i kommunernes måde at opgøre udgifterne og antallet af personer i forhold til de enkelte paragrafer, har enkelte kommuner suppleret deres besvarelse med kommentarer, der vedrører deres opgørelse. Disse kommentarer er samlet bagerst i rapporten i bilag 3.

## **Opgørelsen**

Udgangspunktet for sammenligningen er regnskabsresultatet for 2012 og det tilhørende antal helårsmodtagere. I sammenligningen indgår støtte efter Servicelovens §§ 85, 94b, 95, 96 og 97. Herudover indgår dag- og døgntilbud efter servicelovens §§ 103-104, 107-110, samt STU-området. Endelig er undersøgelsen suppleret med udgifter til kørsel efter § 105 til hhv. §§ 103 og 104, samt antallet af personer vedr. refusion til særligt dyre enkeltsager,

Opgørelsen baserer sig på de borgere, som den enkelte kommune har haft betalingsforpligtigelsen for i 2012, hvilket vil sige de af kommunens egne borgere, hvor der er afholdt en udgift efter de udvalgte paragraffer i Serviceloven, uanset om der er tale om et kommunalt (eget regi eller anden kommune), regionalt eller privat drevet tilbud.

Der tages udgangspunkt i nettodriftsudgifterne med en særskilt angivelse af refusionsindtægten. Der er ingen restriktion på alder, hvilket betyder, at modtagere, der er ældre end 64 år vil indgå under flere af funktionerne i undersøgelsen, selvom målgruppen som udgangspunkt er de 18-64 årige.

Udgangspunktet for opgørelsen er antal helårsmodtagere, hvilket vil sige, at hvis én person, f.eks. har modtaget støtte i syv måneder inden for et tilbud, tæller vedkommende som 0,6 helårsmodtager (7/12) i den pågældende rubrik. For enkelte paragraffer er dog brugt antal borgere og ikke helårspersoner. En person kan godt modtage foranstaltninger efter flere forskellige paragraffer og dermed samlet tælle med som mere end én helårsmodtager.

## **Resultater**

Kommunerne sammenlignes på enhedsudgiften (både ekskl. og inkl. refusion), nettodriftsudgiften og modtagerandelen blandt de 18-64 årige.

Alle hovedstadsregionens kommuner har deltaget i undersøgelsen, hvilket også var tilfældet i sidste års undersøgelse. Den store deltagelse i undersøgelse sikrer kommunerne et solidt sammenligningsgrundlag.

Hovedparten af kommunerne har indberettet på alle paragraffer. Enkelte kommuner har ikke haft udgifter til §§ 94 og 95 selvansat hjælper. Herudover har flere kommuner samlet deres udgifter til de to § 85 foranstaltninger ét sted, hvorfor udgiften kun er medtaget dette sted.

Københavns Kommune har i deres indberetning ikke opgjort deres udgifter til STU, men er medtaget i hovedoversigten med en note om, at denne udgift ikke er medtaget. Rødovre Kommune har ingen borgere konteret på § 85, hvorfor kommunen også indgår i den samlede oversigt. Frederiksberg Kommune har ikke kunnet opgøre kørselsudgifterne, hvorfor de overordnede resultater af undersøgelsen er præsenteret eksklusiv kørsel.

Nedenfor er de overordnede resultater af undersøgelsen præsenteret for hver enkelt kommune.

**Tabel 1: Samlede udgifter, ekskl. kørsel**

	Enhedsudgift ekskl. refusion	Enhedsudgift inkl. refusion	Modtagerandel	Nettodrifts-udgift pr. 18-64 årig
Albertslund	280.572	262.463	37,1	9.730
Allerød	296.061	280.204	25,3	7.101
Ballerup	292.950	280.028	28,5	7.974
Bornholm	217.265	207.721	40,2	8.350
Brøndby	292.998	268.189	31,9	8.543
Dragør	425.866	401.383	14,1	5.676
Egedal	360.658	335.104	20,7	6.928
Frederiksberg	322.002	297.268	16,6	4.945
Frederikssund	218.869	206.305	35,2	7.270
Fredensborg	355.183	328.177	25,7	8.435
Furesø	302.454	277.888	26,5	7.367
Gentofte	274.955	263.367	24,0	6.310
Gladsaxe	269.206	254.402	26,0	6.607
Glostrup	217.976	204.443	30,1	6.160
Gribskov	327.977	304.547	24,4	7.440
Halsnæs	232.226	218.235	33,8	7.373
Helsingør	223.821	212.986	34,3	7.301
Herlev	303.278	275.668	30,9	8.518
Hillerød	191.142	181.138	36,6	6.628
Hvidovre	373.751	353.367	20,1	7.086
Høje Taastrup	289.549	270.398	25,1	6.775
Hørsholm	302.078	281.934	17,7	4.995
Ishøj	262.276	249.058	32,2	8.018
København*	294.628	269.194	17,8	4.804
Lyngby-Taarbæk	251.039	234.165	23,1	5.417
Rødovre	363.030	344.848	22,0	7.578
Rudersdal	312.738	296.099	22,7	6.714
Tårnby	436.785	413.907	13,4	5.532
Vallensbæk	318.110	288.632	17,7	5.112
Gennemsnit	296.877	277.970	26,0	6.920

Note: Gennemsnittet er beregnet uden hensyntagen til de enkelte kommuners størrelse. Der er således ikke vægtet for forskelle i indbyggertal.

\*København har ikke medtaget udgifter til STU i deres opgørelse.

Forskellene i den samlede enhedsudgift (ekskl. refusion), når kørslen ikke medregnes, varierer fra ca. 191.000 kr. i Hillerød Kommune, der har den laveste enhedsudgift til Tårnby Kommune, der med en årlig enhedsudgift på ca. 437.000 kr. har den højeste enhedsudgift. Den gennemsnitlige enhedsudgift er ca. 297.000 kr.

Hvis enhedsudgiften (uden refusion) sammenlignes med sidste års resultater, hvor STU ikke medregnes er den gennemsnitlige enhedsudgift faldet med ca. 11.000 kr., og af de 29 deltagende kommuner har de 19 faldende enhedspriser.

Når opgørelsen inkluderer kommunernes modtagne refusion er Hillerød Kommune fortsat den kommune, der har den laveste udgift med en enhedspris på ca. 181.000 kr.. Tårnby Kommune har den højeste enhedsudgift, idet kommunens årlige enhedsudgift er ca. 414.000 kr. Den gennemsnitlige enhedsudgift inkl. refusioner er ca. 278.000 kr.

I forhold til sidste års resultater sker der også et fald i enhedsudgiften (inkl. refusion) og fraregnet STU-udgifterne, idet den gennemsnitlige enhedsudgift falder med ca. 10.000 kr.

Tårnby Kommune er den kommune, hvor modtagerandelen er lavest (andel pr. tusinde 18-64 årige). Her er modtagerandelen 13,4, mens Bornholms Kommune har den højeste andel på 40,2. Den gennemsnitlige modtagerandel er 26,0

I forhold til sidste års undersøgelse (hvor STU-delen igen er fraregnet) er modtagerandelen for 21 af de 28 deltagende kommuner steget, hvilket også afspejler sig gennemsnitligt, hvor modtagerandelen er steget med 1,6 modtagere pr. 1.000 18-64 årige.

Københavns Kommune har den laveste årlige nettodriftsudgift (inkl. refusion) pr. 1000 18-64 årige på 4.804 kr., men har som tidligere nævnt ikke medregnet udgifter til STU. Af de øvrige kommuner har Frederiksberg de laveste udgifter pr. 18-64 årig på 4.945 kr. pr. 18-64 årig. I den modsatte ende af skalaen har Albertslund Kommune den højeste udgift pr. 18-64 årig med en udgift på 9.730 kr.. Gennemsnittet for de 29 kommuner, der har indberettet alle oplysninger, er 6.920 kr.

I forhold til sidste års undersøgelse oplever 19 af de 29 deltagende kommuner stigende udgifter pr. 18-64 årig. I gennemsnit er udgiften steget med 145,2 kr. pr. 1.000 18-64.

Det kan derfor konkluderes, at de stigende udgifter, der ses fra regnskab 2011 til 2012 hovedsageligt skyldes et stigende antal modtagere, idet modtagerandelen er steget, mens gennemsnitspriserne, for de tilbud kommunerne tilbyder modtagerne, er faldet.

I bilag 1 er opgjort en rangordning af de enkelte kommuner for deres udgifter og modtagerandel. I bilag 2 er udgifterne fordelt på de enkelte paragrafer vist for de enkelte kommuner, samt andelen af refusionsmodtagere, mens bilag 3 indeholder de kommentarer, de enkelte kommuner har suppleret deres indberetning med.

## Bilag 1: Rangordnede kommunelister, samlet enhedsudgift ekskl. kørsel, modtagerandel og nettodriftsudgift pr. 18-64 årig

Enhedsudgift, ekskl. refusion		Enhedsudgift, inkl. refusion		Modtagerandel (modtagere pr. 1000 18-64 årig)		Nettodriftsudgift pr. 18-64 årig*					
1	Hillerød	191.142	1	Hillerød	181.138	1	Tårnby	13,4	1	København**	4.804
2	Bornholm	217.265	2	Glostrup	204.443	2	Dragør	14,1	2	Frederiksberg	4.945
3	Glostrup	217.976	3	Frederikssund	206.305	3	Frederiksberg	16,6	3	Hørsholm	4.995
4	Frederikssund	218.869	4	Bornholm	207.721	4	Vallensbæk	17,7	4	Vallensbæk	5.112
5	Helsingør	223.821	5	Helsingør	212.986	5	Hørsholm	17,7	5	Lyngby-Taarbæk	5.417
6	Halsnæs	232.226	6	Halsnæs	218.235	6	København**	17,8	6	Tårnby	5.532
7	Lyngby-Taarbæk	251.039	7	Lyngby-Taarbæk	234.165	7	Hvidovre	20,1	7	Dragør	5.676
8	Ishøj	262.276	8	Ishøj	249.058	8	Egedal	20,7	8	Glostrup	6.160
9	Gladsaxe	269.206	9	Gladsaxe	254.402	9	Rødovre	22,0	9	Gentofte	6.310
10	Gentofte	274.955	10	Albertslund	262.463	10	Rudersdal	22,7	10	Gladsaxe	6.607
11	Albertslund	280.572	11	Gentofte	263.367	11	Lyngby-Taarbæk	23,1	11	Hillerød	6.628
12	Høje-Taastrup	289.549	12	Brøndby	268.189	12	Gentofte	24,0	12	Rudersdal	6.714
13	Ballerup	292.950	13	København**	269.194	13	Gribskov	24,4	13	Høje-Taastrup	6.775
14	Brøndby	292.998	14	Høje-Taastrup	270.398	14	Høje-Taastrup	25,1	14	Egedal	6.928
15	København**	294.628	15	Herlev	275.668	15	Allerød	25,3	15	Hvidovre	7.086
16	Allerød	296.061	16	Furesø	277.888	16	Fredensborg	25,7	16	Allerød	7.101
17	Hørsholm	302.078	17	Ballerup	280.028	17	Gladsaxe	26,0	17	Frederikssund	7.270
18	Furesø	302.454	18	Allerød	280.204	18	Furesø	26,5	18	Helsingør	7.301
19	Herlev	303.278	19	Hørsholm	281.934	19	Ballerup	28,5	19	Furesø	7.367
20	Rudersdal	312.738	20	Vallensbæk	288.632	20	Glostrup	30,1	20	Halsnæs	7.373
21	Vallensbæk	318.110	21	Rudersdal	296.099	21	Herlev	30,9	21	Gribskov	7.440
22	Frederiksberg	322.002	22	Frederiksberg	297.268	22	Brøndby	31,9	22	Rødovre	7.578
23	Gribskov	327.977	23	Gribskov	304.547	23	Ishøj	32,2	23	Ballerup	7.974
24	Fredensborg	355.183	24	Fredensborg	328.177	24	Halsnæs	33,8	24	Ishøj	8.018
25	Egedal	360.658	25	Egedal	335.104	25	Helsingør	34,3	25	Bornholm	8.350
26	Rødovre	363.030	26	Rødovre	344.848	26	Frederikssund	35,2	26	Fredensborg	8.435
27	Hvidovre	373.751	27	Hvidovre	353.367	27	Hillerød	36,6	27	Herlev	8.518
28	Dragør	425.866	28	Dragør	401.383	28	Albertslund	37,1	28	Brøndby	8.543
29	Tårnby	436.785	29	Tårnby	413.907	29	Bornholm	40,2	29	Albertslund	9.730
Gennemsnit		296.877	Gennemsnit		277.970	Gennemsnit		26,0	Gennemsnit		6.920

\* Gennemsnittet (markeret med stiplede linje) er beregnet uden hensyntagen til de enkelte kommuners størrelse. Der er således ikke vægтет for forskelle i indbyggertal.

\*\*Københavns Kommune har ikke indberettet udgifter til STU.



## Bilag 2: Detaljerede tabeller opdelt på kommuner

Enhedsudgift	Ungdoms-uddannelse for unge med særlige behov (STU)	Selvansat hjælper (§§ 94b og 95 SEL)	BPA § 96 SEL	Suppl. st. eft. § 85 SEL til borg. i alm.bol. opf. ef. alm.bol.lov (botilb.lign. tilbud)	Støtte efter § 85 SEL til borgere i eget hjem	Længerevarende botilbud § 108 SEL inkl. supplerende støtte	Midlertidige botilbud § 107 SEL inkl. supplerende støtte	Ledsageordning § 97 SEL	Beskyttet beskæftigelse § 103 SEL	Aktivitets- og samværstilbud § 104 SEL	Kørsel, § 105, til borgere i § 103-tilbud	Kørsel, § 105, til borgere i § 104 tilbud	Botilbud personer med særlige sociale problemer §§ 109-110 SEL	I alt, inkl. kørsel	Heraf kørsel, § 105 til borgere i §§ 103, 104-tilbud	I alt, ekskl. kørsel	\$85, §107 og §108 sammentalt
Albertslund	270.796	98.256	698.779		155.222	733.741	418.079	70.840	104.317	143.352		43.063	489.628	263.465	43.063	280.572	367.201
Allerød	310.581	342.981	770.724	302.507	86.913	929.853	486.531	27.244	155.137	159.953	67.886	72.375	598.933	277.804	70.400	296.061	398.824
Ballerup	258.963	652.300	847.417	181.677	40.371	841.152	515.055	28.368	135.036	128.314	40.667	35.718	522.429	255.331	35.934	292.950	506.221
Bornholm	194.514	241.379	1.022.222		64.225	599.854	699.010	16.822	130.573	184.517		35.185	490.909	207.299	35.185	217.265	258.392
Brøndby	316.708	203.030	1.532.468	219.955	27.049	985.799	532.554	23.158	140.741	181.250	25.000	43.478	555.556	267.945	42.466	292.998	412.882
Dragør	340.947	193.863	1.006.275	168.002		897.138	651.534	43.084	119.190	196.880	45.013	43.410	386.192	390.342	43.556	425.866	723.767
Egedal	375.780	751.200	1.012.488		242.153	979.381	438.688	20.480	188.296	158.696	90.177	56.440	503.284	340.733	66.942	360.658	491.757
Frederiksberg	285.454		1.463.631		113.377	688.542	407.519	29.371	192.972	146.935			286.437			322.002	398.571
Frederikssund	256.250	168.476	1.166.667	303.490	41.689	862.105	461.538	16.667	136.800	165.714	72.727	71.023	479.798	211.107	72.246	218.869	249.158
Fredensborg	253.595	297.659	1.900.000	411.765	177.778	937.079	641.390	28.785	133.880	142.380	44.397	48.140	500.000	312.809	46.237	355.183	592.127
Furesø	319.286		813.941	702.982	84.123	900.985	414.964	25.758	167.600	164.713	62.286	51.556	350.753	275.565	57.018	302.454	428.372
Gentofte	279.302	822.222	1.471.429	469.663	72.868	940.367	442.623	25.926	125.000	117.062	54.545	50.000	419.048	263.873	50.943	274.955	367.698
Gladsaxe	322.423	51.502	1.436.340	452.130	96.633	840.780	447.262	39.099	148.144	129.243	44.620	44.620	303.006	250.086	44.620	269.206	385.886
Glostrup	203.455	547.919	1.380.338	655.501	68.938	888.127	593.886	25.147	145.741	110.037	52.884	57.727	521.337	208.783	57.115	217.976	283.154
Gribskov	218.939	232.887	930.515	422.107	273.476	827.405	808.257	26.611	166.824	187.369	58.454	60.815	510.041	301.992	59.831	327.977	504.397
Halsnæs	197.080	243.478	1.182.692	628.616	72.564	929.187	578.981	19.643	129.742	125.285	59.292	84.058	287.520	227.403	68.681	232.226	275.492
Helsingør	192.857	200.000	1.250.000		96.330	803.968	473.600	23.478	106.667	103.543	92.308	100.000	360.000	217.163	97.015	223.821	332.180
Herlev	296.686	2.297.908	1.336.329	368.425	43.849	909.632	639.715	25.124	114.522	112.360	58.606	47.000	618.375	284.651	47.937	303.278	458.255
Hillerød	383.220		1.654.321	516.279	60.911	749.040	363.077	22.222	114.437	104.478	65.517	72.500	558.333	183.506	69.565	191.142	215.056
Hvidovre	316.327	149.136	1.721.817	211.253	180.891	851.447	451.141	30.608	122.230	179.088	70.000	70.000	191.743	344.335	70.000	373.751	556.962
Høje-Taastrup	265.595	251.960	1.302.854	488.286	29.542	912.594	484.363	27.097	125.723	143.858	64.994	70.252	418.176	271.722	69.121	289.549	420.036
Hørsholm	333.333	75.758	800.000	600.000	83.133	903.860	659.073	24.242	153.191	196.581	68.966	98.361	730.769	289.957	82.397	302.078	375.206
Ishøj	283.721	114.143	1.040.143	236.959	36.662	876.064	607.315	61.000	115.225	206.677	63.400	45.830	393.209	244.689	48.158	262.276	296.682
København		138.731	1.201.557		37.045	647.973	261.764	19.159	106.833	109.881		37.539	366.261	282.190	37.539	294.628	428.604
Lyngby-Taarbæk	337.237	260.426	1.035.632	681.240	81.915	899.186	458.690	17.124	118.309	168.312	25.036	43.864	143.014	226.564	39.157	251.039	360.100
Rødovre	305.556	160.000	1.262.500			845.098	481.579	27.397	130.189	162.500		56.250	470.000	327.907	56.250	363.030	689.888
Rudersdal	248.204	958.370	1.345.824	354.050	85.802	869.509	585.272	19.000	147.333	157.258	52.724	56.729	497.879	296.503	54.841	312.738	400.884
Tårnby	288.820	371.429	1.350.000		800.000	883.333	518.421	7.500	124.242	209.091	33.333	50.000	200.000	388.449	46.809	436.785	771.756
Vallensbæk	272.427	230.500	1.840.000	415.610	52.015	955.096	622.375	53.800	91.878	129.218	49.000	34.755	619.277	305.142	36.698	318.110	451.958

<b>Enhedsudgift inkl. refusion</b>	Ungdoms- uddannelse for unge med særlige behov (STU)	Selvansat hjælper (§§ 94b og 95 SEL)	BPA § 96 SEL	Suppl. st. eft. § 85 SEL til borg. i alm.bol. opf. ef. alm.bol.lov (botilb.lign. tilbud)	Støtte efter § 85 SEL til borgere i eget hjem	Længereva- rende botil- bud § 108 SEL inkl. suppleren- de støtte	Midlertidige botilbud § 107 SEL inkl. supple- rende støt- te	Ledsage- ordning § 97 SEL	Beskyttet beskæfti- gelse § 103 SEL	Aktivitets- og sam- værstilbud § 104 SEL	Kørsel, § 105, til bor- gere i § 103-tilbud	Kørsel, § 105, til bor- gere i § 104 tilbud	Botilbud personer med særlige sociale pro- blemer §§ 109-110 SEL	I alt, inkl. kørsel	Heraf kørsel, § 105 til borgere i §§ 103, 104- tilbud	I alt, ekskl. kørsel	§85, §107 og §108 sam- mentalt
Albertslund	270.796	98.256	698.779		152.217	672.226	402.728	70.840	104.317	143.352		43.063	233.116	246.660	43.063	262.463	346.230
Allerød	310.581	342.981	656.189	302.507	80.578	859.361	468.719	27.244	155.137	159.953	67.886	72.375	299.467	263.230	70.400	280.204	373.338
Ballerup	258.963	652.300	784.083	181.677	40.371	807.416	477.758	28.328	135.036	127.702	40.667	35.718	260.714	244.300	35.934	280.028	482.211
Bornholm	194.514	241.379	933.333		63.099	578.639	633.663	16.822	130.573	183.457		35.185	254.545	198.277	35.185	207.721	246.219
Brøndby	316.708	193.939	1.337.662	219.955	23.770	866.272	507.513	23.158	140.741	176.042	25.000	43.478	277.778	245.616	42.466	268.189	374.235
Dragør	340.947	193.863	982.734	168.002		849.213	580.439	43.084	119.190	196.461	45.013	43.410	193.092	368.134	43.556	401.383	675.222
Egedal	375.780	751.200	852.153		235.501	916.625	409.187	19.775	178.483	149.425	90.177	56.440	251.642	316.913	66.942	335.104	464.280
Frederiksberg	285.454		1.250.030		113.377	650.552	388.213	29.371	192.972	146.272			143.360			297.268	379.766
Frederikssund	256.250	168.476	1.066.667	303.490	41.689	785.263	442.857	16.667	136.800	165.714	72.727	71.023	239.899	199.207	72.246	206.305	233.767
Fredensborg	253.595	284.281	1.562.500	407.240	173.611	857.303	581.359	28.785	133.880	142.380	44.397	48.140	250.000	289.507	46.237	328.177	546.266
Furesø	319.286		505.118	702.982	84.123	797.221	410.764	25.758	167.600	164.713	62.286	51.556	233.853	253.690	57.018	277.888	399.461
Gentofte	279.302	733.333	1.304.762	465.169	72.868	886.239	440.984	25.926	125.000	117.062	54.545	50.000	209.524	252.859	50.943	263.367	355.319
Gladsaxe	322.423	51.502	1.221.720	452.130	96.633	795.551	423.561	39.099	148.144	129.222	44.620	44.620	151.503	236.542	44.620	254.402	371.002
Glostrup	203.455	515.564	1.168.993	647.760	68.938	846.464	565.700	24.991	143.578	108.542	52.884	57.727	249.398	196.024	57.115	204.443	272.773
Gribskov	172.916	232.887	868.708	406.723	253.281	774.581	743.645	26.611	166.824	187.369	58.454	60.815	255.021	280.832	59.831	304.547	471.240
Halsnæs	197.080	243.478	1.028.846	554.845	72.564	875.598	549.363	19.643	129.742	125.285	59.292	84.058	143.760	213.824	68.681	218.235	258.962
Helsingør	192.857	200.000	1.100.000		92.355	768.254	453.600	23.478	106.667	103.543	92.308	100.000	180.000	206.897	97.015	212.986	317.820
Herlev	296.686	2.297.908	1.144.187	328.257	43.849	828.060	569.541	25.124	114.522	112.360	58.606	47.000	309.187	259.055	47.937	275.668	414.479
Hillerød	383.220		1.395.062	488.372	60.911	709.347	356.923	22.222	114.437	103.767	65.517	72.500	275.000	174.131	69.565	181.138	207.262
Hvidovre	316.327	149.136	1.476.480	211.253	179.324	811.365	439.908	30.608	122.230	178.910	70.000	70.000	99.186	325.925	70.000	353.367	536.073
Høje-Taastrup	265.595	251.960	914.672	474.811	29.542	849.308	481.344	27.097	125.887	144.116	64.994	70.252	209.647	254.120	69.121	270.398	401.513
Hørsholm	333.333	75.758	800.000	578.947	83.133	824.561	592.742	24.242	153.191	196.581	68.966	98.361	346.154	270.924	82.397	281.934	347.051
Ishøj	283.721	114.143	846.143	236.959	36.662	841.934	598.366	61.000	115.225	201.053	63.400	45.830	197.244	232.557	48.158	249.058	289.095
København		134.583	1.002.557		35.977	625.345	252.706	19.159	106.833	109.881		37.539	179.818	257.986	37.539	269.194	413.699
Lyngby-Taarbæk	337.237	227.868	856.875	675.632	70.118	839.266	437.227	17.112	118.309	164.728	25.036	43.864	68.364	211.638	39.157	234.165	336.311
Rødovre	305.556	140.000	1.075.000			802.941	476.316	27.397	130.189	162.500		56.250	240.000	311.807	56.250	344.848	663.483
Rudersdal	248.204	958.370	1.062.323	354.050	84.028	822.117	555.782	19.000	147.333	156.992	52.724	56.729	245.475	280.912	54.841	296.099	381.462
Tårnby	288.820	371.429	1.237.500		677.778	828.571	502.632	7.500	124.242	209.091	33.333	50.000	100.000	368.407	46.809	413.907	723.664
Vallensbæk	272.427	230.500	1.303.500	391.220	52.015	856.086	597.375	53.800	91.878	129.218	49.000	34.755	318.072	277.023	36.698	288.632	418.978

<b>Modtagerandel (modtagere pr. 1000 18-64 årig)</b>	Ungdomsuddannelse for unge med særlige behov (STU)	Selvansat hjælpere (§§ 94b og 95 SEL)	BPA § 96 SEL	Suppl. st. eft. § 85 SEL til borg. i alm.bol. opf. ef. alm.bol.lov (botilb.lign. tilbud)	Støtte efter § 85 SEL til borgere i eget hjem	Længerevarende botilbud § 108 SEL inkl. supplerende støtte	Midlertidige botilbud § 107 SEL inkl. supplerende støtte	Ledsageordning § 97 SEL	Beskyttet beskæftigelse § 103 SEL	Aktivitets- og samværstilbud § 104 SEL	Kørsel, § 105, til borgere i § 103-tilbud	Kørsel, § 105, til borgere i § 104-tilbud	Botilbud personer med særlige sociale problemer §§ 109-110 SEL	I alt, inkl. kørsel	Heraf kørsel, § 105 til borgere i §§ 103, 104-tilbud	I alt, ekskl. kørsel	\$85, §107 og §108 sammentalt
Albertslund	1,7	0,9	0,5		10,3	5,3	5,0	1,4	4,5	6,7		2,9	0,9	39,9	2,9	37,1	20,5
Allerød	1,4	0,2	0,2	0,6	7,2	3,9	2,8	2,8	2,7	3,7	1,0	1,2	0,0	27,6	2,2	25,3	14,4
Ballerup	1,9	0,4	0,4	1,1	2,5	4,5	3,2	4,5	3,0	6,8	0,2	4,7	0,2	33,4	4,9	28,5	11,3
Bornholm	1,7	0,4	0,4		15,3	5,9	2,2	4,6	1,4	8,1		2,3	0,2	42,5	2,3	40,2	23,4
Brøndby	1,9	1,6	0,4	2,1	5,9	4,1	2,9	4,6	3,3	4,7	0,2	3,3	0,3	35,4	3,5	31,9	15,1
Dragør	0,9	0,0	0,4	0,8		3,3	1,8	1,4	1,6	3,8	0,1	1,3	0,3	15,6	1,4	14,1	5,9
Egedal	1,4	0,2	0,9		4,8	2,7	2,2	2,8	2,2	3,2	0,5	1,0	0,3	22,2	1,5	20,7	9,7
Frederiksberg	0,7		0,3		3,4	3,3	2,4	1,2	1,4	2,8			1,2			16,6	9,1
Frederikssund	1,3	1,1	0,1	0,8	15,0	3,8	3,6	1,7	4,9	2,8	1,4	0,6	0,3	37,2	2,0	35,2	23,1
Fredensborg	1,7	1,3	0,4	1,0	3,2	3,9	2,8	4,1	3,2	3,9	2,1	2,0	0,2	29,8	4,1	25,7	10,8
Furesø	2,0		0,8	0,9	5,0	3,2	2,8	3,1	1,7	6,5	1,7	1,6	0,5	29,8	3,3	26,5	12,0
Gentofte	0,9	0,2	0,5	2,1	6,1	2,6	1,4	3,2	1,9	5,0	0,3	1,0	0,1	25,2	1,2	24,0	12,2
Gladsaxe	1,2	0,6	0,4	1,6	5,5	3,0	1,5	3,0	2,4	5,9	0,9	1,5	0,8	28,4	2,4	26,0	11,7
Glostrup	1,3	0,1	0,4	0,4	10,2	2,5	1,6	3,8	1,9	7,3	0,2	1,6	0,5	32,0	1,8	30,1	14,8
Gribskov	1,7	0,1	0,3	2,4	5,2	2,5	1,9	4,5	2,8	2,6	1,1	1,5	0,3	27,1	2,6	24,4	12,0
Halsnæs	2,3	0,6	0,6	2,1	13,8	2,4	1,8	3,2	3,7	3,0	0,6	0,4	0,4	34,8	1,0	33,8	20,0
Helsingør	1,6	0,8	0,2		9,3	3,6	3,5	3,3	4,3	7,2	0,7	1,2	0,6	36,2	1,9	34,3	16,4
Herlev	1,4	0,0	0,5	3,1	4,9	3,9	2,9	3,8	2,1	7,9	0,2	2,2	0,4	33,3	2,4	30,9	14,8
Hillerød	1,6		0,3	1,5	14,8	2,8	2,3	3,8	4,0	5,0	1,0	1,4	0,4	39,0	2,5	36,6	21,4
Hvidovre	1,6	0,3	0,4	0,0	1,8	3,6	3,5	1,3	2,3	3,8	0,2	1,9	1,3	22,2	2,2	20,1	9,0
Høje-Taastrup	1,3	0,8	0,3	1,5	4,5	3,0	2,8	2,9	2,3	4,9	0,5	1,7	0,8	27,3	2,2	25,1	11,8
Hørsholm	0,8	0,5	0,1	0,7	6,4	2,2	1,9	1,3	1,8	1,8	0,6	0,5	0,1	18,8	1,0	17,7	11,3
Ishøj	1,6	1,6	0,5	1,7	10,6	3,4	2,9	1,7	2,2	5,1	0,4	2,5	0,8	35,1	2,9	32,2	18,6
København		0,8	0,2		1,4	4,6	2,7	1,0	1,0	4,6		0,9	1,5	18,8	0,9	17,8	8,7
Lyngby-Taarbæk	0,9	0,3	0,3	0,7	6,3	2,6	1,6	3,4	2,6	3,7	0,8	2,3	0,7	26,2	3,0	23,1	11,2
Rødovre	1,6	1,1	0,4			4,5	3,4	3,2	2,4	5,0		2,8	0,4	24,8	2,8	22,0	7,9
Rudersdal	1,5	0,2	0,3	0,3	6,5	3,1	3,3	2,5	2,0	2,9	0,7	0,8	0,1	24,2	1,5	22,7	13,2
Tårnby	1,3	0,3	0,3		0,4	3,4	1,5	1,6	1,3	3,1	0,4	1,5	0,2	15,3	1,9	13,4	5,3
Vallensbæk	1,2	0,2	0,2	1,4	3,2	2,0	1,9	1,2	2,5	3,5	0,1	0,7	0,4	18,6	0,9	17,7	8,5

Nettodriftsud- gift pr. 18-64 årig	Ungdoms- uddannelse for unge med særlige behov (STU)	Selvansat hjælper (§§ 94b og 95 SEL)	BPA § 96 SEL	Suppl. st. eft. § 85 SEL til borg. i alm.bol. opf. ef. alm.bol.lo (botilb.lign. tilbud)	Støtte efter § 85 SEL til borgere i eget hjem	Længereva- rende botil- bud § 108 SEL inkl. suppleren- de støtte	Midlertidige botilbud § 107 SEL inkl. supple- rende støt- te	Ledsage- ordning § 97 SEL	Beskyttet beskæfti- gelse § 103 SEL	Aktivitets- og sam- værstilbud § 104 SEL	Kørsel, § 105, til bor- gere i § 103-tilbud	Kørsel, § 105, til bor- gere i § 104 tilbud	Botilbud personer med særlige sociale pro- blemer §§ 109-110 SEL	I alt, inkl. kørsel	Heraf kørsel, § 105 til borgere i §§ 103, 104- tilbud	I alt, ekskl. kørsel	\$85,§107 og \$108 sam- mentalt
Albertslund	448	85	335		1.565	3.530	2.018	97	471	963		124	218	9.854	124	9.730	7.114
Allerød	424	69	148	181	577	3.316	1.297	76	411	593	67	90	9	7.258	157	7.101	5.371
Ballerup	498	232	335	201	101	3.597	1.549	126	399	869	9	167	65	8.149	175	7.974	5.448
Bornholm	336	91	362		966	3.410	1.379	78	177	1.492		82	60	8.432	82	8.350	5.755
Brøndby	616	310	499	470	141	3.549	1.474	107	461	819	5	145	97	8.694	150	8.543	5.634
Dragør	292	2	388	133		2.785	1.040	62	187	737	6	57	51	5.739	63	5.676	3.957
Egedal	539	156	738		1.120	2.454	917	55	395	484	42	58	70	7.028	101	6.928	4.491
Frederiksberg	190		434		386	2.133	925	36	264	413			165			4.945	3.444
Frederikssund	324	178	127	237	625	2.949	1.593	28	676	459	103	40	75	7.413	142	7.270	5.404
Fredensborg	426	373	549	395	549	3.352	1.617	119	431	562	92	97	62	8.624	189	8.435	5.913
Furesø	636		407	626	423	2.572	1.169	81	278	1.063	103	83	111	7.553	186	7.367	4.791
Gentofte	263	155	645	974	442	2.273	633	82	235	581	14	49	26	6.373	64	6.310	4.322
Gladsaxe	390	30	507	735	527	2.405	656	118	359	757	39	69	122	6.715	108	6.607	4.324
Glostrup	256	65	526	291	703	2.131	899	96	271	794	12	92	128	6.264	104	6.160	4.024
Gribskov	293	21	292	977	1.317	1.949	1.433	120	474	489	64	93	74	7.597	157	7.440	5.676
Halsnæs	457	158	604	1.145	1.004	2.064	973	62	482	372	38	33	51	7.443	71	7.373	5.187
Helsingør	306	159	250		856	2.745	1.608	77	454	746	68	116	102	7.485	184	7.301	5.209
Herlev	425	56	585	1.019	213	3.257	1.625	95	244	889	12	105	109	8.635	117	8.518	6.115
Hillerød	601		402	746	903	1.969	824	85	462	519	68	103	117	6.798	171	6.628	4.442
Hvidovre	493	47	579	9	330	2.958	1.531	40	284	682	14	136	133	7.236	151	7.086	4.827
Høje-Taastrup	342	206	240	696	134	2.564	1.360	79	288	705	31	122	161	6.927	152	6.775	4.754
Hørsholm	271	39	62	426	535	1.821	1.139	31	279	356	39	46	35	5.080	85	4.995	3.921
Ishøj	466	183	452	393	389	2.825	1.761	102	258	1.035	24	115	153	8.156	139	8.018	5.368
København		108	197		50	2.851	687	19	109	511		34	272	4.838	34	4.804	3.588
Lyngby- Taarbæk	313	78	243	474	444	2.144	696	59	305	617	19	99	45	5.535	118	5.417	3.758
Rødovre	488	155	382			3.636	1.607	89	306	808		160	107	7.737	160	7.578	5.243
Rudersdal	361	174	321	95	547	2.560	1.820	47	301	455	38	46	34	6.797	84	6.714	5.021
Tårnby	374	105	398		245	2.800	768	12	165	648	12	76	16	5.621	89	5.532	3.814
Vallensbæk	328	54	304	562	166	1.716	1.116	63	228	453	6	26	123	5.144	31	5.112	3.559

<b>25 pct. refusion, modtagere pr. 1000 18-64 årige</b>	Antal personer på (§§ 94b og 95 SEL) funktion	Antal personer på (§ 85/108) funktion	Antal personer på (§ 96) funktion	Antal personer på (§ 107) funktion	Antal personer på (§ 108) funktion	I alt
	05.32.32.002	05.32.33.003	05.32.32.003	05.38.52.001,0 02,003,005	05.38.50.001,0 02,003,005	
Albertslund		0,06		0,65	2,72	3,43
Allerød		0,07	0,07	0,52	2,47	3,15
Ballerup			0,27	1,37	1,83	3,47
Bornholm		0,09	0,22	0,13	0,73	1,16
Brøndby			0,34	0,15	1,50	1,99
Dragør			0,13	0,40	0,92	1,45
Egedal		0,33	1,12	0,58	1,57	3,61
Frederiksberg		0,13	0,10	0,38	1,15	1,77
Frederikssund			0,12	0,51	1,27	1,90
Fredensborg	0,26	0,13	0,35	0,88	1,58	3,21
Furesø		0,28	0,14	0,28	2,18	2,89
Gentofte	0,19	0,31	0,38	0,24	1,44	2,54
Gladsaxe		0,40	0,22	0,25	1,62	2,49
Glostrup	0,15	0,15	0,30	0,37	1,12	2,10
Gribskov		0,61	0,13	0,52	1,09	2,36
Halsnæs		0,85	0,45	0,39	1,24	2,93
Helsingør		0,28	0,20	0,57	0,99	2,04
Herlev				0,12	1,99	2,12
Hillerød		0,60	0,04	0,64	1,21	2,49
Hvidovre	0,03		0,25	0,64	1,94	2,86
Høje-Taastrup		0,14	0,34	0,51	1,17	2,16
Hørsholm		0,23		0,39	1,24	1,86
Ishøj		0,46	0,15	0,92	2,21	3,74
København	0,03	0,04	0,01	0,64	3,61	4,33
Lyngby-Taarbæk	0,03	0,69	0,31	0,35	1,95	3,34
Rødovre	0,31		0,13	0,44	2,35	3,24
Rudersdal	0,30	0,13	0,27	0,40	1,58	2,68
Tårnby		0,36	0,16	0,28	3,38	4,18
Vallensbæk		0,23	0,12	0,58	1,05	1,98

<b>50 pct. refusion, modtagere pr. 1000 18-64 årige</b>	Antal personer på (§§ 94b og 95 SEL) funktion	Antal personer på (§ 85/108) funktion	Antal personer på (§ 96) funktion	Antal personer på (§ 107) funktion	Antal personer på (§ 108) funktion	I alt
	05.32.32.002	05.32.33.003	05.32.32.003	05.38.52.001,0 02,003,005	05.38.50.001,0 02,003,005	
Albertslund			0,06		0,18	0,59
Allerød			0,07	0,07	0,15	0,37
Ballerup				0,07	0,12	0,05
Bornholm			0,04	0,04	0,22	0,13
Brøndby				0,05	0,05	0,34
Dragør					0,26	0,13
Egedal			0,12	0,41	0,21	0,46
Frederiksberg			0,10	0,25	0,12	0,19
Frederikssund					0,08	0,20
Fredensborg			0,04	0,22	0,35	0,40
Furesø				0,33		0,09
Gentofte	0,05	0,12	0,21	0,02	0,05	0,45
Gladsaxe	0,05	0,05	0,15	0,07	0,20	0,52
Glostrup		0,30	0,15	0,22	0,30	0,97
Gribskov		0,17	0,04	0,09	0,13	0,44
Halsnæs		0,23	0,23	0,23	0,17	0,85
Helsingør				0,20	0,09	0,28
Herlev		0,19	0,19	0,44	0,37	1,18
Hillerød			0,04	0,25	0,04	0,11
Hvidovre	0,03			0,25	0,10	0,13
Høje-Taastrup		0,07	0,17	0,07	0,22	0,53
Hørsholm				0,31	0,23	0,54
Ishøj		0,15	0,15	0,08	0,15	0,53
København	0,02	0,01	0,03	0,13	0,49	0,68
Lyngby-Taarbæk		0,22	0,19	0,09	0,22	0,72
Rødovre			0,22	0,04	0,13	0,40
Rudersdal	0,10		0,10	0,20	0,13	0,54
Tårnby		0,12	0,08	0,08	0,24	0,52
Vallensbæk		0,12	0,12	0,12	0,23	0,58

### **Bilag 3: Kommentarer til skemaerne**

#### **Allerød:**

Socialpsykiatrien er **ikke** er medtaget i opgørelsen.

#### **Ballerup:**

I undersøgelse for 2011 havde Ballerup fejlagtigt konteret en del af deres botilbud efter §108 som §107-tilbud.

#### **Fredensborg:**

Kørslen opgjort vedr. §103 og 104 er al kørsel Der konteres ikke på §105.

#### **Frederiksberg:**

Modtagere af STU registreres ikke således at det er muligt at optælle antal helårspersoner for et kalenderår. Antallet er derfor et opgjort ud fra bestanden af modtagere i efteråret 2012.

Vedr. § 85: Beløb og helårspersoner er opgjort inkl. §102-aktiviteten, der afholdes på samme gruppering. Omfatter desuden et enkeltmandsprojekt. Herudover er indberetningen inklusiv aktivitet og forbrug vedr. § 85-støtte, der er fejlkonteret på grp. 003 i 2012. Endelig er beløb og aktivitet opgjort inklusiv udgifter til kommunens SKP-ordning, der yder § 85-støtte, men som bogføres på funktion 05.38.53.

Vedr. § 104: Både antal modtagere og udgifter er opgjort eksklusiv væresteder.

Frederiksberg kan ikke opgøre kørslen særskilt, bl.a. fordi udgifter til kørsel ofte er en implicit del af taksten for et § 103 el. § 104 tilbud.

Frederiksberg Kommune opgør ikke SDE-refusion på grupperingsniveau - der er derfor tale om en opgørelse på F3 niveau. Fsva. fkt. 05.32.32. er antal dog opgjort, så det udelukkende omfatter personer på BPA-ordningen.

#### **Furesø:**

I forhold til Ungdomsuddannelse for unge med særlige behov (STU) er kørsel for STU-børn konteres under samlet kørsel på børneområdet ca. 0,5 mio. kr. (ikke talt med i opgørelsen).

Selvansat hjælpere (§§ 94b og 95 SEL) opgøres under BPA.

For støtte efter § 85 SEL til borgere i eget hjem er helårspersoner = cpr-numre pr. måned sættes lig 1 og så sammentæl måned divideret med 12.

På §107 på egne tilbud tæller helårsperson lig normeret pladser på tilbud.

På §97 er der talt ledsageordning §97 -§99 med, grundet ændret konteringspraksis i 2012

#### **Glostrup:**

Det skal bemærkes at indberetning vedr. funktion 05.38.50 for regnskabsåret 2011 er ved en fejl indberettet forkert. Der er indberettet 51,50 antal helårsmottagere - det burde have været 29,75 antal helårsmottagere.

#### **Halsnæs:**

I forhold til Støtte efter § 85 SEL til borgere i eget hjem har Halsnæs ikke tidligere medtaget hjemmevejledningen, derfor de højere tal i 2012 i forhold til tidligere.

**Helsingør:**

Den samlede indberetning vedr. § 85 er samlet under supplerende støtte efter § 85 SEL til en borger, der bor i en almenbolig opført efter almenboligloven (botilbudslignende tilbud).

**Herlev:**

I tidligere år er borgere og udgifter på egne tilbud på §§ 85 og 104 ikke talt med.

**Høje-Taastrup:**

Ungdomsuddannelse for unge med særlige behov (STU) er indberettet ekskl. kørsel vedr. 3.46. Refusion for §85 er medtaget under Supplerende støtte efter § 85 SEL til en borger, der bor i en almenbolig opført efter almenboligloven (botilbudslignende tilbud). §§ 109-110 er ekskl. Hjemløsestrategien og Blå Kors driftstilskud. § 108 er ekskl. gruppering 093, 094 og 096. § 107 er ekskl. gruppering 092. § 97, § 103 og § 104 er kun visiterede tilbud og ekskl. selvejende og transport.

**Hørsholm:**

Al refusion vedr. §85 samlet under supplerende støtte efter § 85 SEL til en borger, der bor i en almenbolig opført efter almenboligloven (botilbudslignende tilbud).

Støtte efter § 85 SEL til borgere i eget hjem er inkl. § 102 (beløb 0,5 mio. kr.).

§107 er inkl. STU og egne nye botilbud. Dog er undladt at medregne 4,8 helårsperson som i 2012 har været i kommunens nyoprettede botilbud, idet der endnu ikke er afregnet herfor.

**Ishøj:**

Har ikke indberettet oplysninger for selvansat hjælper (§§ 94b og 95 SEL), tilskud til ansættelse af hjælpere til personer med nedsat funktionsevne BPA § 96 SEL og ledsageordninger for personer med nedsat funktionsevne § 97 SEL.

**Tårnby:**

Vedr. § 85: Tårnby har ikke opdelt funktion 05.32.33 i Service- og almenboliglov. Tårnby har 4 personer med døgndækning, 1 person med omfattende støtte og 4 personer som modtager støtte i eget hjem, hvor vi har eksterne leverandører. Derudover har vi borgere som modtager støtte i eget hjem, men som ikke er opgjort i regnskabet på cpr.nr. niveau. Borgerne visiteres til socialpsykiatrien og støttekorpsset for udviklingshæmmede. Derfor er tallene ikke sammenlignelige med andre kommuners. Af de 9 helårsmodtagere koster 2 personer alene 2,4 mio. kr.

Vedr. §97 I opgørelsen for 2011 har der fejlagtigt været indberettet kr. 3,3 i stedet for korrekt kr. 0,3.

**Bilag: 13.1. Hovedstadsregionens Styringsaftale i Rammeaftale 2015.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

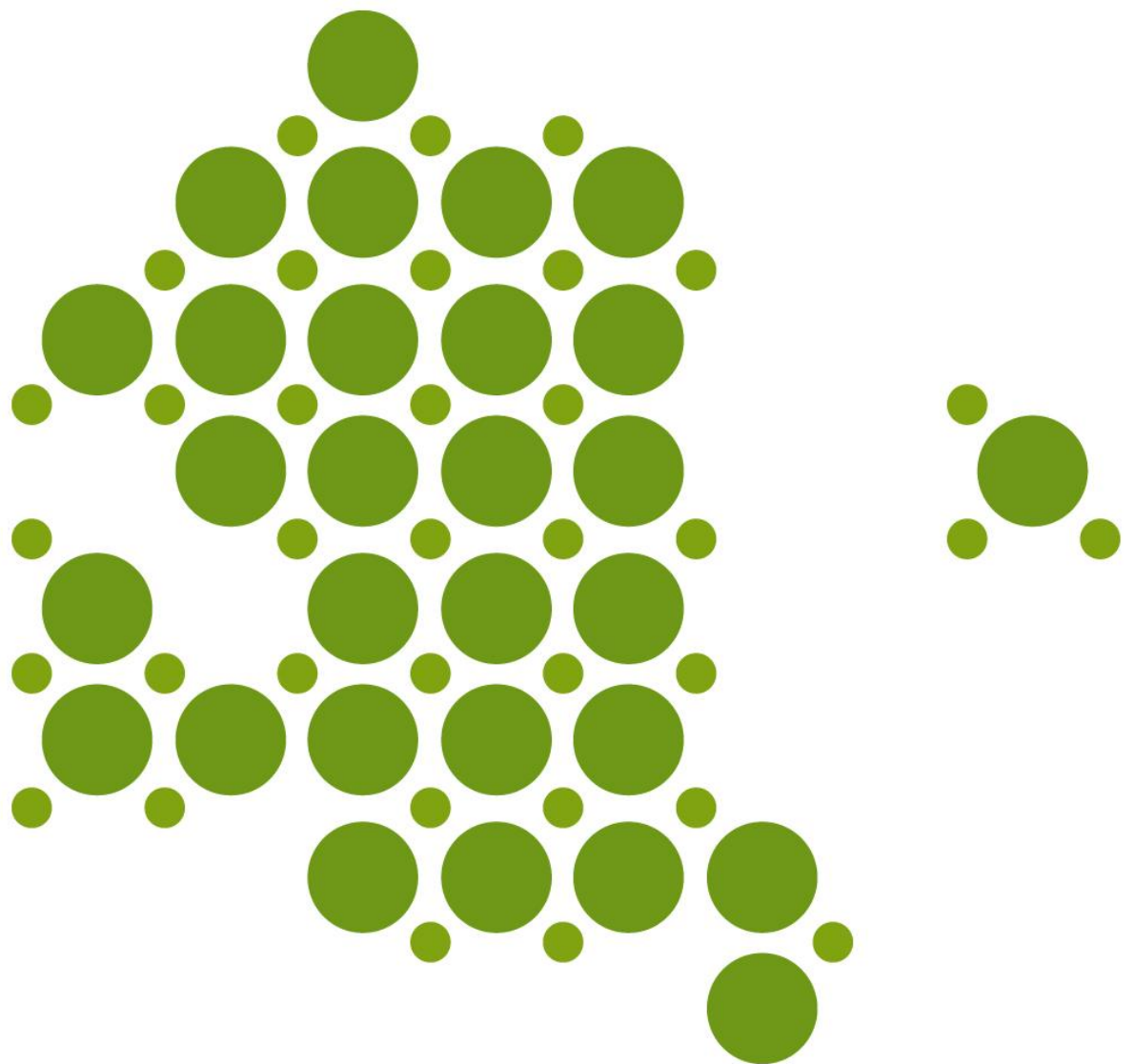
**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 48973/14



# **Rammeaftale 2015**

**Styringsaftale for det  
specialiserede socialområde og  
specialundervisning**



**Kommuner i hovedstadsregionen og  
Region Hovedstaden**

**2015**



## INDHOLDSFORTEGNELSE

Indledning.....	3
Aftale om takstudvikling i 2015 .....	4
Takstmodel .....	4
Takstmodellens omkostningselementer .....	4
Ens omkostningsmodeller .....	5
Klar skelnen mellem forskellige omkostningselementer.....	5
Fordeling af omkostningselementer i tilbud med flere takstgrupper .....	7
Aftale om prisstruktur .....	8
Beregningsgrundlaget .....	8
Beregning af belægningsprocent i tilbud med flere takstgrupper .....	8
Kendte og faste takster .....	9
Efterregulering.....	9
Beregning af efterregulering i tilbud med flere takstgrupper .....	9
Forhøjelse af beregningsgrundlaget.....	9
Særlige tilbud og ydelser .....	9
Principper for samarbejde .....	11
Styrings- og udviklingstiltag for 2015 .....	11
Frister for afregning for brug af tilbud .....	12
Opsigelsesvarsler .....	12
Forlænget varsel ved opsigelse af flere pladser .....	12
Opfølgingsmekanismer for borgeres placering i takstgrupper.....	12
Aftale om etablering og lukning af tilbud og pladser .....	13
Principper for etablering af tilbud .....	13
Principper for lukning og omlægning af tilbud .....	13
Kommuners overtagelse af regionale tilbud .....	13
Tværregional koordination af de sikrede afdelinger .....	14
Køb og salg af pladser uden for hovedstadsregionen .....	14
Procedurer og tiltag i forhold til de mest specialiserede tilbud .....	15
Nødbremse-modellen.....	15
Task force .....	15
Krav til de mest specialiserede tilbud.....	16
Børnehuset og Socialtilsyn .....	16
Bilagsliste.....	17



## INDLEDNING

Kommunerne overtog med bekendtgørelsen fra marts 2011 ansvaret for koordineringen af det specialiserede socialområde. Koordineringen af området omfatter ansvaret for udarbejdelse af en årlig rammeaftale for det specialiserede socialområde, der består af en udviklingsstrategi og en styringsaftale. Med bekendtgørelsen fra april 2012 overtog kommunerne desuden ansvaret for koordinering af specialundervisningsområdet, hvilket ligeledes omfatter udarbejdelse af en årlig rammeaftale bestående af en udviklingsstrategi og en styringsaftale. Nærværende styringsaftale for 2015 omfatter således både det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet.

Formålet er, at styringsaftalen skal være med til at lægge rammerne for kapacitets- og prisudviklingen i det kommende år for de omfattede tilbud i kommunerne i hovedstadsregionen og i Region Hovedstaden.

Indførelsen af styringsaftaler har til formål at øge bevidstheden om og stillingtagen til de styringsmæssige konsekvenser af, at kommunerne på det specialiserede socialområde er afhængige af at købe og sælge pladser på sociale tilbud på tværs af kommunegrænserne og af Region Hovedstaden.

Styringsaftalen skal indeholde følgende elementer:

- ▶ Aftaler om udvikling i taksterne for tilbud omfattet af aftalen
- ▶ Aftaler om prisstruktur for de omfattede tilbud
- ▶ Aftaler om frister for afregning for brug af tilbud
- ▶ Aftaler om oprettelse og lukning af tilbud og pladser
- ▶ Aftaler om principper for evt. indregning af driftsherrens udgifter ved oprettelse og lukning af tilbud og pladser aftalt i rammeaftaleregi
- ▶ Aftaler om frister for afregning for brug af tilbud
- ▶ Tilkendegivelse fra kommunalbestyrelserne om overtagelse af regionale tilbud og fastlæggelse af, i hvilket omfang overtagne tilbud skal stå til rådighed for de øvrige kommuner
- ▶ Angivelse af, hvilke konkrete tilbud der er omfattet af styringsaftalen.

Styringsaftalen skal indgås årligt og senest den 15. oktober. Herefter har den virkning fra 1. januar det følgende år. Aftalen indgås mellem kommunalbestyrelserne i hovedstadsregionen og med Region Hovedstaden, for så vidt angår de tilbud, regionen driver. Alle kommuner i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden er dermed aftalepart i styringsaftalen uden hensyn til omfanget af deres køb og salg af tilbud. Loven kræver, at aftalen bliver indgået i enighed.

Denne aftale er baseret på den fælles takstmodel, som er udviklet af kommunerne i hovedstadsregionen. Styringsaftalen lægger sig dermed i forlængelse af tidligere drøftelser og aftaler mellem kommunerne. Region Hovedstaden kan løse opgaver for en kommune inden for rammeaftalens område mod fuld indtægtsdækning beregnet efter styringsaftalens principper.

Takstberegningen for de *regionsdrevne tilbud* følger principperne i den fælleskommunale takstmodel. Dog er de indirekte omkostninger beregnet konkret og holder sig inden for rammerne af den kommunalt aftalte maksimale overhead-procent. Efterregulering vil ske fuldt ud, da regionen ikke må operere med over- eller underskud på det takstfinansierede driftsområde.

Styringsaftalen er et redskab til at understøtte det kommunale samarbejde i hovedstadsregionen og samarbejdet mellem kommunerne og regionen. Der er tale om anbefalinger til kommunerne, som skal understøtte den individuelle dialog mellem brugerkommuner og driftsherrer om både kvalitet og pris, som er udgangspunktet for køb og salg af pladser.

I forhold til angivelser af, hvilke tilbud der er omfattet af styringsaftalen samt taksterne for disse henvises til [www.tilbudsportalen.dk](http://www.tilbudsportalen.dk).



## AFTALE OM TAKSTUDVIKLING I 2015

KKR Hovedstaden har i perioden 2011-2014 indgået aftaler om prisudviklingen på de takstbelagte tilbud inden for det specialiserede socialområde og specialundervisningen.

Med henblik på indarbejdelse i Styringsaftale 2015 blev der i andet halvår af 2013 gennemført en analyse og kortlægning af forskellige styrings- og udviklingstiltag, som skal bidrage til at sikre et fokus på effektiv ressourceudnyttelse og innovativ udvikling af tilbud og indsatser på det specialiserede socialområde. Det overordnede formål med analysen var at udarbejde forslag til en flerårig strategi for takstudviklingen på det specialiserede socialområde gældende fra 2015 og to år frem for på denne måde at sikre mådehold i udgiftsudviklingen i kommunerne, regionen og på de enkelte tilbud.

KKR Hovedstaden og Region Hovedstaden har indgået følgende flerårig strategi for takstudviklingen på det specialiserede socialområde og specialundervisning:

- ▶ At priserne i de takstbelagte tilbud på det specialiserede socialområde og specialundervisning til og med 2016 maksimalt må stige med pris- og lønfremskrivningen minus en procent i forhold til prisniveauet i 2014.

Der foretages årlige analyser af takst- og udgiftsudviklingen i kommunerne, som drøftes i kommunaldirektørkredsen (K29) og i KKR. I forbindelse med udarbejdelse af de årlige analyser har KKR Hovedstaden godkendt følgende nye tiltag, som vil blive indarbejdet i kommende analyser:

- ▶ At takstudviklingen fra 2015 måles eksklusiv de beregnede omkostninger (forrentninger, afskrivninger og tjenestemandspensioner) samt efterreguleringer af over- og underskud fra tidligere år.
- ▶ At driftsherrernes indberetning af takster til den årlige takstanalyse fra 2015 opdeles på de enkelte elementer i takstberegningen, som er beskrevet i Styringsaftalen.
- ▶ At der i forbindelse med analyserne af takstudviklingen foretages en række selvstændige analyser af udviklingen i de beregnede omkostninger, omfanget af efterreguleringer samt udviklingen i de anvendte belægningsprocenter.

## TAKSTMODEL

Takstmodellen anvendes til beregning af takster for 2015, og tager udgangspunkt i Bekendtgørelse om omkostningsbaserede takster for kommunale tilbud.

Der forventes en ny takstbekendtgørelse per 1. januar 2015. Lovforslaget forventes fremsat i sensommeren 2014. Såfremt det, ved takstbekendtgørelsens offentliggørelse, vurderes nødvendigt, udarbejdes der et tillæg til Styringsaftalen 2015, der tilpasser nærværende styringsaftale til de nye takstregler.

Takstmodellen omfatter alle de tilbud, som kommunerne og Region Hovedstaden har overtaget per 1. januar 2007 og andre, der efterfølgende er oprettet eller overtaget på lignende vilkår, og hvor der sker salg af pladser til kommuner.

Grundprincippet for takstfastsættelsen er, at taksterne skal svare til de samlede omkostninger.

## TAKSTMODELLENS OMKOSTNINGSELEMENTER



KKR Hovedstaden anbefaler, at driftsherrerne anvender en fælles model til beregning af takster og efterregulering, der inddeler takstberegningen i de enkelte omkostningselementer, jf. den model, der fremgår af bilag 1 til Styringsaftale 2015.

Anvendelse af denne model skal bidrage til at sikre, at alle centrale elementer af takstberegningen, indgår i kommunernes takstberegninger. Samtidig giver modellen en vis fleksibilitet i forhold til beregning af de direkte omkostninger, ligesom at den vil lette kommunernes indberetning af takstoplysninger i forbindelse med de årlige analyser af takstudviklingen.

#### ENS OMKOSTNINGSMODELLER

Der anvendes den samme omkostningsberegningss metode på alle typer tilbud, medmindre andet er aftalt.

Omkostningsberegningen baseres på budgettet for det år, taksten gælder.

#### KLAR SKELNEN MELLEM FORSKELLIGE OMKOSTNINGSELEMENTER

Der er en klar skelnen mellem direkte, indirekte og beregnede omkostninger.

Nedenstående beskrivelse af omkostningselementerne er ikke udtømmende, men angiver retningslinjer for takstberegningen.

#### DIREKTE OMKOSTNINGER

De direkte omkostninger består af alle de udgifter og indtægter, der direkte knytter sig til den pågældende aktivitet. Det vil som udgangspunkt sige de udgifter og indtægter, der fremgår af tilbuddenes budget, men også den andel af budgetbeløbet, der entydigt kan henføres til tilbuddet.

Direkte omkostninger omfatter således:

- ▶ Løn til personale ansat på tilbuddene (samtlige lønandele, fx pensionsbidrag, feriepenge, jubilæumsgratualer, atp, AER), samt andel af centrale lønpuljer, som ikke er udmøntet på budgetteringstidspunktet.
- ▶ Øvrige personaleudgifter til personale ansat på tilbuddene (uddannelse, udviklingsudgifter, tjenesterejser, befordring, forsikringer).
- ▶ Køb (leasing) af varer og tjenesteydelser, som foretages af tilbuddene og afholdes af tilbuddenes budget.
- ▶ Tilbuddenes ejendomsudgifter (husleje, varme, el, vand, skatter, afgifter, forsikringer, vedligeholdelse, snerydning, rengøring).
- ▶ Transport af brugere, det vil sige den del af brugertransport, der er omfattet af tilbuddenes transportforpligtelse og som er en del af tilbuddenes budget (fx udflugter og lignende). Befordring mellem hjem og tilbud afregnes direkte med den enkelte kommune og indgår således ikke i takstberegningen.
- ▶ Administrative udgifter som budgetmæssigt er henført direkte til tilbuddet, det vil sige både løn, øvrige personaleudgifter, samt køb af varer og tjenesteydelser. Det gælder også tilbuddets udgifter til konsulentbistand, supervision og rådgivning.
- ▶ Reparation og vedligeholdelse. Her kan budgettet tilpasses den enkelte tilbuds forhold, eller der kan anvendes en vejledende norm i budgetteringen svarende til 2 procent.

#### INDIREKTE OMKOSTNINGER (ADMINISTRATION, TILSYN, UDVIKLING)

De indirekte omkostninger består af de udgifter og indtægter, der er budgetteret i driftsherres budget og som er nødvendige for driften af tilbuddet, men som ikke direkte og entydigt kan fordeles på det enkelte tilbud.

Indirekte omkostninger omfatter således:



- ▶ Andel af løn og øvrige personaleudgifter til personale ansat i centrale støttefunktioner (visitation, rådgivning, personaleafdeling, økonomiafdeling, jura, kommunikation, politisk og administrativ ledelse m.m.).
- ▶ Hertil skal lægges øvrige udgifter der knytter sig til personalet ansat i centrale støttefunktioner (IT-udstyr, IT-systemer, møbler, inventar, kontorhold, telefon, kantine, ejendomsudgifter - jf. eksempler på ejendomsudgifter under de direkte omkostninger).
- ▶ Andel af køb af varer og tjenesteydelser der indgår i driften af tilbuddet, men som foretages af driftsherre og afholdes på det centrale/fælles budget (fx andel i udviklingsomkostninger, i centrale IT-systemer og telefonanlæg, m.v.).

Den vejledende norm for beregning af de indirekte udgifter, er 7 procent af de direkte udgifter.<sup>1</sup>

Embedsmandsudvalget for Socialområdet og Specialundervisning følger årligt op på eventuelle afvigelser fra den vejledende norm for beregning af de indirekte udgifter. I forbindelse med opfølgningen vil driftsherrer, der har besluttet, at de indirekte udgifter skal udgøre en højere procent af de direkte udgifter end 7 procent, skulle fremvise dokumentation med forklaringer på og sandsynliggørelse af behovet for en højere procent.

Udgifterne til det nye socialtilsyn skal fremover indgå i takstberegningen i de direkte omkostninger frem for de indirekte omkostninger. Som følge heraf anbefaler KL, at overheadprocenten reduceres. K29 og KKR Hovedstaden har dog besluttet at fastholde den vejledende norm for beregning af de indirekte udgifter på 7 procent i 2015. Dette betyder, at den særlige aftale om håndtering af udgifter til det nye socialtilsyn i takstberegningen, som blev indgået af K29 for 2014, også er gældende i 2015.<sup>2</sup> Således skal udgifter til socialtilsynet i 2015 ikke indregnes i de direkte omkostninger, ligesom der ikke, som følge af socialtilsynet, foretages en nedjustering af overheadprocenten i 2015.

Det er muligt for driftsherrer at foretage særskilt efterregulering i takstberegningen som følge af afholdte udgifter til socialtilsynet i 2015. Afholdte udgifter til socialtilsynet efterreguleres i takstberegningerne for 2016. Driftsherrer skal kunne fremvise dokumentation for behovet for at foretage særskilt efterregulering.

Den særskilte efterregulering er undtaget de gældende principper i styringsaftalen om efterregulering af over- og underskud. Det vil sige, at den særskilte efterregulering kan foretages, selvom overskuddet er mindre end grænseværdien på fem procent. Tilbud drevet af Region Hovedstaden er ikke omfattet af denne særskilte efterregulering.

#### BEREGNEDE OMKOSTNINGER

Beregneede omkostninger består af de omkostninger, hvor der ikke er overensstemmelse mellem udgift og omkostning i budgetåret. Det betyder, at større anskaffelser og bygningsudgifter, der optages i driftsherres anlægskartotek kun indgår i takstberegningen med de efterfølgende års forrentning og afskrivning.

De beregnede omkostninger omfatter således:

- ▶ Beregnede *tjenestemandspensioner* (hvis pensionerne er forsikringsmæssigt afdækket, skal den beregnede tjenestemandspension anvendes og ikke udgifterne til forsikringsdækningen).

<sup>1</sup> KKR Hovedstaden har besluttet at iværksætte en nærmere afdækning af overheadprocenten, herunder udarbejdelse af principper for beregning af et fælles udgangspunkt for overheadprocenten på socialområdet. Afdækningen gennemføres af et uafhængigt revisionsfirma.

<sup>2</sup> Håndtering af udgifter til det nye socialtilsyn i takstberegningen for 2014 og 2015. Udsendt via KL's Dialogportal den 3.10.2013.



- De fremtidige udgifter til tjenestemandspensioner for ansatte tjenestemænd indregnes i takstgrundlaget med en fast procentdel af lønsummen for de på tilbuddet ansatte tjenestemænd. Dette gælder uafhængigt af, om pensionerne er afdækket forsikringsmæssigt eller ej.
  - Der anvendes en procentsats på 20,3.
  - Det bemærkes, at det beregnede pensionsbidrag kun skal dække den del af pensionsforpligtelsen, som ligger efter 1. januar 2007. Pensionsrettigheder, som er opsparet før denne dato er udlignet ved overførslen af aktiver og passiver fra amt til kommuner og region.
- *Forrentning og afskrivning af alle de aktiver, der medgår til driften af tilbuddet (der medtages ikke forrentning af likvide midler/driftskapital).*

Den enkelte driftsherres regnskabspraksis afgør værdiansættelse og afskrivningsprofil på de aktiver, der medgår til at levere ydelsen. Der er således ikke forskellige afskrivningsmetoder indenfor samme kommune/region. Det forudsættes til gengæld, at:

- Ingen driftsherrer opskriver værdien af aktiver overført fra det tidligere amt, med mindre værdiforøgelsen kan begrundes i en værdiforøgende reovering eller lignende.
- Ingen driftsherrer ændrer regnskabspraksis med det formål at øge takstniveauet.
- Aktiver som anskaffes (straksafskrives) over tilbuddets driftsbudget kan ikke indgå i tilbuddets kapitaludgifter (gælder også forrentning).

Renten på et 20-årigt fast forrentet lån i Kommunekredit anvendes til at beregne forrentningen af aktiverne. Rentesaften opgøres per 1. april året forud for takstberegningssåret, så beregningen kan danne grundlag for den årlige rammeaftalerede gørelse og gælde for taksten det efterfølgende år.

Det betyder, at:

- Variationen i renteniveauet bliver opfanget med ca. et års forsinkelse, men medfører en *øget prissikkerhed*.
- Det er *restgælden*, der forrentes. Det vil sige aktivets værdi primo året, før nedskrivningen med de afskrivninger, der foretages i takstberegningssåret.

Fra summen af direkte, indirekte og beregnede omkostninger fratrækkes indtægter fra beboerbetalning og produktionsindtægter for at få takstgrundlaget.

#### FORDELING AF OMKOSTNINGSELEMENTER I TILBUD MED FLERE TAKSTGRUPPER

I tilbud med flere takstgrupper skal det omkostningsbaserede budget fordeles ud på de enkelte takstgrupper. Fordelingen af omkostningerne skal afspejle det reelle ressourceforbrug inden for de enkelte takstgrupper. Driftsherren kan enten fordele de direkte, indirekte og beregnede omkostninger ud fra konkrete vurderinger af ressourceforbruget inden for hver enkelt takstgruppe, eller forholdsmæssigt efter fordelingsnøgler fastsat af driftsherren.



## AFTALE OM PRISSTRUKTUR

I forbindelse med takstfastsættelse refererer *tilbud* til et tilbud efter bestemmelserne i Serviceloven. Et fysisk tilbud kan indeholde flere tilbud efter bestemmelserne i Serviceloven. Således kan et fysisk tilbud for eksempel både indeholde tilbud efter § 104 og § 108 i Serviceloven. Hvis et fysisk tilbud indeholder flere tilbud efter bestemmelserne i Serviceloven, skal der, jævnfør Takstbekendtgørelsen, fastsættes en takst for hvert af disse tilbud.

Taksten beregnes i udgangspunktet som en enhedstakst for den gennemsnitlige ydelse (den ydelsespakke), som tilbuddet, efter bestemmelserne i Serviceloven, tilbyder. Enhedstaksten beregnes som en pris per dag eller en pris per time.

Driftsherre kan vælge at inddele tilbuddet i to eller flere takstgrupper. Driftsherre skal tilstræbe at holde antallet af takstgrupper på et niveau, der sikrer gennemsigthed i prisstrukturen.

En inddeling i to eller flere takstgrupper skal foretages ud fra grupperinger af brugerne med udgangspunkt i brugernes funktionsniveau og behov for ydelser. Til hver takstgruppe skal der være tilknyttet en beskrivelse af brugergruppens funktionsniveau, der skal tage udgangspunkt i den terminologi og kategorisering af funktionsniveauer, der anvendes i Voksenudredningsmetoden eller i socialfaglige metoder som ICS-metoden for tilbud på henholdsvis voksenområdet og børne- og ungeområdet. Desuden skal der til hver takstgruppe tilknyttes en ydelsesbeskrivelse, der tydeligt angiver omfanget og tyngden af de leverede ydelser (fx socialpædagogisk støtte, terapi, pleje og omsorg m.v.).

For tilbud, som er mulige at anvende i større eller mindre grad (fx dagtilbud), kan driftsherre indregne benyttelsesgraden som en procentvis afvigelse fra taksten.

Betaling for tillægsydelser bør være en undtagelse, der særskilt skal begrundes. Som udgangspunkt anvendes der ikke abonnementsordninger.

## BEREGNINGSGRUNDLAGET

Taksten beregnes på grundlag af en belægningsprocent i tilbuddet.

Til beregning af takster anvendes gennemsnittet af belægningsprocenten 2 år forud for budgetåret. For 2015 anvendes eksempelvis gennemsnittet af den faktiske belægningsprocent i 2012 og 2013.

Såfremt driftsherre har viden, der tilsiger, at belægningen vil blive højere end gennemsnittet af to forudgående år, kan driftsherre vælge at anvende en højere belægningsprocent.

Har der været tale om en midlertidig overbelægning, kan denne udelades i beregning af belægningsprocenten. Der kan aldrig anvendes en belægningsprocent over 100.

Ved takstberegning på krise- og misbrugsområdet vil det være naturligt at beregne en takst ud fra det forventede antal brugere (med udgangspunkt i antal brugere de to forudgående år), og betragte det som en belægningsprocent på 100 procent.

### BEREGNING AF BELÆGNINGSPROCENT I TILBUD MED FLERE TAKSTGRUPPER

For tilbud med to eller flere takstgrupper beregnes belægningsprocenten på baggrund af tilbuddets samlede, gennemsnitlige belægning i 2 år forud for budgetåret, vægtet efter takstgruppernes andel af det samlede omkostningsbaserede budget. Den beregnede belægningsprocent anvendes på alle takstgrupper.

Af bilag 2 fremgår et eksempel på en model til beregning af belægningsprocenten i tilbud med flere takstgrupper. Bilag 2 kan findes som særskilt dokument på [www.rammeaftale-h.dk](http://www.rammeaftale-h.dk).





## KENDTE OG FASTE TAKSTER

Taksterne skal være kendte på budgetlægnings tidspunktet og kan ikke siden ændres. Risikoen for, at taksten er fejlbehæftet påhviler driftsherren.

## EFTERREGULERING

Afvielser inden for 5 procent af tilbuddets omkostningsbaserede budget, der ligger til grund for takstberegningen, afholdes af driftsherren. Afvielser over +/- 5 procent af budgettet efterreguleres i taksten for tilbuddet senest 2 år efter.

Efterreguleringen beregnes som nettoresultatets afvigelse (summen af afvielser på udgifts- og indtægtssiden) fra det omkostningsbaserede budget. Efterreguleringen omfatter alene afvielser i tilbuddets direkte omkostninger samt takstindtægterne, mens der ikke medregnes afvielser på de indirekte og de beregnede omkostninger.

Da taksten det første år skal fastsættes, inden det endelige regnskabsresultat foreligger, skal efterreguleringen det første år bero på den forventede afvigelse. Eventuelle forskelle mellem den forventede afvigelse og den faktiske afvigelse skal modregnes i efterreguleringen to år efter.

Af bilag 1 fremgår et eksempel på en model til beregning af efterregulering. Modellen er illustreret med en simulering af efterregulering over en 3-årig periode. Bilag 1 kan findes som særskilt dokument på [www.rammeaftale-h.dk](http://www.rammeaftale-h.dk).

Driftsherrer, der i en overgangsperiode ændrer taksten, som følge af efterreguleringer af afvielser +/- 5 procent af budgettet, skal ved forespørgsel kunne fremvise dokumentation for takstberegningen, herunder angivelse af, hvornår afvigelsen forventes dækket ind og taksten restabiliseret.

## BEREGNING AF EFTERREGULERING I TILBUD MED FLERE TAKSTGRUPPER

For tilbud med to eller flere takstgrupper beregnes efterreguleringen af over- og underskud på baggrund af nettoresultatets afvigelse fra tilbuddets samlede omkostningsbaserede budget. Efterreguleringen fordeles forholdsmæssigt ud på takstgrupperne ud fra deres andel af det samlede omkostningsbaserede budget.

Af bilag 2 fremgår et eksempel på en model til beregning af efterregulering ved anvendelse af flere takstgrupper. Modellen er illustreret med en simulering af efterregulering over en 3-årig periode. Bilag 2 kan findes som særskilt dokument på [www.rammeaftale-h.dk](http://www.rammeaftale-h.dk).

## FORHØJELSE AF BEREGNINGSGRUNDLAGET

Budgettet, der indgår i takstberegningen, kan alene reguleres som følge af p/l, lovændringer og tilpasninger i forhold til efterspørgslen (ændringer i belægningsprocenten eller justering af målgruppe). Det betyder, at hvis brugerkommunerne ændrer deres efterspørgsel, tilpasses driftsherres budget hertil. Ved væsentlige ændringer i tilbuddet, hvortil budgettet tilpasses såvel op som ned, skal driftsherren hurtigst muligt og senest ved budgetvedtagelsen varsle brugerkommunerne om ændringerne og begründelserne herfor.

## SÆRLIGE TILBUD OG YDELSER

Der er nogle tilbud, som har eller udvikler meget specialiserede ydelser, blandt andet landsdelsdækkende tilbud. Samtidig bliver nogle tilbud specielt tilpasset den enkelte bruger eller midlertidigt tilrettelagt i forbindelse med ventetid til tilbud. I forbindelse med rammeaftalen gives mulighed for at aftale andre betalingsmodeller end de anbefalede og indgå særftaler mellem brugerkommuner og driftsherrer.



Særaftaler giver som udgangspunkt ikke driftsherrer ret til at træde ud af takstaftalen. Driftsherrer, der har indgået særaftaler, bør således fortsat tilstræbe at opfylde takstaftalen. En særaftale kan, dog ved fremvisning af dokumentation, bruges som forklaring på afvigelser fra den faktiske takstudvikling.



## PRINCIPPER FOR SAMARBEJDE

### STYRINGS- OG UDVIKLINGSTILTAG FOR 2015

Med henblik på indarbejdelse i Styringsaftale 2015 blev der i andet halvår af 2013 gennemført en analyse og kortlægning af forskellige styrings- og udviklingstiltag, som skal bidrage til sikre, at hovedstadsregionens kommuner og Region Hovedstaden fastholder et stort fokus på effektiv ressourceudnyttelse og innovativ udvikling af tilbud og indsatser på det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet.

KKR Hovedstaden opfordrer, på baggrund af analysearbejdet til, at kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden arbejder systematisk med følgende områder:

- ▶ At brugersiden har fokus på at gennemføre styringsmæssige tiltag, som sikrer effektiv ressourceudnyttelse, herunder grundig udredning og match af tilbud, systematisk opfølgning på sager i forhold til effekt og økonomi, aktiv anvendelse af kvalitetsstandarder m.v.
- ▶ At kommunerne har fokus på faglig metodeudvikling og kompetenceudvikling af medarbejderne på brugersiden.
- ▶ At driftsherrerne har fokus på udvikling og omlægning af tilbud, der imødekommer den fremtidige efterspørgsel efter fleksible tilbud og indsatser med fokus på borgerens udvikling.
- ▶ At driftsherrerne arbejder målrettet med anvendelse af differentierede takster inden for de eksisterende rammer i Styringsaftalen.
- ▶ At driftsherrerne har fokus på anvendelse af velfærdsteknologi i indsatserne.
- ▶ At driftsherrerne har fokus på at udvikle tilbuddene, så de kan dokumentere effekterne af indsatserne.
- ▶ At driftsherrerne har fokus på faglig metodeudvikling og kompetenceudvikling af medarbejderne på driftsherresiden.

For at understøtte et stort fokus på ovenstående samt på den flerårige strategi for takstudviklingen, har KKR Hovedstaden godkendt følgende tiltag:

- ▶ At der i perioden 2014 til 2016 nedsættes en midlertidig implementeringsgruppe bestående af repræsentanter fra henholdsvis Embedsmandsudvalget for Socialområdet og Specialundervisning og K29 samt en repræsentant fra Region Hovedstaden. Implementeringsgruppen skal have ansvar for gennemførelsen og opfølgningen på aftaler og tiltag på området.
- ▶ At der nedsættes en permanent takstanalysegruppe bestående af centrale økonomipersoner fra udvalgte kommuner i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden med Fælleskommunalt sekretariat som tovholder. Takstanalysegruppen skal have til opgave at udarbejde de årlige analyser af takstudviklingen samt understøtte løsningen af udviklingsopgaver og ad hoc problemstillinger i forhold til styringsaftalen.



## FRISTER FOR AFREGNING FOR BRUG AF TILBUD

Driftsherren afregner månedsvis forud, hver den 10. i måneden.

På forudbestilte aflastningspladser meldes afbud senest 14 dage før det aftalte tidspunkt. Afbud senere end 14 dage før medfører betaling for den bestilte aflastning.

## OPSIGELSESVARSLER

Der er fastlagt opsigelsesvarsler for de forskellige tilbud. For alle tilbud gælder, at opsigelsesvarslet bortfalder, hvis en opsagt plads bliver besat med det samme.

- ▶ Sociale tilbud (botilbud, dagtilbud og beskyttet beskæftigelse): Løbende måned plus 30 dage.
- ▶ Akutpladser på børneområdet: Løbende måned plus 30 dage.
- ▶ Aflastning: Løbende måned plus 30 dage. Afbud for bestilt plads senest 14 dage før.
- ▶ Beskæftigelsescentre og erhvervsmæssig afklaring: Løbende måned plus 30 dage.
- ▶ Specialundervisning, børn: Løbende måned plus 90 dage.

## FORLÆNGET VARSEL VED OPSIGELSE AF FLERE PLADSER

Når en brugerkommune på samme tilbud vælger at opsig tre eller flere pladser inden for en periode på 3 løbende måneder, eller pladser svarende til indtægter på 20 procent eller mere af tilbuddets takstbaserede indtægtsbudget, forlænges opsigelsesvarslene til løbende måned plus 6 måneder.

K29 kan aftale længere opsigelsesvarsler på enkelte, særligt sårbare tilbud. Der er for 2015 ikke aftalt længere varsler på konkrete tilbud.

## OPFØLGNINGSMEKANISMER FOR BORGERES PLACERING I TAKSTGRUPPER

Handlekommune og driftsherre/tilbud har pligt til at rette henvendelse til hinanden, såfremt det vurderes, at en borger bør flyttes til enten en højere eller en lavere takstgruppe.

Én gang årligt skal der i samarbejde mellem handlekommune og driftsherre/tilbud, for eksempel i forbindelse med opfølgning på handleplaner, foretages en vurdering af borgerens funktionsniveau og behov for ydelser med henblik på borgerens placering i takstgruppe.

Handlekommune og driftsherre/tilbud kan ud fra en vurdering af borgerens funktionsniveau og behov for ydelser til enhver tid anmode om omplacering af en given borger fra én takstgruppe til en anden.

Den modsatte part skal tilstræbe at oplyse, om man er enig i denne vurdering senest ti hverdage fra, at der foreligger et tilstrækkeligt oplyst grundlag til vurdering af sagen. For at sikre fremdrift i sagsbehandlingen skal den modsatte part ved modtagelse af anmodning om omplacering hurtigst muligt indhente de nødvendige oplysninger om sagen.

I tilfælde af uenighed henstilles til, at handlekommune og driftsherre/tilbud i fællesskab, og i dialog med borgeren, hurtigst muligt finder alternative løsninger inden for samme tilbud under hensyntagen til borgerens rettigheder.

Hvis der ikke kan findes en løsning inden for tilbuddet, er det handlekommunens forpligtelse at finde alternative tilbud til borgeren.

Ved enighed om omplacering fastsættes tidspunktet for iværksættelse af omplaceringen efter konkret aftale mellem handlekommune og driftsherre/tilbud.



## AFTALE OM ETABLERING OG LUKNING AF TILBUD OG PLADSER

KKR Hovedstaden har ikke indgået konkrete tværkommunale aftaler eller aftale med Region Hovedstaden om oprettelse og lukning af tilbud og pladser i 2015.

### PRINCIPPER FOR ETABLERING AF TILBUD

Ved etablering af et nyt tilbud, der forventes at være afhængigt af salg af pladser til andre kommuner, er det driftsherres ansvar at vurdere behovet for tilbuddet og dimensioneringen af det.

Ved etablering af et nyt tilbud, som vil være afhængig af salg af pladser til andre kommuner, kan driftsherre vælge at anvende en lavere belægningsprocent i en opstartsperiode. Længden af opstartsperioden fastsættes af driftsherre, men må maksimalt være løbende år plus 12 måneder.

Driftsherre skal informere brugerkommunerne om, hvorvidt der anvendes en lavere belægningsprocent i en opstartsperiode, inden brugerkommunerne visiterer borgere til tilbuddet.

Ved anvendelse af lavere belægningsprocent i en opstartsperiode gælder følgende undtagelser fra det gældende princip om efterregulering af over- og underskud:

- ▶ Driftsherre må ikke efterregulere som følge af en negativ afvigelse fra det omkostningsbaserede budget i opstartsperioden.
- ▶ Positive afvigelser fra det omkostningsbaserede budget på mere end 5 procent skal efterreguleres over for de kommuner, der har anvendt tilbuddet i opstartsperioden.

Efter opstartsperiodens ophør skal driftsherre anvende en estimeret belægningsprocent, der er fastsat ud fra belægningsprocenten i sammenlignelige tilbud. Denne beregningsmetode må maksimalt anvendes i 3 år efter opstartsperiodens ophør. Herefter skal driftsherre anvende det gældende princip for beregning af belægningsprocenten.

### PRINCIPPER FOR LUKNING OG OMLÆGNING AF TILBUD

Driftsherre skal selv afholde alle udgifter forbundet med lukning af tilbud.

Driftsherre kan indregne etableringsudgifterne ved omlægning af tilbud i taksterne fremadrettet fra næste budgetår efter gældende principper for forrentning og afskrivning, således at de takstændringer, dette måtte medføre, er kendte på forhånd.

Ved lukning og omlægning af tilbud skal driftsherre i forbindelse med varsling af ændringerne inddrage brugerkommunerne med henblik på planlægning af overgangsperioden. Planlægningen kan blandt andet omfatte konkrete planer for ind- og udslusning af borgere.

Ved lukning og omlægning af tilbud har handlekommunen ansvar for at finde alternative tilbud til borgere, som ikke længere kan rummes i tilbuddet.

For at give driftsherre mulighed for at tilpasse kapacitet og indhold i tilbuddet skal brugerkommunerne varsle om forventede markante ændringer i efterspørgslen, så snart viden herom foreligger.

### KOMMUNERS OVERTAGELSE AF REGIONALE TILBUD

Der er fremsat lovforslag, der forventeligt træder i kraft 1. juli 2014, der regulerer kommunernes mulighed for at overtage regionale tilbud.

Med forbehold for eventuelle ændringer i det fremsatte lovforslag er følgende gældende:



Kommunalbestyrelsen kan én gang i hver valgperiode overtage regionale tilbud, der er beliggende i kommunen. I indeværende valgperiode betyder dette, at en kommunalbestyrelse/byråd, der ønsker at overtage et regionalt tilbud, skal meddele dette til Regionsrådet senest den 1. januar 2016. Overtagelse skal ske senest den 1. januar 2017.

Når kommunen fremsætter en sådan anmodning påhviler det regionen i henhold til Social- og Integrationsministeriets bekendtgørelse nr. 782 af 6. juli 2006 at fremkomme med overtagelsesvilkårene.

Af hensyn til overholdelse af varslingsreglerne i forhold til berørte medarbejdere, en hensigtsmæssig driftstilrettelæggelse og gennemførelse af en god overdragelsesproces er det i rammeaftalen fastlagt, at overtagelse normalt sker ved et årsskifte, og at kommunens anmodning om overtagelse senest fremsættes 1. januar året før overtagelsen, og gerne i forbindelse med kommunens godkendelse af rammeaftalen for året før overtagelsen. Anmodning til regionen om overtagelse af tilbud forudsætter behandling i kommunalbestyrelse/byråd, inden regionen udarbejder det konkrete overtagelsestilbud. Varsling af medarbejdere kan først bindende ske på grundlag af en endelig indgået aftale om overtagelsen mellem kommunalbestyrelse/byråd og Regionsrådet.

Kommunerne i hovedstadsregionen har ikke planlagt overtagelse af regionale tilbud i 2015.

## **TVÆRREGIONAL KOORDINATION AF DE SIKREDE AFDELINGER**

Kommunalbestyrelserne skal i dialog med Regionsrådene sikre tværregional koordination af de mest specialiserede lands- og landsdelsdækkende tilbud samt de sikrede afdelinger. Der er på den baggrund nedsat et kommunalt koordinationsforum bestående af repræsentanter fra de administrative styregrupper på det specialiserede socialområde i hvert af de fem KKR. Koordinationsforummet er ansvarlig for at udarbejde forslag til landsdækkende koordination af de berørte områder, som indgår i de enkelte rammeaftaler.

Med henblik på en udmøntning i rammeaftalen for 2015 er koordinationsforum i gang med at forberede forslag til tværgående koordination af de sikrede institutioner. Forslaget vil blive baseret på en række hensyn, som bl.a. skal sikre gennemsigtighed, budgetsikkerhed, fleksibel kapacitetstilpasning samt kvalitetsudvikling.

Arbejdet bygger på dialog med Danske Regioner, de regionale driftsherrer og Københavns Kommune.

## **KØB OG SALG AF PLADSER UDEN FOR HOVEDSTADSREGIONEN**

Aftaler indgået i rammeaftaler kan kun binde rammeaftalens parter. Det betyder, at rammeaftalen alene regulerer køb og salg af pladser mellem brugerkommuner og driftsherrer med beliggenhed inden for samme region.

I forhold til køb og salg af pladser mellem brugerkommuner og driftsherrer med beliggenhed i forskellige regioner anbefales det, at der ved hvert køb og salg af pladser udarbejdes konkrete og individuelle købskontrakter, der regulerer forpligtelsen for såvel brugerkommune som driftsherre. Købskontrakterne bør indeholde aftaler om forhold som underskudsdeling, takst, afregning m.v.



## PROCEDURER OG TILTAG I FORHOLD TIL DE MEST SPECIALISEREDE TILBUD

I Udviklingsstrategi 2015 er ni selvstændige tilbud blevet defineret som de mest specialiserede tilbud i hovedstadsregionen. Tilbuddene er målrettet målgrupper med helt særlige karakteristika og behov for specialiseret støtte og behandling og udgør en delmængde af de højt specialiserede tilbud omfattet af Udviklingsstrategien.<sup>3</sup>

De mest specialiserede tilbud er underlagt en særlig samarbejdsmodel defineret som ”nødbremse-modellen”. Formålet med modellen er at sikre, at de mest specialiserede kompetencer i disse tilbud bevares og udvikles. Modellen beskrives nedenfor.

### NØDBREMSE-MODELLEN

Den særlige samarbejdsmodel til at understøtte de mest specialiserede tilbud er underlagt følgende forudsætninger:

- ▶ Modellen træder alene i kraft undtagelsesvist, det vil sige, at den ikke automatisk er gældende for alle tilbud defineret som mest specialiserede.
- ▶ Modellen er dynamisk og har løbende fokus på udviklingen på det specialiserede socialområde fagligt, metodemæssigt, behovsmæssigt og økonomisk.
- ▶ Modellen har fokus på incitamenter, herunder både for brugerkommuner og driftsherrer.
- ▶ Modellen understøtter en omkostningseffektiv drift og styring af tilbuddene.

Modellen består af følgende overordnede elementer:

1. Driftsherre for et tilbud, der er defineret som mest specialiseret, har mulighed for at indstille tilbud, som driftsherre vurderer har behov for en særlig opmærksomhed, for eksempel hvis det vurderes at være lukningstruet.
2. På baggrund af indstillingen foretages en grundig afdækning af tilbuddets situation samt alternativer til tilbuddet.
3. På baggrund af den grundige afdækning foretages en vurdering af, om der er behov for særlige tværkommunale tiltag til bevarelse af tilbuddets viden og kompetencer.
4. Endelig træffes en beslutning om iværksættelse af særlige tiltag.

Den tværkommunale samarbejdsmodel samt de særlige tiltag er nærmere beskrevet i bilag 3 til Styringsaftale 2015. Bilag 3 kan findes som særskilt dokument på den fælleskommunale hjemmeside [www.rammeaftale-h.dk](http://www.rammeaftale-h.dk).

### TASK FORCE

Til at understøtte samarbejdsmodellen er der nedsat en permanent task force, der har følgende opgaver:

- ▶ Årlig vurdering af alle tilbud i Udviklingsstrategien, herunder særligt de mest specialiserede tilbud med udgangspunkt i de opstillede kriterier for og krav til de mest specialiserede tilbud.
- ▶ Vurdering af tilbud, der nyindstilles af driftsherrer som værende mest specialiseret.
- ▶ Konkret afdækning og vurdering af behov for særlig opmærksomhed over for et tilbud defineret som mest specialiseret på baggrund af en indstilling fra en driftsherre.

Task forcen samles med en fast kadence på to på forhånd fastsatte datoer i løbet af året, således at driftsherrer ved, hvornår det vil være hensigtsmæssigt at indstille tilbud. Derudover vil task forcen kunne samles i forbindelse med akutte behov for vurdering af tilbud.

<sup>3</sup> Kriterierne for udvælgelse af de mest specialiserede tilbud samt de udvalgte tilbud i 2015 kan findes på den fælleskommunale hjemmeside [www.rammeaftale-h.dk](http://www.rammeaftale-h.dk) under menupunktet rammeaftale/task force – de mest specialiserede tilbud.



Task forcen består af centrale nøglepersoner på både børne- og ungeområdet og voksenområdet, herunder fagpersoner fra både myndigheds- og driftsherrekommuner samt Region Hovedstaden.

Endelig skal task forcen hvert andet år foretage en vurdering af behov for og efterspørgsel efter de mest specialiserede tilbud blandt alle kommuner i hovedstadsregionen.

Kommissorium for den permanente task force, herunder tidspunkter for de årlige møder, kan ses på den fælleskommunale hjemmeside [www.rammeaftale-h.dk](http://www.rammeaftale-h.dk) under menupunktet rammeaftale/task force – de mest specialiserede tilbud.

## KRAV TIL DE MEST SPECIALISEREDE TILBUD

Der stilles følgende krav til de tilbud, som lever op til kriterierne for de mest specialiserede tilbud i hovedstadsregionen:

- ▶ Tilbuddet skal efterstræbe at være på forkant og løbende udvikle sig i forhold til målgruppernes behov, metoder, velfærdsteknologi, kommunernes efterspørgsel efter ydelser og pladser m.v.
- ▶ Tilbuddets viden, ekspertise og pladser skal være tilgængelig for alle kommuner i hovedstadsregionen, og der må ikke gives forrang til borgere fra driftsherres egen kommune eller geografiske nærområde.
- ▶ Tilbuddet skal levere synlig og offentlig tilgængelig dokumentation om bl.a. effekt af indsatserne i tilbuddet.

Den nedsatte task force medtager ovenstående krav i de løbende og konkrete vurderinger af de mest specialiserede tilbud.

## BØRNEHUSET OG SOCIALTILSYN

Minimum en gang årligt i forbindelse med indgåelse af styringsaftalen skal kommuner og region drøfte aktiviteter, drift og finansiering for det kommende år med Børnehuset i regionen, jf. § 50 a i lov om social service og Socialtilsynet, som godkender og fører tilsyn med sociale tilbud i regionen, jf. § 2, stk. 2 i lov om socialtilsyn.

Fremadrettet vil drøftelserne med Socialtilsynet og Børnehuset finde sted i 3. kvartal, og vil foregå i regi af Embedsmandsudvalget for Socialområdet og Specialundervisning. Drøftelserne vil tage udgangspunkt i årsrapporterne fra henholdsvis Børnehuset og Socialtilsynet.

Derudover vil Børnehuset og Socialtilsynet en gang årligt levere en status vedrørende aktiviteter, drift og finansiering til KKR Hovedstaden.





## BILAGSLISTE

Nedenfor fremgår en oversigt over bilag til Styringsaftale 2015:

- ▶ **Bilag 1:** Eksempel på model til beregning af efterregulering
- ▶ **Bilag 2:** Eksempel på model til beregning af efterregulering og belægningsprocent ved anvendelse af flere takstgrupper
- ▶ **Bilag 3:** Samarbejdsmodel vedrørende de mest specialiserede tilbud.

Alle bilagene kan findes som særskilte dokumenter på [www.rammeaftale-h.dk](http://www.rammeaftale-h.dk).

**Bilag: 14.1. Erfaringer med borgerbudgetter 2014.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 06. august 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 39919/14

# NOTAT

Allerød Kommune

Sekretariat

Allerød Rådhus  
Bjarkesvej 2  
3450 Allerød  
Tlf: 48 100 100  
kommunen@alleroed.dk  
www.alleroed.dk

## Erfaringer med borgerbudget i Danmark

### Baggrund

Borgerbudgetter er en metode, der handler om at skabe mere borgerdeltagelse ved at borgerne selv administrerer og prioriterer et offentligt bevilget beløb. Det handler om at understøtte og fremme lokalt engagement og frivillighed i lokalområder.

Erfaringer fra England har vist, at der kan opnås engagement og lokal deltagelse ved at gennemføre processer med borgerstyret budgettering. Erfaringer herfra viser at gentagelse af processen er afgørende for at opnå et lokalt resultat, idet borgerne skal se resultaterne af deres projekter og derved styrke lysten til at deltage fremadrettet.

I Danmark er der på nuværende tidspunkt kun ganske få eksempler og dermed begrænset erfaring med borgerbudgetter. Forvaltningen har lavet en opsamling af erfaringer fra to kommuner som har igangsat tiltag med borgerbudgetter i Danmark. Derudover er beskrevet en alternativ tilgang med lignende formål.

### Kolding Kommune:

Kolding Kommune har på nuværende tidspunkt fået de første erfaringer.

### Baggrund:

Borgerbudgettet blev besluttet i 2012 af Socialudvalget som en opfølgning på den overordnede strategi om at styrke borgerinddragelse.

Det blev samtidig besluttet at afgrænse det til et bestemt område i Kolding, Brændkjær. I området bor ca. 5.800 beboere. Borgerbudgettet er navngivet til "Brændkjær bestemmer" og der blev afsat en samlet pulje på 150.000 kr.

Kolding Kommune valgte at lave en fordeling af den samlede pulje i to ansøgningsrunder af 75.000 kr. pr. år med start i 2013, tidlig forår og sent efterår, idet det blev vurderet, at det var vigtigt at holde et løbende fokus og informationsniveauet højt igennem et helt år og derudover at det var vigtigt, at der også i det efterfølgende år blev fulgt op.

Det er således besluttet, at der også i 2014 er afsat 150.000 kr. til området.

### Foreløbigt resultat:

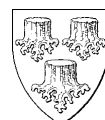
Der har været afholdt to afstemninger blandt borgerne i området som har været arrangeret i forhold til to ansøgningsrunder. Afstemningen er foretaget af de borgere som er mødt frem på afstemningsdagen og hvor der har været mulighed for at fremlægge de forskellige forslag. Afstemningen har været afholdt på en lokal skole. Kolding Kommune har i anden sammenhæng investeret i et særligt afstemningssystem som kan anvendes til afstemninger i større forsamlinger, som er kendt fra fx tv-shows.

Her er opridset de projekter som var repræsenteret ved den 1. afstemningsrunde fra foråret 2013 og den 2. afstemningsrunde fra efteråret 2013.

Dato: 14. maj 2014

Sagsbehandler:  
mies

Direkte telefon: 178



Første runde afholdt med fremlæggelse af 8 projekter:

1. Bænke og affaldsstativer med henblik på forskønnelse af området
2. I levende billeder, videoprojekt der skal dokumentere hele "Brændkjær Bestemmer"
3. Genetablering af beachvolleybane. Volleybanen skal friskes op
4. Anlæg af petanquebane og oprydning af skov
5. Sikkert i skole – og hjem igen. Trafikregulerende tiltag der kan optimere færdselssikkerhed i et bestemt vejområde
6. Ældrehygge – samværsformer med forskellige arrangementer for områdets ældre beboere
7. Torvet Sigbrit Tarzanbaneprojekt om etablering af tarzanbane og større legeplads i Sigbrits-anlægget
8. Brændkjærdag - fællesdag med aktiviteter for områdets beboere fra morgen til aften.

Vinderprojektet blev Torvet Sigbrit Tarzanbaneprojekt som fik klart flest stemmer.

Anden runde med fremlæggelse af 5 projekter.

1. Torvet Sigbrit, Tarzanbane m. legeplads for området
2. Sikkert i skole og hjem igen. Ansøgning om trafikregulerende foranstaltninger
3. Brændkjær frivillige netværk, midler til aktiviteter for områdets børn- og unge
4. Oprydning i skov og anlæg af sti til skoven samt plads til aktiviteter i skoven
5. Arrangementer for os på +60 år

Vinderprojektet blev igen projektet Torvet Sigbrit Tarzanbanen med etablering af større legeplads i Sigbrits-anlægget på offentligt areal. Det er værd at notere sig, at i de to afstemninger er henholdsvis 5 ud af 8 og 3 ud af 5 projekter, ansøgninger om fysiske anlæg.

Der er nedsat en styregruppe af borgere fra området som har dannet en forening som har drevet vinderprojektet frem. Der er blevet arbejdet med inddragelse af øvrige interessenter med lån af blandt andet maskiner m.m. til projektet fra entreprenører. Der er i området opnået et højt kendskab til projektet og der er skabt opmærksomhed samt et socialt samlingspunkt i området. Styregruppen har oprettet hjemmeside og facebook side, hvor der inviteres til at følge projektet.

<http://sigbritsparken.wordpress.com/>

Begge afstemninger er afholdt på skolen i området og det er borgere fra skoledistriktet som er afgrænset til at komme med projekter, fremlægge og stemme om projekterne.

Foreningen har eksisteret i cirka et år og holder i juni måned generalforsamling, hvor styregruppen er nødt til at få nye medlemmer grundet travlhed og deraf følgende ophør i gruppen af oprindelige medlemmer. Der er fokus på at få videreført projektet og anvendt midlerne til yderligere udvikling af legepladsen.

### **Organisation og økonomi**

Projektet er forankret under Socialudvalget. Der har været tilknyttet en medarbejder med kendskab til det pågældende område i form af boligsocialindsats og fra Forvaltningen er det udviklingschefen som driver projektet. Derudover er der trukket på ekstern konsulenthjælp og arrangeret samarbejde med lokale kræfter,



således at borgerne kunne få kvalificeret deres ideer. Blandt andet har Rotary været behjælpelige med sparring i forhold til projekterne fra borgerne.

Det har vist sig, at samlet koordinering i kommunen er et særligt fokusområde, idet forslagene skal afstemmes med myndighedskompetencen i øvrige afdelinger forud for eventuel igangsættelse, herunder blandt andet ift. diverse tilladelser fx ift. legepladstilsyn, afklaringer vedr. anlægstilladelser mv. Erfaringen fra første runde til anden runde er, at det i høj grad er vigtigt at få gjort projektansøgere klart, at det er vigtigt at få undersøgt disse forhold forud for evt. projektafstemning.

Udover selve puljen er der anvendt øvrige budgetmidler til administrative udgifter og materialer i forbindelse med projektet.

Der er som nævnt afsat 150.000 kr. i 2014 og det forventes, at der foretages en ny afstemning i området i løbet af sommeren. Kommunen overvejer derudover muligheden for at afprøve det i et andet område.

### **Hedensted Kommune**

Hedensted Kommune har netop i maj måned fået de første erfaringer med borgerbudgetter i kommunen.

#### **Baggrund:**

Borgerbudget indgår som en del af strategien for at opnå aktiv inddragelse af lokalbefolkningen i områder i kommunen. Der er afsat en pulje på 240.000 kr. og det blev besluttet, at det skulle indgå som en del af et samarbejde med allerede etablerede lokalråd.

Hedensted Kommune har valgt at opdele den samlede pulje i 4 delpuljer af 60.000 kr. hvor der i lokalrådene er mulighed for at etablere en proces med borgerbudget.

I Hedensted Kommune har processen været åben, der har ikke på forhånd været defineret nogle overordnede kriterier eller rammer for projekterne udover det overordnede tema

- Gentænk
- Styrk
- Forbind.

Det har været op til hvert lokalområde at styre processen med begrænset støtte fra kommunen. Det har kunnet lade sig gøre, idet der har været nedsat en styregruppe i hvert lokalområde med udgangspunkt i lokalrådets bestyrelse til at varetage planlægningen med udgangspunkt i et større informationsmøde i hvert område.

#### **Foreløbigt resultat:**

Der er på nuværende tidspunkt været projektpræsentation i tre områder og afholdt afstemning. Et område mangler stadig at definere endelige projekter og afholde afstemning.

Det har vist sig, at der for hvert af de tre områder er blevet genereret borgerdrevne projekter.

Der har typisk været afholdt tre til fire møder i forbindelse med planlægningen. Et opstartsmøde, et midtvejsmøde, en præsentationsdag og så selve afstemningen. Det har været lokalt bestemt, hvordan afstemningskriterierne har været.

Her er helt overordnet de foreløbige resultater fra de tre områder:



### **Område 1:**

Stemmekriterier var borgere bosiddende i området som er fyldt 18 år. Der var i alt 9 projekter. Der var to projekter som vandt afstemningen.

- Et initiativ om at forbedre og gøre en indsats for forskønnelse af en skolehave/gård
- Projekt om bedre IT infrastruktur i området.

De to fik, hver 30.000 kr. Det har vist sig, at der er skabt et fælles engagement i området og at folk er gået sammen om også at forsøge at arbejde videre med de øvrige projekter som ikke vandt. Der søges nu andre fonde og tilskud til at realisere disse.

Tilbagemeldingen er at flere af projekterne ikke var kommet frem, hvis der på forhånd havde været nogle definerende rammer for ansøgningen.

### **Område 2:**

Her har afstemningskriterierne været, at man skulle være tilknyttet skolerne i området således, at man skulle være elev på skolen eller borger i området. Alle over 6 år kunne stemme. Afstemningen medførte tilslutning til følgende projekter:

- Lydisolering i forsamlingshus
- Modernisering af legeplads og udeareal v. skole
- Indkøb og etablering af skaterbane/rampe

Der var yderligere projektideer, der ikke opnåede tilslutning som fx

- Stolehynder til forsamlingshus
- Opstilling af bænke v. strandareal
- Grill og bålplads

Det har her vist sig at flere af projekterne understøttede allerede eksisterende tilbud i området.

### **Område 3:**

I dette område blev det af styregruppen defineret, at der skulle gøres noget for unge i området og af unge, specielt i forhold til kunst og kultur. Her viste det sig, at puljen kunne dække alle projekter. Der blev delt informationsflyers ud i området og afholdt to møder. Her er en erfaring, at det var noget vanskeligere at få mobiliseret projekter og ideer, men det lykkedes blandt andet via brug af de sociale medier. Det har også vist sig, at det var vigtigt, at der var flere projekter som fik støtte, således at de unge fik oplevelsen af at deres projekter blev taget alvorligt og der var mulighed for at få gennemført ideer.

Projekterne der kom frem her var:

- Fodbold og Cheerleading, søgt og fået 5000 kr.
- OL i Stenderup, søgt og fået 10.000 kr.
- Relationer på tværs, søgt og fået 20.000 kr.
- Café Christ, søgt og fået 10.000 kr.
- LAN Party, søgt og fået 8.000 kr.
- Street Dance søgt om 10.000 kr. og fået 7.000 kr.

Generelt er alle tre områder ved at gå gang med projekterne.

### **Organisation og økonomi**

Der har været tilknyttet en medarbejder fra kommunen og der har været afsat beløb til administrativ støtte til materialer og afstemning tryk mv. til hvert område. Endelig har der været en pulje på 50.000 kr. til ekstern konsulentbistand i



forbindelse med forberedelse og studietur til England for at se, hvordan borgerbudgetter organiseres der.

I Hedensted Kommune forestår endnu en afsluttende opsamling af erfaringer fra de tre områder og der mangler som nævnt stadig et område. Det er dog besluttet, at man også til næste år vil videreføre puljen og der er overvejelser om, hvorvidt der er andre områder i kommune, hvor metoden skal afprøves og evt. i forhold til specifikke temaer. Det forventes at projekterne er afsluttet i 2014 og der således vil være en samlet opsamling af erfaringerne ved udgangen af året.

### **Fredensborg Kommune**

En anden variant i forhold til borgerbudgetter er at invitere borgere til at etablere indsatser via puljer. Puljen har typisk et bestemt formål og har ofte i højere grad på forhånd opstillede kriterier og derved rammesat, hvilke ansøgninger der ønskes. Puljen og afgørelsen om hvilke projekter der kan opnå støtte er typisk forankret i et udvalg.

I Fredensborg Kommune er der i marts måned 2014 blevet etableret en pulje på 250.000 kr. med titlen "Medborgerskabspuljen". Det er Børne- og Skoleudvalget, der behandler ansøgninger til puljen.

Der er ansøgningsfrist én gang om året og der er opstillet tre overordnede kriterier for ansøgningerne i 2014.

- Tryghed og fællesskaber på tværs
- Medinddragelse og samskabelse
- Uddannelse og beskæftigelse

Puljen kan ansøges af institutioner, foreninger, grupper og enkeltpersoner bosiddende i kommunen.

### **Konklusion**

Erfaringer med borgerbudgetter i Danmark er stadig meget begrænset. Det er Forvaltningens vurdering, at der i de kommende år vil være væsentligt flere eksempler og derved et bedre grundlag at vurdere effekterne af tiltagene, idet en række kommuner er i gang med lignende aktiviteter. Der er samtidig stigende fokus på at udvikle nye deltagelsesformer i lokalsamfund og styringsrammer for nærdemokratiet mange steder i landet.

I Allerød Kommune, vil et forsøg med borgerbudget kunne iværksættes specifikt for et bestemt område i byen. Det kunne være i et område af de tre byområder eller inden for et skoledistrikt. Årsagen til, at det skal være et bestemt afgrænset område er, at det vil gøre det lettere at skabe en borgerstyret proces omkring, hvilket initiativ eller hvilke initiativer som skal støttes, idet der lægges op til at det vil være borgerne selv som i sidste ende, driver processen frem og til sidst stemmer om, hvilket egnet initiativ som skal iværksættes.

På den baggrund vil Forvaltningen anbefale, at et eventuelt pilotforsøg bør afgrænses til fx Lyngby, Blovstrød eller et område i Lillerød.

Beboelsen Ørnevang og Uglevang under Lillerød Boligforening har i forhold til "den boligsociale helhedsplan" allerede aktiviteter som søger at fremme lokal deltagelse og beboerdemokratiske processer, hvilket kunne være et sted at afprøve metoden.

Det er Forvaltningens vurdering, at en proces kan gennemføres inden for 8 måneder og at eventuelle projekter vil kunne vurderes efter 12-18 måneder.



Medborgerskabspuljen er et alternativ, som kan være et første skridt i forhold til at afprøve muligheden for at fremme nogle borgerdrevne projekter.

Her kunne med udgangspunkt i en pulje på 50.000 kr. sættes en ramme, hvor der kun gives støtte til ét enkelt projekt, men at der var mulighed for at fremlægge projekterne for interesserede og få en indikation af hvilket projekt der var mest opbakning til. Udvalget ville på den baggrund også have mulighed for at komme i dialog med borgerne om ideerne.

Kriterierne kunne fx være to temaer:

- Initiativer som fremmer møder på tværs af generationer
- Initiativer som fremmer nytænkning i lokalområdet

Derudover kunne der sættes følgende retningslinjer:

- Der skal være flere borgere involveret (ej støtte til enkeltmandsinitiativer)
- Initiativet skal udføres af borgere bosat i lokalområdet.

Men derudover ville der være fri mulighed for at søge puljen, både for institutioner, foreninger og grupper.

Forskellen i forhold til den gængse § 18 pulje afsat til støtte til frivilligt socialt arbejde vil være, at der er tale om en bredere målgruppe. En medborgerskabspulje vil kunne være klar til udmøntning inden for en tidshorisont på ca. 6 måneder.

Det er dog Forvaltningens vurdering, at der i Allerød Kommune vil kunne opnås initiativer som i effekt og omfang med et budget på 50.000 kr. i lige så grad vil gavne lokalområdet i den eksisterende organisering med fordeling af § 18 midler til frivillige sociale foreninger sidst på året. Der kunne i denne fordeling fokuseres på at prioritere nye initiativer i højere grad end at støtte eksisterende initiativer.

