

Samlet redegørelse for opfølgning på tilsyn i 2005 på plejehjem, i hjemmeplejen, på dagcentre og træningscentre samt hos private leverandører af personlig og praktisk hjælp.

Dette notat indeholder en samlet redegørelse for opfølgning på tilsyn i 2005. Redegørelsen omfatter centrale aktiviteter på plejehjem og -centre, i hjemmeplejen, på dagcentre og træningscentre samt aktiviteter i forbindelse med private leverandører af personlig og praktisk hjælp.

I forlængelse af tilsynet udarbejder den enkelte institution handlingsplaner, der indeholder de aktiviteter, institutionen igangsætter som følge af tilsynene. Der udarbejdes handlingsplaner i forlængelse af både Embedslægetilsynet og Det Kommunale Tilsyn. Selve handlingsplanen gennemføres af den enkelte enhed. Ældrekontorerne og Ældrestaben følger op på handlingsplanerne. Der er igangsat aktiviteter både lokalt og centralt med det sigte fortsat at sikre den generelle kvalitet.

Indsatsområderne for plejehjem og -centre omfatter indsats inden for områderne sundhedsadministrative forhold, sundhedsfaglige forhold, adgang til sundhedsfaglige ydelser og sundhedsrelaterede forhold.

Desuden beskrives indsatsen i forbindelse med hjemmeplejen, på dagcentre og træningscentre samt med private leverandører af personlig og praktisk hjælp.

Endelig skitseres ”Retning og prioritering for 2005 og 2006” samt tilsynskonceptet for 2006.

Opfølgning på anbefalinger fra Embedslægetilsyn og Det Kommunale Tilsyn med plejehjem og -centre

Sundhedsadministrative forhold

Skriftlige instrukser samt individuelle ansvars- og kompetenceforhold

Skriftlige instrukser og veldefinerede krav til kompetencer er vigtige elementer til sikring af den overordnede kvalitet. De fleste plejehjem har udarbejdet instrukser, som personalet følger i det daglige arbejde, herunder vejledninger for kritiske arbejdsgange.

Revision af kvalitetsstandarder

Kvalitetsstandarderne er tema for de anmeldte tilsyn i 2006.

Kommunen skal ifølge Lov om Social Service § 74 a udarbejde Kvalitetsstandarder for personlig pleje og praktisk hjælp i henhold til Servicelovens § 71 og Kvalitetsstandarder for genoptræning og vedligeholdende træning i henhold til Servicelovens § 73 a.

Kvalitetsstandarderne beskriver serviceniveauet for ældreplejen, som Sundheds- og Omsorgsudvalget og Borgerrepræsentationen har fastsat. Målet er at skabe sammenhæng mellem det politisk besluttede serviceniveau, myndighedernes visitation og afgørelse og leverandørens udførelse af hjælpen. Kvalitetsstandarderne godkendes årligt, jf. ”Godkendelse af kvalitetsstandarder for personlig og praktisk hjælp samt genoptræning og vedligeholdende træning” (SOU 405/2005 J.nr. 1/2004).

Der er ikke lovkrav om kvalitetsstandarder på dagcenterområdet.

Sundhedsfaglige forhold

Plejeplaner og Bestiller-Udfører-Modtager modellen (BUM)

Den sundhedsfaglige dokumentation vedrører både plejehjem og hjemmeplejen.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen udarbejdede i 2004 en vejledning i anvendelse af plejeplaner. Et nyt dokumentationssystem baseret på en række blanketter til dokumentation af den samlede pleje- og omsorgsindsats blev taget i brug for nyindflyttede beboere på plejehjem pr. 1. december 2004. I forbindelse med indførelse af BUM på plejehjem gennemføres dialogvisitation af beboerne. Dialogvisitationen danner udgangspunkt for udarbejdelse og revision af plejeplanen, samt giver data til brug for fastsættelse af ydelser og pris.

Implementering af BUM på plejehjem fortsætter i 2006. Alle beboere er nu visiteret med udgangspunkt i pakkekonceptet, og fokus er på udarbejdelse af plejeplaner og udmelding af skyggebudgetter til det enkelte plejehjem.

Plejeplaner:

Plejehjemmene er godt i gang med at udarbejde plejeplaner. Plejehjemmene er blevet opfordret til at anvende ”standardiseret sundhedsfaglig dokumentation”. Dette er anbefalet, da redskabet er konstrueret, så det understøtter BUM tænkningen. Derudover er redskabet udarbejdet med henblik på at lette arbejdet med konvertering til KOS, når det bliver aktuelt.

I løbet af 2006 afvikles der 4 grundkurser i BUM for nøglemedarbejdere. Fokus i disse kurser er på BUM og på udarbejdelse af plejeplaner.

Skyggebudgetter:

Det er planlagt, at plejehjemmene fra april 2006 skal arbejde med skyggebudgetter i forhold til BUM. Formålet med skyggebudgetter er dels at få et erfaringsgrundlag til at kvalificere timeprisberegning og budgetmodel, og dels at give plejehjemslederne mulighed for at få erfaringer med at planlægge og styre med BUM i praksis.

Ledernes behov for evt. efteruddannelse i forbindelse med BUM er ved at blive afdækket af HR-staben.

Det er planen, at den nye budgetmodel for plejehjem skal tages i anvendelse fra årsskiftet 2007.

Implementering af plejeplaner i hjemmeplejen sker målrettet borgere med komplekse plejebehov, og det er besluttet, at 1000 borgere med de mest komplekse plejebehov skal have udarbejdet plejeplaner.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har udarbejdet en status på implementeringen af plejeplaner i hjemmeplejen, der viser, at der medio november 2005 var udarbejdet 612 plejeplaner. Antallet af plejeplaner udarbejdet i de enkelte lokalområder varierer. Status viser desuden, at arbejdet med plejeplanerne har ført til øget dialog imellem medarbejderne, skabt fokus på hjemmehjælperens kendskab til borgeren, samt sat fokus på helheden i indsatsen hos borgeren. Antallet af udarbejdede plejeplaner er pr. 6. marts 2006 steget til 669. Det forventes, at der gennemføres en egentlig evaluering af plejeplanerne medio 2006.

Elektronisk dokumentation, KOS

KOS (Københavns Kommunes Omsorgs System) skal understøtte kommunens målsætninger på ældreområdet og medvirke til at skabe gennemsigtighed, dokumentation og overblik i styringsgrundlaget. Systemet skal bidrage til bedre service til borgerne, ensartet serviceniveau i hele byen, større kvalitet i dokumentationen, styring af kapacitet og behov, forenkling af det administrative arbejde, samt effektivisering og bedre ressourceudnyttelse.

KOS er indført i alle hjemmeplejeenheder, alle P/O kontorer samt på Døgnplejens Basecenter. Selve implementeringen begyndte i 2002 og er afsluttet februar 2006. Systemet anvendes af 3.500 medarbejdere i hjemmeplejen og rummer nu 16.400 journaler for modtagere af hjemmepleje.

Plejehjemmene kommer på KOS i 2006, hvilket betyder, at systemet så anvendes af 7.000 medarbejdere. De private leverandører kommer ligeledes på systemet i 2006.

Implementering af KOS på plejehjemmene begynder maj 2006. I løbet af 2006 it-understøttes medicinhåndteringen på alle plejehjem og hele beboerjournalen på et pilot-plejehjem. I alt undervises 1.200 medarbejdere. I 2007 it-understøttes beboerjournalen, og alle øvrige medarbejdere undervises. Implementering af en elektronisk løsning betyder, at plejehjemmene får et strenget medicinhåndteringssystem, hvorved risikoen for dokumentationsfejl mindskes.

På træningsområdet arbejdes i 2006 med at forberede indførelsen af KOS på træningscentrene. Arbejdet gennemføres parallelt med udarbejdelse af BUM model, krav til sundhedsfaglig dokumentation og koncept for standardiserede genoptræningsforløb.

I forhold til de private leverandører er der udviklet en elektronisk løsning, der betyder en forenkling af det administrative arbejde. Krav om anvendelse er bygget ind i kontrakterne med de private leverandører.

Som eksempler på videreudvikling af funktionalitet i KOS kan nævnes kost- og ernæringsområdet, faldforebyggelse, fokusområdet og dosisdispensering.

KOS er fx repræsenteret i en projektgruppe, der skal udarbejde en masterplan for implementering af dosisdispensering i hjemmeplejen.

Medicinhåndtering

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har fokus på medicinhåndteringen og har i den forbindelse iværksat en række tiltag.

Resultaterne fra Embedslægetilsynene viser en forbedring af medicinhåndteringen fra 2004 til 2005, og resultaterne fra Det Kommunale Tilsyn viser en stor forbedring af medicindokumentationen fra 2004 til 2005 og en stort set uændret medicinadministration. Det betyder, at der er specielt behov for forbedring af medicinadministrationen.

I det følgende redegøres der for de iværksatte tiltag.

Uddannelse

Det er vigtigt, at medarbejderne har de rette kvalifikationer, når de skal håndtere medicin.

Efteruddannelsen KIM (Kvalitet I Medicinhåndtering) er et uddannelsesforløb udviklet i samarbejde mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Social- og Sundhedsskolen i Københavns Amt. Kvalitet i medicinhåndtering udbydes for social- og sundhedsassistenter og plejehjemsassistenter. Uddannelsen har et omfang på 13 kursusdage og er tilrettelagt i fire moduler fordelt over ni uger. Undervisningen omhandler lægemiddellære, informationssøgning, medicinadministration og dokumentation samt forebyggelse og opsporing af utilsigtede hændelser. Efteruddannelsen begyndte som et projekt i januar 2004 og var på daværende tidspunkt målrettet plejehjem. Fra efteråret 2005 er KIM blevet et fast kursustilbud til alle institutioner på ældreområdet. I 2005 har 95 medarbejdere gennemført uddannelsen.

Hjælp til håndtering af medicin er et kursus i medicinhåndtering for medarbejdere med erfaring som social- og sundhedshjælper. Det er et nyt tilbud, der er etableret fra efteråret 2005. På uddannelsen undervises i de mest almindelige lægemidler, observationer af psykiske og fysiske ændringer ved brug af medicin, samt videregivelse af relevante observationer og informationer. Kurset er tilrettelagt for medarbejdere ansat i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens plejehjem og hjemmepleje og har en varighed af tre dage. Uddannelsen er tilpasset specielt til Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, sådan at der undervises i forvaltningens interne instrukser og redskaber. I løbet af 2005 har 43 medarbejdere gennemført kurset.

Dosisdispensering

Sundhedsstyrelsen anbefaler dosisdispensering af medicin, og Københavns Kommune har besluttet at udbrede og tilbyde dosisdispensering. Formålet er at øge kvaliteten i den medicinske behandling gennem at forbedre rutiner og mindske fejl.

Dosisdispensering er en ordning, hvor apoteket pakker medicin til den enkelte borger. Apoteket pakker medicinen i dosispakker til hvert indtagelsestidspunkt i den kronologiske rækkefølge, som medicinen skal tages. På hver dosispakke er trykt borgerens navn og cpr-nr., navn på medicinen i pakken, og dato og tidspunkt for, hvornår borgeren skal tage medicinen.

Københavns Kommune er i gang med at implementere dosisdispensering. Det langsigtede mål er at udbrede dosisdispensering til alle borgere, hos hvem dosisdispensering er egnet. For at dosisdispensering er egnet hos en borger, skal borgeren være i stabil medicinsk behandling, tage mere end 3 lægemidler dagligt og/eller modtage hjælp til medicinindtagelse i eget hjem eller på plejehjem.

I 2006 er succeskriteriet, at alle plejehjemsbeboere er vurderet mhp. dosisdispensering, mens indsatsen på hjemmeplejeområdet intensiveres i 2007. Det skønnes, at dosisdispensering er egnet hos 50 % af alle borgere på plejehjem.

Der er nedsat en projektgruppe, der udarbejder lokalt tilpasset vejledningsmateriale, der skal supplere de landsdækkende pjecer. Det er planen at udsende materialet til P/O kontorer, ældrekontorer, plejehjem og hjemmeplejeområder, samt øvrige aktører på medicinområdet i begyndelsen af april. Der er etableret en implementeringsgruppe med repræsentanter fra alle bydele, og flere steder er der allerede aktiviteter i gang i forhold til implementeringsarbejdet.

I 2004 var der 1245 borgere på dosisdispensering og i 2005 1437 borgere i Københavns Kommune.

Antallet af borgere, der får dosisdispenseret medicin, øges fortsat på landsplan, således var der ved årsskiftet 26.423 brugere af dosisdispensering mod 22.000 brugere ved årsskiftet 2004/2005.

Bedre medicin til de ældre

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har igangsat projektet ”Bedre medicin til de ældre”. Projektets formål er, at skabe fundament for en målrettet indsats til at sikre hensigtsmæssig medicinsk behandling af de ældre såvel generelt i ældresektoren som lokalt på de enkelte plejehjem i forhold til sovemedicin, angstdæmpende medicin og antipsykotisk medicin samt polyfarmaci. Projektets første fase, der afvikles i foråret 2006, indeholder en kortlægning af forbruget af sove-, angstdæmpende og antipsykotisk medicin hos plejehjemsbeboere, samt en afdækning af ordinationsmønstre, arbejdsgange og faktorer, der har indflydelse på den medicinske behandling af plejehjemsbeboere. På baggrund af kortlægningen og en analyse af dataindsamlingen beskrives og planlægges projektets anden fase, der skal indeholde en målrettet intervention. Projektets anden fase igangsættes i efteråret 2006.

Vidensnetværk

Der er nedsat en gruppe, som fungerer som vidensnetværk og består af lokalområdernes faglige konsulenter og repræsentanter fra Centralforvaltningen. Netværkets arbejde skal ses som en

støtte til processen med at nedbringe fejl på områderne medicin og plejeplaner. Netværket arbejder med de behov, lokalområderne har for indsats og støtte i opfølgningen på tilsyn. Netværket deler viden og styrker mellem ældrekontorerne og stabe, bl.a. udveksling af materialer, fx. lokale medicininstrukser, vejledninger til plejeplaner og udveksling af andre effektive lokale tiltag.

Personalerettede forhold

Større mulighed for uddannelse og udvikling af medarbejderne, herunder medarbejderudviklingssamtaler (MUS)

MUS er et element i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens personalepolitik og har siden 2004 været en del af ledelsens resultatlønskontrakter. Der har været og er fortsat fokus på MUS. Det personalepolitiske regnskab viser, at der blev gennemført 60 % MUS i foråret 2005 og 40 % MUS i foråret 2003, hvilket viser en klar forbedring i antallet af gennemførte samtaler. Ligeledes fremgår det, at 77 % af lederne har gennemført MUS i foråret 2005 sammenholdt med 49% af lederne i 2003. Egentlige udviklingsplaner er udarbejdet i en tredjedel af tilfældene.

Resultaterne fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningens trivselsundersøgelse i 2005 viser et lidt højere tal for gennemførte MUS. Således blev MUS gennemført i høj grad i 48 % af tilfældene og til en vis grad i 25 % af tilfældene, hvilket svarer til i alt 73 %.

De sundhedsfaglige grunduddannelser

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har en omfattende uddannelsesforpligtigelse i de grundlæggende social- og sundhedsuddannelser og i sygeplejestudiet, idet Sundheds- og Omsorgsforvaltningen varetager undervisning, vejledning og bedømmelse af ca. 1100 elever og studerende i ca. 22.000 praktik-/studieuger om året.

Der har ikke været tradition for at tænke de faglige og pædagogiske rammer for disse grunduddannelser ind i en samlet styringsmæssig sammenhæng, når der forhandles økonomi om uddannelsesreformer mellem stat og kommuner, og når uddannelses- og studieordninger godkendes i bestyrelsessammenhænge. Det betyder, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har et efterslæb i forhold til uddannelsesforpligtigelsen.

Der er derfor i 2005 -2006 sat ledelsesmæssigt fokus på grunduddannelsesopgaven i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. I efteråret 2005 blev der foretaget en delvis afdækning af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens varetagelse af grunduddannelsesopgaven. Konklusionen af denne afdækning blev, at der er behov for at gennemføre et fælles Sundheds- og Omsorgsforvaltnings projekt gældende for alle lokalområder med fokus på kvalitetsudvikling og effektivisering af grunduddannelsesopgaven i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Et sådant projekt gennemføres i 2006 og 2007. Der er planlagt aktiviteter indenfor følgende områder:

- Udarbejdelse af en uddannelsespolitik og kvalitetsstandarder for grunduddannelserne med fokus på at definere grunduddannelse som en selvstændig kerneydelse, og at investering i grunduddannelsen af elever og studerende er en investering i morgendagens medarbejdere i ældreplejen.
- Opkvalificering og kompetenceudvikling af medarbejdere med medansvar for uddannelse af elever og studerende.
- Udarbejdelse af en samlet økonomisk analyse af grunduddannelserne på ældreområdet og et forslag til en budgetmodel som kan skabe større budgetsikkerhed, gennemskuelige budgetprincipper, større sammenhæng i den strategiske udvikling af grunduddannelserne, aktivitetsstyring, og sikkerhed i forhold til at kunne levere tal til tiden.
- Overtagelse af nye (regionale) opgaver som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen skal overtage i forlængelse af kommunalreformen, herunder varetagelse af myndighedsopgaven i forbindelse med ansættelse af elever og ansvar for dimensionering og koordinering af elev- og studiepladser i samarbejde med Region Hovedstaden.
- Udarbejdelse af forslag til fremtidig organisering af området under hensyntagen til det overordnede projektformål; at sikre kvalitetsudvikling og effektivisering af grunduddannelsesopgaven.

Kompetenceudvikling af de udførende sygeplejersker

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i 2004 vedtaget en profil for de udførende sygeplejersker, som beskriver formål og mål med sygeplejen, som hjemmeplejen vanskeligt kan leve op til i dag. Det skyldes formodentlig en kombination af manglende kompetenceudvikling og organisatoriske forhold.

I forhold til kompetenceudvikling har HR Staben netop afsluttet en undersøgelse af de udførende sygeplejerskers formelle uddannelsesmæssige kvalifikationer. Analyser og foreløbige konklusioner i undersøgelsen skal ses i forhold til et vurderet behov for styrkelse af efter- og/eller videreuddannelsesaktiviteten af fire væsentlige årsager.

- For det første har der ikke været tilbudt systematiske efter- og/eller videreuddannelses-tilbud til medarbejderne i en årrække, og det vurderes, at der er et stort efterslæb.
- For det andet stilles der, som følge af at specialiseringen på sygehusene øges, indlæggelsestider afkortes, og flere patienter behandles ambulant, flere krav til Sundheds- og Omsorgsforvaltningens varetagelse af meget komplekse sygeplejeopgaver.
- For det tredje får Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, i forlængelse af kommunalreformen, ansvar for en del nye borgerrettede opgaver indenfor sundhedsfremme, forebyggelse, pleje og rehabilitering samt nye opgaver knyttet til kvalitetsudvikling, patientsikkerhed og forskning.

- For det fjerde er det forventningen, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen skal øge indsatsen overfor allerede igangværende aktiviteter indenfor faldforebyggelse, medicinforbrug, forebyggelse af ensomhed, isolation, sårbehandling, inkontinens, opsporing af demens samt forebyggende kost, fysisk aktivitet m.m. og forstærke indsatsen, når det gælder den patientrettede forebyggelse til kronisk syge patienter med type 2 diabetes, knogleskørhed, muskel- og skeletsygdomme, psykiske lidelser og KOL- patienter.

Det forventes derfor, at der er behov for efter- og/eller videreuddannelse indenfor:

1. en række sygeplejefaglige kerneområder, som kommunen varetager i dag
2. nye opgaver indenfor sygepleje, sundhedsfremme, forebyggelse og genoptræning
3. nye komplekse sygeplejeopgaver
4. overordnet koordination af sammenhængende forløb
5. viden og metodeudvikling, herunder udviklings- og forskningsinitiativer
6. sundhedsfaglig dokumentation, kvalitetssikring og udvikling

Foreløbige konklusioner fra undersøgelsen:

Der er en del variation i gruppen af udførende sygeplejerskers alder, uddannelsesmæssige baggrund og ansættelsesanciennitet dels generelt og dels lokalområderne imellem.

Der er mange udførende sygeplejersker, som gennem årene har taget en diplomuddannelse. Det betyder, at 39 % af alle udførende sygeplejersker har en uddannelse på professionsbachelor eller diplomniveau. Det vurderes umiddelbart at være et stort gode i forhold til de efter- og/eller videreuddannelsesaktiviteter, som skal igangsættes som forudsætning for en vellykket implementering af profil for de udførende sygeplejersker.

En meget stor gruppe af udførende sygeplejersker har imidlertid ikke fået tilbudt efter- og/eller videreuddannelse i en årrække, og der er brug for en meget intensiv indsats i forhold til denne gruppe medarbejdere både på kort og lang sigt.

Der er for en del faglige områder god overensstemmelse mellem de udførende sygeplejerskers ønsker, og de krav og forventninger, som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, i hvert fald på kort sigt (indeværende år), har i forhold til at påbegynde en kompetenceudviklingsplan for de udførende sygeplejersker med henblik på implementering af profil for de udførende sygeplejersker.

Der må dog fokuseres på, at 43 % af de udførende sygeplejersker, der indgår i undersøgelsen, ikke ønsker at efteruddanne sig eller er i tvivl. En stor del af nejsigere og tvivlere er under < 49 år.

Noget tyder på, at der er behov for afklaring af efter- og/eller videreuddannelsesmuligheder og eventuelle krav fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningens side samt ledelsesmæssig opbakning - blandt og til - både tvivlerne og nejsigerne. Dette med henblik på at motivere til efteruddannelse, så medarbejderne føler lyst og overskud til at tage fat.

Sygefravær

Sygefraværet er et blandt flere parametre, der viser noget om medarbejdernes trivsel. Der er igangsat følgende indsatser på centralt niveau:

- Trivselsundersøgelser
- Nuanceret sygefraværstatistik
- Direktionen har udmeldt fravær som et fokusområde for hele forvaltningen, og det er et mål i samtlige KC-chefers resultatkontrakter at nedbringe fraværet
- Projekt arbejdsfstholdelse og rummelighed, som blev gennemført i 2003-04, udviklede metoder til at øge trivslen og reducere fraværet
- Forebyggelse af arbejdsskader i regi af BST og Rygskolen med særlig fokus på forflytninger og rygskader
- Projekt forbedring af hjemmeplejens arbejdsmiljø, har fokus på både det psykiske og det fysiske arbejdsmiljø
- BST yder generelt rådgivning om såvel fysisk og psykisk arbejdsmiljø
- SYFO (Sygdom og Forebyggelse) yder støtte til den enkelte arbejdsplads og den enkelte medarbejder i forbindelse med fravær og mistrivsel
- Folkesundhed har tilbud til arbejdspladserne omkring sunde arbejdspladser.

Den vigtigste indsats for at nedbringe fraværet foregår ude på de enkelte arbejdspladser. Det handler om:

- Tæt ledelsesmæssig fokus på fraværet, herunder overblik og viden via vagtplan
- Klar og synlig fraværspolitik
- Sygefraværssamtaler med den enkelte, eventuelt henvisning til SYFO
- Arbejdstilrettelæggelse, dvs. skabe en fleksibel arbejdstidstilrettelæggelse, som giver den enkelte indflydelse på egen arbejdstid
- Seniorordninger, hvor der kan tages hensyn til medarbejdere, som har slidskader
- Trivsel og psykisk arbejdsmiljø, arbejdet med at skabe en god trivsel på arbejdspladsen, hvor den ledelsesmæssige indsats også er afgørende
- Brug af delvise raskmeldinger, så tidlig tilbagevenden understøttes.

Tal fra det Personalepolitiske Regnskab 2005 viser, at tilfredsheden med at være ansat i Sundhedsforvaltningen er steget fra 70% i 2001 til ca. 75% i 2005.

Adgang til sundhedsfaglige ydelser

Samarbejde mellem praktiserende læger og sygehusvæsen (H:S)

Embedslægeinstitutionen har anbefalet en kortlægning af de problemer, der opstår i samarbejdet med de praktiserende læger og sygehusvæsenet. De enkelte plejehjem reagerer hurtigt på problemstillingerne, bl.a. ved at tage direkte kontakt til de implicerede parter.

Der samarbejdes derudover med de praktiserende læger om at påvirke forbruget af lægemidler ved, at principperne for rationel farmakoterapi indgår som en naturlig overvejelse ved enhver

ordination af medicin til borgere i Københavns Kommune. Rationel farmakoterapi defineres som den lægemiddelbehandling, der giver størst virkning med de mindst alvorlige og det færreste antal bivirkninger - til lavest mulige behandlingspris.

Der udsendes nyhedsbreve og ordinationsstatistikker og holdes temamøder med fokus på rationel farmakoterapi.

Samarbejdet med H:S har vi indledt gennem etablering af en styregruppe. Det primære arbejde er at etablere en fælles lægemiddelkomite på tværs af sektorerne.

Sundhedsrelaterede forhold

Hygiejne

Fokus for Embedslægetilsynet i 2005 er hygiejne og smitteforebyggelse (SOU 37/2005 J.nr. 45/1999). Ved Embedslægetilsynet blev der givet anbefalinger til flere plejehjem, og på et plejehjem blev der konstateret fejl og mangler i relation til hygiejnen/håndhygiejnen.

Antallet af MRSA (meticillin resistente stafylokokker) tilfælde er i kraftig stigning. Hygiejnenheden på Hvidovre Hospital har den 31. januar 2006 oplyst, at antal MRSA tilfælde i Københavns Kommune er steget til 201 tilfælde i 2005 fra 121 tilfælde i 2004 og 33 tilfælde i 2003. På landsplan er identificeret ca. 800 tilfælde, hvilket betyder, at Københavns Kommune med ca. 10% af landets befolkning har 25% af de identificerede MRSA tilfælde. I Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ses den største stigning - en fordobling af tilfælde fra 2004-2005 - i lokalområde Christianshavn/Amager.

Vedrørende den generelle forebyggelse, opsporing og hindring af spredning af infektionssygdomme så står Sundheds- og Omsorgsforvaltningen overfor en række nye udfordringer i forbindelse med regionaliseringen med hjemtagelse af genoptræningsforpligtelsen. I hospitalsregi er genoptræningsafsnit allerede i dag defineret som risikoområder med stor sandsynlighed for spredning af smittefarlige infektionssygdomme, herunder fx diarrésygdomme og MRSA.

Det må forventes, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningens kommende genoptræningsenheder vil stå i en tilsvarende situation, defineret som risikoområde. Det må ligeledes forventes, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen forbereder sig på at kunne håndtere disse udfordringer.

Endvidere vil stigningen i optimerede/accelererede patientforløb bevirke, at forvaltningens enheder - såvel plejehjem og hjemmepleje mv. i højere grad end tidligere skal kunne yde pleje, omsorg og praktisk hjælp til borgere med infektionssygdomme. Såvel den aktuelle situation med MRSA tilfælde og den fremtidige med hjemtagelse af genoptræning samt hospitalernes satsning vedr. optimerede/accelererede patientforløb stiller store krav til medarbejdernes kundskaber og adfærd vedrørende hygiejne.

Dialog med brugerne

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i samarbejde med TNS Gallup i april-juni 2005 gennemført en brugertilfredshedsundersøgelse (SOU 269/2005 J.nr. 24/2005). Af rapporten "Bru-

gertilfredsundersøgelse af hjemmepleje og plejehjem i Københavns Kommune” udarbejdet af Gallup og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fremgår, at 87% af respondenterne på plejehjem alt i alt er tilfredse eller meget tilfredse med at bo på plejehjem. 89% er alt i alt tilfredse med personalet, og 71% er alt i alt tilfredse med maden.

På en skala fra 1-5 er eksempelvis den gennemsnitlige tilfredshed med aktiviteter 3,92. Aktiviteterne omfatter træning, udflugter, gåture, fællessang og madlavning. 60% af samtlige respondenter er tilfredse med de daglige aktiviteter. 9 % er utilfredse, og relativt mange har valgt at svare ”ved ikke”. Sammenholdes resultaterne med Den Kommunale Tilsynsenheds anbefalinger til flere aktiviteter ses her en vis overensstemmelse.

Opfølgingsplan på brugertilfredshedsundersøgelsen fremgår af SOU 399/2005 J.nr. 24/2005. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil sætte fokus på måltidet på plejehjem og de daglige aktiviteter.

Opfølgning på anbefalinger fra Det Kommunale Tilsyn i hjemmeplejen

Sundhedsfaglig dokumentation

For en nærmere beskrivelse henvises til det foregående afsnit vedrørende sundhedsfaglig dokumentation på plejehjem.

Hjemmeplejens arbejdsmiljø, herunder APV

I forbindelse med udførelse af arbejde i borgerens hjem er leverandøren af ydelsen pligtig til at udarbejde en arbejdspladsvurdering, der beskriver komplekse arbejdsmiljøforhold i hjemmet samt løsning af disse. Arbejdsmiljøproblemer, der kan løses umiddelbart, beskrives ikke i arbejdspladsvurderingen.

For at understøtte de decentrale enheders arbejde med udarbejdelse af arbejdspladsvurderingen i borgerens hjem, arbejdes der på at integrere APV'en med KOS systemet. Det forventes, at KOS APV'en vil være udrullet til hjemmeplejen inden udgangen af 2006.

Det er også en bestilleropgave at udarbejde APV i forbindelse med bestilling af ydelsen.

I forlængelse af brugerundersøgelsen (SOU 399/2005 J.nr. 24/2005) vil Sundheds- og Omsorgsforvaltningen sætte fokus på antal hjælpere i hjemmet og information om hjemmehjælpen.

Opfølgning på anbefalinger fra Det Kommunale Tilsyn i dagcentre og træningscentre

Dagcentre

Dagcentrene er en del af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens dagtilbud. Forvaltningen arbejder med udgangspunkt i det fastlagte formål for dagtilbudet med at målrette og kvalificere tilbudet til borgerne. Målet er, at dagtilbudet skal have en vifte af tilbud, der tilgodeser borgernes forskellige behov, og således at de forskellige målgrupper sikres valgmuligheder.

Træningscentre

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i dag ansvaret for at tilbyde genoptræning til borgere over 65 år med funktionsnedsættelse som følge af sygdom, der ikke har medført sygehusindlæggelse. Kommunalreformen betyder, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fra 2007 også får ansvaret for genoptræning efter sygehusindlæggelse for alle aldersgrupper. Med kommunalreformen er træningsområdet således kommet i fokus. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil i 2007 have fokus på organisering og indhold i den samlede genoptræningsindsats.

Opfølgning på anbefalinger fra Det Kommunale Tilsyn til private leverandører af personlig og praktisk hjælp

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens hjemmehjælpsmodtagere har siden efteråret 2003 haft mulighed for frit at vælge mellem leverandører af personlig og praktisk hjælp mv. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i den forbindelse indgået kontrakt med i alt 19 private og 8 kommunale leverandører. Hovedparten af leverandørkontrakterne udløber i oktober 2008.

I forbindelse med indgåelsen af nye kontrakter inden for frit valgs området har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen sikret, at leverandørernes forpligtigelser mht. bl.a. koordination og samarbejde er yderligere præciseret. De nye kontrakter blev indgået i oktober 2005.

Retning og prioritering for 2005 og 2006

Retning og prioritering for 2005 består af fem hovedområder og 29 prioriterede indsatser. Arbejdet med alle områder er forløbet planmæssigt, og områderne kan generelt betragtes som en platform for det videre arbejde.

Strategiarbejdet i 2006 bygger videre på strategien fra 2005, således at der skabes kontinuitet samtidig med, at fokus snævres ind. Fokus i 2006 er først og fremmest på kerneydelsen, hvor borgeren møder medarbejderen. Medarbejdernes ressourcer og den ledelsesmæssige understøttelse er vigtige parametre. Kommunalreformen træder i kraft den 1. januar 2007, hvilket også skal forberedes.

Dette betyder, at fokusområderne er:

”Først og fremmest borgeren”

Borgeren skal opleve kvalitet i ydelserne. Dialogen med borgerne skal fortsat udvikles, og der skal lyttes til borgernes behov og forventninger og skabes helhed i opgaveløsningen. I 2006 sættes bl.a. fokus på plejeplanerne.

”Medarbejderne - den afgørende ressource”

Medarbejdernes faglige og personlige udvikling er vigtige parametre i forbindelse med den attraktive arbejdsplads. Det er vigtigt, at vi kan levere ydelser af høj faglig kvalitet og tiltrække og fastholde de rigtige medarbejdere. De plejefaglige og IT-mæssige kompetencer hos udførerne har betydning for kerneydelsen. Der er fortsat fokus på sygefraværet.

”Kommunalreformen i praksis”

Kommunen får som konsekvens af kommunalreformen ansvaret for flere områder, bl.a. genoptræningsområdet. Dette ansvar betyder, at der er mulighed for en højere grad af målrettede og sammenhængende tilbud til borgerne.

Tilsynskonceptet 2006

Embedslægeinstitutionen er myndighed på tilsynsområdet.

Tilsynet i 2006 er ændret lidt i forhold til 2005, idet Sundhedsstyrelsen og embedslægerne har udarbejdet standarder for medicinbehandling og sygeplejefaglige optegnelser, som tages i brug i 2006. Formålet med standarderne er at få et ensartet grundlag for tilsynene og samtidig præcisere kravene til god behandling og pleje af beboerne. Der er ikke tale om nye krav, men om konkretisering af gældende krav ud fra eksisterende regelsæt og vejledninger på området.

I 2006 vil der endvidere blive sat fokus på plejebolighedens træningstilbud til beboerne. Dette er nærmere beskrevet i årsrapporten, bilag 2.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens erfaringer med det kommunale tilsyn i 2005 danner udgangspunkt for konceptet for tilsyn i 2006, hvilket er beskrevet i ”Koncept for tilsyn med plejehjem m.fl.” (SOU 398/2005 J.nr. 44/1999). På plejehjemsområdet opereres med de samme fokusområder som i 2005. De anmeldte tilsyn vil derudover sætte fokus på arbejdet med kvalitetsstandarderne.

På hjemmeplejeområdet fokuseres på plejen og omsorgen for de mest plejekrævende brugere, og tilsynet vil følge op på de udarbejdede plejeplaner. Tilsynene med dagcentre, træningscentre og med private leverandører af personlig og praktisk hjælp vil foregå som i 2005. Tilsynet vil desuden følge op på resultaterne fra brugerundersøgelsen.

Tilsynets bemærkninger og anbefalinger i 2005 arbejdes der videre med på de kommunale tilsyn i 2006.