



Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Tilsynsenheden

Kommunale tilsyn på ældreområdet i København



Årsrapport 2005

1	Resumé	3
2	Baggrund	4
3	Tilsyn med plejehjem	5
3.1	Uanmeldte tilsyn.....	5
3.2	Anmeldte tilsyn	10
3.3	Tværgående observationer.....	13
3.4	Tema 2005 : Bestiller – Udfører – Modtager modellen	13
3.5	Tema 2004 : Måltidet	15
4	Tilsyn med kommunale hjemmeplejeenheder.....	15
5	Tilsyn med dagcentre.....	21
6	Tilsyn med kommunale træningscentre.....	23
7	Tilsyn med private firmaer	26
8	Høring og offentliggørelse.....	28
9	Opfølgning på tilsynene	29
10	Institutionernes evaluering af tilsynene	29
11	Lovgivning	30

1 Resumé

I 2005 har de kommunale tilsyn omfattet de lovpligtige tilsyn på plejehjem, tilsyn på kommunale hjemmeplejeenheder, dagcentre og træningscentre samt de private leverandører af hjemmeplejeydelser.

I 2005 gennemførte Sundheds- og Omsorgsforvaltningen 183 tilsyn.

Hovedkonklusionen på de kommunale tilsyn er, at der udføres en tilfredsstillende pleje og omsorg på de københavnske ældreinstitutioner/hjemmepleje og at langt hovedparten af brugere og pårørende udtrykker tilfredshed med den omsorg der ydes. Ligeledes udtrykker langt hovedparten af medarbejderne tilfredshed med at arbejde på institutionerne.

Tilsynet har besluttet opfølgende tilsyn på tre institutioner, hvor der blev konstateret kritisable forhold. To af disse opfølgende tilsyn blev aflagt i 2005 og det kunne konstateres, at der var rettet op på forholdene.

På de uanmeldte tilsyn på plejehjem kunne der konstateres en væsentlig forbedring af medicindokumentationen. På fokusområderne plejeplaner og medicinadministration blev der givet flere anmærkninger i 2005 end i 2004.

På de anmeldte tilsyn kunne tilsynet konstatere, at den langt overvejende del af beboere og pårørende var tilfredse med den ydede pleje.

Tilsynets anbefalinger omhandlede primært arbejdsorganisering, sygefravær, aktiviteter for beboerne, information og introduktion af nyansatte.

Temaet for de anmeldte tilsyn på plejehjem var i 2005: 'Indførelsen af BUM på plejehjem', som støtte til implementeringsprocessen.

På de uanmeldte tilsyn i de kommunale hjemmeplejeenheder, kunne tilsynet konstatere en tilfredsstillende pleje, en tilfredsstillende basisdokumentation samt at hjemmepleje yder de visiterede ydelser. Der konstateredes mangler i arbejdspladsvurderingerne samt på medicinområdet.

På de anmeldte tilsyn på dagcentre mødte tilsynet tilfredse brugere. Der savnes dog kvalitetsstandarder på området, hvilket området til dels bærer præg af.

På de anmeldte tilsyn på træningscentre mødte tilsynet ligeledes tilfredse brugere og medarbejdere. Brugere oplever at generhverve funktioner og dermed en øget livskvalitet.

På de uanmeldte tilsyn med de private leverandører er tilfredsheden med tøjvask, personlig pleje og til dels indkøb ret høj. Tilfredsheden med leverandører af praktisk bistand og grundig rengøring ligger noget lavere.

Generelt for alle leverandører kan der konstateres mangler i den leverede dokumentation som leverandøren, ifølge leverandørkravene, skal stille til rådighed for Pensions- og Omsorgskontoret.

Det drejer sig især om statistikmateriale vedrørende aflysninger, flytning af besøg og statistik over modtagne klager.

Alle tilsynsrapporter sendes i høring på institutionerne, i bruger-pårørenderåd og ældreråd. Efter endt høring offentliggøres tilsynsrapporterne på Københavns Kommunes hjemmeside.

2 Baggrund

I henhold til Servicelovens § 75 h har kommunalbestyrelsen pligt til at føre tilsyn med, at de kommunale opgaver efter §§ 71 og 73a løses i overensstemmelse med de afgørelser kommunen har truffet og i henhold til kommunens vedtagne kvalitetsstandarder jf. § 74a.

Tilsynspligten vedrører således de opgaver, der omhandler personlig hjælp og pleje, hjælp/støtte til praktiske opgaver i hjemmet samt tilbud om genoptræning og hjælp til vedligeholdelse af fysiske og psykiske færdigheder.

Som et led i tilsynsforpligtelsen skal der hvert år foretages mindst ét anmeldt og ét uanmeldt tilsynsbesøg på plejehjem og i lignende boligenheder.

Formålet med tilsynet er

- at bekræfte og synliggøre for borgeren, at der er sammenhæng mellem de politiske fastsatte mål, værdier og standarder og udførelsen i praksis
- at påse, at borgerne får den hjælp de har ret til, og at gældende regler bliver fulgt
- at understøtte den gode udvikling gennem dialog.

Efter hvert tilsyn skal der udarbejdes en tilsynsrapport til brug for opfølgning på tilsynsbesøget. Derudover skal der mindst en gang årligt udarbejdes en samlet redegørelse om tilsynene.

Tilsynet skal varetages af personer, der *ikke* samtidig har udfører-opgaver på området.

Siden 2004 har tilsynene i Københavns Kommune også omfattet de kommunale hjemmeplejeenheder, træningscentre, dagcentre og private firmaer, der leverer hjemmeplejeydelser.

Der er således udført to lovpligtige tilsyn – et anmeldt og et uanmeldt - på alle plejehjem, ét uanmeldt tilsyn på de kommunale hjemmeplejeenheder, ét anmeldt tilsyn på dagcentre og træningscentre samt ét uanmeldt tilsyn på de private firmaer, der leverer hjemmeplejeydelser under fritvalg-lovgivningen.

Alle tilsyn er blevet udført af Tilsynsenheden.

I alt er der blevet udført 183 kommunale tilsyn.

Grundlag for tilsynene er:

- Lov om social service
- Sundheds- og Omsorgsforvaltningens regelsæt

- Sundheds- og Omsorgsforvaltningens kvalitetsstandarder
- Vedtagne politikker i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
- Leverandørkrav til private firmaer

3 Tilsyn med plejehjem

Der udføres to årlige tilsyn, dels et uanmeldt tilsyn og dels et anmeldt tilsyn. Tilsynene er udført i vilkårlig rækkefølge, dog således at der mindst er gået tre måneder mellem de to tilsyn.

3.1 Uanmeldte tilsyn

Formålet med det uanmeldte tilsyn er:

- *at kontrollere kvaliteten i tilrettelæggelse og udførelse af pleje og omsorg på udvalgte områder, om der er overensstemmelse med lovgivning, kvalitetsstandarder og Sundheds- og Omsorgsforvaltningens retningslinier*
- *at belyse den faktisk oplevede kvalitet af pleje og omsorg*
- *at belyse beboernes oplevelse af medinddragelse og fleksibilitet*

Pleje og omsorg skal forstås bredt og dækker områder som hygiejne, ernæring, aktivitet, medinddragelse, trivsel og tryghed.

På det uanmeldte tilsyn kontrolleres om beboerne får den hjælp, de har krav på, om hjælpen ydes efter behov, og om beboerne inddrages i de daglige opgaver.

Oplevelsen af indflytning, madens kvalitet, rengøring, arrangementer og daglig træning og aktivitet har været berørt. Derudover er stamdata, plejeplaner og medicinhåndtering og dokumentation kontrolleret. Plejepersonalets kendskab til og informationsniveau vedrørende den enkelte beboer har været undersøgt.

Ved hvert tilsyn udvælges 8-10 % af beboerne ud fra folkeregisteret. Der indhentes samtykke fra beboerne på deres bekræftede ønske om at medvirke ved tilsynet.

Fokusområderne

På det uanmeldte tilsyn vurderes kvaliteten af de leverede ydelser til beboerne ud fra fem fokusområder. Observationerne bedømmes af tilsynet ud fra tre bedømmelsesmuligheder:

- Ingen bemærkninger
Det observerede lever op til lovgivning, sundheds- og Omsorgsforvaltningens regler, rutiner, kvalitetsstandarder og almindelig faglig standard. Ingen eller ubetydelige mangler
- Mindre mangler
Det observerede lever på visse områder ikke op til lovgivning, sundheds- og Omsorgsforvaltningens regler, rutiner, kvalitetsstandarder og almindelig faglig standard

- Større fejl og mangler
Det observerede lever på flere områder ikke op til lovgivning, sundheds- og Omsorgsforvaltningens regler, rutiner og kvalitetsstandarder og almindelig faglig standard

Fokusområde omsorg

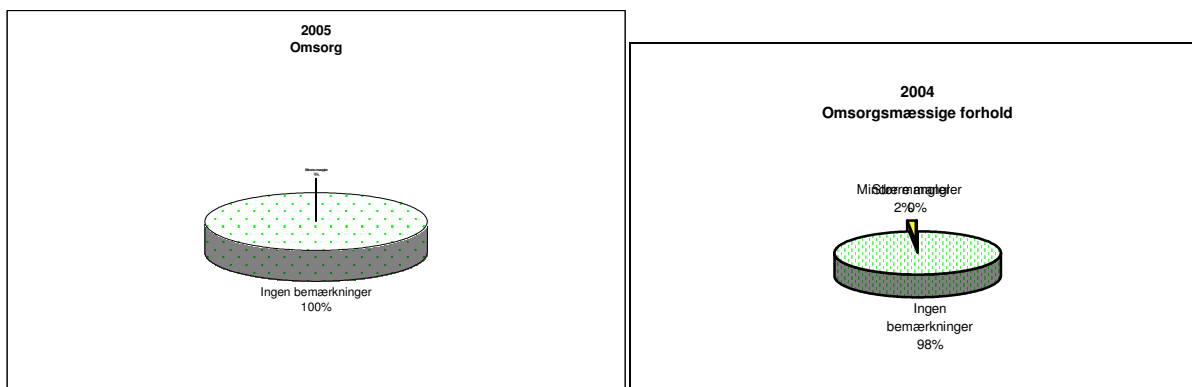
Ved interview med de udvalgte beboere og medarbejdere/kontaktpersoner afdækkes indsatsen overfor beboeren.

Beboerne interviewes ud fra følgende :

- Indflytning – hjælp og information i forbindelse med indflytningen
- Pleje – om beboerne finder at modtage den pleje og omsorg, der er behov for
- Mad – tilfredshed med måltiderne og mulighederne for valg
- Rengøring – beboernes opfattelse af rengøringsstandarden
- Aktivitet – muligheden for at deltage i aktiviteter
- Træning – gymnastik og træningsmuligheder
- Pårørende – plejehjemmets inddragelse og samarbejde med pårørende
- Om der sker inddragelse af beboeren i opgaveløsningen.
- Om beboeren har indflydelse på hjælpen – f.eks. muligheden for at bestemme, hvornår beboeren skal hjælpes op om morgenen

Vedrørende medarbejderen :

- Medarbejdernes faglige baggrund samt tilknytning til hjemmet.
- Hvordan arbejdet / plejen tilrettelægges.
- Kendskab til beboerne.
- Introduktion til opgaverne
- Medinddragelse af beboeren i opgaveløsningen
- Ændringer i beboerens tilstand – hvorledes medarbejdere reagerer på ændringer i beboernes almentilstand



Resultaterne viser, at der udføres en tilfredsstillende **pleje og omsorg** på de københavnske plejehjem og at langt hovedparten af de beboere og pårørende, som tilsynet har talt med, er tilfredse med plejehjemmets pleje og omsorg.

I 2005 er der ingen plejehjem, der har fået anmærkninger til pleje og omsorg. Det er således en forbedring fra 2004, hvor der var anmærkninger på ét plejehjem og i 2003, hvor fire plejehjem fik anmærkninger til pleje og omsorg.

Plejehjemmene anvender i en vis udstrækning uddannet arbejdskraft, langt de fleste steder har disse dog modtaget relevant introduktion og anvendes kun til mindre komplicerede opgaver.

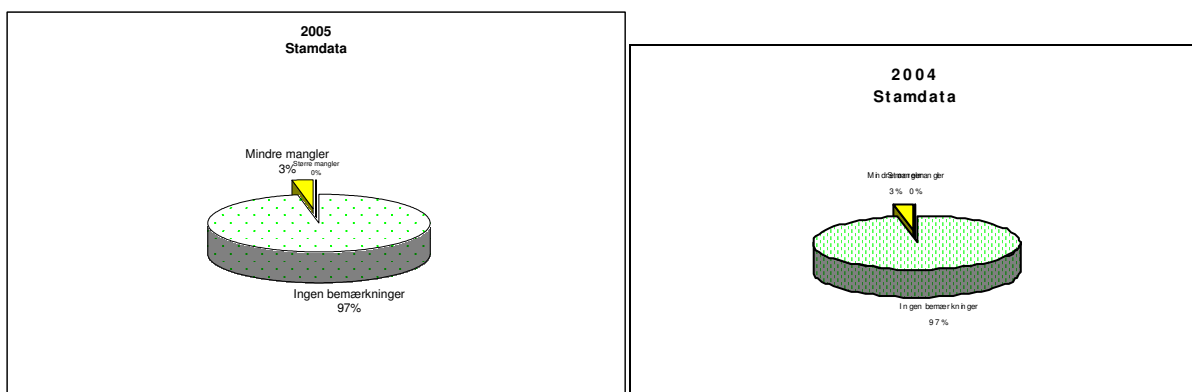
Medarbejderne udtrykker generelt tilfredshed med at arbejde på institutionen. Mange giver udtryk for stor travlhed og finder, at der stilles mange nye krav især på dokumentationsområdet. En del medarbejdere med social- og sundhedshjælperuddannelse har vanskeligt ved at leve op til de nye dokumentationskrav.

Der er enkelte plejehjem, der arbejder med nye måder at organisere arbejdet på, således at alle funktioner/aktiviteter spredes mere ud over dagen frem for at være koncentreret mellem kl. 8 og 12. Det almindelige billede er dog, at plejehjemmene er meget hektiske i formiddagstimerne og noget mere stille efter kl. 13.

Fokusområde stamdata

Ved studie af plejehjemmets dokumentationsmateriale observeres, om der forefindes relevante basisoplysninger på den enkelte beboer til brug for den daglige pleje.

Det drejer sig om oplysninger om beboerens sygdomme, allergier og navn på pårørende, læge og kontaktpersoner.



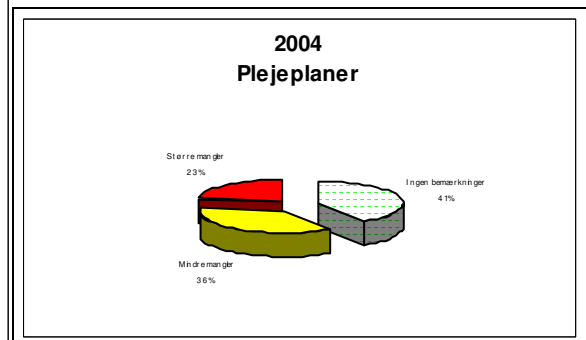
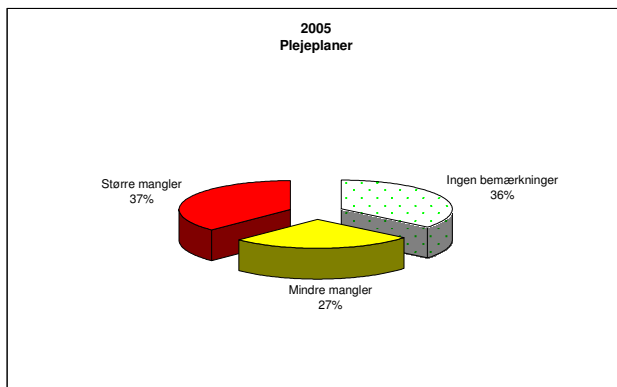
De fleste plejehjem har de nødvendige **stamdata**. Der er kun 3 % af plejehjemmene, der har fået konstateret mangler i forhold til deres optegnelser om beboerne. Dette svarer til niveauet for 2004 og fortsat en klar forbedring i forhold til 2003, hvor der blev konstateret mangler på 18% af plejehjemmene.

Fokusområde pleje/handleplaner

Ifølge serviceloven skal der udarbejdes en plan for den samlede pleje- og omsorgsindsats.

Plejeplaner skal bidrage til at sikre en koordineret og målrettet indsats for den enkelte beboer.

Tilsynet observerer således om der er udarbejdet fremadrettede plejeplaner med udgangspunkt i beboerens livshistorie på områderne: pleje, aktiviteter, socialt samvær, træning og kost.



Dette er en opgave, hvor der fortsat konstateres en del mangler på plejehjemmene. Mange plejehjem finder, at det er en stor opgave, som det er vanskeligt at finde tid til i en travl hverdag.

En hel del af medarbejderne har ikke den store træning i skriftlig kommunikation og arbejdet med plejeplanerne er derfor ofte overladt til ledere.

I 2003 manglede der udarbejdelse af plejeplaner på ca. halvdelen af plejehjemmene. Der skete en forbedring i 2004, hvor der manglede plejeplaner på ca. 20 % af plejehjemmene.

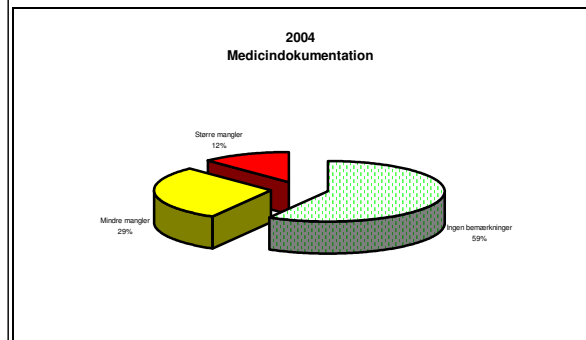
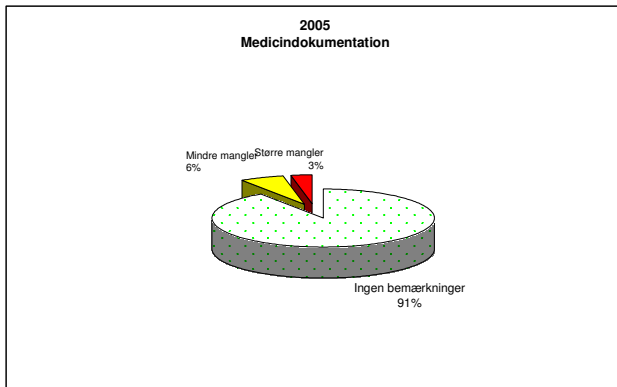
Denne forbedring er desværre ikke fortsat i 2005, hvor der blev konstateret større mangler på mere end 1/3 af plejehjemmene.

Dette kan måske skyldes, at plejehjemmene har brugt ressourcerne på dialogvisiteringerne i forbindelse med BUM eller ibrugtagning af det nye KOS dokumentationsmateriale.

Fokusområde medicindokumentation :

Tilsynet kontrollerer følgende :

- Den lokale medicininstruks.
- Om plejehjemmet har en lokal nøgleperson på medicinområdet
- Om plejehjemmet udfører egenkontrol
- At oplysninger på ordinationsark og doseringsskema stemmer overens.
- At det fremgår hvem der har ordineret medicinen.
- At der mindst én gang årligt foretages en medicinstatus, hvor beboerens egen læge anmodes om at tage stilling til den aktuelle medicinordination
- Der forefindes dokumentation ved injektioner
- At der er opmærksomhed om forbruget af afhængighedskabende medicin.



På dette område er der sket en meget positiv udvikling, hvor der nu kun er konstateret mangler på 9 % af plejehjemmene, hvilket er et fald fra 41 % i 2004. I 2003 var der anmærkninger på 55 % af plejehjemmene.

De fleste plejehjem er nu overgået til et ét-strengt dokumentationssystem, hvilket er den primære årsag til den positive udvikling.

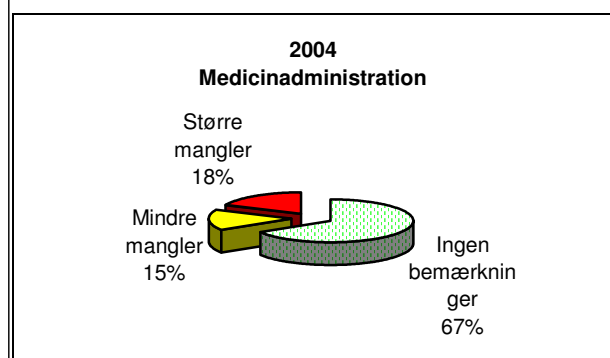
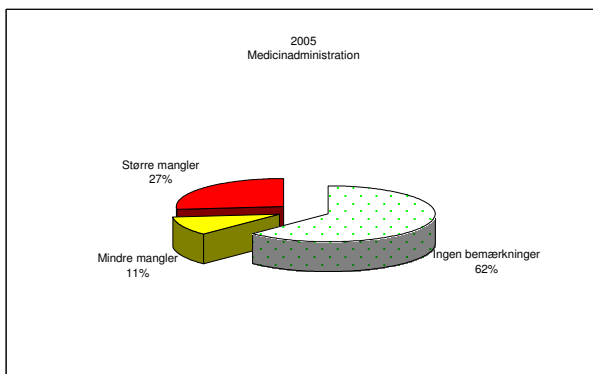
Tidligere omhandlede en mindre del af anmærkningerne manglende medicinstatus.

Medicinstatus er lægens godkendelse af den samlede medicinering af beboeren. Denne status skal søges indhentet hos beboerens egen læge mindst en gang om året. Dette er nu indarbejdet som en fast praksis på alle plejehjem, hvilket bidrager til, at beboerne modtager den korrekte medicinske behandling.

Fokusområde medicinadministration:

Tilsynet kontrollerer følgende:

- At den doserede medicin stemmer overens med den ordinerede medicin.
- At medicinen opbevares korrekt.
- At udløbsdatoen for medicinen ikke er overskredet.
- Tydeligt navn på doseringsæskerne og medicinglas.
- At det kan identificeres, hvem der har ophældt borgerens medicin.



Mangler i medicinadministrationen er aktuelle fejl i den medicin, der er ophældt til beboeren. Disse fejl udgør dermed et noget større problem for beboeren end dokumentationsfejl.

På administrationsområdet fortsætter stigningen i fejlene desværre. Der er sket en stigning fra 33 % i 2004 til 38 % i 2005. I 2003 fandtes der fejl på 25 % af plejehjemmene.

Forskellen mellem mindre og større mangler er begrundet i omfanget af fejlene. Mindre mangler gives f.eks. ved fejldosering af afføringsmidler, milde smertepræparater eller jerntilskud.

Større mangler gives ved f.eks. ved fejldosering af hjertemedicin, morfinpræparater eller insulin.

Der gives også større mangler, hvis doseringen er korrekt, men medicinen ikke er givet til beboeren, og der ikke foreligger dokumentation om årsagen.

Som to eksempler på **mindre** mangler i **medicinadministration** kan nævnes

Eksempel 1: *Hos én beboer var doseringen af afføringsmedicin ikke i overensstemmelse med ordinationen.*

Eksempel 2: *Hos én beboer findes vanddrivende medicin som ikke er givet i ét tilfælde til beboeren for en uge siden. Årsagen er ikke dokumenteret.*

Som to eksempler på **større** mangler i **medicinadministrationen** kan nævnes :

Eksempel 1: *For tre af de ni beboere stemmer den doserede medicinen ikke overens med den ordinerede medicin.*

Eksempel 2: *Ved én beboer er der en dag til middag ophældt en smertestillende tablet for meget. Hos denne beboer skulle der efterdoseres i samtlige seks doseringsæsker, hvilket skulle have været foretaget og dokumenteret, men der mangler dog stadig efterdosering af to præparater.*

3.2 Anmeldte tilsyn

Formålet med det anmeldte tilsyn er, *at institutionens organisatoriske styrker og svagheder afdækkes i et udviklingsperspektiv.*

- *at undersøge den faktisk oplevede kvalitet, kan være med til at styrke muligheden for at respektere borgernes forskellige livsformer, og at de skal støttes i at vælge og leve efter den livsform, de foretrækker.*
- *at afdække organisatoriske styrker og svagheder i et udviklingsperspektiv, kan være med til at understrege kommunens ansvar for, at medarbejderne løbende får mulighed for at udvikle sig fagligt, som et led i deres arbejde.*

På det anmeldte tilsyn er der taget udgangspunkt i et spørgeskema, som plejehjemmet har udfyldt inden tilsynet. På tilsynet er der taget afsæt i særlige problemfelter, som er identificeret ud fra besvarelsen af spørgeskemaet. Der har været særlig fokus på organisation og ledelse, medarbejdertrivsel og beboer-/pårørenderåds generelle opfattelse af plejehjemmet.

Ved anmeldte tilsyn er den metodiske tilgang:

Gruppesamtale med repræsentanter for brugere og pårørende ud fra spørgeguide.

Gruppesamtale med repræsentanter for medarbejdere ud fra en spørgeguide.

Et afsluttende dialogmøde mellem tilsynet og ledelsen. Dialogen tager udgangspunkt i plejehjemmets besvarelse af spørgeskema og de to gruppesamtaler.

På baggrund af ovenstående udarbejder tilsynet en konklusion og giver eventuelt plejehjemmet anbefalinger på forhold, det vil være hensigtsmæssigt at tage stilling til eller arbejde videre med.

Resultater

Konklusionerne viser, at den langt overvejende del af beboere, pårørende og medarbejdere udtrykker tilfredshed med plejehjemmet.

Tilsynet har derfor indtryk af, at de fleste plejehjem har en velfungerende organisering, beboertrivsel og medarbejdertrivsel.

På de enkelte plejehjem kan der dog være områder, hvor der er behov for en yderligere indsats og i dette lys skal tilsynets anbefalinger ses.

I nedenstående skema er tilsynets anbefalinger grupperet i temaer.

Plads	Tema	Antal anbefalinger 2005	Antal anbefalinger i 2004
1	Arbejdsorganisering	37	20
2	Sygefravær	29	13
3	Information	22	21
4	Introduktion	17	15
5	<i>Aktiviteter</i>	16	26
6	<i>Medarbejder udvikling</i>	14	28
7	Medinddragelse brugere	13	12
8	<i>Måltider</i>	12	23
9	<i>Fysiske rammer</i>	10	17
10	Dokumentation	8	1
11	Ledelse	7	5
12	Beklædning	5	8
13	<i>Internt samarbejde</i>	5	14
14	BUM	3	NY
15	<i>pleje omsorg</i>	2	13
16	Medinddragelse af medarbejdere	1	7

Fed = flere anbefalinger i 2005 end i 2004, *Kursiv* = færre anbefalinger i 2005 end i 2004

På ét plejehjem har tilsynet konstateret kritisable forhold i forbindelse med de anmeldte tilsyn. Det har især omhandlet stor utilfredshed fra beboere og pårørendes side begrundet i konkrete oplevelser, samt mangelfuld instruktion af uuddannet personale. Det opfølgende tilsyn aflægges i 2006.

Kommentarer til anbefalinger:

Flere plejehjem har ændret medarbejdernes mødetider for at imødekomme beboernes behov for samvær med personalet i eftermiddags- og aften timerne eller for at imødekomme ønsket om at spise varm mad om aftenen. På andre plejehjem har personalets mødetider ligget fast i mange år og tilsynet har anbefalet, at man tager disse forhold op til drøftelse på plejehjemmet. En del plejehjem har ændret organisationsstruktur inden for de sidste år, således at strukturen bedst muligt matcher opgaverne.

Mange plejehjem har fokus på måltidernes betydning, herunder placeringen over døgnet. Der er dog enkelte plejehjem, hvor tilsynet har fundet, at der er for kort tid mellem hovedmåltidernes placering. Primært mellem morgenmåltidet og middagsmåltidet.

Sygefraværet er fortsat et stort problem. Mange plejehjem har en skriftlig fraværspolitik, hvor der er fokus på medarbejdere med hyppige fraværperioder. Der mangler en del steder en politik over for medarbejdere med langtidsfravær. Forvaltningen har i 2005 gennemført en trivselsundersøgelse, hvor institutionerne skal arbejde med resultaterne i 2006.

Mange plejehjem har gjort et stort arbejde ud af velkomstmaterialet til nye beboere og pårørende for at kunne sikre en god indflytning. Andre plejehjem mangler et sådant materiale eller det er forældet.

På nogle plejehjem er personaleomsætningen høj, hvilket medfører fokus på introduktionen af nye medarbejdere. Tilsynet anbefaler, at der arbejdes efter skriftlige introduktionsprogrammer, og at introduktionen følges op.

På en del plejehjem er aktiviteterne for beboerne koncentreret i dagtimerne på hverdage. Beboere og pårørende har givet udtryk for, at der er meget stille i aften timerne og i weekends. Tilsynet har derfor givet en del anbefalinger om at undersøge mulighederne for at skabe lidt flere muligheder for aktiviteter på disse tidspunkter. En del plejehjem fokuserer meget på at kunne tilbyde beboerne småture i omegnen eller at gå med på indkøb, hvor det på andre plejehjem er sjældnere at disse muligheder bliver udnyttet.

Mange plejehjem har et omfattende program for undervisning og udvikling af medarbejderne, mens det på nogle plejehjem kniber lidt mere. Anbefalingerne vedrørende medarbejderudvikling har hyppigt drejet sig om manglende MUS/medarbejderudviklingssamtaler eller manglende uddannelsesmuligheder

På flere plejehjem deltager beboere på plejehjemmet i daglige småopgaver, såsom at dække bord, at vande blomster eller lægge tøj sammen. På andre plejehjem kunne der godt være mere fokus på disse muligheder.

Anbefalingerne vedrørende måltider har primært omhandlet at skabe flere valgmuligheder for beboerne eller at øge beboernes indflydelse på menuplanen.

På nogle plejehjem bærer personalet ens uniformer, på andre anvendes forskellige uniformstyper og på mange plejehjem anvendes privat tøj. Tilsynets anbefalinger har gået på beboernes og pårørendes mulighed for at kunne identificere personalet f.eks. ved anvendelse af navneskilte. Der har været enkelte anbefalinger på at sikre, at personalet beklædning signalerer tilstrækkelig professionalisme.

Anbefalingerne vedrørende det interne samarbejde har typisk omhandlet behov for tættere samarbejde mellem de enkelte plejeafdelinger eller mellem plejeafdelingerne og aktivitet/trænings-afdelingerne, således at der foregår den bedst mulige anvendelse af ressourcerne samt en koordinering af indsatsen.

3.3 Tværgående observationer

Disse konklusioner relaterer sig ikke til det enkelte plejehjem, men er tilsynets refleksioner over observationerne på samtlige af byens plejehjem.

Træningsindsatsen har varierende faglig kvalitet. En del plejehjem har kontrakt med træningscentrene, hvor der er terapeutuddannet personale til rådighed, andre plejehjem har ansat terapeutuddannet personale og på visse plejehjem er der ikke terapeutuddannet personale til rådighed. Disse forskelle medfører forskellig faglig kvalitet og grader af sårbarhed ved ferie og fravær.

Tilsynet har indtryk af, at de selvejende plejehjem har lettere adgang til at tilknytte frivillige hjælpere til plejehjemmet qua deres bagland. Tilsynet har også indtryk af, at bestyrelserne på en del af de selvejende institutioner formår at skaffe ressourcer til plejehjemmet f.eks. i form af tilskud til særlige fester eller tilskud til ferieture for beboerne.

Det er kun i ganske få tilfælde, at bestyrelsesrepræsentanter har afgivet høringsvar til tilsynsrapporterne eller har deltaget som en del af ledelsen ved de anmeldte tilsyn.

Tilsynet har ligeledes observeret, at der kun i begrænset omfang foregår samarbejde mellem plejehjemmene i forhold til at udnytte ressourcerne. Det synes at være et potentiale i et større samarbejde om uddannelse og medarbejderudvikling. Men også på rent praktiske områder er der et potentiale i et større samarbejde.

De fysiske rammer på de københavnske plejehjem er meget forskellige, men tilsynet har ikke konstateret en sammenhæng mellem de fysiske rammer og kvaliteten i pleje og omsorg eller tilfredsheden hos beboere, pårørende og medarbejdere.

3.4 Tema 2005 : Bestiller – Udfører – Modtager modellen

Sundheds- og Omsorgsudvalget udvælger hvert år et tema, som tilsynet særligt skal have fokus på i de anmeldte tilsyn på plejehjem.

I 2005 skete der udrulning af BUM modellen på plejehjem, hvor der dels foregik en konkret visitering af alle nyindflyttede beboere efter ca. 4 uger og dels foregik en dialogvisitering af de øvrige beboere.

Temaet blev valgt for at understøtte denne proces.

Tilsynet har haft fokus på følgende forhold :

- Den lokale implementeringsplan

- Uddannelse i BUM
- Overvejelser om ændrede arbejdsrutiner
- Overvejelser om ændret arbejdstilrettelæggelse
- Arbejdsgange og samarbejde med visitationen
- Særlige udfordringer på det enkelte plejehjem og videndeling om mulige løsningsmuligheder

Uddannelse

Alle de besøgte plejehjem har medarbejdere, der har gennemgået uddannelse i BUM. Der er ikke altid tidsmæssig sammenhæng mellem gennemførelsen af uddannelsen og start på opgaven.

Nogle plejehjem har selv iværksat undervisning for alle medarbejdere, hvilket giver medarbejderne en større forståelse for formålet med BUM.

Arbejdsprocesser

Mange plejehjem finder, at det er en stor opgave at udarbejde funktionsbeskrivelser. Ofte udføres denne opgave alene af de ”BUM-uddannede”, hvilket kan medføre manglende udbredelse af viden og forståelse hos de øvrige medarbejdere.

Hen over året er der dog en tendens til, at der sker større inddragelse af beboerens kontaktperson.

Gennemførelse af visitationer

Det er tilsynets indtryk at dialogvisitationerne blev gennemført stort set efter implementeringsplanerne i de fleste bydele.

Visitationerne i forbindelse med nyindflytning gennemføres kun delvist efter implementeringsplanerne. Der synes dog at være en forbedring hen over året.

Ud af 4. kvartals 17 anmeldte tilsyn angav 10 plejehjem at revisitationerne skete inden for fire uger efter indflytning. Så vidt tilsynet kan skønne er der gennemført revisiteringer i seks af de syv bydele.

Plejehjemmenes overvejelser om ændrede arbejds gange og ændret organisering

Stort set alle plejehjem afventer de økonomiske konsekvenser af BUM inden der overvejes ændrede organisationsformer. På flere plejehjem har der dog været drøftet behovet for en større mobilitet blandt medarbejderne, hvilket de fleste medarbejdere har forståelse for.

Nyt dokumentationsmateriale

Dette er kun taget i brug i beskedent omfang, nogle plejehjem vælger at indføre de nye dokumenter i takt med visitationerne, på andre plejehjem er der ikke tidsmæssig sammenhæng med disse to opgaver. Den sidstnævnte løsningsmodel medfører risiko for manglende ajourføring af plejeplanerne og dermed manglende sammenhæng med den udførte visitation.

Ud af fjerde kvartals 17 anmeldte tilsyn, havde seks plejehjem indført det nye materiale på stort set alle beboere, fire plejehjem tog det i brug hos nyindflyttede beboere og syv plejehjem havde ikke taget det i anvendelse, hvoraf de fleste angav at ville afvente IT løsningen.

Holdninger til BUM

Som i alle andre forhold er ledelsens holdning til denne opgave afgørende for personalets holdning til BUM.

Nogle ledere og medarbejdere ser muligheder i BUM for at kunne synliggøre plejetyngden, men en stor del af ledere og medarbejderne finder at BUM er et nyt arbejdskrævende værktøj, som tager tid fra den primære beboerpleje.

Hos en del medarbejdere er der frygt for, at BUM fører til, at deres tilknytning til egen afdeling mindskes, og at de fremover skal flytte rundt mellem afdelingerne.

Generelt er holdningen dog noget afventende, så længe de økonomiske konsekvenser ikke er kendt.

3.5 Tema 2004 : Måltidet

”Måltidet” var tilsynets særlige tema ved de anmeldte tilsyn på plejehjem i 2004. Opfølgningen er sket i form af at plejehjemmet har afleveret en status i forhold til beskrivelsen af plejehjemmets indsats i 2004.

Det er tilsynets indtryk, at måltidet er et højt prioriteret indsatsområde på de fleste plejehjem. En af de udviklingstiltag, der opleves mest positivt på plejehjemmene, er at servering af den varme mad er flyttet til om aftenen. I samme forbindelse har flere flyttet servering af frokost til et senere tidspunkt. Hvor frokosten tidligere blev serveret ca. kl. 12 er den nu flyttet til 12.30 eller senere. Dette bevirker en bedre fordeling af måltiderne over døgnet og medvirker til, at formiddagene ikke er så pressede for beboere og personale. Der er dog fortsat en del plejehjem, hvor der bør arbejdes med fordelingen af måltiderne.

Der er flere plejehjem, der har arbejdet med at øge beboernes valgmuligheder og indflydelse på kostplanlægningen.

4 Tilsyn med kommunale hjemmeplejeenheder

Tilsynsenheden har aflagt et uanmeldt tilsyn i hver hjemmeplejeenhed i alt 16 tilsyn.

En hjemmeplejeenhed har fået opfølgende tilsyn, da tilsynet måtte give anmærkninger på fire af de otte fokusområderne.

Der blev ved det opfølgende tilsyn konstateret, at der var rettet op på forholdene.

Formålet med de uanmeldte tilsyn har været at:

- Føre tilsyn med kommunens hjemmeplejeenheders leverede ydelser.
- Afdække om ydelserne stemmer overensstemmelse med den afgørelse, der er truffet.
- Se på indhold og kvalitet i hjemmeplejens tilrettelæggelse og udførelse af opgaverne.

Tilsynet er udført som en stikprøvekontrol.

Tilsynet udvælger ca. seks borgere i hver hjemmeplejeenhed, som modtager hjælp på tilsynsdagen. Der indhentes samtykke fra borgerne på deres bekræftede ønske om at medvirke ved tilsynet.

De udvalgte borgere er besøgt i deres hjem.

Tilsynet gennemgår den dokumentation som forefindes på kontoret og i borgernes hjem for de udvalgte borgere. Efterfølgende besøges borgerne, hvor tilsynet foretager interview ud fra tilsynets spørgeskema. Tilsynet foretager ligeledes et interview med de medarbejdere, som har hjulpet borgeren på tilsynsdagen.

Tilsynet har fokus på syv områder.

Fokusområde Omsorg:

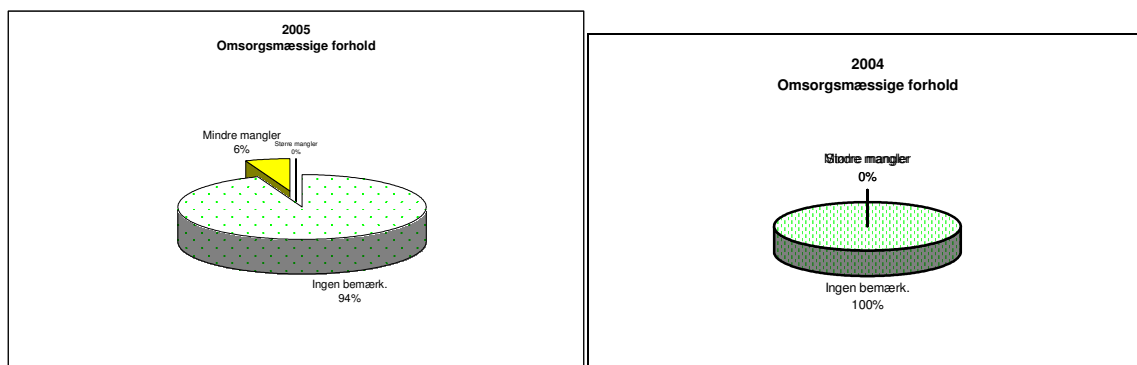
Ved interview med de udvalgte borgere og medarbejdere afdækkes kvaliteten i indsatsen overfor borgeren.

Samtalen med borgeren:

- Oplever borgeren at modtage en tilstrækkelig pleje/omsorg
- Opleves en koordineret indsats
- Sker der inddragelse af borgeren i opgaveløsningen
- Har borgeren indflydelse på hjælpen
- Kender borgeren til fleksibel hjemmehjælp/privat valg

Samtalen med medarbejderen:

- Medarbejderens faglige baggrund samt tilknytning til hjemmeplejen
- Hvordan tilrettelægges arbejdet/plejen
- Kendskab til borgerne
- Introduktion til opgaverne
- Medinddragelse af borgerne i opgaveløsningen
- Ændringer i borgernes tilstand
- Har medarbejderen udviklingsmuligheder i jobbet, været til medarbejderudviklingssamtale.
- Kender medarbejderne til arbejdspladsvurderinger



Tilsynene har konstateret, at hjemmeplejeenhederne udfører en tilfredsstillende pleje og omsorg, idet langt hovedparten af de borgere som tilsynet har talt med, er tilfredse med pleje og omsorgen.

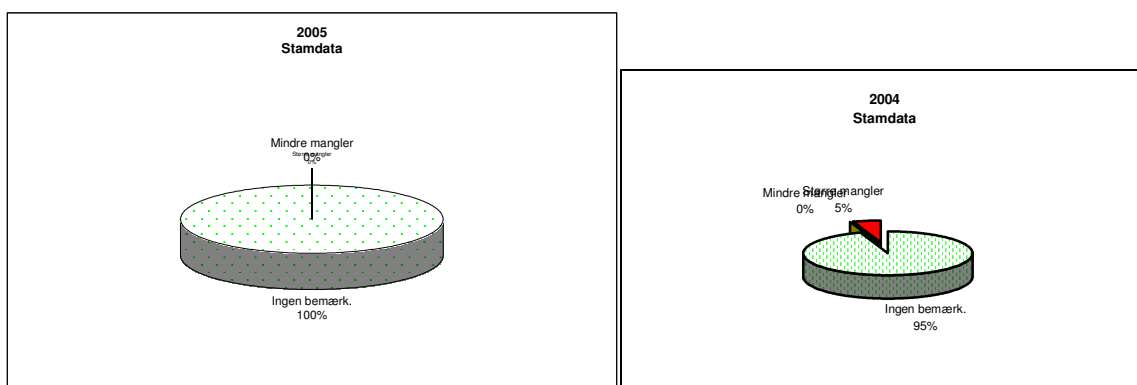
Der er en hjemmeplejeenhed, som har fået anmærkninger i omsorgen, hvilket har drejet sig om leveringen af pleje og omsorg i aftentimerne.

Medarbejderne udtrykker generelt tilfredshed med arbejdet i hjemmeplejen.

Hjemmeplejen benytter sig i en mindre udstrækning af uddannet personale. Langt hovedparten af de uuddannede har modtaget en relevant introduktion til arbejdsopgaverne og udfører normalt kun mindre komplekse hjemmeplejeydelser.

Fokusområde skriftlig dokumentation:

- At der på kontoret forefindes relevante og aktuelle borger data.
- Om der forefindes samarbejdsmapper eller anden skriftlig dokumentation i borgerens hjem.

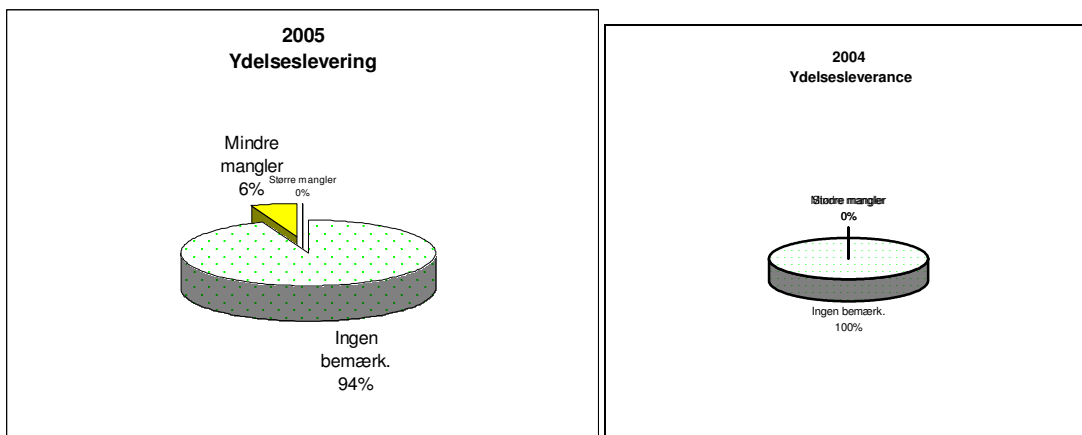


Hjemmeplejeenhederne har ved tilsynene i 2005, ikke fået nogen anmærkninger, idet tilsynet har fundet aktuelle og relevante borgerdata, hvilket er en forbedring fra 2004, hvor der blev fundet mangler i 5 % af hjemmeplejeenhederne.

Fokusområde ydelsesleverance:

At de leverede ydelser er i overensstemmelse med de visiterede ydelser.

- Visiterede ydelser
- Planlagte ydelser
- Leverede ydelser, herunder flytning af besøg eller aflysning af besøg



Grundlaget for hjemmeplejens virksomhed er visitationens afgørelser. Alle ydelser der skal leveres, skal være visiteret.

Tilsynsenheden har konstateret, at hjemmeplejeenhederne har leveret de ydelser, som borgerne er blevet visiteret til.

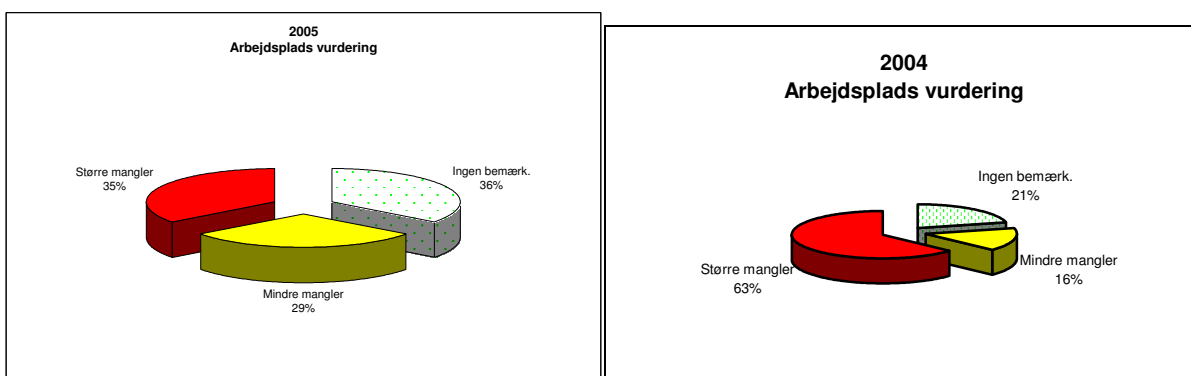
I det omfang borgerne har oplevet aflysninger, har de fået tilbudt et erstatningsbesøg.

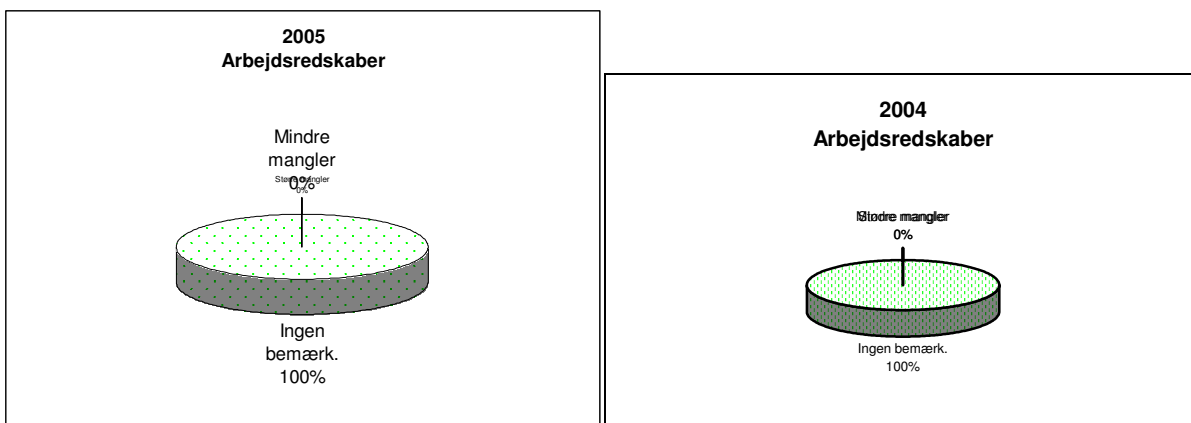
I en hjemmeplejeenhed har der været leveranceproblemer omkring tidspunktet for levering af aftenplejen.

Tilsynet har konstateret, at ca. 55 % af de borgere, som tilsynet har udvalgt, er blevet visiteret indenfor det sidste år.

Fokusområde arbejdsmiljø:

- At der i borgerens hjem findes en aktuell Arbejds Plads Vurdering (APV)
- At der forefindes de nødvendige arbejdsredskaber til brug for plejen.





I Københavns Kommunes kvalitetsstandarder, som har baggrund i arbejdstilsynets krav, stilles der krav om en vurdering af arbejdsmiljøet i borgernes hjem.

Denne vurdering og dokumentation er et delt ansvar mellem visitationen og hjemmeplejeenhederne. Visitationen skal ved deres første visitation foretage vurderingen og udforme dokumentationen. Hjemmeplejen skal løbende foretage opfølgningen ved ændringer i hjemmet.

Tilsynet har konstateret, at det kniber for visitationen at få udarbejdet dokumentationen for Arbejdspladsvurderingen. Derfor er et par hjemmeplejeenheder selv begyndt udfærdigelsen.

Tilsynet har kunnet konstatere, at der findes relevant dokumentation i ca. i 36 % af de udvalgte hjem, hvilket er en forbedring fra 2004, hvor dette udgjorde 21 %.

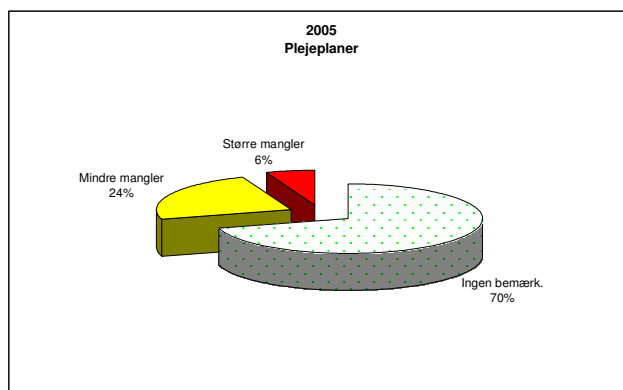
Tilsynet er ikke stødt på arbejdsmiljøproblemer, og det blev også konstateret, at hjemmeplejen havde de nødvendige arbejdsredskaber til rådighed, og at medarbejderne var godt instrueret i brugen.

Fokusområde plejeplaner:

- Hjemmeplejeenhedens plan for udarbejdelse af plejeplaner for borgere med komplekse plejebehov.
- Gennemgang af udvalgte plejeplaner.

Sundheds- og Omsorgsudvalget, har besluttet at der i hjemmeplejen i 2005 skal udarbejdes plejeplaner for borgere med komplekse plejebehov. Det er samtidig besluttet, at der i 2005 skal udarbejdes plejeplaner for ca. 1000 borgere i kommunen.

Hver hjemmeplejeenhed har udarbejdet en implementeringsplan for, hvordan de skal nå deres andel af de 1000 plejeplaner.

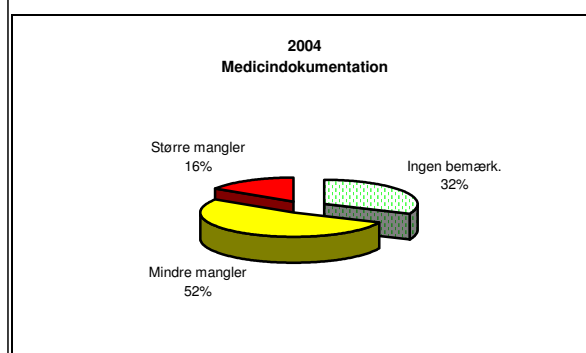
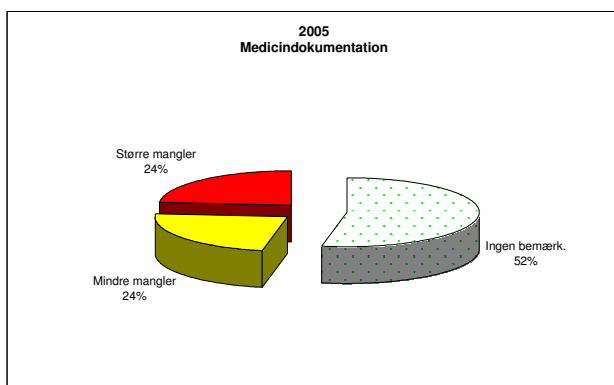


Tilsynsenheden har afviklet hjemmeplejetilsynene i sidste halvdel af året. Ca. 70 % af hjemmeplejeenhederne har ved tilsynet fulgt deres implementeringsplan, og tilsynet ser flere plejeplaner. En enkelt hjemmeplejeenhed oplyser ved tilsynet, at de ikke har fulgt deres implementeringsplan og stort set ikke er kommet i gang med plejeplanerne.

Fokusområde medicindokumentation:

Tilsynet kontrollerer medicindokumentationen ud fra om hjemmeplejen følger ”Sådan håndtere du medicin” fra oktober 2003

- Hjemmeplejens lokale medicininstruks
- Har hjemmeplejen en lokal nøgle person på medicinområdet
- Stemmer oplysninger overens på ordinationsark og doseringsskema
- Fremgår det hvem der har ordineret medicinen
- Om der mindst én gang årligt bliver foretaget en medicinstatus ved egen læge.
- Om der forefindes dokumentation ved injektioner
- At der er opmærksomhed på forbruget af afhængighedsskabende medicin
- Om medicin efter behov bliver dokumenteret



På medicindokumentationsområdet, er der sket et fald i anmærkninger.

I 2004 fik 32 % ikke nogen anmærkninger, i 2005 fik 52% ingen anmærkninger.

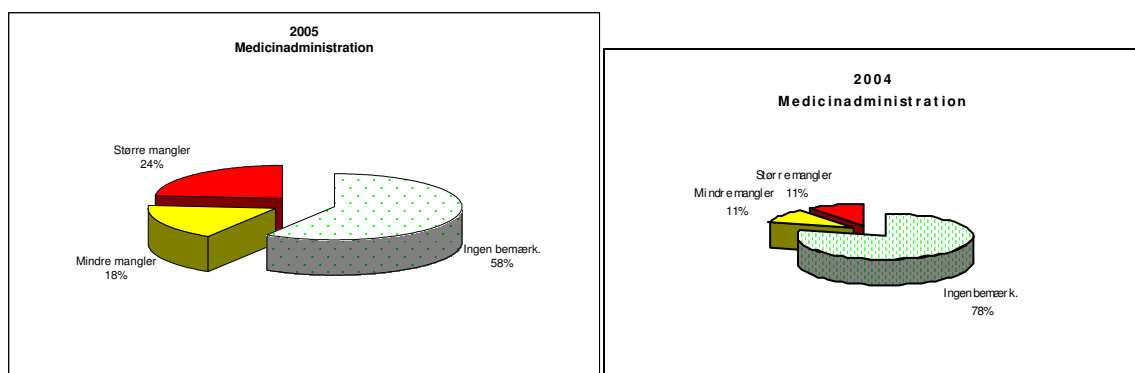
Der er ligeledes et fald i anmærkninger i feltet mindre mangler fra 52 % 2004 til 24 % i 2005.

Der er dog sket en stigning i større fejl og mangler, som i 2004 udgjorde 16 % til at udgøre 24 % i 2005.

I hjemmeplejen befinder borgernes dokumentationsmateriale sig i borgerens hjem og på kontoret, og der skal være overensstemmelse mellem dokumentationen begge steder. Det er med til at vanskeliggøre opgaven.

Fokusområde medicinadministration:

- At den doserede medicin stemmer overens med den ordinerede medicin
- At udløbsdatoen for medicinen ikke er overskredet
- At medicin, der ikke længere anvendes, opbevares adskilt fra den aktuelle medicin
- At det kan identificeres hvem der har doseret medicinen



Tilsynet har måtte konstatere, at der på medicinadministrationen er sket en stigning i anmærkninger fra 2004 til 2005.

I 2004 fik 78 % ingen anmærkninger og i 2005 er tallet faldet til 58 %.

Tilsynet gav anmærkninger i mindre mangler: 11 % i 2004 og 18 % i 2005.

Tilsynet gav anmærkninger i større fejl og mangler: 11 % i 2004, som steg til 24 % i 2005.

5 Tilsyn med dagcentre

I 2005 har tilsynsenheden gennemført 6 anmeldte tilsyn på dagcentre.

I 2004 lukkede 2 dagcentre på Amager og to centre på Østerbro blev slået sammen til ét aktivitetscenter, som er beliggende i Københavns første Sundhedscenter. Centret har faste visiterede brugere men kører en forsøgsordning med selvhenvendere.

Formålet med tilsynet:

- *At kontrollere kvaliteten i tilrettelæggelsen af aktivitetsindsatsen på udvalgte områder, om der er overensstemmelse med lovgivningen, kvalitetsstandarder og Sundhedsforvaltningens retningslinier*
- *At belyse brugernes faktiske oplevelse af kvaliteten i aktivitetsindsatsen*
- *At belyse brugernes oplevelse af medindflydelse og fleksibilitet*
- *At dagcentrets organisatoriske styrker og svagheder afdækkes i et udviklingsperspektiv*

Tilsynsmetode:

Dagcenterlederen får tilsendt et spørgeskema samtidig med, at der aftales dato for tilsynet ca. fire uger frem i tiden.

Gruppesamtalen med brugerne af dagcenteret:

Dagcentret laver aftaler med brugere om at deltage i samtalen med tilsynet. Det kan være brugere, som kommer på dagcenteret på tilsynsdagen, det kan også være brugere, som har mulighed for at komme ekstraordinært ind på dagcentret til samtalen med tilsynet. Fokus for samtalen er brugerindflydelse, brugertilfredshed og andre emner efter brugernes ønske.

Gruppesamtalen med medarbejderne.

Ved denne samtale er der fokus på medarbejderindflydelse, medarbejdertilfredshed og andre emner efter medarbejdernes ønske.

Samtalen med lederen.

Samtalen tager udgangspunkt i lederens besvarelse af spørgeskemaet og de to gruppesamtaler.

Som afslutning, giver tilsynsenheden en mundtlig konklusion på tilsynet, samt eventuelle anbefalinger.

Resultater.

Tilsynet har konstateret, at brugerne har udtrykt tilfredshed med dagcentrene. Hovedparten af medarbejderne har givet udtryk for tilfredshed.

Tilsynet har konstateret, at udbudet af aktiverende tilbud, er af meget forskellig karakter. På samtlige dagcentre har brugerne mulighed for at stille forslag til aktiviteter.

Tilsynsenheden har i forbindelse med det anmeldte tilsyn, givet anbefalinger på alle dagcentrene.

Plads	Tema	Antal anbefalinger 2005	Antal anbefalinger 2004
1	Arbejdsorganisering	7	
2	Medinddragelse af brugerne	5	3
3	Internt samarbejde	3	5
4	Dokumentation	2	9

5	Sygefravær	1	
6	Information til brugerne	1	3
7	Aktiviteter	1	2
8	Beklædning	1	
9	Fysiske rammer	1	

Københavns Kommune har ikke udarbejdet kvalitetsstandarder på dagcenterområdet. Det bærer området til en vis grad præg af, da det hermed er op til hvert enkelt dagcenter at definere kvaliteten.

Dagcenterområdet i Københavns Kommune har i 2005 gennemgået flere sammenlægninger og omlægninger. I den forbindelse har tilsynet givet anbefalinger på arbejdets organisering.

Tilsynets fokus på brugerinddragelse har givet anledning til anbefalinger. Tilsynet har blandt andet anbefalet at gennemføre forventningssamtaler med brugerne, ved opstart på dagcenteret og derefter en gang årligt.

Tilsynet har erfaret, at et par af dagcenterne er begyndt at udarbejde dokumentation på den enkelte bruger og på dagcentrets indsats. Der er ikke taget endelig stilling til kravet om dokumentationsgraden for dagcenterområdet.

Tilsynet har konstateret, at medarbejdernes interne samarbejde er påvirket af sammenlægninger og omlægninger, og dette har udløst anbefalinger.

Tilsynet har konstateret, at brugerne på et af dagcenterne ikke oplevede at være tilstrækkelig informeret om kommende omlægning.

Tilsynet har konstateret, at medarbejderne på dagcenterne generelt har et lavt sygefravær. Trods det har tilsynet i ét tilfælde anbefalet, at politikken ved både kort- og langtidsfravær bliver beskrevet.

6 Tilsyn med kommunale træningscentre

I 2005 blev der for anden gang ført anmeldte tilsyn med træningscentrene i København Kommune.

Formål med tilsynet

- *at kontrollere kvaliteten i tilrettelæggelse af træningsindsatsen på udvalgte områder, om der er overensstemmelse med lovgivning, kvalitetsstandarder og Sundhedsforvaltningens retningslinier*
- *at belyse brugernes faktisk oplevede kvalitet af træningsindsatsen*
- *at belyse brugernes oplevelse af medinddragelse og fleksibilitet*
- *at træningscentrets organisatoriske styrker og svagheder afdækkes i et udviklingsperspektiv.*

Tilsynsmetode

Den metodiske tilgang ved anmeldte tilsyn i 2005 var selvevaluering ved hjælp af spørgeskema, samtaler med brugere, medarbejdere og ledelse.

Hvilket konkret blev foretaget på følgende måde:

Træningscentret traf aftale med brugere om at deltage i en gruppesamtale med tilsynet. Der kunne både være tale om brugere, der aktuelt benyttede træningscentret på tilsynsdagen, og om brugere, der var i behandling, som havde mulighed for at ekstraordinært at komme ind på træningscentret til en samtale med tilsynet. Fokus for samtalen var brugerindflydelse, brugertilfredshed og andre emner efter brugernes valg.

Gruppesamtale med repræsentanter for medarbejderne. Fokus i denne samtale var medarbejderindflydelse og medarbejdertilfredshed.

Samtale med ledelsen med udgangspunkt i besvarelse af spørgeskema og gruppeinterviewene med brugere og medarbejdere. Ved afslutningen af tilsynet blev der givet en mundtlig konklusion på tilsynet samt evt. anbefalinger.

Der udføres et årligt anmeldt tilsyn pr. træningscenterenhed.
Der er gennemført anmeldte tilsyn på alle træningscentre, otte i alt.

Resultater

Tilsynet har på alle træningscentre konstateret stor tilfredshed blandt brugere med træningscentrenes ydelser. Hovedparten af brugerne giver udtryk for, at træningsindsatsen har øget deres udfoldelsesmuligheder og velbefindende herunder deres evne til at tage vare på sig selv og egne behov.

Det er tilsynets indtryk, at der stadig er meget fokus på medarbejderudvikling og trivsel på træningscentrene. Medarbejderne udtrykker da også stor tilfredshed med at arbejde på træningscentrene.

Anbefalinger

I forbindelse med de anmeldte tilsyn er der givet anbefalinger på alle træningscentre. Anbefalingerne er grupperet i nedenstående skema.

Plads	Tema	Antal anbefalinger 2005	Antal anbefalinger 2004
1	Arbejdsorganisering	4	
2	Medarbejder udvikling	4	
3	Dokumentation	4	
4	Information	3	6
5	Medinddragelse brugere	3	
6	Sygefravær	1	
7	Internt samarbejde	1	
8	Ledelse		3
9	Medinddragelse af medarbejdere		3

Kommentarer til anbefalinger:

Arbejdets organisering og dokumentation: Der har på nogle træningscentre været ret lang ventetid, især på individuelle forløb. Det har dog været vanskeligt at få præcise opgørelser over ventetider. Det har endvidere været vanskeligt at få opgørelser over fordelingen på antal borgere i holdtræning kontra antal borgere i individuel træning eller borgere, der både får holdtræning og individuel træning. Det har på de fleste træningscentre været muligt at få entydige opgørelser over antal borgere, der har haft et træningsforløb indenfor et kalenderår, og alle steder har det været muligt at få opgørelser over antal visitationsundersøgelser som en del af et udtryk for produktiviteten.

Det aktuelle krav til træningscentrenes produktivitet er, at 4% af borgerne i træningscentrets bydel modtager minimum én ydelse om året fra træningscentret. Tilsynet vil i 2006 indlede en dialog med træningscentrene om, hvilke opgørelser det er muligt og relevant at trække ud af de anvendte statistiker. Formålet med opgørelserne sammenholdt med indholdet i samtalerne med brugere og medarbejdere er at få et overblik over de leverede ydelser i relation til kvalitetsstandarderne:

- ”At genoptræningen sker tidligt og er begrænset til en periode, hvor borgerens tilstand fortsat kan forbedres gennem yderligere træning”,
- ”At indsatsen er målrettet og løbende justeres for at optimere udbyttet og minimere ressourceanvendelsen” og
- ”At indsatsen forebygger/udsætter et varigt behov for pleje- og omsorgsydelser og hjælpemidler”.

Medarbejderudvikling: De anbefalinger, der er givet på medarbejderudvikling omhandler organiseringen af kurser og afviklingen af medarbejderudviklingssamtaler og *ikke* manglende muligheder for faglig udvikling.

Sygefravær: Der er generelt udpræget fokus på trivsel samt sygefravær på træningscentrene. De fleste træningscentre har som led heri en velbeskrevet nærværs-fraværspolitik. Generelt er sygefraværet lavt på træningscentrene med en fraværsprocent på mellem to og fire de fleste steder.

Samarbejde og ledelse: Der har på de fleste træningscentre været udpræget tilfredshed med samarbejde og ledelse inklusiv medinddragelsen af medarbejderne i beslutninger, der har betydning for organisering og indhold i deres daglige arbejde.

Information til samarbejdspartnere og brugere: De fleste træningscentre har kontrakter med et eller flere plejehjem om levering af træning. Derudover samarbejder nogle træningscentre med et plejehjem om driften af en rehabiliteringsafdeling, hvor ledelsen kan være delt mellem plejehjemmet og træningscentret. I 2004 gav samarbejdet med plejehjem og rehabiliteringsafdelinger flere steder anledning til problemer med sammenstød mellem træningscentrets kultur og kontraktinstitutionernes forventninger til træningscentrets tilbud. Tilsynet gjorde derfor i årsrapporten for 2004 opmærksom på, at der var behov for udviklingstiltag på området for at få samarbejdet til at fungere.

En del træningscentre har i 2005 udarbejdet informationsmateriale til kontraktinstitutionerne om indhold og omfang i træningscentrets tilbud for at fremme samarbejdet. På et træningscenter er der derudover iværksat jævnlige evalueringsmøder med

kontaktinstitutionerne efter nærmere fastsatte aftaler. Begge tiltag har vist sig frugtbar i samarbejdet.

Tilsynets anbefalinger vedrørende information har haft fokus på at tydeliggøre træningscentrenes tilbud for både kontraktinstitutioner, brugere og bestillere. Næsten alle træningscentre har nu informationspjecer til borgere og samarbejdspartnere, som blandt andet forefindes hos læger, i hjemmeplejen og på biblioteker. Træningscentrene udleverer desuden pjecen i forbindelse med opstart af træningsforløb.

Øvrige observationer: Brugere og medarbejdere på alle træningscentre fandt de eksisterende muligheder for vedligeholdende træningstilbud i lokalområdet utilstrækkelige. For at udnytte eller skabe muligheder for brugerne til at vedligeholde generhvervede færdigheder, har tilsynet haft fokus på, at brugerne tidligt i træningsforløbet inddrages i overvejelser og beslutninger herom.

På enkelte træningscentre var der en aktiv indsats for at skabe nye vedligeholdelsestilbud f.eks. i samarbejde med lokalområdets dagcenter og med hjemmeplejen. En del ledere af træningscentre fremførte imidlertid det forhold, at der ikke er bevilget ressourcer til samarbejdet med og oplæringen af personalet i hjemmeplejen. Tilsynet vurderer, at der er en del uudnyttet potentiale i samarbejdet med hjemmeplejen med henblik på hjemmeplejens varetagelse af en del af vedligeholdelsestræningen.

7 Tilsyn med private firmaer

Ud over det løbende tilsyn, som udføres i forbindelse med revisitation af borgeren, har Borgerrepræsentationen besluttet, at Tilsynsenheden skal udføre tilsyn med private leverandører af grundig rengøring, tøjvaskeordninger, indkøbsordninger og private leverandører af personlig og praktisk hjælp..

Tilsynet udføres med mindst ét årligt uanmeldt tilsyn pr. leverandør. Grundlaget for tilsynet er kommunens kvalitetsstandarder, kravsspecifikation og leverandørkrav på området.

Tilsynet foretages dels som en interviewundersøgelse blandt udvalgte borgere, der er tilknyttet ordningen og dels ved at leverandøren og de berørte Pensions- og Omsorgskontorer besvarer et spørgeskema.

Formål med tilsynet

- *at kontrollere kvaliteten i udførelsen, om opgaven udføres i overensstemmelse med lovgivning, kvalitetsstandarder og leverandørkrav.*
- *at belyse brugernes faktisk oplevede kvalitet af ydelsen.*
- *at belyse organisatoriske forhold med baggrund i leverandørkravene*

Der er gennemført 23 tilsyn med private leverandører, i 2004 blev der gennemført tilsyn på 19 private leverandører.

Der er i alt foretaget 807 interview, fordelt med 157 på grundig rengøring, 196 interview på hjemmepleje, 264 på tøjvask og 190 interview af borgere der modtager indkøbsydelse.

Resultater

De private leverandører opererer under frit valgs lovgivningen.

I Københavns Kommune kan der vælges mellem forskellige private firmaer til udførelse af grundig rengøring, tøjvask og indkøb. Det er ikke muligt at vælge en kommunal leverandør af disse opgaver.

På området personlig pleje og praktisk bistand er det muligt at vælge mellem en privat eller en kommunal leverandør.

Generelt kan tilfredsheden hos borgere, der modtager hjælp fra private leverandører sammenfattes i nedenstående skema.

Ydelsestype	Tilfredshed i procent
Grundig rengøring	70 %
Tøjvask	90%
Indkøb	79%
Praktisk hjælp og personlig pleje	86%

Grundig rengøring

Der er ført tilsyn med tre firmaer, der leverer grundig rengøring.

Tilfredsheden med udførelsen af opgaven ligger i gennemsnit på ca. 70 % af de adspurgte borgere. På de tre firmaer svinger tilfredsheden fra 54 % til 79 %. I forhold til de generelle tilfredshedsprocenter på de private leverandører, ligger tilfredsheden med den grundige rengøring lavest.

Tøjvaskeordninger

Der er ført tilsyn med tre firmaer, der leverer tøjvask. Tilfredsheden med udførelsen af opgaven ligger i gennemsnit på ca. 90 % af de adspurgte borgere. På de tre firmaer svinger tilfredsheden fra 80 % til 100 %.

Indkøbsordninger

Der er ført tilsyn med fem firmaer, der leverer indkøbsydelsen.

Tilfredsheden med udførelsen af opgaven ligger i gennemsnit på ca. 79 % af de adspurgte borgere. På de fem firmaer svinger tilfredsheden fra 60 % til 89 %.

Leverandører af personlig og praktisk bistand

Der er ført tilsyn med 11 leverandører af personlig og praktisk bistand.

Generelt ligger tilfredsheden hos borgere der har valgt en privat leverandør til personlig pleje højt og middel tilfredshed hos borgere, der har en privat leverandør til praktisk hjælp.

Tilfredsheden med udførelsen af opgaven ligger i gennemsnit på ca. 86 % af de adspurgte borgere. På de 11 firmaer svinger tilfredsheden fra 63 % til 100 %.

Generelt for alle leverandører kan der konstateres mangler i den leverede dokumentation som skal stilles til rådighed for Pensions- og Omsorgskontoret.

Det drejer sig især om statistikmateriale vedrørende aflysninger, flytning af besøg og statistik over modtagne klager.

Pensions- og Omsorgskontorerne har dog ikke efterspurgt denne dokumentation, og det bør overvejes, hvorvidt disse krav fortsat skal indgå i leverandørkravene.

Selv om der således kan konstateres mangler i dokumentation, er det dog tilsynets indtryk, at der foreligger tilstrækkelig dokumentation for at leverandørerne yder de fakturerede besøg.

Der foregår i et vist omfang samarbejds møder mellem leverandøren og Pensions- og Omsorgskontoret.

Tilsynet har konstateret, at den regnskabsmæssige opfølgning fra Pensions- og Omsorgskontorenes side er af varierende omfang og har derfor anmodet forvaltningen om at overveje behovet for præcisering af retningslinier for denne opgave.

8 Høring og offentliggørelse

Ifølge lov om social service skal der efter hvert tilsynsbesøg udarbejdes en tilsynsrapport til brug for opfølgning på tilsynsbesøget, som efter en høringsrunde skal offentliggøres. Mindst én gang årligt udarbejdes og offentliggøres en samlet redegørelse om tilsynet. Redegørelsen laves på baggrund af de kommunale tilsyn og af Embedslægeinstitutionens tilsyn.

Tilsynsrapporterne er udarbejdet af tilsynet. Udkast til rapport sendes til intern høring på institutionen. Denne interne høring er institutionens mulighed for at kommentere eventuelle faktuelle fejl. Herefter udarbejdes den endelige tilsynsrapport, som offentliggøres ved at blive sendt i høring på institutionen, i bruger-/pårørenderåd og i det kommunale ældreråd.

For at sikre stor grad af åbenhed om tilsynene, offentliggøres tilsynsrapporterne samt evt. høringssvar efter endt høring på Københavns Kommunes hjemmeside.

Oversigt over modtagne høringssvar:

	Uanmeldt		Anmeldt	
Modtaget høring i procent				
	2005	2004	2005	2004
Ældrerådet i bydelen	34	45	34	32
Bruger-pårørende rådet	34	34	27	16
Institutionen	45	65	45	41

Der er i 2005 sket et fald i antallet af afgivne høringssvar, hvilket tilsynet finder ærgerligt, eftersom det er dette høringssvar, som bliver offentliggjort på www.kk.dk. Tilsynet finder, at

det er et uheldigt signal fra institutionens side, at evt. anmærkninger og anbefalinger fra tilsynet ikke er ledsaget af institutionens syn på disse.

Høringsfristen er 4 uger og alle anmodninger om forlænget høringsfrist er blevet imødekommet af tilsynet.

Der er ét bruger-pårørenderåd og ét ældreråd, der har anmodet om en mundtlig præsentation af tilsynsrapporten.

9 Opfølgning på tilsynene

De kommunale og selvejende institutioner udarbejder en handlingsplan som opfølgning på tilsynet, hvor institutionen beskriver hvilke tiltag institutionen sætter i værk i forhold til tilsynets bemærkninger og anbefalinger.

Den konkrete opfølgning på tilsynene sker i øvrigt via de lokale ældrekontorer samt centralt via Ældrestaben.

Tilsynsenheden har således ikke en opfølgende rolle, men orienteres om handlingsplanerne. Tilsynsenheden følger dog op på de foregående rapporters konklusioner på det følgende tilsyn. Dette omfatter både anmærkninger i de kommunale tilsynsrapporter samt i embedslægens tilsynsrapporter.

I 2005 har Tilsynsenheden foretaget opfølgende tilsyn hvis der er konstateret kritisable forhold. Det opfølgende tilsyn udføres senest 3 måneder efter det oprindelige tilsyn. Der er i 2005 besluttet opfølgende tilsyn på to plejehjem og én hjemmeplejeenhed.

10 Institutionernes evaluering af tilsynene

Det kommunale tilsyn udsender evalueringsskemaer til institutionerne, når høringsprocessen er afsluttet.

Evalueringen omhandler institutionernes syn på tilsynet, specielt om tilsynsrapporterne har kunnet anvendes i et udviklingsperspektiv.

Ud af de evalueringsskemaer der er modtaget, har institutionerne generelt været positive overfor oplevelsen af tilsynet.

I forhold til de spørgeskemaer, institutionerne har skullet udfylde i forbindelse med anmeldte tilsyn, synes flere, at de har brugt meget tid på at udfylde skemaerne, selv om de tilkendegiver, at det har været givende for institutionen at udfylde skemaerne.

Tilsynet vil i 2006 søge at minimere omfanget af spørgeskemaet.

De interne høringer er forløbet stort set uden problemer. Et par stykker er dog utilfredse og føler ikke, der er blevet lyttet til det, de har sagt, primært fordi de mener, at faktuelle fejl ikke er blevet rettet. Offentliggørelsen er forløbet planmæssigt.

Mange af institutionerne giver udtryk for, at de har kunnet bruge tilsynet i et udviklingsperspektiv. Flere har forslag til, hvordan tilsynene kunne forbedres. Disse forslag vil tilsynet forsøge at indarbejde i tilsyn i 2006.

11 Lovgivning

- **Serviceoven**

§ 75 h. Ud over pligten til løbende at følge op på enkeltsager, jf. § 113, har kommunalbestyrelsen pligt til at føre tilsyn med, at de kommunale opgaver efter §§ 71 og 73 a løses i overensstemmelse med de afgørelser, kommunen har truffet efter disse bestemmelser og i henhold til kommunalbestyrelsens vedtagne kvalitetsstandarder, jf. § 74 a.

Stk. 2. Som led i tilsynsforpligtelsen efter stk. 1 skal kommunalbestyrelsen hvert år foretage mindst ét anmeldt og ét uanmeldt tilsynsbesøg i plejehjem m.v., jf. § 140, i plejeboligbebyggelser, der er omfattet af lov om almene boliger samt støttede private andelsboliger m.v. eller lov om boliger for ældre og personer med handicap, og i andre tilsvarende boligenheder i kommunen. Tilsynet omfatter indsatsen over for de beboere og lejere, der modtager kommunale serviceydelser. Tilsynet må ikke varetages af leverandører eller personer, der udfører opgaver på området.

Stk. 3. Efter hvert tilsynsbesøg udarbejder kommunalbestyrelsen en tilsynsrapport til brug for opfølgningen på tilsynsbesøget. Tilsynsrapporterne offentliggøres og sendes til høring i bruger- og pårørenderådet, jf. § 112 a, samt i det kommunale ældreråd, jf. § 30 i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område. Den enkelte bruger eller pårørende skal endvidere have tilbud om løbende at få tilsendt tilsynsrapporterne. Kommunalbestyrelsen har pligt til på anmodning fra bruger- og pårørenderådet eller det kommunale ældreråd at tilbyde det pågældende råd en mundtlig præsentation og drøftelse af tilsynsrapporterne.

Stk. 4. Mindst én gang årligt udarbejder og offentliggør kommunalbestyrelsen en samlet redegørelse om tilsynet efter stk. 2 og 3 samt om det sundhedsfaglige tilsyn efter § 6 a i lov om embedslægeinstitutioner m.v. Redegørelsen skal endvidere indeholde en opgørelse over, hvad der i forbindelse med tilsynet er blevet afdækket om sammenhængen mellem de ydelser, der er truffet afgørelse om, og de faktisk leverede ydelser. Redegørelsen offentliggøres og sendes til høring i bruger- og pårørenderådet, jf. § 112 a, samt i det kommunale ældreråd. Kommunalbestyrelsen drøfter herefter redegørelsen på et møde med henblik på opfølgning af tilsynet.

- **Socialministerets skrivelse nr. 11941 af 29/5/2001**

Ad. 3. Kommunalt tilsyn.

Med vedtagelsen af L 192 indføres en ny bestemmelse, § 113 a, i serviceloven. Den nye bestemmelse medfører, at den kommunale myndighed - med henblik på at kontrollere serviceindsatsen overfor beboerne - pålægges at aflægge mindst et anmeldt og et uanmeldt tilsynstilsyn årligt i plejehjem og lignende boligenheder, samt at udfærdige og offentliggøre

en tilsynsrapport efter hvert tilsynstilsyn. Tilsynsrapporterne skal tillige sendes i høring hos de lokale bruger- og pårørenderåd samt hos det kommunale ældreråd.

Ændringen af servicelovens § 113 præciserer således den kommunale myndighedsforpligtelse til at føre tilsyn med, at opgaverne på ældreområdet løses i overensstemmelse med den sociale lovgivning, det kommunale serviceniveau og den konkrete afgørelse, der er truffet for den enkelte servicemodtager.

For at styrke borgernes tillid til det kommunale tilsyn, præciseres det med lovændringen at tilsynsopgaven ikke må overlades til personer, der varetager udføreropgaver for kommunen. Det har således været afgørende af hensyn til borgernes tillid til tilsynet, at der med lovændringen bliver skabt en større synlighed om forskellen mellem på den ene side de kommunale myndighedsudøvere og på den anden side de, der udfører opgaverne på ældreområdet for myndigheden.

Ved at præcisere og indskærpe, at tilsynet er en myndighedsopgave, gøres det klart at udførerne ikke kan eller skal kontrollere sig selv. Når tilsynsopgaven fastholdes hos den kommunale myndighed - der per definition er uvildig - sikres det samtidig, at der er en fælles standard for tilsynet, uanset om udførerne er kommunale eller private, herunder selvejende institutioner.

Ud over de to årlige tilsyn og afrapporteringerne herfra, pålægges kommunerne mindst én gang årligt at udarbejde og offentliggøre en redegørelse for den samlede tilsynsindsats overfor de svage ældre. Redegørelsen drøftes på et kommunalbestyrelsesmøde med henblik på kommunens opsamling på tilsynsindsatsen. Den årlige redegørelse skal som minimum indeholde en opsamling på de kommunale og sundhedsfaglige tilsynstilsyn (se nedenfor), samt en opgørelse over, hvad der i forbindelse med tilsynet er blevet afdækket om sammenhængen mellem de ydelser, der er truffet afgørelse om, og de faktisk leverede ydelser.

Formålet med at pålægge kommunerne at udfærdige en opgørelse over sammenhængen mellem de ydelser, der er truffet afgørelse om, og de faktisk leverede ydelser, er at tydeliggøre overfor de kommunale beslutningstagere og udførerne af den kommunale ældreservice at opgaverne *skal* udføres i overensstemmelse med de truffede afgørelser. Brugere har således et retskrav på at få den hjælp, der er truffet afgørelse om, og det er myndighedens opgave at sikre, at dette sker. Hvis der viser sig at være et misforhold mellem de tilkendte og de faktisk leverede ydelser er det op til de kommunale myndigheder at rette op på disse forhold, så de truffede afgørelser effektueres i nøje overensstemmelse med indholdet.