



Sundhedsforvaltningen
Tilsynsenheden

Kommunale tilsyn på ældreområdet i København



Årsrapport 2004

1	Resumé	3
2	Baggrund	4
3	Tilsyn med plejehjem	5
3.1	Uanmeldte tilsyn.....	5
3.2	Fokusområderne	6
3.3	Anmeldte tilsyn	12
3.4	Tværgående observationer.....	15
3.5	Tema 2004 : Måltidet	16
4	Tilsyn med kommunale hjemmeplejeenheder	18
5	Tilsyn med dagcentre.....	23
6	Tilsyn med kommunale træningscentre.....	25
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 2004 blev de kommunale tilsyn udvidet til ud over lovpligtige tilsyn på plejehjem, at omfatte de kommunale hjemmeplejeenheder, dagcentre og træningscentre samt de private leverandører af hjemmeplejeydelser.

I 2004 gennemførte Sundhedsforvaltningen 187 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.

På de uanmeldte tilsyn på plejehjem kunne der konstateres en forbedring af den plejefaglige dokumentation og medicindokumentationen. På medicinadministrationen blev der givet flere anmærkninger i 2004 end i 2003.

På ét plejehjem blev der konstateret mangler i pleje og omsorg, på et opfølgende tilsyn var der rettet op på forholdene.

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 medarbejderudvikling, aktiviteter for beboerne, organisering af arbejdet og rammer omkring måltiderne.

På tre plejehjem blev der konstateret kritisable forhold, som medførte opfølgende tilsyn. To af de opfølgende tilsyn blev udført i 2004, hvor tilsynet kunne konstatere, at der på det ene plejehjem var rettet op på forholdene, hvorimod tilsynet ikke kunne konstatere forbedringer på det andet plejehjem.

Temaet for de anmeldte tilsyn på plejehjem var i 2004 ”Måltidet”, som støtte til gennemførelse af den vedtagne kostpolitik.

Tilsynet kunne konstatere, at der på de fleste plejehjem arbejdes seriøst med at tilbyde beboerne en god oplevelse ved måltiderne.

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 plejeplaner, 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. Træningscentrene udarbejder en fin dokumentation på brugerne. Tilsynet har konstateret flere problemstillinger i samarbejdet mellem træningscentrene og plejehjemmene.

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 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.

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.

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

2 Baggrund

Embedslægeinstitutionen har siden 1. januar 2002 ført tilsyn med de sundhedsmæssige forhold på plejehjem og i plejeboliger i henhold til lov nr. 490 af 7. juni 2001, og har fulgt Sundhedsstyrelsens "Vejledning om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder" af december 2001.

Derudover udføres kommunale tilsyn.

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.

Det vil sige 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.

I 2004 blev tilsynene i Københavns Kommune udvidet til også at omfatte 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, på de uanmeldte tilsyn har der deltaget en visitator fra de lokale Pensions- og Omsorgskontorer.

I alt er der blevet udført 187 kommunale tilsyn.

Grundlag for tilsynene er:

- Lov om social service
- Sundhedsforvaltningens regelsæt
- Sundhedsforvaltningens kvalitetsstandarder
- Vedtagne politikker i Sundhedsforvaltningen
- 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 Sundhedsforvaltningens 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. Ifølge Sundhedsforvaltningens vedtagne ældrepolitik, skal pleje og omsorg være individuelt tilpasset den enkelte borger, hvorfor det er relevant at belyse den faktisk oplevede kvalitet.

På det uanmeldte tilsyn er pleje/omsorgen for beboerne kontrolleret. 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

medicin håndtering og dokumentation kontrolleret. Plejepersonalets kendskab og informationsniveau om den enkelte beboer har været undersøgt.

Beboere på plejehjem er generelt svage og skrøbelige. Det fordrer særlige overvejelser i forhold til, hvordan der etableres kontakt mellem den enkelte beboer og tilsynet og hvordan interviewet gennemføres.

Ved hvert tilsyn udvælges 8-10 % af beboerne ud fra folkeregisteret. Der indhentes samtykke fra beboerne, om de ønsker at medvirke til tilsynet.

3.2 Fokusområderne

På det uanmeldte tilsyn observeres ud fra 7 fokusområder og observationerne bedømmes af tilsynet ud fra tre bedømmelsesmuligheder :

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

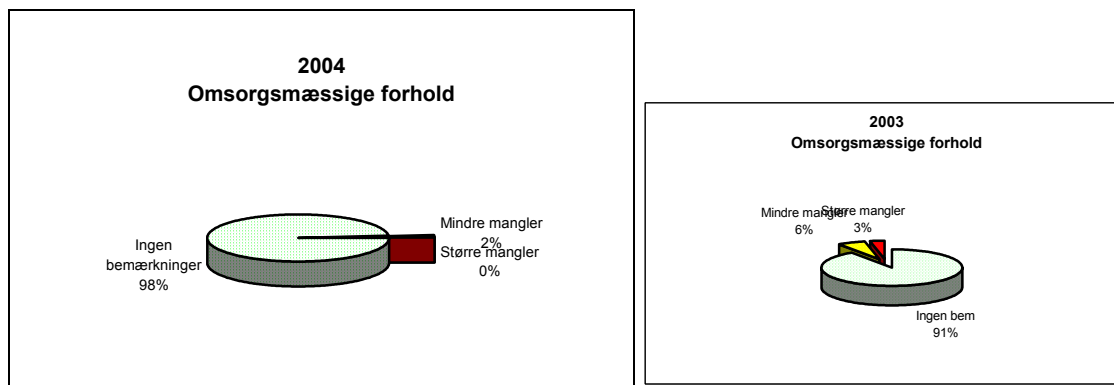
Fokusområde omsorg : Ved interview med de udvalgte beboere og medarbejdere/kontaktpersoner afdækkes indsatsen overfor beboeren.

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.

Der er et plejehjem, der har fået anmærkninger til pleje og omsorg. Det har drejet sig om mangler i forhold til den daglige pleje. Der er udført et opfølgende tilsyn på dette plejehjem, hvor det blev konstateret, at der var blevet rettet op på forholdene.

Der er således sket en forbedring fra 2003, hvor fire plejehjem fik anmærkninger til pleje og omsorg.

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

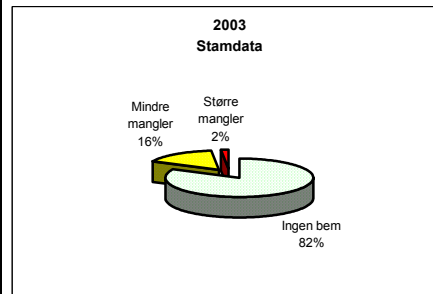
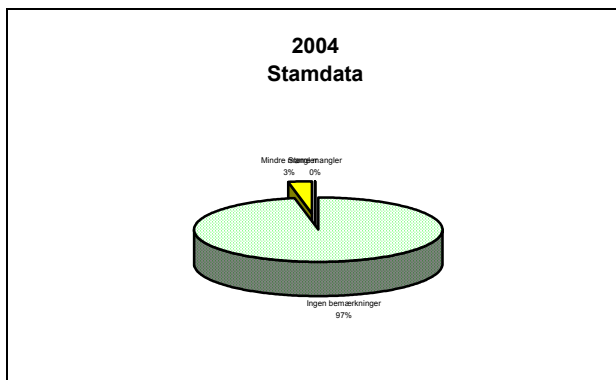
Medarbejderne udtrykker generelt tilfredshed med at arbejde på institutionen. Mange giver udtryk for stor travlhed og finder, at der stilles mange nye krav især på dokumentationsområdet, som volder mange især social- og sundhedshjælpere kvaler.

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.

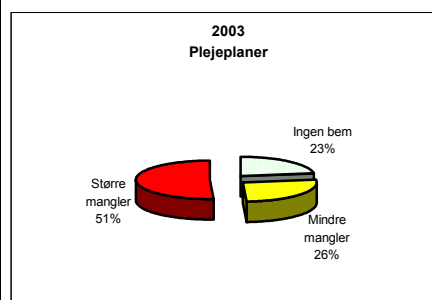
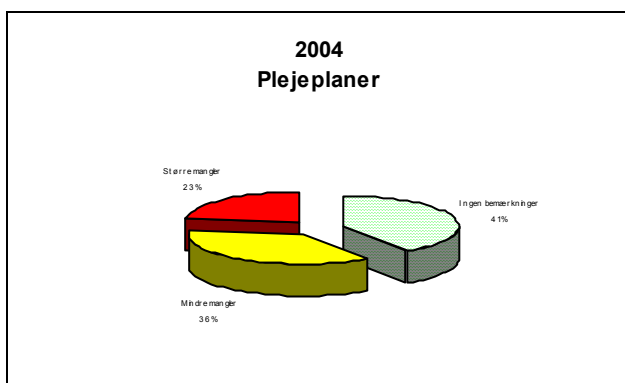
Det drejer sig om oplysninger om beboerens sygdomme, allergier og navn på pårørende.



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

Fokusområde pleje/handleplaner

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.



2003

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.

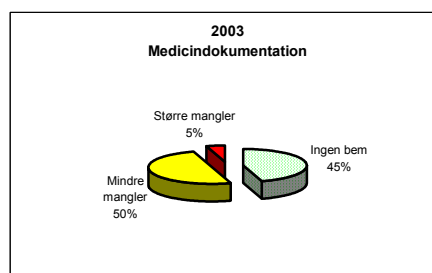
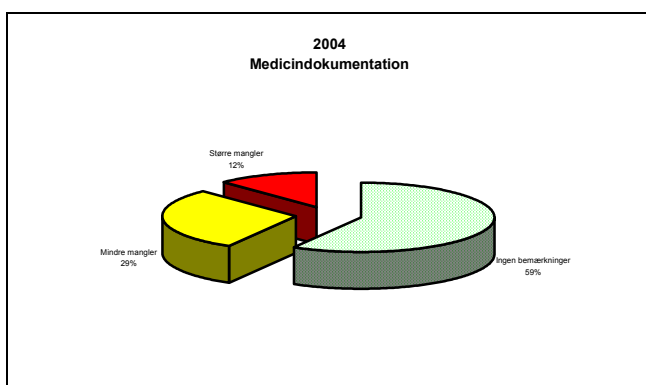
En hel del af medarbejderne har ikke den store træning i skriftlig kommunikation og arbejdet med plejeplanerne er derfor ofte overladt til ledere.

Der er dog også her sket en klar forbedring i forhold i 2003, hvor ca. 50 % ikke havde udarbejdet **plejeplaner** til ca. 20 % i 2004, hvor der enten ikke var udarbejdet plejeplaner eller disse var mangelfulde.

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.



Der er fortsat konstateret mangler på medicinområdet.

På dokumentationsområdet er der dog sket et fald i antallet af anmærkninger fra 55 % i 2003 til 41 % i 2004.

De fleste plejehjem anvender et 2-strengt medicin dokumentationssystem, hvor der på det ene system noteres alle ordinationer på beboeren (historikken) og på det andet system kun overføres den aktuelle behandling. Den langt overvejende del af anmærkningerne på dokumentationsområdet skyldes uoverensstemmelser mellem disse to dokumenter. Når der er uoverensstemmelser mellem disse dokumenter, kan dette give anledning til misforståelser og fejlbehandling.

Fejl på dette område giver således en risiko for en fremtidig fejlmedicinering.

En mindre del af anmærkningerne drejer sig om 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.

Manglende udførelse af denne opgave har kun i ganske få tilfælde selvstændigt ført til anmærkninger.

Forskellen mellem mindre og større mangler er begrundet i omfanget af fejlene. Fejl hos 1-2 beboere medfører oftest en mindre anmærkning, fejl hos 3 beboere eller derover fører til en større anmærkning. En større anmærkning kan også udløses af fejl på flere områder samtidig f.eks. manglende lokal medicininstruks, fejl i dokumentation hos én beboer og fejl i morfinregnskabet.

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

Eksempel 1 : *Ved en månedlig injektion, er det ikke muligt at se om den er givet i denne måned, og ordinationen er ikke fremskrevet til næste måned på doseringsskemaet*

Eksempel 2 : *Tilsynet får udleveret en lokal medicininstruks, der ikke er dateret med henblik på, hvornår den er udfyldt eller revideret. En social- og sundhedsassistent er ikke bekendt med den lokale medicininstruks. Hos de udvalgte borgere er der ikke dokumenteret medicinstatus.*

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

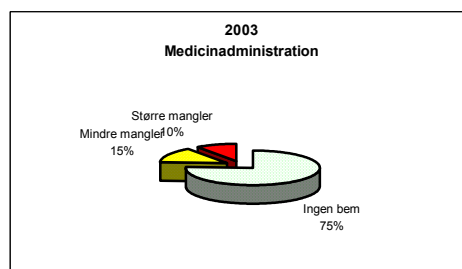
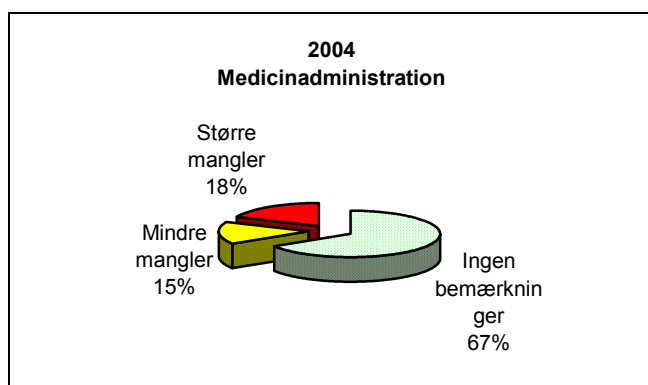
Eksempel 1 : *Tilsynet vurderer det til større fejl og mangler i medicindokumentation, at der flere steder ikke er overensstemmelse imellem ordinationsskemaet og doseringsskemaet, samt at medicininstruksen ikke er revideret efter de nye retningslinier og at instruksen i øvrigt ikke var kendt af den medicinansvarlige. Derudover manglede der at blive udført medicinstatus.*

Eksempel 2 : *For fire af de udvalgte beboere, bliver der fundet uoverensstemmelse imellem ordinationsskemaet og doseringsskemaet. Der bliver fundet overstregninger i adskillige ordinationsskemaer. Der er ikke dokumenteret, at der er udført medicinstatus på mere end én ud af de otte udvalgte beboere.*

Fokusområder medicinadministration :

Tilsynet kontrollerer følgende :

- At den doserede medicinen stemmer overens med den ordinerede medicin.
- At medicinen opbevaret 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 er der sket en stigning fra 25 % i 2003 til 33 % i 2004.

Forskellen mellem mindre og større mangler er begrundet i omfanget af fejlene.

Mindre mangler gives f.eks. ved fejdosering af afføringsmidler, milde smertepræparater eller jerntilskud.

Større mangler gives ved f.eks. ved fejdosering 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 en beboer er der ophældt dobbeltdosis afføringsmedicin i forhold til det ordinerede

Eksempel 2 : Da der hos én beboer mangler medicin efter behov, og der findes et medicinglas uden navn, og det ikke er muligt ved de 3 beboere at se, hvem der har udført doseringen af medicinen.

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

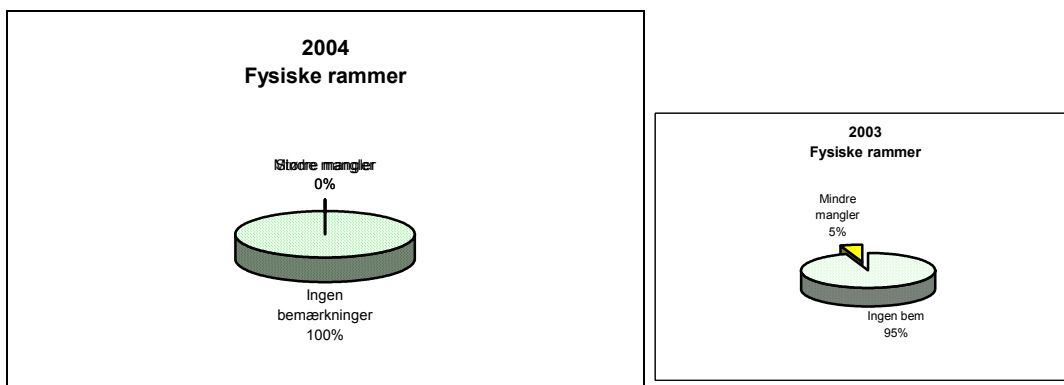
Eksempel 1 : For én beboers vedkommende var der i de udleverede doseringsæsker kun ophældt et præparat. I daglige noter var der ikke nogen dokumentation, for hvorfor de øvrige ordinerede præparater ikke var doseret eller beboeren af en eller anden årsag ikke har fået tabletterne. For en anden beboers vedkommende, var der en af dagene doseret dobbelt dosis af vanddrivende medicin.

Hos én beboer var der ordineret Inj. Vibiden hver 3. måned. Dette var sidst givet den 21.10.03 og skulle således have været givet 5 dage før tilsynsdatoen. Der forelå ikke en forklaring på, medicinen ikke var givet.

Eksempel 2 : Hos 3 af de undersøgte beboere var der fejl i doseringen. Hos en af disse beboere var der doseret en forkert dosis medicin, hos en anden var en tbl. doseret til en forkert dag og hos den tredje beboer manglede der smertestillende tabl. i 2 af æskerne. Hos den 4. beboer var der ikke anført det aktuelt anvendte synonympræparat og på et af medicinglassene var der ikke navn på beboeren.

Fokusområde fysiske forhold :

- Indgangsparti, beboeroversigt, skiltning.
- Indretning.
- Boligerne.
- Faciliteter for træning og aktiviteter.
- Effekter på gangarealerne.
- Bygningernes vedligeholdelsestilstand.
- Rengøringsstandard.



I forhold til de **fysiske rammer** er der ikke givet anmærkninger. Det skal dog bemærkes, at tilsynet ikke har foretaget en vurdering af boligernes standard i forhold til størrelse og egnethed til plejebolig.

På de anmeldte tilsyn, hvor tilsynet har fået en grundigere rundvisning på plejehjemmene, er der dog givet flere anbefalinger til de fysiske rammer.

3.3 Anmeldte tilsyn

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

Disse to formål dækker kvalitetskomponenterne:

- Faglig kvalitet
- Brugeroplevet kvalitet
- Organisatorisk kvalitet

Derudover er der i formålene et sammenfald med to af målsætningerne i Sundhedsforvaltningens ældrepolitik:

- 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 tre 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.

I disse tilfælde har tilsynet besluttet at aflægge et opfølgende tilsyn ca. 3 måneder efter.

To af disse opfølgende tilsyn blev aflagt i 2004, på det ene plejehjem kunne der konstateres en fremgang, hvilket tilsynet ikke kunne konstatere på det andet plejehjem. Det tredje opfølgende tilsyn aflægges i 2005.

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.

Tema	
Medarbejderudvikling, herunder udviklingssamtaler	28
Aktiviteter for beboere	26
Organisering af arbejdet og ledelse	25
Måltider og rammer om disse	23
Plejehjemmets informationsmateriale herunder afstemning af forventninger	21
Fysiske rammer herunder vedligeholdelse	17
Introduktion af nye medarbejdere	15
Internt samarbejde	14
Sygefravær	13
Pleje og omsorg herunder tiltaleform	13
Medinddragelse af beboere og pårørende	12
Andre	10
Medarbejderbeklædning herunder navneskilte	8

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 samtaler eller manglende uddannelsesmuligheder.

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.

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. Mange plejehjem har ændret organisationsstruktur inden for de sidste år, således at strukturen bedst muligt matcher opgaverne. På nogle plejehjem er der dog en mere traditionel opbygning, hvor tilsynet har fundet anledning til at kommentere f.eks. et stort antal ledere i forhold til antallet af medarbejdere.

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. Se i øvrigt beskrivelsen under "Måltidet".

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.

Tilsynet har i flere tilfælde set manglende vedligeholdelse f.eks. afskallede vægge eller hullede gulvtæpper. De fleste plejehjem virker dog rimeligt vedligeholdte.

Tilsynet har haft fokus på besøgendes muligheder for at kunne orientere sig på plejehjem via skiltning. I mange tilfælde er der en god og oplysende skiltning, mens det på nogle plejehjem er meget svært at orientere sig.

De øvrige fysiske forhold der er givet anbefalinger på, har primært drejet sig om lysforholdene på plejehjemmet, hvor nogle plejehjem har skiftet gangbelysningen til sparepærer, hvilket visse steder har bevirket at gangene har været meget mørke. Der er også givet anbefalinger på at overveje udsmykningen af plejehjemmet med henblik på at give et mere hjemligt indtryk.

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.

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 en bedst mulig anvendelse af ressourcerne samt en koordinering af indsatsen.

Pleje og omsorgsanbefalingerne relaterer sig primært til de tre plejehjem, hvor der er konstateret kritisable forhold og derfor besluttet opfølgende tilsyn.

Sygefraværet er meget ujævnt fordelt. En hel del plejehjem har et lavt sygefravær, mens enkelte har et temmeligt stort sygefravær. 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.

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

På nogle plejehjem bærer personalet ens uniformer, på andre anvendes forskelle 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.

3.4 Tværgående observationer

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

Tilsynet har konstateret, at problemet med rekruttering af kvalificerede medarbejdere til plejehjem er meget ujævnt fordelt og mere relaterer sig til det enkelte plejehjem frem for til særlige bydele eller institutionsstørrelser.

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 høringssvar 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.

Udviklingen af tilbud til beboerne og udviklingen af medarbejderne udviser et meget ujævnt niveau.

Tilsynet har oplevet plejehjem, der er i konstant udvikling afprøvende nye tiltag, mens andre plejehjem virker mere tøvende over for nye tiltag afventende at forvaltningen tager initiativet.

Træningsindsatsen har varierende faglig kvalitet. En del plejehjem har kontrakt med træningscentre, 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.

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.

Tilsynet har konstateret at mange plejehjem opkræver en fast betaling ”dagcenterbetaling” fra beboerne for at deltage i plejehjemmets aktiviteter.

Tilsynet har rejst spørgsmålet om den faste betaling over for forvaltningen.

3.5 Tema 2004 : Måltidet

Temaet har i 2004 været behandlet ud fra målsætningerne i kostpolitikken.

Kostpolitikken blev vedtaget i 2003 og Sundheds- og Omsorgsudvalget vedtog at gøre denne til særligt fokusområde på de anmeldte tilsyn på plejehjem for at støtte implementeringen af målsætningerne.

Tilsynet har anvendt tre metodikker til at afdække ”Måltidet” på det enkelte plejehjem. Inden tilsynet har plejehjemmet besvaret et spørgeskema, hvor der er spurgt til plejehjemmets lokale kostpolitik, beboernes indflydelse på måltiderne, valgmuligheder og hjemmets fokus på beboere med særlige kostbehov. På selve tilsynet har temaet indgået i gruppesamtalerne med dels beboere og pårørende og dels medarbejdere. Derudover har tilsynet observeret spisesituationer på plejehjemmet.

Tilsynets generelle indtryk er at der på mange plejehjem arbejdes seriøst med at tilbyde beboerne en god oplevelse ved måltiderne.

Nedenfor er angivet de relevante målsætninger fra kostpolitikken og tilsynets observationer.

- **Mad og måltider prioriteres som et af dagens vigtigste højdepunkter.**

Det er tilsynets indtryk at langt de fleste plejehjem prioritere måltiderne og rammerne omkring disse. En hel del plejehjem har eller er i gang med at udarbejde lokale kostpolitikker

- **Positive relationer mellem ældre fremmes og støttes ved måltiderne.**
- **Ældre tilbydes den nødvendige hjælp ved måltiderne samt tilstrækkelig tid og ro til at spise og drikke.**

En del plejehjem har indført såkaldte ”pædagogiske måltider”, som drejer sig om personalets deltagelse ved måltiderne og medvirken til f.eks. at holde samtale i gang. På nogle plejehjem spiser personalet sammen beboerne. Selv om plejehjemmet har indført pædagogisk måltid, er det dog sjældent at dette begreb lokalt er blevet defineret i form af skriftlige vejledninger til personalet. Det kan medføre at det er den enkelte medarbejders individuelle opfattelse af begrebet som bliver gældende.

Tilsynet har derfor i en del tilfælde anbefalet plejehjemmet at begrebet defineres lokalt, helst i samarbejde med beboerne.

- **Ernæringsterapi tilbydes ernæringstruede ældre.**

De fleste plejehjem har tilbud til småtspisende i form af særlig energitæt kost. Nogle plejehjem tilbyder også alle beboere regelmæssig vejning, mens andre plejehjem kun tilbyder vejning i særlige tilfælde.

- **Mad- og måltidstilbudet afspejler samfundsudviklingen og er tilpasset brugerønsker, traditioner, kultur og højtider. Dette gælder også indretning af spisemiljøer, spisetidspunkter og menusammensætning.**

På en overvægt af plejehjemmene serveres den varme mad til middag og smørrebrød til aftensmåltidet.

Plejehjemmenes begrundelse for at servere den varme mad til middag er oftest af ressourcemæssige årsager, idet servering af varm mad ifølge nogle plejehjem kræver mere personale end servering af smørrebrød; andre plejehjem finder dog, at det kræver færre ressourcer for plejepersonalet at servere den varme mad. Der er dog også plejehjem, hvor beboerne har deltaget i beslutningen om fordelingen af måltiderne.

En af de større udfordringer er måltidernes fordeling over døgnet. Det er ikke usædvanligt, at der kun er 2 timer imellem morgenmåltidet og middagsmåltidet. Dette bevirker, at beboerne ikke har den store appetit til hovedmåltidet.

Årsagen til det korte interval skyldes organiseringen af arbejdet, hvor hovedparten af personalet er til stede i tidsrummet 8 –13 og derfor er nødsaget til at få afviklet middagsmåltidet inden kl. 13. Der er dog enkelte plejehjem, der har omlagt arbejdstiderne, så der er et længere interval mellem måltiderne.

Alle plejehjem gør særligt ud af måltiderne til højtiderne og et særligt højdepunkt i 2004 var kronprinsbrylluppet, hvor alle sejl var sat til for at fejre dette, f.eks. med australsk/danske menuer.

På en hel del plejehjem gøres der en del ud af borddækningen med duge, lys og servietter.

- **Mad- og måltidstilbudet rummer relevante muligheder for valg og inddragelse.**

Der er stor forskel i serviceniveauet hen over byen, hvis man ser på beboernes valgmuligheder. På nogle plejehjem er det muligt at vælge mellem 3 menuer, mens der på andre plejehjem ikke er valgmuligheder.

På enkelte plejehjem er valgmulighederne afhængig af, om maden indtages i en spisesal eller på afdelingen/i boligen. I spisesalen kan der være flere valgmuligheder, som ikke er muligt for de beboere, der ikke kan/eller ønsker at spise i fællesskab.

På en del plejehjem er der nedsat kostudvalg med repræsentanter for beboere, som her kan fremkomme med ønsker og kritik af måltiderne.

Der er ikke mulighed for, at beboerne kan deltage i den daglige tilberedning af maden, hvilket begrundes i hygiejniske årsager. Der er en del plejehjem, der tilbyder deltagelse i madgrupper eller at beboerne kan følge personalets tilberedning af maden i køkken/alrums miljøer.

- **Ældre tilbydes mulighed for spisefællesskab, der kan understøtte vedligehold af sociale, mentale og fysiske funktionsevner.**

På stort set alle plejehjem er der mulighed for at kunne spise i fællesskab og det er tilsynets indtryk at der fra personalets side gøres meget for at motivere beboere til at spise i fællesskab.

- **Maden skal i energi- og næringsindhold følge retningslinierne for Kost til ældre jvf. anbefalinger fra Fødevarerdirektoratet. Der skal føres dokumentation herfor.**

Der sker kun dokumentation for energi og næringsindhold på de store centralkøkkener. De små køkkener på de enkelte plejehjem har ikke ressourcer til dette.

- **Maden skal ved serveringen se indbydende ud, dufte godt, være velsmagende og have den rigtige konsistens og temperatur. Dokumentation herfor skal føres.**

Det er tilsynets indtryk at der generelt arbejdes med at opfylde denne målsætning. Serveringen foregår dog meget forskelligt. På nogle plejehjem anrettes maden på fade så beboerne selv kan tage, på andre sker der portionsanretning og på nogle sker der ophældning fra madvogne.

4 Tilsyn med kommunale hjemmeplejeenheder

I 2004 blev der for første gang indført tilsyn med de kommunale hjemmeplejeenheder.

Formålet med tilsynet har været at:

som myndighed føre tilsyn med, om de kommunale hjemmeplejeenheder leverer ydelserne i overensstemmelse med den afgørelse, der er truffet, samt at afdække indhold og kvalitet i tilrettelæggelse og udførelsen af opgaverne.

Der er aflagt ét uanmeldt tilsynsbesøg i hver kommunal hjemmeplejeenhed i alt 19 tilsyn i 2004.

Det stikprøvemæssige tilsyn har bestået af besøg hos hjemmeplejeenheden og efterfølgende besøg hos et udvalgt antal borgere, som får hjælp på tilsynsdagen..

Der er udvalgt ca. seks borgere i hver hjemmeplejeenhed.

Tilsynsenheden har udvalgt et antal modtagere af hjemmepleje, som tilsynet gerne vil tale med. Lederen høres om der er særlige forhold at tage hensyn til vedrørende de udvalgte borgere.

Tilsynet har kontrolleret den dokumentation som forefindes på kontoret for de udvalgte borgere.

Der er derefter foretaget interview efter interviewguide med de udvalgte borgere samt interview med det personale, der aktuelt udfører opgaverne hos de udvalgte borgere.

Som reference anvendes Københavns Kommunes kvalitetsstandarder på ældreområdet, Sundhedsforvaltningens regler og vejledninger og almindelig faglig standard.

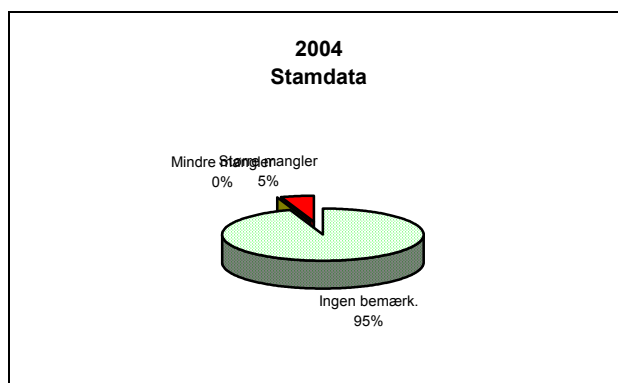
Tilsynets fokusområder på hjemmeplejeenhederne lægger sig tæt på ad fokusområderne ved plejehjemstilsyn.

I nedenstående redegøres derfor udelukkende for de særlige forhold for hjemmeplejetilsynet og henvises i øvrigt til beskrivelserne under uanmeldte tilsyn på plejehjem.

Tilsynet observerer ud fra 7 fokusområder.

Fokusområde skriftlig dokumentation:

- At der forefindes aktuelle og relevante borger data
- Samarbejdsbog eller anden kommunikation i hjemmet
- Information i hjemmet

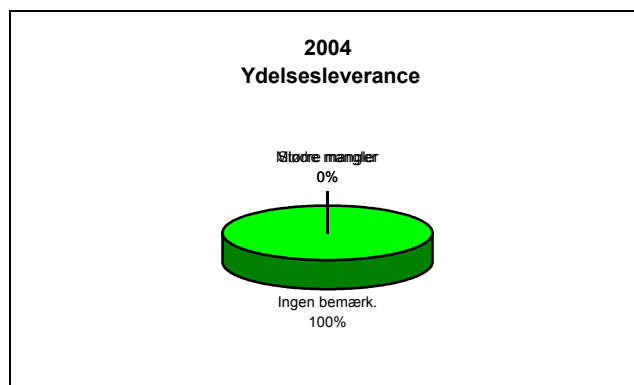


Hjemmeplejeenhederne er generelt gode til at have relevante grundoplysninger på borgerne, så der har været ganske få anmærkninger.

Fokusområde ydelsesleverance:

At de leverede ydelser er i overensstemmelse med de visiterede ydelser

- visiterede ydelser
- planlagte ydelser
- leverede ydelser
 - Flytning af besøg
 - Aflysning af besøg



Det kan konstateres, at hjemmeplejen leverer de ydelser, der er bevilget af visitationen, hvilket også stemmer overens med andre opgørelser over, at der kun er ganske få aflysninger af hjemmeplejebesøg. I det omfang der har været aflysninger, har de udvalgte borgere fået tilbudt et erstatningsbesøg.

Grundlaget for hjemmeplejens virksomhed er visitationens afgørelser og det er forudsat at borgerne visiteres årligt og at alle ydelser, der skal leveres, er visiteret.

Det kan dog konstateres, at det kniber for visitationen at opfylde målet om en årlig visitation. Tilsynet har konstateret, at ca. 30 % af de udvalgte borgere ikke har fået foretaget en revisitering, inden for det sidste år.

En del sygeplejeydelser sås ikke at være visiteret.

Fokusområde omsorg:

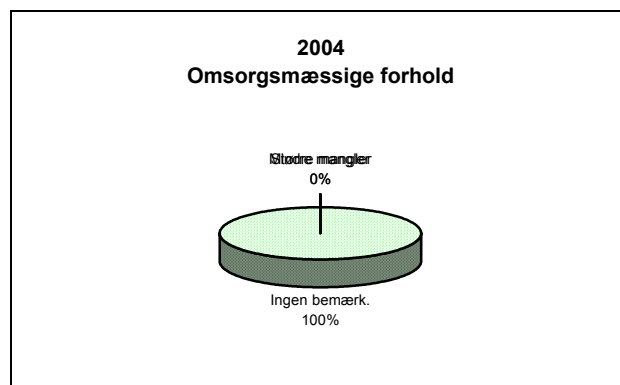
Ved interview med borgere og medarbejdere afdækkes kvaliteten i indsatsen overfor borgeren.

Vedrørende borgeren :

- Oplever borgeren at modtage en tilstrækkelig pleje/omsorg
- Opleves en koordineret indsats
- Om der sker inddragelse af borgeren i opgaveløsningen.
- Om borgeren har indflydelse på hjælpen.
- Kendskab til fleksibel hjemmehjælp / frit valg

Vedrørende medarbejderen :

- Medarbejdernes faglige baggrund samt tilknytning til hjemmeplejen.
- Hvordan arbejdet / plejen tilrettelægges.
- Kendskab til borgeren
- Introduktion til opgaverne
- Medinddragelse af borgeren i opgaveløsningen
- Ændringer i borgerens tilstand



Resultaterne viser, at der udføres en tilfredsstillende **pleje og omsorg** af de kommunale hjemmeplejeenheder og at langt hovedparten af de borgere som tilsynet har talt med, er tilfredse med den ydede pleje og omsorg.

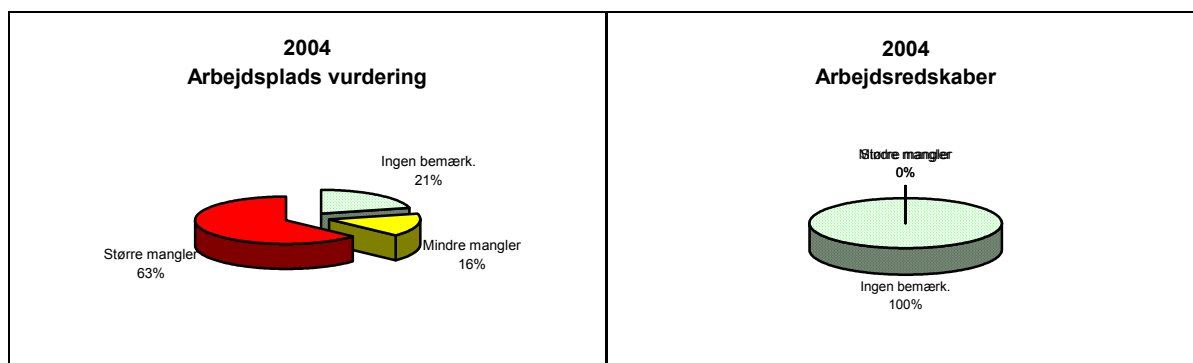
Hjemmeplejeenhederne anvender i en vis udstrækning uddannet arbejdskraft, langt de fleste steder har disse dog modtaget relevant introduktion og anvendes kun til mindre komplicerede opgaver.

Medarbejderne udtrykker generelt tilfredshed med at arbejde i hjemmeplejeenheden.

Der er ikke blandt borgere og medarbejdere det store kendskab til muligheden for fleksibel hjemmehjælp, hvilket vil sige muligheden for en gang imellem at bytte en ydelse ud med en anden, f.eks. at vælge en gåtur i stedet for at få gjort rent. Denne mulighed anvendes derfor ikke tit.

Fokusområde arbejdsmiljø :

- At der forefindes en aktuel ArbejdsPladsVurdering (APV) i hjemmet.
- At der forefindes de nødvendige arbejdsredskaber til brug for plejen.



I kommunens kvalitetsstandards, der har baggrund i Arbejdstilsynets krav, stilles der krav om en vurdering af arbejdsmiljøforholdene i borgernes hjem.

At foretage og dokumentere denne vurdering er et delt ansvar mellem visitationen og hjemmeplejeenhederne. Visitationen skal foretage vurderingen i forbindelse med den første visitation og de efterfølgende revisiteringer og hjemmeplejeenheden skal løbende foretage opfølgning ved ændringer i hjemmet.

Tilsynet kunne konstatere, at der kun kunne findes dokumentation for disse vurderinger i ca. 1/5 af de udvalgte hjem.

Tilsynet har dog ikke stødt på akutte arbejdsmiljøproblemer og det kunne også konstateres, at hjemmeplejen havde de nødvendige arbejdsredskaber til rådighed og at medarbejderne var instrueret i brugen.

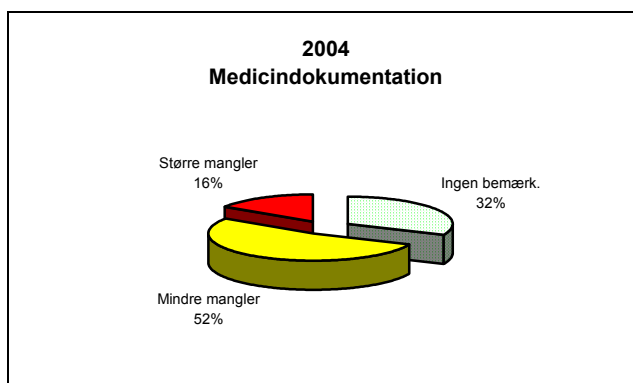
Fokusområde handle/plejeplan:

- At der er udarbejdet konkrete mål for opgaverne i en individuel handleplan sammen med borgeren i respekt for dennes holdninger og vaner.

Dette område fremgår af kommunens kvalitetsstandarder. Det kunne dog konstateres at forvaltningen ikke havde udarbejdet vejledninger og instrukser til hvorledes denne opgave i praksis skulle udføres. Dette har betydet at ingen hjemmeplejeeenheder i større omfang var påbegyndt denne opgave og at tilsynet ikke mødte plejeplaner hos nogen af de udvalgte borgere.

Fokusområde medicindokumentation:

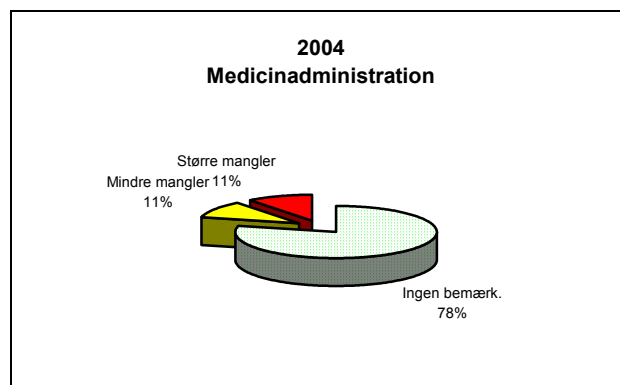
Kontrolpunkterne – se under uanmeldte tilsyn plejehjem



Hjemmeplejen har den særlige udfordring at en del af dokumentationsmaterialet befinder sig på kontoret og den anden del i borgerens hjem – og at der skal være overensstemmelse mellem disse dokumentationer. Dette er en vanskelig opgave og det kunne desuden konstateres, at der kun var overensstemmelse hos ca. 1/3 af de udvalgte borgere.

Fokusområder medicinadministration:

Kontrolpunkterne – se under uanmeldte tilsyn plejehjem



Resultaterne for hjemmeplejen viser korrekt administration i 4/5 af de kommunale hjemmeplejeenheder.

5 Tilsyn med dagcentre

I 2004 blev der for første gang indført tilsyn med dagcentrene i København.

Formål med tilsynet

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

Disse formål vil samlet dække kvalitetskomponenterne:

- faglig kvalitet
- brugeroplevet kvalitet
- organisatorisk kvalitet

Tilsynsmetode : Den metodiske tilgang ved anmeldte tilsyn er selvevaluering ved hjælp af spørgeskema, samtaler med brugere, medarbejdere og ledelse.

Hvilket konkret foretages på følgende måde:

Gruppesamtale med brugere af dagcentret.

Dagcentret træffer aftale med brugere om at deltage i en samtale med tilsynet.

Der kan både være tale om brugere, der benytter dagcentret på tilsynsdagen og om brugere, som har mulighed for at ekstraordinært at komme ind på dagcentret til en samtale med tilsynet. Fokus for samtalen er brugerindflydelse, brugertilfredshed og andre emner efter brugernes valg

Gruppesamtale med medarbejdere. Fokus i denne samtale er medarbejderindflydelse og medarbejdertilfredshed.

Samtale med ledelsen med udgangspunkt i ledelsens besvarelse af spørgeskema, interviewene og samtalerne.

Ved afslutning af tilsynet gives en mundtlig konklusion på tilsynet, samt evt. anbefalinger.

Der er gennemført 9 anmeldte tilsyn på dagcentre.

Resultater

Tilsynet kan konstatere, at langt de fleste brugerne udtrykker tilfredshed med dagcentret. Medarbejderne giver også udtryk for tilfredshed.

Tilsynet har konstateret, at udbudet af aktiverende tilbud er meget forskelligt, på alle dagcentre tages brugerne med på råd om aktivitetstilbudet.

Der er et vist opbrud i dagcenterområdet, hvor flere dagcentre i 2004 stod overfor lukninger eller sammenlægninger.

Tilsynet med disse dagcentre koncentrerede sig primært om, hvorledes dagcentret sikrede sig en hensigtsmæssig nedlukningsproces over for brugere og medarbejdere.

I forbindelse med de anmeldte tilsyn er der givet anbefalinger til de fleste dagcentre. Anbefalingerne er grupperet i nedenstående skema.

Tema	Antal
Dokumentation for indsatsen	9
Brugerindflydelse, afstemning af forventninger	3
Information i forbindelse lukning /flytning af dagcentret	3
Informationsmateriale	2
Medarbejderindflydelse	2
Aktivitetstilbudet	2

Københavns kommune har ikke kvalitetsstandarder på dagcenterområdet og dette præger i et vist omfang området, hvor det er op til det enkelte dagcenter at definere kvaliteten.

Tilsynet har på alle dagcentre givet anbefalinger om at dokumentere indsatsen, dels for den enkelte bruger og dels dagcentrets indsats som helhed.

Det er tilsynets opfattelse, at der bør fastlægges retningslinier for krav til den dokumentation et dagcenter bør udføre.

På en del dagcentre er der problemer med at tiltrække tilstrækkeligt med brugere, hvilket også begrundes sammenlukninger og nedlukninger. På visse af dagcentrene finder tilsynet dog, at dagcentrets informationsmateriale kunne forbedres, således at det kunne bidrage til at tiltrække flere brugere.

6 Tilsyn med kommunale træningscentre

I 2004 blev der for første gang indført tilsyn med træningscentrene i København.

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.*

Disse formål vil samlet dække kvalitetskomponenterne:

- faglig kvalitet
- brugeroplevet kvalitet
- organisatorisk kvalitet

Tilsynsmetode : Den metodiske tilgang ved anmeldte tilsyn er selvevaluering ved hjælp af spørgeskema, samtaler med brugere, medarbejdere og ledelse.

Hvilket konkret foretages på følgende måde:

Træningscentret træffer aftale med brugere om at deltage i en samtale med tilsynet.

Der kan både være tale om brugere, der aktuelt benytter træningscentret på tilsynsdagen og om brugere der er i behandling, som har mulighed for at ekstraordinært at komme ind på træningscentret til en samtale med tilsynet.

Fokus for samtalen er brugerindflydelse, brugertilfredshed og andre emner efter brugernes valg

Gruppesamtale med medarbejdere. Fokus i denne samtale er medarbejderindflydelse og medarbejdertilfredshed.

Samtale med ledelsen med udgangspunkt i ledelsens besvarelse af spørgeskema, interviewene og samtalerne.

Ved afslutning af tilsynet gives en mundtlig konklusion på tilsynet, samt evt. anbefalinger.

Der er gennemført 8 anmeldte tilsyn på træningscentre.

Resultater

Brugerne udtrykker på alle træningscentrene tilfredshed med tilbudet. Det er tilsynets indtryk, at der er stor fokus på medarbejderudvikling på træningscentrene og medarbejderne udtrykker da også stor tilfredshed med at arbejde på træningscentrene.

I forbindelse med de anmeldte tilsyn er der givet anbefalinger til de fleste institutioner. Anbefalingerne er grupperet i nedenstående skema.

Tema	Antal
Synliggørelse af træningstilbud	6
Ledelse og samarbejde	3
Værdigrundlag og målsætninger	2
Informationsmateriale	2
Medarbejderindflydelse	1

De fleste træningscentre har kontrakter med et eller flere plejehjem om levering af træning. Derudover samarbejder nogle træningscentre med et plejehjem om drift af rehabiliteringsafdelinger, hvor ledelsen er delt mellem plejehjemmet og træningscentret. Den delte ledelse giver flere steder anledning til samarbejdsproblemer, hvor plejhjemmets kultur og træningscentrets kultur støder imod hinanden. Hvis denne organiseringsform skal fortsætte, vurderer tilsynet, at der er behov for visse udviklingstiltag for at få dette til at fungere.

Det er op til det enkelte plejehjem at vurdere, om de ønsker at indgå kontrakt med et træningscenter eller selv forestå træningen. Disse kontrakter kan opsiges med relativt kort varsel.

Tilsynet kan konstatere, at denne kontraktliggørelse af forholdet mellem træningscentrene og plejhjemmene medfører flere u hensigtsmæssige incitamenter, herunder uenighed om hvilke træningsydelser der skal stilles til rådighed for beboerne på plejhjemmene.

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 kvalitetsstandards, 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, kvalitetsstandards og leverandørkrav.*
- *at belyse brugernes faktisk oplevede kvalitet af ydelsen.*
- *at belyse organisatoriske forhold med baggrund i leverandørkravene*

Disse formål vil samlet dække kvalitetskomponenterne:

- faglig kvalitet

- brugeroplevet kvalitet
- organisatorisk kvalitet

Hvilket konkret foretages på følgende måde:

Tilsynsenheden udvælger et antal borgere der modtager ydelser fra leverandøren. Tilsynsenheden tager telefonisk kontakt med de udvalgte borgere og foretager interview med udgangspunkt i et spørgeskema. På tilsynsdagen udsendes spørgeskema til leverandøren og spørgeskema til Pensions- og Omsorgskontoret. Disse spørgeskemaer er identiske.

Der er gennemført 19 tilsyn med private leverandører.

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 til disse opgaver.

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

Der er ca. 5 % af hjemmehjælpsmodtagerne, der har valgt en privat udbyder.

Generelt for alle leverandører kan der konstateres mangler i den leverede dokumentation 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.

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.

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

	Tilfredshed
Grundig rengøring	Middel
Tøjvask	Høj
Indkøb	Høj –Lav *
Praktisk hjælp	Middel
Personlig pleje	Høj

* 2 firmaer med høj tilfredshed , 1 firma med lav tilfredshed

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 61 % til 74 %. I forhold til de generelle tilfredshedsprocenter på de private leverandører, ligger tilfredsheden med den grundig rengøring lavest.

Tøjvaskeordninger

Der er ført tilsyn med tre firmaer, der leverer tøjvask.

Der er generel stor tilfredshed med udførelsen af tøjvasken med tilfredshedsprocenter på ca. 80.

Indkøbsordninger

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

Hos de 2 firmaer lå tilfredshedsprocenten på ca. 80. Hos det tredje firma kunne tilsynet konstatere så stor utilfredshed med udførelsen af opgaven, at tilsynet besluttede at udføre et opfølgende tilsyn. Firmaet lukkede dog kort efter.

Leverandører af personlig og praktisk bistand

Der er ført tilsyn med 10 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.

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				
	2003	2004	2003	2004
Ældrerådet i bydelen	50	45	42	32
Bruger-pårørende rådet	34	34	23	16
Institutionen	44	65	50	41

Selv om der er sket en stigning i den samlede høringssvar procent fra institutionerne, er der dog en del institutioner, der ikke afgiver 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.

Ældrerådenes høringssvarprocent er faldet fra 2003 til 2004, hvilket tilsynet vil drøfte med ældrerådene.

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

Der er 1 bruger-pårørenderåd og 1 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 Kvalitetsstaben.

Tilsynsenheden har ikke 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 2004 har Tilsynsenheden foretaget opfølgende tilsyn på en udførerenhed, hvis tilsynet konstaterer kritisable forhold. Det opfølgende tilsyn udføres senest 3 måneder efter det oprindelige tilsyn.

Der er i 2004 besluttet opfølgende tilsyn på 4 plejehjem.

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 skulle 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 2005 søge at minimere omfanget af spørgeskemaet.

Den interne høring har 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 2005.

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 ælderåd.

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 tilsynstilsyn 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 truffe 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 truffe afgørelser effektueres i nøje overensstemmelse med indholdet.