



Sundheds- og Omsorgsforvaltningen  
Tilsynsenheden

# Kommunale tilsyn på ældreområdet i København



Årsrapport 2006

1	Resumé.....	3
2	Baggrund.....	3
3	Tilsyn med plejehjem.....	4
3.1	Uanmeldte tilsyn.....	5
3.2	Anmeldte tilsyn.....	12
3.3	Tema 2006: Kvalitetsstandarder .....	16
3.4	Tema 2005: BUM – Bestiller - Udfører - Modtager .....	17
4	Tilsyn med kommunale hjemmeplejeenheder.....	18
5	Tilsyn med dagcentre .....	24
6	Tilsyn med kommunale træningscentre .....	26
7	Tilsyn med private firmaer.....	29
8	Høring og offentliggørelse.....	30
9	Opfølgning på tilsynene .....	31
10	Institutionernes evaluering af tilsynene.....	31
11	Lovgivning .....	32

## **1 Resumé**

I 2006 har de kommunale tilsyn omfattet de lovpligtige tilsyn på plejehjem, tilsyn på kommunale hjemmeplejeenheder, dagcentre og træningscentre samt tilsyn på de private leverandører af hjemmeplejeydelser.

I 2006 har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen gennemført 172 tilsyn.

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

Den 21. maj 2006 bringer Danmarks Radio i Magasinet Søndag et kritisk indslag om Omsorgscentret Fælledgården. Da Sundheds- og Omsorgsforvaltningen bliver bekendt med, at indslaget vil blive bragt, foranstalter forvaltningen, at der den 19. maj bliver aflagt et udvidet og akut uanmeldt tilsyn på Fælledgården. Ved dette tilsyn deltager fire medarbejdere fra Tilsynsenheden samt en lederrepræsentant for den centrale del af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Efterfølgende besluttet det, at der skal gennemføres yderligere ni ekstraordinære uanmeldte tilsyn fordelt på plejehjem i de forskellige bydele. Disse tilsyn bliver afviklet i perioden 29. maj til 20. juni 2006.

Tilsynet har besluttet at aflægge opfølgende tilsyn på seks plejehjem og én hjemmeplejeenhed.

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

## **2 Baggrund**

I henhold til Servicelovens § 75 i 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 og 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 udføreropgaver 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. Derudover er der gennemført ét uanmeldt tilsyn på de kommunale hjemmeplejeenheder, ét anmeldt tilsyn på dagcentrene og træningscentrene samt ét uanmeldt tilsyn på de private firmaer, der leverer hjemmeplejeydelser under fritvalgløvgivningen.

Alle tilsyn er udført af Tilsynsenheden.

I 2006 er der gennemført 172 tilsyn. Heraf er de to opfølgende tilsyn, der er aflagt januar og februar 2007.

### **Grundlag for tilsynene**

- 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 på plejehjemmene. 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.

Den 21. maj 2006 bringer Danmarks Radio i Magasinet Søndag et kritisk indslag om Omsorgscentret Fælledgården. Da Sundheds- og Omsorgsforvaltningen bliver bekendt med, at indslaget vil blive bragt, foranstalter forvaltningen, at der den 19. maj bliver aflagt et udvidet og akut uanmeldt tilsyn på Fælledgården. Ved dette tilsyn deltager fire medarbejdere fra Tilsynsenheden samt en lederrepræsentant for den centrale del af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Efterfølgende besluttet det, at der skal gennemføres yderligere ni ekstraordinære tilsyn fordelt på plejehjem i de forskellige bydele. Disse tilsyn bliver afviklet i perioden 29. maj til 20. juni 2006.

### **3.1 Uanmeldte tilsyn**

Et uanmeldt tilsyn varer normalt mellem fire og syv timer alt efter institutionens størrelse, og bliver gennemført af to medarbejdere fra tilsynsenheden. Ved de ekstraordinære tilsyn er to til fire medarbejdere fra Tilsynsenheden til stede på institutionen i op til 14 timer. Alle de ekstraordinære tilsyn strækker sig over både dag- og aftenvagter.

De øvrige tilsyn er hovedsageligt aflagt i dagtimerne. Dog har ét plejehjem fået tilsyn i en weekend og to plejehjem i aftentimerne.

#### **Formål og metode.**

Formålet med det uanmeldte tilsyn er:

- At kontrollere kvaliteten i tilrettelæggelse og udførelse af pleje og omsorg på udvalgte områder, og om der er overensstemmelse med lovgivning, kvalitetsstandarder og Sundheds- og Omsorgsforvaltningens retningslinjer.
- 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 indflytningen, madens kvalitet, rengøring, arrangementer, daglig træning og aktiviteter har været berørt.

Plejepersonalets kendskab til og informationsniveau vedrørende den enkelte beboer har været undersøgt.

Derudover er stamdata, plejeplaner og medicinbehandling kontrolleret.

Tilsynet har på forhånd udvalgt et antal beboere ud fra folkeregisteret. Der indhentes mundtligt samtykke fra beboerne om, hvorvidt de ønsker at medvirke ved tilsynet.

Ved de ordinære tilsyn udvælges 8-10 % af beboerne, hvor der gennemføres interviews med beboer og kontaktperson, og hvor medicinhåndtering og skriftlig dokumentation kontrolleres.

Ved de ekstraordinære tilsyn er der gennemført interviews med 23 % af beboerne eller beboerens pårørende. Medicinhåndtering og skriftlig dokumentation er gennemgået for ca.  $\frac{1}{3}$  af disse beboere. Derudover har medarbejderne fra Tilsynsenheden tilbragt tid i de forskellige afdelinger for at observere hverdagen for beboerne.

### **Fokusområder**

På det uanmeldte tilsyn vurderes kvaliteten af de leverede ydelser til beboerne ud fra fem fokusområder: Omsorg, stamdata, plejeplaner, medicindokumentation og medicinadministration.

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**

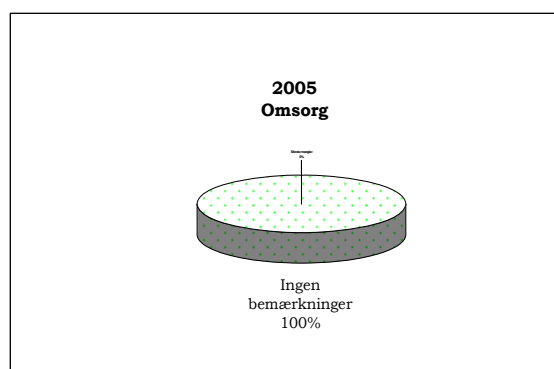
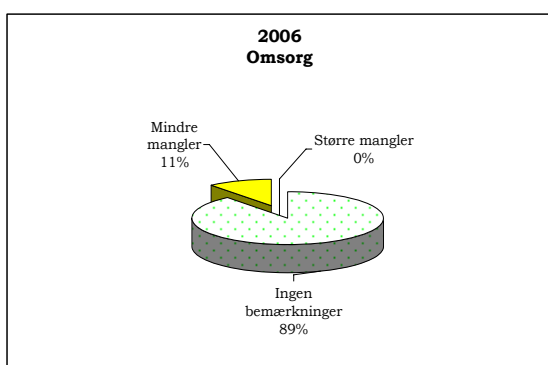
Ved interview med de udvalgte beboere og medarbejdere afdækkes indsatsen overfor beboeren.

Beboerne interviewes ud fra følgende emner:

- Kendskab til plejeplanen.
- Pleje/omsorg.
- Kontaktperson.
- Oplevelse af indflydelse/medinddragelse.
- Måltidet.
- Aktivitet og træning.
- Generel tilfredshed med at bo på plejehjemmet.

Medarbejderne interviewes ud fra følgende emner:

- Medarbejdernes faglige baggrund samt tilknytning til hjemmet.
- Hvordan arbejdet/plejen tilrettelægges.
- Kendskab til beboeren og plejeplanen.
- Introduktion til opgaverne.
- Kendskab til kvalitetsstandarderne.
- Medinddragelse af beboerne i opgaveløsningen.
- Mulighed for vejledning og hjælp.
- Mulighed for udvikling herunder medarbejderudviklingssamtale.
- Tilfredshed med arbejdspladsen.



I 2006 er syv plejehjem vurderet til mindre mangler i pleje og omsorg. I alle tilfælde er vurderingen givet i forbindelse med det ekstraordinære tilsyn.

På trods af at dette er flere end i 2005, vurderer tilsynet fortsat, at der generelt 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.

Vurderingen "mindre mangler i omsorgen" er givet på baggrund af enkeltstående episoder.

Eksempler:

- Beboere, som oplever afvisning/manglende omsorg fra medarbejderne.
- Afdeling, som ikke har indarbejdet rutiner/vaner omkring inkontinenshjælpemidler og toiletbesøg.
- Ét tilfælde, hvor en sengeliggende beboer, ikke modtager den hjælp, som der er behov for, i forbindelse med måltidet og personlig hygiejne.
- At bemanningen i en afdeling ikke giver mulighed for at yde en pleje med fuldt ud tilstrækkelig plejefagligt kvalitet.
- Tonen i bestemte vagter og mangler i samarbejdet med pårørende.

Som følge af de kritikpunkter, der blev rejst i forbindelse med TV programmet vedrørende Fælledgården, har tilsynet i 2006 haft særlig fokus på omgangstone og tiltaleform. Tilsvarende har tilsynet oplevet, at de enkelte plejehjem har fokus på dette. Emnet har været på dagsordenen på møder, og

medarbejderne giver udtryk for, at tone og omgangsform er et samtaleemne mellem medarbejderne. De fleste steder har beboere og pårørende helt spontant fremhævet, at omgangstonen er god. På tre plejehjem har tilsynsenheden mødt beboere eller pårørende, der har klager over omgangstonen. I alle tilfælde er der tale om enkeltstående episoder, hvor der er handlet fra ledelsens side.

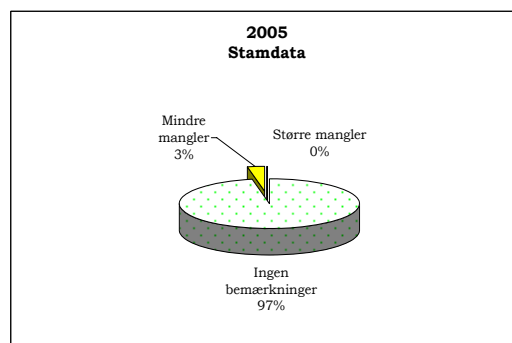
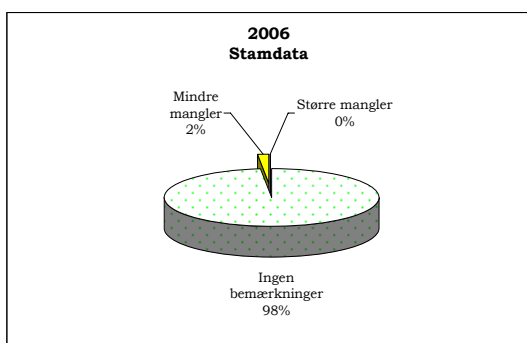
Tilsynet har oplevet, at flere plejehjem får sværere ved at rekruttere uddannede medarbejdere. Særlig aften og nat er der problemer mange steder, men der er også stigende problemer i dagvagter med at rekruttere social- og sundhedsassistenter. Enkelte plejehjem overvejer at rette blikket mod Skåne i forbindelse med nye stillingsopslag.

Medarbejderne udtrykker generel tilfredshed med arbejdet på plejehjemmet. Mange giver udtryk for stor travlhed samt manglende tid til samvær og aktiviteter for beboerne. Denne manglende tid begrundes ofte med, at der stilles mange nye krav f.eks. på dokumentationsområdet. En del medarbejdere med social- og sundhedshjælperuddannelsen finder, at det er vanskeligt at leve op til dokumentationskravene.

Tilsynet oplever, at flere og flere plejehjem har øget fokus på, at der foregår små nære aktiviteter i de enkelte afdelinger.

### **Fokusområde stamdata**

Ved gennemgang 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 og allergi samt navn på pårørende, læge og kontaktpersoner.



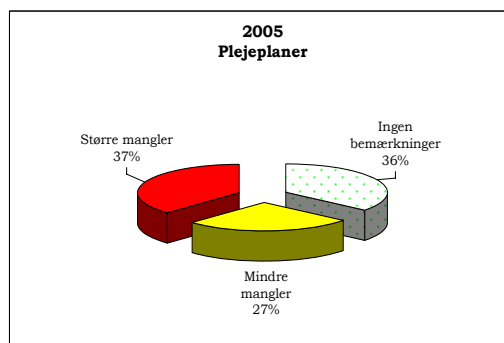
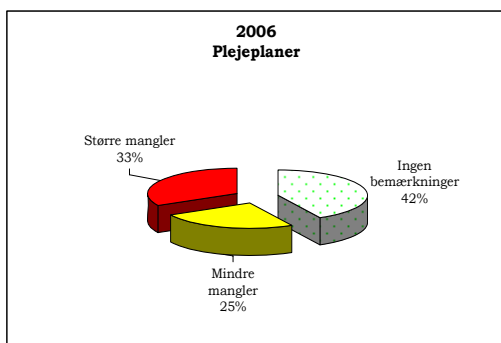
Langt de fleste plejehjem har de nødvendige stamdata. Kun på ét plejehjem er der konstateret mindre mangler i stamdata.

### **Fokusområde plejeplaner**

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



Ingen bemærkninger er steget fra 36 % i 2005 til 42 % i 2006.  
Mindre mangler er faldet fra 27 % i 2005 til 25 % i 2006.  
Større fejl og mangler er faldet fra 37 % i 2005 til 33 % i 2006.

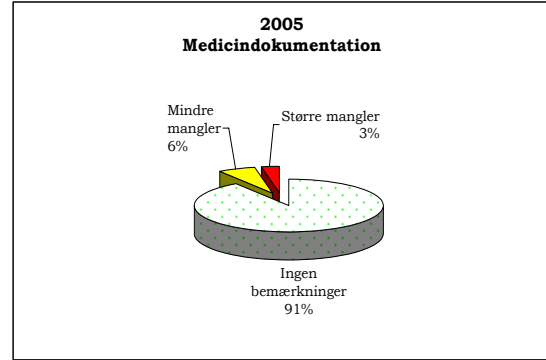
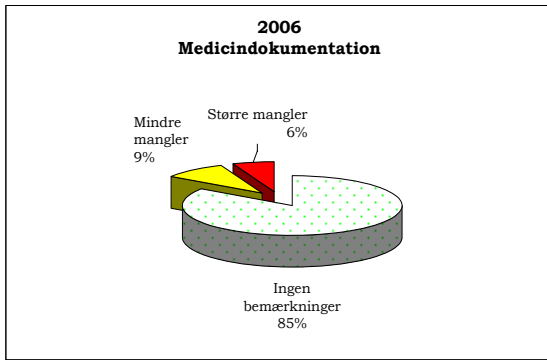
Mange plejehjem er i 2006 overgået fra et tidligere dokumentationssystem til den nye papirjournal, der er udarbejdet som forberedelse til overgangen til den elektroniske journal i KOS (Københavns Omsorgs System). I den forbindelse har der været en stor og tidskrævende opgave med at overføre oplysninger fra det ene system til det andet.

Tilsynet finder, at den tilbagevendende evaluering synes at være svær at nå på de enkelte plejehjem.

#### **Fokusområde medicindokumentation:**

Tilsynet kontrollerer følgende:

- Den lokale medicininstruks.
- Om plejehjemmet udfører egenkontrol.
- Aftaler om medicinadministration.
- 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.
- At der forefindes dokumentation ved injektioner.
- At der er opmærksomhed om forbruget af afhængighedsskabende medicin.
- Dokumentation for medicin der gives efter behov.



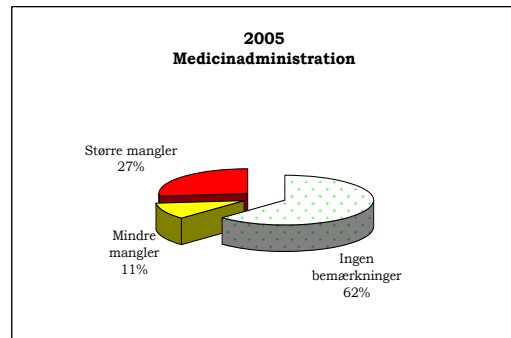
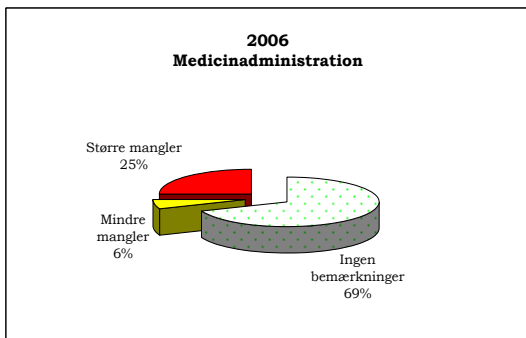
Ingen bemærkninger er faldet fra 91 % i 2005 til 85 % i 2006.  
Mindre mangler er steget fra 6 % i 2005 til 9 % i 2006.  
Større fejl og mangler er steget fra 3 % i 2005 til 6 % i 2006.

Seks plejehjem får mindre mangler og fire plejehjem større fejl og mangler i medicindokumentation. Det handler oftest om uoverensstemmelser mellem doserings- og ordinationsskemaet, unøjagtigheder på medicinskemaet og/eller manglende medicingennemgang med beboerens praktiserende læge.

#### **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.
- At uaktuel medicin opbevares adskilt fra den aktuelle medicin.
- At der er tydelig navn på doseringsæsker og medicinglas.
- At det kan identificeres, hvem der har ophældt borgerens medicin.



Ingen bemærkninger er steget fra 62 % i 2005 til 69 % i 2006.  
Mindre mangler er faldet fra 11 % i 2005 til 6 % i 2006.  
Større fejl og mangler er faldet fra 27 % i 2005 til 25 % i 2006.

44 plejehjem svarende til 69 % har ingen bemærkninger i medicinadministration. 4 plejehjem har mindre mangler og 16 plejehjem større fejl og mangler.

Fejl i medicinadministrationen fremkommer på baggrund af fejldosering, forkert opbevaring af medicin samt anvendelse af medicin med overskredet holdbarhedsdato.

Som hovedregel udløser én fejldosering hos én borger en vurdering til større fejl og mangler, med mindre det aktuelle præparat er et vitamintilskud eller lignende.

Således er der set fejldosering hos én borger på 15 plejehjem, fejldosering hos to borgere på fire plejehjem og fejldosering hos fire ud af ti borgere på ét plejehjem.

### **Ekstraordinære tilsyn**

Udover det ovenfor nævnte indeholder de ekstraordinære tilsyn en samlet kategorisering, som er en sammenfatning af alle tilsynets observationer. Den samlede kategorisering foretages i én af fire muligheder:

#### Kategori 1: Ingen bemærkninger

Det observerede lever op til lovgivning, Sundheds- og Omsorgsforvaltningens regler, rutiner, kvalitetsstandarder og almindelig faglig standard. Ingen eller ubetydelige mangler.

#### Kategori 2: Bemærkninger

Det observerede lever op til lovgivning, Sundheds- og Omsorgsforvaltningens regler, rutiner, kvalitetsstandarder og almindelig faglig standard. Ingen eller ubetydelige mangler. Der er dog uhenigtsmæssige forhold, som plejehjemmet bør forbedre.

#### Kategori 3: Betydende mangler.

Det observerede lever på visse områder ikke op til lovgivning, sundheds- og omsorgsforvaltningens regler, rutiner, kvalitetsstandarder og almindelig faglig standard. Medfører opfølgende tilsyn.

#### Kategori 4: Kritisable forhold.

Det observerede lever på væsentlige områder ikke op til lovgivning, sundheds- og omsorgsforvaltningens regler, rutiner og kvalitetsstandarder og almindelig faglig standard. Medfører opfølgende tilsyn.

Det første ekstraordinære tilsyn er aflagt på Fælledgården. Her er ikke benyttet ovenstående kategorisering, da kategoriseringen først efterfølgende er udarbejdet.

De ni ekstraordinære tilsyn er kategoriseret med fem plejehjem i kategori to og fire plejehjem i kategori tre.

De fire plejehjem i kategori tre har alle fået mindre mangler i omsorg plus anmærkninger indenfor andre af tilsynets fokusområder. Der er aflagt opfølgende tilsyn på disse plejehjem.

### **3.2 Anmeldte tilsyn**

Et anmeldt tilsyn varer normalt mellem seks og syv timer, og bliver gennemført af to medarbejdere fra tilsynsenheden.

#### **Formål og metode.**

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 borgerne 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. Tilsynet tager afsæt i særlige indsatsområder, som er identificeret ud fra besvarelsen af spørgeskemaet. Der er fokus på organisation og ledelse, medarbejdertrivsel og beboere og pårørendes generelle opfattelse af plejehjemmet.

Tilsynet har i 2006 arbejdet på, at få en bredere repræsentation af beboere og pårørende med ved gruppesamtalen. Plejehjemmene har derfor inden tilsynet modtaget plakater beregnet til ophængning. Plakaterne giver informationer om det anmeldte tilsyn, og interesserede får oplysning om, hvor de kan henvende sig, hvis de ønsker at deltage i gruppesamtalen.

Ved anmeldte tilsyn er den metodiske tilgang:

- Rundvisning på plejehjemmet.
- En gruppesamtale med repræsentanter for beboere og pårørende ud fra spørgeguide.
- En 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, med en høj beboer- 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.

Tilsynets anbefalinger grupperet i temaer:

	<b>Tema</b>	<b>Antal anbefalinger 2006</b>	<b>Antal anbefalinger 2005</b>
1	Information af beboere og pårørende	34	22
2	Medinddragelse af brugere	22	13
3	Arbejdets organisering	18	37
4	Aktiviteter	17	16
5	Sygefravær	14	29
6	Måltider	11	12
8	Introduktion	7	17
9	Medinddragelse af medarbejdere	6	1
7	Pleje omsorg	6	2
10	Internt samarbejde	5	5
11	Ledelse	5	7
12	Fysiske rammer	4	10
13	Medarbejder udvikling	4	14
14	Dokumentation	3	8
15	Beklædning	0	5

På to plejehjem har det anmeldte tilsyn givet anledning til, at tilsynet aflægger opfølgende tilsyn. Denne beslutning er truffet, da der er fundet mangler vedrørende pleje og omgangstone. Der er aflagt ét opfølgende tilsyn i 2006 og ét opfølgende tilsyn januar 2007. Ved de opfølgende tilsyn er det vurderet, at der er rettet op på forholdene.

### Kommentarer til anbefalinger:

Information til beboerne:

Tilsynet vurderer, at beboere generelt oplever at være godt informeret, om hvad der sker på plejehjemmet. Dels via beboeravis og anden skriftlig information og dels ved medarbejdernes mundtlige orientering.

- En del plejehjem synliggør på forskellig vis beboernes kontaktperson. Tilsynet har dog mødt en del beboere og pårørende, som ikke har været

bekendt med, hvem kontaktpersonen er, så derfor er der givet en del anbefalinger på det område.

- Hovedparten af plejehjemmene har udarbejdet informative velkomstpjecer til nye beboere. Mange plejehjem har ligeledes udarbejdet flotte hjemmesider på nettet. Andre plejehjem mangler et sådant materiale, eller det er forældet.
- Plejehjemmet udarbejder en plejeplan for hver beboer. Dette skal ske i samarbejde med beboeren og eventuelt den pårørende, og plejeplanen skal udleveres til beboeren. Her er givet en del anbefalinger.

#### Medinddragelse af beboerne:

Tilsynet har observeret, at der på flere plejehjem er fokus på medinddragelse af beboerne i plejehjemmets daglige gøremål. Dette kan f.eks. være at dække bord, lægge tøj sammen og vande blomster. Mange medarbejdere fortæller ligeledes, hvordan de bevidst arbejder med at inddrage beboerne i den daglige pleje. Flere plejehjem beskriver, hvordan de arbejder på at medinddrage beboerne angående menu og aktiviteter.

- Tilsynet har givet en del anbefalinger, som omhandler inddragelse af beboerne og eventuelt deres pårørende i forbindelse med udarbejdelsen af plejeplanen.

#### Arbejdets organisering:

Tilsynet har observeret, at en del plejehjem har fokus på, om medarbejdernes mødetider passer overens med beboernes behov.

- På nogle plejehjem har personalets mødetider ligget fast, og tilsynet har anbefalet, at man tager disse forhold op til drøftelse.
- Tilsynet har givet anbefalinger, som handler om, at de daglige plejerutiner specielt i weekenderne bliver mere strukturerede.

#### Aktiviteter:

Som udgangspunkt har tilsynet observeret, at hovedparten af plejehjemmene har gode aktivitetstilbud hverdage i dagtimerne. Ved tilsynets rundgang på plejehjemmene observeres det ofte, at medarbejderne sidder og drikker eftermiddagskaffe sammen med beboerne, og at der indimellem bliver læst højt eller spillet et spil. Medarbejderne oplever, at det kan være svært at nå at gå ture med beboere, men de forsøger at imødekomme beboernes ønsker om dette.

Anbefalingerne har handlet om:

- At synliggøre de nære aktiviteter.
- At vurdere, om aktivitetstilbudene er passende til alle beboergrupperes behov og finde tilbud, som retter sig mod mænd.
- At muligheden for små ture i nærområdet synliggøres overfor beboere og pårørende.

#### Sygefravær:

Plejehjemmene har fokus på fraværet, og der ses en generelt faldende fraværsprocent over året. Hovedparten af plejehjemmene har en nyrevideret

fraværspolitik med et specifikt afsnit om langtidsfravær. Mange steder er fraværet blevet et fast punkt på personalemøderne, hvor medarbejderne orienteres omkring fraværet.

Anbefalingerne har handlet om:

- At fraværspolitikken revideres
- At der sættes større fokus på og opstramning omkring sygefraværet.

Måltidet:

Plejhjemmene har fokus på måltidet og dets placering over døgnet. Flere plejehjem har rykket spisetiderne, så der derved kommer en bedre fordeling af de tre hovedmåltider. Flere plejehjem er overgået til at servere den varme mad om aftenen.

Tilsynet har observeret, at de plejehjem som har eget produktionskøkken, har større tilfredshed blandt beboerne. Tilsynet har oplevet en del kritik vedrørende storkøkkener.

- Det er anbefalet, at der foretages en systematisk evaluering af kvaliteten af den varme mad, og at der sættes fokus på samarbejdet med køkkenet
- Der har været anbefalinger vedrørende mere fokus på de småspisende og fordelingen af mellemmåltider over døgnet.

Introduktion:

Flere af plejhjemmene har en større personaleomsætning, hvilket medfører øget fokus på introduktion af nye medarbejdere. Generelt har tilsynet oplevet, at plejhjemmene har gode skriftlige introduktionsprogrammer for fastansatte medarbejdere og vikarer. På mange plejehjem indgår der undervisning i introduktionen, bl.a. i forflytning.

- Tilsynet har givet et par anbefalinger angående udarbejdelse af skriftligt introduktionsarbejde.
- Øge fokus på introduktion af vikarer og afløsere.

Medinddragelse af medarbejderne:

Ved tilsynets samtaler med medarbejderne udtrykker de generel tilfredshed med at være medinddraget omkring deres arbejde og på plejhjemmet.

- På langt hovedparten af plejhjemmene, er der ved ansættelsessamtalen deltagelse af en medarbejder. Tilsynet har givet en anbefaling på et plejehjem, hvor medarbejderne har efterspurgt dette.
- På et plejehjem er der givet en anbefaling, på at sikre at medarbejderne får indflydelse på deres dagligdag.
- Ét plejehjem er blevet anbefalet at få inddraget medarbejderne omkring kendskabet til plejhjemmets politikker.

Pleje/omsorg:

Tilsynet har igennem samtaler med beboere og pårørende observeret, at der generelt er tilfredshed med plejen og omsorgen. Fire af seks anbefalinger er givet på to plejehjem, der har fået opfølgende tilsyn. De øvrige to anbefalinger gives på baggrund af enkeltstående situationer.

- At sikre, at beboerne modtager den helt basale pleje, samt sikre en ensartet og høj pleje og omsorg i aften og nattetimerne.
- At der er fokus på, at beboernes blufærdighed ikke overtrædes.

Internt samarbejde:

På mange plejehjem er det naturligt, at medarbejderne hjælper hinanden på tværs af afdelinger. På andre plejehjem sker dette kun yderst sjældent.

- Der er givet anbefalinger vedrørende samarbejde på tværs af afdelinger og grupper, vedrørende mødestruktur, opgaveløsning samt trivsel.

Ledelse:

Generelt har tilsynet indtryk af, at ledelsen på plejehjemmene er synlig, og at der er et godt samarbejde mellem ledelse og medarbejdere.

- Der er givet anbefalinger vedrørende arbejdets organisering, vedrørende information om ny ledelsesstruktur samt vedrørende emner som anerkendelse, omgangstone og rygepolitik.

### **3.3 Tema 2006: Kvalitetsstandarder**

Sundheds- og Omsorgsudvalget udvælger hvert år et tema, som tilsynet særligt skal have fokus på i de anmeldte tilsyn på plejehjem. I 2006 er temaet kvalitetsstandarder.

Tilsynet har taget udgangspunkt i afsnit 3.11 i kvalitetsstandarderne: "Dagligdagen på plejehjem og beskyttede boliger".

Temaet afdækkes dels via et spørgeskema til ledelsen inden tilsynet og dels i samtaler med medarbejdere, beboere og ledelse under tilsynet.

Emnerne har været følgende:

- Kendskabet til kvalitetsstandarder
  - Hvorledes er brugere og pårørende gjort bekendt med kvalitetsstandarderne?
  - Hvordan arbejdes der med at gøre medarbejderne bekendt med kvalitetsstandarderne og deres brug i dagligdagen?
- Anvendelse af kvalitetsstandarder i praksis
  - Hvordan arbejdes der med at bevidstgøre medarbejderne om at inddrage beboerne i de daglige opgaver med henblik på at bevare færdigheder og ansvar for egenomsorg?
  - Beboerens indflydelse på hverdagen og hensyntagen til deres ønsker og vaner.



- Plejehjemmets arbejde med opstilling af mål for pleje, omsorg og behandling.  
Hvordan arbejdes der med at oplære plejepersonalet i at operationalisere visitators mål og udarbejde plejeplaner?
- Plejehjemmets overvejelser om behovet for ændret arbejdstilrettelæggelse på baggrund af kvalitetsstandarderne  
Hvorvidt plejehjemmet ser særlige udfordringer i at leve op til kvalitetsstandarderne eller dele af disse.

Temaet beskrives i et særskilt afsnit i tilsynsrapporten.

<b>Tilsynets vurdering af plejehjemmets anvendelse af kvalitetsstandarder</b>	<b>Antal plejehjem</b>
Kvalitetsstandarderne anvendes som et aktivt redskab i hverdagen.	11
Kendskabet er højt, tilvejebragt via undervisning og lignende.	19
Middel kendskab – standarderne er forevist medarbejderne – forefindes i mapper på afdelingerne.	16
Lavt kendskab – medarbejderne har ikke kendskab til standarderne.	6
Kvalitetsstandarder er ikke indgået som fokusområde.	5

På to plejehjem har tilsynet fravalgt at have fokus på kvalitetsstandarderne, da plejehjemmene står lige for at skulle lukkes.

Tre institutioner oplyser, at de ikke er omfattet af BUM – Bestiller-Udfører-Modtager modellen. På den baggrund har de tre institutioner ikke implementeret kvalitetsstandarderne. Det drejer sig om to demenscentre og en institution med beskyttede boliger.

På langt de fleste plejehjem er der gjort en stor indsats for at implementere kvalitetsstandarderne. Dels ved undervisning af medarbejderne og dels ved introduktion til beboere og pårørende. Kvalitetsstandarderne er dog karakteriseret ved at være meget omfattende, og dermed svære at overskue og anvende i praksis for medarbejderne, ligesom kvalitetsstandarderne er svære at gennemskue for borgerne.

### **3.4 Tema 2005: BUM – Bestiller - Udfører - Modtager**

De fleste plejehjem beskriver et godt samarbejde med visitationen. Enten er visitationerne sket som forventet, eller der er indgået en aftale om, hvornår visitationerne finder sted. Otte plejehjem angiver vanskeligheder i forbindelse med visitationen.

Generelt gøres der et stort arbejde med at oplære medarbejderne til at udarbejde plejeplaner og fokusområder. Der arrangeres intern undervisning, og der sker sidemandsoplæring. Flere plejehjem efterlyser undervisningstilbud fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i plejeplaner og målformulering.

Tilsynet har ikke indtryk af, at indførelsen af BUM endnu har indført de store ændringer i arbejdstilrettelæggelsen. Der er arbejdet med skyggebudgetter, hvor den økonomiske konsekvens af BUM kan ses.

## **4 Tilsyn med kommunale hjemmeplejeenheder**

Tilsynsenheden har aflagt et uanmeldt tilsyn i hver hjemmeplejeenhed og gennemført i alt 15 tilsyn. Tilsynet er udført som en stikprøvekontrol.

Tilsynet har udvalgt ca. otte borgere i hver hjemmeplejeenhed. Tilsynet har haft fokus på de mere plejekrævende borgere, hvor det forventes, at der er udarbejdet plejeplaner.

Der indhentes mundtligt samtykke fra beboerne om, hvorvidt de ønsker at medvirke ved tilsynet. De udvalgte borgere er besøgt i deres hjem.

Tilsynet gennemgår den dokumentation, som forefindes på kontoret. Efterfølgende besøges borgeren i hjemmet, hvor tilsynet foretager interview ud fra en spørgeguide. Tilsynet kontrollerer dokumentationen og medicin håndteringen i hjemmet.

De medarbejdere, som har hjulpet borgerne på tilsynsdagen, interviewes ud fra et spørgeskema.

Tilsynet har fokus på otte områder: omsorg, ydelsesleverance, skriftlig dokumentation, plejeplaner, medicindokumentation, medicinadministration, arbejdspladsvurderinger og arbejdsredskaber.

En hjemmeplejeenhed skal have opfølgende tilsyn, da der er givet anmærkninger på fire af de otte fokusområder, og da den ene anmærkning er mindre mangler i omsorg. Det opfølgende tilsyn er aflagt i februar måned 2007.

### **Formål.**

Formålet med de uanmeldte tilsyn har været:

- At føre tilsyn med de kommunale hjemmeplejeenheders leverede ydelser.
- At afdække, om ydelserne stemmer overens med den afgørelse, der er truffet.
- At se på indhold og kvalitet i hjemmeplejens tilrettelæggelse og udførelse af opgaverne.

- At kontrollere plejeplanerne ved de plejekrævende borgere.

### **Fokusområde Omsorg:**

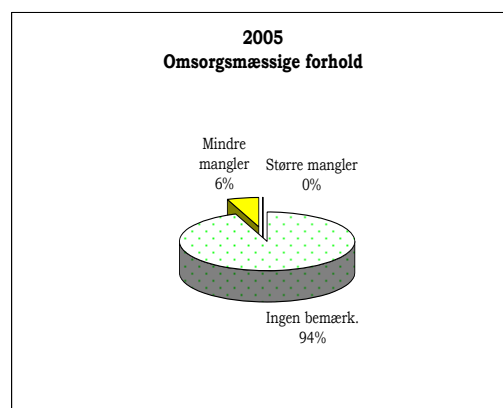
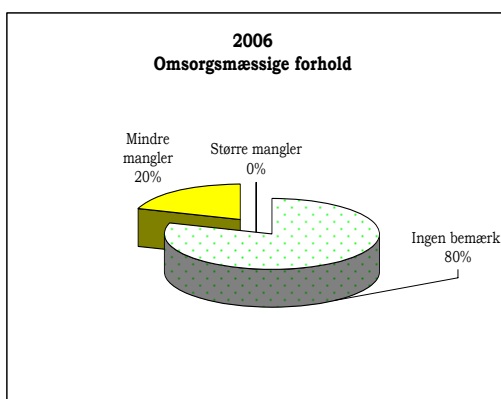
Ved interview med de udvalgte borgere og medarbejdere afdækkes kvaliteten i indsatsen over for borgeren.

Samtalen med borgeren:

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

Samtalen med medarbejderen:

- Medarbejderens faglige baggrund, samt tilknytning til hjemmeplejen.
- Medarbejderens introduktion til opgaverne.
- Hvordan tilrettelægges arbejdet/plejen.
- Medarbejderens kendskab til borgeren og dennes plejeplan.
- Hvordan arbejdes der med medinddragelse af borgerne i opgaveløsningen.
- Hvilke muligheder har medarbejderen for vejledning/hjælp.
- Har medarbejderen været til medarbejderudviklingssamtale og opleves der at være udviklingsmuligheder i jobbet.
- Kender medarbejderne til arbejdspladsvurderinger.



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

Der er tre hjemmeplejeenheder, som har fået anmærkninger i omsorg. I den ene hjemmeplejeenhed har tilsynet vurderet, at der i enkelte tilfælde er mangler i den ydede pleje. I den anden hjemmeplejeenhed, giver flere borgere udtryk for utilfredshed med aftenplejen, som de oplever ufleksibel og med en uheldig omgangstone. I den tredje hjemmeplejeenhed, er der utryghed hos

en borger grundet manglende oplæring af vikarer til forflytning og brug af hjælpemidler og uhensigtsmæssig planlægning af tidspunkt for besøg.

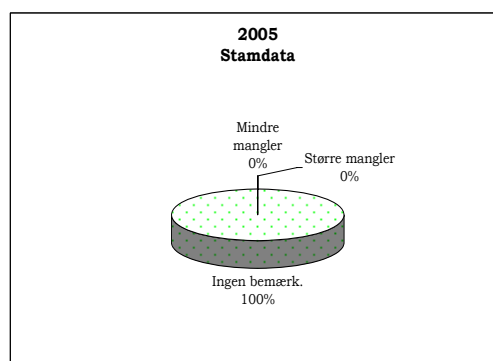
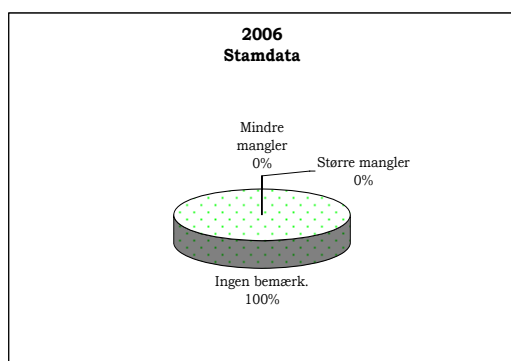
Medarbejderne udtrykker generelt tilfredshed med arbejdet i hjemmeplejen.

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

### **Fokusområde skriftlig dokumentation:**

Tilsynet kontrollerer følgende:

- At der på hjemmehjælpskontoret forefindes relevante og aktuelle borgerdata.
- Om der forefindes samarbejdsmapper eller anden skriftlig dokumentation i borgerens hjem.



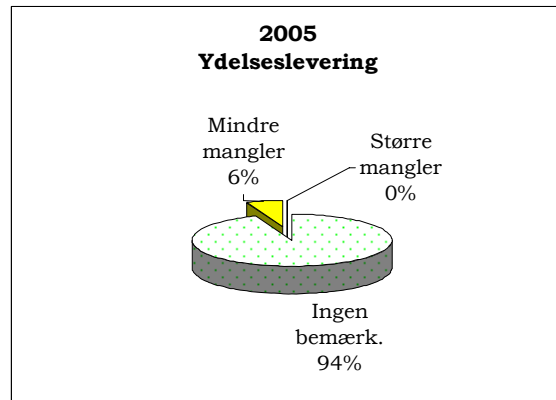
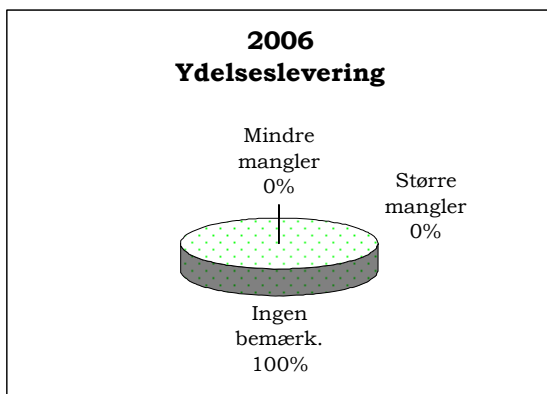
Hjemmeplejeenhederne har ved tilsynet i 2006 ikke fået anmærkninger vedrørende stamdata.

Samtlige hjemmeplejeenheder benytter den elektroniske journal KOS (Københavns Omsorgs System), hvor der findes relevante stamdata.

### **Fokusområde ydelsesleverance:**

Tilsynet kontrollerer hvorvidt de leverede ydelser er i overensstemmelse med de visiterede ydelser.

- Visitationsdato.
- Visiterede ydelser.
- Planlagte ydelser.
- Leverede ydelser.
  - Flytning af besøg
  - Aflysning af besøg



Grundlaget for hjemmeplejens virksomhed er visitationsafgørelsen. Alle ydelser som hjemmeplejen leverer, skal være visiteret.

Tilsynet har kunnet konstatere, at hjemmeplejeenhederne har leveret de ydelser, som borgeren er blevet visiteret til.

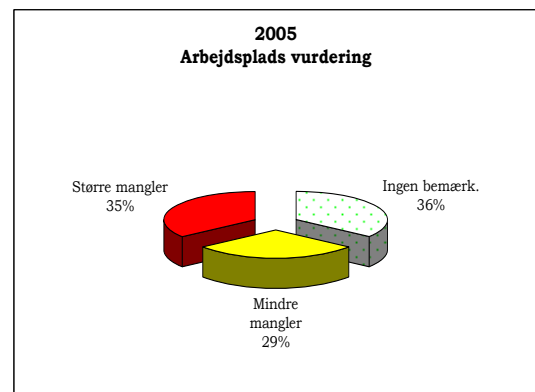
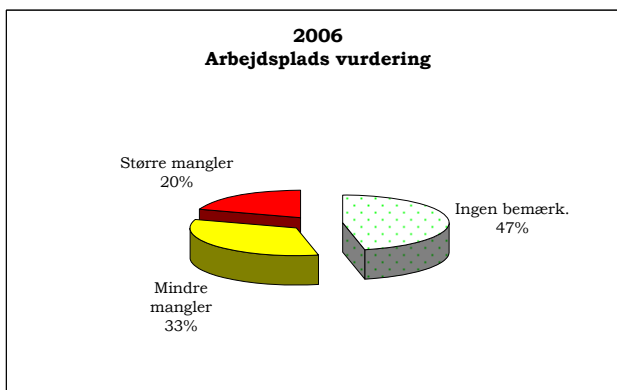
I det omfang borgerne har oplevet aflysninger, har de altid fået tilbudt et erstatningsbesøg.

Tilsynet har konstateret, at ca. 80 % af de borgere, som tilsynet har udvalgt, er blevet visiteret inden for det sidste år.

### Arbejdspladsvurdering:

Tilsynet kontrollerer følgende:

- At der er udarbejdet en skriftlig arbejdspladsvurdering for hjemmet.
- At medarbejderen kender arbejdspladsvurderingen.



Ingen bemærkninger er steget fra 36 % i 2005 til 47 % i 2006.

Mindre mangler er steget fra 29 % i 2005 til 33 % i 2006.

Større fejl og mangler er faldet fra 35 % i 2005 til 20 % i 2006.

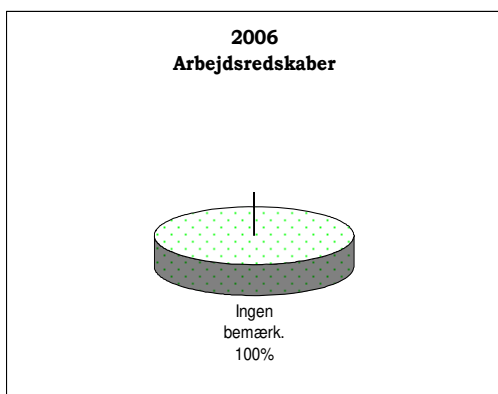
Dokumentation af arbejdspladsvurdering er et delt ansvar mellem visitation og hjemmeplejeenhed. Visitationen skal ved det første visitationsbesøg foretage arbejdspladsvurderingen og udforme dokumentationen. Hjemmeplejen skal løbende foretage opfølgning ved ændringer i hjemmet.

Tilsynet har konstateret, at de fleste hjemmeplejeenheder har fokus på arbejdspladsvurderingerne.

### Arbejdsredskaber:

Tilsynet kontrollerer følgende:

- At de nødvendige arbejdsredskaber forefindes.
- At medarbejderen får instruktion vedrørende arbejdsredskaber.

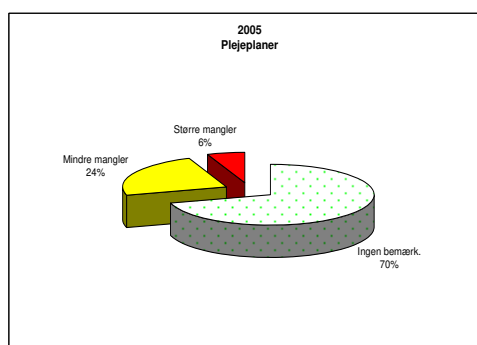
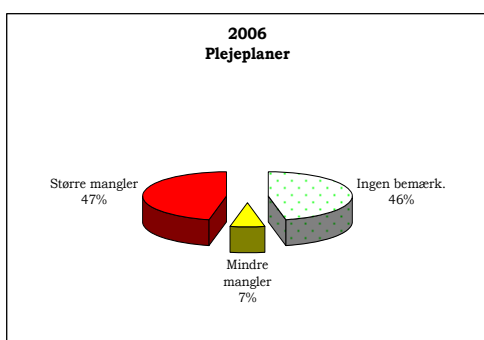


Tilsynet er ikke stødt på arbejdsmiljøproblemer, og det er konstateret, at hjemmeplejen har de nødvendige arbejdsredskaber til rådighed. Medarbejderne oplever, at de er godt instrueret omkring diverse hjælpemidler.

### Fokusområde plejeplaner:

Sundheds- og Omsorgsudvalget har besluttet, at hjemmeplejen skal udarbejde plejeplaner for borgere med komplekse plejebehov.

Hjemmeplejetilsynene er aflagt i sidste halvdel af 2006.



Ingen bemærkninger er faldet fra 70 % i 2005 til 46 % i 2006.  
Mindre mangler er faldet fra 24 % i 2005 til 7 % i 2006.  
Større fejl og mangler er steget fra 6 % i 2005 til 47 % i 2006.

46 % af hjemmeplejeenhederne har udarbejdet plejeplaner på de borgere, hvor det forventes.

I 2005 vurderede tilsynet, om hjemmeplejeenhederne havde en implementeringsplan for indførelse af plejeplaner, og om denne plan blev overholdt.

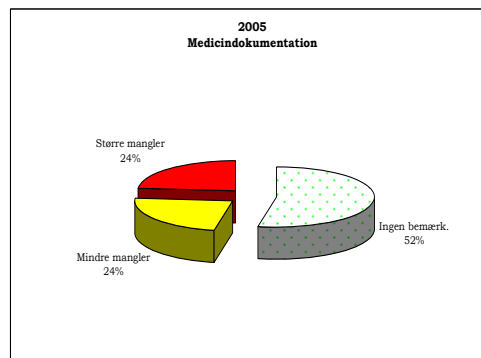
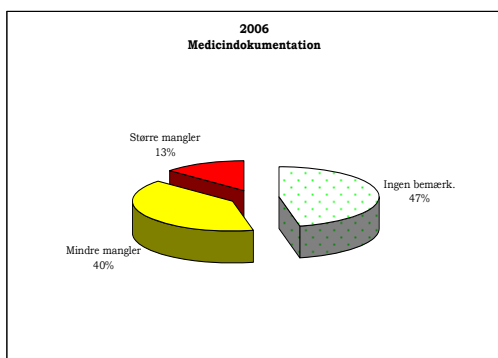
Ved tilsynet i 2006 er det afdækket, at flere hjemmeplejeenheder har haft svært ved at holde implementeringsplanen.

Tilsynet har i alle hjemmeplejeenhederne set, at der er taget initiativ til implementering af plejeplanerne.

### **Fokusområde medicindokumentation:**

Tilsynet har kontrolleret medicindokumentationen ud fra, om hjemmeplejen følger "Sådan håndtere du medicin" fra oktober 2003.

- Den lokale medicininstruks.
- Egenkontrol på medicinområdet
- 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.
- At der forefindes dokumentation ved injektioner
- At der er opmærksomhed på forbruget af afhængighedsskabende medicin.
- Dokumentation for givet p.n. medicin



Ingen bemærkninger er faldet fra 52 % i 2005 til 47 % i 2006.

Mindre mangler er steget fra 24 % i 2005 til 40 % i 2006.

Større fejl og mangler er faldet fra 24 % i 2005 til 13 % i 2006.

I hjemmeplejen er der optegnelser vedrørende medicinhåndtering både i borgerens hjem og på hjemmeplejekontoret. Der skal være overensstemmelse mellem optegnelserne begge steder.

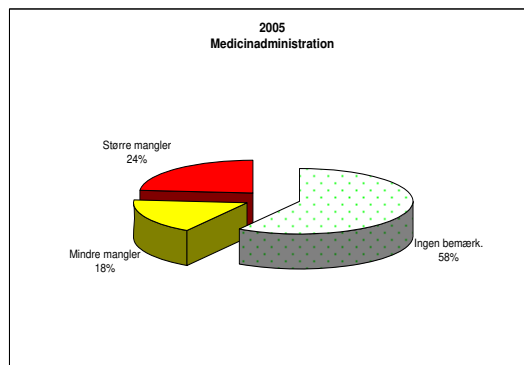
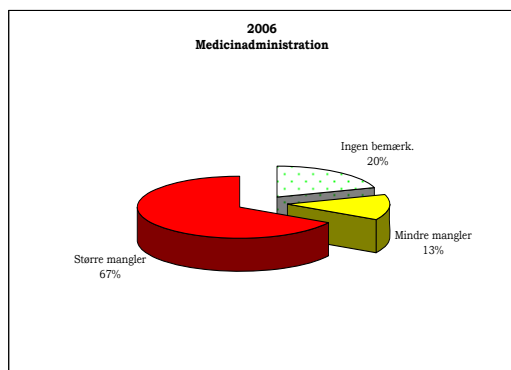
Anmærkningerne skyldes hovedsagelig manglende årlig medicinstatus ved egen læge og uoverensstemmelser imellem oplysningerne i borgernes hjem og på hjemmeplejekontoret.

### **Fokusområde medicinadministration:**

Tilsynet kontrollerer følgende:

- 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 aktuel medicin.
- At det kan identificeres, hvem der har ophældt borgerens medicin.



Ingen bemærkninger er faldet fra 58 % i 2005 til 20 % i 2006.  
 Mindre mangler er faldet fra 18 % i 2005 til 13 % i 2006.  
 Større fejl og mangler er steget fra 24 % i 2005 til 67 % i 2006.

Anmærkningerne skyldes hovedsagelig doseringsfejl og uoverskuelighed omkring medicinen som for eksempel manglende dokumentation vedrørende efterdosering af medicin.

Et par hjemmeplejeenheder har oplyst, at de er ved at indføre eller overvejer at indføre dosisdispensering fra apoteket.

## 5 Tilsyn med dagcentre

I 2006 har tilsynsenheden gennemført seks anmeldte tilsyn på dagcentre.

Københavns kommune har herudover dagcentre, som fysisk er beliggende i forbindelse med et plejehjem. Disse dagcentre indgår i det anmeldte tilsyn på plejehjemmet.

Der er i 2006 foretaget en sammenlægning af dagcentret Nordre Fasan og Daghjemmet på Bispebjerg, der er samlet til dagtilbud Bispebjerg med lokaler på Dortheagårdens plejehjem.

### Formål og metode.

Formålet med tilsynet er:

- At kontrollere kvaliteten i tilrettelæggelsen af aktivitetsindsatsen på udvalgte områder, om der er overensstemmelse med lovgivningen, kvalitetsstandarder og Sundheds- og Omsorgsforvaltningens retningslinjer.
- 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.

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

Brugerne er orienteret omkring tilsynet. Tilsynet går rundt på dagcentret, sætter sig ved forskellige borde og taler med brugerne. Fokus for samtalerne er brugerindflydelse, brugertilfredshed og andre emner efter brugernes ønske.

Tilsynet har en gruppesamtale med medarbejderne. Ved denne samtale er der fokus på medarbejderindflydelse, medarbejdertilfredshed og andre emner efter medarbejdernes ønske.

Afsluttende dialogmøde mellem tilsynet og ledelsen. Dialogen tager udgangspunkt i dagcentrets besvarelse af spørgeskema og samtalerne med brugere og medarbejdere.

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

### **Resultater.**

Tilsynet har mødt tilfredse brugere, og medarbejderne har givet udtryk for tilfredshed med arbejdspladsen.

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

Tilsynsenheden har i forbindelse med det anmeldte tilsyn givet anbefalinger på fem af de seks dagcentre.

	<b>Tema</b>	<b>Antal anbefalinger 2006</b>	<b>Antal anbefalinger 2005</b>
1	Dokumentation	3	2
2	Medinddragelse af brugerne	2	5
3	Internt samarbejde	2	3
4	Arbejdsorganisering	1	7
5	Sygefravær	1	1
6	Information til brugerne	1	1
7	Aktiviteter	1	1
8	Beklædning	0	1
9	Fysiske rammer	0	1

Københavns Kommune har ikke udarbejdet kvalitetsstandarder på dagcenter området. Det er med til at gøre det vanskeligt for det enkelte dagcenter at definere kvaliteten og indsatsen f.eks. vedrørende dokumentation.

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 påbegyndt udarbejdelse af 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 medarbejderne på dagcentrene generelt har et lavt sygefravær. Tilsynet har på ét dagcenter givet en anbefaling, med henblik på at få revideret fraværspolitikken, således at langtidsfravær bliver beskrevet.

## **6 Tilsyn med kommunale træningscentre**

I 2006 er der for tredje gang ført anmeldte tilsyn med træningscentrene i København Kommune. Der udføres et årligt anmeldt tilsyn pr. træningscenterenhed, og der er gennemført anmeldte tilsyn på de otte træningscentre i København.

### **Formål og metode**

Formålet med tilsynet er:

- At kontrollere kvaliteten i tilrettelæggelse af træningsindsatsen på udvalgte områder, om der er overensstemmelse med lovgivning, kvalitetsstandarder og Sundheds- og Omsorgsforvaltningens retningslinjer
- 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.

Den metodiske tilgang ved de anmeldte tilsyn i 2006 er selvevaluering ved hjælp af spørgeskema og samtaler med brugere, medarbejdere og ledelse.

Træningscentret træffer aftale med 6 brugere om at deltage i en individuel samtale med tilsynet. Der kan være tale om brugere, der aktuelt benytter træningscentret på tilsynsdagen. Der kan også være tale om brugere, der er i et træningsforløb eller er afsluttet indenfor de sidste 6 uger. Fokus for samtalen er brugerindflydelse, brugertilfredshed og emner efter brugernes valg.

Der afholdes en gruppesamtale med medarbejdere, hvor fokus er medarbejderindflydelse og medarbejdertilfredshed.

Alle samtaler tager udgangspunkt i Københavns Kommunes kvalitetsstandarder.

Samtale med ledelsen tager udgangspunkt i ledelsens besvarelse af spørgeskema og samtalerne med brugere og medarbejdere.

Ved afslutning på dagen gives en mundtlig konklusion på tilsynet samt eventuelle anbefalinger.

### **Resultater**

Tilsynet har igen i 2006 oplevet, at der på alle træningscentre er konstateret stor tilfredshed blandt brugerne. Hovedparten af de brugere, som tilsynet taler med, giver udtryk for, de opnår de mål, som de og terapeuten har sat for træningen. Brugere oplever herved, at de genvinder flere af deres tidligere funktioner gennem træningen.

Det er tilsynets indtryk, at medarbejderne har stor arbejdstilfredshed. Der er meget fokus på medarbejderudvikling og trivsel på træningscentrene.

I forbindelse med de anmeldte tilsyn er der givet anbefalinger på tre ud af otte træningscentre.

Anbefalingerne er grupperet i følgende temaer:

	<b>Tema</b>	<b>Antal anbefalinger 2006</b>	<b>Antal anbefalinger 2005</b>
1	Medarbejder udvikling	3	4
2	Arbejdets organisering	2	4
3	Sygefravær	2	1
4	Ledelse	1	3
	Dokumentation		4
	Information		3
	Internt samarbejde		1

#### **Medarbejderudvikling:**

Medarbejderne på træningscentrene oplever, at de har gode muligheder for faglig udvikling. Der er givet en anbefaling vedrørende udarbejdelse af en overordnet udviklingsplan.

Generelt har træningscentrene fokus på introduktion af nye medarbejdere. Der har dog på to træningscentre været nogen usikkerhed omkring, hvilken form for introduktion der skal gives til medarbejdere, der vender tilbage efter lang tids fravær.

Arbejdets organisering:

Tilsynet har observeret, at terapeuterne generelt er gode i hverdagen til at samarbejde. På et træningscenter har den kommende kommunalreform og dens nye arbejdsopgaver givet anledning til usikkerhed omkring opgaveløsning. Anbefalingen går på, at terapeuterne udarbejder rammer for løsning af opgaverne.

På et træningscenter, hvor der er delt ledelse på den tilhørende rehabiliteringsafdeling, er det blevet anbefalet, at samarbejdet imellem dem struktureres.

Sygefravær:

Træningscentre har generelt fokus på trivsel samt sygefravær. De fleste træningscentre har som led heri en velbeskrevet nærværs/fraværspolitik. Sygefraværet er generelt lavt på træningscentre med en fraværsprocent på mellem to og seks. Tilsynet har set en stigning i fraværsprocenten på fire af de syv træningscentre.

Ét træningscenter har fået den anbefaling at beskrive, hvilke tiltag og hvilke muligheder der er for medarbejdere med langtidsfravær. På et andet træningscenter bør der arbejdes med at nedbringe fraværet.

Ledelse:

Der har på træningscentre været udpræget tilfredshed med samarbejdet med ledelsen. Medarbejderne oplever medinddragelsen fra lederen i de beslutninger, der har betydning for organisering og indhold i terapeuternes daglige arbejde.

Der er et sted givet en anbefaling angående psykisk arbejdsmiljø.

Øvrige observationer:

Ventetiden til træningscentre ligger gennemsnitlig på 2-3 uger for et visitationsbesøg, og hvis borgere godkendes til et træningsforløb, sker opstarten ca. inden for en uge. Der er dog et træningscenter, hvor ventetiden ligger på 5-6 uger.

Træningscentrenes normering er beregnet ud fra den forudsætning, at 4 % af borgerne i optageområdet modtager minimum én ydelse om året fra træningscentret. Tre træningscentre ligger over de 4 %, fire centre ligger på de 4 %, og et træningscenter ligger under 4 %.

De syv træningscentre har kontrakt med et eller flere plejehjem om levering af træning. Seks af de otte træningscentre har driftskontrakt med en rehabiliteringsafdeling. Træningscentre har udarbejdet informationsmateriale til kontraktstederne, til borgerne, som starter på træningscentret, og til samarbejdspartnerne. Dette materiale ligger bl.a. hos de praktiserende læger, på biblioteker og i hjemmeplejen.

Alle træningscentre har alle fokus på at inddrage borgerne tidligt i træningsforløbet med henblik på at finde et passende vedligeholdende træningstilbud efter endt træningsforløb. Samtlige træningscentre oplever at mangle vedligeholdende træningstilbud til de svageste borgere, som har behov for transport.

Tilsynet vurderer generelt, at samarbejdet med hjemmeplejen kan udbygges med henblik på at involvere hjemmeplejens medarbejdere i forbindelse med borgernes vedligeholdelsestræning.

## **7 Tilsyn med private firmaer**

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

Der udføres ét årligt uanmeldt tilsyn pr. leverandør. Grundlaget for tilsynet er kommunens kvalitetsstandarder, kravspecifikation 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.

De private leverandører opererer under frit valgs lovgivningen. I Københavns Kommune kan der vælges mellem forskellige private firmaer til udførelse af 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.

### **Formål og metode.**

Formålet med det uanmeldte tilsyn er:

- 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.

I 2006 er der gennemført tilsyn med 18 private leverandører. Der er udført i alt 764 interviews fordelt med 239 vedrørende hjemmepleje, 225 vedrørende indkøbsordninger og 300 vedrørende tøjvaskeordninger.

### **Resultater tøjvaskeordninger.**

Der er ført tilsyn med tre firmaer, der leverer tøjvask. Telefoninterviewene viser blandt andet:

Kvalitet af tøjvask: 88 % tilfredse, 4 % hverken/eller og 8 % utilfredse.  
Afhentning og levering: 97 % tilfredse, 1,5 % hverken/eller og 1,5 % utilfredse.

For de tre firmaer ligger tilfredsheden med kvaliteten af tøjvask på henholdsvis 80, 92 og 100 %.

### **Resultater indkøbsordninger**

Der er ført tilsyn med to firmaer, der leverer indkøbsydelsen. Telefoninterviewene viser blandt andet:

Udbud af varer: 85 % tilfredse, 7 % hverken/eller og 8 % utilfredse.  
Leverede varer: 85 % tilfredse, 5 % hverken/eller og 10 % utilfredse.  
Leveringstidspunkt: 87 % tilfredse, 5 % hverken/eller og 8 % utilfredse.  
Overensstemmelse mellem leverede og bestilte varer: 86 % tilfredse, 12 % hverken/eller og 2 % utilfredse.

### **Resultater hjemmepleje**

Der er ført tilsyn med 13 leverandører der leverer praktisk bistand eller både personlig og praktisk bistand. Telefoninterviewene viser blandt andet:

Udførelse af opgaven: 70 % tilfredse, 17 % hverken/eller og 13 % utilfredse.  
Tilfredshed med medarbejderen: 83 % tilfredse, 12 % hverken/eller og 5 % utilfredse.

## **8 Høring og offentliggørelse**

Ifølge lov om social service skal der efter hvert tilsynsbesøg udarbejdes en tilsynsrapport til brug for opfølgning. Tilsynsrapporten skal offentliggøres efter en høringsrunde.

Mindst én gang årligt udarbejdes og offentliggøres en samlet redegørelse om tilsynet. Redegørelsen laves på baggrund af de kommunale tilsyn og på baggrund af Embedslægeinstitutionens tilsyn.

Tilsynsrapporterne bliver udarbejdet af tilsynet. Udkast til rapporten 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.

Når høringsperioden på fire uger er overstået, vil tilsynsrapport og hørings-svar være tilgængelige på Københavns Kommunes hjemmeside. Dermed sikres der stor grad af åbenhed omkring tilsynene.

Oversigt over modtagne hørings-svar:

<b>Modtaget høring i procent</b>	<b>Uanmeldt</b>		<b>Anmeldt</b>	
	<b>2006</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2005</b>
Ældrerådet i bydelen	53	34	56	34
Bruger-pårørende rådet	40	34	22	27
Institutionen	53	45	32	45

Tilsynsenheden tilbyder alle bruger- pårørenderåd og ældreråd en mundtlig gennemgang af rapporten. I 2006 har ingen benyttet dette tilbud.

## **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. Denne opfølgning sker via de lokale ældrekontorer samt centralt via Ældrestaben.

Tilsynsenheden har således ikke ansvaret for opfølgningen, men orienteres om handlingsplanerne. Tilsynsenheden følger dog op på de foregående rapporters konklusioner og på handlingsplanen på det næstkommende tilsyn. Dette omfatter både anmærkninger i de kommunale tilsynsrapporter samt i embedslægens rapporter.

I 2006 har Tilsynsenheden foretaget opfølgende tilsyn, hvis der er konstateret kritisable forhold. Det tilstræbes, at det opfølgende tilsyn gennemføres inden for tre måneder efter det oprindelige tilsyn.

Der er i 2006 besluttet opfølgende tilsyn på seks 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.

Der er aflagt 152 tilsyn på plejehjem, træningscentre, dagcentre og hjemmeplejeenheder. Tilsynet har modtaget 62 evalueringer.

61 institutioner har ingen bemærkninger til selve tilsynsbesøget, eller fremhæver at det foregår respektfuldt, professionelt og kvalificeret. Én institution har oplevet tilsynsmedarbejdere, der skaber en dårlig stemning.

50 institutioner beskriver, hvorledes de kan bruge tilsynsrapporten i et udviklingsperspektiv. 3 institutioner tilkendegiver, at de på forhånd kender de problemstillinger tilsynet afdækker, og de resterende 9 institutioner ser ikke noget udviklingsperspektiv i forbindelse med tilsynet.

16 institutioner har haft forslag til forbedring af tilsynene. Der efterlyses større grad af sparring og rådgivning og mindre fokus på kontrol. Desuden er der enkelte forslag til formen, som f.eks. at interview med beboere afholdes for sig og interview med pårørende for sig under det anmeldte tilsyn.

## 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 pårønderådet, 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 pårønderådet 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 pårønderrådet, jf. § 112 a, samt i det kommunale ældreråd. Kommunalbestyrelsen drøfter herefter redegørelsen på et møde med henblik på opfølgning af tilsynet.

- **Socialministeriets skrivelse nr. 11 941 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 pårønderråd 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 til-

synsindsatsen. 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 trufne 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 trufne afgørelser effektueres i nøje overensstemmelse med indholdet.