



Social- og Sundhedsudvalget 2018-2021

Referat

5. februar 2019 kl. 08:15

Udvalgsværelse 1

Indkaldelse

Bodil Kornbek
Dorthe la Cour
Hanne Agersnap
Karsten Andersen
Mette Hoff
Karsten Lomholt
Søren P. Rasmussen

Derudover deltog:

Pernille Holmgaard
Edda Heinskou
Lone Nygaard Jensen
Lene Magnussen under punkterne 4, 5 og 6
Kristina Lambrecht deltog under punkt 3
Lasse Toudahl Hansen (referent)



Indholdsfortegnelse

Pkt.Tekst	Side
1 Godkendelse af dagsordenen	3
2 Budgetproces 2020-23 (Orientering)	4
3 Budgetudfordringer 2020-2023 (Orientering)	6
4 Handleplan for Frivillighed og Medborgerskab - Status 2018 og handlinger 2019 (Orientering)	7
5 Høring af Sundhedsaftalen 2019-2023 (Drøftelse)	9
6 En styrket indsats vedr. forebyggelse af ensomhed (Beslutning)	12
7 Pårørendevejleder på det sociale område (Beslutning)	16
8 Tilsynsrapporter 2018 - Det specialiserede socialområde (Orientering)	19
9 Varslede tilsyn ved Styrelsen på Patientsikkerhed 2018 - Ældre- og Sundhedsområdet (Orientering)	23
10 Forslag til fremtidig procedure for tilsynsrapporter (Beslutning)	26
11 Kommende sager	28
12 Meddelelser	29





Punkt 1
Godkendelse af dagsordenen

Beslutning

Social- og Sundhedsudvalget, den 5. februar 2019

Punkt 10 "Forslag til fremtidig procedure for tilsynsrapporter", punkt 7 "Tilsynsrapporter 2018 - Det specialiserede socialområde" og punkt 8 "Tilsynsrapporter 2018 - Det specialiserede socialområde" blev behandlet som punkt 4, 5 og 6.

Godkendt.



Punkt 2

Budgetproces 2020-23 (Orientering)

Resumé

Den politiske tids- og procesplan for budgetlægningen 2020-23, herunder udmelding af den økonomiske ramme for udarbejdelse af effektiviseringsforslag og budgetreduktioner, er godkendt af Økonomiudvalget d. 24. januar 2019 og forelægges fagudvalget til orientering.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at tids- og procesplan for budgetlægningen 2020-23 tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Økonomiudvalget har godkendt den politiske tids- og procesplan for budgetlægningen 2020-23 den 24. januar 2019, jf. bilag. Følgende blev protolokeret og er indarbejdet i tidsplanen: Godkendt, idet Økonomiudvalget konstaterer, at arbejdet med effektiviseringer og budgetreduktioner er nødvendige for at overholde de af Folketinget fastlagte service- og anlægsrammer. Omprioriteringsforslagene fremlægges og behandles før sommerferien.

Processen baserer sig på følgende forudsætninger:

- At der, for at skabe et råderum til politiske (om-)prioriteringer og imødegå økonomiske udfordringer, udarbejdes effektiviseringsforslag og forslag til budgetreduktioner på mindst 1 pct. af serviceudgifterne årligt i 2020, 2021 og 2022, svarende til 26 mio. kr. årligt. Fordelingen mellem udvalg tager udgangspunkt i fordelingen af serviceudgifter mellem aktivitetsområderne. Fordelingen suppleres endvidere med mindst 0,75 mio. kr. fra beskæftigelsesområdet, uagtet at der ikke er tale om et serviceudgiftsområde. jf. vedlagt rammeudmelding (fordelt på henholdsvis udvalg og centre).
- At forslagene udarbejdes henover foråret 2019 og forelægges fagudvalgene i maj og juni, og godkendes i Kommunalbestyrelsen i juni måned, således at de kan indgå i det administrative budgetforslag.
- At nødvendige drifts- og anlægsbehov forelægges fagudvalgene og godkendes i Kommunalbestyrelsen i juni måned.
- At der i lyset af presset på anlægsrammen fremlægges et samlet anlægsprogram for Økonomiudvalget i juni.
- At høring af effektiviseringsforslagene og forslag til budgetreduktioner sker medio maj, og af budgetforslaget ultimo august.

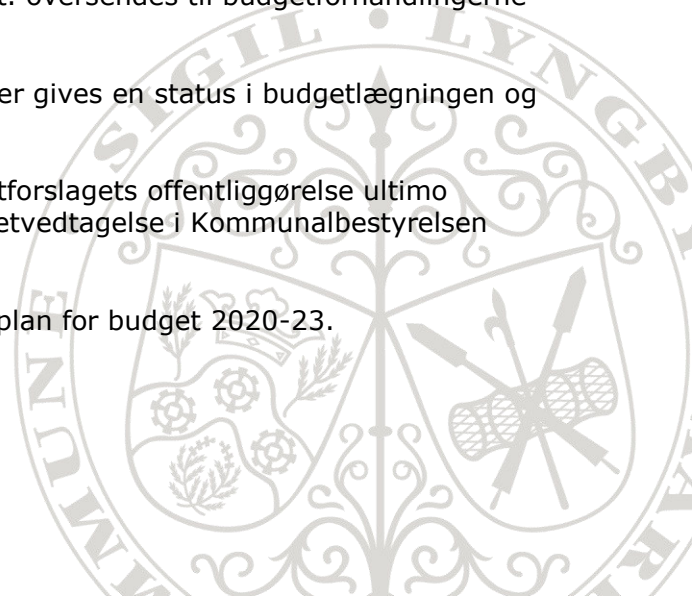
Budgetprocessen tilrettelægges på den måde, at budgetgrundlaget kvalificeres hen over foråret, hvor administrationen arbejder med forslagene til effektiviseringer og budgetreduktioner. Ideer til forslag drøftes i fagudvalgene i marts og behandles i maj og godkendes juni.

Som en del af kvalificeringen af budgetgrundlaget opgør forvaltningen nødvendige drifts- og anlægsbehov med henblik på drøftelse i udvalgene på juni-møderne. Parallelt hermed kan der i juni måned fremsættes politiske budgetønsker, som evt. oversendes til budgetforhandlingerne efter sommerferien.

I juni forventes kommuneaftalen for 2020 indgået og der gives en status i budgetlægningen og konsekvensvurdering omkring sommerferien 2019.

De politiske budgetdrøftelser foregår fra og med budgetforslagets offentliggørelse ultimo august og ca. 1 måned frem, frem mod forventet budgetvedtagelse i Kommunalbestyrelsen den 3. oktober 2019.

Alle konkrete datoer fremgår af vedlagt tids- og procesplan for budget 2020-23.



Lovgrundlag

Den kommunale styrelseslov.

Økonomi

Sagen har ingen økonomiske konsekvenser.

Beslutningskompetence

Fagudvalg.

Beslutning**Social- og Sundhedsudvalget, den 5. februar 2019**

Taget til efterretning.

Besluttet, at udvalget afholder særskilt møde om budget i marts 2019.

Bilag

- Effektiviseringsramme 2019-01-15 Udvalg
- Politisk budgetproces 2020-23
- Økonomisk status BIU
- Økonomisk status TMU
- Økonomisk status SSU
- Økonomisk status BUU

Punkt 3

Budgetudfordringer 2020-2023 (Orientering)

Resumé

Der har på det specialiserede børne- og voksenområdet været foretaget BDO-analyser i forhold til nuværende og fremtidige udfordringer. Der er på begge områder udarbejdet handleplaner, der skal imødekomme de udfordringer, som er skitseret i BDO-analyserne. Forvaltningen vil på møderne i februar fremlægge de budgetudfordringer, som er kendte på henholdsvis det specialiserede børneområde og det specialiserede voksenområde med handlemuligheder.

Indstilling

Forvaltningen foreslår at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Forvaltningen har udarbejdet en prognose og forskellige scenarier på henholdsvis det specialiserede børneområdet og det specialiserede voksenområde, som fremlægges for henholdsvis Børne- og Ungdomsudvalget og for Social- og Sundhedsudvalget. På mødet vil forvaltningen:

- gennemgå udviklingen fordelt på områderne
- gennemgå en række økonomiske fremtidsscenarier
- præsentere handleforslag gennem tiderne i form af effektiviseringsforslag
- præsentere mulige tiltag fremadrettet ?

På marts mødet præsenteres, hvorledes forvaltningen fagligt og økonomisk styrer området og hvilke nye potentielle styringsmuligheder, der er iværksat eller kan iværksættes.

Lovgrundlag

Ikke relevant.

Økonomi

Sagen har ingen økonomiske konsekvenser på nuværende tidspunkt.

Beslutningskompetence

Børne- og Ungdomsudvalget vedrørende det specialiserede børneområde.

Social- og Sundhedsudvalget vedrørende det specialiserede voksenområde.

Beslutning

Social- og Sundhedsudvalget, den 5. februar 2019

Taget til efterretning.



Punkt 4**Handleplan for Frivillighed og Medborgerskab - Status 2018 og handlinger 2019 (Orientering)****Resumé**

I august 2017 vedtog Kommunalbestyrelsen, Frivilligcentret og Folkeoplysningsudvalget en fælles Handleplan for Frivillighed og Medborgerskab. Forvaltningen gør status på arbejdet med handlinger i 2018 og fremlægger de prioriterede handlinger for 2019 til orientering.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at de prioriterede handlinger for 2019 tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Handleplan for Frivillighed og Medborgerskab (2017-2022) har tre overordnede mål, hvorunder der hvert år prioriteres konkrete handlinger:

Mål 1: Vi fremmer nye og mangfoldige former for frivillighed

Mål 2: Vi styrker koordination, netværk og relationer på tværs

Mål 3: Vi udvikler "det gode samarbejde".

Ansaret for at udmønte af handleplanen ligger hos en "Actionsgruppe", der omfatter repræsentanter fra de frivillige foreninger, de folkeoplysende foreninger og kommunen. Hvert år prioriterer Actionsgruppen handlinger for det kommende år og gør status over årets handlinger, se vedlagte status for implementering af handleplan for 2018, samt gruppens arbejde (bilag).

Med henblik på at udvikle idéer til projekter og samarbejder, afholdte Actionsgruppen seks "pop-up værksteder" for lokale foreninger og beboere i efteråret 2018 på forskellige lokationer: Vandværket, Ungdomsskolen, DTU/Polyteknisk Forening, Barakken i Taarbæk, Stadsbiblioteket og Lundtofte Medborgerhus. Med afsæt heri har Actionsgruppen prioriteret otte handlinger for 2019: Uddannelse af foreningsguider, evaluering af Boblberg, kontakt til lokale aktiviteter, understøttelse af netværksmøder, udvidelse af Vandværket, afholde film- og fotoværksted og uddannelse af unge frivillige, se handleplan for 2019 (bilag).

Handlingerne kommer forskellige områder af frivilligheden til gode og understøtter samarbejder og netværk. Handlingerne i 2019 er formuleret i overskrifter med mål og vil i samarbejde med de konkrete ansvarlige blive yderligere konkretiseret og beskrevet for at sikre et ejerskab og forankring af de enkelte initiativer.

Handleplanen er en fælles plan mellem Lyngby-Taarbæk Kommune, Frivilligcentret og Folkeoplysningsudvalget og Handlingerne for 2019 er blevet drøftet i Folkeoplysningsudvalget og Frivilligcentrets bestyrelse. Både Folkeoplysningsudvalget og Frivilligcentret bestyrelse har drøftet og meddelt, at de tilslutter sig handlingeren for 2019.

Actionsgruppen blev nedsat for perioden september 2017 – september 2019. Derfor vil forvaltningen i samarbejde med Frivilligcentret og Folkeoplysningsudvalget hen over sommeren 2019 evaluere implementeringen af Handleplan for Frivillighed og Medborgerskab, herunder actionsgruppens arbejde, med henblik på at stille forslag til fortsat forankring af Handleplanen for Frivillighed og Medborgerskab.

Lovgrundlag

Ikke relevant.

Økonomi

Actionsgruppen administrerer en pulje på 100.000 kr. til at understøtte de handlinger, der har brug for økonomisk støtte. I 2018 er der bevilget 49.886 kr. (svarende til en kommunal udgift på 40.589 kr. efter afløftning af moms) til følgende handlinger og processer:

Handling 2018	Finansiering fra Handleplanen 2018	Øvrig finansiering af handlingen
Motions floorball med fokus på type 2 diabetes eller en hjertekarsygdom for 60+. (Samarbejdsprojekt: FIL DGI, Ældresagen, Lyngby Floorball forening og Center for Holdspil og Sundhed på Københavns Universitet).	1.440 kr. til restfinansiering af projektet* (udbetalt støtte: 1.800 kr.)	Projektet er støttet af DGI og Folkeoplysningsudvalgets Start- og Udviklingspulje.
Tennis for børn med autisme og særlige behov. (Samarbejdsprojekt: gruppeordningen på Hummeltoftesskolen og Virum-Sorgenfri Tennisklub.	3.880 kr. til trænerløn. (udbetalt løn: 4.000 kr.)	DGI og Dansk Tennisforbund støtter projektet både økonomisk og med ketcher, bolde, t-shirts og caps til deltagerne.
Film- og fotoworkshop i Frivilligcentret for lokale foreninger og grupper.	30.000 kr. til kursusholder (udbetalt støtte: 37.500 kr.)	
Proces for Pop-up værksteder.	5.269 kr. til grafiker, materialer og forplejning (udbetalt løn m.v.: 6.586 kr.)	

* Udbetalt i 2019 og indgår derfor i regnskabet for 2019.

Kommunen har sammenlagt haft udgifter i 2018 for kr. 39.149 kr.

Desuden er der disponeret med en udgift til "motions floorball" i 2019 på 1.440 kr.

Ved opgørelsen af overførsler fra 2018 til 2019 vil det blive indstillet, at de resterende 60.851 kr. overføres særskilt til de to aktiviteter "foto- og filmworkshop" (59.411 kr.) samt "motions floorball" (1.440 kr.).

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.
Kultur- og Fritidsudvalget.

Beslutning

Social- og Sundhedsudvalget, den 5. februar 2019

Taget til efterretning.

Besluttet, at forvaltningen forelægger en midtvejsstatus i andet halvår af 2019.

Bilag

- Handleplan for Frivillighed og Medborgerskab - Handlinger 2019
- Handleplan for Frivillighed og Medborgerskab - Status handlinger 2018

Punkt 5

Høring af Sundhedsaftalen 2019-2023 (Drøftelse)

Resumé

Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) i Region Hovedstaden, der står i spidsen for arbejdet med en ny Sundhedsaftale, har nu godkendt et høringsudkast til Sundhedsaftalen 2019-2023. Sundhedsaftalen er sendt i høring i kommunalbestyrelserne i regionen fra den 20. december 2018 til den 28. februar 2019.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at udkast til høringssvar drøftes med henblik på at give et høringssvar på udkast til Sundhedsaftalen 2019-2023.

Sagsfremstilling

Høringsudkastet til ny Sundhedsaftale tager udgangspunkt i de otte nationale mål for sundhedsvæsenet (bilag). Disse mål handler bl.a. om at skabe mere sammenhængende forløb, en styrket indsats for borgere med kroniske sygdomme og ældre borgere, mindre ulighed i sundhed og øget patientsikkerhed. Det er nogle af de områder, som er væsentlige at sætte ind på i det lokale samarbejde. Samtidig understreges det, at arbejdet skal ske i samspil med borgeren, og at der også skal skabes mere sundhed for pengene. Det er forvaltningens vurdering, at det giver god mening at tage udgangspunkt i de nationale mål. Netop fordi, at det er på tværs af sektorer og lokalt, at et bedre sundhedsvæsen skal skabes.

Nedenfor gennemgås de vigtigste punkter i høringsudkastet. Forvaltningen har forholdt sig til punkterne og udarbejdet et udkast til høringsvar med udgangspunkt heri (bilag).

Høringsudkastet har tre fokusområder:

- 1) Ældre og borgere med kronisk sygdom
- 2) Borgere med psykisk sygdom
- 3) Børn og unges sundhed.

Det er forvaltningens vurdering, at de tre områder er særdeles relevante. Det er de områder, hvor der er et særligt stort behov for at udvikle det tværsektorielle samarbejde om sundhed. Det er også områder, som allerede er i fokus i den eksisterende sundhedsaftale. Det er på disse områder, at sundhedsvæsenet oplever de største udfordringer i forhold til at skabe sammenhængende forløb, og leve op til de øvrige principper, som er nævnt ovenfor. Det gælder såvel det somatiske som det psykiatriske område.

Ad 1. Ældre og borgere med kronisk sygdom

Set fra et kommunalt synspunkt er det væsentligt, at det opstilles som mål, at alle ældre, syge borgere skal opholde sig der, hvor deres behov varetages bedst. Det betyder, at der fortsat vil blive stillet store krav til, at kommunerne kan sætte ind med hurtig indsats af høj kvalitet i, eller nær, borgerens hjem. Et område, hvor Lyngby-Taarbæk Kommune har arbejdet med længe - bl.a. via MAT-teamet og på det seneste også med omstillingen af de midlertidige pladser.

Ad 2. Borgere med psykisk sygdom

Her er det målet, at borgerne skal opleve, at der tages hånd om deres samlede behov - også i forbindelse med somatisk sygdom. Det vil også stille krav til den kommunale indsats og fordrer et øget tværfagligt samarbejde på tværs af forvaltningsområder og peger på udvikling af nye kompetencer både på det sociale område og på sundhedsområdet. Tidlig opsporing og fokus på forebyggelse af somatisk sygdom blandt psykisk syge er et fokusområde i Lyngby-Taarbæk Kommunes sundhedsstrategi, og det er et område, det fortsat vil være relevant at have fokus på i kommunens kommende sundhedsstrategi.

Ad 3. Børn og unges sundhed

Her er det målet, at samarbejdet om tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier skal udvikles. Her er Lyngby-Taarbæk Kommune godt med. Bl.a. via sundhedsplejens generelle indsatser og særlige indsatser via flere satspuljeprojekter. Det er også et mål, at unge, der udviser tegn på psykisk mistrivsel, skal få den rette hjælp i tide. Også her er Lyngby-Taarbæk Kommune i gang. Bl.a. via satspuljeprojektet med Region Hovedstadens psykiatri om en styrket tidlig indsats. Der er dog stadig behov for at gøre mere, fx i forhold til inddragelse af de praktiserende læger. Derfor er børn og unges mistrivsel et relevant område at sætte ind på i sundhedsaftalen.

Høringsudkastet har otte principper, der skal tages afsæt i, når sundhedsaftalens fokusområder skal konkretiseres. De handler fx om at invitere borgerne med fra start, så sundhedsvæsenet bliver bedre til at tilrettelægge forløb på borgernes præmisser, og at udvikle modeller, der især tager udgangspunkt i sårbare borgers behov. Det er forvaltningens vurdering, at det vil være hensigtsmæssigt, at inddragelsen af borgere sker via patientforeninger, så det ikke bliver enkelte borgers subjektive oplevelser og holdninger, der planlægges ud fra, men ud fra udfordringer, som hovedparten af patienterne oplever. Der skal også være en klar opgave- og ansvarsfordeling. Her nævnes det, at der ved opgaveoverdragelse skal udarbejdes samarbejdsaftaler, der tydeligt beskriver det lægelige behandlingsansvar, ansvarsfordelingen mellem aktørerne og økonomi. Det er et vigtigt princip, set fra et kommunalt synspunkt, da opgaveoverdragelse i dag oftest går fra hospital til kommune, og sker uplanlagt og uden at økonomien følger med.

Fakta om sundhedsaftalerne

Sundhedsaftalerne skal bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatserne i de patientforløb, der går på tværs af regionernes sygehuse, kommuner og almen praksis. Formålet er, at borgere og patienter modtager en sammenhængende indsats af høj kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, de har behov for. Kravet til regioner og kommuner om at udarbejde sundhedsaftaler blev indført med Sundhedsloven fra 2007. Sundhedsaftalerne indgås mellem regionsråd og kommunalbestyrelserne i de kommuner, som ligger i regionen. Der skal indgås fem sundhedsaftaler – én for hver region. Regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen skal godkende Sundhedsaftalen.

Den videre proces

Høringsperioden for udkastet til en ny sundhedsaftale løber frem til 28. februar 2019. Det er planlagt, at SKU godkender aftalen den 23. april 2019. Herefter sendes den til endelig godkendelse i kommunalbestyrelserne og i Regionsrådet. Den nye sundhedsaftale træder i kraft 1. juli 2019. I udkastet til sundhedsaftalen lægges der op til, at en væsentlig del af konkretiseringen og implementeringen af aftalens målsætninger skal ske i samordningsudvalgene. Samordningsudvalgene har indgående kendskab til de lokale udfordringer og muligheder, så det giver god mening. Der kan også være behov for at nedsætte temagrupper - fx på børneområdet, som kun delvist er integreret i samordningsstrukturen. Brugere eller borgere skal altid inviteres med i udviklingen af nye tiltag.

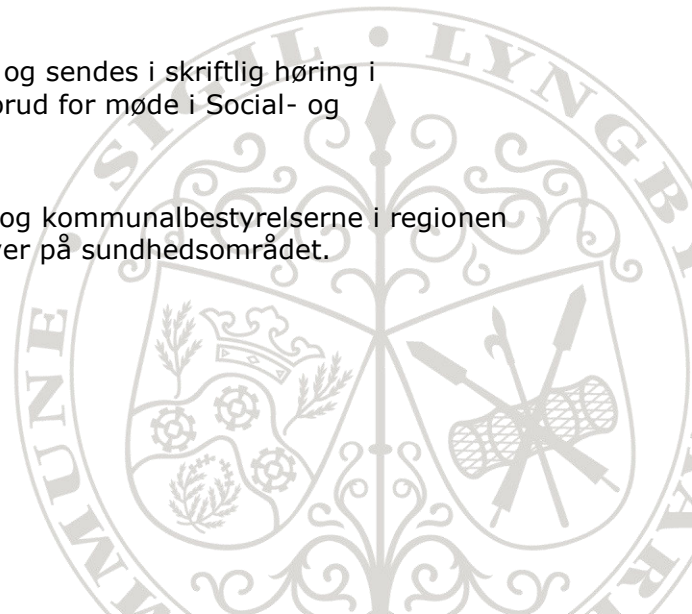
Sundhedsaftalen drøftes i Seniorrådet 4. februar 2019, og sendes i skriftlig høring i Handicaprådet. Høringssvar fra de to råd fremsendes forud for møde i Social- og Sundhedsudvalget.

Lovgrundlag

Det fremgår af Sundhedslovens § 205, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal indgå en sundhedsaftale om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet.

Økonomi

Sagen har ingen økonomiske konsekvenser.





Beslutningskompetence

Kommunalbestyrelsen.

Beslutning

Social- og Sundhedsudvalget, den 5. februar 2019

Drøftet. Idet forvaltningen inddrager Social- og Sundhedsudvalget i den efterfølgende konkretisering.

Udkast til høringssvar anbefalet.

Bilag

- Høringsudkast Sundhedsaftale 2019 - 2023
- Udkast til høringssvar fra Lyngby-Taarbæk Kommune



Punkt 6**En styrket indsats vedr. forebyggelse af ensomhed (Beslutning)****Resumé**

Der er i forbindelse med Finansloven for 2019 afsat 100 mio. kr. årligt i 2019-22 til forebyggelse af ensomhed. Med en forventet fordeling på 1,078 % til Lyngby-Taarbæk Kommune, er midlerne til kommunen estimeret til at udgøre 1.078.000 kr. årligt. Forvaltningen forelægger forslag til anvendelse af de tildelte midler foreløbigt for 2019 og 2020.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at

1. der anvendes 1.078.000 kr. årligt i 2019 og 2020 til de skitserede indsatser, som midlertidigt finansieres af kassen indtil, finanslovsmidlerne er udmøntet
2. såfremt udmøntningen af finanslovsmidlerne afviger fra 1.078.000 kr. tilpasses budget i anslået regnskab.

Sagsfremstilling

Hver 4. dansker over 65 år føler sig ofte eller en gang imellem uønsket alene. Ensomhed og social isolation kan føre til mindsket livskvalitet. En forebyggende indsats er væsentlig for at undgå, at ensomhed bliver en vedvarende følelse, der påvirker den enkelte ældres sociale, psykiske og fysiske helbred i negativ retning.

Allerede i dag arbejdes der på ældre- og sundhedsområdet med forebyggelse af ensomhed på forskellige måder. På plejecentre og i hjemmeplejen er bl.a. tilbud som klippekort og omsorgsbesøg samt uvisiterede og visiterede aktivitetstilbud, som understøtter denne dagsorden. I forhold til seniorer uden tilknytning til kommunen har de seneste års ældreuge (nu omdøbt til senioruge) også haft dette fokus qua ugens formål om at understøtte netværksdannelse og sociale fællesskaber.

De sidste år har Lyngby-Taarbæk Kommune desuden med tilskud fra Sundhedsstyrelsen haft en særlig indsats for borgere tilknyttet hjemmeplejen. Her har der bl.a. været fokus på opsporing af ensomhed, samarbejder med foreninger, frivillige og Rustenborghuset samt kommunikation omkring tilbud i kommunen - i kommunalt, forenings og frivilligt regi. Projektet slutter til sommer, hvor der også vil forelægge en evaluering, som Social- og Sundhedsudvalget vil blive præsenteret for.

På baggrund af de sidste års erfaringer foreslår forvaltningen, at der i første omgang igangsættes en indsats i 2019-2020, der omfatter:

- en brobyggerfunktion og ekstra ressourcer til aktivitetscentrene
- omsorgsbesøg i hjemmeplejen
- intensiveret samarbejde med Ældresagen og Rustenborghuset om besøgsvenner
- aftaler om konkrete samarbejdsprojekter med Røde Kors og Elderlearn.

Brobyggerfunktionen, ekstra ressourcer i aktivitetscentrene og omsorgsbesøg

Brobyggerfunktionen får ansvar for at forebygge og afhjælpe ensomhed hos hjemmeboende borgere. Den omfatter en indsats på tværs af hjemmeplejen, aktivitetsområdet, frivillighedsområdet og civilsamfundet. Hensigten er at etablere et tæt formelt samarbejde mellem disse områder. Funktionen bliver en ressource i hjemmeplejen, hvor brobyggerne får til opgave at:

- Supervisere personalet i opsporing og dokumentation af ensomhed
- Støtte borgere, der har behov for en social indsats fx i kommunens aktivitetscentre
- Supervisere personalet i aktivitetscentrene ift. at aktivere de nye borgere
- Varetage livshistoriske caféer

Forvaltningen antager, at den øgede aktivitet i opsporing af ensomhed og andre sociale behov medfører, at flere borgere deltager i aktiviteter på centrene. Der er derfor også behov for ekstra personaleressourcer i aktivitetscenterne til at løfte opgaven. Endvidere forventes den øgede opsporing af ensomhed at skabe et behov for flere omsorgsbesøg fra hjemmeplejens medarbejdere.

Eksterne samarbejder

Forvaltningen foreslår, at kommunen styrker samarbejdet med Røde Kors og Elderlearn i forhold til borgere, der ikke kan komme ud af deres eget hjem, men har brug for en social indsats, der er kendetegnet ved en en-til-en-relation.

Samarbejde med Røde Kors

Samarbejdet med Røde Kors om en besøgsven-ordning har vist sig, at efterspørgslen på besøgsvenner er større end omfanget af besøgsvenner. Der skal derfor rekrutteres besøgsvenner. Opslag på frivilligjob.dk og facebook har endnu ikke resulteret i flere besøgsvenner. Røde Kors har foreslået at etablere et pilotprojekt "online besøgsvenner" i et forsøg på at rekruttere flere besøgsvenner. Røde Kors rekrutterer og organiserer de frivillige til pilotprojektet, ligesom de vurderer deres egnethed som online besøgsven. Kommunens medarbejdere opsporer ældre, som falder indenfor målgruppen. Der estimeres med ca. 10 ældre borgere i 2019.

Elderlearn

Som en del af det igangværende projekt "Nye fællesskaber i Nærområdet", der er finansieret af midler fra Sundhedsstyrelsen, samarbejder forvaltningen med "Elderlearn" frem til medio 2019 om et pilotprojekt, hvor ensomme ældre borgere matches med sprogstuderende udlændinge. Det særlige i denne ordning er, at den ældre - udover at få en besøgsven - bliver mentor for et andet menneske. Dette kan reducere oplevelsen af ensomhed og styrke oplevelsen af meningsfuldhed. Aftalen er, at Elderlearn rekrutterer ti deltagere fra sprogskoler og matcher dem med ti ældre. Elderlearn arrangerer og deltager selv i det første møde, ligesom de løbende evaluerer de enkelte forløb. Går et forløb i stå, forsøger Elderlearn at få det aktiveret eller finde et nyt match. Elderlearn udarbejder en midtvejsstatus og en færdig rapport efter seks måneder.

Indsats 2021-2022

Forvaltningen foreslår, at der i 2. halvår 2020 tages stilling til en eventuel justering eller omprioritering af indsatsen i 2021-2022.

National interesse for det projekt "Nye fællesskaber i nærområder"

Sundhedsstyrelsen har vist stor interesse for resultater fra kommunens projekt "Nye fællesskaber i nærområdet". Det gælder særligt arbejdet med livshistoriske fortællinger. Projektlederen for projektet har holdt et oplæg i Videncenter for Værdig Ældrepleje om visioner for og resultater fra dette arbejde. På den baggrund udarbejder Konsulentfirmaet Antropologerne en eksemplarisk case til inspiration til andre kommuner.

Lovgrundlag

I Finansloven for 2019 står der om "Bekæmpelse af ensomhed, tab af livsmod, sorg og selvmord". "Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om at understøtte kommunernes arbejde med at opspore ensomme ældre og bekæmpe ensomhed, tab af livsmod, sorg og selvmord blandt ældre borgere, herunder med inddragelse af civilsamfundet. Som led i initiativet ændres bekendtgørelsen om værdighedspolitikker for ældreplejen, så der indføres en forpligtigelse for kommunerne til at beskrive i deres værdighedspolitikker, hvordan ensomhed blandt ældre borgere bekæmpes. Der afsættes 100 mio. kr. årligt i perioden 2019-2022. Midlerne udmøntes til kommunerne som et særtilskud på baggrund af nøglen i tilskuds- og udligningssystemet for udgiftsbehovet på ældreområdet.

Sundheds- og ældreministeriet har 22. januar 2019 i en mail til forvaltningen præciseret, at tilføjelsen af det nye område "Bekæmpelse af ensomhed" indebærer, at kommunalbestyrelsen skal behandle og indarbejde området som en del af kommunens værdighedspolitik senest den 31. december 2019. Herefter skal området "Bekæmpelse af ensomhed" behandles, vedtages og offentliggøres sammen med de 6 øvrige områder inden for det første år i den kommunale valgperiode.

Økonomi

Der er i forbindelse med Finansloven for 2019 afsat 100 mio. kr. årligt i 2019-22 til forebyggelse af ensomhed. Med en forventet fordeling på 1,078 % til Lyngby-Taarbæk Kommune, er midlerne til kommunen estimeret til at udgøre 1.078.000 kr. Midlerne for 2019 vil blive udmøntet som bloktilskud i juni 2019.

Brobyggerfunktionen er estimeret til 50 timer pr. uge. svarende til en årlig udgift på 630.000 kr. i 2019-2020.

Ekstra ressourcer til aktivitetscenteret er estimeret til at udgøre ca. 25 timer pr. uge svarende til en årlig udgift på 278.000 kr. i 2019-2020.

Ressourcer til omsorgsbesøg er estimeret til 50.000 kr. årligt i 2019-2020.

deltagende borgere, ti til besøgsvennerne samt én til at administrere de andre). Derudover sim-kort og dataunderstøttelse.

Samarbejdet med Elderlearn er estimeret til at udgøre en årlig udgift på 30.000 kr. i 2019-2020. Prisen pr. match ved forlængelse medio 2019 er 1.500 kr. pr. match for et 6 måneders forløb. Der er således lagt op til to forløb årligt af ti borgere.

Der er med forslaget lagt op til, at der først i 2. halvår 2020 tages stilling til udmøntning af de midler, der er afsat i 2021-2022.

Tabel til bevillingsmæssige ændringer:

Overskrift	Udvalg / Aktivitetsområde	2019	2020	2021	2022	2023	Varig?
Brobyggerfunktion	SSU/Sundhed og Omsorg	630	630	0	0	0	Nej
Ekstra ressourcer til aktivitetscentret	SSU/Sundhed og Omsorg	278	278	0	0	0	Nej
Ressourcer til omsorgsbesøg	SSU/Sundhed og Omsorg	50	50	0	0	0	Nej
Samarbejde med Røde Kors	SSU/Sundhed og Omsorg	90	90	0	0	0	Nej
Elderlearn	SSU/Sundhed og Omsorg	30	30	0	0	0	Nej
I alt (kassen)		1.078	1.078	0	0	0	Nej

(2019 P/L-niveau, t. kr.)

Der forventes at Lyngby-Taarbæk Kommune efterfølgende bevilges midler via DUT-systemet, som derefter går i kassen. Evt. difference reguleres på Aktivitetsområde Sundhed og Omsorgs ramme, således at kassen holdes neutral i forhold til denne sag.



Beslutningskompetence

Kommunalbestyrelsen.

Beslutning

Social- og Sundhedsudvalget, den 5. februar 2019

Ad 1-2) Anbefalet, idet der konstateres at indsatserne virker, dog således at indsatserne kan justeres på baggrund af den planlagte evaluering.

(C) tog forbehold.



Punkt 7**Pårørendevejleder på det sociale område (Beslutning)****Resumé**

Social- og Sundhedsudvalget besluttede på møde den 4. december 2018, at forvaltningen primo 2019 kommer med oplæg til etablering af pårørendevejlederfunktion på det sociale område i et samarbejde med Beskæftigelse- og Integrationsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at

1. der ansættes en pårørendevejleder til det sociale område forankret på aktivitetsområdet Handicappede og sociale indsatser på 37t/uge fra 2020. Der afsættes i denne forbindelse 503.000 kr. i 2020 og frem, finansieret med 50% af rammen til driftsudgifter til aktivering under Aktivitetsområdet Beskæftigelse og med 50% gennem takstudligning på de kommunale handicapinstitutioner under Aktivitetsområdet Handicappede og sociale indsatser
2. der afsættes midler til aktiviteter til pårørende på det sociale område forankret på aktivitetsområdet Handicappede og sociale indsatser. Der afsættes i denne forbindelse 90.000 kr. i 2020 og frem, finansieret med 50% af rammen til driftsudgifter til aktivering under Aktivitetsområdet Beskæftigelse og med 50% gennem takstudligning på de kommunale handicapinstitutioner under Aktivitetsområdet Handicappede og sociale indsatser.

Sagsfremstilling

Kommunalbestyrelsen besluttede 2. november 2018, at ældreområdet kunne ansætte en pårørendevejleder i en tidsbegrænset periode på to år 2018-2019 og på Social- og Sundhedsudvalgsmødet den 4. december 2018 blev en permantgørelse godkendt.

Pårørendevejlederfunktionen har været en succes på ældreområdet og det vil derfor være relevant, at udbrede funktionen til de øvrige områder, da der både på det specialiserede børne- og familieområde, handicap- og psykiatriområdet og beskæftigelse- og integrationsområdet kan være behov for en pårørendevejleder, som er en neutral person, der kan gå i dialog med de pårørende og guide dem i forskellige situationer.

Pårørendevejlederfunktionen skal direkte målrettes de tre områder, da der kan være forskellige problematikker afhængig af om det handler om, at være pårørende til et handicappet barn i skolealderen eller en person der er kommet "i klemme" indenfor beskæftigelsesområdet.

Pårørendevejlederen skal ligeledes kunne bistå i forhold til de pårørende, der har pårørende på bostederne.

Den nuværende pårørendevejleder har gennemført samtaler med de pårørende, etableret pårørendegrupper og tema-aftener for pårørende, givet supervision til personalet, givet undervisning i psykologiske emner og deltaget i projekter omkring samarbejdet og kommunikationen med de pårørende.

Det vil være den samme type af opgaver, som en pårørendevejleder indenfor det sociale område skal varetage.

Omfanget vil være på 30-37 timer pr. uge, da pårørendevejlederen skal have tre områder vil det ikke være forvaltningens anbefaling, at reducerer væsentligt i timetallet i forhold til en fuldtidsstilling.

Hvis det alene i første omgang besluttes, at en pårørendevejlederfunktion startes op i forhold til de sociale institutioner vil det være vurderingen, at stillingens omfang i første omgang kan

være omkring 20-25 timer pr. uge, men hvis pårønderådgiverfunktionen skal omfatte både beskæftigelses- og integrationsområdet samt det specialiserede voksenområdet med dertilhørende sociale institutioner vil omfanget nærmere være en fuldtidsstilling.

Det er forvaltningens vurdering, at uanset om at pårøndevejlederfunktionenn både skal omfatte beskæftigelses- og integrationsområdet samt det specialiserede voksenområde med dertilhørende institutioner eller om pårøndevejlederfunktionen alene skal varetage opgaver i relation til det specialiserede voksenområde med dertilhørende institutioner skal den organisatoriske forankring være i Center for Social Indsats.

Funktionen foreslås oprettet fra 2020, hvor der kan udarbejdes et nyt takstgrundlag.

Lovgrundlag

Der er ikke lovhjemmel på området

Økonomi

Tabel til bevillingsmæssige ændringer:

Overskrift	Udvalg / Aktivitetsområde	2020	2021	2022	2023	Varig?
Fastansættelse af pårøndevejleder i CSI (37t).	SSU / Handicappede og sociale indsatser	503	503	503	503	Ja
Aktiviteter til pårønde	SSU / Handicappede og sociale indsatser	90	90	90	90	Ja
Finans. fra driftsudgifter til aktivering	BIU / Beskæftigelse	-297	-297	-297	-297	Ja
Finans. fra takstudligning på kommunale institutioner	SSU / Handicappede og sociale indsatser	-297	-297	-297	-297	Ja
I alt (kassen)		0	0	0	0	Ja

(2019 P/L-niveau, t. kr.)

Forvaltningen foreslår at der ansættes en pårøndevejleder 37 t/uge, til en forventet årlig udgift på 503.000 kr. fra og med 2020 jf. tidligere fremlagte forudsætninger, behandlet i SSU den 4. december 2018 pkt. 6.

Forvaltningen foreslår endvidere at der afsættes 90.000 kr. til pårøndeaktiviteter, jf. tidligere tildeling i SSUs behandling den 4. december 2018.

Ovenstående finansieres med 50 % af rammen til driftsudgifter til aktivering under Aktivitetsområdet Beskæftigelse under Beskæftigelses- og integrationsudvalgets område og med 50% gennem takstudligning på de kommunale handicapinstitutioner (Chr. X's Allé, Slotsvænget og Magnetten) under Aktivitetsområdet Handicappede og sociale indsatser under Social- og Sundhedsudvalget. Da det ikke er muligt at finansiere via takstudligning før end 2020 er det lagt til grund at funktionen først starter op her.

Beslutningskompetence

Kommunalbestyrelsen.



Beslutning

Social- og Sundhedsudvalget, den 5. februar 2019

Ad 1) Anbefalet, at ansættelse af en pårørendevejleder sker i en to-årig projektperiode, og at funktionen evalueres et halvt år før projektperiodens udløb.

Ad 2) Anbefalet i den to-årige projektperiode.



Punkt 8**Tilsynsrapporter 2018 - Det specialiserede socialområde (Orientering)****Resumé**

Det Sociale Tilsyn fører tilsyn med kommunernes bosteder og misbrugsområder. I Lyngby-Taarbæk kommune handler det om følgende bosteder: Chr. X's Allé, Magnetten, Slotsvænget, Kvindekrisecentret og Misbrugscentret. Nærværende sag handler om tilsynsrapporterne fra det Sociale Tilsyn i 2018.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Det Sociale Tilsyn skal føre tilsyn og vurdere tilbuddenes kvalitet efter en kvalitetsmodel, der består af syv elementer.

1. borgerens uddannelse og beksæftigelse
2. borgerens selvstændighed og relationer
3. tilbuddenes målgrupper, metoder og resultater
4. tilbuddenes organisation og ledelse
5. tilbuddenes kompetencer
6. tilbuddenes økonomi
7. tilbuddenes fysiske rammer

Udover en beskrivelse foretager Det Sociale Tilsyn en scoring af hvert tema på en 5 trins bedømmelsesskala, som går fra 5 (i meget høj grad opfyldt) til 1 (i meget lav grad opfyldt). Scoren på hvert tema anvendes som dialogværktøj mellem tilbuddet og Det Sociale Tilsyn.

Det Sociale Tilsyn har informeret om, at det er beskrivelserne i teksten til tilbuddene skal være særligt opmærksomme på, da et tilbud som fx Kvindekrisecentret og Torvehuset kan få 0 i borgerens uddannelse og beskæftigelse, da det ikke er relevant for Kvindekrisecentret og Misbrugscentrets kerneopgave.

Det er, Det Sociale Tilsyn der bestemmer, hvornår tilsynet gennemføres og om det er et anmeldt eller uanmeldt besøg/tilsyn. I tilsynsrapporterne er der først en samlet vurdering af kvaliteten af tilbuddet, hvad Det Sociale Tilsyn særligt har haft fokus på i tilsynet, opmærksomhedspunkter og herefter gennemgås de 7 temaer enkeltvis

Udover den skriftlige afrapportering og dialog med de enkelte tilbud og det Sociale Tilsyn er der et årligt møde mellem Det Sociale Tilbud, forvaltningen og de sociale institutioner omfattet af tilsynet, hvor dialogen omhandler samarbejdet og om der er særlige opmærksomhedspunkter, der skal drøftes principielt, og som forvaltningen skal være særlig opmærksom på bliver effektueret.

Overordnet har botilbuddene haft opmærksomhedspunkter omkring dokumentation og handleplaner med undtagelse af Kvindekrisecentret. Årsagen er, at Lyngby-Taarbæk kommune ikke tidligere konsekvent har anvendt et digitalt dokumentationssystem. Forvaltningen har derfor i 2017 indkøbt Bostedssystemet, der skal anvendes til dokumentationssystem i forhold til borgerne, herunder udarbejdelse af handleplaner, mål, dagsbogsnotater, overlevering fra en vagt til en anden etc.

Det må konstateres, at implementeresperioden har været længere end forudsat og derfor påpeger Det Sociale Tilsyn også, at dokumentation har varierende kvalitetsmæssigt karakter på bostederne og at dette er et opmærksomhedsområde som både handler om selve den tekniske del (Bosted), men også om systematik og faglighed i forhold til at arbejde med målsætninger omkring borgerne mere generelt da det varierer.

På både Chr. X's Allé og Magneten er det et opmærksomhedspunkt om, at der skal arbejdes med implementering af magtanvendelsescirkulæret og procedure for magtanvendelser.

På både Chr. X's Allé og Magneten er der udviklingspunkter i forhold til at se på sammenhænge mellem takst og borgernes behov i forhold til forskellige temaer; somatik og aldersrelaterede udfordringer.

Botilbuddet Chr. X's Allé

Der er i 2018 kommet to tilsynsrapport fra Det Sociale Tilsyn. Den første rapport kom i januar 2018 og den anden rapport kom i december 2018. Der er stor forskelle på de to rapport, men det er socialtilsynets samlede konklusion, at tilbuddet grundlæggende leverer en autismespecifik indsats, som understøtter borgernes trivsel og udvikling. Socialtilsynet konkluderer ligeledes den 22. oktober 2018, at der er udfordringer i særligt hus F og B, hvor der er manglende stabilitet i indsatser, hvilket bl.a. ses i højt sygefravær og høj personalegennemstrømning samt lav kvalitet i dokumentationspraksis. Det Sociale tilsyn vil følge de indsatser, der er skitseret i handleplan og om disse bliver implementeret.

Rapporten fra det anmeldte tilsyn den 22. oktober konkluderer, at der grundlæggende leveres en autismespecifik indsats, som understøtter borgernes trivsel og udvikling. Aktiviteter i kulturhuset afspejler det omgivende samfund, men her i skærmede rammer, der modsvarer borgerens behov. Borgerne trives i de fysiske rammer, som er indrettet og som kan imødekomme målgruppens særlige behov.

Der er forhold der kræver specifik ledelsesmæssig indsats og Socialtilsynet vil følge udvikling af de beskrevne indsatser. Det skal afklares hvordan der på fagligt relevant vis tages hånd om borgerens somatiske lidelser - der er her igangsat et udvidet samarbejde med fast lægefaglig konsulent samt planlagt fælles faglige temadage og VISO (den nationale videns- og specialrådgivning på det sociale område og på specialundervisningsområdet)er involveret.

Forvaltningen har igangsat et kursusforløb omkring magtanvendelse, så disse håndteres korrekt og indberettes korrekt.

På dialogmødet med Det Sociale Tilsyn blev situationen omkring Chr. X's Allé debatteret. Det Sociale Tilsyn informerede om, at de foretager et riskobaseret tilsyn og fokusområdet på tilsynsbesøget i oktober 2018 var med fokus på de opmærksomhedspunkter, der have været tidligere omkring dokumentation, handleplaner/målsætninger og magtanvendelser. Det Sociale Tilsyn havde ikke på tilsynsbesøget i oktober 2018 valgt, at interview pårørende, da dette skete både i 2014 og 2016. Derimod havde tilsynet valgt, at have fokus på borgerinterview og fokus på kvaliteten for borgerne. Scoringen er blevet reduceret, da dokumentation, handleplaner/målsætninger og magtanvendelser ikke er blevet fuldt opfyldt. Det Sociale Tilsyn betonedes ligeledes i dialogen, at det var driftsherrens ansvar, at have en dialog med de pårørende og ikke Det Sociale Tilsyn. Det Sociale Tilsyn har også haft påpeget, at personalegennemstrømningen og sygefraværet har været højt.

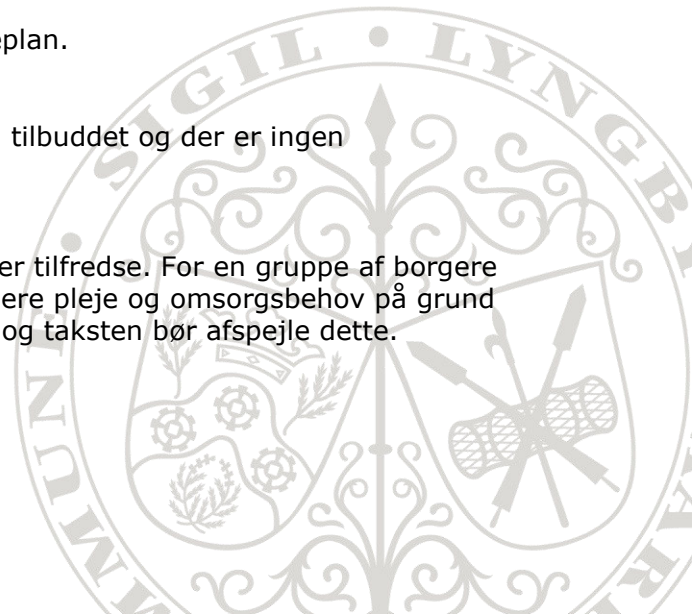
På Chr.X's Allé har der i perioden været særskilt handleplan.

Slotsvænget

Det fremgår af rapporten, at det samlede set er kvalitet i tilbuddet og der er ingen opmærksomhedspunkter i indeværende år.

Magneten

Borgerne trives i overvejende grad fysisk og mentalt og er tilfredse. For en gruppe af borgere ændres de grundlæggende støtte til at blive mere og mere pleje og omsorgsbehov på grund af, aldring, funktionstab og sygdom. Ydelser, indsatser og taksten bør afspejle dette.



Der er i 2018 påbegyndt et arbejde hvor der ses på sammenhænge mellem nuværende målgrupper, faglighed og takst på Magnetens 3 botilbud. Der vil blive arbejdet videre med dette i første halvdel af 2019.

Tilbuddet ledes kompetent og medarbejderne fremstår kompetente og med et engagement i arbejdet med borgeren i centrum. Klubben på Magneten er et velfungerende aktivitets- og samværstilbud til borgerne, der er tilknyttet fællesskaber. Stadscafeen er et veldrevet beskæftigelsestilbud til borgeren indenfor målgruppen.

Magneten har i 2018 lavet nærmere analyse af medarbejderens behov for kompetenceudvikling, i forhold til at kunne håndtere dokumentationspraksis i bostedsystemet. Der vil i 2019 blive arbejdet videre med implementering af bostedsystemet, og Magneten følger den overordnede plan der er lavet for botilbuddene generelt i LTK, ligesom der vil blive arbejdet med den faglige del i forhold til dokumentationspraksis, mål og delmål.

Som opmærksomhedspunkt er der nævnt, at der skal være en systematisk opfølgning på implementeringsplanen for bostedssystemet, så medarbejderne kan arbejde med mål og delmål i deres dokumentationssystem, som operationalisering af handleplanerne. Et andet opmærksomhedspunkt er omkring økonomien/taksterne, hvor tilsynet skriver, at der skal være det rette grundlag for driften af Seniorhuset, så økonomien ikke hentes i andre interne tilbud i Magneten.

Ledelsen har i 2018 i samarbejde med CØP flyttet rundt på budgetposterne i forhold til Magnetens samlede tilbud, således at der nu er bedre sammenhæng mellem Seniorhusets faktiske udgifter og budgetposterne. Der vil i 2019 blive arbejdet videre med sammenhænge mellem takst og målgruppen i huset, som beskrevet ovenfor.

Kvindekrisecentret

Det fremgår at tilbuddet er veldrevet og målgruppen er tydelig. Indsatsen overfor kvinderne og børnene er systematisk og har i høj grad fokus på kvindernes og børnenes trivsel. Medarbejderne er kompetente og tilstedeværende.

Torvehuset

Det fremgår, at tilbuddet faglige og metodiske tilgange er relevante og at der er den fornødne kvalitet i forhold til kvalitetsmodellens temaer og at der er relevante tilbud til målgruppen. Torvehuset har ingen opmærksomhedspunkter.

Udover de konkrete og specifikke forhold på de enkelte botilbud vil der også i 2019 være fokus på at bostedssystemet er fuldt implementeret og anvendes i dagligdagen af medarbejderne på samtlige bosteder. Det Sociale Tilsyn har i deres nyhedsbrev informeret om, at de i 2019 vil have fokus på borgerinddragelse og det økonomiske tilsyn. Tilsynsrapporterne er vedlagt i bilag.

Lovgrundlag

Lov om Socialt Tilsyn.

Økonomi

Sagen har ingen økonomiske konsekvenser.

Beslutningskompetence

Sociale- og Sundhedsudvalget.

Beslutning

Social- og Sundhedsudvalget, den 5. februar 2019

Taget til efterretning.





Besluttet, at der forelægges en særskilt status på opfølgende handlinger på tilsynene og effekten heraf, herunder dokumentation.

Bilag

- Endelig tilsynsrapport for Alkohol- og Stofrådgivningen, Lyngby Taarbæk Kommune 2018
- Tilsynsrapport Kvindehuset i Lyngby - marts 2018 - endelig version
- Tilsynsrapport Støttecenter Magneten d. 2. og 4.5.-18
- Slotsvænget - endelig tilsynsrapport den 4. maj 2018
- Tilsynsrapport Bostedet Chr.X's Allé



Punkt 9**Varslede tilsyn ved Styrelsen på Patientsikkerhed 2018 - Ældre- og Sundhedsområdet (Orientering)****Resumé**

Styrelsen for Patientsikkerhed har i perioden december 2017 - december 2018 gennemført varslede tilsyn efter Sundhedsloven på ét plejecenter og i tre hjemmeplejeenheder. Styrelsen for Patientsikkerhed har endvidere gennemført et varslet tilsyn på ét plejecenter efter Servicelovens § 83-§87. Forvaltningen orienterer om resultat af og opfølgning på de varslede tilsyn.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling*Varslede tilsyn efter Sundhedsloven*

Styrelsen for Patientsikkerhed kan komme på risikobaseret tilsyn på de enheder, der bliver udpeget det aktuelle år. Alle tilsyn er planlagte og varsles fire til seks uger før, tilsynet gennemføres.

De risikobaserede tilsyn tager dels udgangspunkt i en række generelle målepunkter, dels i målepunkter som er specifikke for typen af behandlingssted. Målepunkterne fokuserer på, om patientsikkerheden er tilgodeset på behandlingsstedet, og om patientrettighederne er overholdt. Det fremgår af målepunkterne hvilke skriftlige instrukser, procedurer, journalindhold med videre, der bliver lagt vægt på. Styrelsen undersøger ved tilsynsbesøget, om behandling, journalføring og håndtering af hygiejne med videre foregår fagligt forsvarligt.

Lyngby-Taarbæk Kommune har haft fire varslede tilsyn efter Sundhedsloven (bilag). Tilsynene er gennemført på følgende steder:

- Plejecenter Virumgård
- Hjemmepleje Lundtoftebakken
- Hjemmepleje Virumgård
- Hjemmepleje Solgården

På baggrund af tilsynet kategoriseres stederne i følgende kategorier:

- 0. Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden
- 1. Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden
- 2. Større problemer af betydning for patientsikkerheden
- 3. Kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden

Resultatet af tilsynene på de udvalgte steder i Lyngby-Taarbæk Kommune er samlet set, at alle tilsyn falder i kategorien 1, dvs. mindre problemer af betydning for patientsikkerheden, og at enhederne fremstår sundhedsfagligt velorganiserede med gode procedurer og høj grad af systematik. På alle steder har Styrelsen lagt vægt på, at målepunkter vedrørende instrukser, patientrettigheder og hygiejne er opfyldt.

Der er gjort fund af mindre betydning for patientsikkerheden indenfor medicin håndtering. Manglerne vurderes let at kunne udbedres. Dette følger den lokale ledelse op på, og forvaltningen gennemfører i første halvdel af 2019 yderligere undervisning vedrørende medicin håndtering af alt sundhedspersonale med medicinansvar. Et gennemgående fund ved tilsynene er, at vikarer grundet den nuværende it-løsning ikke har adgang til at læse og dokumentere i borgerens journal. Dette er udbedret ved en ny midlertidig arbejdsgang i Center for Sundhed og Omsorg, indtil problemet med vikarkoder er løst i et samarbejde med IT-afdelingen.

Varslet tilsyn efter Serviceloven

1. oktober 2018 startede Styrelsen for Patientsikkerhed et nyt tilsynskoncept op i forhold til Servicelovens §83 - §87. Formålet med tilsynet er at styrke det social- og plejefaglige tilsyn på ældreområdet samt at vurdere, om den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, som den enkelte plejeenhed yder, har den fornødne kvalitet.

Konceptet er som ved det risikobaserede tilsyn, at der tages udgangspunkt i styrelsens udarbejdede målepunkter, her indenfor:

- Selvbestemmelse og livskvalitet herunder en værdig død
- Borgerens trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder (med vægt på, at der bliver anvendt relevante metoder i forhold til borgernes funktionsnedsættelser)
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedurer og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

- Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Styrelsens vurdering er baseret på de forhold, der var til stede ved det aktuelle tilsyn i forbindelse med de gennemførte interviews med borgere, pårørende, ledelse og medarbejdere samt de foretagne stikprøver af borgeres omsorgsjournaler.

Lyngby-Taarbæk Kommune har haft et varslet tilsyn efter Serviceloven på plejecenter Solgården i 2018 (bilag).

Styrelsen fandt ved tilsynet "Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet" på plejecenter Solgården. Rapporten viser, at Plejecenter Solgården opfylder alle målepunkter ved tilsynet. Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at plejeenheden virkede velorganiseret, med gode daglige procedurer og en grad af systematik og strukturer, der også fremadrettet giver mulighed for faglig refleksion, fælles videndeling og læring.

Tilsynsrapporterne vil blive offentliggjort på kommunens hjemmeside efter orientering i Social- og Sundhedsudvalget. Tilsyn forestået af Styrelsen for Patientsikkerhed bliver ligeledes altid offentliggjort på Styrelsens egen hjemmeside, når rapporten er skrevet.

Lovgrundlag

Sundhedslov § 219 og Retssikkerhedsloven § 16.
Serviceloven § 83 - § 87.

Økonomi

Sagen har ingen økonomiske konsekvenser.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Beslutning

Social- og Sundhedsudvalget, den 5. februar 2019

Taget til efterretning.

Bilag

- Hjemmeplejen Solgården endelig tilsynsrapport
- Hjemmeplejen Lundtofteparken endelig tilsynsrapport
- Plejecenter Virumgård endelig tilsynsrapport
- Endelig rapport





- Endelig tilsynsrapport servicelov Solgården Plejecenter



Punkt 10**Forslag til fremtidig procedure for tilsynsrapporter (Beslutning)****Resumé**

Social- og Sundhedsudvalget besluttede 15. januar 2019, at praksis vedrørende forelæggelse af tilsynsrapporter på tværs af social- og sundhedsområdet samtænkes, samt at forvaltningen kommer med oplæg til en model for en løbende orientering om gennemførte tilsyn i løbet af året. Forvaltningen forelægger på den baggrund forslag til fremtidig praksis.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at forslag til fremtidig praksis for forelæggelse af tilsynsrapporter godkendes.

Sagsfremstilling*Den nuværende praksis på Ældre- og sundhedsområdet*

I henhold til delegationsplanen, punkt "Tilsyn med plejecentrene", orienterer forvaltningen én gang årligt om resultatet af gennemførte tilsyn i en samlet redegørelse. Samtlige tilsynsrapporter har været bilagt sagen og er efter behandling i Social- og Sundhedsudvalget blevet offentliggjort på kommunens hjemmeside.

Fra 2018 er der indført "risikobaserede tilsyn", som Styrelsen for Patientsikkerhed står for, og som noget nyt også kan omfatte hjemmepleje og træningscenter. Forvaltningen oplyses ikke om, hvor mange tilsyn, kommunen får det pågældende år. Den 9. oktober 2018 godkendte Social- og Sundhedsudvalget forvaltningens indstilling om, at udvalget fremadrettet vil blive orienteret to gange årligt. Dette var begrundet i, at forvaltningen fra 2018 er forpligtet til løbende at melde tilsynsresultater ind til den nye nationale plejehjemsportal.

Den nuværende praksis på Socialområdet

På det sociale område er det Det Sociale Tilsyn, der fører tilsyn med bostederne. Det Sociale Tilsyn kan både foretage anmeldt og uanmeldt tilsyn. I forbindelse med det anmeldte tilsyn efterspørges diverse typer af materiale forinden, selve tilsynet foretages. På tilsynsbesøget er tilsynskonsulenten i dialog med forstander, medarbejdere, beboere og eventuelt de pårørende. Det er Det Sociale Tilsyn, der afgør, hvem de vil i dialog med.

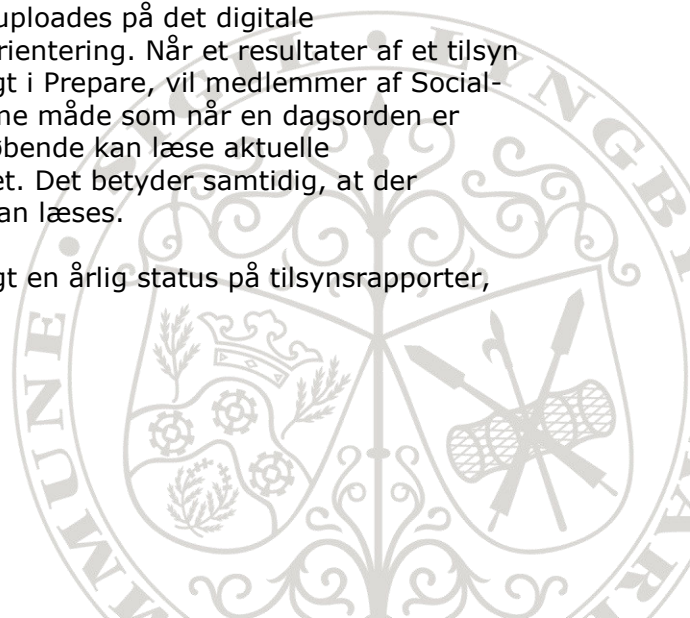
Efter tilsynsbesøget udarbejder Det Sociale Tilsyn en rapport, der kommer i faktuel høring hos forstanderen/lederen. Efterfølgende fremsendes en endelig rapport til både bostedet og forvaltningen, hvorefter forstanderen/lederen er i dialog med centerchefen og udviklingskonsulenten om, hvorledes der skal arbejdes med opmærksomhedspunkterne fremadrettet.

Forvaltningen har orienteret Social- og Sundhedsudvalget en gang årligt i en samlet sag om de sociale institutioner.

Den fremtidig praksis

Forvaltningen foreslår, at alle tilsynsrapporter løbende uploades på det digitale mødeløsningsprogram, Prepare, til udvalgets løbende orientering. Når et resultat af et tilsyn er afleveret til forvaltningen og umiddelbart herefter lagt i Prepare, vil medlemmer af Social- og Sundhedsudvalget modtage besked herom, på samme måde som når en dagsorden er tilgængelig i Prepare. Dette således at medlemmerne løbende kan læse aktuelle tilsynsrapporter på tværs af social- og sundhedsområdet. Det betyder samtidig, at der fremover er ét sted, hvor samtlige tilsyn arkiveres og kan læses.

Forvaltningen foreslår endvidere, at udvalget får forelagt en årlig status på tilsynsrapporter, herunder opfølgende handlinger.





Lovgrundlag

Sundhedsloven og Servceloven.

Økonomi

Sagen har ingen økonomiske konsekvenser.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Beslutning

Social- og Sundhedsudvalget, den 5. februar 2019

Godkendt.



Punkt 11

Kommende sager

Resumé

Udvalget orienteres om kommende sager, der er planlagt til behandling.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Listen over sager på vej er et planlægningsredskab for kommende møder.

Forvaltningen bemærker, at de nævnte sager kan flytte datoer, nye sager kan komme til og varslede sager kan blive uaktuelle og udgå.

Følgende sager er planlagt til det kommende møde:

- Proces for udarbejdelse af ny Sundhedsstrategi
- Forslag til ændret anvendelse af midler til implementering af ældre- og sundhedsanalysen
- Halvårlig stats på uddannelsesniveau hos den private leverandør PUK
- Godkendelse af ansøgning om evt. overførsel af mindreforbrug fra "Bedre bemanding"
- Udlån af velfærdsteknologiske hjælpemidler på biblioteket
- Forlængelse eller genudbud af kontrakt om praktisk hjælp og personlig pleje
- Pilotafprøvning vedr. afregningsmodel i omsorgsboligerne på Den Gamle Lyngby Statsskole

Herudover har forvaltningen udarbejdet et årshjul over sager i 2019 (bilag). Der bliver arbejdet videre med det fremadrettede format, derfor er vedlagte årshjul et foreløbigt udkast.

Lovgrundlag

Det er valgfrit for kommunerne, om udvalget skal orienteres om kommende sager.

Økonomi

Ingen økonomiske konsekvenser.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Beslutning

Social- og Sundhedsudvalget, den 5. februar 2019

Taget til efterretning.

Bilag

- Årshjul for SSU 2019



Punkt 12 Meddelelser

Sagsfremstilling

1. Ledelsesinformation

Information om udviklingen i en række centrale nøgletal på ældreområdet (bilag). Forvaltningen orienterer mundtligt om status for implementering af "Hjemmet som udgangspunkt" samt ambulant træning.

2. Status for opfølgningsinitiativerne på Ældre- og sundhedsanalysen vedr. Det Mobile Akutteam (MAT)

I forbindelse med forelæggelse af ældre- og sundhedsanalysen, herunder opfølgningsinitiativer vedr. MAT, blev det besluttet, at Social- og Sundhedsudvalget skulle forelægges en status for implementering. I ældre- og sundhedsanalysen blev der identificeret enkelte udviklingspotentialer, herunder at 1) der i MAT fokuseres skarpere på at delegere opgaver til resten af organisationens sygeplejersker, så MAT's "genstandsfelt" vedbliver at være det akutte område. Det blev her anbefalet, at der blev sat gang i den fornødne kompetenceudvikling blandt de øvrige sygeplejersker, 2) At MAT flyttes organisatorisk fra træningscenteret til hjemmeplejen for at understøtte et endnu stærkere samarbejde med hjemmeplejen, 3) At der arbejdes på at styrke kendskabet til MAT og MAT's kompetencer i 1813 og på bostederne og 4) at aktivitetsniveauet følges nøje i ft. evt. ressourcetilførsel, hvis aktivitetsudviklingen er fortsat opadgående også efter den planlagt delegation af ikke-akutte opgaver.

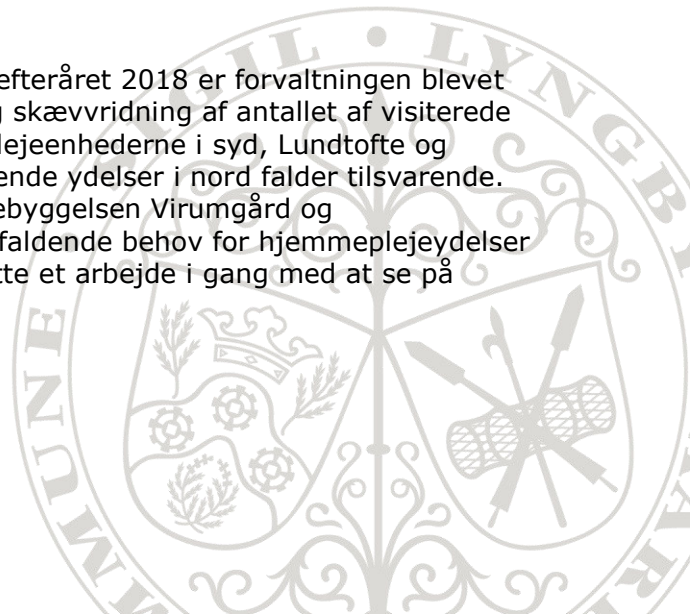
Forvaltningen igangsætter i 2019 en indsats med baggrund i analysens anbefalinger. Indsatsen forventes gennemført fra 1. - 3. kvartal og indeholder følgende leverancer: 1) Fastlægge den fremtidige opgavefordeling mellem MAT og basissygeplejerskerne, 2) Afdække sygeplejekompetencer til varetagelse af basis og akutte sygepleje over hele døgnet på træning, hjemmeplejen, plejecentre og MAT (herunder vagtcentralen om natten), Afklare behov for kompetenceudvikling hos basissygeplejerskerne og udarbejdelse af et kompetenceudviklingsprogram, 4) At MAT understøtter kontinuerlig kompetenceudvikling i kliniske sygeplejeopgaver for basissygeplejerskerne i CSO med brug af eksisterende beslutningsstøtte værktøjer, 5) Kvalificere hjemmeplejens, træning og plejecentres henvendelser til MAT, 6) Booste den gældende henvisningsprocedurer til MAT og indgå nye aftaler omkring kompetencefordelingen, 7) Styrke kendskabet til MAT og MAT's kompetencer i 1813 og på bostederne. Forvaltningen arbejder ikke på nuværende tidspunkt videre med anbefalingen om en organisatorisk flytning af MAT til hjemmeplejen grundet den store omstillingsproces, der er i gang på området i øjeblikket.

3. Oversigt over større indsatser på SSU's område i 2019

Forvaltningen forelagde i september 2018 en oversigt over de større indsatser, som var blevet gennemført på ældre- og sundhedsområdet i 2018 for hele udvalgets område. En tilsvarende oversigt er blevet udarbejdet fsva. udvalgets område i 2019 (bilag).

4. Analysen af geografien i hjemmeplejen

I forbindelse med udvidelsen af hjemmeplejeenheder i efteråret 2018 er forvaltningen blevet opmærksom på, at der de sidste år er sket en betydelig skævvridning af antallet af visiterede ydelser i de forskellige hjemmeplejeenheder. Hjemmeplejeenhederne i syd, Lundtofte og Baunehøj, er vokset betydeligt, mens antallet af visiterende ydelser i nord falder tilsvarende. F.eks. er der sket en udskiftning af borgere i kollektivbebyggelsen Virumgård og generationsskiftet i Furesø kvarteret er i fuld gang med faldende behov for hjemmeplejeydelser som konsekvens. Forvaltningen er derfor nødt til at sætte et arbejde i gang med at se på geografien ift. opdeling af områder til enhederne.



Udover en ujævn fordeling af ydelser i hjemmeplejeenhederne betyder udviklingen også, at den fysiske placering af to hjemmeplejeenheder på Solgården ikke er hensigtsmæssig, idet der ikke er nok visiterede ydelser til begge enheder, medmindre den ene enhed dækker et geografisk område, der strækker sig helt over mod hjemmeplejeenhederne i syd. I overvejelserne indgår derfor også om det vil være hensigtsmæssigt at flytte den fysiske placering af Hjemmeplejen Kongevejen, som i dag har til huse på plejecenter Solgården sammen med hjemmeplejeenheden Solgården.

Analysen af geografien foretages i samarbejde med Teknisk Service fra Center for Miljø og Plan, der ved hjælp af et Geografisk Informationssystem (GIS) kan foretage en præcis og hensigtsmæssig fordeling af borgere med behov for hjemmepleje, der både tager højde for en jævn fordeling af ydelser samt den geografiske placering af hjemmeplejeenhederne.

5. Artikel om pilotafprøvning af Udkørende Geriatrik Team på Møllebo

De midlertidige pladser på Møllebo har sammen med Gentofte-Herlev Hospitals geriatriiske afdeling afprøvet "Udkørende Geriatrik Team" i 12 uger. Politiken har interesseret sig for samarbejdet og har bragt en artikel om samarbejdet fredag den 18. januar 2019. Artiklen er vedhæftet som bilag.

6. Tilsagn om anvendelsen af midlerne til en mere værdig ældrepleje i 2019 og bedre bemanning 2019

Lyngby-Taarbæk Kommune har i 2019 modtaget 11,3 mio. kr. fra "værdighedsmilliarden" og 5,4 mio. kr. fra Puljen til "Bedre bemanning i ældreplejen". Kommunalbestyrelsen har den 4. oktober 2018 behandlet og godkendt budget for begge puljer, som fra budgetår 2019 behandles under ét. Sundheds- og Ældreministeriet har godkendt kommunens redegørelse for anvendelse af midlerne og i brev af 21. januar 2019 givet tilsagn om tilskud.

7. Dialogmøde med Seniorrådet

I 2019 holdes tre dialogmøder mellem Social- og Sundhedsudvalget og Seniorrådet. Møderne har til formål at fremme dialog om emner af betydning inden for ældreområdet. På udvalgsrådet den 15. januar 2019 blev dagsordenen til dialogmødet den 5. februar 2019 drøftet. Med denne sag forelægges dagsordenen forud for dialogmødet.

Med afsæt i dialogmødet den 4. december 2019 og drøftelsen på udvalgsrådet i januar 2019 udgør følgende punkter dagsordenen til dialogmødet med Seniorrådet den 5. februar 2019 i tidsrummet kl. 10.15-11.15:

- Status på udbud af madordning til hjemmeboende (orientering fra formanden for Social- og Sundhedsudvalget)
- Indsatser rettet mod den målgruppe af seniorer, der ikke har kontakt med kommunen (drøftelse)
- Indhold for Seniorguiden (orientering fra Seniorrådet)
- Program for Seniorrådets borgermøde i februar (orientering fra Seniorrådet)
- Øget indsats for sygdomsforebyggelse blandt ældre
- Øget indsats, så de ældres generelle sundhed hæves
- Indsatser for ensomme seniorer
- Orientering om Sundhedsstrategien

2. dialogmøde er den 11. juni 2019 (budget).

Beslutning

Social- og Sundhedsudvalget, den 5. februar 2019

Taget til efterretning.





Bilag

- Ledelsesinformation SSU februar 2019
- Større indsatser i 2019 SSU
- Artikel bragt i Politiken fredag den 18 januar 2019



Effektiviseringsramme (serviceudgifter)

15-01-2019

2020 pris- og lønniveau	2020	2021	2022	2023
Kr.	1%	1%	1%	0%
I ALT	27.099.341	26.714.947	26.701.770	0
Børne- og Ungdomsudvalget	9.682.039	9.656.098	9.737.172	0
Skoler og Klubber	5.732.056	5.686.757	5.714.334	0
Skoler	5.570.859	5.525.224	5.553.627	0
Klubber	161.197	161.534	160.707	0
Dagtilbud	2.562.663	2.581.588	2.633.686	0
Udsatte børn	1.089.276	1.089.912	1.089.912	0
Tandpleje og Sundhedstjeneste	298.044	297.840	299.240	0
Kultur- og Fritidsudvalget	654.800	657.543	653.174	0
Fritid, kultur og idræt	654.800	657.543	653.174	0
Social- og Sundhedsudvalget	9.281.007	9.310.476	9.310.649	0
Sundhed og omsorg	6.605.225	6.637.855	6.640.687	0
Handicappede og Soc. indsatser	2.675.782	2.672.622	2.669.962	0
Beskæftigelse- og Integrationsudvalget	818.651	815.460	815.460	0
Beskæftigelse**	818.651	815.460	815.460	0
Teknik- og Miljøudvalget	1.545.645	1.328.949	1.327.986	0
Vej og park	889.178	719.681	718.718	0
Klima, miljø og natur	136.212	122.387	122.387	0
Trafik	520.255	486.881	486.881	0
Økonomiudvalget	5.117.198	4.946.420	4.857.327	0
Beredskab*	0	0	0	0
Administration	3.044.656	3.011.151	2.922.163	0
Puljebeløb*	137.465	183.505	188.425	0
Kommunale ejendomme	1.935.077	1.751.764	1.746.739	0

* Ekskl. Tjenemandspensioner+beredskab

** Tillagt 750.000 kr.

Politisk tids- og procesplan for budget 2020-23

Tidspunkt	Beskrivelse af aktivitet og aktører	Dokumenter
24. jan.	Økonomiudvalget godkender budgetprocessen 2020-23, herunder udmelding af rammer for udarbejdelse af forslag til effektiviseringer og budgetreduktioner	Politisk budgetproces
12.-14. marts og 28. marts	Fagudvalgene orienteres om emner til budget 2020, herunder ideer til effektiviseringer og budgetreduktioner	
15.-22. april	Påske	
14.-16. maj og 23. maj	Fagudvalgene behandler udkast til det administrative katalog over forslag til effektivisering og budgetreduktioner forud for høring. 1. anslået regnskab 2019 på egne områder	Udkast til administrativt katalog over forslag til effektiviseringer og budgetreduktioner 1. anslået regnskab på fagudvalgsområder
21. maj (kl. 16.00-21.00)	Budgetseminar for Kommunalbestyrelsen	Den økonomiske situation og status i budgetlægning
23. maj	Økonomiudvalget behandler det samlede 1. anslået regnskab 2019, herunder konsekvenser for budget 2020-23. Økonomiudvalget drøfter befolkningsprognose og demografikorrektion til budget 2020-23	1. anslået regnskab (eget område og samlet) Befolkningsprognose og demografikorrektion
6., 11.-12. og 20. juni	Fagudvalgene behandler forslag til nødvendige drifts- og anlægsbehov, anlægsprogram samt forslag til effektiviseringer og budgetreduktioner og høringssvar herom. Fagudvalgene tager stilling til evt. budgetønsker som evt. kan oversendes til budgetforhandlingerne	Drifts- og anlægsbehov, anlægsprogram, effektiviseringsforslag, budgetreduktioner, samt høringssvar Budgetønsker
Medio juni	Økonomiaftale 2020 mellem Regeringen og KL	Økonomiaftale

20. juni	Økonomiudvalget behandler nødvendige drifts- og anlægsbehov, anlægsprogram, samt forslag til effektiviseringer og budgetreduktioner og høringssvar herom. Økonomiudvalget tager stilling til evt. budgetønsker indstillet fra fagudvalgene mhp. oversendelse til budgetforhandlingerne. Der gøres status i budgetarbejdet i forhold til udgiftsbehov og finansieringsmuligheder.	Drifts- og anlægsbehov, anlægsprogram, effektiviseringsforslag, budgetreduktioner, samt høringssvar Budgetønsker
27. juni	Kommunalbestyrelsen godkender nødvendige drifts- og anlægsbehov, anlægsprogram, samt forslag til effektiviseringer og budgetreduktioner.	Drifts- og anlægsbehov, anlægsprogram, forslag til effektiviseringer og budgetreduktioner.
5. juli	Kommunalbestyrelsen orienteres om en foreløbig udmelding af konsekvenser af økonomiaftalen og status i budgetlægningen.	Økonomiaftalen og status i budgetlægningen.
	Sommerferie (uge 28-31)	
13.-15. og 22. aug.	Fagudvalgene behandler 2. anslået regnskab 2019 på egne områder	2. anslået regnskab
22. aug.	Økonomiudvalget behandler 2. anslået regnskab 2019 Økonomiudvalget behandler udkast til budgetforslag 2020-23. <i>(Budgetforslaget sendes i høring den 26. august – 9. september)</i>	2. anslået regnskab Udkast til budgetforslag
29. aug.	Kommunalbestyrelse godkender 2. anslået regnskab 2019	2. anslået regnskab
29. aug.	Budgetorientering for Kommunalbestyrelsen	Præsentation af budgetforslaget
5. sep. (før ØK-møde)	Økonomiudvalget og Hovedudvalget (MED) (fællesmøde) drøfter budgetforslaget	
5. sep.	Økonomiudvalgets og Kommunalbestyrelsens 1. behandling af budget 2020-23	Budgetforslaget
5. sep. kl. 19.00-20.30	Borgermøde i forlængelse af 1. behandling af budgetforslaget 2020-23 (Offentligheden og de høringsberettigede parter)	Præsentation af budgetforslaget

5. sep.	1. budgetforhandlingsmøde	
10. sep.	Høringssvar sendes til Kommunalbestyrelsen	Høringssvar
12. sep.	2. budgetforhandlingsmøde	
16. sep.	3. budgetforhandlingsmøde	
19. sep. kl. 12.00	Frist for aflevering af ændringsforslag fra de politiske partier	Ændringsforslag
26. sep.	Økonomiudvalgets 2. behandling af budget 2020-23	Foreløbig budgetaftale
3. okt.	Kommunalbestyrelsens 2. behandling af budget 2020-23	Endelig budgetaftale
5.-7. nov.	Fagudvalgene behandler 3. anslået regnskab 2019 på egne områder	3. anslået regnskab
14. nov.	Økonomiudvalget behandler udmøntningsnotat Sagen oversendes til fagudvalgenes behandling Økonomiudvalget behandler 3. anslået regnskab 2019 på egne områder og samlet for hele kommunen	Udmøntningsnotat 3. anslået regnskab
4.-6. dec.	Fagudvalgene behandler udmøntningsnotat	Udmøntningsnotat

N O T A T
om
Budgetudfordringer i 2019 - BIU

Budgetprocessen for 2020 blev godkendt af Økonomiudvalget d. 24. januar 2019, idet ”Økonomiudvalget konstaterer, at arbejdet med effektiviseringer og budgetreduktioner er nødvendige for at overholde de af Folketinget fastlagte service- og anlægsrammer. Omprioriteringsforslagene fremlægges og behandles før sommerferien”.

I forbindelse med drøftelsen var der et ønske om at det i forbindelse med fagudvalgenes drøftelse af budgetprocessen var et overblik over hvilke potentielle budgetudfordringer forvaltningen allerede nu er bekendt med (og dermed evt. også i 2020) – hvad er ikke indeholdt i det nuværende budget og hvad er.

Det skal understreges, at det er meget tidligt på året at vurdere status, og at forvaltningen – som det også fremgår af budgetproces-sagen – først henover første halvår 2019 kan give et klart billede af budgetgrundlaget for 2020, herunder evt. budgetudfordringer.

På Beskæftigelses- og Integrationsudvalgets område er det dog forvaltningens vurdering, at der ikke vil være budgetudfordringer i 2019. Tværtimod. Ved 3. anslået regnskab 2018 pegede prognosen på et forbrug, der ligger i omegnen af 25 mio. kr. under budget 2019. En foreløbig status på endeligt regnskab tyder på et yderligere mindreforbrug på i størrelsesordenen 5 mio.kr. – i alt ca 30 mio.kr. i f.t. budget 2019.

På grund af bl.a. ændringer i regelgrundlaget for hjemtagelse af refusion og aktivitetsforskydninger mellem årene er det dog ikke ensbetydende med, at forskellen helt kan overføres til 2019. Dertil spiller konjunkturerne en væsentlig rolle med faldende ledighed i hele landet. Der må derfor forventes en (delvis) midtvejsregulering på bloktilskuddet medio 2019.

Beskæftigelsesområdet indgår som hovedregel ikke under serviceudgiftsområderne – og et mindreforbrug ændrer derfor ikke kommunens serviceudgifter.

N O T A T
Om
Budgetudfordringer i 2019 - TMU

Budgetprocessen for 2020 blev godkendt af Økonomiudvalget d. 24. januar 2019, idet ”Økonomiudvalget konstaterer, at arbejdet med effektiviseringer og budgetreduktioner er nødvendige for at overholde de af Folketinget fastlagte service- og anlægsrammer. Omprioriteringsforslagene fremlægges og behandles før sommerferien”.

I forbindelse med drøftelsen var der et ønske om at det i forbindelse med fagudvalgenes drøftelse af budgetprocessen var et overblik over hvilke potentielle budgetudfordringer forvaltningen allerede nu er bekendt med (og dermed evt. også i 2020) – hvad er ikke indeholdt i det nuværende budget og hvad er.

Det skal understreges, at det er meget tidligt på året at vurdere status, og at forvaltningen – som det også fremgår af budgetproces-sagen – først henover første halvår 2019 kan give et klart billede af budgetgrundlaget for 2020, herunder evt. budgetudfordringer.

På Teknik og Miljøudvalgets område kan der dog – bl.a. med baggrund i 3. anslået regnskab 2018, det foreløbige arbejde med regnskab 2018 og ny lovgivning – peges på følgende udfordringer:

- I forbindelse med det forestående arbejde med ledningsomlægninger og anlæg af letbanen vil det blive nødvendigt løbende at tilpasse og omlægge busnettet i kommunen. Movia vil, som i andre anlægssituationer, omlægge og tilpasse busdriften mens vejarbejdet pågår med øget køretid, passagertab og evt. ændring af destinationer. Disse faktorer forventes at medføre øget tilskud til Movias busser. Forvaltningen skønner dog p.t. at det er håndteret budgetmæssigt i 2019 og til dels 2020
- Staten har ændret beregningsmetode for statens andel af indtægter fra p-afgifter. Tidligere har Lyngby-Taarbæk Kommune skulle overføre 50% af de *indbetalte* p-afgifter til Rigspolitiet. Ikke 50% af de *pålagte* p-afgifter. Staten tager fra 2019 70% af indtægterne, beregnet ud fra antallet af pålagte p-afgifter. Det vil sige, at kommunerne skal betale til staten uanset om p-afgiften bliver betalt eller ikke betalt til kommunen. Et foreløbigt skøn er, at det vil koste Lyngby-Taarbæk Kommune yderligere 250.000 kr. til 350.000 kr. yderligere i 2019 og frem end tidligere budgetteret, alt efter hvor mange p-afgifter der pålægges i 2019.
- Derudover er der et ekstraordinært behov i 2019 for at få lavet en vurdering ved ekstern rådgiver af de offentlige vejes tilstand (vejkapitalen) med henblik på at vurdere vedligeholdelsesmæssigt efterslæb og at vurdere behov for evt. senere justering af grundbevilling til vejvedligehold. Forvaltningen fremlægger særskilt sag herom

N O T A T
Om
Budgetudfordringer i 2019 - SSU

Budgetprocessen for 2020 blev godkendt af Økonomiudvalget d. 24. januar 2019, idet ”Økonomiudvalget konstaterer, at arbejdet med effektiviseringer og budgetreduktioner er nødvendige for at overholde de af Folketinget fastlagte service- og anlægsrammer. Omprioriteringsforslagene fremlægges og behandles før sommerferien”.

I forbindelse med drøftelsen var der et ønske om at det i forbindelse med fagudvalgenes drøftelse af budgetprocessen var et overblik over hvilke potentielle budgetudfordringer forvaltningen allerede nu er bekendt med (og dermed evt. også i 2020) – hvad er ikke indeholdt i det nuværende budget og hvad er.

Det skal understreges, at det er meget tidligt på året at vurdere status, og at forvaltningen – som det også fremgår af budgetproces-sagen – først henover første halvår 2019 kan give et klart billede af budgetgrundlaget for 2020, herunder evt. budgetudfordringer.

På Social- og Sundhedsudvalgets område kan der dog – bl.a. med baggrund i 3. anslået regnskab 2018 og det foreløbige arbejde med regnskab 2018 – peges på følgende udfordringer i 2019:

Handicap og socialområdet.

Området er under stort pres. Allerede i forbindelse med merbevillingen ved 3. anslået regnskab 2018 blev det gjort op, at forbruget på Handicappede i 2018 forventedes at ligge ca. 12 mio. kr. (i 2018-priser) over det afsatte budget i 2019 – idet ca. 5 mio. kr. heraf dog skyldes et lavere budget i 2019 som følge af tidligere beslutninger. Det foreløbige arbejde med endeligt regnskab 2018 peger på et yderligere merforbrug på godt 8 mio.kr. Det er især sager fra børneområdet samt særbevillinger der giver udfordringer. Det undersøges p.t. om der er et overskud på udførerområdets fælleskonti, der kan imødegå en lille del af udfordringen.

Baggrund, scenarier og perspektiver for området fremlægges som særskilt tema i udvalget.

N O T A T
Om
Budgetudfordringer i 2019 - BUU

Budgetprocessen for 2020 blev godkendt af Økonomiudvalget d. 24. januar 2019, idet "Økonomiudvalget konstaterer, at arbejdet med effektiviseringer og budgetreduktioner er nødvendige for at overholde de af Folketinget fastlagte service- og anlægsrammer. Omprioriteringsforslagene fremlægges og behandles før sommerferien".

I forbindelse med drøftelsen var der et ønske om at det i forbindelse med fagudvalgenes drøftelse af budgetprocessen var et overblik over hvilke potentielle budgetudfordringer forvaltningen allerede nu er bekendt med (og dermed evt. også i 2020) – hvad er ikke indeholdt i det nuværende budget og hvad er.

Det skal understreges, at det er meget tidligt på året at vurdere status, og at forvaltningen – som det også fremgår af budgetproces-sagen – først henover første halvår 2019 kan give et klart billede af budgetgrundlaget for 2020, herunder evt. budgetudfordringer.

På Børne- og Ungdomsudvalgets område kan der dog – bl.a. med baggrund i 3. anslået regnskab 2018 og det foreløbige arbejde med regnskab 2018 – peges på følgende udfordringer i 2019:

Udsatte børn.

Området er under stort pres, bl.a. på dagbehandlingsområdet. I forbindelse med merbevillingen ved 3. anslået regnskab blev det gjort op, at forbruget på Udsatte børn i 2018 ville ligge ca. 13 mio. kr. (i 2018-priser) over det afsatte budget i 2019 – idet ca. 1,9 mio. kr. heraf dog skyldes et lavere budget i 2019 som følge af tidligere beslutninger. Det foreløbige arbejde med endeligt regnskab 2018 peger på samme forbrug som ved 3. anslået regnskab. Baggrund, scenarier og perspektiver for området fremlægges som særskilt tema i udvalget.

Skolernes specialundervisningsområde:

I løbet af 2018 er der isoleret givet tillægsbevillinger på området svarende til ca. 9,9 mio. kr. – hvoraf ca. 2,0 mio. kr. kunne finansieres ved omprioriteringer inden for området. Ved 3. anslået regnskab var der et skønnet forbrug på 35,0 mio. kr., svarende til ca. 10,4 mio. kr. over budget 2019. Heraf forventes det, at der igen kan findes finansiering til en mindre del ved omprioriteringer inden for området. Regnskab 2018 peger foreløbigt på et yderligere isoleret merforbrug på specialundervisningsområdet på ca. 1,4 mio. kr., som umiddelbart overføres til 2019. Der pågår p.t. en analyse af specialundervisningsområdet.

HANDLINGER 2019 UNDER HANDLEPLAN FOR FRIVILLIGHED OG MEDBORGERSKAB

Mål 1: Vi fremmer nye og mangfoldige former for frivillighed

Handlinger i 2019 (hvad)	Sigte (delmål)	Udmøntning (hvordan)	Ansvarlig (hvem)	Finansiering og ressourcer	Status
Actionsgruppen følger kommunens arbejde med at åbne kommunale lokaler op for nye former for frivillighed.	Udvide interesse for og opmærksomhed på processen.				
Actionsgruppen planlægger at iværksætte uddannelse / kursus til foreningsguide.	Skabe mulighed for at alle kan komme ind i fællesskaber og foreninger.				
Kommunen evaluerer Boblberg.	Stillingtagen til fortsættelse af abonnement efter udløb oktober 2019.				

Mål 2: Vi styrker koordination, netværk og relationer på tværs

Handlinger i 2019 (hvad)	Sigte (delmål)	Udmøntning (hvordan)	Ansvarlig (hvem)	Finansiering og ressourcer	Status
Actionsgruppen etablerer kontakt til aktiviteter og aktører i lokalområderne.	Skabe kendskab til hinanden og grobund for potentielle samarbejder.				
Frivilligcentret understøtter ønsker og behov om netværksmøder.	Skabe mulighed for vidensdeling på tværs og ressourceoptimering.				

Mål 3: Vi udvikler praksis og kultur for "det gode samarbejde"

Handlinger i 2019 (hvad)	Sigte (delmål)	Udmøntning (hvordan)	Ansvarlig (hvem)	Finansiering og ressourcer	Status
Ungdomsskolen, brugere af Vandværket og Frivilligcentret samarbejder om at åbne Vandværket op for nye brugere og aktiviteter.	Flere unge får glæde af huset, mere liv i huset og flere fælles aktiviteter.				
Frivilligcentret udbyder film- og videoværksted for foreninger.	Synlighed. Flere gode historier kommer ud omkring foreningers virke.				
Actionsgruppen etablerer samarbejde mellem Templet og Ungdomsskolen omkring en uddannelse af unge frivillige.	Inddrage flere unge i frivillige fællesskaber og tage aktivt del i aktiviteter for unge.				

Handleplan for Frivillighed og Medborgerskab

- Status på handlinger for 2018

2018 har været Actionsgruppens første reelle arbejdsår. Gruppen har i løbet af året mødtes fem gange, hvor omdrejningspunktet har været handlingerne for 2018. Samtidigt har møderne haft karakter af et "læringslaboratorium", hvor gruppen har eksperimenteret med sin rolle i udmøntning af handleplanen og hvordan den bedst muligt arbejder med frivillighed, samskabelse og relationen mellem forskellige områder af den lokale frivillighed. Gruppen har fundet en god model for at spare om handlingerne og dele og udvikle erfaringer og metoder til brug i 2019.

Actionsgruppen er meget opmærksomme på, at handlingerne skal have et ejerskab, så de bliver gennemført. Gruppen kan godt have ansvar for nogle af handlingerne, men de fleste af handlingerne skal forankres "udenfor" gruppen hos lokale aktører. Samtidig er det vigtigt, at Actionsgruppen ikke lukker sig om sig selv.

Pop-up værksteder

For at få kontakt til de mennesker, der rykker, bevæger, samler og igangsætter lokalt eller som kunne have aktiviteter og/eller idéer til nye handlinger og fællesskaber, gennemførte Actionsgruppen seks "pop-up værksteder" i efteråret 2018 på forskellige lokationer: *Vandværket, Ungdomsskolen, DTU/Polyteknisk Forening, Barakken i Taarbæk, Stadsbiblioteket og Lundtofte Medborgerhus.*

Værkstederne har været afholdt som åbent hus for alle, der kunne have en god idé til nye aktiviteter og fællesskaber. Actionsgruppen har været nysgerrig på folks idéer og givet sparring på, hvordan de kunne komme videre. Nogle af idéerne er blevet prioriteret som handlinger for 2019. Inspireret af givende møder under pop-up værkstederne vil Actionsgruppen også i 2019 besøge lokale aktiviteter.

Statussen i skemaet nedenfor samler op på handlinger i 2018.

Status handlinger 2018

Mål 1:					
Vi fremmer nye og mangfoldige former for frivillighed					Status 2018
	Handlinger i 2018 (hvad)	Udmøntning (hvordan)	Ansvarlig (hvem)	Finansiering og ressourcer	
1.	Kommunen undersøger sammen med Frivilligcentret og Folkeoplysningsudvalget muligheder for fritidsguideordning <i>Videreføres fra 2017</i>	Undersøge muligheder og behov for en foreningsguideordning for flere borgergrupper (børn, unge, flygtninge mv).	Lyngby-Taarbæk Kommune ved Fritid, Idræts- og Frivillighed i fællesskab med Frivilligcentret og Actionsgruppen		Der er lavet en kortlægning af, hvad andre kommuner gør, samt hvad der eksisterer af private puljer/organisationspuljer. Den viser, at der findes mange forskellige kommunale og private ordninger. Lokalt er der forskellige initiativer, der udfører guidning af personer, der kan have svært ved at komme ind i frivillige fællesskaber. Dette ses primært på unge- og sundhedsområdet. På den anden side er der foreningerne, som generelt er positive, men som kan være udfordret ift. At have ekstra ressourcer til at inkludere nye medlemmer med udfordringer. Spejderne er nogle af de foreninger, som har gode erfaringer hermed. Det skønnes, at der er behov for at sætte yderligere fokus på de eksisterende indsatser mhp at være nysgerrige på, hvordan indsatsen kan styrkes og gøres tilgængelig for alle målgrupper. På baggrund heraf har Actionsgruppen besluttet at iværksætte en uddannelse til Foreningsguide for at skabe mulighed for at alle kan komme ind i fællesskaber og foreninger. Samt at skabe synlighed og opmærksomhed på eksisterende ordninger.
2.	Implementering og synliggørelse af Boblberg.dk <i>Videreføres fra 2017</i>	LTK gik live med portalen d. 1. december 2017. Indsatsen videreføres i 2018, med henblik på at udbrede kendskab til portalen.	Lyngby-Taarbæk Kommune, Frivilligcentret og Folkeoplysningsudvalget er i fællesskab ansvarlig for at synliggøre og udbrede kendskabet til portalen.	Finansieres dels via 84.000 kr. fra uforbrugte §18 midler, dels via finansiering af 84.000 kr. afsat til Idræts- og Bevægelsesstrategien. Kontrakt/ finansiering udløber i Side 2	Sammenlagt er Boblberg blevet taget godt imod af borgerne i kommunen. Der har været en konstant stigning i antallet af brugere, så det er tydeligt, at der er en indkøringsperiode. Herudover vil der løbende være behov for at skabe synlighed om portalen. Stor fordel, at portalen bliver promoveret, udviklet og styret af anden aktør, da det er meget ressourcekrævende. Portalen har tydeligt dækket et behov hos mere sårbare og isolerede mennesker, der søger venskaber og ligesindede med samme udfordringer. Særligt på ungeområdet. Boblberg har hele tiden været tiltænkt den selvorganiserede frivillighed, som også har taget godt i mod den. Foreningslivet har umiddelbart ikke set et behov, hvorfor Boblberg har lavet en ny kampagne for at få foreningerne med, da mange søger efter idræt på portalen.

				efteråret 2019.	Actionsgruppen har besluttet at evaluere portalen i foråret 2019 for at kunne udarbejde en anbefaling til fremtidigt abonnement efter udløb oktober 2019.
3.	Folkeoplysningsudvalget afprøver Åbenhal – åbent idræts tilbud med det formål at understøtte den selvorganiserede frivillighed samt give mulighed for at nye fællesskaber opstår.	Lyngby-Taarbæk Kommune åbner en idrætshal på et ledigt specifikt tidspunkt. Åbenhal kan enten ske som en styret aktivitet, hvor frivillige igangsætter aktiviteter eller som en aktivitet, hvor hallen åbnes og de borgere der møder op og sætter aktiviteter i gang.	Folkeoplysningsudvalget er tovholder på handlingen. Frivilligcentret og Folkeoplysningsudvalget er i fællesskab ansvarlig for at udbrede muligheden over for foreninger og brugergrupper. Lyngby-Taarbæk er ansvarlig for at synliggøre tilbuddet via kommunens sociale medier og fx forældreintra	Floorballprojektet er støttet af DGI og Folkeoplysningsudvalgets Start- og Udviklingspulje. 1.800 kr. til restfinansiering af projektet fra Handleplanen. DGI og Dansk Tennisforbund støtter tennisprojektet både økonomisk og med ketcher, bolde, t-shirts og caps til deltagere. Handleplanen har støttet med 4.000 kr. til trænerløn. Får midler fra start og udviklingspuljen i 2019	FIL har iværksat gratis motions floorball for med fokus på type 2 diabetes eller en hjertekarsygdom for alle over 60 i samarbejde med DGI, Ældresagen, Lyngby Floorball forening og Center for Holdspil og Sundhed på Københavns Universitet. Forløbet varer 12 uger og startede november 2018. Der er lukket for tilgang og der overvejes at starte et nyt hold op. Aktiviteten evalueres sammen med ældresagen i 2019 og der etableres evt. andre/nye samarbejder om andre aktiviteter Gruppeordningen på Hummeltoftesskolen og frivillige i Virum-Sorgenfri Tennisklub har sammen søsat et tennisprojekt for børn med autisme og andre særlige behov. Formålet med projektet er at inkludere børn med særlige behov i en idrætsforening gennem særlige tilrettelagte aktiviteter, hvor der tages udgangspunkt i barnets særlige behov. Sammenlagt er der etableret to nye idrætstilbud for den selvorganiserede frivillighed i et samarbejde mellem forskellige aktører. Dermed har nye grupper fået mulighed for at dyrke idræt og indgå i nye fællesskaber. Aktiviteterne kan forhåbentlig inspirere til andre lignende samarbejder og muligheder for nye målgrupper. Actionsgruppen har besluttet at opsøge og støtte op om nye lignende aktiviteter.
4.	Frivilligcentret, Folkeoplysningsudvalget og Lyngby-Taarbæk	Afholde Frivillig Fredag i uge 39.	Frivilligcenter, FIL og kommunen, som udgør ar-	Indenfor nuværende ramme til Frivillig Fredag på 30.000 kr.,	Festlig fejring af Frivillig Fredag den 28. september på Stadsbiblioteket med fællesspisning, frivilligpris, korsang, udstilling af fotos og fremvisning af foreningernes fotos og videoer. Der var ca. 150 antal deltagere.

Kommune afholder i fællesskab Frivillig Fredag i uge 39.		bejdsgruppen for Frivillig Fredag.	der er tildelt via §18-midler.	Det vurderes at have haft en stor værdi, at foreningerne har arbejdet sammen op til Frivillig Fredag omkring et konkret produkt til deres respektive foreninger. Det har givet synlighed for den enkelte forening og for det samlede område. På den baggrund har Actionsgruppen besluttet, at de gode erfaringer bliver taget med til Frivillig Fredag i 2019.
---	--	------------------------------------	--------------------------------	--

Mål 2:

Vi styrker koordination, netværk og relationer på tværs

	Handlinger i 2018 (hvad)	Udmøntning (hvordan)	Ansvarlig (hvem)	Finansiering og ressourcer	Status 2018
5.	Kommunen skaber mulighed for at nye former for frivillighed får adgang til kommunens lokaler Videreføres fra 2017	Actionsgruppen vil i 2018 være nysgerig på, hvordan nye former for frivillighed får adgang til kommunens lokaler andre steder i landet	Lyngby-Taarbæk Kommune ved Fritid, Idræts- og Frivillighed i fællesskab med Frivilligcentret og Actionsgruppen		Kommunen er påbegyndt revision af kommunens retningslinjer for udlån af kommunale lokaler. På den baggrund har Actionsgruppen besluttet at følge kommunens arbejde med at åbne kommunale lokaler op for nye former for frivillighed for at udvise interesse for og opmærksomhed på processen.
6.	Afholdelse af tematiserede netværksmøder på tværs af foreninger	Afholdelse af 1 eller flere netværksmøder med et afgrænset tema, i et lokalområde eller for en fælles målgruppe fx formænd. Der nedsættes	Frivilligcentret har tovholderfunktionen.		Frivilligcentret har oprettet og er tovholder på et netværk omkring ung til ung aktiviteter og foreninger. Netværket har betydet større kendskab på tværs af unge initiativerne og et spirende fællesskab på tværs. Frivilligcentret har sammen med LTK og LTU afholdt netværksmøder med ungeforeningerne for, at de kunne benytte og blive en del af ungehuset/Vandværket. Frivilligcentret har taget initiativ til etablering af et netværk for sundheds- og sygdomsforeninger og grupper: Sundhedsnetværket. Sammenlagt er der blevet etableret nye netværk på unge- og sundhedsom-

		en arbejdsgruppe til at arrangere netværksmøderne med repræsentanter fra Lyngby-Taarbæk og foreningslivet.			rådet. Der er masser af drive i begge grupper og de kan alle se potentialet i at netværke. På den baggrund har Actionsgruppen besluttet, at Frivilligcentret generelt understøtter ønsker og behov om netværksmøder for fortsat at skabe mulighed for vidensdeling på tværs og ressourceoptimering. På ungeområdet samarbejder Ungdomsskolen, brugere af Vandværket og Frivilligcentret om at åbne Vandværket op for nye brugere og aktiviteter, så flere unge får glæde af huset, mere liv i huset og flere fælles aktiviteter.
--	--	--	--	--	---

Mål 3: Vi udvikler praksis og kultur for "det gode samarbejde"					
	Handlinger i 2018 (hvad)	Udmøntning (hvordan)	Ansvarlig (hvem)	Finansiering og ressourcer	Status 2018
7.	Fælles forsikring af frivillige Videreføres fra 2017	Ny lov omkring kommuners mulighed for at forsikre frivillige træder i kraft 1. juli 2017.	Lyngby-Taarbæk Kommune	Omkostninger ved forbedringer skal undersøges	Forvaltningen har lavet en undersøgelse af andre kommuner og deres erfaringer samt af behovet for at anvende en kommunal forsikring af frivillige. Forvaltningen har udarbejdet et forslag til politisk behandling primo 2019.
8.	Vi kommer ud med de gode historier på frivillighedsområdet i Lyngby-Taarbæk Kommune.	Der arbejdes med at skabe synlighed af projekter, initiativer og arbejdet på hele frivillighedsområdet	Frivilligcentret, Folkeoplysningsudvalget og Lyngby-Taarbæk i fællesskab.	37.500 kr. til We love Video fra Handleplanen.	En række foreninger og grupper deltog i film og foto workshops i Frivilligcentret, hvilket endte op med film og en fotoudstilling om de Frivillige Fællesskaber i LTK, som blev vist og lanceret på Frivillig Fredag den 28. september 2018. Læringsforløbet har givet foreningerne bedre forudsætninger for i fremtiden selv at lave synlighed omkring deres aktiviteter og indsatser. Det vurderes, at synligheden og samarbejdet mellem foreninger har haft stor værdi. Dette kunne med fordel breddes ud til flere foreninger. Samtidig kan der være behov for at samle op på den fælles viden fra første workshop og være nysgerrige på, hvordan det kan bruges fremadrettet. Des mere for-

					eninger selv arbejder videre med det tillærte des bedre. På baggrund heraf har Actionsgruppen besluttet at udbyde film- og fotoworkshoppen igen i 2019, så flere foreninger får mulighed for at skabe synlighed om deres virke.
9.	Samarbejde mellem Limone og Mentorforeningen (social/idræt)	IF Limone vil arbejde med at indgå i et samarbejde med Mentorforeningen om at få flere sårbare unge ind i idrætsfællesskaber.	IF Limone og Mentorforeningen.		Der er skabt en tæt kontakt mellem foreningerne og de bliver inviteret til at deltage i IF-Limones aktiviteter – herunder fx fælles krolfarrangement. I dag deltager mentorforeningen i netværket med øvrige ungeforeninger og fortsætter her samarbejdet med IF-Limone.

Vores sundhedsaftale

Høringsudkast til Sundhedsaftale 2019 -2023 for Region
Hovedstaden, kommunerne og almen praksis.

Indholdsfortegnelse

1. Forord
2. Vores udfordringer
3. Vores fælles visioner
 - Mere sammenhæng i borgerens forløb
 - Mere lighed i sundhed
 - Mere samspil med borgeren
 - Mere sundhed for pengene
4. Vores principper for samarbejdet
5. Vores fokusområder
 - Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom
 - Sammen om borgere med psykisk sygdom
 - Sammen om børn og unges sundhed
6. Fra aftale til handling: Vores fremgangsmåde og organisering
 - Sundhedskoordinationsudvalget
 - Samordningsudvalg
 - Regionale temagrupper og temamøder
 - Den Administrative Styregruppe
7. Opfølgning
8. Bilagsoversigt

Forord

Vi har i Sundhedskoordinationsudvalget set frem til at præsentere Sundhedsaftalen for 2019 – 2023.

Det er hele Sundhedskoordinationsudvalget, der står bag denne aftale. Det er et udgangspunkt som vi forventer os meget af, for det betyder at parterne bag vores Sundhedsaftale er de 29 kommuner i regionen, Region Hovedstaden og almen praksis i Region Hovedstaden.

Aftalen er den fjerde sundhedsaftale mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner. Vi bygger naturligvis videre på de erfaringer, som vi har fået gennem de foregående aftaler, men samtidig har vi også ønsket at lave en ny form for aftale.

Vores udgangspunkt har været et fælles ønske om at lave en klar og fokuseret aftale, der lægger nye spor for et meget dynamisk og tæt samarbejde om sundhed, til gavn for de mange borgere, der har brug for indsatser på tværs af sektorgrænserne.

Aftalen er derfor båret af vores værdier og beskriver vores fælles politiske visioner, mål og principper for hvordan vi vil udvikle samarbejdet inden for de tre områder, som vi har valgt at sætte særligt fokus på i denne sundhedsaftale.

Vi har i kommunerne, regionen og i almen praksis hver vores roller og opgaver på sundhedsområdet. Afsættet for vores samarbejde er en anerkendelse heraf, men samtidig har vi også et stort fælles ønske om at handle proaktivt i forhold til borgernes sundhed. Tidlig indsats og udvikling af flere effektive forebyggelsestilbud vil derfor være vigtige pejlemærker, når vi går i gang med at udfolde og konkretisere de fem mål som vi har udvalgt under vores tre fokusområder.

Vi ved, at Sundhedsaftalen først vil gøre en reel forskel, når aftalens ord omsættes i handling. Det er en krævende opgave. Men, vi er allerede godt på vej!

I forberedelsen af aftalen er vi blevet mødt af et stort engagement og ønske om tage ejerskab for denne Sundhedsaftale fra politikere, foreningsrepræsentanter, borgere, pårørende og medarbejdere.

Vi skylder alle en stor tak for de mange gode input, som Sundhedskoordinationsudvalget har fået undervejs i processen og som har gjort os klogere på, hvilke udfordringer, som det er særligt vigtigt at Sundhedsaftalen sætter fokus på.

Det er vores ønske at dialogen ikke stopper her. Dialogen skal fortsætte og udvikles gennem hele aftaleperioden. Vi byder derfor alle parter - og ikke mindst borgere og pårørende - ind i samarbejdet om Vores Sundhedsaftale!

På vegne af Sundhedskoordinationsudvalget

Flemming Pless
Formand

/

Sisse Marie Welling
Næstformand

Vores udfordringer

Baggrundstæppet og overliggeren for denne Sundhedsaftale er de otte nationale mål for sundhedsvæsenet.

De otte nationale mål sætter en klar retning for, hvordan vi i kommunerne, regionen og praksissektoren sammen med borgere og pårørende skal samarbejde for et bedre sundhedsvæsen: Mere sammenhængende forløb, styrket indsats for borgere med kroniske sygdomme og ældre borgere, ulighed i sundhed og patientsikkerhed er blandt de vigtigste områder at sætte ind i det lokale samarbejde.

Målene er nationale, men det er lokalt, vi kan gøre en forskel ved at tage et fælles ansvar for borgernes sundhed.

Sundhedsvæsenets vej mod de nationale mål følges med forskellige indikatorer og i vores region er vi udfordret på væsentlige områder.

Udfordringerne er desværre velkendte – vi har stået overfor dem i mange år. Til trods for, at der er gjort et stort stykke arbejde er der stadig alt for mange borgere, der oplever uhensigtsmæssige akutte indlæggelser og genindlæggelser. Vi har stadig en social skæv fordeling af sygdomme, og alt for mange borgere, der falder mellem systemerne.

Samtidig betyder udviklingen i samfundet og inden for sundhedsvæsenet, at der hele tiden kommer nye aspekter til, som vi må forholde os til. Frem mod 2030 kan vi forvente at blive 200.000 flere borgere i regionen - næsten halvdelen vil være over 60 år, hvoraf flere vil leve i mange år med én eller flere kroniske sygdomme.

Vi ser også en udvikling hvor nye behandlingsformer, ny teknologi og omlægning af opgaver betyder, at sundhedsvæsenet rykker tættere på borgerens hjem. Det er i sig selv en positiv udvikling, men det stiller helt nye krav til den måde, som kommunerne, praksissektoren og regionen skal samarbejde på.

Vi skal derfor tænke nyt, og vi skal gøre det bedre sammen – til gavn for borgeren!

Vores fælles vision

Sundhedsaftalen skal skabe en ny ramme for flere og bedre fælles løsninger på de udfordringer, som borgere/pårørende, kommuner, region og praksissektor står overfor på sundhedsområdet.

Med denne sundhedsaftale vil vi gå nye veje. Vi vil nedbryde barrierer, som begrænser vores muligheder for at løfte vores fælles ansvar for sundhed og for at tilbyde alle borgere sammenhængende forløb med høj kvalitet.

Sundhedsaftalen skal være en stærk katalysator for et samarbejdende sundhedsvæsen med en fælles vision om:

- Mere sammenhæng i borgerens forløb
- Mere lighed i sundhed
- Mere samspil med borgeren
- Mere sundhed for pengene.

Mere sammenhæng i borgerens forløb

Sundhedsvæsenet er en kompleks størrelse og borgerne har gennem deres sygdomsforløb ofte kontakt med mange forskellige fagpersoner fra flere sektorer, der handler ud fra forskellige regler, økonomi og kultur. Det kan gøre det svært for både borgere, pårørende og fagpersoner at bevare overblikket over forløbet.

Men, kompleksiteten i sundhedsvæsenet må ikke komme borgeren til last og blive en undskyldning for uhensigtsmæssige handlinger i mødet med borgere, der er ramt af sygdom. Vi vil have mere sammenhæng for alle borgere, især for dem med mange kontakter i sundhedsvæsenet. Derfor skal vi styrke vores samarbejdskultur og sammenhængskraft for at skabe grobund for mere helhedstænkning og mindre silotænkning.

Mere lighed i sundhed

Der skal være let og lige adgang til sundhed for alle borgere i regionen. Men, vi ved også, at det desværre ikke er tilfældet i dag. Mange borgere oplever på grund af sociale, fysiske eller psykiske forhold, store barrierer i deres møde med sundhedsvæsenet. Det har både store konsekvenser for samfundsøkonomien og for de grupper i vores befolkning, der mister sunde leveår.

Uligheden i sundhed påvirkes af mange forhold – også uden for sundhedsvæsenet. Men i sundhedsvæsenet har vi et stort medansvar. Vi vil nedbryde de barrierer, som begrænser mulighederne for lige og let adgang til sundhed.

Vi vil handle proaktivt og sammen prioritere forebyggelse, fordi borgenes sundhed er helt afgørende for det enkelte menneskes trivsel og muligheder for at forme sit liv på egne præmisser.

Og vi vil forsætte vores arbejde med at skabe flere muligheder for flere fleksible løsninger, der tilpasses borgernes ønsker, behov og ressourcer.

Vi mener, at det er vejen til at skabe mest mulig sundhed for alle borgerne i regionen.

Mere samspil med borgerne

Borgere, der rammes af sygdom, har en naturlig forventning om at blive mødt af et sundhedsvæsen, der tager afsæt i den enkeltes behov, ønsker og ressourcer. Tilsvarende er der mange pårørende, som også kan have behov for støtte.

Vi ved også, at et afsæt i borgerens og de pårørendes behov og ønsker giver bedre behandlingsresultater og dermed en mere effektiv ressourceudnyttelse.

Vi vil derfor skabe det nødvendige rum til et aktivt samspil med borgerne. Borgere og pårørende er helt centrale, når vi udvikler nye indsatser og sundhedstiltag.

I de individuelle forløb vil vi møde borgeren og deres pårørende i en respektfuld og åben dialog, hvor vi lytter, anerkender og handler ud fra deres viden og ønsker.

Mere sundhed for pengene

Hele sundhedsvæsenet er under stigende pres og ressourcerne er knappe. Opgaverne skal derfor løses, hvor det er mest effektivt for samfundsøkonomien og giver mest værdi for borgerne.

Vi tror på, at vi kan spille hinanden gode på nye måder og hjælpe hinanden mere, så vi kan skabe mere sundhed for de ressourcer, som vi råder over. Vi vil sætte ind på at finde de områder, hvor opgaverne kan løses mere effektivt gennem klare snitfladebeskrivelse, ved kompetenceudvikling eller ved, at vi fletter vores indsatser endnu mere sammen.

Vores principper for samarbejdet

Vores visioner skal afspejles i vores handlinger. Det kræver fælles forståelse for den måde, som vi vil samarbejde på inden for det samlede sundhedsvæsen.

Med afsæt i de erfaringer, som vi har fået gennem mere end 10 års samarbejde om sundhedsaftaler, har vi derfor udviklet nedenstående principper for, hvordan vi vil arbejde sammen omkring de dele af borgernes liv, som vi er fælles om.

Vi er enige om, at vi tager afsæt i disse principper, når vi udfolder og konkretiserer de fokusområder, som vi vælger at arbejde med i Sundhedsaftalen.

Borgerne med fra start

Vi inviterer borgerne med fra start, når vi udvikler og udfolder vores fokusområder og aftaler konkrete indsatser. Deres unikke viden og perspektiv skal bidrage til, at vi fastholder fokus på at sikre værdi for borgeren. De kan udfordre vores sprog, kultur og rammer, så vi bliver bedre til at inddrage og tilrettelægge forløb på borgernes præmisser.

Helhedssyn

Når vi udvikler modeller for vores samarbejde, er omdrejningspunktet borgernes – og især sårbare borgers – samlede behov og livssituation. Vi vil udvikle og udbrede nye organisatoriske tilgange og samarbejdsformer, når vi kan se at det vil skabe mest værdi for borgerne og fremmer lighed i sundhed.

Samme høje kvalitet

Vi vil arbejde for, at alle borgere i hele regionen møder et sundhedsvæsen med ensartet og høj kvalitet i sundhedstilbuddene. Samtidig skal der være rum til udvikling af lokale løsninger, fordi der er forskelle i de udfordringer og muligheder, der er i samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og praksissektor inden for de enkelte planområder. Vi vil derfor aftale fælles kvalitetsmål og standarder, og vi åbner for, at der kan være forskel i valg af metoder og hvor hurtigt implementering kan ske.

Effektiv ressourceudnyttelse

Vi skal tilrettelægge opgaverne, så de placeres efter princippet om laveste effektive omkostnings- og omsorgsniveau til gavn for borgerne fremfor traditionelle sektor- og faggrænser. Ved ændring af opgavevaretagelsen mellem kommuner, region og praksissektor, skal de økonomiske konsekvenser være klarlagt. Det skal give gennemsigtighed og over tid en rimelig balance i økonomien mellem kommuner, region og praksissektor.

Fælles kompetenceudvikling

Udviklingen i sundhedsvæsenet og de aftaler vi indgår i Sundhedsaftalen stiller nye og store krav til vores medarbejderes faglige og relationelle kompetencer, men også til rekrutteringen af kommende medarbejdere. Når vi udfolder vores indsatser, skal vi have blik for, hvordan vi skaber attraktive arbejdspladser inden for det samlede sundhedsvæsen. Og vi skal have fokus på medarbejdernes behov for kompetenceudvikling.

Klar opgave- og ansvarsfordeling

Vi skal sikre, at det sundhedsfaglige personale ved, hvem der skal gøre hvad, og hvornår. Det gælder både den organisering vi har i dag og ved nye løsninger, der nedbryder de eksisterende organisatoriske skel. Ved overdragelse af opgaver laver vi samarbejdsaftaler, der blandt andet tydeligt beskriver det lægelige behandlingsansvar, ansvarsfordelingen og økonomi.

Sammenhængskraft

Vi skal have fokus på, at vi ved at øge kendskab til hinandens opgaver, handlemuligheder, sprog og kultur kan styrke samarbejdskultur og sammenhængskraft. Det vil være en løftestang for det fortsatte arbejde med den gode kommunikation og sikre sammenhængende patientforløb, og ikke mindst en forudsætning for at lykkes med at nedbryde siloerne.

Fælles ansvar for borgernes sundhed

Vi skal både have fokus på at løfte den samlede befolknings sundhed og at tilgodese særlige målgrupper, når vi udfolder fokusområder. Volumen og mulige effekter skal indgå i vores overvejelser.

Rammen for vores fokusområder

Vi ser de otte nationale mål for sundhed som tydelige pejlemærke for den retning, som vi ønsker at sætte for vores samarbejde om sundhed. Vores fælles fokusområder skal derfor bidrage til at realisere de nationale målsætninger. Regeringen følger udviklingen nøje indenfor målene gennem en række udvalgte indikatorer på regionalt og kommunalt niveau.

Vi vil - hvor det er muligt - følge resultaterne af vores arbejde ud fra de indikatorer, der er fastlagt for de otte nationale mål.

Nationale mål for sundhed



Vores fokusområder

Vi er ambitiøse på borgernes vegne. Men, vi ved, at vi ikke kan arbejde med alle udfordringer og nationale mål på én gang. Vi vil derfor samle kræfterne om få og udvalgte fokusområder, hvor vi ser et særligt stort behov for at udvikle det regionale tværsektorielle samarbejde om sundhed.

Med få udvalgte fokusområder sikrer vi også en dynamisk sundhedsaftale. Vi kan undervejs i perioden udpege nye fokusområder eller vælge at justere de indsatser, som vi arbejder med inden for de enkelte fokusområder. Dermed kan vores indsats gennem hele aftaleperioden koncentreres om de områder, hvor vi ser de største behov for at videreudvikle samarbejdet om kvalitet og sammenhæng i sundhedsvæsenet. Samtidig skaber vi plads til at arbejde med de nationale tiltag indenfor det tværsektorielle område, som løbende gives til regioner og kommuner.

I forberedelsen af Sundhedsaftalen har politikere, patientforeninger og interesseorganisationer samt fagpersoner været inviteret ind til dialog om, hvor de ser de største udfordringer i det tværsektorielle samarbejde om sundhed.

På baggrund af den dialog er vores højst prioriterede fokusområder:

Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom

For borgere med en eller flere kroniske sygdomme er sammenhæng i indsatsen en særlig udfordring.

Samtidig ved vi, at den ældre borger er i stor risiko for at blive indlagt af grunde, der kunne være forebygget gennem en tidligere og mere koordineret indsats, eller fordi der i den akutte situation ikke findes gode alternativer til indlæggelse.

For den ældre borger skaber mange indlæggelser utryghed og er en stor indgriben i deres hverdagsliv med risiko for tab af funktionsevne.

Vi skal derfor sikre, at alle borgere oplever en tryk behandling og pleje af høj kvalitet, og når det er muligt sætte ind med en hurtig indsats lokalt eller i borgerens eget hjem.

Det er vores mål, at:

- Alle borgere med flere sygdomme oplever en samlet indsats med udgangspunkt i deres behov og ønsker.
- Alle ældre syge borgere opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst.

Sammen om borgere med psykisk sygdom

Borgere med svær psykisk sygdom har en større dødelighed end befolkningen generelt. Det er der mange årsager til, men manglende behandling af somatiske sygdomme spiller en stor rolle. Dødeligheden er størst for de borgere, som også er særligt udsatte, såsom hjemløse. Deres situation er ofte så kompleks, at der er behov for særligt koordinerede indsatser, hvis et behandlingsforløb skal blive succesfuldt.

Også hverdagslivet er for mange af borgerne med psykisk sygdom, præget af mange og komplekse udfordringer, og de har derfor brug for flere indsatser – ofte på tværs af de kommunale forvaltningsområder, den regionale behandlingspsykiatri, hospitaler og almen praksis. Og alt for mange oplever et forløb, der ikke hænger sammen eller tager højde for den enkeltes behov.

I den nuværende sundhedsaftale har vi udarbejdet samarbejdsaftaler, som beskriver opgaver og snitflader mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommunerne. Samarbejdsaftalerne er et vigtigt redskab, som videreføres. Men der er brug for, at vi supplerer samarbejdsaftalerne med flere initiativer, hvor vi inddrager flere aktører i samarbejdet og sætter fokus på inddragelse af civilsamfundet. Vi skal indrette os bedre for at sikre en sammenhængende og rettidig indsats for den enkelte borger.

Det er vores mål, at:

- Alle borgere med psykisk sygdom oplever, at der tages hånd om deres samlede behov – også i forbindelse med anden sygdom.

Sammen om børn og unges sundhed

Den sociale ulighed i sundhed grundlægges tidligt i livet, og derfor skal vi have langt større fokus på tidlige forebyggelsesindsatser.

Vi ved, at den rette støtte til moderen - til forældrene - allerede under graviditeten og i barnets første leveår kan fremme barnets trivsel og udvikling. For gravide og familier med sociale problemstillinger eller psykiske udfordringer er det en særlig udfordring at få den støtte, som de har behov for. Det handler om at sikre en tidlig koordineret, tværfaglig og tværsektoriel indsats. En forudsætning for, at vi kan nå dertil er, at vi får bedre rammer for et velfungerende tværsektorielt samarbejde.

Vi ved også, at stadig flere børn og unge mistrives i deres hverdag, og vi ser en stor stigning i børn og unge, som udredes eller behandles i børne- og ungdomspsykiatrien. Det er en udvikling vi tager meget alvorligt, og vi vil derfor gå sammen om at finde løsninger, så der kan blive sat tidligt og relevant ind, når børn og unge viser tegn på mistrivsel.

Det er vores mål, at:

- Vi udvikler og styrker vores samarbejde om tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier med afsæt i deres behov og ressourcer.
- Alle børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel, får den rette hjælp i tide.

Fra aftale til handling: Vores fremgangsmåde og organisering

Vi skaber først resultater sammen, når sundhedsaftalen kommer ud og lever i hverdagen hos vores medarbejdere på hospitalerne, i kommunerne og i praksissektoren.

De prioriterede fokusområder skal derfor hurtigt udfoldes og konkretiseres, så vi kan komme i gang med implementeringsarbejdet.

Vi vil arbejde med udfoldelsen af vores fokusområder på en måde, som afspejler vores bærende principper for samarbejdet. Organiseringen skal understøtte helhedstænkning, borgerinddragelse, fælles kvalitetsmål og plads til forskellighed, når vi kommer til valget af metoder.

Vores udgangspunkt er derfor, at vi vil arbejde med et fleksibelt set-up, der giver et stort rum til den lokale udvikling og de gode lokale løsninger. Men, samtidig vil vi sikre fælles udvikling på de områder, hvor der er brug for at vi finder nye løsninger, som går på tværs af kommunegrænser og hospitalernes optageområder.

Grundpillerne i vores organisering er:

Sundhedskoordinationsudvalget

Når vi igangsætter arbejdet med fokusområderne og de mål, som vi har aftalt i sundhedsaftalen, sker det gennem temadrøftelser i Sundhedskoordinationsudvalget. I de drøftelser sætter vi politiske pejlemærker for den retning, som vi ønsker for arbejdet med de enkelte mål. Det skal være klart for alle, hvad vi ønsker at opnå.

I forbindelse med temadrøftelserne aftaler vi også, hvordan vi følger op på arbejdet med vores mål, og om der er brug for at vi udvikler indikatorer som supplement til de nationale indikatorer, der indgår under de 8 nationale kvalitetsmål. Herudover aftales også, hvorvidt der skal arbejdes videre med det enkelte mål lokalt i samordningsudvalgene, eller om der skal arbejdes videre med målet på regionalt niveau.

Samordningsudvalg

Vores samordningsudvalg er nedsat med udgangspunkt i planområder, det vil sige et hospital og de kommuner, der primært benytter hospitalet / det psykiatriske center. I samordningsudvalgene indgår repræsentanter fra kommunerne, hospitalerne og almen praksis.

Samordningsudvalgene har et indgående kendskab til både lokale udfordringer og muligheder. Det kendskab vil vi bruge mere aktivt. Vores udgangspunkt er derfor, at en væsentlig del af arbejdet med konkretisering og implementering af sundhedsaftalens målsætninger skal ske gennem samordningsudvalgene, så der udvikles gode lokale løsninger.

Samordningsudvalgene kan derudover også varetage opgaver for hele regionen. Vi vil åbne op for en model, hvor et samordningsudvalg kan byde ind på en opgave med at konkretisere et mål inden for et af vores fokusområder med henblik på efterfølgende implementering i hele regionen.

Samordningsudvalgene får dermed en ny rolle, da de både vil arbejde i et udviklingsspor, som kan være på lokalt eller regionalt niveau, og i et driftsspor. Samtidig sikrer vi, at arbejdet i samordningsudvalgene afspejler vores principper for samarbejdet. Det betyder blandt andet, at vi understøtter brugerinddragelsen i samordningsudvalgenes arbejde.

Vi er åbne for, at samordningsstrukturen kan ændres i løbet af aftaleperioden, hvis vi vurderer, at en anden organisering i højere grad vil understøtte arbejdet med vores mål.

Temagrupper

Vi ved, at der kan være brug for at vi udfolder nogle af vores mål, inden samordningsudvalgene kan tage over. Det kan fx være tilfældet for dele af børneområdet, som kun er delvist integreret i samordningsstrukturen.

Tilsvarende er vi også opmærksomme på, at der gennem samordningsudvalgenes arbejde med sundhedsaftalens mål kan vise sig udfordringer, som kalder på løsninger på tværs af planområderne i regionen. Det kan fx handle om behov for revision i vores eksisterende kommunikationsaftaler eller om behov for nye regionsdækkende samarbejdsaftaler fx med de praktiserende læger.

I sådanne tilfælde kan vi vælge at lægge opgaven ud til et samordningsudvalg eller nedsætte en temagruppe. Temagrupperne sammensætter vi med repræsentanter fra de parter, der har særlig viden eller interesse på området. På den måde kan vi få belyst udfordringerne og finde frem til de gode løsninger. I nogle tilfælde vil et enkelt møde være tilstrækkeligt, mens der i andre tilfælde kan være brug for flere drøftelser.

Uanset hvilken model vi benytter inviteres borgere altid med.

Den Administrative Styregruppe

Vores nuværende samarbejdsstruktur er administrativt bygget op omkring Den Administrative Styregruppe, som er sammensat af repræsentanter fra kommunerne, almen praksis og regionen. Styregruppen har det overordnede administrative ansvar for arbejdet med sundhedsaftalen - herunder de praktiske opgaver med at sikre overblik over arbejdet med sundhedsaftalens fokusområder og mål.

Herudover varetager Styregruppen koordinering af de opgaver, som vi i øvrigt arbejder sammen om på sundhedsområdet.

Vi vil fortsat have en administrativ styregruppe, men vi retænker - med afsæt i vores principper og fokusområder - styregruppens sammensætning og arbejdsform. Det betyder blandt andet, at vi vil have brugerrepræsentanter med i styregruppen og at vi skal finde en model, som sikrer bedre sammenhæng til børneområdet.

Opfølgning

Vi følger op på arbejdet med Sundhedsaftalen med afsæt i de indikatorer, som vi aftaler, når vi igangsætter arbejdet med de enkelte fokusområder og mål.

Vi anvender i videst muligt omfang eksisterende og landsdækkende datakilder – det vil sige data fra de 8 nationale mål om sundhed, samt data fra fx Sundhedsprofilen og Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). På den måde kan vi følge udviklingen over tid, og vi får mulighed for at sammenholde vores resultater med de resultater, der opnås i de andre regioner.

Et helt centralt mål for vores opfølgning er også at sikre konkret læring og spredning af viden. Vi vil derfor supplere med andre former for opfølgning, hvor vi sætter fokus på at dele de gode lokale erfaringer fra samarbejdet. Det kan blandt andet ske gennem temamøder, hvor der inviteres bredt ind til dialog og erfaringsudveksling om arbejdet med et eller flere af sundhedsaftalens fokusområder og mål.

Derudover laver vi en samlet midtvejsstatus for arbejdet med alle vores fokusområder og mål. Og i forbindelse hermed drøfter vi også på behovet for justeringer i vores aftale.

Ved udgangen af aftaleperioden følger vi op på vores erfaringer og resultater i en slutstatus.

Bilagsoversigt

Der er i forbindelse med de tidligere sundhedsaftaler udarbejdet en række bilag, der blandt andet indeholder vores fælles vejledninger, forløbsprogrammer og konkrete aftaler om håndtering af specifikke opgaver og overgange mellem sektorerne. Disse eksisterende vejledninger, aftaler mm. videreføres til denne sundhedsaftale, indtil der evt. træffes andre beslutninger herom.

Bilagene kan hentes på www.regionh.dk/sundhedsaftale.

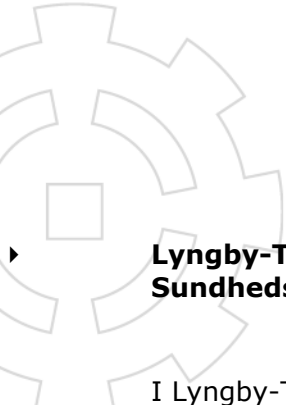
UDKAST

Til Sundhedskoordinationsudvalget

Dato: 24-01-2019

Ref.: ninag

J.nr.: 29.30.08-A00-62-18



Lyngby-Taarbæk Kommunes høringssvar på udkast til Sundhedsaftale 2019-2023

I Lyngby-Taarbæk Kommune har vi med interesse læst udkast til ny sundhedsaftale mellem Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis.

Først og fremmest er vi enige i, at aftalen skal understøtte en klar opgavefordeling, sikre sammenhængende udskrivningsforløb, skabe lighed i sundhed og have fokus på psykiatrien. Det er de områder, hvor der er et særligt stort behov for at udvikle det tværsektorielle samarbejde om sundhed. Det er på disse områder, at sundhedsvæsenet oplever de største udfordringer. Det gælder såvel på det somatiske som på det psykiatriske område.

Den nye aftale tager udgangspunkt i de otte nationale mål for sundhedsvæsenet. Det er vores vurdering, at det giver god mening at tage udgangspunkt i de nationale mål. Netop fordi, at det er på tværs af sektorer og lokalt, at et bedre sundhedsvæsen skal skabes.

De målgrupper, der peges på i udkastet til ny sundhedsaftale, mener vi også er de relevante. Ud over de ældre og borgere med kronisk sygdom, som er de, der antalsmæssigt fylder mest, mener vi også, at det er rigtigt at fokusere på især børn og unge og borgere med psykisk lidelse.

Set fra et kommunalt synspunkt er det væsentligt, at det opstilles som mål, at alle ældre, syge borgere skal opholde sig der, hvor deres behov varetages bedst. Det stiller krav til kommunerne, men vi er allerede langt med at sætte ind med hurtig indsats af høj kvalitet i, eller nær, borgerens hjem. For at løfte opgaven er der dog behov for lettere adgang til lægefaglige ressourcer og specialistviden, særligt i hospitalsregi.

Udkastet lægger desuden op til, at borgere med psykisk sygdom skal opleve, at der tages hånd om deres samlede behov - også i forbindelse med somatisk sygdom. Det vil stille krav til indsatserne i alle sektorer og fordrer et øget tværfagligt samarbejde på tværs af forvaltningsområder og på tværs af sektorer, og peger på udvikling af nye kompetencer både i psykiatrien, i socialpsykiatrien og på sundhedsområdet.

Målet om et styrket samarbejde om tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier er særdeles positivt. Her er Lyngby-Taarbæk Kommune godt med. Det er også et mål, at unge, der udviser tegn på psykisk mistrivsel, skal få den rette hjælp i tide. Vi er meget enige i den

**Center for
Sundhed og Omsorg**

Administrationsbygningen
Toftøbæksvej 12
2800 Kgs. Lyngby
Tlf.

ninag@ltk.dk
www.ltk.dk

målsætning. Der er heldigvis øget opmærksomhed på området, og der etableres i disse år mange indsatser rundt omkring. Ofte er det dog et problem, at man på tværs af sektorer ikke kender til eller kan henvise til tilbuddene.

Det vigtige er nu konkretiseringen af den nye sundhedsaftale, så de gode hensigter også føres ud i livet.

Her finder vi det positivt, at et af de otte samarbejdsprincipper handler om klar opgave- og ansvarsfordeling, og det nævnes, at der ved opgaveoverdragelse skal udarbejdes samarbejdsaftaler, der tydeligt beskriver det lægelige behandlingsansvar, ansvarsfordelingen mellem aktørerne og økonomi. Set fra et kommunalt synspunkt foregår opgaveoverdragelse fra hospital til kommune ofte uplanlagt og uden at økonomien følger med. Det ser vi frem til at sundhedsaftalen kan ændre på. Vi finder det også meget positivt, at aftalen lægger op til at invitere borgerne med fra start, så sundhedsvæsenet bliver bedre til at tilrettelægge forløb på borgernes præmisser, og at udvikle modeller, der især tager udgangspunkt i sårbare borgeres behov.

På baggrund af ovenstående tilslutter vi os udkast til Sundhedsaftale 2019-2023.



Tilsynsrapport



Tilbuddets navn:	Alkohol og Stofrådgivningen
Tilsynet er gennemført:	05-10-2018
Status for godkendelse:	Godkendt

Rapporten er udarbejdet af:	Socialtilsyn Hovedstaden Smallegade 1 2000 Frederiksberg
------------------------------------	--



Indholdsfortegnelse

Læsevejledning	3
Stamoplysninger om tilbuddet	4
Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet	5
Resultat af tilsynet	5
Vurdering af temaet Uddannelse og beskæftigelse	7
Vurdering af temaet Selvstændighed og relationer	9
Vurdering af temaet Målgruppe, metoder og resultater	11
Vurdering af temaet Sundhed og Trivsel	14
Vurdering af temaet Organisation og ledelse	18
Vurdering af temaet Kompetencer	22
Vurdering af temaet Fysiske rammer	24
Økonomisk Tilsyn	26
Materiale og interviews benyttet til vurdering af kvaliteten i tilbuddet.	27

Rapporten er udskrevet

05-10-2018



Læsevejledning

Tilsynsrapportens indhold

Tilsynsrapporten indeholder socialtilsynets bedømmelse og vurdering af, om tilbuddet fortsat har den fornødne kvalitet og samlet set fortsat opfylder betingelserne for godkendelse, jf. §§ 6 og 12-18 i Lov om socialtilsyn. En del af oplysningerne er hentet fra Tilbudsportalen, hvor tilbuddet selv har indberettet bl.a. stamoplysninger.

For tilbud med flere afdelinger udarbejdes der én samlet kvalitetsvurdering.

Udover en samlet vurdering af kvaliteten hos tilbuddet, indeholder tilsynsrapporten en gennemgang af de syv temaer fra Kvalitetsmodellen, hvor der kan være lagt særligt fokus på udvalgte temaer. Et tilsyn kan godt indeholde mere end ét tilsynsbesøg, eksempelvis hos et tilbud med flere afdelinger. Ligeledes kan tilsynet været administrativt og ikke indeholde et konkret tilsynsbesøg. Det fremgår af tilsynsrapporten hvorvidt der har været et fysisk tilsynsbesøg, hvor henne og hvorvidt de var anmeldt eller uanmeldt.

Efter endt høringsperiode vil udvalgte oplysninger fra tilsynsrapporten blive publiceret på Tilbudsportalen. Det drejer sig om den samlede vurdering, temavurderingerne samt eventuelle påbud eller vilkår.

Kvalitetsmodellen

Socialtilsynet vurderer kvaliteten hos tilbuddet ud fra en Kvalitetsmodel, som er beskrevet i Bekendtgørelse om socialtilsyn. Kvalitetsmodellen er et dialogbaseret redskab, som skal give et systematisk og målrettet udgangspunkt for socialtilsynets samlede faglige vurdering af tilbuddenes kvalitet.

Kvalitetsmodellen er struktureret ud fra de overordnede kvalitetstemaer, der fremgår af § 6, stk. 2, i lov om socialtilsyn. Hvert tema er konkretiseret i et antal kvalitetskriterier. Kriterierne er primært udtrykt som konkrete mål for indsatsen i tilbuddene. For hvert kriterium er fastlagt en eller flere kvalitetsindikatorer. Indikatorerne er tegn på, at den kvalitet, som er udtrykt i kriteriet, forekommer i praksis.

Vurderingen af et tilbuds kvalitet sker ud fra en samlet, faglig vurdering inden for rammerne af temaerne under hensyn til tilbuddets karakter og målgruppe. Bedømmelsen af indikatorer og kriterier skal understøtte socialtilsynets samlede vurdering af, om tilbuddet har den fornødne kvalitet. Socialtilsynet kan inddrage andre forhold i kvalitetsvurderingen, som vurderes at være relevante for kvaliteten inden for rammerne af temaet.

Ved det driftsorienterede tilsyn skal socialtilsynet vurdere, om kvaliteten i tilbuddet i praksis er tilstrækkelig, og om betingelserne for godkendelsen fortsat er opfyldt. Der anvendes forskellige systematikker for, hvordan indikatorer og kriterier bedømmes ved henholdsvis godkendelse og det driftsorienterede tilsyn.

Temaer

- Uddannelse og beskæftigelse
- Selvstændighed og relationer
- Målgruppe, metoder og resultater
- Sundhed og Trivsel
- Organisation og ledelse
- Kompetencer
- Fysiske rammer

I kvalitetsmodellen er både 'Gennemsnitlig bedømmelse' på temaniveau og 'Bedømmelse' på indikatorniveau angivet ud fra følgende skala:

5. i meget høj grad opfyldt.
4. i høj grad opfyldt.
3. i middel grad opfyldt.
2. i lav grad opfyldt.
1. i meget lav grad opfyldt.

Vurderingen af temaerne bygger på kvalitetsbedømmelsen, og der kan, afhængigt af tilbudstype og målgruppe, inddrages andre relevante forhold, som ikke er indeholdt i kvalitetsmodellens indikatorer.



Stamoplysninger om tilbuddet	
Tilbuddets navn	Alkohol og Stofrådgivningen
Hovedadresse	Lyngby Torv 16 2800 Kgs. Lyngby
Kontaktoplysninger	Tlf: 45973387 E-mail: col@ltk.dk Hjemmeside: www.ltk.dk/torvehuset-lyngby-taarbaek-kommunes-alkohol-og-stofraadgivning
Tilbudsleder	Charlotte Olsen
CVR nr.	
Virksomhedstype	Offentlig
Tilbudstyper	§ 101 (ambulant behandlingstilbud til voksne)
	SUL § 141 (ambulant behandlingstilbud til voksne)
Pladser i alt	50
Målgrupper	18 til 85 år (misbrug af centralstimulerende rusmidler, stofmisbrug)
	18 til 85 år (alkoholmisbrug)
	18 til 85 år (alkoholmisbrug, misbrug af centralstimulerende rusmidler, stofmisbrug)



Resultat af tilsynet	
Status for godkendelse	Godkendt
Tilsynet er gennemført	05-10-2018

Tilsynet er udført af	Socialtilsyn Hovedstaden
Tilsynskonsulenter	Charlotte Valkonen (Tilsynskonsulent)
	Nikolaj Hother Paulsen (Tilsynskonsulent)
Indebar tilsynet et fysisk besøg	Ja
Dato for tilsynsbesøg	24-04-18: Lyngby Torv 16, 2800 Kgs. Lyngby (Anmeldt)

Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet
Alkohol- og Stofrådgivningen i Lyngby Taarbæk kommune et kommunalt ambulant tilbud i henhold til Lov om Social Service § 101 og Sundhedsloven § 141. Tilbuddets målgruppe er borgere mellem 18 - 85 år med et misbrug af alkohol, centralstimulerende rusmidler, cannabis, ikke-ordineret afhængighedsskabende lægemidler, alkohol samt andre rusmidler . Tilbuddet har mulighed for at visitere borgeren til misbrugsbehandling af mere intensiv karakter, såfremt det vurderes, at borgerens problematikker ikke kan indeholdes i tilbuddet. Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets faglige tilgange og metoder er relevante i forhold til tilbuddets formål og målgruppen. Tilbuddets fælles faglige tilgange og metoder er kognitiv tilgang og metode samt motiverende samtale (MI). Andre faglige tilgange og metoder kan bringes i spil og tilpasses den enkelte borger. Jævnfør oplysninger på Tilbudsportalen, arbejdes der i tilbuddet ud fra en anerkendende tilgang, empowerment tilgang, narrativ tilgang, recovery-understøttende tilgang, ressourceorienteret tilgang, skadesreducerende tilgang, relationspædagogisk tilgang, familieorienteret tilgang. Tilbuddet angiver endvidere på Tilbudsportalen at anvende metoderne kognitiv terapi, psykoedukation, systemisk terapi, Gorski tilbagefaldsbehandling (CENAPS, motiverende samtale (MI), værdsættende samtale (Appreciative Inquiry). Tilbuddet dokumenterer mål, indsats og resultater elektronisk. Socialtilsynet anerkender, at der er ansat en behandlingsansvarlig, som skal fungere som tovholder på blandt andet tilbuddets kommende arbejde med at få udviklet tilbuddets behandlingskoncept. Socialtilsynet vurderer fortsat, at Alkohol og stofrådgivningen i Lyngby Taarbæk - samlet set - har den fornødne kvalitet i forhold til kvalitetsmodellens temaer, og at der er tale om et relevant tilbud til målgruppen. For beskrivelse og vurdering af tilbuddets kvalitet i forhold til kvalitetsmodellens temaer henvises til temavurderingerne.

Særligt fokus i tilsynet



Ved tilsynet den 24. april 2018 har der været fokus på følgende:

Tema 1 Uddannelse og beskæftigelse
Tema 2 Selvstændighed og relationer
Tema 3 Målgruppe, metoder og resultater
Tema 5 Organisation og ledelse
Tema 6 Kompetencer

Øvrige temaer er kun sporadisk berørt. Der vil derfor forekomme tekst fra tidligere tilsynsrapport som er overført, eventuelt med mindre indholdsmæssige og/eller redaktionelle ændringer.

Opmærksomhedspunkter



	Temavurdering
	Uddannelse og beskæftigelse <i>Et centralt mål med den sociale indsats er, at borgerne i videst muligt omfang inkluderes i samfundslivet. Uddannelse og/eller beskæftigelse er et væsentligt aspekt heri. Det er derfor væsentligt, at tilbuddet med udgangspunkt i de mål, der er for de enkelte borgere, og under hensyn til borgernes behov og forudsætninger stimulerer borgernes udvikling og læring med henblik på at understøtte parathed og mulighederne for uddannelse og/eller beskæftigelse for borgerne. Uddannelse og beskæftigelse omfatter såvel ordinær grundskole, uddannelse og beskæftigelse som forskellige former for særlige grundskole-, uddannelses- og beskæftigelsestilbud eller samværs- og aktivitetstilbud. For børn under den skolepligtige alder er dagtilbud et væsentligt element i forhold til barnets udvikling og læring. Det er desuden vigtigt, at tilbuddet forpligter sig i de samarbejdsrelationer, der er nødvendige for at understøtte, at målene for borgernes uddannelse og/eller beskæftigelse opnås.</i>

Vurdering af tema	
Socialtilbuddet vurderer, at tilbuddet i behandlingen af borgerne har fokus på de udfordringer, borgerne kan have i forhold til uddannelse og beskæftigelse som følge af misbrug og at der samarbejdes med relevante eksterne samarbejdspartnere som Fx jobcenter eller arbejdsgiver.	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet ikke opstiller konkrete mål omkring borgerens uddannelse og beskæftigelse, men af borgerinterview fremgår, at der i samtaleforløbene er fokus på og arbejdes med borgeres mål og ønske ift. job og uddannelse.	
Gennemsnitlig vurdering	3

Udviklingspunkter

Kriterium 01	Tilbuddet støtter borgerne i at udnytte deres fulde potentiale i forhold til skolegang, uddannelse og beskæftigelse
Bedømmelse af kriterium	



Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet indenfor dets målsætning og set i forhold til målgruppens forudsætninger understøtter borgernes muligheder uddannelse og beskæftigelse.

Af borgerinterview fremgår, at tilbuddet samarbejder med jobcenteret, som for den ene borgers vedkommende, har lavet en plan for, hvordan pågældende borger støttes ift. at komme tilbage til arbejdsmarkedet. En anden borger fortæller, hvordan vedkommende i samtaler med medarbejder taler om, hvordan pågældende borger kan komme tilbage på arbejdsmarkedet.

Ved dokumentgennemgang ses, at der ikke altid opstilles konkrete og individuelle mål for forhold til borgernes beskæftigelse. Ledelsen præciserer, at tilbuddet samarbejder med Jobcenteret, og at det er Jobcentrets opgave at opstille mål i forhold til borgernes beskæftigelse.

Det vægtes, at medarbejder vurderer, at ca. halvdelen af tilbuddets borgere er i uddannelse eller beskæftigelse og det vægtes, at det beskrives af såvel borger som medarbejder, at der samarbejdes med arbejdsgiver i det omfang, borgeren ønsker det.

Indikator 01.a	<i>Tilbuddet opstiller i samarbejde med borgerne konkrete, individuelle mål i forhold til at understøtte borgernes skolegang, uddannelse, beskæftigelse eller samværs- og aktivitetstilbud, og der følges op herpå.</i>
Bedømmelse	3 (i middel grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 01.a

Indikatoren bedømmes til at være opfyldt i middel grad.

Til grund for bedømmelsen lægges, at det i interview med medarbejdere og ledelse fremkommer, at der ikke i alle sager opstilles konkrete mål omkring uddannelse og beskæftigelse, men at det kan give mening at opstille konkrete mål vedrørende uddannelse eller beskæftigelse på baggrund af visse borgeres behov og forudsætninger.

Dette understøttes af udsagn for borgerne, som endvidere beskriver, at tilbuddet ofte understøtter, at der samarbejdes med jobcenteret eller borgers arbejdsplads, hvor det giver mening. Ledelsen præciserer, at tilbuddet samarbejder med Jobcenteret, og at det er Jobcentrets opgave at opstille mål i forhold til borgernes beskæftigelse.

Socialtilsynet er i den forbindelse opmærksom på, at der er tale om et ambulant tilbud omkring misbrugsbehandling, hvor mål omkring uddannelse og beskæftigelse som udgangspunkt typisk vil indgå som delmål under et overordnet mål om stof-alkoholfrihed.

Indikator 01.b	<i>Borgerne er i dagtilbud, grundskoletilbud, uddannelse, beskæftigelse, eller samværs- og aktivitetstilbud. Medfølgende børn på voksentilbud er i dag- eller grundskoletilbud.</i>
Bedømmelse	3 (i middel grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 01.b

Indikatoren bedømmes til at være opfyldt i middel grad.

Der er lagt vægt på, at det under interview med medarbejderne fremkommer, at ca. halvdelen af borgerne aktuelt er under uddannelse, i beskæftigelse eller i dagtilbud i form af aktivitets- og samværstilbud.

Interviewede borgere oplyser, at de er i uddannelse eller beskæftigelse eller oplever, tilbuddet har et godt samarbejde med jobcenteret.

Indikator 01.c	<i>Udgået fra d. 1 januar 2017.</i>
-----------------------	-------------------------------------



	Temavurdering
	Selvstændighed og relationer <i>Et centralt mål med den sociale indsats er at understøtte, at borgerne i så høj grad som muligt indgår i sociale relationer og lever et selvstændigt liv i overensstemmelse med egne ønsker og behov.</i> <i>Et væsentligt led heri er, at tilbuddet medvirker til, at borgerne sikres mulighed for personlig udvikling og aktiv deltagelse i sociale aktiviteter og netværk, herunder at tilbuddet understøtter børnene og/eller de unge i at deltage i fritidsaktiviteter. Det er vigtigt, at tilbuddet medvirker til, at borgerne opnår de kompetencer, som dette kræver, og opnår færdigheder, der kan lette den daglige tilværelse, forbedre borgernes livskvalitet og fremme de enkelte borgers mulighed for så vidt muligt at kunne klare sig selv. For børn og/eller de unge gælder det, at tilbuddet forbereder dem til et selvstændigt voksenliv.</i> <i>Det er væsentligt, at tilbuddets indsats og aktiviteter er rettet imod disse mål, og at det afspejles i tilbuddets åbenhed mod samt involvering i og af det omkringliggende lokal- og civilsamfund.</i> <i>Det er ligeledes centralt for borgernes selvstændighed og relationer, at tilbuddet understøtter borgerne i deres relationer til familie og øvrige netværk. For børn og unge er det væsentligt, at tilbuddet har opmærksomhed på at understøtte gode relationer til eventuelle søskende og til venner. Det er desuden centralt, at børnene og/eller de unge har en fortrolig relation til en eller flere voksne, der har en positiv betydning for deres liv.</i>

Vurdering af tema

Det er socialtilsynets vurdering, at tilbuddet arbejder aktivt på at understøtte en udvikling af borgernes sociale kompetencer til at opbygge og fastholde relationer, herunder har fokus på borgerens sociale kompetencer i forbindelse med at genoptage kontakt til pårørende, som kan være en støtte til borgerne i den konkrete behandlingssituation

Det vægtes, at der fra tilbuddets side er fokus på at inddrage borgernes familie i behandlingen i det omfang, som borgerne ønsker det.

Gennemsnitlig vurdering	3,5
--------------------------------	-----

Udviklingspunkter

Kriterium 02	<i>Tilbuddet styrker borgernes kompetencer til at indgå i sociale relationer og opnå selvstændighed</i>
---------------------	---

Bedømmelse af kriterium



Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet, indenfor deres målsætning og set i forhold til målgruppens forudsætninger, på relevant vis styrker borgernes sociale kompetencer og selvstændighed.

Borgere beskriver, hvordan der i tilbuddet i meget høj grad arbejdes med relationer - og særligt med de brudte relationer. En borger fortæller, hvordan vedkommendes pårørende har modtaget generel information om behandling og misbrugsproblematikker samt om borgers konkrete sag. Borgerne beskriver, at de pårørende bliver inddraget i den udstrækning, borgerne giver tilsagn.

Borgerne tilbydes støtte til eksempelvis genoptagelse eller forsøg på genoptagelse af kontakt til "mistede" pårørende. Det oplyses, at tilbuddet også accepterer, hvis og når borgerne ikke ønsker at genoptage kontakt til pårørende.

Medarbejderne beskriver, hvordan tilbuddet understøtter borgernes ønsker og behov til at indgå i sociale netværk uden for tilbuddet blandt andet AA eller NA i det omfang borgeren ønsker det.

Der lægges vægt på, at der ved dokumentgennemgang ses, at der ikke opstilles konkrete og individuelle mål for forhold til borgernes sociale kompetencer og selvstændighed.

Indikator 02.a	<i>Tilbuddet opstiller i samarbejde med borgerne konkrete, individuelle mål i forhold til at understøtte udvikling af borgernes kompetencer til at indgå i sociale relationer og leve et så selvstændigt liv som muligt, og der følges op herpå.</i>
Bedømmelse	2 (i lav grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 02.a

Indikatoren bedømmes til at være opfyldt i lav grad.

Til grund for bedømmelsen lægges, at det i interview med medarbejdere og ledelse fremkommer, at der ikke i alle sager opstilles konkrete, individuelle mål omkring borgernes sociale kompetencer og selvstændighed, men at det kan give mening at opstille konkrete mål vedrørende dette på baggrund af visse borgeres behov og forudsætninger.

Dette understøttes af udsagn for borgerne.

Socialtilsynet er i den forbindelse opmærksom på, at der er tale om et ambulant tilbud omkring misbrugsbehandling, hvor mål omkring sociale kompetencer og selvstændighed som udgangspunkt typisk vil indgå som delmål under et overordnet mål om stof-alkoholfrihed.

Tilbuddet er et ambulant misbrugsbehandlingstilbud, hvor borgerne netop bor i, og relaterer sig til, det omgivende samfund, hvorfor denne indikator har begrænset relevans for ambulante tilbud.

Indikator 02.b	<i>Borgerne indgår i sociale aktiviteter i det omgivende samfund.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 02.b

Indikatoren bedømmes til at være opfyldt i meget høj grad.

Tilbuddet er et ambulant misbrugsbehandlingstilbud, hvor borgerne netop bor i, og relaterer sig til, det omgivende samfund. Indikatorens ordlyd har følgelig begrænset relevans for netop ambulante tilbud.

Medarbejderne beskriver, hvordan tilbuddet understøtter borgernes ønsker og behov til at indgå i sociale netværk uden for tilbuddet blandt andet AA eller NA i det omfang borgeren ønsker det.



	Temavurdering
	Målgruppe, metoder og resultater <i>Det er afgørende for kvaliteten i tilbuddet, at der er et klart formål med indsatsen, og at tilbuddets metoder medvirker til at sikre borgernes trivsel og resulterer i den ønskede udvikling for borgerne.</i> <i>Det er derfor væsentligt, at tilbuddet kan redegøre for dets målsætning, målgruppe (r) og metoder. Herunder er det vigtigt, at tilbuddet kan redegøre for, hvordan og i hvilken grad de valgte metoder bidrager til opnåelse af de konkrete mål, som tilbuddet i samarbejde med borgerne sætter for de enkelte borgers udvikling og trivsel. De konkrete mål skal ses i sammenhæng med de mål, der er opstillet fra de anbringende eller visiterende kommuner.</i> <i>Endvidere er det afgørende for kvaliteten, at tilbuddet arbejder med resultatdokumentation og kan sandsynliggøre, at deres indsats opnår en forventet og positiv effekt.</i>

Vurdering af tema	
Tilbuddets målgruppe er borgere i alderen 18 - 85 år med misbrug af centralstimulerende rusmidler, cannabis, ikke lægeordineret og andre rusmidler samt alkohol. Der tilbydes ikke behandling til opiatmisbrugere. Tilbuddet er oprettet i henhold til Lov om Social Service § 101 og SUL § 141.	
Det er socialtilsynets vurdering, at tilbuddet arbejder med afsæt i en klar målgruppebeskrivelse, og at tilbuddets faglige tilgange og metoder er relevante i forhold til målgruppen. Tilbuddet har mulighed for at visitere borgeren til misbrugsbehandling af mere intensiv karakter, såfremt det vurderes, at borgerens problematikker ikke kan indeholdes i tilbuddet.	
I tilbuddet er ansat en myndighedssagsbehandler, som blandt andet udarbejder handleplaner i henhold til SEL § 141 for de borgere, som har behov en indsats ud over rusmiddelproblematikken. Tilbuddet har ligeledes procedurer for, at borgere, der har behov for en koordineret indsatsplan, sikres dette.	
Tilbuddet dokumenterer mål, indsats og resultater elektronisk. Det er socialtilsynets vurdering, at tilbuddet udarbejder behandlingsplaner hvor mål, indsats og opfølgning fremgår. Der er ansat en behandlingsansvarlig, som i gang med at få teori beskrevet til praksis og procedurer.	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet i høj grad samarbejder med andre eksterne aktører for at understøtte borgerne i deres mål. Tilbuddet deltager i projekter på forskellig vis for at udvikle og understøtte samarbejdet med eksempelvis behandlingspsykiatrien. Der er således samarbejde med Psykiatrisk Center Ballerup om koordinerende indsatsplaner, ligesom der aktuelt er et samarbejde i gang med Psykiatrisk Center Stolpegård for at understøtte at denne gruppe af borgere tilbydes en koordineret og helhedsorienteret indsats. Tilbuddet samarbejder også med andre aktører i Lyngby-Taarbæk Kommune blandt andet familiecenter, jobcenter, voksenafdeling og børne – familieafdeling.	
Gennemsnitlig vurdering	4,7

Udviklingspunkter	

Kriterium 03	Tilbuddet arbejder med afsæt i en tydelig målgruppebeskrivelse systematisk med faglige tilgange og metoder, der fører til positive resultater for borgerne
--------------	--



Bedømmelse af kriterium

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet arbejder med afsæt i en klar målgruppebeskrivelse. Målgruppen er forholdsvis bred og tilbuddet har mulighed for at visitere borgeren til misbrugsbehandling af mere intensiv karakter, såfremt det vurderes, at borgerens problematikker ikke kan indeholdes i tilbuddet. Tilbuddets målgruppe kan variere over en periode.

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets faglige tilgange og metoder er relevante i forhold til tilbuddets målgruppe og indsats. Af interview med medarbejdere og leder fremgår det, at MI og kognitiv tilgang er fælles for alle medarbejdere, og at medarbejderne derudover har individuelle supplerende kompetencer, som kan bringes i spil i forhold til den enkelte borgers problematikker.

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet i høj grad ift. misbrugsbehandlingen dokumenterer resultater med udgangspunkt i konkrete og klare mål for borgerne til løbende brug for egen læring og forbedring af indsatsen.

Tilbuddet anvender det elektroniske dokumentationssystem "Bosted" (Sensum). Lederen oplever, at systemet er godt implementeret herunder, at rammerne for behandlingsplaner er fastsat. Der er også aftalt rammer for, hvordan de faglige drøftelser af borgernes behandlingsplaner skal foregå på de ugentlige personalemøder. Medarbejderne oplever en del tekniske udfordringer i forhold til dokumentationen, Sensum, men at der er ved at blive ændret på det.

Ledelsen fortæller, at tilbuddets behandlingskoncept er justeret i forhold til de nationale retningslinjer. Ledelsen redegør for visitationsproces og behandlingsplan mv. Socialtilsynet vurderer, at der er kongruens mellem ledelsens redegørelse og det tilsete dokumentation. Socialtilsynet orienteres om, at tilbuddets behandlingsansvarlige står for at beskrive det overordnede behandlingskoncept, at tilbuddet er på vej men stadig er i proces med at få teori beskrevet til praksis og procedurer.

Socialtilsynet bemærker, at både medarbejdere og leder beskriver, at der er indført en systematik i forhold til en samlet fælles faglig drøftelse af borgerne på personalemøder og anerkender, at dette kan være medvirkende til at understøtte kvaliteten af behandlingen.

Medarbejdere fortæller, at der tages notater af beslutninger i borgernes journal.

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet samarbejder med andre eksterne aktører for at understøtte borgerne i deres mål. Der er eksempelvis udarbejdet samarbejdsaftaler med familiecenteret, voksenafdelingen, børne – og familieafdelingen.

I tilbuddet er ansat en myndighedssagsbehandler, som står for at tilbyde §141 handleplaner. Der gives tilbud om en § 141 handleplan hvis udredningen viser, at borgeren har udfordringer udover rusmiddelproblematikken og hvis borgeren ikke har en handleplan i forvejen. Vurderes en borger at have brug for en koordineret indsats, er der en tydelig procedure, som sikrer dette.

Leder og medarbejdere fortæller, at tilbuddet er med i et projekt i forhold til at koordinere indsatsen for psykisk sårbare borgere, der ikke nødvendigvis hører under målgruppen for koordinerende indsatsplan. Det er et samarbejde med Psykiatrisk Center Stolpegård, der løber over 2 år, og er for borgere, der har en ikke psykotisk lidelse og et samtidigt misbrug. Medarbejderne på tilbuddet været på et fælles seminar med medarbejdere på Stolpegård om, hvordan samarbejdet kan foregå, og hvordan, der kan laves koordinerede planer for denne målgruppe.

Indikator 03.a	<i>Tilbuddet anvender faglige tilgange og metoder, der er relevante i forhold til tilbuddets målsætning og målgrupper.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 03.a

Indikatoren bedømmes til at være opfyldt i meget høj grad. Til grund for bedømmelsen ligger oplysninger på Tilbudsportalen, hvor det fremgår, at tilbuddets målgruppe er borgere i alderen 18 - 85 år med misbrug af alkohol, centralstimulerende rusmidler, cannabis, ikke lægeordineret afhængighedsskabende lægemiddel, andre rusmidler.

Til grund for bedømmelsen ligger, at tilbuddets leder oplyser, at den kognitive metode er den fælles faglige tilgang. Medarbejderne har derudover individuelle kompetencer og borgerne visiteres til behandling til den medarbejder, der modsvare de behov borgeren har. Fx. er der en medarbejder, der primært har med familiebehandling at gøre. Leder fortæller i interview, at tilbuddets målsætning, den faglige tilgang og de anvendte metoder ikke adskiller sig



væsentligt fra, om borgeren har et misbrug af alkohol eller et stofmisbrug og der er således altid fokus på børn. Dog fremgår det, at der er et særligt fokus på eventuelle børn i hjemmet hos borgere i alkoholbehandling i og med, at tilbuddet deltager i satspuljeprojektet om familieorienteret alkoholbehandling. Det fremgår, at et vigtigt ben i dette projekt handler om opsporing af forældre med et overforbrug af alkohol. Leder oplyser, at der er tilbud om efterbehandling. Efterbehandlingen kan forløbe i op til 8 måneder med 3-4 uger imellem samtalerne.

Til grund for bedømmelsen vægtes, at medarbejder oplyser, at MI og kognitiv tilgang er fælleskompetencer for alle medarbejdere og at medarbejderne der ud over har individuelle supplerende kompetencer. Medarbejder oplyser endvidere, at tilbuddet har samtaler med pårørende, men at der ikke er tale om egentlig familiebehandling.

Indikator 03.b	<i>Tilbuddet dokumenterer resultater med udgangspunkt i konkrete, klare mål for borgene til løbende brug for egen læring og forbedring af indsatsen.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------

Bedømmelse af Indikator 03.b

Indikatoren bedømmes til af være opfyldt i høj grad. Til grund for bedømmelsen ligger socialtilsynets gennemgang af tilfældig udvalgt dokumentation.

Det bedømmes således, at der dokumenteres resultater med udgangspunkt i konkrete og klare mål for borgerne til brug for egen læring og forbedring af indsatsen.

Af interview med ledelse og medarbejdere fremgår, at der er ansat en faglig leder/behandlingsansvarlig, som blandt andet er i proces med at udfærdige procedurebeskrivelser mv.

Indikator 03.d	<i>Tilbuddet samarbejder aktivt med relevante eksterne aktører for at understøtte, at målene for borgerne opnås.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------------

Bedømmelse af Indikator 03.d

Indikatoren bedømmes til at være opfyldt i høj grad. Til grund for bedømmelsen ligger, at medarbejder og leder i interview fortæller, at der samarbejdes med relevante eksterne aktører fx andre behandlingssteder, arbejdsgivere, kontaktpersoner mv..

Det vægtes også, at der i tilbuddet er en procedure, som sikrer, at borgere, der måtte have behov for det, tilbydes en § 141 handleplan eller en koordineret handleplan.



	Temavurdering
	Sundhed og Trivsel <i>Det er afgørende for kvaliteten, at tilbuddet understøtter borgernes fysiske og mentale sundhed og trivsel. Det er herunder vigtigt, at tilbuddets viden og indsats i forhold til borgernes sundhed og trivsel modsvarer målgruppens behov. Det kan for eksempel være i forhold til kost, motion, rygning og uhensigtsmæssig brug af rusmidler. Det er endvidere vigtigt, at tilbuddet respekterer borgernes værdighed, autonomi og integritet og herunder sikrer borgernes medinddragelse samt selv- og medbestemmelse vedrørende beslutninger om dem selv samt hverdagen i tilbuddet. Et væsentligt led heri er, at tilbuddet i sin pædagogiske indsats har fokus på at forebygge magtanvendelser, herunder dokumenterer og anvender viden fra eventuelle magtanvendelser til løbende læring og forbedring af indsatsen. Desuden er det væsentligt, at tilbuddet forebygger vold og overgreb. Herunder er det vigtigt, at tilbuddets medarbejdere både har relevant faglig viden om forebyggelse af vold og overgreb set i forhold til tilbuddets målgruppe, og at de kan handle hensigtsmæssigt ved bekymring, mistanke eller viden om overgreb.</i>

Vurdering af tema	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet har en faglig tilgang og praksis, der understøtter, at borgerne bliver hørt, respekteret og anerkendt, samt at tilbuddet har fokus på, at borgerne har indflydelse på beslutninger vedrørende egen behandling.	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet til dels understøtter borgernes fysiske og mentale sundhed, og at borgerne trives i tilbuddet. Socialtilsynet finder, at der ikke er en systematisk inddragelse af sundhedsfaglige ydelser i forhold til afklaring af eventuelle somatiske problemstillinger i behandlingen. Socialtilsynet anerkender, at borgerne har adgang til psykiatrisk udredning og behandling i det omfang, der er behov for det.	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets pædagogiske tilgange understøtter, at der ikke forekommer overgreb i tilbuddet. Tilbuddet har udarbejdet et beredskab, der understøtter den pædagogiske praksis og som definerer, hvorledes overgreb kan forstås og angiver rammerne for, hvordan der skal ageres i tilfælde af overgreb.	
Gennemsnitlig vurdering	4,6

Udviklingspunkter

Kriterium 04	<i>Tilbuddet understøtter borgernes selv- og medbestemmelse.</i>
Bedømmelse af kriterium	



Tilbuddet har som udgangspunkt en faglig tilgang og praksis, der understøtter, at borgerne bliver hørt, respekteret og anerkendt. Socialtilsynet lægger især borgers udtalelse om at føle sig respekteret, samt tilbuddets fokus på, at det er borgerne, der definerer deres mål, til grund for vurderingen.

Socialtilsynet bedømmer, at borgerne i høj grad har indflydelse på egen behandling. Det vurderes, at borgerne ikke har den store indflydelse på indhold og rammer i tilbuddet - herunder at der ikke er mulighed for at imødekomme et evt. behov for åbningstider, der tilgodeser borgere i arbejde eller uddannelse.

Det seneste tilsynsbesøg har ikke givet anledning til ændring af tilsynets bedømmelse af dette kriterium og underliggende indikatorer, i forhold til det tidligere tilsynsbesøg. Teksten på kriterium og indikatorniveau er derfor i udgangspunktet overført fra det tidligere tilsynsbesøg. Der kan dog være foretaget evt. redaktionelle ændringer i form af sproglige omformuleringer samt rettelser af stave- og kommafejl i teksten.

Indikator 04.a	<i>Borgerne bliver hørt, respekteret og anerkendt.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 04.a

Indikatoren bedømmes til at være opfyldt i meget høj grad. Til grund for bedømmelsen ligger interview med borgere, hvor det fremgår, at de føler sig respekteret og anerkendt. De oplever, at personalet er imødekommende og at der bliver taget godt imod ved ankomst til tilbuddet. En borger fremhæver, at der opleves en høj grad af ærlighed fra medarbejdernes side og at deres pårørende også oplever sig respekteret, hørt og anerkendt. Borgerne beskriver, at selvom tilbuddet har begrænsede åbningstider, så kan medarbejderne altid kontaktes pr. telefon, om ikke andet så for at ligge en telefonbesked. Borgerne beskriver, at de oplever en hurtig respons/reaktionstid fra tilbuddet side. Borgerne fortæller, at de trives med den kontakt, de har til tilbuddet.

Det vægtes, at medarbejder i interview giver udtryk for, at borgerne bliver respekteret og anerkendt og at det hænger sammen med medarbejdernes grundholdning til og overfor borgerne.

Indikator 04.b	<i>Borgerne inddrages i og har indflydelse på beslutninger vedrørende sig selv og hverdagen i tilbuddet i overensstemmelse med deres ønsker og behov.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 04.b

Indikatoren bedømmes til at være opfyldt i høj grad. Til grund for bedømmelsen ligger, at leder i interview oplyser, at der ikke bliver lagt en plan for borgerne men sammen med borgerne, og at der lægges stor vægt på borgernes motivation for og inddragelse i egen behandling. Leder fortæller, at man forsøger at tilstræbe fleksibilitet i forhold til ønsker om tidspunkter for samtaler, men at der ikke er mulighed for længere åbningstider om aftenen eller sen eftermiddag - et ønske som leder ved, at der har været fra borger side - uden, at der i så fald skal være lukket i et tilsvarende antal dagtimer.

Leder oplyser, at der ikke er etableret formelle foraer, der kan sikre, at borgerne bliver hørt.

Det vægtes, at medarbejder fortæller, at borgerne på det individuelle plan i udpræget grad har indflydelse. Derimod kan tilbuddet ikke tilbyde indflydelse på tilbuddets drift fx i forhold til at levere gruppe - eller familiebehandling.

Kriterium 05	<i>Tilbuddet understøtter borgernes fysiske og mentale sundhed og trivsel</i>
Bedømmelse af kriterium	



Tilbuddet understøtter helt overordnet borgernes fysiske og mentale sundhed og trivsel

Socialtilsynet vurderer, at borgerne trives i tilbuddet. Der lægges til grund for vurderingen, at borger udtaler, at de trives og at dette også er medarbejdernes opfattelse.

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet i et vist omfang har fokus på at støtte borgernes adgang til relevante sundhedsydelser. Socialtilsynet bemærker, at borgerne ikke på systematisk vis tilbydes somatisk undersøgelse forud for opstart af misbrugsbehandling, og at der ikke - ligeledes på systematisk vis - samarbejdes med borgerens egen læge. Socialtilsynet bemærker, at tilbuddet samarbejder med andre sundhedsinstanser om fx spiseforstyrrelse, cigaretrykning eller center for ludomani.

Der er fra tilbuddets side fokus på forhold, som har betydning for borgernes fysiske og mentale sundhed. Der ligges til grund for vurderingen, at borgerens udredes i forhold til psykiske og fysiske udfordringer via ASI. Det vægtes endvidere, at borgerne oplever, at der er fokus på at tale kost og motion i behandlingssamtaler. Endelig vægtes det, at der er tilknyttet psykiater til tilbuddet.

Indikator 05.a	<i>Borgerne trives i tilbuddet.</i>
-----------------------	-------------------------------------

Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------------

Bedømmelse af Indikator 05.a

Indikatoren bedømmes til at være opfyldt i meget høj grad. Til grund for bedømmelsen ligger interview med borgere jf. indikator 4a, hvor det fremgår, at borgerne føler sig respekteret og anerkendt. De oplever, at personalet er imødekommende, og at der bliver taget godt imod ved ankomst til tilbuddet. En borger fremhæver, at der opleves en høj grad af ærlighed fra medarbejdernes side og at deres pårørende også oplever sig respekteret, hørt og anerkendt.

Borgerne beskriver, at selvom tilbuddet har begrænsede åbningstider, så kan medarbejderne altid kontaktes pr. telefon, om ikke andet så for at lægge en telefonbesked. Borgerne beskriver, at de oplever en hurtig respons/reaktionstid fra tilbuddet side. Borgerne fortæller, at de trives med den kontakt, de har til tilbuddet.

Indikator 05.b	<i>Borgerne har med støtte fra tilbuddet adgang til relevante sundhedsydelser.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------------

Bedømmelse af Indikator 05.b

Indikatoren bedømmes til at være opfyldt i meget høj grad. Til grund for bedømmelsen ligger interview med borgere, hvor det fremgår, at tilbuddets medarbejdere er opmærksomme på supplerende sundhedsydelser og på de følgevirkninger, der kan være af somatisk karakter.

Det vægtes, at det ved interview med medarbejder, fremgår, at borgeren støttes til kontakt med relevante sundhedsinstanser som fx center for ludomani, ekspertise inden for spiseforstyrrelser, rygestopinstruktører mv.

Indikator 05.c	<i>Tilbuddets viden og indsats vedrørende borgernes fysiske og mentale sundhed, modsvarer borgernes behov.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	3 (i middel grad opfyldt)
-------------------	---------------------------

Bedømmelse af Indikator 05.c

Indikatoren bedømmes til at være opfyldt i middel grad. Til grund for bedømmelsen ligger interview med borgere, hvor det fremgår, at borgerne oplever, at tilbuddet har fokus på mental og fysisk sundhed, for de borgere der kommer på tilbuddet og nævner, at der er fokus på at tale sund kost og motion.

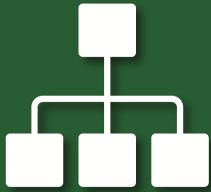
Ved interview med ledelse oplyses det, at der er fokus på borgernes mentale og fysiske sundhed. Leder fortæller, at tilbuddet har en psykiatrisk konsulent tilknyttet. Det fremgår endvidere, at der fokus på sundhed i afdækningen af borgerens problematikker. Leder fortæller, at tilbuddet ikke har tilknyttet andet sundhedsfagligt personale, og at borgeren ikke i forbindelse med udredningen, bliver somatisk udredt. I nogle tilfælde vil medarbejderne henvise borgeren til egen læge. Det fremgår, at tilbuddet afdækker borgerens fysiske og psykiske helbredsforhold via ASI.

Det vægtes, at det ved interview med medarbejder fremgår, at der er et vist sundhedsfokus via tilbuddets tilknyttede psykiater.



Kriterium 07	<i>Tilbuddet forebygger vold og overgreb</i>
Bedømmelse af kriterium	
Tilbuddet understøtter gennem faglig tilgang, at der ikke forekommer overgreb i tilbuddet, hvilket ses i, at borgerne oplever trivsel, samt at de føler sig hørt, respekteret og anerkendt. Socialtilsynet bemærker, at borgere giver udtryk for ikke at opleve overgreb eller overgrebslignende episoder. Det bemærkes, at der ikke er særskilt fokus på forebyggelse af overgreb i tilbuddet, men at der er udarbejdet procedurer for overgreb samt definitionsafklaring på begreberne overgreb og nødret, og at dette fremadrettet skal drøftes i medarbejdergruppen og implementeres. Tilbuddet har alarmknapper og døren til tilbuddet er låst og udstyret med dørspion. Socialtilsynet bemærker, at der ved sidste tilsyn er givet bemærkning om, at der ikke var beredskab i forhold til overgreb, og at et sådan er udarbejdet, men fortsat ikke implementeret.	
Indikator 07.a	<i>Tilbuddets pædagogiske indsats understøtter, at der ikke forekommer vold eller overgreb i tilbuddet.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 07.a	
Indikatoren bedømmes til at være opfyldt i meget høj grad. Til grund for bedømmelsen ligger, at det ved interview med medarbejdere fremgår, at man forebygger overgreb bla. ved, at borgeren inddrages i alt. Det opleves ikke, at der blandt borgerne indbyrdes forekommer overgreb. Medarbejder oplyser, at tilbuddet i udgangspunktet ikke modtager udadreagerende borgere eller truende borgere. Medarbejdere og leder fortæller om en enkelt borger, der har psykiske udfordringer og en adfærd, der kan være truende. Det oplyses, at der er tydelige rammer for, hvorledes denne borger skal mødes. Medarbejderne oplyser, at der er et skriftligt beredskab for, hvorledes overgreb skal forstås og håndteres. Procedure/beskrivelse af beredskab er set af socialtilsynet.	
Indikator 07.b	<i>Udgået fra d. 1 januar 2017.</i>



	Temavurdering
	Organisation og ledelse <i>En væsentlig forudsætning for kvaliteten af sociale tilbud er en hensigtsmæssig organisering samt en kompetent og ansvarlig ledelse. En kompetent og ansvarlig ledelse er blandt andet kendetegnet ved at drive tilbuddet fagligt og økonomisk forsvarligt, sætte rammerne for tilbuddets strategiske udvikling og varetage den daglige drift.</i>

Vurdering af tema

Det er socialtilsynets vurdering, at tilbuddets daglige leder har et ledelsesmæssigt fokus på de udfordringer, der er af organisatorisk, driftsmæssig og udviklingsmæssig karakter, og at tilbuddets daglige drift grundlæggende varetages kompetent.

Tilbuddet har fået tilført ressourcer i form af to nye medarbejdere. Socialtilsynet anerkender, at leder har taget initiativ til tydeligt at få delt myndighed fra udførelsen og således har prioriteret at ansætte en socialrådgiver som myndighedssagsbehandler samt en psykolog som behandler og behandlingsansvarlig. Sidstnævnte skal fungere som tovholder på blandt andet tilbuddets kommende arbejde med at få udviklet tilbuddets behandlingskoncept.

Ligeledes vurderer socialtilsynet, at medarbejderne samlet set har relevant uddannelse og erfaring med tilbuddets målgruppe, og at der grundlæggende er en kultur i tilbuddet, som understøtter, at borgerne - i forhold til deres ønsker og behov - kan komme i kontakt med medarbejderne.

Socialtilsynet vurderer, at sygefraværet i tilbuddet ligger på et lidt højere niveau i forhold til sammenlignelige tilbud.

Socialtilsynet vurderer, at medarbejderne modtager relevant ekstern supervision.

Gennemsnitlig vurdering	4,2
--------------------------------	-----

Udviklingspunkter

Kriterium 08	<i>Tilbuddet har en kompetent ledelse</i>
Bedømmelse af kriterium	



Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets daglige leder har et ledelsesmæssigt fokus på de udfordringer, der er af organisatorisk, driftsmæssig og udviklingsmæssig karakter.

Til grund for vurderingen lægger socialtilsynet, at tilbuddets leder i interview beskriver, hvorledes hun ledelsesmæssig understøtter tilbuddets daglige drift, samt har øje for nuværende og kommende opgaver. Leder har ansat en faglig leder, som skal fungere som tovholder på de kommende nye tiltag som eksempelvis udvikling af tilbuddets behandlingskoncept - herunder dokumentationspraksis.

Endvidere har leder taget initiativ til at skille myndighed- og behandler-opgaver ad, således at det er synligt for såvel borgere som medarbejdere, hvem der har ansvar for hvad.

Tilbuddets leder modtager faglig sparring på ledelsesrollen i internt ledelsesnetværk i kommunen, men ikke konkret supervision. Medarbejderne modtager fast supervision med udgangspunkt i faglige udfordringer, og desuden reflekteres over daglig praksis og samarbejde.

Indikator 08.a	<i>Ledelsen har relevante kompetencer i forhold til at lede tilbuddet.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 08.a

Socialtilsynet bedømmer, at indikatoren er opfyldt i høj grad.

Til grund for bedømmelsen lægger socialtilsynet, at det af indsendt dokumentation fremgår, at leder har kommunal ledelsesuddannelse og erfaring som leder for kommunale tilbud.

For at højne fagligheden i tilbuddet, har leder ansat en faglig leder, som er uddannet psykolog. Planen er, at den faglige leder skal være tovholder på nye tiltag i forhold til udvikling og behandlingskoncept og generelt skal have en koordinerende funktion ift. projekter.

Socialtilsynet vægter i bedømmelsen, at tilbuddet netop er i proces med dele behandlingsarbejdet fra myndighedsarbejdet, så det nu er gennemskueligt, hvem der varetager myndighedsopgave og ansvar i forhold til at tilbyde borgerne en handleplan iht. SEL § 141.

Endvidere vægtes, at tilbuddet har implementeret en tilstrækkelig tydelig og systematisk dokumentationspraksis.

Endelig vægter socialtilsynet, at borgerne udtaler, at de opfatter stemningen i tilbuddet som god og at medarbejderne altid synes at være imødekommende. Det beskrives endvidere, at indsatsen i tilbuddet, set fra borgerperspektiv, er god.

Indikator 08.b	<i>Tilbuddet benytter sig af ekstern faglig supervision eller anden form for sparring for ledelse og medarbejdere.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 08.b

Det fremkommer i interview med leder, at der ikke er ledessupervision specifikt i forhold til ledelsesrollen i Stof- og Alkoholrådgivningen. Det beskrives, at lederen modtager faglig sparring på ledelsesrollen i netværk med andre ledelseskolleger fra kommunen.

Medarbejderne udtaler, at de modtager ekstern supervision ca. 1 gang om måneden. Aftalen med supervisor er just opsagt, og de skal finde en ny supervisor.

På den baggrund bedømmer socialtilsynet, at indikatoren er opfyldt i høj grad.

Kriterium 09	<i>Tilbuddets daglige drift varetages kompetent</i>
Bedømmelse af kriterium	



Socialtilsynet vurderer samlet set, at tilbuddets daglige drift varetages kompetent.

Vurderingen bygger på dokumentation af personalegruppens samlede uddannelsesbaggrund samt erfaring med målgruppen, samt at det i interview med både ledelse og medarbejdere fremkommer, at den daglige indsats i tilbuddet er tilstrækkelig i forhold til borgernes behov. Dette understøttes af udsagn fra borgerne.

Det er socialtilsynets vurdering, at tilbuddets indberettede sygefravær er på et lidt højere niveau end sammenlignelige arbejdspladser. Tilbuddet har fået bevilliget to nye medarbejdere. Leder har valgt at ansætte en myndighedssagsbehandler, samt en behandler, som også fungerer som behandlingsansvarlig. Det er socialtilsynets vurdering, at dette tiltag er med til at opkvalificere tilbuddet.

Socialtilsynet er også opmærksom på, at tilbuddets åbningstid alene ligger i dagtimerne på hverdage, hvilket efter socialtilsynets vurdering begrænser borgere med fast dagarbejde eller uddannelse i at søge tilbuddets ydelser, selv om de betegnes som en del af målgruppen. Borgere, socialtilsynet taler med, oplever imidlertid ikke dette som et problem, og leder oplyser, at samtaler tilrettelægges i samarbejde med borgeren. Det vil sige så det hænger sammen med borgerens øvrige aktiviteter, og at disse kan ligge både tidligt om morgenen eller sent på eftermiddagen.

Indikator 09.a	<i>Borgerne har i forhold til deres behov tilstrækkelig kontakt til personale med relevante kompetencer.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 09.a

Indikatoren bedømmes til at være opfyldt i høj grad.

I interview giver borgere udtryk for, at de altid oplever, det er nemt at få kontakt til medarbejderne og at der er tilstrækkelig tid til hver borger - også ved pludselig opstået behov for hjælp. Borgerne fortæller, at medarbejderne opleves kompetente, medmenneskelige og engagerede. Derudover oplever borgerne, at medarbejderne er gode til at sætte sig ind i borgernes sted og bidrage/formidle hvilke udfordringer og faldgrupper, borgerne kan møde igennem deres vej ud af misbrug.

Det lægges til grund, at det i interview med ledelse fremgår, at leder vurderer, at borgerne har tilstrækkelig kontakt til medarbejdere med de fornødne kompetencer og ressourcer. Leder fortæller, at hvis en borger har behov for eksempelvis et dagbehandlingstilbud eller et mere intensivt tilbud, visiteres der videre til tilbud, der har disse ydelser.

Endvidere vægtes, at tilbuddets åbningstid er begrænset til dagtimerne på hverdage, hvilket til en vis grad kan afskære borgere med fast dagarbejde/uddannelse i at søge behandling i tilbuddet. Borgere, socialtilsynet taler med, giver imidlertid udtryk for, at det ikke er et problem at indgå aftaler, og leder fremhæver, at samtaler tilrettelægges i samarbejde med borgeren, og at disse kan afholdes både tidligt om morgenen eller sent på eftermiddagen.

Indikator 09.b	<i>Personalegennemstrømningen på tilbuddet er ikke på højere niveau end sammenlignelige arbejdspladser.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 09.b

Indikatoren bedømmes til at være opfyldt i meget høj grad.

Af indberetninger på Tilbudsportalen fremgår, at der i tilbuddet er en personalegennemstrømning på 0 %.

Af interview med ledelse og medarbejdere fremgår, at tilbuddet er opnormeret med to medarbejdere. Der er ansat en myndighedssagsbehandler, samt en behandlingsansvarlig, som ligeledes arbejder som behandler.

Indikator 09.c	<i>Sygefraværet blandt medarbejderne er ikke på højere niveau end sammenlignelige arbejdspladser.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 09.c

Af tilbuddets indberetninger på Tilbudsportalen fremgår, at der er et gennemsnitlig sygefravær på 14,1 dage, hvilket er på et lidt højere niveau end sammenlignelige arbejdspladser.





	Temavurdering
	Kompetencer <i>Det er afgørende for kvaliteten i tilbuddet, at tilbuddets medarbejdere har de faglige, relationelle og personlige kompetencer, der er nødvendige i forhold til tilbuddets målsætninger og målgruppe, de metoder tilbuddet anvender, samt borgernes aktuelle behov. Herunder skal børn og unge sikres en tryk hverdag og opvækst med nære og stabile relationer.</i> <i>Udover tilbuddets aktuelle kompetenceniveau er det vigtigt, at tilbuddet har strategisk fokus på, hvordan de nødvendige kompetencer sikres på såvel kort som langt sigt, samt hvordan eventuelle specialistkompetencer kan tilvejebringes.</i> <i>Det er et vigtigt aspekt af kvaliteten af et tilbud, at medarbejderne møder borgerne med respekt for den enkeltes behov og forudsætninger samt har fokus på borgernes retssikkerhed.</i>

Vurdering af tema	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet har en erfaren medarbejdergruppe, som har relevante kompetencer i forhold til målgruppen. Tilbuddet arbejder aktivt med de faglige tilgange og metoder, som er beskrevet på Tilbudsportalen, og som vurderes relevante i forhold til målgruppens ønsker og behov for behandling. Borgerne giver udtryk for, at personalet har de kompetencer, der skal til for at hjælpe dem, hvilket også er leders vurdering. Socialtilsynet orienteres om, at medarbejderne blandt andet har været på kursus i familieorienteret behandling og opsporende indsats. Socialtilsynet bemærker samtidig, at tilbuddet ikke har en overordnet strategi for uddannelse, og at der ikke er en praksis for implementering af ny viden om målgruppe og metoder.	
Gennemsnitlig vurdering	4,5

Udviklingspunkter
Socialtilsynet anbefaler, at tilbuddets ledelse tager initiativ til at udarbejde en overordnet strategi for uddannelse generelt i tilbuddet, og afstemmer denne med medarbejderne. Socialtilsynet anbefaler, at tilbuddets ledelse og medarbejdere i fællesskab udarbejder praksis for implementering af ny viden om målgruppe og metoder i tilbuddet.

Kriterium 10	<i>Tilbuddets medarbejdere besidder relevante kompetencer i forhold til målgruppens behov og tilbuddets metoder</i>
Bedømmelse af kriterium	



Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets medarbejdere samlet set har relevant uddannelse, viden og erfaring, der modsvarer målgruppens behov og tilbuddets metoder.

Borgerne, socialtilsynet talte med, gav udtryk for, at personalet har de kompetencer, der skal til for at hjælpe dem. Til grund for vurderingen lægger socialtilsynet, at medarbejder kan give eksempler på, hvordan tilbuddets metoder anvendes i daglig praksis.

Socialtilsynet vurderer således, at tilbuddets medarbejdere generelt i høj grad besidder relevante kompetencer i forhold til målgruppens behov og tilbuddets metoder, samtidig ser socialtilsynet det kommende arbejde med at få udviklet tilbuddets behandlingskoncept, som vigtigt.

Leder redegør i interview for, hvilke "need to have" og "nice to have" der gør sig gældende i forhold til tilbuddets dokumentation og behandlingskompetencer.

Socialtilsynet er opmærksom på, at der ikke er en fast struktur for at implementere ny viden i tilbuddet.

Socialtilsynet anerkender, at tilbuddet igennem midler fra SATS-puljen søger at uddanne personalet sammen med personale fra andre tilbud og faggrupper.

Indikator 10.a	<i>Medarbejdergruppen har samlet set relevant uddannelse, opdateret viden og erfaring med målgruppen og tilbuddets metoder.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 10.a

Indikatoren bedømmes til at være opfyldt i høj grad.

Til grund for vurderingens lægges, at det igennem dokumentgennemgang og via Tilbudsportalen kan konstateres, at medarbejderne samlet set er uddannet i tilbuddets kognitive tilgang samt tilbuddets metoder, som opgives til at være kognitiv terapi, psykoedukation, systemisk terapi, Gorski tilbagefaldsbehandling (CENAPS), Motiverende samtale (MI) og værdsættende samtale (Appreciative Inquiry).

Det vægter ligeledes, at borgerne samstemmende udtaler, at medarbejderne synes dygtige til deres arbejde.

Endelig lægges det til grund, at medarbejder udtaler, at der ikke er en fast praksis for implementering af ny viden i tilbuddet, ligesom der ikke er en overordnet strategisk tilgang til videreuddannelse af medarbejderne generelt.

Indikator 10.b	<i>Det er afspejlet i medarbejdernes samspil med borgerne, at medarbejderne har relevante kompetencer.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 10.b

Borgerne beskriver i interview, at medarbejderne opleves kompetente og meget imødekommende i forhold til borgerne.

På baggrund af ovenstående vurderes indikatoren til at være opfyldt i meget høj grad.

Kriterium 11	<i>Udgået med underliggende indikatorer fra d. 1 januar 2017.</i>
---------------------	---

Kriterium 12	<i>Udgået med underliggende indikatorer fra d. 1 januar 2017.</i>
---------------------	---

Kriterium 13	<i>Udgået med underliggende indikatorer fra d. 1 januar 2017.</i>
---------------------	---



	Temavurdering
	Fysiske rammer <i>De fysiske rammer udgør en central del af et tilbud, både som ramme om borgernes liv og som ramme om den indsats, der finder sted. Det er derfor væsentligt, at tilbuddets omgivelser, indretning, faciliteter og stand understøtter målgruppens behov og formålet med indsatsen, herunder at de fysiske rammer inde og ude tilgodeser borgernes trivsel og tryghed samt ret til privatliv.</i>

Vurdering af tema	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets fysiske rammer grundlæggende understøtter tilbuddets aktiviteter og at borgerne, ud fra deres forudsætninger, ønsker og behov, trives i tilbuddet. Der lægges vægt på, at tilbuddet er placeret centralt og indgangen samtidig er rimeligt skærmet, således at borgerne grundlæggende er sikret anonymitet, når de kommer og går i tilbuddet.	
Gennemsnitlig vurdering	4,5

Udviklingspunkter

Kriterium 14	<i>Tilbuddets fysiske rammer understøtter borgernes udvikling og trivsel</i>
Bedømmelse af kriterium	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets fysiske rammer grundlæggende understøtter borgernes udvikling og trivsel. Det lægges til grund for vurderingen, at tilbuddets fysiske rammer er indrettet i forhold til tilbuddets målgruppe og aktiviteter, og at borgerne giver udtryk for at trives i tilbuddet i forhold til deres ønsker og behov.	
Indikator 14.a	<i>Borgerne trives i de fysiske rammer.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 14.a	
Socialtilsynet kan under tilsynsbesøget observere, at tilbuddet fremstår som velegnet til formålet. Borgerne udtaler, at de oplever de fysiske rammer som hjemlige . Indikatoren er således opfyldt i meget høj grad.	
Indikator 14.b	<i>De fysiske rammer og faciliteter imødekommer borgernes særlige behov.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 14.b	
Socialtilsynet observerer under rundvisning, at der er lokaler til rådighed for behandlerne samt samtale- og gruppeværelser. Det observeres endvidere, at indretningen af lokalerne er afdæmpet, og at der er gjort meget ud af at lydisolere lokalerne, hvilket borgerne i interview giver udtryk for at sætte stor pris på.	



Tilbuddets beliggenhed er central og alligevel er brugerne skærmet for at blive identificeret af forbipasserende, da tilbuddets indgang er anonym.

Borgerne udtaler, at lokalerne fremstår hjemlige.

Medarbejderne beskriver, at tilbuddets fysiske rammer fungerer tilfredsstillende, men at lokalerne er forholdsvis lygte.

På baggrund af ovenstående bedømmes indikatoren til at være opfyldt i høj grad.



Økonomisk Tilsyn

Socialtilsynets vurdering af tilbuddets økonomi

Alkohol- og Stofrådgivningen er et kommunalt tilbud, og på den baggrund vurderer socialtilsynet, at tilbuddet er økonomisk bæredygtigt. Tilbuddets økonomi vurderes at være gennemskuelig for socialtilsynet eller eventuelt visiterende kommuner.

Tilbuddets 2018 budget godkendes på Tilbudsportalen. Tilbuddets budget oplysninger er i overensstemmelse med krav i Bekendtgørelse om Socialtilsyn § 13.

Socialtilsynet konstaterer, at tilbuddet har uploadet nøgletal for 2017 på Tilbudsportalen. Af disse fremgår en afvigelse på cirka 10 % fra budget 2017.

Økonomisk bæredygtig?

Alkohol- og Stofrådgivningen, Lyngby Taarbæk Kommune er et kommunalt tilbud, og på den baggrund vurderer socialtilsynet, at tilbuddet er økonomisk bæredygtigt.

Giver tilbuddets økonomi mulighed for den fornødne kvalitet i forhold til prisen og målgruppen?

Tilbuddet vurderes at have den fornødne kvalitet i forhold til målgruppen.

Er der gennemsigtighed med tilbuddets økonomi?

Tilbuddets budget oplysninger er i overensstemmelse med krav i bekendtgørelse om socialtilsyn § 13.

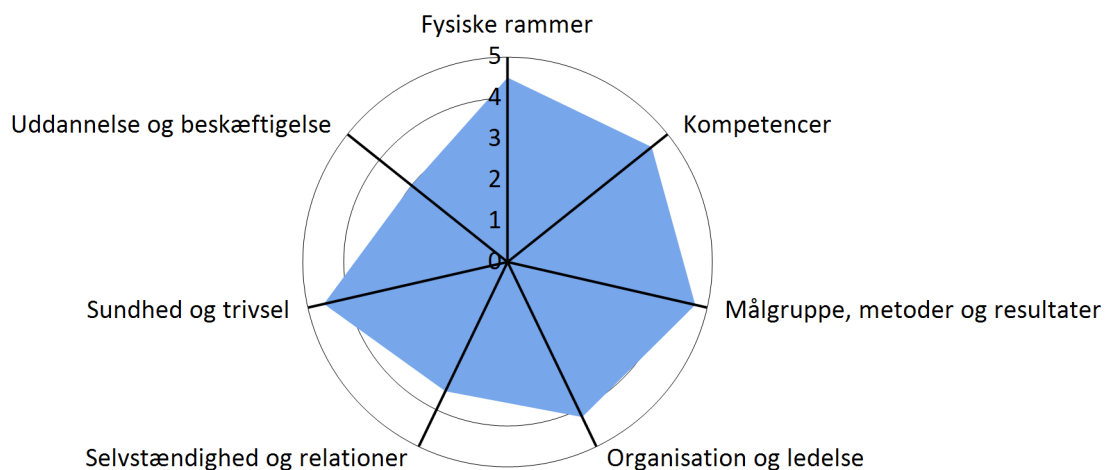
Socialtilsyn Hovedstaden konstaterer, at tilbuddets økonomi er gennemskuelig for socialtilsynet eller eventuelt visiterende kommuner.



Materiale og interviews benyttet til vurdering af kvaliteten i tilbuddet.

Dokumenter	Tilbuddets indberetninger på Tilbudsportalen. Tidligere rapporter. Dokumentgennemgang af tilfældig udvalgt dokumentation.
Observation	Observation af kommunikationen mellem medarbejdere og borgere, medarbejdere imellem, mellem leder og borgere.
Interview	Interview af leder. Interview af 2 medarbejdere. Interview af 2 borgere.
Interviewkilder	Beboere Ledelse Medarbejdere

Tilbuddets bedømmelse



Spindelvævet afspejler socialtilsynets gennemsnitlige vurdering af kvaliteten i tilbuddet fordelt på syv temaer. Formålet med illustrationen er, at give tilbuddet et overbliksbillede af socialtilsynets vurdering på baggrund af den samlede rapport. De (scoringerne) repræsenterer derfor ikke det fulde indblik i tilsynet. Spindelvævet er først og fremmest ment som et dialogredskab mellem socialtilsynet og tilbuddet.



Tilsynsrapport



Tilbuddets navn:	Kvindehuset i Lyngby
Tilsynet er gennemført:	17-05-2018
Status for godkendelse:	Godkendt

Rapporten er udarbejdet af:	Socialtilsyn Hovedstaden Smallegade 1 2000 Frederiksberg
------------------------------------	--



Indholdsfortegnelse

Læsevejledning	3
Stamoplysninger om tilbuddet	4
Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet	5
Resultat af tilsynet	5
Vurdering af temaet Uddannelse og beskæftigelse	6
Vurdering af temaet Selvstændighed og relationer	8
Vurdering af temaet Målgruppe, metoder og resultater	11
Vurdering af temaet Sundhed og Trivsel	14
Vurdering af temaet Organisation og ledelse	19
Vurdering af temaet Kompetencer	22
Vurdering af temaet Fysiske rammer	25
Økonomisk Tilsyn	27
Materiale og interviews benyttet til vurdering af kvaliteten i tilbuddet.	28

Rapporten er udskrevet

17-05-2018



Læsevejledning

Tilsynsrapportens indhold

Tilsynsrapporten indeholder socialtilsynets bedømmelse og vurdering af, om tilbuddet fortsat har den fornødne kvalitet og samlet set fortsat opfylder betingelserne for godkendelse, jf. §§ 6 og 12-18 i Lov om socialtilsyn. En del af oplysningerne er hentet fra Tilbudsportalen, hvor tilbuddet selv har indberettet bl.a. stamoplysninger.

For tilbud med flere afdelinger udarbejdes der én samlet kvalitetsvurdering.

Udover en samlet vurdering af kvaliteten hos tilbuddet, indeholder tilsynsrapporten en gennemgang af de syv temaer fra Kvalitetsmodellen, hvor der kan være lagt særligt fokus på udvalgte temaer. Et tilsyn kan godt indeholde mere end ét tilsynsbesøg, eksempelvis hos et tilbud med flere afdelinger. Ligeledes kan tilsynet været administrativt og ikke indeholde et konkret tilsynsbesøg. Det fremgår af tilsynsrapporten hvorvidt der har været et fysisk tilsynsbesøg, hvor henne og hvorvidt de var anmeldt eller uanmeldt.

Efter endt høringsperiode vil udvalgte oplysninger fra tilsynsrapporten blive publiceret på Tilbudsportalen. Det drejer sig om den samlede vurdering, temavurderingerne samt eventuelle påbud eller vilkår.

Kvalitetsmodellen

Socialtilsynet vurderer kvaliteten hos tilbuddet ud fra en Kvalitetsmodel, som er beskrevet i Bekendtgørelse om socialtilsyn. Kvalitetsmodellen er et dialogbaseret redskab, som skal give et systematisk og målrettet udgangspunkt for socialtilsynets samlede faglige vurdering af tilbuddenes kvalitet.

Kvalitetsmodellen er struktureret ud fra de overordnede kvalitetstemaer, der fremgår af § 6, stk. 2, i lov om socialtilsyn. Hvert tema er konkretiseret i et antal kvalitetskriterier. Kriterierne er primært udtrykt som konkrete mål for indsatsen i tilbuddene. For hvert kriterium er fastlagt en eller flere kvalitetsindikatorer. Indikatorerne er tegn på, at den kvalitet, som er udtrykt i kriteriet, forekommer i praksis.

Vurderingen af et tilbuds kvalitet sker ud fra en samlet, faglig vurdering inden for rammerne af temaerne under hensyn til tilbuddets karakter og målgruppe. Bedømmelsen af indikatorer og kriterier skal understøtte socialtilsynets samlede vurdering af, om tilbuddet har den fornødne kvalitet. Socialtilsynet kan inddrage andre forhold i kvalitetsvurderingen, som vurderes at være relevante for kvaliteten inden for rammerne af temaet.

Ved det driftsorienterede tilsyn skal socialtilsynet vurdere, om kvaliteten i tilbuddet i praksis er tilstrækkelig, og om betingelserne for godkendelsen fortsat er opfyldt. Der anvendes forskellige systematikker for, hvordan indikatorer og kriterier bedømmes ved henholdsvis godkendelse og det driftsorienterede tilsyn.

Temaer

- Uddannelse og beskæftigelse
- Selvstændighed og relationer
- Målgruppe, metoder og resultater
- Sundhed og Trivsel
- Organisation og ledelse
- Kompetencer
- Fysiske rammer

I kvalitetsmodellen er både 'Gennemsnitlig bedømmelse' på temaniveau og 'Bedømmelse' på indikatorniveau angivet ud fra følgende skala:

5. i meget høj grad opfyldt.
4. i høj grad opfyldt.
3. i middel grad opfyldt.
2. i lav grad opfyldt.
1. i meget lav grad opfyldt.

Vurderingen af temaerne bygger på kvalitetsbedømmelsen, og der kan, afhængigt af tilbudstype og målgruppe, inddrages andre relevante forhold, som ikke er indeholdt i kvalitetsmodellens indikatorer.



Stamoplysninger om tilbuddet				
Tilbuddets navn	Kvindehuset i Lyngby			
Hovedadresse	Caroline Amalie Vej 126 2800 Kgs. Lyngby			
Kontaktoplysninger	Tlf: 45285250 E-mail: ldk@ltk.dk Hjemmeside: www.kvindehuset.ltk.dk			
Tilbudsleder	Linda Dichow Kaas			
CVR nr.				
Virksomhedstype	Offentlig			
Tilbudstyper	§ 109 (krisecenter)			
Afdelinger	Afdeling	Adresse	Pladser i alt	Tilbudstyper
	Kvindehuset i Lyngby	Caroline Amalie Vej 126 2800 Kgs. Lyngby	12	krisecenter (§ 109),
Pladser på afdelinger				12
Pladser i alt	12			
Målgrupper	18 til 70 år (seksuelt overgreb, voldeligt overgreb, andet overgreb)			



Resultat af tilsynet	
Status for godkendelse	Godkendt
Tilsynet er gennemført	17-05-2018

Tilsynet er udført af	Socialtilsyn Hovedstaden
Tilsynskonsulenter	Jakob Larsen (Tilsynskonsulent)
	Randi Larsen (Tilsynskonsulent)
Indebar tilsynet et fysisk besøg	Ja
Dato for tilsynsbesøg	14-03-18: Caroline Amalie Vej 126, 2800 Kgs. Lyngby (Uanmeldt)

Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet
Kvindehuset i Lyngby er et kvindekrisecenter efter Servicelovens § 109 med plads til 12 voldsramte kvinder og kvindernes medfølgende børn. Lyngby-Taarbæk kommune er driftsherre. Tilsynsbesøget var uanmeldt og indeholdt overværelse af personalemøde, interview med stedfortræder og medarbejder og interview med to kvinder, hver for sig. Socialtilsynet vurderer fortsat at tilbuddet er veldrevet, at målgruppen er tydelig, at indsatsen er systematisk, at Kvindehuset i høj grad har fokus på kvindernes og børnenes trivsel og at medarbejderne er kompetente og tilstedeværende.

Særligt fokus i tilsynet

Opmærksomhedspunkter
Socialtilsynet vil være opmærksomme på, om Kvindehuset har fået opdateret sin 2018-takst på Tilbudsportalen og at denne takst stemmer med den takst som angives i revisorpåtegningen. Socialtilsynet vil desuden være opmærksomme på, om Kvindehuset fremsender tilrettet budget 2018 i starten af maj 2018 som lovet.



	Temavurdering
	Uddannelse og beskæftigelse <i>Et centralt mål med den sociale indsats er, at borgerne i videst muligt omfang inkluderes i samfundslivet. Uddannelse og/eller beskæftigelse er et væsentligt aspekt heri. Det er derfor væsentligt, at tilbuddet med udgangspunkt i de mål, der er for de enkelte borgere, og under hensyn til borgernes behov og forudsætninger stimulerer borgernes udvikling og læring med henblik på at understøtte parathed og mulighederne for uddannelse og/eller beskæftigelse for borgerne. Uddannelse og beskæftigelse omfatter såvel ordinær grundskole, uddannelse og beskæftigelse som forskellige former for særlige grundskole-, uddannelses- og beskæftigelsestilbud eller samværs- og aktivitetstilbud. For børn under den skolepligtige alder er dagtilbud et væsentligt element i forhold til barnets udvikling og læring. Det er desuden vigtigt, at tilbuddet forpligter sig i de samarbejdsrelationer, der er nødvendige for at understøtte, at målene for borgernes uddannelse og/eller beskæftigelse opnås.</i>

Vurdering af tema	
Socialtilsynet vurderer, at Kvindehuset i Lyngby i høj grad støtter borgerne i at udnytte deres fulde potentiale i forhold til uddannelse og beskæftigelse.	
Tilbuddet opstiller i overvejende grad konkrete mål for borgernes videre beskæftigelse eller uddannelse og tilbuddet følger også op på disse mål. Kvindehuset støtter desuden kvindernes medfølgende børn i at gå i skole - blandt andet ved at sørge for transporten til skolen.	
Gennemsnitlig vurdering	4,5

Udviklingspunkter

Kriterium 01	<i>Tilbuddet støtter borgerne i at udnytte deres fulde potentiale i forhold til skolegang, uddannelse og beskæftigelse</i>
Bedømmelse af kriterium	



Socialtilsynet vurderer, at Kvindehuset i Lyngby i høj grad støtter borgerne i at udnytte deres fulde potentiale i forhold til uddannelse og beskæftigelse.

I vurderingen er lagt vægt på fremsendt opholdsplan for indskrevet kvinde, hvor målet for uddannelse og beskæftigelse implicit fremgår af opholdsplanen, og der er lagt vægt på at flere dagbogsnotater viser, at medarbejderne fra Kvindehuset følger op på den indskrevne borgers forsørgelsesgrundlag.

I forhold til børnene, er der lagt vægt på dagbogsnotat for indskrevet kvinde, som angiver at kvindens barn bliver kørt til og fra sin folkeskole fra Kvindehuset. Det bekræftes af kvinden selv. Vi konstaterer i øvrigt, at et fåtal af de medfølgende børn på tidspunktet for tilsynsbesøget var i den skolepligtige alder.

Fra tidligere tilsynsbesøg er der lagt vægt på leders oplysning om, at krisecentret har godt samarbejde med lokal skole, og at krisecentret i denne sammenhæng læner sig op ad undervisningspligten, så det ikke bliver til et spørgsmål om forældremyndighed, hvorvidt barnet skal i skole eller ej.

I vurderingen er ikke lagt vægt på fremsendt liste over indskrevne kvinder, som angiver at over halvdelen af kvinderne er uden arbejde, idet socialtilsynet opfatter dette som forhold ved beboergruppen, ikke som et resultat af Kvindehusets indsats. Vi konstaterer i den forbindelse, at på tidspunktet for tilsynsbesøget havde langt hovedparten af kvinderne boet i Kvindehuset i under 3 måneder.

Indikator 01.a	<i>Tilbuddet opstiller i samarbejde med borgerne konkrete, individuelle mål i forhold til at understøtte borgernes skolegang, uddannelse, beskæftigelse eller samværs- og aktivitetstilbud, og der følges op herpå.</i>
-----------------------	---

Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------------

Bedømmelse af Indikator 01.a

I bedømmelsen er lagt vægt på, at målet for uddannelse og beskæftigelse implicit fremgår af opholdsplanen, og at flere dagbogsnotater viser, at medarbejderne fra Kvindehuset følger op på den indskrevne borgers forsørgelsesgrundlag.

Indikator 01.b	<i>Borgerne er i dagtilbud, grundskoletilbud, uddannelse, beskæftigelse, eller samværs- og aktivitetstilbud. Medfølgende børn på voksentilbud er i dag- eller grundskoletilbud.</i>
-----------------------	---

Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------

Bedømmelse af Indikator 01.b

I bedømmelsen er lagt vægt på fremsendt liste over indskrevne kvinder, hvoraf fremgår at over halvdelen af de indskrevne kvinder er uden arbejde.

I forhold til børnene, er der lagt vægt på dagbogsnotat for indskrevet kvinde, som angiver at kvindens barn bliver kørt til og fra sin folkeskole fra Kvindehuset. Det bekræftes af kvinden selv.

Indikator 01.c	<i>Udgået fra d. 1 januar 2017.</i>
-----------------------	-------------------------------------



	Temavurdering
	Selvstændighed og relationer <i>Et centralt mål med den sociale indsats er at understøtte, at borgerne i så høj grad som muligt indgår i sociale relationer og lever et selvstændigt liv i overensstemmelse med egne ønsker og behov.</i> <i>Et væsentligt led heri er, at tilbuddet medvirker til, at borgerne sikres mulighed for personlig udvikling og aktiv deltagelse i sociale aktiviteter og netværk, herunder at tilbuddet understøtter børnene og/eller de unge i at deltage i fritidsaktiviteter. Det er vigtigt, at tilbuddet medvirker til, at borgerne opnår de kompetencer, som dette kræver, og opnår færdigheder, der kan lette den daglige tilværelse, forbedre borgernes livskvalitet og fremme de enkelte borgers mulighed for så vidt muligt at kunne klare sig selv. For børn og/eller de unge gælder det, at tilbuddet forbereder dem til et selvstændigt voksenliv.</i> <i>Det er væsentligt, at tilbuddets indsats og aktiviteter er rettet imod disse mål, og at det afspejles i tilbuddets åbenhed mod samt involvering i og af det omkringliggende lokal- og civilsamfund.</i> <i>Det er ligeledes centralt for borgernes selvstændighed og relationer, at tilbuddet understøtter borgerne i deres relationer til familie og øvrige netværk. For børn og unge er det væsentligt, at tilbuddet har opmærksomhed på at understøtte gode relationer til eventuelle søskende og til venner. Det er desuden centralt, at børnene og/eller de unge har en fortrolig relation til en eller flere voksne, der har en positiv betydning for deres liv.</i>

Vurdering af tema

Socialtilsynet vurderer, at Kvindehuset i høj grad styrker borgernes sociale kompetencer og selvstændighed.

Socialtilsynet hæfter sig ved, at begge de indskrevne kvinder som socialtilsynet talte med, gav udtryk for, at det har stor, positiv betydning for kvinderne, at de kan tale med børnemedarbejderne om hvordan de som mødre skal håndtere deres børn, og hvordan de kan hjælpe deres børn med at håndtere at bo på krisecenter.

Socialtilsynet vurderer desuden, at Kvindehuset hjælper de indskrevne kvinder med afklaring og ordning af en lang række praktiske forhold som er nødvendige for kvindernes fremtidige selvstændighed, blandt andet kontakt til jobcenter, opskrivning på boliglister og lignende.

Gennemsnitlig vurdering	4,3
--------------------------------	-----

Udviklingspunkter

Kriterium 02	<i>Tilbuddet styrker borgernes kompetencer til at indgå i sociale relationer og opnå selvstændighed</i>
---------------------	---

Bedømmelse af kriterium



Socialtilsynet vurderer, at Kvindehuset i høj grad styrker borgernes sociale kompetencer og selvstændighed.

Der er lagt vægt på at begge de interviewede kvinder – som var mødre til mindre børn – gav udtryk for, at det har stor, positiv betydning for kvinderne, at de kan tale med børnemedarbejderne om hvordan de som mødre skal håndtere deres børn, og hvordan de kan hjælpe deres børn med at håndtere at bo på krisecenter.

Der er lagt vægt på fremsendt opholdsplan for indskrevet kvinde, som har underforståede mål om hvad der skal gøres, ligesom det fremgår af opholdsplanen, at medarbejderne har fulgt op på kvindens forhold omkring kvindens juridiske status, ligesom det tydeligt fremgår af dagbogsnotater for kvinden, at medarbejderne har hjulpet kvinden med kontakten til jobcenteret.

Der er i nogen grad lagt vægt på dagbogsnotater, som nævner, at adskillige indskrevne kvinder og medfølgende børn har været til cirkusforestilling, ligesom der i nogen grad er vægt på, at det fremsendte materiale ikke indikerer, at kvinderne og deres børn i høj grad indgår i aktiviteter i det omgivende samfund. Socialtilsynet konstaterer i den sammenhæng, at både dagbogsnotater og tilbagemeldingen fra de indskrevne kvinder indikerer, at der foregår et rigt socialt liv på tilbuddet og at dette er til gavn for både indskrevne kvinder og medfølgende børn.

Der er i nogen grad lagt vægt på, at Kvindehusets generelle regel er, at kvinderne ikke må have overnattende gæster og ikke må have mandlige gæster. Vi kan forstå de gode grunde til disse regler - men i denne sammenhæng opfatter vi det også som en mindre begrænsning af kvindernes muligheder for at have kontakt og samvær med familie og netværk. Vi hæfter os dog samtidig ved, at én af de indskrevne kvinder oplyste, at kvindens bedste veninde og venindens søster havde været på besøg, ligesom vi hæfter os ved at det fremgik af drøftelse på medarbejdernes personalemøde/konference, at Kvindehuset havde dispenseret fra sin normale regel om at der ikke må være overnattende gæster, og havde sagt ja til besøg fra familiemedlem for en konkret kvinde.

Indikator 02.a	<i>Tilbuddet opstiller i samarbejde med borgerne konkrete, individuelle mål i forhold til at understøtte udvikling af borgernes kompetencer til at indgå i sociale relationer og leve et så selvstændigt liv som muligt, og der følges op herpå.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------------

Bedømmelse af Indikator 02.a

I bedømmelsen er lagt vægt på fremsendt opholdsplan, som ikke direkte har formulerede mål, men hvor det tydeligt fremgår, at kvinden selv skal skrive sig op i to boligselskaber, og derefter vil kvindens sagsbehandler opskrive borgeren på boliglister. I samme opholdsplan er konkret formuleret mål om at kvinden skal kontakte jobcenter m.m. I forhold til opfølgning fremgår det af opholdsplanen, at medarbejderne har fulgt op på kvindens forhold omkring kvindens juridiske status, ligesom det tydeligt fremgår af dagbogsnotater for kvinden, at medarbejderne har hjulpet kvinden med kontakten til jobcenteret.

Indikator 02.b	<i>Borgerne indgår i sociale aktiviteter i det omgivende samfund.</i>
-----------------------	---

Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------

Bedømmelse af Indikator 02.b

I bedømmelsen er lagt vægt på dagbogsnotater, som nævner, at adskillige indskrevne kvinder og medfølgende børn har været til cirkusforestilling, det fremgår, at cirkuset og Kvindehuset har haft noget kontakt om dette. Der er i nogen grad lagt vægt på, at det fremsendte materiale ikke indikerer, at kvinderne og deres børn i høj grad indgår i aktiviteter i det omgivende samfund.

Indikator 02.c	<i>Borgerne har med udgangspunkt i deres ønsker og behov kontakt til og samvær med deres familie og netværk i dagligdagen.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------

Bedømmelse af Indikator 02.c

I bedømmelsen er lagt vægt på interview med kvinde, som fortalte, at hendes bedste veninde og venindens søster havde været på besøg.

Der er lagt vægt på overværelse af personalemøde/konference, hvor medarbejderne omtalte, at Kvindehuset havde dispenseret fra sin normale regel om at der ikke må være overnattende gæster, og havde sagt ja til besøg fra familiemedlem.

Der er på den anden side også lagt vægt på, at Kvindehusets generelle regel er, at kvinderne ikke må have overnattende gæster og ikke må have mandlige gæster. Vi kan forstå de gode grunde til disse regler - men i denne sammenhæng opfatter vi det også som en mindre begrænsning af kvindernes muligheder for at have kontakt og samvær med familie og netværk.



Indikator 02.d	Udgået fra d. 1 januar 2017.
Indikator 02.e	Udgået fra d. 1 januar 2017.



	Temavurdering
	Målgruppe, metoder og resultater <i>Det er afgørende for kvaliteten i tilbuddet, at der er et klart formål med indsatsen, og at tilbuddets metoder medvirker til at sikre borgernes trivsel og resulterer i den ønskede udvikling for borgerne.</i> <i>Det er derfor væsentligt, at tilbuddet kan redegøre for dets målsætning, målgruppe (r) og metoder. Herunder er det vigtigt, at tilbuddet kan redegøre for, hvordan og i hvilken grad de valgte metoder bidrager til opnåelse af de konkrete mål, som tilbuddet i samarbejde med borgerne sætter for de enkelte borgers udvikling og trivsel. De konkrete mål skal ses i sammenhæng med de mål, der er opstillet fra de anbringende eller visiterende kommuner.</i> <i>Endvidere er det afgørende for kvaliteten, at tilbuddet arbejder med resultatdokumentation og kan sandsynliggøre, at deres indsats opnår en forventet og positiv effekt.</i>

Vurdering af tema	
Socialtilsynet har ikke haft fokus på dette emne ved tilsynsbesøg i marts 2018, men har omvendt heller ikke fået oplysninger der giver grund til at tro, at tingene skulle have ændret sig væsentligt, siden sidste tilsynsbesøg i oktober 2017.	
Socialtilsynet vurderer, at Kvindehuset i høj grad arbejder med afsæt i en klar målgruppebeskrivelse, at arbejdet er systematisk, og at det foregår ud fra faglige tilgange og metoder, der fører til positive resultater for borgerne.	
Socialtilsynet konstaterer, at de interviewede kvinder tydeligt gav udtryk for, at de blev godt modtaget i Kvindehuset. I forhold til målgruppe vurderer socialtilsynet at målgruppen er tydeligt afgrænset jævnfør Servicelovens § 109, og at Kvindehuset kun har kvinder og børn boende, hvor sikkerheden for kvinder og børn er forsvarlig.	
Der er lagt vægt på, at der er god sammenhæng i dokumentationen fra Kvindehuset, at der er udmærket sammenhæng mellem Kvindehusets faglige tilgang og den indsats som finder sted. Socialtilsynet vurderer også, at Kvindehusets medarbejdere ud fra en faglig bevidst tilgang er i stand til at lære af indsatsen og forbedre den.	
Socialtilsynet vurderer, at Kvindehuset har et godt samarbejde med relevante, eksterne aktører, herunder sagsbehandlere fra handlekommuner og det lokale politi.	
Gennemsnitlig vurdering	5

Udviklingspunkter

Kriterium 03	<i>Tilbuddet arbejder med afsæt i en tydelig målgruppebeskrivelse systematisk med faglige tilgange og metoder, der fører til positive resultater for borgerne</i>
Bedømmelse af kriterium	



Socialtilsynet har ikke haft fokus på dette emne ved tilsynsbesøg i marts 2018, men har omvendt heller ikke fået oplysninger der giver grund til at tro, at tingene skulle have ændret sig væsentligt, siden sidste tilsynsbesøg i oktober 2017.

Socialtilsynet vurderer, at Kvindehuset i høj grad arbejder med afsæt i en klar målgruppebeskrivelse, at arbejdet er systematisk, og at det foregår ud fra faglige tilgange og metoder, der fører til positive resultater for borgerne.

I vurderingen er lagt vægt på tydeligt positive tilbagemeldinger fra de indskrevne kvinder om at de blev godt modtaget i Kvindehuset - en enkelt kvinde udtrykker endda, at hvis det ikke havde været for Kvindehuset, havde hun været død i dag. Der er lagt vægt på oplysninger fra tidligere tilsynsbesøg, hvor medarbejdere oplyste, at støttende samtaler med kvinderne, psykologsamtaler og livsgruppe med kvinderne er centralt i indsatsen, ligesom der er lagt vægt på, at der for børnene er legerum og specifik børnemedarbejder.

Socialtilsynet konstaterer dog samtidig, at de interviewede kvinder og medarbejderne oplyser, at én af indsatserne, nemlig den såkaldte "Livsgruppe", hvor kvinderne mødes og fortæller og drøfter deres liv og deres baggrund for at komme til Kvindehuset, har været udsat for flere aflysninger. Socialtilsynet konstaterer, at medarbejdere og ledelse er enige i, at dette er ærgerligt, når kvinderne forventer, at gruppen mødes jævnligt.

I forhold til målgruppe er der lagt vægt på, at både dokumentation og interviews tydeligt indikerer, at målgruppen er tydelig, nemlig kvinder med medfølgende børn der har været udsat for vold, jævnfør Servicelovens § 109. Det fremgår af dokumentation og interview med medarbejderne, at Kvindehuset kan viderevisitere kvinder, hvis Kvindehuset vurderer, at trusselsniveauet mod kvinderne er for højt.

Der er lagt vægt på, at der er god sammenhæng i dokumentationen – konkret vurderer socialtilsynet, at der er god sammenhæng mellem dagbogsnotater for konkret kvinde og fremsendt underretning til handlekommune om samme kvinde. Der er lagt vægt på at fremsendt opholdsplan for indskrevet kvinde overvejende har konkrete, klare mål.

I forhold til Kvindehusets læring og forbedring af indsatsen er der lagt vægt på at medarbejder overbevisende kunne redegøre for, hvorledes formuleringen af en konkret underretning til handlekommune var formuleret og hvorledes dette hang sammen med Kvindehusets narrative tilgang, som medarbejderne løbende fik opfrisket via deres supervisor. Socialtilsynet opfatter dette som udtryk for en fagligt bevidst tilgang, der er i stand til at lære af sin indsats og forbedre den.

Socialtilsynet vurderer, at Kvindehuset har et godt samarbejde med relevante, eksterne aktører. I vurderingen er lagt vægt på positiv tilbagemelding fra sagsbehandler, som fremhæver at Kvindehuset er meget organiserede og forberedte til opfølgingsmøder med sagsbehandler. Sagsbehandler fremhæver desuden, at det er sagsbehandlers oplevelse, at Kvindehuset har godt og tæt samarbejde med det lokale politi i forhold til kvindernes sikkerhed. Dette sidste stemmer overens med medarbejdernes tilbagemelding om samarbejde med politiet ved tilsynsbesøg i 2016. Socialtilsynet konstaterer i denne forbindelse, at sagsbehandler samtidig oplyser, at Kvindehusets tydelige markering af at maksimal opholdslængde er 3 måneder, set fra sagsbehandlers perspektiv, ikke altid er hensigtsmæssig, fordi det stresser kvinderne og fordi det kan risikere at give et brud i flowet, hvis handlekommune ikke har en bolig at tilbyde inden for de 3 måneder.

Indikator 03.a	<i>Tilbuddet anvender faglige tilgange og metoder, der er relevante i forhold til tilbuddets målsætning og målgrupper.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 03.a

Socialtilsynet har ikke haft fokus på dette emne ved tilsynsbesøg i marts 2018, men har omvendt heller ikke fået oplysninger der giver grund til at tro, at tingene skulle have ændret sig væsentligt, siden sidste tilsynsbesøg i oktober 2017.

I bedømmelsen er lagt vægt på tydeligt positive tilbagemeldinger fra de indskrevne kvinder om at de blev godt modtaget i Kvindehuset - en enkelt kvinde udtrykker endda, at hvis det ikke havde været for Kvindehuset, havde hun været død i dag. Der er lagt vægt på oplysninger fra tidligere tilsynsbesøg, hvor medarbejdere oplyste, at støttende samtaler med kvinderne, psykologsamtaler og livsgruppe med kvinderne er centralt i indsatsen, ligesom der er lagt vægt på, at der for børnene er legerum og specifik børnemedarbejder.

Socialtilsynet konstaterer dog samtidig, at de interviewede kvinder og medarbejderne oplyser, at én af indsatserne, nemlig den såkaldte "Livsgruppe", hvor kvinderne mødes og fortæller og drøfter deres liv og deres baggrund for at komme til Kvindehuset, har været udsat for flere aflysninger. Socialtilsynet konstaterer, at medarbejdere og ledelse er enige i, at dette er ærgerligt, når kvinderne forventer, at gruppen mødes jævnligt.



I forhold til målgruppe er der lagt vægt på, at både dokumentation og interviews tydeligt indikerer, at målgruppen er tydelig, nemlig kvinder med medfølgende børn der har været udsat for vold, jævnfør Servicelovens § 109. Det fremgår af dokumentation og interview med medarbejderne, at Kvindehuset kan viderevisitere kvinder, hvis Kvindehuset vurderer, at trusselsniveauet mod kvinderne er for højt.

Der er desuden lagt vægt på oplysninger fra tidligere tilsynsbesøg hvor medarbejdere, kvinder og dagbogsnotater samstemmende indikerede at tilbuddet tilbyder yoga, NADA/akupunktur og massage og der er lagt vægt på de indskrevne kvinders angivelse af at dette er godt.

Indikator 03.b	<i>Tilbuddet dokumenterer resultater med udgangspunkt i konkrete, klare mål for borgene til løbende brug for egen læring og forbedring af indsatsen.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------------

Bedømmelse af Indikator 03.b

Socialtilsynet har ikke haft fokus på dette emne ved tilsynsbesøg i marts 2018, men har omvendt heller ikke fået oplysninger der giver grund til at tro, at tingene skulle have ændret sig væsentligt, siden sidste tilsynsbesøg i oktober 2017.

I bedømmelsen er lagt vægt på, at fremsendt opholdsplan for indskrevet kvinde overvejende har konkrete, klare mål og at evalueringen af hvordan det går med at opfylde disse mål, også er tydelige. I forhold til Kvindehusets læring og forbedring af indsatsen er der lagt vægt på interviewet med medarbejderne, hvor medarbejder overbevisende kunne redegøre for, hvorledes formuleringen af en konkret underretning til handlekommune var formuleret og hvorledes dette hang sammen med Kvindehusets narrative tilgang, som medarbejderne løbende fik opfrisket via deres supervisor.

Indikator 03.d	<i>Tilbuddet samarbejder aktivt med relevante eksterne aktører for at understøtte, at målene for borgerne opnås.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------------

Bedømmelse af Indikator 03.d

Socialtilsynet har ikke haft fokus på dette emne ved tilsynsbesøg i marts 2018, men har omvendt heller ikke fået oplysninger der giver grund til at tro, at tingene skulle have ændret sig væsentligt, siden sidste tilsynsbesøg i oktober 2017.

I bedømmelsen er lagt vægt på tilbagemelding fra sagsbehandler, som angiver at sagsbehandler oplever et godt samarbejde med Kvindehuset, og sagsbehandler fremhæver at Kvindehuset er meget organiserede og forberedte til opfølgingsmøder med sagsbehandler. Sagsbehandler fremhæver desuden, at det er sagsbehandlers oplevelse, at Kvindehuset har godt og tæt samarbejde med det lokale politi i forhold til kvindernes sikkerhed. Dette sidste stemmer overens med medarbejdernes tilbagemelding om samarbejde med politiet ved tilsynsbesøg i 2016.

Socialtilsynet konstaterer i den sammenhæng, at sagsbehandler angiver at Kvindehusets tydelige markering af at maksimal opholdslængde er 3 måneder, set fra sagsbehandlers perspektiv, ikke altid er hensigtsmæssig, fordi det stresser kvinderne og fordi det kan risikere at give et brud i flowet, hvis handlekommune ikke har en bolig at tilbyde inden for de 3 måneder.



	Temavurdering
	Sundhed og Trivsel <i>Det er afgørende for kvaliteten, at tilbuddet understøtter borgernes fysiske og mentale sundhed og trivsel. Det er herunder vigtigt, at tilbuddets viden og indsats i forhold til borgernes sundhed og trivsel modsvarer målgruppens behov. Det kan for eksempel være i forhold til kost, motion, rygning og uhensigtsmæssig brug af rusmidler. Det er endvidere vigtigt, at tilbuddet respekterer borgernes værdighed, autonomi og integritet og herunder sikrer borgernes medinddragelse samt selv- og medbestemmelse vedrørende beslutninger om dem selv samt hverdagen i tilbuddet. Et væsentligt led heri er, at tilbuddet i sin pædagogiske indsats har fokus på at forebygge magtanvendelser, herunder dokumenterer og anvender viden fra eventuelle magtanvendelser til løbende læring og forbedring af indsatsen. Desuden er det væsentligt, at tilbuddet forebygger vold og overgreb. Herunder er det vigtigt, at tilbuddets medarbejdere både har relevant faglig viden om forebyggelse af vold og overgreb set i forhold til tilbuddets målgruppe, og at de kan handle hensigtsmæssigt ved bekymring, mistanke eller viden om overgreb.</i>

Vurdering af tema	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet i høj grad understøtter borgernes fysiske og mentale sundhed og trivsel. Socialtilsynet hæfter sig i den sammenhæng ved entydigt positive tilkendegivelser om Kvindehuset, fra de to kvinder som vi interviewede og ved at begge kvinderne nævnte betydningen af børnemedarbejderne og den støtte som de fik fra børnemedarbejderne om hvordan de som mødre kunne håndtere deres børn. Socialtilsynet vurderer ligeledes, at Kvindehuset gør en relevant indsats i forhold til kvindernes og børnenes fysiske og mentale sundhed. Socialtilsynet vurderer, at Kvindehuset i høj grad understøtter kvindernes selvbestemmelse og medbestemmelse. Også ved dette hæfter socialtilsynet sig ved de entydigt positive tilbagemeldinger fra de to kvinder som vi interviewede. Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets pædagogiske indsats understøtter, at der ikke forekommer vold og overgreb i tilbuddet. Socialtilsynet hæfter sig i denne sammenhæng ved konkret eksempel på at Kvindehuset afviste en mulig visitation, idet Kvindehuset vurderede, at den konkrete borgers ophold ville kompromittere sikkerheden og trygheden for de øvrige kvinder og børn på krisecenteret, at indskrevet kvinde tydeligt gav udtryk for at føle sig tryk i Kvindehuset og ved at medarbejderne oplyste, at der siden sidste tilsynsbesøg er sat sikringer på samtlige vinduer. Socialtilsynet hæfter sig desuden ved, at medarbejderne er opmærksomme på, og også gør en indsats for, at de indskrevne kvinders og børns indbyrdes samspil bliver så harmonisk som muligt.	
Gennemsnitlig vurdering	4,7

Udviklingspunkter

Kriterium 04	Tilbuddet understøtter borgernes selv- og medbestemmelse.
Bedømmelse af kriterium	



Socialtilsynet vurderer, at Kvindehuset i høj grad understøtter kvindernes selvbestemmelse og medbestemmelse.

I vurderingen er lagt vægt på entydigt positive tilbagemeldinger fra de to kvinder som vi interviewede. En kvinde nævnte, at medarbejderne har taget godt imod kvinden, den anden kvinde udtrykker det på den måde, at alle smiler, alle hjælper og der er morgenmad og massage, så det er perfekt.

Der er yderligere lagt vægt på, at der ikke ved overværelse af personalemøde/konference var nogen tegn på at kvinderne og deres børn ikke skulle blive respekteret af medarbejderne, når medarbejderne talte om kvinderne og børnene indbyrdes. Og der er lagt vægt på formulering om indskrevet kvindes barn i opholdsplan, hvor det er formuleret, at barnet er i stand til at sætte sine egne grænser og barnet er også i stand til at afprøve mors grænsesætning og barnet viser tydeligt, når barnet ikke er enig i mors udmeldinger. Socialtilsynet opfatter dette som en yderst anerkendende måde at formulere forholdet på.

Der er i mindre grad lagt vægt på oplysninger fra tidligere tilsyn om, at kvinderne i lav grad har indflydelse på de overordnede regler om at kvinderne som udgangspunkt skal være hjemme inden 23 om aftenen, at kun kvindelige gæster er tilladt på kvindens eget værelse og indtil kl. 22.45 osv. Baggrunden for at vi kun i mindre grad lægger vægt på dette er, at de kvinder som vi interviewede ved tilsynsbesøget, på ingen måde gav udtryk for utilfredshed med de overordnede regler og rammer, ligesom den ene af de to kvinder nævnte, at hun nogle gange spiste aftensmad med anden kvinde fra etagen nedenunder, altså et eksempel på hvordan kvinden selv strukturerer sin hverdag.

Indikator 04.a	<i>Borgerne bliver hørt, respekteret og anerkendt.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 04.a

I bedømmelsen er lagt vægt på entydigt positive tilbagemeldinger fra de to kvinder som vi interviewede. En kvinde nævnte, at medarbejderne har taget godt imod kvinden, den anden kvinde udtrykker det på den måde, at alle smiler, alle hjælper og der er morgenmad og massage, så det er perfekt.

Der er yderligere lagt vægt på, at der ikke ved overværelse af personalemøde/konference var nogen tegn på at kvinderne og deres børn ikke skulle blive respekteret af medarbejderne, når medarbejderne talte om kvinderne og børnene indbyrdes. Og der er lagt vægt på formulering om indskrevet kvindes barn i opholdsplan, hvor det er formuleret, at barnet er i stand til at sætte sine egne grænser og barnet er også i stand til at afprøve mors grænsesætning og barnet viser tydeligt, når barnet ikke er enig i mors udmeldinger.

Indikator 04.b	<i>Borgerne inddrages i og har indflydelse på beslutninger vedrørende sig selv og hverdagen i tilbuddet i overensstemmelse med deres ønsker og behov.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 04.b

Der er på den ene side lagt vægt på oplysninger fra tidligere tilsyn om, at kvinderne i lav grad har indflydelse på de overordnede regler om at kvinderne som udgangspunkt skal være hjemme inden 23 om aftenen, at kun kvindelige gæster er tilladt på kvindens eget værelse og indtil kl. 22.45 osv.

Der er dog på den anden side også lagt vægt på, at de kvinder som vi interviewede ved tilsynsbesøget, på ingen måde gav udtryk for utilfredshed med de overordnede regler og rammer. En af kvinderne nævnte, at Kvindehuset er perfekt, for alle smiler, alle hjælper og der er morgenmad og massage. Den samme kvinde nævnte også, at hun nogle gange spiste aftensmad med anden kvinde fra etagen nedenunder, altså et eksempel på hvordan kvinden selv strukturerer sin hverdag.

Kriterium 05	<i>Tilbuddet understøtter borgernes fysiske og mentale sundhed og trivsel</i>
Bedømmelse af kriterium	



Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet i høj grad understøtter borgernes fysiske og mentale sundhed og trivsel.

I vurderingen er lagt vægt på entydigt positive tilkendegivelser om Kvindehuset, fra de to kvinder som vi interviewede. Den ene kvinde udtrykte det på den måde, at alle smiler, alle hjælper, der er morgenmad og massage, det er ligesom et hotel. En af kvinderne gav klart udtryk for at hun er tryk ved stedet og føler sig sikker. Særligt hæfter vi os ved, at begge kvinderne nævnte betydningen af børnemedarbejderne og den støtte som de fik fra børnemedarbejderne om hvordan de som mødre kunne håndtere deres børn; snakke med deres børn om hvordan det er at bo på krisecenter. Kvinderne gav ligeledes udtryk for i meget høj grad selv at blive hjulpet.

Socialtilsynet konstaterer – men lægger ikke vægt på - drøftelse af indskrevet kvinde ved personalemøde/konference, hvoraf det fremgik, at kvinden i lav trivedes og at at kvindens kontaktemedarbejder var bekymret på grund af kvindens udtryk for håbløshed og hjælpeløshed. Socialtilsynet lægger ikke vægt på dette, idet vi opfatter det som et eksempel på de vanskeligheder som de indskrevne kvinder kan have, og ikke som udtryk for en lav kvalitet i Kvindehusets indsats.

Der er lagt vægt på, at det indirekte fremgik at medarbejdernes drøftelse til personalemøde, at der var samarbejde mellem Kvindehuset og psykiater i forhold til konkret kvinde.

Der er supplerende lagt vægt på oplysninger fra tilsyn i 2017, specifikt flere dagbogsnotater som angav lægetider for indskrevne kvinder og et dagbogsnotat som angav, at kvinde og medarbejder i fællesskab ledte efter akuttandlæge til indskrevet kvindes barn, hvilket jo i høj grad indikerer at Kvindehuset gør en indsats i forhold til kvindernes og de medfølgende børns fysiske sundhed.

Indikator 05.a	<i>Borgerne trives i tilbuddet.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 05.a

I bedømmelsen er lagt vægt på entydigt positive tilkendegivelser om Kvindehuset, fra de to kvinder som vi interviewede. Den ene kvinde udtrykte det på den måde, at alle smiler, alle hjælper, der er morgenmad og massage, det er ligesom et hotel. En af kvinderne gav klart udtryk for at hun er tryk ved stedet og føler sig sikker. Begge kvinderne understregede desuden børnemedarbejdernes positive betydning for både kvinderne selv og deres børn.

Der er på den anden side også lagt vægt på drøftelse af indskrevet kvinde ved personalemøde/konference, hvoraf det fremgik, at kvinden i lav trivedes og at at kvindens kontaktemedarbejder var bekymret på grund af kvindens udtryk for håbløshed og hjælpeløshed. Det skal i den forbindelse tilføjes, at socialtilsynet ikke betragter kvindens mangel på trivsel som udtryk for en lav kvalitet i Kvindehusets indsats.

Indikator 05.b	<i>Borgerne har med støtte fra tilbuddet adgang til relevante sundhedsydelser.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 05.b

I bedømmelsen er lagt vægt på medarbejdernes drøftelse af indskrevet kvinde til personalemøde, hvor det fremgik, at der var samarbejde mellem Kvindehuset og psykiater, hvilket jo indikerer, at kvinden kommer til psykiater.

Der er desuden lagt vægt på oplysninger fra tilsyn i 2017, specifikt dagbogsnotater for indskrevet kvinde, som angav to lægetider for kvinden, ligesom flere dagbogsnotater for anden kvinde, angav at kvinden havde fået tid hos lægen efter være blevet overfaldet, ligesom dagbogsnotaterne kom ind på indskrevet kvindes barn, som havde tand smerter, hvor Kvindehuset forsøgte at kontakte akuttandlæge, overvejede at give taxaboner til kvinden så hun kunne køre til tandlæge, men hvor det viste sig at kunne klares med smertestillende henover natten.

Indikator 05.c	<i>Tilbuddets viden og indsats vedrørende borgernes fysiske og mentale sundhed, modsvarer borgernes behov.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 05.c

Der er lagt vægt på entydigt positive tilkendegivelser om Kvindehuset fra de to kvinder som vi interviewede. Særligt hæfter vi os ved, at begge kvinderne nævnte betydningen af børnemedarbejderne og den støtte som de fik fra børnemedarbejderne om hvordan de som mødre kunne håndtere deres børn; snakke med deres børn om hvordan det er at bo på krisecenter. Kvinderne gav ligeledes udtryk for i meget høj grad selv at blive hjulpet.

Der er derudover lagt vægt på oplysninger fra tilsyn i 2017, specifikt flere dagbogsnotater som angav lægetider for indskrevne kvinder og et dagbogsnotat som angav, at kvinde og medarbejder i fællesskab ledte efter akuttandlæge til indskrevet kvindes barn. Fra 2017 var der desuden underretning til handlekommune for indskrevet kvinde og

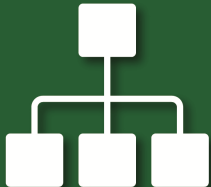


hendes børn, hvori Kvindehuset anbefalede at kvinden fik tilbudt psykologhjælp for at få bearbejdet sine oplevelser med vold.

Kriterium 07	<i>Tilbuddet forebygger vold og overgreb</i>
Bedømmelse af kriterium	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets pædagogiske indsats understøtter, at der ikke forekommer vold og overgreb i tilbuddet. I vurderingen er lagt vægt på generelle dagbogsnotater som beskriver hvordan Kvindehuset afviste en mulig visitation, formidlet af Københavns politi, hvor der var mistanke om mulig vold fra rocker- og bandemiljøet i København, og i øvrigt foreslog et krisecenter som ligger længere væk fra København. Det fremgår, at Kvindehuset vurderede, at denne indskrivning kunne kompromittere sikkerheden for Kvindehuset. Der er lagt vægt på at indskrevet kvinde tydeligt gav udtryk for at føle sig tryk i Kvindehuset og der er lagt vægt på medarbejdernes oplysning om, at der siden sidste tilsynsbesøg er sat sikringer på samtlige vinduer. I forhold til kvindernes og medfølgende børns interne samspil i Kvindehuset, er der lagt vægt på medarbejdernes oplysning om, at medarbejderne er blevet mere synlige på 1. sal, ligesom medarbejderne til personalemødet gav udtryk for en opmærksomhed over for, hvordan kvinderne og børnene indbyrdes agerer. Dette understøttes af dagbogsnotater for indskrevet kvinde, som beskriver, at kvinden greb hårdt fat i anden kvindes barn og at socialfaglig leder 6 dage efter dette har en samtale med kvinden, hvor socialfaglig leder fraråder kvinden at tage fat i andre kvinders børn og henviser kvinden til at trække sit eget barn væk eller til at kontakte barnets mor eller medarbejderne, hvis kvinden oplever adfærd fra anden kvindes barn, som hun ikke bryder sig om. Fra tidligere tilsyn er der lagt vægt på velkomstmappe og dagbogsnotater som indikerer, at kun kvindelige gæster er tilladt, at kvinderne skal give besked til medarbejderne hvis de får gæster, og at gæster skal forlade Kvindehuset senest 22.45, ligesom der er lagt vægt på oplysninger fra tidligere tilsyn fra leder om at medarbejderne indskræper over for kvinderne, at hverken kvinder eller børn må foretage videoopkald (facetime og lignende) i fællesrum hvor andre kvinder, børn eller medarbejdere er til stede - baggrunden er, at sådanne videoopkald ville kunne kompromittere sikkerheden for andre kvinder og børn og for Kvindehuset generelt.	
Indikator 07.a	<i>Tilbuddets pædagogiske indsats understøtter, at der ikke forekommer vold eller overgreb i tilbuddet.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 07.a	
I bedømmelsen er lagt vægt på generelle dagbogsnotater som beskriver hvordan Kvindehuset afviste en mulig visitation, formidlet af Københavns politi, hvor der var mistanke om mulig vold fra rocker- og bandemiljøet i København, og i øvrigt foreslog et krisecenter som ligger længere væk fra København. Det fremgår, at Kvindehuset vurderede, at denne indskrivning kunne kompromittere sikkerheden for Kvindehuset. Der er lagt vægt på at indskrevet kvinde tydeligt gav udtryk for at føle sig tryk i Kvindehuset og der er lagt vægt på medarbejdernes oplysning om, at der siden sidste tilsynsbesøg er sat sikringer på samtlige vinduer. I forhold til kvindernes og medfølgende børns interne samspil i Kvindehuset, er der lagt vægt på medarbejdernes oplysning om, at medarbejderne er blevet mere synlige på 1. sal, ligesom medarbejderne til personalemødet gav udtryk for en opmærksomhed over for, hvordan kvinderne og børnene indbyrdes agerer. Dette understøttes af dagbogsnotater for indskrevet kvinde, som beskriver, at kvinden greb hårdt fat i anden kvindes barn og at socialfaglig leder 6 dage efter dette har en samtale med kvinden, hvor socialfaglig leder fraråder kvinden at tage fat i andre kvinders børn og henviser kvinden til at trække sit eget barn væk eller til at kontakte barnets mor eller medarbejderne, hvis kvinden oplever adfærd fra anden kvindes barn, som hun ikke bryder sig om. Fra tidligere tilsyn er der lagt vægt på velkomstmappe og dagbogsnotater som indikerer, at kun kvindelige gæster er tilladt, at kvinderne skal give besked til medarbejderne hvis de får gæster, og at gæster skal forlade Kvindehuset senest 22.45, ligesom der er lagt vægt på oplysninger fra tidligere tilsyn fra leder om at medarbejderne indskræper over for kvinderne, at hverken kvinder eller børn må foretage videoopkald (facetime og lignende) i fællesrum hvor andre kvinder, børn eller medarbejdere er til stede - baggrunden er, at sådanne videoopkald ville kunne kompromittere sikkerheden for andre kvinder og børn og for Kvindehuset generelt.	
Indikator 07.b	<i>Udgået fra d. 1 januar 2017.</i>





Temavurdering	
	Organisation og ledelse
	<i>En væsentlig forudsætning for kvaliteten af sociale tilbud er en hensigtsmæssig organisering samt en kompetent og ansvarlig ledelse. En kompetent og ansvarlig ledelse er blandt andet kendetegnet ved at drive tilbuddet fagligt og økonomisk forsvarligt, sætte rammerne for tilbuddets strategiske udvikling og varetage den daglige drift.</i>

Vurdering af tema

Socialtilsynet vurderer, at Kvindehuset er veldrevet, og at ledelsen er kompetent, nærværende og handlekraftig. Socialtilsynet vurderer i den forbindelse, at både leder og stedfortræder er veluddannede, kompetente, har lang erfaring og er tilgængelige for medarbejderne. Socialtilsynet vurderer da også at tilbuddets daglige drift varetages kompetent. Socialtilsynet hæfter sig i den forbindelse ved, at de to kvinder som vi talte med under tilsynsbesøget, begge udtrykte, at de i høj grad blev hjulpet af medarbejderne - blandt andet i forhold til hvordan kvinderne skulle agere over for deres børn som jo også boede på krisecenteret.

Gennemsnitlig vurdering

5

Udviklingspunkter**Kriterium 08***Tilbuddet har en kompetent ledelse***Bedømmelse af kriterium**

Socialtilsynet vurderer, at Kvindehuset i høj grad har en kompetent ledelse.

I vurderingen er lagt vægt på leders store erfaring, idet leder har arbejdet i Kvindehuset i lidt over 20 år. Der er lagt vægt på at leder er veluddannet, både i forhold til det sundhedsfaglige, det terapeutiske og det ledelsesmæssige.

Der er lagt vægt på at den socialfaglige leder er uddannet som socialpædagog, at hun har lang erfaring og at hun på rolig og kompetent vis styrede det personalemøde som vi havde mulighed for at overvære, ligesom det fremgik af interview med socialfaglig leder og medarbejder, at socialfaglig leder fast deltager i visitationen af kvinder til krisecenteret. Den socialfaglige leder fremstod i høj grad rolig og dygtig, blandt andet ved sin advisering til medarbejdergruppen og til flere indskrevne kvinder, om at socialtilsynet var på uanmeldt tilsynsbesøg. Dette indtryk bekræftes af dagbogsnotater, blandt andet en rundsendt besked til medarbejdere om, at socialfaglig leder skal ind over samtlige visitationssamtaler.

Der er lagt vægt på overværet personalemøde, hvor medarbejdere fik faglig sparring på sager/problematikker, både fra hinanden og fra socialfaglig leder (forstander var på tidspunktet for tilsynsbesøget på ferie).

I forhold til ekstern supervision, er der lagt vægt på oplysninger fra tilsyn i 2017, hvor både medarbejdere og ledelse oplyste, at de modtog ekstern supervision fra Kvindehusets supervisor gennem mange år, som superviserer ud fra en narrativ tilgang.

Socialtilsynet konstaterer desuden – men uden at lægge vægt på det – at på tidspunktet for tilsynsbesøget var leder optaget af at komme til bunds i en episode, hvor en indskrevet kvinde gav udtryk for at være blevet behandlet uhøfligt af en medarbejder. Socialtilsynet vurderer på et helt foreløbigt grundlag, at lederens ageren i denne sag fremstår relevant.

Indikator 08.a*Ledelsen har relevante kompetencer i forhold til at lede tilbuddet.*



Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 08.a	
I bedømmelsen er lagt vægt på leders store erfaring, idet leder har arbejdet i Kvindehuset i lidt over 20 år. Der er lagt vægt på at leder er veluddannet, både i forhold til det sundhedsfaglige, det terapeutiske og det ledelsesmæssige. Der er lagt vægt på at socialfaglig leder er uddannet som socialpædagog, at hun har lang erfaring og at den socialfaglige leder på rolig og kompetent vis styrede det personalemøde som vi havde mulighed for at overvære, ligesom det fremgik af interview med socialfaglig leder og medarbejder, at den socialfaglige leder fast deltager i visitationen af kvinder til krisecenteret. Den socialfaglige leder fremstod i høj grad rolig og dygtig, blandt andet ved sin adviserende til medarbejdergruppen og til flere indskrevne kvinder, om at socialtilsynet var på uanmeldt tilsynsbesøg. Dette indtryk bekræftes af dagbogsnotater, blandt andet en rundsendt besked til medarbejdere om, at den socialfaglige leder skal ind over samtlige visitationssamtaler.	
Indikator 08.b	<i>Tilbuddet benytter sig af ekstern faglig supervision eller anden form for sparring for ledelse og medarbejdere.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 08.b	
I bedømmelsen er lagt vægt på overværet personalemøde, hvor medarbejdere fik faglig sparring på sager/problematikker, både fra hinanden og fra stedfortræder (forstander var på tidspunktet for tilsynsbesøget på ferie). I forhold til ekstern supervision, er der lagt vægt på oplysninger fra tilsyn i 2017, hvor både medarbejdere og ledelse oplyste, at de modtog ekstern supervision fra Kvindehusets supervisor gennem mange år, som supervisorer ud fra en narrativ tilgang. Medarbejdere oplyste, at supervisionen er cirka hver 10 uge, varer 3 timer og at socialfaglige medarbejdere (dvs. ikke nattevagter) deltager i supervisionen, ligesom der er lagt vægt på mail fra leder kort efter tilsynsbesøget i 2017 om, at Kvindehuset søgte efter ny supervisor til nattevagterne.	

Kriterium 09	<i>Tilbuddets daglige drift varetages kompetent</i>
Bedømmelse af kriterium	
Socialtilsynet vurderer, at Kvindehusets daglige drift i høj grad varetages kompetent. I vurderingen er lagt vægt på positive tilbagemeldinger om medarbejderne fra de to kvinder som vi talte med: Kvinderne nævnte at medarbejderne var tilgængelige, den ene kvinde nævnte, at hun var blevet taget godt imod på krisecenteret, og kvinden nævnte at medarbejderne hjalp hende med kontakt til sagsbehandler og at børnemedarbejderen havde hjulpet kvinden meget i forhold til hvordan kvinden skulle hjælpe hendes barn med at forholde sig til at være kommet på krisecenter. Der er lagt vægt på oplysninger fra medarbejder og socialfaglig leder om at medarbejderne sørger for at være synlige og tilgængelige på begge etager og at der er etableret personalekontor på 1. sal netop for at sikre en synlighed og en tilgængelighed af medarbejdere på begge etager. Baggrunden er, at det tidligere har været et problem, at der så at sige blev etableret en slags parallel kultur, når medarbejderne var mindre synlige. Der er lagt vægt på, at den socialfaglige leder agerede roligt, kompetent og erfarent under personalemødet. Der er ligeledes lagt vægt på at medarbejder og socialfaglig leder drøftede aktuelle og relevante dilemmaer, bekymringer og udfordringer som de forskellige medarbejdere havde i forhold til konkrete beboere, under personalemødet. Der er lagt vægt den lave personalegennemstrømning som fremgår af fremsendt medarbejderliste. Der er ligeledes lagt vægt på at det fremsendte materiale og tilsynsbesøget ikke har indikeret noget væsentligt sygefravær.	
Indikator 09.a	<i>Borgerne har i forhold til deres behov tilstrækkelig kontakt til personale med relevante kompetencer.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 09.a	
I bedømmelsen er lagt vægt på positive tilbagemeldinger om medarbejderne fra de to kvinder som vi talte med: Kvinderne nævnte at medarbejderne var tilgængelige, den ene kvinde nævnte, at hun var blevet taget godt imod på	



krisecenteret, og kvinden nævnte at medarbejderne hjalp hende med kontakt til sagsbehandler og at børnemedarbejderen havde hjulpet kvinden meget i forhold til hvordan kvinden skulle hjælpe hendes barn med at forholde sig til at være kommet på krisecenter.

Der er lagt vægt på oplysninger fra medarbejder og socialfaglig leder om at der fortsat er morgenmad og eftermiddagskaffe, hvor medarbejderne sørger for at være synlige og tilgængelige på begge etager - og at kvinderne ofte og gerne kommer. Ligeledes at der er lavet personalekontor på 1. sal - igen for at sikre en synlighed og en tilgængelighed af medarbejdere på begge etager.

Indikator 09.b	<i>Personalegennemstrømningen på tilbuddet er ikke på højere niveau end sammenlignelige arbejdspladser.</i>
-----------------------	---

Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------------

Bedømmelse af Indikator 09.b

I bedømmelsen er lagt vægt på fremsendt medarbejderliste, hvoraf fremgår, at der på tidspunktet for tilsynsbesøget var 17 medarbejdere (fraregnet to vikarer) og at én medarbejder er fratrådt inden for det sidste år. Det giver en personalegennemstrømning på 5,9 % hvad der ikke kan siges at være højt.

Indikator 09.c	<i>Sygefraværet blandt medarbejderne er ikke på højere niveau end sammenlignelige arbejdspladser.</i>
-----------------------	---

Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------------

Bedømmelse af Indikator 09.c

Der er i bedømmelsen lagt vægt på oplysninger fra tilsyn i 2017 som angav et gennemsnitligt sygefravær på lidt under 2 procent, altså cirka 4 sygefraværsdage om året i gennemsnit per medarbejder.

Der er lagt vægt på at det fremsendte materiale ikke indikerer noget væsentligt sygefravær.

Der er lagt vægt på oplysninger fra leder om, at en medarbejder er deltidssygemeldt - socialtilsynet vurderer dog ikke at en enkelt deltidssygemelding indikerer et højere sygefravær end på sammenlignelige arbejdspladser.



	Temavurdering
	Kompetencer <i>Det er afgørende for kvaliteten i tilbuddet, at tilbuddets medarbejdere har de faglige, relationelle og personlige kompetencer, der er nødvendige i forhold til tilbuddets målsætninger og målgruppe, de metoder tilbuddet anvender, samt borgernes aktuelle behov. Herunder skal børn og unge sikres en tryk hverdag og opvækst med nære og stabile relationer.</i> <i>Udover tilbuddets aktuelle kompetenceniveau er det vigtigt, at tilbuddet har strategisk fokus på, hvordan de nødvendige kompetencer sikres på såvel kort som langt sigt, samt hvordan eventuelle specialistkompetencer kan tilvejebringes.</i> <i>Det er et vigtigt aspekt af kvaliteten af et tilbud, at medarbejderne møder borgerne med respekt for den enkeltes behov og forudsætninger samt har fokus på borgernes retssikkerhed.</i>

Vurdering af tema	
Socialtilsynet har ikke haft fokus på dette emne ved tilsynsbesøg i marts 2018, men har omvendt heller ikke fået oplysninger der giver grund til at tro, at tingene skulle have ændret sig væsentligt, siden sidste tilsynsbesøg i oktober 2017.	
Socialtilsynet vurderer, at medarbejderne i Kvindehuset i Lyngby er kompetente i forhold til målgruppens behov og tilbuddets metoder.	
Socialtilsynet konstaterer i den forbindelse, at medarbejderne overbevisende kunne redegøre for valg og dilemmaer i forhold til formulering af underretning om indskrevet kvinde, ligesom socialtilsynet konstaterer, at tonen i dagbogsnotater, opholdsplaner og lignende gennemgående er sober, respektfuld og afbalanceret.	
Socialtilsynet konstaterer i den forbindelse, at en stor del af medarbejderne er uddannede pædagoger eller socialrådgivere, at en del af medarbejderne har taget forskellige efter- eller videreuddannelser, at hovedparten af medarbejderne i 2017 har gennemgået større kursusforløb om mentaliseringsbaseret terapi, og at leder oplyser, at medarbejderne i 2018 skal gennemgå kursusforløb om den narrative tilgang.	
Socialtilsynet har i mindre grad lagt vægt på de indskrevne kvinders tilbagemelding, idet denne tilbagemelding var blandet hvad angik medarbejdernes kompetencer.	
Gennemsnitlig vurdering	5

Udviklingspunkter

Kriterium 10	<i>Tilbuddets medarbejdere besidder relevante kompetencer i forhold til målgruppens behov og tilbuddets metoder</i>
Bedømmelse af kriterium	



Socialtilsynet har ikke haft fokus på dette emne ved tilsynsbesøg i marts 2018, men har omvendt heller ikke fået oplysninger der giver grund til at tro, at tingene skulle have ændret sig væsentligt, siden sidste tilsynsbesøg i oktober 2017.

Socialtilsynet vurderer, at medarbejderne i Kvindehuset i Lyngby er kompetente i forhold til målgruppens behov og tilbuddets metoder. I vurderingen er lagt vægt på, at en stor del af medarbejderne er uddannede pædagoger eller socialrådgivere. Der er desuden lagt vægt på at medarbejderne overbevisende kunne redegøre for ordvalg og opstilling af underretning om konkret indskrevet kvinde og hvorledes underretningen lagde sig op ad en narrativ tilgang, og der er lagt vægt på medarbejders kontakt til indskrevet kvindes barn.

Der er desuden lagt vægt på, at en del af medarbejderne har taget forskellige efter- eller videreuddannelser og der er lagt vægt på at hovedparten af medarbejderne i 2017 har gennemgået større kursusforløb om mentaliseringsbaseret terapi, og der er lagt vægt på leders oplysning om, at medarbejderne i 2018 skal gennemgå kursusforløb om den narrative tilgang.

Der er i mindre grad lagt vægt på kvindernes tilbagemelding om medarbejderne, idet denne tilbagemelding var tvetydig. Nogle af kvinderne udtrykte en kritik af medarbejdernes evne til at planlægge, strukturere eller følge op på opgaver, men samtidig gav én af kvinderne også et eksempel på vedholdenhed fra en medarbejders side, ligesom kvinderne gav udtryk for, at i de tilfælde hvor der var opstået interne konflikter mellem indskrevne kvinder, havde medarbejderne været dygtige til at tage hånd om dét.

Socialtilsynet konstaterer desuden at tonen i dagbogsnotater, opholdsplaner og lignende gennemgående er sober, respektfuld og afbalanceret.

Indikator 10.a	<i>Medarbejdergruppen har samlet set relevant uddannelse, opdateret viden og erfaring med målgruppen og tilbuddets metoder.</i>
-----------------------	---

Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------------

Bedømmelse af Indikator 10.a

Socialtilsynet har ikke haft fokus på dette emne ved tilsynsbesøg i marts 2018, men har omvendt heller ikke fået oplysninger der giver grund til at tro, at tingene skulle have ændret sig væsentligt, siden sidste tilsynsbesøg i oktober 2017.

I vurderingen er lagt vægt på de positive tilbagemeldinger fra både indskrevne kvinder og sagsbehandlere fra handlekommuner, der er lagt vægt på oplysningerne fra medarbejdere om at de fornyligt havde haft temadag om udviklingspsykologi og mentalisering, og der er lagt vægt på oversigt fra tilbuddet over medarbejdere, som viser at en del af medarbejderne har forskellige efter- og videreuddannelser.

Indikator 10.b	<i>Det er afspejlet i medarbejdernes samspil med borgerne, at medarbejderne har relevante kompetencer.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------------

Bedømmelse af Indikator 10.b

Socialtilsynet har ikke haft fokus på dette emne ved tilsynsbesøg i marts 2018, men har omvendt heller ikke fået oplysninger der giver grund til at tro, at tingene skulle have ændret sig væsentligt, siden sidste tilsynsbesøg i oktober 2017.

I bedømmelsen er primært lagt vægt på samstemmende dagbogsnotater og oplysninger fra børnefaglig medarbejder om hvordan den børnefaglige medarbejder skabte mulighederne for, og indgik i en relation til et medfølgende barn til en indskrevet kvinde. Socialtilsynet hæfter sig i den forbindelse særligt ved, at den børnefaglige medarbejder inviterede til en fortrolig relation til barnet og at barnet ved udflytningen fra Kvindehuset og afskeden med den børnefaglige medarbejder, lod til at udtrykke glæde over den tid og den kontakt som barnet havde haft med medarbejderen.

Der er i mindre grad lagt vægt på kvindernes tilbagemelding om medarbejderne, idet denne tilbagemelding var tvetydig. Nogle af kvinderne udtrykte en kritik af medarbejdernes evne til at planlægge, strukturere eller følge op på opgaver, men samtidig gav én af kvinderne også et eksempel på vedholdenhed fra en medarbejders side, ligesom kvinderne gav udtryk for, at i de tilfælde hvor der var opstået interne konflikter mellem indskrevne kvinder, havde medarbejderne været dygtige til at tage hånd om dét.



Kriterium 11	Udgået med underliggende indikatorer fra d. 1 januar 2017.
Kriterium 12	Udgået med underliggende indikatorer fra d. 1 januar 2017.
Kriterium 13	Udgået med underliggende indikatorer fra d. 1 januar 2017.



	Temavurdering
	Fysiske rammer <i>De fysiske rammer udgør en central del af et tilbud, både som ramme om borgernes liv og som ramme om den indsats, der finder sted. Det er derfor væsentligt, at tilbuddets omgivelser, indretning, faciliteter og stand understøtter målgruppens behov og formålet med indsatsen, herunder at de fysiske rammer inde og ude tilgodeser borgernes trivsel og tryghed samt ret til privatliv.</i>

Vurdering af tema	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets fysiske rammer i høj grad understøtter borgernes udvikling og trivsel. De indskrevne kvinder føler sig trygge i tilbuddet. De fysiske rammer er rummelige og hyggeligt og funktionelt indrettede. Det fremgår desuden kvinderne - og deres børn - sætter pris på legepladsen udenfor.	
Gennemsnitlig vurdering	5

Udviklingspunkter

Kriterium 14	Tilbuddets fysiske rammer understøtter borgernes udvikling og trivsel
Bedømmelse af kriterium	
Socialtilsynet vurderer, at de fysiske rammer og faciliteter i høj grad imødekommer kvindernes og de medfølgende børns behov. I vurderingen er lagt vægt på positive tilbagemeldinger fra de to kvinder som vi interviewede. Én af kvinderne nævnte blandt andet den gode legeplads udenfor, ligesom én af kvinderne nævnte, at hun er tryk ved stedet og føler sig sikker i Kvindehuset. Der er lagt vægt på, at de fælles lokaler fremstår hyggelige, rengjorte og vedligeholdte og at hver kvinde/familie har en lille lejlighed med bad og toilet til sig selv - køkken og lignende er fælles. Der er lagt vægt på at der er opsat kamera ved døren, så medarbejdere kan se, hvem de lukker ind, og at der er sikringer for alle vinduer, så uvedkommende ikke kan få adgang. Dette opfatter vi som en imødekommen af kvindernes og børnenes behov for tryghed og sikkerhed.	
Indikator 14.a	Borgerne trives i de fysiske rammer.
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 14.a	
I bedømmelsen er lagt vægt på positive tilbagemeldinger fra de to kvinder som vi interviewede. Én af kvinderne nævnte blandt andet den gode legeplads udenfor, ligesom én af kvinderne nævnte, at hun er tryk ved stedet og føler sig sikker i Kvindehuset.	
Indikator 14.b	De fysiske rammer og faciliteter imødekommer borgernes særlige behov.
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)



Bedømmelse af Indikator 14.b

I bedømmelsen er lagt vægt på to indskrevne kvinders positive tilkendegivelser om Kvindehuset, herunder at den ene kvinde specifikt nævnte, at hun er tryk ved stedet og føler sig sikker i Kvindehuset.

Der er lagt vægt på, at de fælles lokaler fremstår hyggelige, rengjorte og vedligeholdte og at hver kvinde/familie har en lille lejlighed med bad og toilet til sig selv - køkken og lignende er fælles.

Der er lagt vægt på at der er opsat kamera ved døren, så medarbejdere kan se, hvem de lukker ind, og at der er sikringer for alle vinduer, så uvedkommende ikke kan få adgang. Dette opfatter vi som en imødekommen af kvindernes og børnenes behov for tryk og sikkerhed.



Økonomisk Tilsyn

Socialtilsynets vurdering af tilbuddets økonomi

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet er økonomisk bæredygtigt, at tilbuddets økonomi giver mulighed for den fornødne kvalitet og at tilbuddets økonomi i middel grad er gennemskueligt for socialtilsynet og visiterende kommuner. Socialtilsynet er på ingen måde bekymrede over økonomien i Kvindehuset.

Økonomisk bæredygtig?

Der er et rimeligt forhold mellem tilbuddets forventede omsætning på den ene side og de samlede omkostninger samt planlagte investeringer på den anden side jævnfør tilbuddets budget 2018.

Giver tilbuddets økonomi mulighed for den fornødne kvalitet i forhold til prisen og målgruppen?

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets ydelse har en tilstrækkelig kvalitet i forhold til prisen.

Er der gennemsigtighed med tilbuddets økonomi?

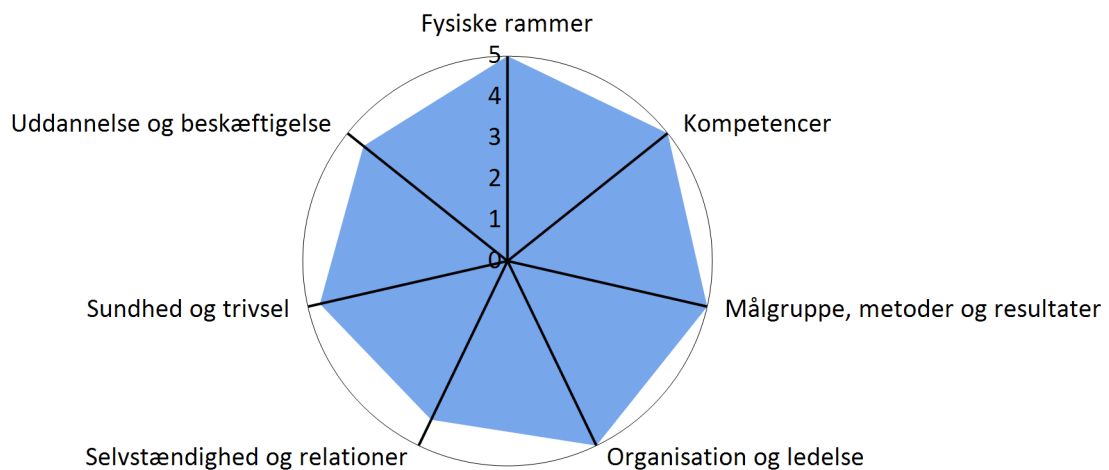
Socialtilsynet vurderer, at Kvindehusets økonomi er i middel grad er gennemskuelig for socialtilsynet og for de visiterende kommuner. Kvindehuset har fremsendt et budget 2018 som dog ikke udspecificerer døgntaksten. Ligeledes er den angivne døgntakst på Tilbudsportalen ikke opdateret til 2018-takst, og det er derfor ikke muligt at sammenligne taksten med revisorpåtegningen for taksten i 2018, som Kvindehuset har fremsendt via Tilbudsportalen. Socialtilsynet vurderer dog samtidig, at idet revisorpåtegningen angiver en 2018-takst på 1.799 kr./døgn, og idet der dermed er tale om en stigning på 5 kr./døgn fra 2017-taksten, er socialtilsynet på ingen måde bekymrede.



Materiale og interviews benyttet til vurdering af kvaliteten i tilbuddet.

Dokumenter	Liste over medarbejdere Liste over indskrevne kvinder Opholdsplan og dagbogsnotater for 3 uger for én indskrevet kvinde Fælles dagbogsnotater/interne beskeder fra Kvindehuset Fremsendt budget 2018 Revisorpåtegning for taksten i 2018
Observation	Overværelse af personalemøde ledet af stedfortræder
Interview	Interview med stedfortræder og én medarbejder sammen Solointerviews med to kvinder - begge med børn
Interviewkilder	Beboere Ledelse Medarbejdere

Tilbuddets bedømmelse



Spindelvævet afspejler socialtilsynets gennemsnitlige vurdering af kvaliteten i tilbuddet fordelt på syv temaer. Formålet med illustrationen er, at give tilbuddet et overbliksbillede af socialtilsynets vurdering på baggrund af den samlede rapport. De (scoringerne) repræsenterer derfor ikke det fulde indblik i tilsynet. Spindelvævet er først og fremmest ment som et dialogredskab mellem socialtilsynet og tilbuddet.



Tilsynsrapport



Tilbuddets navn:	Støttecenter Magneten
Tilsynet er gennemført:	29-06-2018
Status for godkendelse:	Godkendt

Rapporten er udarbejdet af:	Socialtilsyn Hovedstaden Smallegade 1 2000 Frederiksberg
------------------------------------	--



Indholdsfortegnelse

Læsevejledning	3
Stamoplysninger om tilbuddet	4
Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet	5
Resultat af tilsynet	5
Vurdering af temaet Uddannelse og beskæftigelse	7
Vurdering af temaet Selvstændighed og relationer	10
Vurdering af temaet Målgruppe, metoder og resultater	14
Vurdering af temaet Sundhed og Trivsel	18
Vurdering af temaet Organisation og ledelse	26
Vurdering af temaet Kompetencer	30
Vurdering af temaet Fysiske rammer	33
Økonomisk Tilsyn	36
Materiale og interviews benyttet til vurdering af kvaliteten i tilbuddet.	37

Rapporten er udskrevet

29-06-2018



Læsevejledning

Tilsynsrapportens indhold

Tilsynsrapporten indeholder socialtilsynets bedømmelse og vurdering af, om tilbuddet fortsat har den fornødne kvalitet og samlet set fortsat opfylder betingelserne for godkendelse, jf. §§ 6 og 12-18 i Lov om socialtilsyn. En del af oplysningerne er hentet fra Tilbudsportalen, hvor tilbuddet selv har indberettet bl.a. stamoplysninger.

For tilbud med flere afdelinger udarbejdes der én samlet kvalitetsvurdering.

Udover en samlet vurdering af kvaliteten hos tilbuddet, indeholder tilsynsrapporten en gennemgang af de syv temaer fra Kvalitetsmodellen, hvor der kan være lagt særligt fokus på udvalgte temaer. Et tilsyn kan godt indeholde mere end ét tilsynsbesøg, eksempelvis hos et tilbud med flere afdelinger. Ligeledes kan tilsynet været administrativt og ikke indeholde et konkret tilsynsbesøg. Det fremgår af tilsynsrapporten hvorvidt der har været et fysisk tilsynsbesøg, hvor henne og hvorvidt de var anmeldt eller uanmeldt.

Efter endt høringsperiode vil udvalgte oplysninger fra tilsynsrapporten blive publiceret på Tilbudsportalen. Det drejer sig om den samlede vurdering, temavurderingerne samt eventuelle påbud eller vilkår.

Kvalitetsmodellen

Socialtilsynet vurderer kvaliteten hos tilbuddet ud fra en Kvalitetsmodel, som er beskrevet i Bekendtgørelse om socialtilsyn. Kvalitetsmodellen er et dialogbaseret redskab, som skal give et systematisk og målrettet udgangspunkt for socialtilsynets samlede faglige vurdering af tilbuddenes kvalitet.

Kvalitetsmodellen er struktureret ud fra de overordnede kvalitetstemaer, der fremgår af § 6, stk. 2, i lov om socialtilsyn. Hvert tema er konkretiseret i et antal kvalitetskriterier. Kriterierne er primært udtrykt som konkrete mål for indsatsen i tilbuddene. For hvert kriterium er fastlagt en eller flere kvalitetsindikatorer. Indikatorerne er tegn på, at den kvalitet, som er udtrykt i kriteriet, forekommer i praksis.

Vurderingen af et tilbuds kvalitet sker ud fra en samlet, faglig vurdering inden for rammerne af temaerne under hensyn til tilbuddets karakter og målgruppe. Bedømmelsen af indikatorer og kriterier skal understøtte socialtilsynets samlede vurdering af, om tilbuddet har den fornødne kvalitet. Socialtilsynet kan inddrage andre forhold i kvalitetsvurderingen, som vurderes at være relevante for kvaliteten inden for rammerne af temaet.

Ved det driftsorienterede tilsyn skal socialtilsynet vurdere, om kvaliteten i tilbuddet i praksis er tilstrækkelig, og om betingelserne for godkendelsen fortsat er opfyldt. Der anvendes forskellige systematikker for, hvordan indikatorer og kriterier bedømmes ved henholdsvis godkendelse og det driftsorienterede tilsyn.

Temaer

- Uddannelse og beskæftigelse
- Selvstændighed og relationer
- Målgruppe, metoder og resultater
- Sundhed og Trivsel
- Organisation og ledelse
- Kompetencer
- Fysiske rammer

I kvalitetsmodellen er både 'Gennemsnitlig bedømmelse' på temaniveau og 'Bedømmelse' på indikatorniveau angivet ud fra følgende skala:

5. i meget høj grad opfyldt.
4. i høj grad opfyldt.
3. i middel grad opfyldt.
2. i lav grad opfyldt.
1. i meget lav grad opfyldt.

Vurderingen af temaerne bygger på kvalitetsbedømmelsen, og der kan, afhængigt af tilbudstype og målgruppe, inddrages andre relevante forhold, som ikke er indeholdt i kvalitetsmodellens indikatorer.



Stamoplysninger om tilbuddet				
Tilbuddets navn	Støttecenter Magneten			
Hovedadresse	Kastanievej 2 2800 Lyngby			
Kontaktoplysninger	Tlf: 45976072 E-mail: PERHV@ltk.dk Hjemmeside: www.ltk.dk/om- stoettecenter-magneten			
Tilbudsleder	Per Hans Viinblad			
CVR nr.				
Virksomhedstype	Offentlig			
Tilbudstyper	§ 103 (beskyttet beskæftigelsestilbud)			
	§ 104 (aktivitets- og samværstilbud)			
	ABL § 105, stk. 2 (almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig)			
Afdelinger	Afdeling	Adresse	Pladser i alt	Tilbudstyper
	Beskæftigelsestilbud d Stadscafeen	Kastanievej 2 2800 Lyngby Lyngby Hovedgade 28 2800 Lyngby	10	beskyttet beskæftigelsestilbud (§ 103),
	Magneten		50	aktivitets- og samværstilbud (§ 104),
	Opgangsbottilbuddet Caroline Amalievej	Caroline Amalievej 124 2800 Kgs. Lyngby	8	almen ældrebolig/ handicapvenlig bolig (ABL § 105, stk. 2),
	Opgangsbottilbuddet Seniorhuset	Carlshøjvej 62 2800 Kgs. Lyngby	10	almen ældrebolig/ handicapvenlig bolig (ABL § 105, stk. 2),
	Opgangsbottilbuddet Åbrinken	Åbrinken 85 2830 Virum	12	almen ældrebolig/ handicapvenlig bolig (ABL § 105, stk. 2),
Pladser på afdelinger				90
Pladser i alt	60			
Målgrupper	18 til 85 år () 18 til 85 år () 18 til 85 år () 18 til 85 år (udviklingshæmning)			



Resultat af tilsynet	
Status for godkendelse	Godkendt
Tilsynet er gennemført	29-06-2018

Tilsynet er udført af	Socialtilsyn Hovedstaden
Tilsynskonsulenter	Christina Dahl (Tilsynskonsulent)
	Lisbeth Harre ()
Indebar tilsynet et fysisk besøg	Ja
Dato for tilsynsbesøg	04-05-18: Kastanievej 2, 2800 Lyngby (Anmeldt) 04-05-18: Åbrinken 85, 2800 Lyngby (Anmeldt) 04-05-18: Lyngby Hovedgade 28, 2800 Lyngby (Anmeldt) 02-05-18: Kastanievej 2, 2800 Lyngby (Anmeldt) 02-05-18: Caroline Amalievej 124, 2800 Lyngby (Anmeldt) 02-05-18: Carlshøjvej 62, 2800 Lyngby (Anmeldt) 02-05-18: Kastanievej 2, 2800 Lyngby (Anmeldt) 02-05-18: Kastanievej 2, 2800 Lyngby (Anmeldt)

Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet

Støttecenter Magneten består af tre bofællesskaber, opført efter Almenboligloven § 105 med støtte efter Servicelovens § 85, et beskæftigelsestilbud i Stadscaféen efter servicelovens § 103 samt et aktivitets- og samværstilbud Klub Magneten efter § 104.

Magneten består endvidere af et støtteteam, der vejleder borgere i eget hjem. Denne gruppe af borgere, er ikke omfattet af lov om socialtilsyn.

Målgruppen er voksne udviklingshæmmede borgere, i alderen 18 -85 år, med medfødte og erhvervede hjerneskader, mange med diagnoser som ADHD, ADD, OCD, angst, demens og autismespektrumforstyrrelser.

Socialtilsynet har den 2. og 4. maj 2018 været på anmeldt driftsorienteret tilsyn med fokus på alle temaer i kvalitetsmodellen Herunder særligt opfølgning på tidligere fremsendte handleplan for implementering af Bosted og udarbejdelse af delmål. Desuden har der været fokus på tema 4, Sundhed og trivsel herunder kriterium 4 omkring borgerinddragelse, og udviklingspunkterne fra 2017 samt økonomi. Borgerperspektivet er inddraget via dialog med borgere, spørgeskemaer samt dialog med medarbejdere. På baggrund af interview med ledelse, medarbejdere og dialog og observation af borgere, vurderes tilbuddet godkendt.

Socialtilsynet konkluderer, at tilbuddet er lykket med at få beskrevet delmål på alle borgere, har fokus på sundhed og trivsel og at borgerne i langt overvejende grad er tilfredse og i trivsel fysisk og mentalt.

Socialtilsynet konkluderer endvidere, at det for en gruppe af borgerne gør sig gældende, at deres grundlæggende støtte, pleje og omsorgsbehov ændres grundet aldring, funktionstab samt sygdom. Beskrivelsen af ydelser, indsats og takster bør afspejle borgernes behov, for at sikre fortsat trivsel.

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet ledes kompetent, såvel med fokus på den daglige drift og en strategisk tilgang. Medarbejderne fremstår kompetente og med et engagement i arbejdet med borgerne i centrum. Der har generelt været arbejdet med opmærksomheds - og udviklingspunkter fra tilsyn 2017 og flere er stadig i proces. Socialtilsynet har forsat en opmærksomhed på, om tilbuddets leder får implementeret arbejdet med dokumentation og styrket den faglige tilgange, så der er et systematisk arbejde med indsatser der fører til inddragelse og positive resultater for borgerne.

Socialtilsynet konkluderer, at Klub Magneten er et velfungerende aktivitets- og samværstilbud til borgerne, som tilbyder fællesskaber. Stadscaféen er et veldrevet beskyttet beskæftigelsestilbud til borgerne som er fagligt stolte.



Særligt fokus i tilsynet

Fokus for tilsynet er alle kvalitetsmodellens temaer. Herunder særligt opfølgning på tidligere fremsendte handleplan for implementering af Bosted og udarbejdelse af delmål. Desuden vil der være fokus på tema 4 Sundhed og trivsel herunder kriterium 4 omkring borgerinddragelse og udviklingspunkterne fra 2017 samt økonomi.

Opmærksomhedspunkter

Tilbuddet skal systematisk følge op på plan for implementering af Bosted system, så medarbejdere kan arbejde med mål og delmål i dokumentationssystemet som operationalisering af handleplanerne, så der følges op på de opsatte mål med fokus på læring og forbedring af indsatsen, samt øget inddragelse af borgerne.

Tilbuddet skal sikre, at der er det rette grundlag for driften i Seniorhuset, så økonomien ikke hentes i tilbud til andre borgere.



	Temavurdering
	Uddannelse og beskæftigelse <i>Et centralt mål med den sociale indsats er, at borgerne i videst muligt omfang inkluderes i samfundslivet. Uddannelse og/eller beskæftigelse er et væsentligt aspekt heri. Det er derfor væsentligt, at tilbuddet med udgangspunkt i de mål, der er for de enkelte borgere, og under hensyn til borgernes behov og forudsætninger stimulerer borgernes udvikling og læring med henblik på at understøtte parathed og mulighederne for uddannelse og/eller beskæftigelse for borgerne. Uddannelse og beskæftigelse omfatter såvel ordinær grundskole, uddannelse og beskæftigelse som forskellige former for særlige grundskole-, uddannelses- og beskæftigelsestilbud eller samværs- og aktivitetstilbud. For børn under den skolepligtige alder er dagtilbud et væsentligt element i forhold til barnets udvikling og læring. Det er desuden vigtigt, at tilbuddet forpligter sig i de samarbejdsrelationer, der er nødvendige for at understøtte, at målene for borgernes uddannelse og/eller beskæftigelse opnås.</i>

Vurdering af tema	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet generelt fortsat har fokus på at understøtte borgernes uddannelse, beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud, samt at borgerne udtrykker tilfredshed med støtten og vejledningen. Hovedparten af borgere er stadig tilknyttet et tilbud og medarbejderne har, via kontaktpersonsordning, fokus på at borgerne trives og udnytter deres potentiale i et samarbejde med uddannelses og beskæftigelsestilbud, samt aktivitets- og samværstilbud. Medarbejderne er opmærksomme på naturlige ændringer i borgernes formåen og behov i takt med aldring eller sygdom. Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet fortsat bør have fokus på at inddrage borgerne i mål og planarbejdet. Ledelsen har fortsat fokus på, at der bliver fulgt op på implementering af nye faciliteter i dokumentationssystem og brugen af systemet, herunder hvordan der dokumenteres opfølgning, hvilket socialtilsynet er enig i at følge vedholdende op på.	
Gennemsnitlig vurdering	3,5

Udviklingspunkter
Socialtilsynet ser med fordel, at tilbuddet fortsat bør have fokus på at inddrage borgerne i mål og planarbejdet. Ledelsen har fokus på, at der bliver fulgt op på implementering af nye faciliteter i dokumentationssystem og brugen af systemet, herunder hvordan der dokumenteres opfølgning, hvilket socialtilsynet er enig i at følge vedholdende op på.

Kriterium 01	Tilbuddet støtter borgerne i at udnytte deres fulde potentiale i forhold til skolegang, uddannelse og beskæftigelse
Bedømmelse af kriterium	



Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet samlet set støtter op om borgernes deltagelse i beskæftigelse, uddannelse og aktivitets- og samværstilbud, og er opmærksomme på at borgerne udnytter deres fulde potentiale.

Der er lagt vægt på, at alle borgere enten har et eksternt eller internt beskæftigelsestilbud, uddannelse og/eller aktivitets- og samværstilbud. Der er opmærksomhed på dem der ikke har tilbud.

Det indgår, at tilbuddet fortsat er i udviklingsproces omkring opstilling af mål og delmål, samt opfølgende dokumentation, for at understøtte borgernes beskæftigelse og udnyttelse af potentiale. Implementering af dokumentationssystem er fortsat i proces, og afklaring pågår, i forhold til hvor og hvordan Stadscafeen skal dokumentere.

Det er vægtet, at der pågår proces om at skabe overensstemmelse mellem handleplaner og indsatser, således at borgerne kan se sig selv i bestillingerne. Der lægges vægt på, at det er varierende, i hvilket omfang borgerne er bevidste om mål og planarbejdet, men de er tilfredse med støtten og vejledningen fra medarbejderne, og flere borgere varetager nu deres beskæftigelse stabilt på baggrund af understøttende indsatser.

Der er også lagt vægt på, at tilbuddet har opmærksomhed på borgernes naturlige aldring og deraf ændrede aktivitetsniveau, grundet funktions- og færdighedstab.

Indikator 01.a	<i>Tilbuddet opstiller i samarbejde med borgerne konkrete, individuelle mål i forhold til at understøtte borgernes skolegang, uddannelse, beskæftigelse eller samværs- og aktivitetstilbud, og der følges op herpå.</i>
Bedømmelse	3 (i middel grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 01.a

Socialtilsynet har lagt vægt på, at ledelsen og medarbejdere oplyser og giver eksempler på, at arbejdet med at opstille mål og delmål, i relation til understøttelse af borgernes beskæftigelse og aktivitet og samværstilbud, er i proces. Efter lederudsagn, er forståelsen for § 141 handleplanerne blevet større blandt medarbejderne, og der ses større sammenhæng mellem kommunens og tilbuddets vurdering af borgernes funktionsniveau. Leder oplyser videre, at medarbejderne i Seniorhuset har arbejdet med at understøtte borgernes beskæftigelse i højere grad og med hensyntagen til både udvikling og ændret funktionsniveau, i forbindelse med aldring og sygdom. Ledelsen forklarer, at integreringen af nye faciliteter i dokumentationssystem og brugen af systemet, herunder hvordan opfølgning dokumenteres, tager tid.

Der lægges vægt på, at det ikke er tydeligt for borgerne, om de har et mål eller en plan, når de interviewes. En borger udtaler, "at der er så mange forskellige planer, at det er svært at skille det ad".

Det vægtes, at medarbejderne giver eksempler fra Seniorhuset, hvor en borger har fået systematisk støtte til at justere sin døgnrytme, så borger nu kan passe sit arbejde. En anden borger kede sig, og medarbejderne har givet støtte til, at borgeren er kommet i beskæftigelse. En borger forklarer, at vedkommende har fået støtte til at tage taxa til arbejde og er selvtransporterende hjem, for at forvalte energien bedst muligt. Borgerne beskriver, at de understøttes i relation til deres beskæftigelse og kan få støtte hertil, samt at de oplever at være glade for at komme i klub Magneten.

Borgerne i Stadscafeen oplyser, at de har årlige MUS (medarbejderudviklingssamtaler), hvor de drøfter opgaver, ønsker og behov.

Det vægtes tillige, at borgerne giver udtryk for tilfredshed i forhold til deres beskæftigelse, samt medarbejdernes støtte hertil, samt at der er et samarbejde med beskæftigelses- og dagtilbud. I svar på spørgeskemaer oplyses, at de får støtte til at passe arbejdet.

Det vægtes, at det er uafklaret, hvor og hvordan Stadscafeen, som dagbeskæftigelsestilbud, skal opstille mål og delmål, samt dokumentere opfølgning, da medarbejderne aktuelt ikke har adgang til dokumentationssystemet. Leder oplyser, at udfordringen er drøftet centralt, men at der ikke er fundet løsning endnu.

Ledelsen oplyser som opfølgning på udviklingspunktet fra sidste tilsyn, at tilbuddet arbejder ud fra den holdning, at borgerinddragelsen starter når § 141 handleplanen bliver lavet. Når § 141 handleplanen bliver operationaliseret i mål og delmål, i tilbuddets dokumentationssystem, vil man der tydeligt kunne se, hvordan borgerne bliver inddraget. Ledelse og medarbejdere oplyser, at alle medarbejdere har fået en Ipad, på nær i Seniorhuset, men at der fortsat er tekniske- og faciliteringsudfordringer ift. dokumentationssystemet.



Der lægges vægt på, at ved 2 stikprøver samt interview af borgere på aktuelle tilsyn, er det ikke tydeligt, hvordan borgerne er og bliver inddraget, og socialtilsynet vurderer, at tilbuddet fortsat bør have fokus på at arbejde med at udvikle beskrivelsen af delmål samt den systematiske dokumentation af opfølgning, omkring tilbuddets understøttelse af borgernes beskæftigelse.

På baggrund af ovenstående fastholdes scoren, og indikatoren bedømmes opfyldt i middel grad.

Indikator 01.b	<i>Borgerne er i dagtilbud, grundskoletilbud, uddannelse, beskæftigelse, eller samværs- og aktivitetstilbud. Medfølgende børn på voksentilbud er i dag- eller grundskoletilbud.</i>
-----------------------	---

Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------

Bedømmelse af Indikator 01.b

Socialtilsynet lægger vægt på, at ledelse og medarbejdere beskriver og giver eksempler på, at alle borgerne er i beskæftigelse, uddannelse eller/og i aktivitets- og samværstilbud. Ledelsen oplyser, at enkelt borger har beskæftigelse i form af fast daglig struktur i Åbrinken, én er gået på pension og har daglige meningsfulde rutiner. Medarbejdere oplyser, at borgere i Seniorhuset ældes, og at nogle borgere udtrættes og er syge. En borger fortæller, at vedkommende ikke går i klubben længere grundet træthed efter arbejdet.

På baggrund af ovenstående fastholdes scoren, og indikatoren bedømmes opfyldt i høj grad.

Indikator 01.c	<i>Udgået fra d. 1 januar 2017.</i>
-----------------------	-------------------------------------



	Temavurdering
	Selvstændighed og relationer <i>Et centralt mål med den sociale indsats er at understøtte, at borgerne i så høj grad som muligt indgår i sociale relationer og lever et selvstændigt liv i overensstemmelse med egne ønsker og behov.</i> <i>Et væsentligt led heri er, at tilbuddet medvirker til, at borgerne sikres mulighed for personlig udvikling og aktiv deltagelse i sociale aktiviteter og netværk, herunder at tilbuddet understøtter børnene og/eller de unge i at deltage i fritidsaktiviteter. Det er vigtigt, at tilbuddet medvirker til, at borgerne opnår de kompetencer, som dette kræver, og opnår færdigheder, der kan lette den daglige tilværelse, forbedre borgernes livskvalitet og fremme de enkelte borgers mulighed for så vidt muligt at kunne klare sig selv. For børn og/eller de unge gælder det, at tilbuddet forbereder dem til et selvstændigt voksenliv.</i> <i>Det er væsentligt, at tilbuddets indsats og aktiviteter er rettet imod disse mål, og at det afspejles i tilbuddets åbenhed mod samt involvering i og af det omkringliggende lokal- og civilsamfund.</i> <i>Det er ligeledes centralt for borgernes selvstændighed og relationer, at tilbuddet understøtter borgerne i deres relationer til familie og øvrige netværk. For børn og unge er det væsentligt, at tilbuddet har opmærksomhed på at understøtte gode relationer til eventuelle søskende og til venner. Det er desuden centralt, at børnene og/eller de unge har en fortrolig relation til en eller flere voksne, der har en positiv betydning for deres liv.</i>

Vurdering af tema

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet støtter og motiverer borgerne til så selvstændige liv som muligt gennem skriftlige delmål og tilrettelagt pædagogik.

Det vægtes, at borgerne indgår i relationer, med familie og venner, og støttes til at deltage i fællesskaber i dagligdagen samt ved tilrettelagte aktiviteter.

Socialtilsynet anerkender, at der er opsat delmål for hovedparten af borgerne i tilbuddet, og det vurderes, at tilbuddet har arbejdet med udviklingspunktet. Der lægges vægt på, at borgerne inddrages i varierende grad i målsætningsarbejdet omkring dem selv. Tilbuddet bør fortsat have fokus på at følge op på denne indsats, som i følge ledelsen hænger sammen med implementeringsprocessen af dokumentationssystemet og kompetenceudviklingen af medarbejderne heri.

Gennemsnitlig vurdering	4,3
--------------------------------	-----

Udviklingspunkter

Socialtilsynet er enig i ledelse og medarbejderes vurdering af, at der skal være øget borgerinddragelse i målsætningsarbejdet, så borgeren opnår kompetencer, øget indsigt og dermed indflydelse.

Der kan med fordel fortsat være fokus på at implementere og kompetenceudvikle i dokumentationssystemet jf. plan. Socialtilsynet vil følge op på leders handleplan.

Kriterium 02

Tilbuddet styrker borgernes kompetencer til at indgå i sociale relationer og opnå selvstændighed

Bedømmelse af kriterium



Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet samlet set styrker borgernes sociale kompetencer og understøtter deres selvstændighed.

Det er vægtet, at der i følge ledelse og medarbejdere opstilles mål og delmål for at udvikle borgernes sociale kompetencer og selvstændighed med udgangspunkt i § 141 handleplanen. I følge implementeringsplan, skal der fremadrettet afholdes halvårige audits, for at følge op på mål og handleplansarbejdet.

Der er lagt vægt på, at det er varierende i hvilket omfang, og hvordan borgerne inddrages i målsætningsarbejdet omkring dem selv, og at ledelse og medarbejdere har fokus på dette. I følge medarbejderne arbejdes der pædagogisk med udgangspunkt i borgernes egne mål.

Borgerne støttes og vejledes af kontaktpersoner til at have kontakt til familie og venner, deltage i fællesaktiviteter, ferierejser, ture og fællesspisninger samt alment samvær, hvilket styrker borgernes sociale kompetencer og selvstændighed. Dette både i Klubben som i de enkelte bofællesskaber.

Der er lagt vægt på, at borgerne giver eksempler på, hvordan de trives og er aktive og deltagende i fællesskaber og selvstændigt, med udgangspunkt i egne ønsker og behov.

Indikator 02.a	<i>Tilbuddet opstiller i samarbejde med borgerne konkrete, individuelle mål i forhold til at understøtte udvikling af borgernes kompetencer til at indgå i sociale relationer og leve et så selvstændigt liv som muligt, og der følges op herpå.</i>
Bedømmelse	3 (i middel grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 02.a

Socialtilsynet lægger vægt på, at ledelse og medarbejdere oplyser, at der i henhold til handleplan for implementering af Bosted delmål, nu er opstillet delmål for alle borgere i henhold til deres VUM. Det fremadrettede arbejde skal tage udgangspunkt i § 141 handleplanerne, som borgerne skal kunne genkende sig selv i. Der indføres halvårige audits på 3 borgere i september og marts måned, procedure er endnu ikke udarbejdet.

Af fremsendt dokument fremgår det, at der i Seniorhuset er oprettet 20 delmål for 10 borgere, hvor nogle har 3 delmål, og der har været i alt 11 registreringer. For borgerne på Caroline Amalievej og Åbrinken er der oprettet 17 delmål til i alt 20 borgere, og der har været 7 registreringer. Det fremgår tillige, at antallet af Bosted log in er mere end fordoblet siden januar 2018.

Leder oplyser, at status på implementering af delmål er, at tilbuddet er bagud med tidsplanen af forskellige grunde. Handleplan er eftersendt. Af planen fremgår det, at den forventes implementeret med ultimo 2018. Ud fra de delmål der er lavet, dem der er lagt ind i Bosted og systematisk dokumentation, er det leders klare vurdering, at det løfter dokumentationen.

Endvidere oplyser ledelsen, at det har vist sig nødvendigt at begynde "forfra" i forhold til medarbejdernes kompetencer til Bosted. Der er fokus på at komme videre med udviklingsarbejdet, dog vanskeliggjort at tekniske udfordringer. Medarbejdere oplyser at tekniske udfordringer er årsag til, at der ikke er systematisk dokumentet på delmålene. Medarbejderne fortæller, at de synes det giver god mening at opstille mål og delmål i dokumentationssystemet.

Medarbejderne oplyser, at man opstiller mål og drøfter borgerne på personalemøder, og at det kan være en udfordring at inddrage borgerne i målsætningsarbejdet. Ledelsen oplyser, at det også kan være en udfordring at komme omkring alle borgere på møderne, og at det ofte er enkelte der drøftes - ofte de samme. Man arbejder fortsat ud fra en kombination af borgers mål og pædagogiske mål. I leders handleplan er det beskrevet, at det for nogle borgere kan være meget krævende, og at man skal huske på, at alle borgere har aktindsigt. Hvis medarbejder og borger har forskellige opfattelse af hvad der skal dokumenteres, så skal man dokumentere dette forhold i Bosted. Tilbuddet er opmærksomme på, hvorvidt borgernes § 141 er i overensstemmelse med borgernes kompetencer og udviklingspotentiale og retter, i nogle tilfælde, henvendelse til kommunen for at forventningsafstemme, i forhold til tilbuddets målarbejde med borgerne. Der lægges vægt på, at ledelse og medarbejdere oplyser at man tilstræber, at inddrage borgerne i dette.

Det er uafklaret, hvor og hvordan beskæftigelsestilbuddet Stadscafeen skal dokumentere mål, metode og indsats. Borgerne fortæller at de har årlig MUS, hvor man drøfter arbejdsopgaver, trivsel og udvikling, men at det er gået i stå. Medarbejderne oplyser, at den årlige MUS er under planlægning.

Socialtilsynet har ved stikprøve på to borgere, set delmål og beskrevet metode og indsats.



Socialtilsynet lægger vægt på, at i en af stikprøverne, var metode og indsats skrevet med fagterminologi, således, at borgeren og medarbejdere vurderes ikke umiddelbart vil kunne forstå det. Dette vanskeliggør inddragelse og omsætning af målet i praksis.

Der lægges vægt på, at borgerne giver flere konkrete eksempler og svar i spørgeskemaer på, at de oplever at være blevet bedre til daglige praktiske gøremål og økonomi. Enkelte udtrykker behov for at få mere støtte til sociale relationer og mere aktivitet.

Endvidere er det vægtet, at der er arbejdet med anvendelse af struktur og daglige rutiner, for at støtte op om borgernes beskæftigelse og døgnrytme, særligt i Seniorhuset.

Tilbuddet er i god proces med at indarbejde procedurer for at opstille og dokumentere mål i samarbejde med borgerne, men har endnu ikke implementeret handleplanen fuldt ud. På denne baggrund fastholdes scoren i middel grad opfyldt.

Indikator 02.b	<i>Borgerne indgår i sociale aktiviteter i det omgivende samfund.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 02.b

Socialtilsynet har lagt vægt på, at medarbejderne og borgerne beskriver og giver konkrete eksempler på, at borgerne indgår i sociale aktiviteter i det omgivende samfund.

I Seniorhuset har flere borgere fået ledsagerordning med henblik på at komme mere ud, efter eget ønske og med det pædagogiske mål at få mere motion og bevægelse.

Det vægtes, at borgerne giver udtryk for meget høj grad af tilfredshed med deltagelse i ture og ferier. Ledelsen oplyser, at man fra i år, har funktionsopdelt ferierejser, således, at man graduerer aktivitetsniveauet og strukturen på ferierne efter borgerens funktionsniveau. Dette giver borgerne og brugerrådet udtryk for stor tilfredshed med, da man således kan udvise de rette hensyn. Ledelsen oplyser, at nogle borgere har brug for fast og andre for løs struktur, for at have oplevelsen af en god ferie eller tur. Ledelse og medarbejderne oplyser, at tilbuddet vejleder borgerne i at vælge rette ferie. På rundvisning i Seniorhuset ses ophængte sedler om to ferieture, som borgerne har valgt sig på.

Det vægtes, at borgerne giver udtryk for tilfredshed med fællesspisningerne og fællesaktiviteterne i de enkelte bofællesskaber. Enkelte borgere giver udtryk for behov for at få støtte til at benytte fællesrummet mere, når der ikke er medarbejdere tilstede. I Seniorhuset bekræftes det af borgere, at de synes det er dejligt at være i fællesrummet. Borgerne beskriver, at de deltager i fritidsaktiviteter.

I Seniorhuset har man udviklet strukturen, og anvendt visualisering af de faste pladser, som har betydet mere ro og færre konflikter borgerne imellem.

Der lægges vægt på, at klubben Magneten opleves som et godt tilbud af borgerne, hvor man kan finde nogle at snakke med efter arbejdsdagen. Der er aktuelt et tilbud om drømmerejse, IT hjælp og spisning 4 gange om ugen, mandag, tirsdag, onsdag og torsdag, årstidsrelaterede fester samt mulighed i et vist omfang, for at få støtte til individuelle interesser. Nogle borgere beskriver, at de ikke benytter klubtilbuddet længere, grundet aldersrelateret behov for at drosle aktivitetsniveauet ned. Medarbejderne er opmærksomme på dette.

Medarbejderne i Stadscafeen arrangerer teambuilding ture for borgerne én gang årligt. Borgerne udtrykker høj grad af tilfredshed med dette.

På baggrund af ovenstående fastholdes bedømmelsen som opfyldt i meget høj grad.

Indikator 02.c	<i>Borgerne har med udgangspunkt i deres ønsker og behov kontakt til og samvær med deres familie og netværk i dagligdagen.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 02.c

Socialtilsynet har vægtet, at borgerne i interview og ved besvarelse af spørgeskemaer giver udtryk for at være meget tilfredse i forhold til deres kontakt med venner og familie, og at de har venner i bofællesskaberne. Medarbejdere beskriver, at man samarbejder med de pårørende, så det kan være en god oplevelse for alle, når der er besøg, samt at støtte op om at borgerne tager hjem på besøg. Flere pårørende er blevet ældre i takt med at borgerne bliver ældre, og dette har betydning for relationerne samt frekvens af besøg.



Borgerne bor i selvstændige lejligheder, og oplyser at de kan have besøg efter ønske og behov. Der er lagt vægt på, at medarbejderne oplyser, at der er taget hensyn borgerne imellem i forhold til, hvordan fællesrummene kan benyttes, når der er gæster. Medarbejderne bekræfter, at der støttes op om kontakt til venner og familie.

Yderligere indgår, at medarbejderne fortæller, bofællesskaberne fortsat arrangerer faste pårørendearrangementer, såsom julearrangement og sommerfest.

På baggrund af ovenstående fastholdes scoren, og indikatoren bedømmes opfyldt i meget høj grad.

Indikator 02.d	<i>Udgået fra d. 1 januar 2017.</i>
Indikator 02.e	<i>Udgået fra d. 1 januar 2017.</i>



	Temavurdering
	Målgruppe, metoder og resultater <i>Det er afgørende for kvaliteten i tilbuddet, at der er et klart formål med indsatsen, og at tilbuddets metoder medvirker til at sikre borgernes trivsel og resulterer i den ønskede udvikling for borgerne.</i> <i>Det er derfor væsentligt, at tilbuddet kan redegøre for dets målsætning, målgruppe (r) og metoder. Herunder er det vigtigt, at tilbuddet kan redegøre for, hvordan og i hvilken grad de valgte metoder bidrager til opnåelse af de konkrete mål, som tilbuddet i samarbejde med borgerne sætter for de enkelte borgers udvikling og trivsel. De konkrete mål skal ses i sammenhæng med de mål, der er opstillet fra de anbringende eller visiterende kommuner.</i> <i>Endvidere er det afgørende for kvaliteten, at tilbuddet arbejder med resultatdokumentation og kan sandsynliggøre, at deres indsats opnår en forventet og positiv effekt.</i>

Vurdering af tema	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet arbejder med en bred målgruppe af voksne udviklingshæmmede borgere, med medfødte og erhvervede hjerneskader, mange med diagnoser som ADHD, ADD, OCD, angst, demens og autismespektrum forstyrrelser, i alderen 18 -85 år.	
Tilbuddet arbejder med faglige relevante tilgange og metoder, og medarbejderne følger kompetenceudviklingsplan om at opnå uddannelse og viden om KRAP og neuropædagogik, og er i proces med at omsætte viden og tilgange til praksis og positive resultater for borgerne.	
Socialtilsynet ser det fortsat som et udviklingspunkt, at ledelsen følger implementeringen af kompetenceudviklingen indenfor KRAP og neuropædagogik, så det bliver integrerede faglige tilgange og metoder alle medarbejdere anvender til gavn for positive resultater for borgerne.	
Tilbuddet skaber gode resultater i indsatsen med borgerne, men socialtilsynet vurderer fortsat, at det er et opmærksomhedspunkt, at der arbejdes med at dokumentationen sker struktureret og systematisk, så den løbende læring og forbedring af indsatsen, pågår løbende og som integreret praksis.	
Tilbuddet er i proces med at opstille delmål med borgerne, men er fortsat ikke i mål, med den plan de havde udarbejdet i opfølgning på tilsynet i november 2017, og har som opmærksomhedspunkt at følge op på handleplan og tjekliste for implementering af arbejdet med dokumentationssystemet Bosted/Sensum og følge op på kompetenceudvikling for arbejdet med dokumentationen.	
Socialtilsynet ser det endvidere som et udviklingspunkt, at borgernes behov vurderes og beskrives. Herunder at tilbuddet udarbejder oplæg til handleplaner og bestillinger, således at der kan opstilles mål i relation til borgernes reelle funktionsniveau og støttebehov, som ændres over tid.	
Gennemsnitlig vurdering	3

Udviklingspunkter	
Socialtilsynet ser det fortsat som et udviklingspunkt, at ledelsen følger implementeringen af kompetenceudviklingen indenfor KRAP og neuropædagogik, så det bliver integrerede faglige tilgange og metoder alle medarbejdere anvender til gavn for positive resultater for borgerne.	
Socialtilsynet ser det endvidere som et udviklingspunkt, at borgernes behov vurderes og beskrives, og at tilbuddet udarbejder oplæg til handleplaner og bestillinger, således at der kan opstilles mål i relation til borgernes reelle funktionsniveau og støttebehov, som ændres over tid.	



Kriterium 03	<i>Tilbuddet arbejder med afsæt i en tydelig målgruppebeskrivelse systematisk med faglige tilgange og metoder, der fører til positive resultater for borgerne</i>
Bedømmelse af kriterium	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet har haft fokus på arbejdet med opmærksomhedspunkter og udviklingspunkter omkring handleplan for implementering af kompetencer og dokumentation. Målgruppen er specificeret på Tilbudsportalen. Enkeltmandstilbuddet er ophørt den 2. april 2018. Socialtilsynet vurderer, at faglig kompetenceudviklingsplan følges, og der er plan for den videre implementering i form af ekstern faglig supervision, som efter planen starter i maj 2018. Der har været stillet et opmærksomhedspunkt fra tilsyn i november 2017, om at tilbuddet skal følge op på ny plan for implementering af dokumentationssystem, og at der skal foregå kompetenceudvikling, så medarbejderne har forudsætning for at arbejde med dokumentationen med fokus på læring og forbedring af indsatsen. Tilbudsleder forventede implementeringen var færdig 1. maj 2018, men at tilbuddet, af forskellige årsager, ikke er så langt som planlagt. Der er opsat delmål for hovedparten af borgene. Der er plan for etablering af pædagogisk vejlederfunktion samt 2 Bosted tovholdere i maj 2018. Der er ikke struktureret og systematisk dokumenteret med fokus på læring og forbedring af indsatsen og implementeringen er ikke færdig som forventet 1. maj 2018. Socialtilsynet stiller på den baggrund et nyt opmærksomhedspunkt, at tilbuddet følger op på plan og tjekliste for implementeringen af dokumentationssystem og følger op på kompetenceudvikling, så medarbejderne har forudsætning for at arbejde med dokumentationen med fokus på læring og forbedring af indsatsen. Socialtilsynet ser det fortsat som et udviklingspunkt, at ledelsen følger implementeringen af kompetenceudviklingen indenfor KRAP og neuropædagogik, så det bliver integrerede faglige tilgange og metoder alle medarbejdere anvender til gavn for positive resultater for borgerne. Socialtilsynet ser det endvidere som et udviklingspunkt, at borgernes behov vurderes og beskrives, og at tilbuddet udarbejder oplæg til handleplaner og bestillinger, således at der kan opstilles mål i relation til borgernes reelle funktionsniveau og støttebehov, som ændres over tid.	
Indikator 03.a	<i>Tilbuddet anvender faglige tilgange og metoder, der er relevante i forhold til tilbuddets målsætning og målgrupper.</i>
Bedømmelse	3 (i middel grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 03.a	
Tilbuddet anvender kendte og relevante faglige tilgange og metoder i relation til målgruppen af udviklingshæmmede borgere samt borgere med øvrige diagnoser. Støttecenter Magnetens målgruppe er, i følge oplysninger på Tilbudsportalen, voksne udviklingshæmmede borgere, i alderen 18 -85 år, med medfødte og erhvervede hjerneskader, mange med diagnoser som ADHD, ADD, OCD, angst, demens og autismespektrum forstyrrelser. Tilbuddet har på Tilbudsportalen specificeret målgruppen yderligere. Leder har i mail af 17. april 2018 oplyst, at borger i enkeltmandstilbud er fraflyttet d. 3.4.-18, hvorfor der ikke følges yderligere op på dette tilbud. Det vægtes, at ledelse og medarbejdere oplyser, at der er fokus på den fortsatte kompetenceudvikling, og efter lederudsagn satser tilbuddet fremadrettet på, at det er tilgange og metoder indenfor KRAP (Kognitiv, ressourcefokuseret, anerkendende pædagogik) som anført på Tilbudsportalen, der i første omgang skal implementeres og danne det faglige grundlag i organisationen. I forhold til den neuropædagogiske tilgang undersøges det parallelt, hvordan der skal organiseres, så man fremmer muligheden for at arbejde og dele viden på tværs. Ledelsen oplyser, at man vil have fokus på at implementeringen skal være solid. Medarbejderne oplyser, at de er på KRAP uddannelsen fordelt på to hold, og nogle er på den neuropædagogiske uddannelse. De beskriver, at de sparrer på personalemøder om den nye viden og forholder den til det pædagogiske arbejde med borgerne. De oplever, at implementeringen er under udvikling. Man støttes i at lave analyse sammen og får et bredere syn på den enkelte borger. Medarbejderne giver eksempler på, hvordan anvendelse af redskaber som Ressourceblomsten giver et andet afsæt for at forstå borgerne. Medarbejderne i Seniorhuset beskriver, at der	



er en oplevelse af, at neuropædagogikken støtter op om KRAP, da det giver en neurologisk forståelse. Der opstartes ekstern supervision i maj 2018, som skal have en undervisende karakter for at understøtte implementeringen af metoder og tilgange.

På Caroline Amalievej og i Seniorhuset ses tavle med visualisering til overblik og planlægning, og i Seniorhuset er der markeret faste pladser ved spisebordene med laminerede dækkeservietter. Generelt oplyser medarbejderne, at der arbejdes anerkendende, omsorgsfuldt og ressourceorienteret og med en individuel tilgang. Der anvendes uge - dagsskemaer, alt efter behov, for at skabe struktur og rutiner. Der arbejdes med risikovurdering (rød-gul-grøn), og der er opmærksomhed på at have en ensartet tilgang, til de borgere der profiterer af dette. Der lægges vægt på, at tilgange og metoder er tilpassede den enkelte borger og dennes udviklingsmuligheder.

Ydermere indgår, at der i Stadscaféen skabes strukturerede rammer og anvendes anerkendende tilgang og metoder, der skaber succes hos borgerne. Det vurderes, at der uændret, anvendes skemaer og visualisering for at skabe overblik og forudsigelighed for borgerne i arbejdsdagen.

I Klub Magneten oplyser medarbejder, at de arbejder faciliterende og med low arousal metode for at styrke borgernes samvær og deltagelse i aktiviteterne. Der kommer flere unge i klubben, som giver anledning til at reflektere over tilgang og metode til denne del af målgruppen. Der tages udgangspunkt i den enkeltes interesser og behov.

Der lægges vægt på, at tilbuddet følger kompetenceudviklingsplanen, og er på vej med at danne et fælles fagligt grundlag. Da der fortsat pågår proces med integrering af metoder fastholdes scoren, og indikatoren bedømmes opfyldt i middel grad.

Indikator 03.b	<i>Tilbuddet dokumenterer resultater med udgangspunkt i konkrete, klare mål for borgene til løbende brug for egen læring og forbedring af indsatsen.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	2 (i lav grad opfyldt)
-------------------	------------------------

Bedømmelse af Indikator 03.b

Socialtilsynet anerkender, at tilbuddet har arbejdet med opmærksomhedspunkt om at tilbuddet bør opstille individuelle mål i samarbejde med borgerne for indsatsen i alle afdelinger jf. handleplan. Samt at tilbuddet burde dokumentere indsatsen til løbende brug for egen læring og forbedring af indsatsen.

Der lægges vægt på, at ved 2 stikprøver ses delmål, som er konkrete. Det ene er skrevet i en fagterminologi som ikke tilgodeser klarheden og vanskeliggør løbende dokumentation af indsats og resultater til egen læring og forbedring af indsatsen. Det andet er konkret og klart, men mangler løbende dokumentation af indsats og resultater. Medarbejderne i Seniorhuset oplyser, at der er opsat delmål på alle, på nær én. Der er to-tre delmål pr. borger. Se evt. 2.a.

Efter lederudsagn er planen for implementering af Bosted ikke fulgt. Det er leder, der følger op på planen. Tilbuddet er kommet en del af vejen, men ikke langt nok. Der er opsat delmål på hovedparten af borgerne, men målene ikke så præget af KRAP eller SMART endnu. Man vil kunne se tankegangen og se, at borgerne begynder at blive inddraget. Leder oplyser videre i fremsendt dokument, at det har vist sig nødvendigt at begynde "forfra" i forhold til medarbejdernes kompetencer i at dokumentere i Bosted.

Leder oplyser videre, at man har afdækket medarbejdernes Bosted/Sensum kompetencer og delt dem ind i tre kategorier. De skal ud fra dette undervises i dokumentationssystemet alt efter niveau samt i brug af Ipad. Samtidig har der været tekniske vanskeligheder, som har forsinket implementeringsprocessen.

Vikarer har ikke adgang til dokumentationssystemet, men skal have det.

Medarbejdere og leder oplyser, at Stadscaféen ikke har mulighed for at dokumentere, da det er i afklaringsproces, hvor og hvordan det skal foregå. Leder oplyser, at der er proces i gang omkring dette med central IT enhed. Klubben dokumenterer ikke.

Socialtilsynet anerkender, at tilbuddet er i proces, og der er væsentlige områder, der skal afklares. Indikatoren fastholdes og bedømmes i lav grad opfyldt.

Indikator 03.c	<i>Tilbuddet opnår positive resultater i forhold til opfyldelsen af de mål, visiterende kommuner har opstillet for borgernes ophold.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	3 (i middel grad opfyldt)
-------------------	---------------------------

Bedømmelse af Indikator 03.c

Socialtilsynet lægger vægt på, at leder og medarbejder oplyser, at der nu er delmål for hovedparten af borgerne, og



at borgerne giver eksempler på, at de får støtte og vejledning som skaber positive resultater i forhold til deres ønsker og behov. En borger beskriver, at pågældende får støtte til at få bedre styr på sin lejlighed og har øvet med sin kontaktperson, at få rigtigt beløb retur ved indkøb. En anden giver eksempel på at vedkommende tager taxa til arbejde, men er selvtransporterende hjem.

Ledelsen og medarbejdere giver ligeledes eksempler på, at tilbuddet har opnået positive resultater i forhold til opfyldelsen af mål i henhold til handleplan og pædagogisk plan.

Ledelsen oplyser, at der er et forbedret samarbejde med myndighed i forhold til at modtage § 141 handleplaner, og samtidig opleves et bedre samspil med forvaltningen om retvisende bestillinger, ud fra borgernes ønsker og behov. Ledelsen og medarbejdere oplyser tillige, at man tilstræber at borgerne inddrages og deltager i handleplansmøderne, at det skal være meningsfuldt. og at tilbuddet som helhed har opnået større forståelse for § 141 handleplanerne.

Leder og medarbejdere oplyser og giver eksempler på, at Seniorhusets struktur har skabt gode resultater for borgerne – "men de er udfordrede af dårlige krævende borgere". Medarbejderne i Seniorhuset oplyser, at de skriver i delmålene.

Socialtilsynet vurderer, at borgernes behov med fordel kan vurderes og beskrives, og at tilbuddet udarbejder oplæg til handleplanerne og bestillingerne, således at de kan være retvisende i forhold til borgernes reelle funktionsniveau og støttebehov, som ændres over tid.

Det fremgår af dialog med leder og medarbejdere, at der er en forventning til, at implementering af indikatormodul i dokumentationssystemet, hvor man anvender tal-score, vil kunne understøtte målarbejdet og herunder inddragelse af borgerne.

Der er ikke struktureret og systematisk opstillet mål for alle borgere, i relation til bestillingerne fra visiterende kommune samt fulgt op, og på den baggrund bedømmes indikatoren forsat i middel grad opfyldt.

Indikator 03.d	<i>Tilbuddet samarbejder aktivt med relevante eksterne aktører for at understøtte, at målene for borgerne opnås.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 03.d

Socialtilsynet har lagt vægt på, at leder oplyser, at de er blevet bedre til at samarbejde med eksterne aktører, herunder §83 hjemmepleje, genoptræning, sygehuse og netværksmøder i Seniorhuset, som led i at understøtte borgernes mål.

Ved tilsyn i 2016 oplyser leder, at der samarbejdes med kommunikationscentret, distriktpsychiatrien og demenskoordinator omkring borgere i Seniorhuset. Medarbejderne i Seniorhuset beskriver, at i takt med borgernes aldring er der tiltagende samarbejde med eksterne aktører.

Tillige vægtes, at medarbejderne ved et tidligere tilsyn i juni 2016, fortæller, at de samarbejder med myndighed i form af sagsbehandler, familie, læge, arbejdsplads, fysioterapeut, tandlæge og psykiater, men det gøres ud fra en individuel vurdering af borgernes behov og ønsker for støtte, i hvilket omfang de er inddraget i kontakten til eksterne aktører. Der vurderes ikke at være ændringer i forhold til dette.

Det fremgår stadig ikke tydeligt, i hvor stort omfang samarbejdet sker for at understøtte at målene for borgerne opnås.

På baggrund af ovenstående fastholdes scoren, og indikatoren bedømmes opfyldt i høj grad.



	Temavurdering
	Sundhed og Trivsel <i>Det er afgørende for kvaliteten, at tilbuddet understøtter borgernes fysiske og mentale sundhed og trivsel. Det er herunder vigtigt, at tilbuddets viden og indsats i forhold til borgernes sundhed og trivsel modsvarer målgruppens behov. Det kan for eksempel være i forhold til kost, motion, rygning og uhensigtsmæssig brug af rusmidler. Det er endvidere vigtigt, at tilbuddet respekterer borgernes værdighed, autonomi og integritet og herunder sikrer borgernes medinddragelse samt selv- og medbestemmelse vedrørende beslutninger om dem selv samt hverdagen i tilbuddet. Et væsentligt led heri er, at tilbuddet i sin pædagogiske indsats har fokus på at forebygge magtanvendelser, herunder dokumenterer og anvender viden fra eventuelle magtanvendelser til løbende læring og forbedring af indsatsen. Desuden er det væsentligt, at tilbuddet forebygger vold og overgreb. Herunder er det vigtigt, at tilbuddets medarbejdere både har relevant faglig viden om forebyggelse af vold og overgreb set i forhold til tilbuddets målgruppe, og at de kan handle hensigtsmæssigt ved bekymring, mistanke eller viden om overgreb.</i>

Vurdering af tema	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet samlet set understøtter borgernes sundhed og trivsel.	
Socialtilsynet vurderer, at Seniorhuset har arbejdet med at forebygge overgreb mellem borgere og har nedbragt antallet af konflikter ved at arbejde systematisk med faglige tilgange og metoder som kompetenceudvikling, struktur, visualisering og risikovurdering og proaktiv tilgang.	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet bør udarbejde opdateret procedure for magtanvendelser og skemaer hertil samt har overblik over tidsfristerne for magtanvendelse samt mulighed for at dokumentere i dokumentationssystemet, og at dette er et udviklingspunkt.	
Socialtilsynet vurderer, at borgerne samlet set trives i tilbuddet, og at de oplever at blive hørt, respekteret og anerkendt. Borgerne inddrages i deres dagligdag, men det er varierende, hvordan de inddrages i målsætnings- og handleplansarbejdet.	
Flere borgere er blevet ældre og har i stigende grad ændret funktionsniveau og sundhedsproblemer og har i stigende omfang behov for støtte til relevante sundhedsydelser.	
Gennemsnitlig vurdering	3,8

Udviklingspunkter	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet bør udarbejde opdateret procedure for magtanvendelser og skemaer hertil samt har overblik over tidsfristerne for magtanvendelse samt mulighed for at dokumentere i dokumentationssystemet.	

Kriterium 04	Tilbuddet understøtter borgernes selv- og medbestemmelse.
Bedømmelse af kriterium	



Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet generelt understøtter borgernes selv- og medbestemmelse over eget liv i hverdagen. Borgerne oplever samlet, at de selv bestemmer over deres hjemmedage og føler sig lyttet til samt respekteret. På rundvisning, samt ved interview høres gennemgående et anerkendende sprogbrug.

Det fremgår af borgerinterview og fra spørgeskemaer samt medarbejdere, at omgangstonen er god. Enkelte har angivet sameksistensudfordringer borgerne i mellem, men fortæller, at de oplever medarbejderne yder støtte og har tid og kommunikationen bedres.

Det vægtes, at det fra interview med Klub Magnetrådet fremgår, at rådsmedlemmerne giver udtryk for at have indflydelse og bliver inddraget i planlægning og beslutninger, blandt andet sommerhøjskolen, fællesspisninger, årstidsbestemte fester og behandling af forslag til aktiviteter fra borgere.

I Stadscafeen giver borgerne udtryk for, at de har indflydelse på deres egne arbejdsopgaver samt tilrettelæggelse og bliver hørt.

Af to husmødereferater fremgår det, at borgerne lyttes til. Borgerne i bofællesskaberne efterlyser en fastere struktur for husmøderne, hvilket medarbejderne medgiver.

Medarbejdere og ledelse fortæller, at de tilstræber, at borgerne deltager i deres handleplansmøder, og at tilbuddet lykkes i varierende grad med at inddrage borgerne i målsætnings- og handleplansarbejdet.

Socialtilsynet vurderer ud fra interview, at det ikke er tydeligt for borgerne, om de har et mål eller en plan. Det vurderes på den baggrund, at tilbuddet fortsat kan have fokus på, hvordan de i højere grad kan inddrage borgerne i indflydelse på eget liv, ved at inddrage borgerne i arbejdet med mål for egen udvikling i de pædagogiske handleplaner.

Indikator 04.a	<i>Borgerne bliver hørt, respekteret og anerkendt.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------

Bedømmelse af Indikator 04.a

Socialtilsynet har lagt vægt på, at borgerne samlet set udtrykker, at de føler sig hørt, anerkendt og respekteret, og at der generelt er en god omgangstone. Borgerne giver eksempler på, at de bliver hørt og inddraget i forhold til planlægning af fællesspisning og fællesaktiviteter. De giver videre udtryk for at de selv kan bestemme, hvad de vil lave på deres hjemmedage. En enkelt borger angiver i spørgeskema, at hjælpen er mindre tilfredsstillende.

Borgerne bor i egne lejligheder og flere giver eksempler på, at de er glade for deres støtte og vejledning til selvstændig livsførelse og selvbestemmelse. Borgerne og medarbejderne giver eksempler på, at man kan blive lyttet til på husmøder og via samtaler enten ad hoc eller på hjemmedage ved kontaktperson. Borgerne angiver i spørgeskemaer, at medarbejderne har tid til at snakke og yde støtte.

Det indgår, at borgerne samlet set efterlyser en fastere struktur for husmøderne. Borgerne i Seniorhuset efterlyser, at medarbejderne overholder de aftaler, der er indgået. I Stadscafeen efterlyses årlige MUS.

Medarbejderne i Seniorhuset beskriver, at de via kompetenceudvikling i KRAP og neuropædagogik oplever at få et bedre afsæt for at forstå borgerne. Her kan omgangstonen blandt borgerne være præget af misforståelser og dagsform. Dog er borgerne også omsorgsfulde og rummelige for hinanden, ved sygdom eller andet.

I Stadscafeen giver borgerne udtryk for, at medarbejderne lytter og yder støtte, så man ikke føler sig forkert, og de får hjælp til at sige til og fra og give udtryk for, hvad man føler. De oplever, at få den rigtige hjælp, og medarbejderne respekterer borgernes ønsker eksempelvis i forhold til arbejdsopgaver og fridage. Borgerne fortæller, at sprog og omgangstone kan være både sjov og alvorlig.

I Klubben beskriver Magnetrådet, at de føler de bliver hørt, anerkendt og respekteret, og giver eksempel på, at der er en opdeling som betyder, at man i højere grad kan være sammen med ligesindede på ferie. Ledelsen beskriver, at omgangstonen i Klubben er "ret fin og at medarbejderne møder borgerne ligeværdigt og inddragende".

Der lægges vægt på, at ved rundvisning og i dialog i Støttecenter Magneten ses og høres det, at borgerne mødes med anerkendende og respektfuld omgangstone, og medarbejderne søger at imødekomme ønsker og behov.

Det indgår fra leder og medarbejder udsagn, at tilbuddet inddrager borgerne i varierende grad i målsætnings- og handleplansarbejdet.



På baggrund af ovenstående fastholdes scoren, og indikatoren bedømmes opfyldt i høj grad.

Indikator 04.b	<i>Borgerne inddrages i og har indflydelse på beslutninger vedrørende sig selv og hverdagen i tilbuddet i overensstemmelse med deres ønsker og behov.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 04.b	
Socialtilsynet har lagt vægt på, at borgerne bor i egne lejligheder, hvor de selv kan bestemme over dagligdagen med støtte og vejledning fra medarbejderne. Dette bekræfter borgerne via interview og spørgeskemaer. Borgerne kan efter egne ønsker og behov indgå i fællesaktiviteterne. Medarbejdere og borgere giver konkrete eksempler på, at borgerne inddrages og har indflydelse på husmøderne i bofællesskaberne. Fra tilsynet i november 2017 er det oplyst, at der laves dagsorden og referat fra møderne, fx laves der madplan. Medarbejderne fortæller, at der i enkelte bofællesskaber i øget grad er anvendt visualisering i møderne. Borgerne efterlyser dog en tydeligere struktur, og medarbejderne bekræfter, at husmøderne ikke afholdes så ofte som de skulle. Af fremsendte referater fra sidste to husmøder i hhv Caroline Amalievej og Åbrinken, ses det, at der er dagsorden og valgt ordstyrer. Emnerne er overvejende praktiske som rengøring og tilmelding til madplan og ture. Det ses, at borgerne på Åbrinken drøfter omgangstone og aftaler borgerne imellem. Man kan ikke umiddelbart se, om borgerne er inddraget i ønsker til madplanen. Som udgangspunkt vurderes det, at borgerne er deltagende, inddraget og har valgmuligheder. Fra interview med Magnetrådet fremgår det, at de oplever at blive inddraget i beslutninger og behandler forslag fra borgere i Klubben. Socialtilsynet lægger vægt på, at borgerne inddrages i varierende grad, og at det ikke er tydeligt for borgerne, om de har et mål eller en plan, og det fremgår ikke i delmål, hvordan borgerne er inddraget. Det indgår tillige at ledelse og medarbejdere tilstræber, at borgerne deltager i handleplansmøderne. På baggrund af ovenstående fastholdes scoren, og indikatoren bedømmes opfyldt i høj grad.	

Kriterium 05	<i>Tilbuddet understøtter borgernes fysiske og mentale sundhed og trivsel</i>
Bedømmelse af kriterium	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet samlet set fortsat understøtter borgernes fysiske og mentale sundhed og trivsel. Socialtilsynet vurderer på baggrund af data fra borgere i bofællesskaberne, Klubben og Stadscafeen, at de trives, og at borgerne er tilfredse med den støtte og vejledning de får. Borgerne får den fornødne adgang og støtte til relevante sundhedsydelser. Dette i stigende grad i forhold til borgerne i Seniorhuset. Der er lagt vægt på, at antallet af konflikter i Seniorhuset er faldet betydeligt. Borgernes funktions- og helbredsstatus, særligt i Seniorhuset, er under forandring grundet aldring. Borgernes behov er på nogle områder mere ressourcekrævende end tilbuddet kan håndtere rent driftsmæssigt, og der er behov for afklaring, for at tilbuddet fortsat kan understøtte fysisk og mental trivsel. Tillige lægges der vægt på, at der samlet set, er opmærksomhed på sund kost og motion samt mental sundhed i tilbuddet, hvilket understøttes af tværfaglig sammensat medarbejdergruppe samt faglig kompetenceudvikling. Se desuden indikator 05.c for yderligere uddybning.	
Indikator 05.a	<i>Borgerne trives i tilbuddet.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 05.a	
Socialtilsynet lægger vægt på, at borgerne samlet set, via interview og spørgeskemaer, giver udtryk for at trives i tilbuddet med de faciliteter og den støtte og vejledning de får. Ledelse og medarbejdere er anerkendende og omsorgsfulde.	



Det vægtes, at konflikter i Seniorhuset er faldet til tre siden sidste tilsyn i november 2017, og fællesrummet er nu indrettet med mindre grupper af spiseborde med visualisering af faste pladser. Endvidere oplyser ledelse og medarbejdere, at anvendelse af struktur, faste rutiner, visualisering, valgmuligheder og ensartet tilgang har givet ro og færre konflikter og vurderes som tegn på trivsel. Endvidere har medarbejderne ændret vagtplanen, så kontaktpersonerne er sammen med borgerne på deres hjemmedage, så vidt muligt. Dette har understøttet arbejdet med struktur og ensartet tilgang.

Der arbejdes med risikovurdering af nogle af borgerne, og medarbejderne er proaktive for også på denne måde at minimere konflikter og sikre trivsel.

Ledelse og medarbejdere giver udtryk for bekymring for borgerne i Seniorhuset, som er blevet ældre og er udfordrede grundet sundhedsproblemer. Borgernes funktionsniveau bliver dårligere, og sundhedsdelen fylder meget. Medarbejderne beskriver konkret episode. Medarbejderne beskriver, at borgerne er meget omsorgsfulde og bekymrede for hinanden hvis der er, eller sker, noget.

Der er truffet en lederbeslutning om, at man i Seniorhuset gerne må lade en borger være alene hjemme, hvis man skal på tur, og der søges om forhåndsgodkendelse til at skaffe alarm til borger, der går fra tilbuddet. Pågældende borger er ofte med medarbejderne rundt i huset, da vedkommende ellers går fra stedet, hvilket betyder, at en medarbejder skal gå efter. Det er der ikke ressourcer til, og de øvrige borgere bliver urolige og bekymrede.

Medarbejderne i Seniorhuset registrerer systematisk borgernes sygedage og fravær fra deres beskæftigelse. Der har været et fald i fravær, og borgerne er blevet mere stabile i forhold til at passe deres beskæftigelse, døgnrytme og struktur. Dette tolkes som tegn på trivsel af medarbejderne.

Borgerne på Caroline Amalievej og Åbrinken bliver også ældre, men vurderingen er, fra ledelse og medarbejdere og borgerne selv, er at borgerne trives.

I Stadscafeen er der tegn på trivsel, ved at borgerne beskriver, at de er trygge og glade og stolte af deres arbejdsindsats. Borgerne har fået støtte til at håndtere indbyrdes konflikter og har fået støtte til kommunikere med hinanden med forståelse for deres forskelligheder.

På baggrund af ovenstående fastholdes scoren og bedømmes opfyldt i høj grad.

Indikator 05.b	<i>Borgerne har med støtte fra tilbuddet adgang til relevante sundhedsydelser.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 05.b

Socialtilsynet har lagt vægt på, at grundet aldring og sundhedsproblemer, særligt blandt Seniorhusets borgere, får borgerne støtte til relevante sundhedsydelser i et stigende omfang. I Seniorhuset har flere borgere fået ledsagerordning med henblik på at komme mere ud, efter eget ønske og med det pædagogiske mål at få mere motion og bevægelse, da flere borgere har vægtproblemer og sekundære helbredsproblemer, uden at have fornøden motivation og indsigt i konsekvenser. Medarbejderne oplyser, at borgerne er glade for ledsagerordningerne, og at medarbejderne også er opmærksomme på at integrere eksempelvis gåture i dagligdagen.

Det indgår, at der i Seniorhuset er ansat sygeplejerske, pædagog med Social- og sundhedsuddannelse samt Social- og sundhedselev, og at der fremadrettet skal være tre Social- og sundhedselever årligt. Medarbejderne udtrykker, at det er en gevinst for borgerne og de pædagogiske medarbejdere, at der er behov for den sundhedsfaglige viden både i forhold til helbredsproblemer, sygdom, aldring og medicin.

Der lægges vægt på, at det fra tidligere tilsyn i november 2017 fremgår, at der af fremsendt materiale ses et samarbejde med læger, psykiatere m.m., hvilket ledelsen bekræfter. Medarbejderne fortæller, at der særligt er udfordringer for nogle borgere med overvægt og følgesygdomme, og de støtter disse borger i kontakt til læge herom. Det indgår, at medarbejderne fortæller i tilsynet i november 2017, at borgerne følger de nationale screeninger og nævner eksempler på, hvordan borgerne vejledes herom i samarbejde med pårørende. Det oplyses at læger ikke inddrages i vurderingen af om undersøgelse er relevant, og fx bliver de borgere som ikke er seksuelt aktive ikke testet for livmoderhalskræft.

På baggrund af ovenstående fastholdes scoren, og indikatoren bedømmes opfyldt i høj grad.



Indikator 05.c	<i>Tilbuddets viden og indsats vedrørende borgernes fysiske og mentale sundhed, modsvarer borgernes behov.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 05.c	
Socialtilsynet har lagt vægt på, at medarbejderne er tilfredse med at have Social- og sundhedselev, sygeplejerske og fysioterapeut ansat, og at de ser, at det er en gevinst for borgerne, da de qua faglighed har fokus på sundhed og sygdom og er med til at sikre en helhedsorienteret og tværfaglig tilgang til borgerne. Der lægges vægt på, at medarbejderne kompetenceudvikles og har en reflekterende og anerkendende og omsorgsfuld tilgang til borgerne, og beskriver at de søger at møde borgerne, hvor den enkelte er. Tillige vægtes, at borgerne beskriver flere indsatser i forhold til at løfte deres fysiske sundhed. De går bl.a. til svømning, og er med i planlægning af fællesspisning og snakker om hvad der sundt at spise. En borger nævner, at vedkommende har fået vægtproblemer efter at være flyttet i bofællesskabet, hvor vedkommende nu har boet i en årerække. I Klubben og i Stadscafeen er der fokus på at kosten er sund, og borgerne er inddraget i planlægning og madlavning. I Klubben tilbydes gåture. Det indgår tillige, at det er uklart hvorvidt der er tilbud om bevægelse i weekenderne. Tillige er der lagt vægt på, at medarbejderne i tidligere tilsyn i november 2017, beskriver indsatser i forhold til at løfte borgernes mentale sundhed fx nævnes faste individuelle samtaler, hvor forskellige problemstillinger omkring borgers mentale tilstand kan drøftes som et af emnerne. Ledelse og medarbejdere oplyser, at alle borgere har en primær og sekundær kontaktperson, og borgerne giver udtryk for at der altid er en medarbejder at tale med. Flere borgere beskriver, at det kan være rart at have nogen at snakke med efter arbejde, hvis der f.eks. er sket noget eller man er i tvivl om noget. Nogle borgere bruger hinanden - både i Klubben og i Bofællesskaberne til at snakke. Det indgår, at borgerne støttes til at indgå i fællesskaber, og at de beskriver, at de får støtte til konflikthåndtering fra kontaktpersoner og medarbejdere, hvilket har betydning for den mentale sundhed. Det indgår også at borgerne generelt giver udtryk for at trives i tilbuddet og har gode muligheder for at være sammen med ligesindede. Se evt. 5.a. I Stadscafeen er medarbejderne opmærksomme på, at driften skal tilpasses borgerne og ikke omvendt, for at sikre den mentale sundhed og undgå pres og stress. Man drøfter hvordan man håndterer kunder og samler op på eventuelle episoder, hvor borgerne har følt sig udsatte eller pressede. Klubben har fokus på at facilitere fællesskab og samvær og udbyder wellness-aktivitet i form af drømmerejser, som har betydning for mental sundhed. På baggrund af ovenstående fastholdes scoren, og indikatoren bedømmes opfyldt i høj grad.	

Kriterium 06	<i>Tilbuddet forebygger magtanvendelser</i>
Bedømmelse af kriterium	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet samlet set har fokus på at forebygge magtanvendelser. Der har været en magtanvendelse siden sidste tilsyn i november 2017. Tilbuddet er i proces med at søge om forhåndsgodkendelse til GPS- og epilepsialarm. Det vægtes, at ledelse og medarbejdere har en refleksiv praksis samt relationel og anerkendende tilgang, og at der arbejdes metodisk med at fokusere på borgernes ressourcer, samt udarbejder risikovurderinger. Borgerne profiterer af den proaktive tilgang. Det vægtes, at der ikke foreligger skriftlig procedure i henhold til magtanvendelsescirkulæret. Tilbuddet har ikke har en opdateret procedure for magtanvendelser og skemaer hertil, samt overblik over tidsfristerne. Endvidere vægtes det, at tilbuddets dokumentationssystem ikke understøtter registrering og dokumentation.	



Indikator 06.a	<i>Tilbuddets pædagogiske indsats understøtter, at magtanvendelser så vidt muligt undgås.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 06.a	
Socialtilsynet har lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere oplyser, at der ikke har været magtanvendelser det sidste år. Der lægges vægt på, at socialtilsynet har modtaget magtanvendelse fra den 28.2.18. Af senere fremsendt dokument fremgår det, at magtanvendelsen omhandlede beskyttelse af borgeren selv i forbindelse med et krampeanfald. Tillige vægtes, at medarbejderne beskriver og giver eksempler på, hvordan de anvender low arousal, struktur, visualisering, anerkendelse og ressourcebaseret tilgang. Endvidere beskriver medarbejdere, at borgerne har en udstrakt grad af rummelighed og omsorg for hinanden, hvilket ses konfliktnedtrappende. Af fremsendt dokument fremgår det, at der har været 3 registreringer af uhensigtsmæssig adfærd borgerne imellem. Det er vægtet, at det fra tidligere tilsyn i november 2017 er oplyst, at medarbejderne fortæller, hvordan de løbende drøfter etiske dilemmaer på teammøderne, og at ledelsen oplyser, at der har været gennemført undervisningsforløb omkring magtanvendelser forestået af kommunens jurist. Her blev drøftet låste døre og dement borgers brug af GPS. Det oplyses, at borger selv er indforstået i brugen heraf. På baggrund af ovenstående sænkes scoren, og indikatoren bedømmes opfyldt i høj grad.	
Indikator 06.b	<i>Tilbuddet kan håndtere eventuelle magtanvendelser ved at dokumentere og følge op på disse med henblik på løbende læring og forbedring af indsatsen.</i>
Bedømmelse	2 (i lav grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 06.b	
Socialtilsynet vægter, at ledelse og medarbejdere oplyser, at de kender procedure for magtanvendelser, men at der fortsat ikke foreligger en skriftlig procedure, og at man ikke kan dokumentere i tilbuddets dokumentationssystem, da det endnu ikke er faciliteret til det. Leder oplyser, at man er ved at lægge sidste hånd på proceduren for magtanvendelse, da der var behov for at den skulle tilrettes. Der lægges endvidere vægt på, at socialtilsynet har modtaget magtanvendelse fra den 28.2.18, hvor det er indtrykket, at tilbuddet ikke har en opdateret procedure for magtanvendelser og skemaer hertil, samt har overblik over tidsfristerne. Tillige indgår, at der ved sidste tilsyn november 2017 ikke foreligger oplysninger om, at tilbuddet har udarbejdet en skriftlig procedure for medarbejdernes information af magtanvendelsescirkulæret, håndtering og procedure ved brugen af magt, samt processen efterfølgende, hvilket var et udviklingspunkt fra 2016. På baggrund af ovenstående sænkes scoren, og indikatoren bedømmes i lav grad opfyldt.	
Kriterium 07	<i>Tilbuddet forebygger vold og overgreb</i>
Bedømmelse af kriterium	



Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet forebygger vold og overgreb og har arbejdet med at nedbringe episoder.

Seniorhuset har nedbragt antallet af registrerede episoder, med overgreb mellem borgerne, til tre, siden sidste tilsyn, hvilket var et opmærksomhedspunkt. Det vurderes, at borgerne profiterer af, at medarbejderne understøtter deres adfærd og kommunikation, ved faglige tilgange og metoder som er relevante. Dette er særligt, low arousal tilgang, struktur, forudsigelighed, visualisering samt en bredere analyse og forståelse af borgernes ressourcer og aktuelle funktionsniveau.

Borgerne angiver i spørgeskemaer, at hovedparten finder, at de andre borgere er rolige og venlige, men der er nogle der svarer mindre tilfredsstillende, at nogle har temperament, og at de fleste er rare, samt nogle gange rare. Det vægtes, at borgerne angiver i spørgeskemaerne, at de får den støtte, de har brug for, og at medarbejderne har tid. Borgerne giver generelt udtryk for at være trygge og siger at "der er nogle i bofællesskabet der har temperament - det er personalet gode til at tage hånd om".

I Stadscafeen har borgerne fået støtte til at forbedre kommunikationen indbyrdes og konflikthåndtere samt sætte ord på egne følelser.

Magnetrådet fortæller at: "medarbejderne er stille og rolige, har tid og de skal nok finde ud af at løse ballade. Det har været oppe at vende, at der har været skænderier. Man lægger problemer af efter at have været på arbejde".

Indikator 07.a	<i>Tilbuddets pædagogiske indsats understøtter, at der ikke forekommer vold eller overgreb i tilbuddet.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 07.a

Socialtilsynet har lagt vægt på, at det af fremsendt notat fremgår, at antallet af episoder med overgreb mellem borgerne er nedbragt til tre siden tilsynet i november 2017. Dette var et opmærksomhedspunkt, som det vurderes tilbuddet har fulgt op på, med godt resultat. Efter lederudsagn, fungerer registreringsproceduren, og medarbejderne er blevet mere proaktive og har en mere ensartet tilgang til borgerne.

I Seniorhuset har man blandt andet ændret i vagtskemaet, så kontaktpersonen er sammen med borger på hjemmedag, hvilket de vurderer skaber struktur, forudsigelighed og ro. Der er udarbejdet skema for borgernes hjemmedage, som giver struktur, forudsigelighed og fastholder gode rutiner.

Medarbejderne i Seniorhuset, har opdelt bordene i fællesrummet i mindre grupper og borgernes har nu faste pladser angivet ved lamineret dækkeserviet med navn. Endvidere er man i proces, med at afdække borgernes ressourcer samt risikovurdere, som et led i den faglige kompetenceudvikling indenfor KRAP og neuropædagogik. Dette ser medarbejderne giver positive resultater for borgerne. Der er opstillet mindst to delmål for alle borgere, og generelt har fokus på struktur, ensartet tilgang, visualisering og større indsigt i borgernes profiler afstedkommet, at borgerne har fået forbedret døgnrytme, passer deres beskæftigelse og aktiviteter mere stabilt og udfordringen er, nævner ledelse og medarbejdere, at de pædagogiske indsatser kræver struktur og forudsigelighed og ressourcer. Leder er i dialog med myndighed om, hvad man gør for at sikre ressourcer, efterhånden som borgerne bliver ældre.

Der er lagt vægt på, at borgere i bofællesskaberne, Stadscafeen og klubben beretter, at de er trygge og oplever altid at kunne få hjælp og støtte fra en medarbejder. I et bofællesskab oplyser borger, at man kan gå hjem i sin lejlighed, hvis der er en konflikt.

Borgerne i Stadscafeen fortæller, at de får støtte og vejledning i at kommunikere, håndtere følelser og konflikter borgerne i mellem, og at det har givet forståelse for hinandens forskelligheder, praktiske løsninger samt bedre samarbejde.

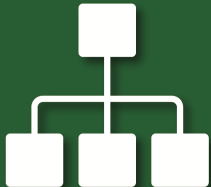
Medarbejder i Klubben oplyser, at man anvender en low arousal tilgang, facilitere samvær og aktiviteter, og har opdelt dagene, så nogle dage er for borgere i bofællesskab, andre dage er for hjemmeboende borgere. Dette giver en god stemning, at borgerne er sammen med ligesindede. Medlemmer af Magnetrådet fremhæver og bekræfter dette og har haft indflydelse på beslutningen om at opdele.

Socialtilsynet anerkender, at tilbuddet har udviklet den pædagogiske indsats overfor vold og overgreb i tilbuddet og borgerne giver udtryk for generel tryghed, og på den baggrund hæves scoren, og indikatoren bedømmes i høj grad opfyldt.



Indikator 07.b	Udgået fra d. 1 januar 2017.
----------------	------------------------------



Temavurdering	
	Organisation og ledelse
	<i>En væsentlig forudsætning for kvaliteten af sociale tilbud er en hensigtsmæssig organisering samt en kompetent og ansvarlig ledelse. En kompetent og ansvarlig ledelse er blandt andet kendetegnet ved at drive tilbuddet fagligt og økonomisk forsvarligt, sætte rammerne for tilbuddets strategiske udvikling og varetage den daglige drift.</i>

Vurdering af tema

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet har en kompetent leder samt en styrket ledelsesorganisering. Ledelsen har opmærksomhed på driften og er løsningsorienteret i forhold til at sikre, at særligt Seniorhuset får de fornødne ressourcer i forhold til borgernes ændrede behov. Der pågår dialog med forvaltningen herom.

Ledelsen er fokuseret på at implementere de strukturelle organisationsændringer samt udmøntning af faglig kompetenceudviklingsplan, så tilbuddet får et solidt teoretisk og praktisk fagligt fundament, og deraf positive resultater for borgerne samt læring. Der er opmærksomhed på at øge og sikre borgerinddragelsen.

Ledelsen er opmærksomme på at iværksætte indsatser der skal understøtte implementeringen og har planlagt ledelsesmæssig opfølgning samt ekstern faglig supervision til hele tilbuddet, samt er opmærksomme på at de mange forandringer og tiltag kræver tid og nærvær.

Socialtilsynet vurderer fortsat som et opmærksomhedspunkt, at tilbuddet skal følge systematisk op på plan for implementering af Bosted system, så medarbejdere kan arbejde med mål og delmål i dokumentationssystemet som operationalisering af handleplanerne, så der følges op på de opsatte mål med fokus på læring og forbedring af indsatsen, samt øget inddragelse af borgerne.

Socialtilsynet vurderer endvidere, at et fortsat opmærksomhedspunkt er, at tilbuddet skal sikre, at der er det rette grundlag for driften i Seniorhuset, så økonomien ikke hentes i tilbud til andre borgere.

Gennemsnitlig vurdering	3,9
--------------------------------	-----

Udviklingspunkter

Kriterium 08	<i>Tilbuddet har en kompetent ledelse</i>
Bedømmelse af kriterium	



Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet har en kompetent ledelse.

Der er lagt vægt på, at stedfortræder er i gang med diplomuddannelse i ledelse, samt er opnormeret til leder på fuld tid for at understøtte udviklingsprocesserne samt for at ledelsen kan få tid til sparring og dialog.

Det vægtes, at både sygefravær og personalegennemstrømning er nedbragt siden sidste tilsyn, samt at der har været trivselsvurdering.

Der opstartes ekstern faglig supervision til medarbejderne forankret i KRAP fra maj 2018, med henblik på forankring af teori og praksis. Ligeledes starter i maj 2018 en pædagogisk vejleder samt to Bosted tovholdere. De skal yde sparring og sidemandsoplæring, samt dele viden på tværs.

Socialtilsynet vurderer, at ledelsen arbejder med at integrere og implementere de strukturelle ændringer og kompetenceudvikling i tilbuddet, både i forhold til drift og strategi. De parallelle indsatser kræver tovhold og opfølgning og der bør være fokus på løbende status på handleplan for implementering af Bosted, hvilket fortsat er et opmærksomhedspunkt, samt implementering af KRAP og neuropædagogik, hvilket fortsat er et udviklingspunkt, så det bliver redskaber, tilgange og metoder der kommer borgerne til gavn.

Indikator 08.a	<i>Ledelsen har relevante kompetencer i forhold til at lede tilbuddet.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 08.a

Socialtilsynet lægger vægt på, at ledelsen er opnormeret til to fuldtidsstillinger, og at stedfortræder læser diplom i ledelse. Tilbudsleders uddannelses- og erfaringskompetencer er dokumenteret ved tidligere tilsyn i november 2017. Leder oplyser, at det var nødvendigt at opnormere, for at få mere ledelseskraft til tilbuddet.

Der er gennemført trivselsvurdering i 2017. Sygefravær er nedbragt til ca. 5% og personalegennemstrømning er ligeledes nedbragt.

Ledelsen giver udtryk for, at de står overfor flere udfordringer, særligt i forhold til, at mange af borgerne bliver ældre og deres behov ændres.

Leder drøfter de flerårige ressourceudfordringer i Seniorhuset med centerchefen og angående de fysiske rammer i Åbrinken med LEV. Leder oplyser i fremsendt dokument, at "der foreligger ikke et bæredygtigt budget for Seniorhuset. Budgettet bliver tiltagende mindre bæredygtigt som borgernes funktionsniveau falder, som konsekvens af demens og aldring".

Ledelsen er bevidst om, at de strukturelle ændringer i organisationen møder både med- og modvind. Der lægges vægt på, at ledelsen beskriver, at medarbejderne har haft valgmuligheder, i forhold til, hvilke opgaver de ønskede at arbejde med. Det er tilstræbt, at den nye teamstruktur er iværksat med to koordinatore for henholdsvis Caroline Amalievej og Åbrinken samt for Seniorhuset. Endvidere ansættes der en pædagogisk faglig vejleder til maj 2018 samt to superbrugere i dokumentationssystemet.

Ledelsen beskriver endvidere, at man har ændret personalemødestrukturen, så der kun er personalemøde hver anden uge, og at der i de øvrige uger er mulighed for at sparre, mødes i arbejdsgrupper og følge op på uddannelse i relation til borgerne.

Ledelsen oplyser, at man vil prioritere forankring af KRAP og neuropædagogikken i organisationen som et fagligt fundament, og vil satse på implementering af denne kompetenceudvikling indeværende og næste år.

Ledelsen oplyser, at man er bevidst om, at medarbejderne i Stadscafeen har behov for ledelsesmæssig opfølgning i relation til drifts- og dokumentations udfordringer samt at medarbejdergruppen er ny. Stedfortræder oplyser, at det er planlagt at afholde regelmæssige opfølgningsmøder med medarbejderne fra juni 2018, hvilket medarbejderne er informeret om. Ved interview med medarbejdere i Stadscafeen er man imidlertid ikke klar over planen og på den brede medarbejderfront efterlyses nærværende ledelse samt tydelighed og struktur i forhold til ledernes ansvarsområder.

På baggrund af ovenstående fastholdes scoren, og indikatoren bedømmes opfyldt i høj grad.

Indikator 08.b	<i>Tilbuddet benytter sig af ekstern faglig supervision eller anden form for sparring for ledelse og medarbejdere.</i>
-----------------------	--



Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 08.b	
Socialtilsynet lægger vægt på, at der efter lederudsagn, påbegyndes ekstern supervision op, for medarbejderne i tilbuddet, i maj 2018. Supervisionen skal understøtte implementeringen af KRAP tilgang og metode og have en undervisende karakter i forhold til praksis. Det fremgår af interview, at medarbejderne er bekendte og tilfredse med planen. Der lægges tillige vægt på, at der ligeledes fra maj 2018, vil være en pædagogisk vejleder samt to bosted tovholdere. De skal yde sidemandsoplæring og sparring. Medarbejderne giver udtryk for, at den nye teamstruktur og personalemødestruktur tjener det formål, til at der er mulighed for at sparre om ny viden om borgerne, og ledelsen angiver, at de arbejder på at skabe en struktur og kultur i organisationen, så videndeling og sparring kan foregå på tværs. Ledelsen har omlagt dagsorden på personalemøderne, så der er frigivet tid til at drøfte borgere, sparre i forhold til ny viden samt indsatser i teams. Leder er del af ledernetværk og opsøger faglig sparring. Leder og stedfortræder yder sparring til medarbejderne, særligt i vanskelige sager og situationer. På baggrund af ovenstående fastholdes scoren, og indikatoren bedømmes i høj grad opfyldt.	

Kriterium 09	<i>Tilbuddets daglige drift varetages kompetent</i>
Bedømmelse af kriterium	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets daglige drift varetages kompetent, og at der er igangsat relevant organisations- og kompetenceudvikling, som der skal tovholdes på. Ledelsen er opnormeret så stedfortræder er på fuld tid, og der er fortsat to teamledere, hvilket styrker og understøtter driften og udviklingen. Det er socialtilsynets vurdering, at der fortsat bør være et vedholdende ledelsesmæssigt fokus på at styrke arbejdet med dokumentationen, for at implementeringen af denne får en kvalitet som giver en større faglighed i arbejdet med metoder og styrker læringsperspektivet, samt borgerinddragelsen. Sygefraværet og personalegennemstrømningen er bragt yderligere ned, og der er lavet trivselsvurdering i 2017. Der er lagt vægt på, at borgerne fortsat oplever at få tilstrækkelig og tilfredsstillende støtte og størstedelen af medarbejderne er pædagogisk eller sundhedsfaglig uddannet. Det er fortsat et opmærksomhedspunkt, at der er det rette grundlag for driften i Seniorhuset, så økonomien ikke hentes i tilbud til andre borgere.	
Indikator 09.a	<i>Borgerne har i forhold til deres behov tilstrækkelig kontakt til personale med relevante kompetencer.</i>
Bedømmelse	3 (i middel grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 09.a	
Socialtilsynet lægger vægt på, at alle borgere har både en primær og sekundær kontaktperson. Borgerne tilkendegiver, at de oplever, at medarbejderne har tid til at snakke med dem både på hjemmedage og ved behov, og at de er tilfredse med deres støtte og vejledning. Dette er bekræftet fra borgere i bofælleskaberne, Stadscafeen og i Klubben. Leder oplyser, at der siden sidste tilsyn ikke er sket ændringer i budgettet for Seniorhuset, og at der pågår drøftelser med centerchef. Leder og medarbejders vurdering er, at de er bekymrede for borgerne i Seniorhuset, da tilbuddet ikke har tilstrækkelige ressourcer til at dække borgernes behov. Medarbejderne giver eksempler på, at man ikke systematisk og struktureret kan arbejde med de pædagogiske indsatser efter plan, da tempoet i perioder er højt. Der er arbejdet struktureret med at borgerne i Seniorhuset passer deres beskæftigelse efter formåen, og således er afsted i dagtimerne i individuelt omfang. Endvidere søges der at opretholde god kontakt til pårørende, så borgerne kan komme hjem på besøg. Det er ledelses besluttet, at borgere der ikke ønsker/kan gå på ture, må lades alene hjemme i bofællesskabet, når de andre går ex tur.	



Der er lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere giver eksempler på, at borgerne i Seniorhuset i stigende omfang, særligt grundet aldring og helbredsproblemer, har behov for omsorg og pleje og støtte til sundhedsydelse. Borgerne stiller krav til mere støtte i dagligdagen og medarbejderne i Seniorhuset, beskriver at man blandt andet må have en borger med rundt, da vedkommende ellers går fra stedet og der ofte ikke er tilstrækkelige ressourcer til at forlade de øvrige borgere. Klubmedarbejder fortæller, at en borger fra Seniorhuset sendes hjem inden fællesspisning, da der ikke er ressourcer til at støtte borgeren under måltidet. Ledelse og medarbejdere er opmærksomme på, at borgernes behov ændrer sig, og at der er behov for at afholde netværksmøder samt oplæg til myndighed mhp visitation i forhold til ændringer i funktionsniveau og støtte-plejebæbehov.

Medarbejderne giver udtryk for at tværfagligheden i Seniorhuset, som har både sygeplejerske og social- og sundhedselev, er nødvendig for borgernes sundhed og trivsel.

Indikatoren bedømmes fortsat i middel grad opfyldt, da budgetter og takster fortsat ikke afspejler de nødvendige ressourcer og økonomien trækkes for andre ydelser f.eks. § 85 og aktivitetstilbuddet.

Indikator 09.b	<i>Personalegennemstrømningen på tilbuddet er ikke på højere niveau end sammenlignelige arbejdspladser.</i>
-----------------------	---

Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------

Bedømmelse af Indikator 09.b

Socialtilsynet har lagt vægt på, at leder og medarbejdere oplyser, at personalegennemstrømningen er faldet, og at man vurderer, at den mere stabile medarbejdergruppe, særligt i Seniorhuset, har haft positiv effekt for borgerne. I følge Tilbudsportalen har personalegennemstrømningen været på 8,25 % i 2017, hvilket ikke er på et højere niveau end sammenlignelige arbejdspladser.

På baggrund af ovenstående hæves scoren, og indikatoren bedømmes opfyldt i høj grad.

Indikator 09.c	<i>Sygefraværet blandt medarbejderne er ikke på højere niveau end sammenlignelige arbejdspladser.</i>
-----------------------	---

Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------

Bedømmelse af Indikator 09.c

Socialtilsynet har lagt vægt på, at leder oplyser, at sygefraværet er faldet. Tilbuddet har i en periode haft 3 langtidssyge som har stået for en høj procentdel af sygefraværet. Leder oplyser at sygefraværet er ca. 5% ved indeværende tilsyn i maj 2018, og at der har været Trivselsvurdering i 2017. Dette betyder, at sygefraværet er bragt yderligere ned fra tilsynet i november 2017. I 2017 var sygefraværet på 6,4 dage pr. medarbejder i følge Tilbudsportalen, hvilket ikke er på et højere niveau end sammenlignelige arbejdspladser.

På baggrund af ovenstående fastholdes scoren, og indikatoren bedømmes i høj grad opfyldt.



	Temavurdering
	Kompetencer <i>Det er afgørende for kvaliteten i tilbuddet, at tilbuddets medarbejdere har de faglige, relationelle og personlige kompetencer, der er nødvendige i forhold til tilbuddets målsætninger og målgruppe, de metoder tilbuddet anvender, samt borgernes aktuelle behov. Herunder skal børn og unge sikres en tryk hverdag og opvækst med nære og stabile relationer.</i> <i>Udover tilbuddets aktuelle kompetenceniveau er det vigtigt, at tilbuddet har strategisk fokus på, hvordan de nødvendige kompetencer sikres på såvel kort som langt sigt, samt hvordan eventuelle specialistkompetencer kan tilvejebringes.</i> <i>Det er et vigtigt aspekt af kvaliteten af et tilbud, at medarbejderne møder borgerne med respekt for den enkeltes behov og forudsætninger samt har fokus på borgernes retssikkerhed.</i>

Vurdering af tema	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet samlet set har kompetencer til at imødekomme borgernes ønsker og behov. Det vægtes, at den faglige kompetenceudviklingsplan følges, og medarbejderne har generelt lang erfaring i arbejdet med målgruppen. Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets ledelse fremadrettet fortsat bør have opmærksomhed på implementeringen af kompetenceudviklingen indenfor KRAP og neuropædagogik, samt videndeling på tværs for at opnå den ønskede faglige platform med positive resultater for borgerne til følge. Socialtilsynet ser, at tilbuddet med fordel fortsat kan have fokus på, at opkvalificere medarbejdernes udviklingsperspektiv i arbejdet med borgerne, eksempelvis ved brug af visualiseringer ved blandt andet ibrugtagen af velfærdsteknologi. Udviklingspunktet er ikke belyst ved indeværende tilsyn og er på den baggrund overført.	4

Udviklingspunkter	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets ledelse fremadrettet fortsat bør have opmærksomhed på implementeringen af kompetenceudviklingen indenfor KRAP og neuropædagogik, samt videndeling på tværs. Socialtilsynet ser, at tilbuddet med fordel fortsat kan have opmærksomhed på implementering af velfærdsteknologi for udvikling af borgernes selvstændighed og at få ejerskab hertil.	

Kriterium 10	Tilbuddets medarbejdere besidder relevante kompetencer i forhold til målgruppens behov og tilbuddets metoder
Bedømmelse af kriterium	



Socialtilsynet vurderer, at medarbejderne besidder relevante kompetencer i forhold til målgruppens behov og tilbuddets metoder.

Der er lagt vægt på, at den faglige kompetenceudviklingsplan følges og den teoretiske uddannelse følges op af ekstern supervision, af undervisende karakter i KRAP, i relation til praksis. Ledelsen er opmærksom på at skabe strukturer, så videndeling sker på tværs.

Socialtilsynet anerkender, at tilbuddet er godt på vej, men vurderer, at tilbuddets ledelse fremadrettet fortsat bør have opmærksomhed på implementeringen af kompetenceudviklingen indenfor KRAP og neuropædagogik, samt vidensdeling på tværs.

Socialtilsynet vurderer fortsat, at tilbuddet har som et opmærksomhedspunkt, at få givet medarbejderne den nødvendige viden, så de kan arbejde i Bosted systemet, da man ikke er så langt med implementeringen som planlagt.

Udviklingspunkt fra 5. april 2017 og november 2017 er ikke belyst på indeværende tilsyn, hvorfor det fortsat er socialtilsynet vurdering, at tilbuddet med fordel fortsat kan have opmærksomhed på implementering af velfærdsteknologi for udvikling af borgernes selvstændighed og at få ejerskab hertil.

Indikator 10.a	<i>Medarbejdergruppen har samlet set relevant uddannelse, opdateret viden og erfaring med målgruppen og tilbuddets metoder.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 10.a

Socialtilsynet har lagt vægt på, at den samlede medarbejdergruppe er uddannet indenfor det pædagogiske og sundhedsfaglige område og samlet set har lang erfaring med målgruppen jf. oplysninger fra Tilbudsportalen og interview med medarbejdere.

Leder har, i fremsendt notat, beskrevet, at 6 medarbejdere afslutter to diplomfag i Neuropædagogik og Neuropsykologi i maj 2018. I januar 2018 startede halvdelen af medarbejderne på KRAP uddannelsen, der forløber over 10 undervisningsdage. I august 2018, starter den anden halvdel af medarbejderne på KRAP uddannelsen. Leder og stedfortræder deltager hver på et af holdene. Ledelsen oplyser, at for at understøtte forankringen af den nye viden, starter ekstern supervision op for alle medarbejdere i maj 2018. Supervisionen tager udgangspunkt i KRAP og skal have karakter af undervisning. I efteråret 2018 er der en temadag om seksualitet under planlægning.

Endvidere oplyser ledelsen, at det har vist sig nødvendigt at begynde "forfra" i forhold til medarbejdernes kompetencer til Bosted. Der er fokus på at komme videre med udviklingsarbejdet, dog vanskeliggjort af tekniske udfordringer. Medarbejdere oplyser, at tekniske udfordringer er årsag til, at der ikke er systematisk dokumenteret på delmålene. Medarbejderne fortæller, at de synes det giver god mening at opstille mål og delmål i dokumentationssystemet, samt at dokumentere så man kan evaluere indsatserne.

Borgerne inddrages i varierende grad i målsætnings- og planarbejdet. Det fremgår af notat fra leder, at forventningen er at efterhånden som §141 handleplanerne operationaliseres i mål og delmål i Bosted, vil det fremgå, hvordan borgerne er inddraget.

Der lægges vægt på, at borgerne giver udtryk for at de føler sig hørt, anerkendt og udvikler selvstændighed, og at registreringer af uhensigtsmæssig adfærd borgerne imellem er faldt til tre siden tilsyn i november 2017.

På baggrund af ovenstående fastholdes scoren, og indikatoren bedømmes opfyldt i høj grad.

Indikator 10.b	<i>Det er afspejlet i medarbejdernes samspil med borgerne, at medarbejderne har relevante kompetencer.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 10.b

Socialtilsynet har lagt vægt på, at borgerne beskriver, at de føler sig trygge ved medarbejderne som har tid, og at de er tilfredse med den støtte og vejledning de får til at være i beskæftigelse, udvikling af færdigheder så de kan opretholde selvstændig livsførelse, indgå i sociale relationer og fællesaktiviteter. Endvidere, at der tages hånd om borgerne fysiske og mentale sundhed. Se evt. 5.c.

Der lægges tillige vægt på, at omgangstonen beskrives som generelt god af både borgere og medarbejdere, hvilket



også er observeret ved rundvisning i bofællesskaberne, Stadscafeen og Klubben på indeværende tilsyn.

Det fremgår af notat fra leder, at antallet af konflikter borgerne imellem, i Seniorhuset, er faldet til tre registrerede episoder, og at leder og medarbejderne beskriver, at de via uddannelse og strukturerede indsatser oplever at få et andet afsæt for at forstå borgerne, afdække deres ressourcer og møde dem hvor de er, også mere proaktivt.

Der lægges vægt på, at ved interview med borgerne, er det ikke så tydeligt for dem, om de har et mål eller en plan. Ledelse og medarbejderne giver udtryk for at det i nogle tilfælde kan være udfordrende at inddrage borgerne i målsætningsarbejdet, og at det sker i varierende grad ud fra en pædagogisk indsats.

På baggrund af ovenstående fastholdes scoren, og indikatoren bedømmes opfyldt i høj grad.

Kriterium 11	<i>Udgået med underliggende indikatorer fra d. 1 januar 2017.</i>
Kriterium 12	<i>Udgået med underliggende indikatorer fra d. 1 januar 2017.</i>
Kriterium 13	<i>Udgået med underliggende indikatorer fra d. 1 januar 2017.</i>



	Temavurdering
	Fysiske rammer <i>De fysiske rammer udgør en central del af et tilbud, både som ramme om borgernes liv og som ramme om den indsats, der finder sted. Det er derfor væsentligt, at tilbuddets omgivelser, indretning, faciliteter og stand understøtter målgruppens behov og formålet med indsatsen, herunder at de fysiske rammer inde og ude tilgodeser borgernes trivsel og tryghed samt ret til privatliv.</i>

Vurdering af tema

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet samlet set har fysiske rammer der tilgodeser borgernes behov for selvstændig livsførelse og privatliv i egne lejligheder, som er individuelt og personligt indrettede, samt deltagelse i aktivitet og samvær, dels i fællesrum og dels i Klubben. De fysiske rammer i bofællesskabernes fællesrum og Klubben er indrettet så de understøtter samvær og trivsel, med indretning til fællesspisning og aktivitet. Der er anvendt tavler og visualisering til overblik, planlægning og struktur på Caroline Amalievej og i Seniorhuset. Derudover har bofællesskaberne beliggenhed og omgivelser, der understøtter borgernes behov for udfoldelse, botræning samt naboskaber.

Socialtilsynet ser, at tilbuddet med fordel, i Seniorhuset forsat kan arbejde med afskærmning mellem lejlighed og fællesrum for at reducere konflikter, og at dette derfor forsat er et udviklingspunkt.

Socialtilsynet vurderer, at køkken og fællesrumsfaciliteterne i Åbrinken er uændrede og stadig noget små, set i forhold til det antal borgere der deltager i fællesspisningerne samt øvrige fællesaktiviteter.

Socialtilsynet vurderer, at Stadscafeen er et velindrettet beskyttet beskæftigelsestilbud for borgerne, tager hensyn til særlige behov og er med til at sikre trivsel og god drift, herunder er der et separat lokale, hvor man kan holde pause og møder.

Socialtilsynet vurderer, at Støttecenter Magnetens matrikel er af ældre dato og de fysiske rammer for klubben uændret siden sidste tilsyn november 2017, fremtræder slidte og små, men at der er fundet nogle løsninger gennem opdeling og rumdelere. På sigt vil der være behov for at finde egnede rammer til den voksende ungegruppe, hvilket er et udviklingspunkt.

Klubben ligger centralt og er let tilgængelig på baggrund af beliggenheden og nær offentlige transportmidler.

Gennemsnitlig vurdering	4,3
--------------------------------	-----

Udviklingspunkter

Socialtilsynet er enig med ledelse og medarbejdere i, at det forsat er et udviklingspunkt at arbejde med udnyttelse af rammerne på Åbrinken så køkkenet og fællesrummet i højere grad bliver en god ramme for fællesskab for borgerne i tilbuddet.

Socialtilsynet ser, at tilbuddet med fordel, i Seniorhuset forsat kan arbejde med afskærmning mellem lejlighed og fællesrum for at reducere konflikter.

Socialtilsynet er enig med leder i, at på sigt vil der være behov for at finde egnede rammer til den voksende ungegruppe i Klubben.

Kriterium 14	<i>Tilbuddets fysiske rammer understøtter borgernes udvikling og trivsel</i>
---------------------	--

Bedømmelse af kriterium



Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets fysiske rammer samlet set understøtter borgernes udvikling og trivsel i høj grad.

Borgerne er samlet set tilfredse med deres boliger i mindre bofællesskabs-enheder, og de har mulighed for selvstændig livsførelse samt for at indgå i fællesskaber i de fælles fysiske rammer. Alle bofællesskaberne er tidssvarende, og borgerne har egne boliger med stue, værelse, toilet og thekøkken. Borgernes bolig er indrettet individuelt efter borgernes egne ønsker og deres behov for privatliv er tilgodeset i meget høj grad. Der er fortsat en udfordring i Åbrinken, hvor køkkenets kapacitet ikke stemmer overens med behovet.

Der er lagt vægt på, at Stadscafeen er et velindrettet og veldrevet beskyttet beskæftigelsestilbud, hvor borgerne udvikles og trives med deres arbejde.

Socialtilsynet vurderer, at Støttecenteret Magneten fortsat og uændret er med til at understøtte borgernes mulighed for indflydelse, ungdomsliv, ældrefællesskab samt udfoldelsesmuligheder. På sigt skal der findes egnede rammer for den voksende ungegruppe.

Indikator 14.a	<i>Borgerne trives i de fysiske rammer.</i>
-----------------------	---

Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------

Bedømmelse af Indikator 14.a

Socialtilsynet har lagt vægt på, at borgerne i bofællesskaberne fortsat udtrykker overordnet tilfredshed med deres selvstændige boliger og ved tilbuddenes indretning samt, at de fysiske fællesarealer skaber rammer for trivsel. Ledelse og medarbejdere oplyser, at der fortsat er en udfordring i Åbrinken, hvor køkkenets kapacitet ikke stemmer overens med behovet.

I Åbrinken oplyser leder og medarbejdere, at det er en udfordring at få udbedret både større og mindre forbedringer og ændringer. Udgifter hertil, skal påføres borgernes i forvejen relativt høje husleje.

Det er vægtet, at borgerne i Klubben udtrykker høj grad af tilfredshed med tilbuddet. Medarbejder fra Klubben fortæller, at der til tider kan være mange borgere, men at man fordeler sig, så rammerne udnyttes optimalt, og at medarbejderne understøtter borgernes samvær for at sikre trivslen. Leder og medarbejder oplyser videre, at Klubben får flere yngre borgere. Nuværende fysiske rammer er ikke optimale til den gruppe, og der er opmærksomhed på, at der på sigt skal findes andre fysiske rammer for at sikre deres trivsel.

I Stadscafeen forklarer borgere og medarbejdere, at de fysiske faciliteter fungerer som god ramme for deres arbejde, og at man fortsat er tilfredse med indretningen, og at borgerne trives. Til køkkenet hører et velindrettet lokale, hvor borgerne kan holde pauser og møder.

På baggrund af ovenstående fastholdes scoren, og indikatoren bedømmes opfyldt i høj grad.

Indikator 14.b	<i>De fysiske rammer og faciliteter imødekommer borgernes særlige behov.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------

Bedømmelse af Indikator 14.b

Socialtilsynet vurderer, at de fysiske rammer og faciliteter imødekommer borgernes særlige behov. Borgerne bor i egnede selvstændige lejligheder, i mindre bofællesskabsenheder med fællesrum, indrettet så man kan mødes til fællesspisning, samvær og aktivitet. Tilbuddet ligger tæt ved by og natur og har grønne omgivelser samt er placeret så der er mulighed for naboskaber. Borgerne fortæller, at de samlet set er meget tilfredse med deres boliger, og at de benytter fællesfaciliteterne.

Socialtilsynet anerkender, at ledelsen og medarbejderne har haft fokus på udviklingspunktet, at udnytte rammerne på Åbrinken, så køkkenet i højere grad bliver en god ramme for fællesskab for borgerne i tilbuddet. Efter leder og medarbejderudsagn fremgår det, at der ikke er fundet løsninger, og at det derfor fortsat er et udviklingspunkt.

Det indgår, at man i Seniorhuset har indrettet spisebordene i fællesrummet i mindre grupper, med laminerede dækkeservietter, som angiver borgernes faste siddepladser. Medarbejderne beskriver, at det har givet en bedre trivsel for borgerne generelt og nedbragt antallet af uhensigtsmæssig adfærd borgerne imellem. Strukturen og rutinerne imødekommer borgerne særlige behov. Borgere bekræfter, at der er rart at være i fællesrummet. Leder oplyser på fremsendt dokument, at man er påbegyndt at arbejde med afskærmning i Seniorhuset. Dette er ikke observeret eller fremvist på tilsynet i maj 2018 og er derfor stadig et udviklingspunkt.



I øvrigt er der lagt vægt på at borgere og medarbejder ved indeværende tilsyn fortæller, at der er ændret på udbuddet i Klub Magnetten, og der er nu dage, der er forbeholdt borgere fra Bofællesskaberne og andre dage borgere i egen bolig, hvilket har haft betydning for antal besøgende og støjniveauet i fællesrummet. Medarbejder og leder oplyser om, at der kommer flere unge i klubben, og at nuværende klubramme og faciliteter ikke vil være tilstrækkelige på sigt, for denne del af målgruppen.

Der er også lagt vægt på, at de fysiske rammer i Stadscaféen uændret tilgodeser borgernes behov i et beskyttet beskæftigelsestilbud, og dette bekræftes af såvel borgere som medarbejdere ved indeværende tilsyn.

På baggrund af ovenstående fastholdes scoren, og indikatoren bedømmes opfyldt i høj grad.

Indikator 14.c	<i>De fysiske rammer afspejler at tilbuddet er borgernes hjem.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 14.c

Socialtilsynet har lagt vægt på, at de fremviste lejligheder fremtræder personligt indrettet, og at borgerne bekræfter, at de er selvbestemmende over indretning og møblering.

Der er lagt vægt på, at bofællesskabernes fællesarealer fortsat fremstår indbydende og med hjemligt møblement ud fra det enkelte bofællesskabs målgruppes alder, interesser og behov samt socialtilsynets viden fx omkring fælles aktiviteter eller spisning.

I bofællesskaberne Seniorhuset og Caroline Amalievej ses månedstavler i fællesrum til overblik og visualisering.

På baggrund af ovenstående fastholdes scoren, og indikatoren bedømmes opfyldt i meget høj grad.



Økonomisk Tilsyn

Socialtilsynets vurdering af tilbuddets økonomi

Delbudgetter og samlet budget for 2018 kan ikke godkendes på det foreliggende. Der har været korrespondance med tilbuddet for uddybning af flere poster, men er ikke fremkommet tilstrækkeligt svar. Det er på det foreliggende svært gennemskueligt, om økonomien er bæredygtig og om der er sammenhæng mellem pris og kvalitet. På denne baggrund er der indkaldt til dialogmøde omkring økonomi d. 13.8.-18 kl. 10.

Overført fra tilsyn i 2017:

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet er økonomisk bæredygtig og at tilbuddets økonomi giver mulighed for den fornødne kvalitet samlet set i tilbuddet, men at i forhold Seniorhuset er der ikke sammenhæng mellem prisen og tilbuddets målgruppe.

Enkeltmandstilbuddets budget er i lavere grad bæredygtig, begrundet i rammerne for tilbuddet.

Seniorhuset budget er i lav grad bæredygtig i forhold til normering, som er forudsat i tilbuddet.

Tilbuddets økonomi er i begrænset omfang gennemskuelig for socialtilsynet og for de visiterende kommuner, fordi tal opgivet på Tilbudsportal, i budget og i medarbejderlister er afvigende.

Budget for 2018 skal fremgå med delbudget og et samlet budget.

Økonomisk bæredygtig?

Overført fra tilsyn i 2017:

Det fremgår af dialog med ledelsen at den samlede økonomi er bæredygtig.

Giver tilbuddets økonomi mulighed for den fornødne kvalitet i forhold til prisen og målgruppen?

Overført fra tilsyn i 2017:

Det fremgår af lederudsagn, at budget for Seniorhuset forsat ikke afspejler, den drift som er nødvendigt i forhold til borgernes behov, men at der arbejdes for at det sker fra budget 2018. Leder forklarer at økonomien hentes i budget for § 85 og aktivitetstilbuddet. Takst for 2018 afspejler forsat ikke prisen for at drive tilbuddet i forhold til målgruppens behov og det antal medarbejder der er i tilbuddet.

Er der gennemsigtighed med tilbuddets økonomi?

Overført fra tilsyn i 2017:

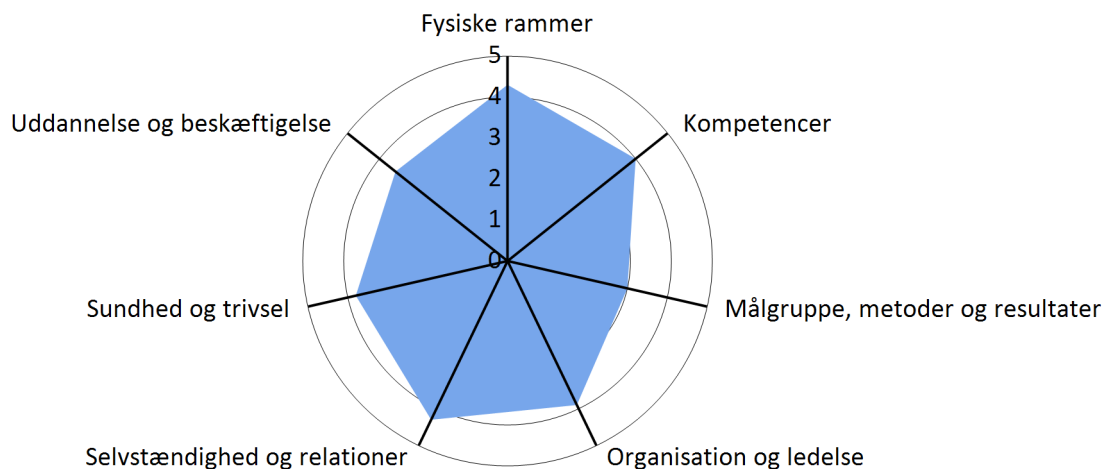
Tilbuddets økonomi er i begrænset omfang gennemskuelig for socialtilsynet og for de visiterende kommuner, fordi tal opgivet på Tilbudsportal, i budget og i medarbejderlister er afvigende.


Materiale og interviews benyttet til vurdering af kvaliteten i tilbuddet.

Dokumenter	Oplysningsskema Borgerliste Liste over modtagne § 141 handleplaner Notat om kompetenceudvikling Besvarede spørgeskemaer fra 16 borgere Notatark til opfølgning på udviklings- og opmærksomhedspunkter Sidste husmødereferat fra hhv. Caroline Amalievej og Åbrinken Notat: Forberedelse til de social tilsyn 2018 Anmodet om: Notatark til opfølgning på udviklings- og opmærksomhedspunkter i Pdf Oversigt over overgreb Procedure for magtanvendelser
Observation	Rundvisning i alle fællesarealer i de tre bofællesskaber og klub Magneten, samt rundvisning i lejlighed i Seniorhuset og Caroline Amalievej.
Interview	Ledelse: Centerleder Per Viinblad, ansat som leder siden 1.2.-17pædagog med tidligere erfaring fra forsorgshjem og autismerkonsulenterne. Stedfortræder, ansat siden 2013, fuld tid, Medarbejdere: Seniorhuset: -Sygeplejerske, ansat i 4½ år, mangeårig erfaring med målgruppen -Pædagog og SSA ansat siden oktober 2016, mangeårig erfaring med målgruppen - Pædagog, ansat i ca. ½ år, mangeårig erfaring med målgruppen Caroline Amalievej/Åbrinken: - Socialpædagog, ansat i 31 år - Socialpædagog, ansat i 3 år - Fysioterapeut, ansat i 3 år - Pædagog, ansat i 19 år Klub Magneten: - Pædagog, ansat i 2 år Stadscafeen: - Socialpædagog, ansat siden 1.1.18, erfaring med målgruppen - Vikar, gennem de sidste ca. 12 år. Borgere: Seniorhuset 2 borgere, der har boet i bofællesskabet i en årerække. Caroline Amalievej: Borger, der har boet i bofællesskabet i en årerække. Åbrinken: Borger, der har boet i bofællesskabet i en årerække. I
Interviewkilder	Beboere Ledelse Medarbejdere



Tilbuddets bedømmelse



Spindelvævet afspejler socialtilsynets gennemsnitlige vurdering af kvaliteten i tilbuddet fordelt på syv temaer. Formålet med illustrationen er, at give tilbuddet et overbliksbillede af socialtilsynets vurdering på baggrund af den samlede rapport. De (scoringerne) repræsenterer derfor ikke det fulde indblik i tilsynet. Spindelvævet er først og fremmest ment som et dialogredskab mellem socialtilsynet og tilbuddet.



Tilsynsrapport



Tilbuddets navn: Slotsvænget

Tilsynet er gennemført:

Status for godkendelse: Godkendt

Rapporten er udarbejdet af: Socialtilsyn Hovedstaden
Smallegade 1
2000 Frederiksberg



Indholdsfortegnelse

Læsevejledning	3
Stamoplysninger om tilbuddet	4
Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet	5
Resultat af tilsynet	5
Vurdering af temaet Uddannelse og beskæftigelse	6
Vurdering af temaet Selvstændighed og relationer	8
Vurdering af temaet Målgruppe, metoder og resultater	11
Vurdering af temaet Sundhed og Trivsel	15
Vurdering af temaet Organisation og ledelse	21
Vurdering af temaet Kompetencer	25
Vurdering af temaet Fysiske rammer	27
Økonomisk Tilsyn	29
Materiale og interviews benyttet til vurdering af kvaliteten i tilbuddet.	30

Rapporten er udskrevet

04-05-2018



Læsevejledning

Tilsynsrapportens indhold

Tilsynsrapporten indeholder socialtilsynets bedømmelse og vurdering af, om tilbuddet fortsat har den fornødne kvalitet og samlet set fortsat opfylder betingelserne for godkendelse, jf. §§ 6 og 12-18 i Lov om socialtilsyn. En del af oplysningerne er hentet fra Tilbudsportalen, hvor tilbuddet selv har indberettet bl.a. stamoplysninger.

For tilbud med flere afdelinger udarbejdes der én samlet kvalitetsvurdering.

Udover en samlet vurdering af kvaliteten hos tilbuddet, indeholder tilsynsrapporten en gennemgang af de syv temaer fra Kvalitetsmodellen, hvor der kan være lagt særligt fokus på udvalgte temaer. Et tilsyn kan godt indeholde mere end ét tilsynsbesøg, eksempelvis hos et tilbud med flere afdelinger. Ligeledes kan tilsynet været administrativt og ikke indeholde et konkret tilsynsbesøg. Det fremgår af tilsynsrapporten hvorvidt der har været et fysisk tilsynsbesøg, hvor henne og hvorvidt de var anmeldt eller uanmeldt.

Efter endt høringsperiode vil udvalgte oplysninger fra tilsynsrapporten blive publiceret på Tilbudsportalen. Det drejer sig om den samlede vurdering, temavurderingerne samt eventuelle påbud eller vilkår.

Kvalitetsmodellen

Socialtilsynet vurderer kvaliteten hos tilbuddet ud fra en Kvalitetsmodel, som er beskrevet i Bekendtgørelse om socialtilsyn. Kvalitetsmodellen er et dialogbaseret redskab, som skal give et systematisk og målrettet udgangspunkt for socialtilsynets samlede faglige vurdering af tilbuddenes kvalitet.

Kvalitetsmodellen er struktureret ud fra de overordnede kvalitetstemaer, der fremgår af § 6, stk. 2, i lov om socialtilsyn. Hvert tema er konkretiseret i et antal kvalitetskriterier. Kriterierne er primært udtrykt som konkrete mål for indsatsen i tilbuddene. For hvert kriterium er fastlagt en eller flere kvalitetsindikatorer. Indikatorerne er tegn på, at den kvalitet, som er udtrykt i kriteriet, forekommer i praksis.

Vurderingen af et tilbuds kvalitet sker ud fra en samlet, faglig vurdering inden for rammerne af temaerne under hensyn til tilbuddets karakter og målgruppe. Bedømmelsen af indikatorer og kriterier skal understøtte socialtilsynets samlede vurdering af, om tilbuddet har den fornødne kvalitet. Socialtilsynet kan inddrage andre forhold i kvalitetsvurderingen, som vurderes at være relevante for kvaliteten inden for rammerne af temaet.

Ved det driftsorienterede tilsyn skal socialtilsynet vurdere, om kvaliteten i tilbuddet i praksis er tilstrækkelig, og om betingelserne for godkendelsen fortsat er opfyldt. Der anvendes forskellige systematikker for, hvordan indikatorer og kriterier bedømmes ved henholdsvis godkendelse og det driftsorienterede tilsyn.

Temaer

- Uddannelse og beskæftigelse
- Selvstændighed og relationer
- Målgruppe, metoder og resultater
- Sundhed og Trivsel
- Organisation og ledelse
- Kompetencer
- Fysiske rammer

I kvalitetsmodellen er både 'Gennemsnitlig bedømmelse' på temaniveau og 'Bedømmelse' på indikatorniveau angivet ud fra følgende skala:

5. i meget høj grad opfyldt.
4. i høj grad opfyldt.
3. i middel grad opfyldt.
2. i lav grad opfyldt.
1. i meget lav grad opfyldt.

Vurderingen af temaerne bygger på kvalitetsbedømmelsen, og der kan, afhængigt af tilbudstype og målgruppe, inddrages andre relevante forhold, som ikke er indeholdt i kvalitetsmodellens indikatorer.



Stamoplysninger om tilbuddet				
Tilbuddets navn	Slotsvænget			
Hovedadresse	Slotsvænget 23A 2800 Kgs.Lyngby			
Kontaktoplysninger	Tlf: 45976080 E-mail: boo@ltk.dk Hjemmeside: www.slotsvaenget-ltk.dk			
Tilbudsleder	Bodil Øster			
CVR nr.				
Virksomhedstype	Offentlig			
Tilbudstyper	§ 103 (beskyttet beskæftigelsestilbud)			
	§ 104 (aktivitets- og samværstilbud)			
	ABL § 105, stk. 2 (almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig)			
Afdelinger	Afdeling	Adresse	Pladser i alt	Tilbudstyper
	Boenhederne		32	almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig (ABL § 105, stk. 2),
	Flyverteamet		9	beskyttet beskæftigelsestilbud (§ 103),
	Socialpædagogisk støtte og støttepakke		7	aktivitets- og samværstilbud (§ 104),
Pladser på afdelinger				48
Pladser i alt	48			
Målgrupper	18 til 64 år (tilknytningsforstyrrelse) 18 til 64 år (personlighedsforstyrrelse) 18 til 64 år (spiseforstyrrelse) 18 til 64 år (stressbelastning) 18 til 64 år (andre psykiske vanskeligheder) 18 til 64 år (depression) 18 til 64 år (angst) 18 til 64 år (forandret virkelighedsopfattelse)			



Resultat af tilsynet	
Status for godkendelse	Godkendt
Tilsynet er gennemført	

Tilsynet er udført af	Socialtilsyn Hovedstaden
Tilsynskonsulenter	Marianne Daugaard Jensen (Tilsynskonsulent)
	Nikolaj Hother Paulsen (Tilsynskonsulent)
Indebar tilsynet et fysisk besøg	Ja
Dato for tilsynsbesøg	15-03-18: Slotsvænget 23A, 2800 Kgs.Lyngby (Anmeldt)

Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet
Denne tilsynsrapport omhandler anmeldt driftsorienteret tilsynsbesøg den 15. marts 2018 på det kommunale sociale tilbud Slotsvænget. Tilbuddets målgruppe er borgere i alderen 18 til 64 år med sindslidelser, der har behov for behandling, støtte og vejledning. Tilbuddet er normeret til: • 32 pladser (Almenboliglovens §105 stk. 2) • 7 pladser (Lov om Social Service §104) • 9 pladser (Lov om Social Service §103) Tilbuddet er af Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold godkendt til, at optage beboere til midlertidigt ophold efter SEL § 107 uden sædvanlig forudgående visitation. Dette sker som forsøgsordning efter SEL § 184. Forsøget er godkendt for perioden 1.8.2014 til 31.7.2020. Socialtilsynet vurderer samlet set, at der er en kvalitet i tilbuddet der kan godkendes i henhold til at yde indsats efter almennyttigboliglovens §105 og servicelovens §103 og §104. For beskrivelse og vurdering af tilbuddets kvalitet i forhold til kvalitetsmodellens temaer henvises der til temavurderingerne andet sted i tilsynsrapporten.

Særligt fokus i tilsynet
Der har ved tilsynsbesøget den 15. marts 2018 været særligt fokus på tema 4 her under borgernes selv - og medbestemmelse, trivsel og på overgreb. Der har også været fokus på andre af kvalitetsmodellens temaer. Socialtilsynet deltog i et beboermøde og i et "Relationscirkel møde". Socialtilsynet havde også mulighed for at tale med borgere i cafeen og for at observere det der foregår i cafeen. Socialtilsynet havde et planlagt interview med ledelsen. Socialtilsynets ønske om - ved tilsynets start - at tale med medarbejder og borger blev imødekommet og der var således interview med en medarbejder og en borger.

Opmærksomhedspunkter



	Temavurdering
	Uddannelse og beskæftigelse <i>Et centralt mål med den sociale indsats er, at borgerne i videst muligt omfang inkluderes i samfundslivet. Uddannelse og/eller beskæftigelse er et væsentligt aspekt heri. Det er derfor væsentligt, at tilbuddet med udgangspunkt i de mål, der er for de enkelte borgere, og under hensyn til borgernes behov og forudsætninger stimulerer borgernes udvikling og læring med henblik på at understøtte parathed og mulighederne for uddannelse og/eller beskæftigelse for borgerne. Uddannelse og beskæftigelse omfatter såvel ordinær grundskole, uddannelse og beskæftigelse som forskellige former for særlige grundskole-, uddannelses- og beskæftigelsestilbud eller samværs- og aktivitetstilbud. For børn under den skolepligtige alder er dagtilbud et væsentligt element i forhold til barnets udvikling og læring. Det er desuden vigtigt, at tilbuddet forpligter sig i de samarbejdsrelationer, der er nødvendige for at understøtte, at målene for borgernes uddannelse og/eller beskæftigelse opnås.</i>

Vurdering af tema	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet støtter borgerne i at udnytte deres fulde potentiale i forhold til uddannelse og beskæftigelse. Målgruppen er meget bred i forhold til den enkeltes borgers funktionsniveau og arten og graden af beskæftigelse er derfor også meget bred. Tilbuddet har internt mulighed for, at tilbyde aktivitetstilbud iht. SEL § 104 samt tilbud om beskyttet beskæftigelse iht. SEL § 103 og en del af tilbuddets borgere, benytter disse tilbud. Andre borgere er i beskæftigelse eller uddannelse hos eksterne aktører - herunder også på kompetencegivende uddannelser. Tilbuddets overordnede værdier er, at alle trives ved at være en del af samfundslivet, og på den måde vil der altid være fokus på, at den enkelte borger deltager i aktiviteter, der understøtter dette. Medarbejderne tager altid udgangspunkt i borgerens ønske om aktivitet/uddannelse/beskæftigelse - uanset målets karakter og størrelse og socialtilsynet vurderer, at dette er med til at understøtte borgernes potentiale.	
Gennemsnitlig vurdering	3,5

Udviklingspunkter

Kriterium 01	Tilbuddet støtter borgerne i at udnytte deres fulde potentiale i forhold til skolegang, uddannelse og beskæftigelse
--------------	---

Bedømmelse af kriterium	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet i samarbejde med borgerne opstiller konkrete mål for borgernes skolegang, uddannelse eller beskæftigelse i det omfang den enkelte borger har ønske om det. Der tages altid udgangspunkt i borgerens ønske og medarbejderne understøtter dette - uanset målets størrelse. Tilbuddet bruger Relationscirklerne som fora til at opstille mål for borgeren og til at følge op på målene. Tilbuddets overordnede værdier er, at alle trives ved at være en del af samfundslivet og på den måde vil der altid være fokus på, at den enkelte borger deltager i aktiviteter, der understøtter dette - for måske på et tidspunkt at komme i uddannelse/beskæftigelse.	
Målgruppen på tilbuddet har megen bredde i forhold til funktionsniveau og arten samt graden af beskæftigelse er derfor også meget bred. Ved interview med leder fremgår det, at godt en tredjedel af borgerne er i beskæftigelse uden for tilbuddet. Socialtilsynet har under tilsynsbesøget kontakt med to borgere, der begge er i beskæftigelse.	



Indikator 01.a	<i>Tilbuddet opstiller i samarbejde med borgerne konkrete, individuelle mål i forhold til at understøtte borgernes skolegang, uddannelse, beskæftigelse eller samværs- og aktivitetstilbud, og der følges op herpå.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 01.a	
Ved interview med ledelsen fremgår det, at ansvaret for at opstille konkrete mål i forhold til borgernes beskæftigelse ligger i Relationscirklerne. For nogle borgeres vedkommende kan det også ligge i den kommunale handleplan. Beskæftigelse er et område som ledelsen oplever, at tilbuddet har stort fokus på. Tilbuddets overordnede værdier er, at alle trives ved at være en del af samfundslivet og på den måde vil der altid være fokus på, at den enkelte borger deltager i aktiviteter der understøtter dette - for måske på et tidspunkt at komme i uddannelse/beskæftigelse. Det beskrives, at nogle borgere er i uddannelse og andre er tilknyttet Flyverteamet som er et tilbud i hht. SEL § 103 og som giver mulighed for, at komme i aktivitet med støtte fx. i Tivoli, Rema 1000, i skoven mv. For de borgere der bor på tilbuddet iht. § 108, ligger det i tilbuddets indsats og takst, at de har mulighed for at deltage i Flyverteamet. Ledelsen beskriver, at nogle borgere er kommet ud i skånejobs, mens andre arbejder i beskyttet beskæftigelse på tilbuddet. Der bliver fulgt op på målene via Relationscirklerne - her kan der komme medarbejdere "udefra" og stille spørgsmål. Ved interview med medarbejderne fremgår det, at eksempler på mål kan være, at en borger er tilknyttet Flyverteamet og hvor der er lavet mål for det. Medarbejderne fortæller, at uddannelse og beskæftigelse altid er noget der er i fokus. Mange borgere har det - som en del af deres drøm - gerne at ville noget med uddannelses og beskæftigelse. Det beskrives, at der altid bakkes op om borgerens ønske og at der ud fra dette ønske laves delmål. Delmålene er individuelle og kan være meget små skridt i retning mod målet. Andre borgere har flere ressourcer og er i gang med uddannelse eller beskæftigelse. Medarbejderne understreger, at det altid er borgernes mål der tages udgangspunkt i og det er medarbejderens opgave, at støtte dem til at nå deres mål. Ved interview med borgere fremgår det, at ingen af de to borgere er i uddannelse eller beskæftigelse. Begge borgere har mange aktiviteter i form af daglige gøremål, stemmehøring (indsats) mv. En borger fortæller, at vedkommende har som mål - på sigt - at skulle i gang med studie. Borgerne fortæller, at målene eller drøftelserne omkring uddannelse og beskæftigelse kan ske i Relationscirklerne. Ved dokumentgennemgang af handleplaner for 2 borgere fremgår det, at der for den ene borgers vedkommende er sat mål af beskæftigelsesrelateret karakter og der er beskrevet indsats. Den anden borger har mål om ture ud af huset, men målet er ikke direkte relateret til skolegang uddannelse eller beskæftigelse. Socialtilsynet har modtaget udtalelse fra sagsbehandler fra visiterende kommune. Der giver her udtryk for, at det opleves at tilbuddet arbejder kvalificeret og målrettet både i forhold til formål og indsatsmål. Det seneste tilsynsbesøg har ikke givet anledning til ændring af tilsynets bedømmelse af denne indikator, i forhold til det tidligere tilsynsbesøg. Der er derfor ikke ændret noget i teksten fra sidste rapport.	
Indikator 01.b	<i>Borgerne er i dagtilbud, grundskoletilbud, uddannelse, beskæftigelse, eller samværs- og aktivitetstilbud. Medfølgende børn på voksentilbud er i dag- eller grundskoletilbud.</i>
Bedømmelse	3 (i middel grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 01.b	
Ved interview med ledelse fremgår det, at ud af botilbuddets 32 borgere er 13 ude af huset i forskellig former for beskæftigelse. Ved interview med borger samt deltagelse i relationscirkel fremgår det, at 2 borgere er i beskæftigelse.	
Indikator 01.c	<i>Udgået fra d. 1 januar 2017.</i>



	Temavurdering
	Selvstændighed og relationer <i>Et centralt mål med den sociale indsats er at understøtte, at borgerne i så høj grad som muligt indgår i sociale relationer og lever et selvstændigt liv i overensstemmelse med egne ønsker og behov.</i> <i>Et væsentligt led heri er, at tilbuddet medvirker til, at borgerne sikres mulighed for personlig udvikling og aktiv deltagelse i sociale aktiviteter og netværk, herunder at tilbuddet understøtter børnene og/eller de unge i at deltage i fritidsaktiviteter. Det er vigtigt, at tilbuddet medvirker til, at borgerne opnår de kompetencer, som dette kræver, og opnår færdigheder, der kan lette den daglige tilværelse, forbedre borgernes livskvalitet og fremme de enkelte borgers mulighed for så vidt muligt at kunne klare sig selv. For børn og/eller de unge gælder det, at tilbuddet forbereder dem til et selvstændigt voksenliv.</i> <i>Det er væsentligt, at tilbuddets indsats og aktiviteter er rettet imod disse mål, og at det afspejles i tilbuddets åbenhed mod samt involvering i og af det omkringliggende lokal- og civilsamfund.</i> <i>Det er ligeledes centralt for borgernes selvstændighed og relationer, at tilbuddet understøtter borgerne i deres relationer til familie og øvrige netværk. For børn og unge er det væsentligt, at tilbuddet har opmærksomhed på at understøtte gode relationer til eventuelle søskende og til venner. Det er desuden centralt, at børnene og/eller de unge har en fortrolig relation til en eller flere voksne, der har en positiv betydning for deres liv.</i>

Vurdering af tema	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet i høj grad styrker borgernes sociale kompetencer og selvstændighed. Tilbuddet har både på et kollektivt og et individuelt plan fokus på borgernes selvstændighed og relationer, og der opstilles konkrete og individuelle mål for borgernes sociale kompetencer og selvstændighed, i det omfang borgerne har ønsker om, at der laves mål for dette. Det seneste tilsynsbesøg har ikke givet anledning til ændring af socialtilsynets vurderingen af dette tema, i forhold til det tidligere tilsynsbesøg. Der kan dog være foretaget evt. redaktionelle ændringer i form af sproglige omformuleringer samt rettelser af stave- og kommafejl i teksten.	
Gennemsnitlig vurdering	5

Udviklingspunkter

Kriterium 02	Tilbuddet styrker borgernes kompetencer til at indgå i sociale relationer og opnå selvstændighed
Bedømmelse af kriterium	



Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet i høj grad styrker borgernes sociale kompetencer og selvstændighed. Til grund for denne vurdering ligger, at borgerne har selvstændige lejligheder og at tilbuddet har en grundlæggende værdi om, at borgerne skal have mulighed for, at vælge de ydelser til, som de selv vurderer, at de har behov for og derfor aktivt kan vælge til. Medarbejderne har fokus på, at støtte borgernes ønske om, at ville forandring, når borgeren har klar og motiveret til dette.

Tilbuddet benytter "Relationscirkler" som redskab, hvilket socialtilsynet vurderer understøtter, at borgerne udfordres og understøttes i forhold til, hvad de selv vurderer deres behov er. I og med, at det er støttepersoner, som borgerne selv har valgt, kan det optimere dels borgernes tryghed ved Relationscirklen, men også borgernes sociale kompetencer i forhold til at vurdere, hvilke personer, de vurderer, kan understøtte deres behov. Relationscirklerne er et forum for evaluering af målene og for at fokus for evt. nye udviklingspunkter.

Der opstilles konkrete og individuelle mål for borgernes sociale kompetencer og selvstændighed, i det omfang borgerne har ønsker om, at der laves mål for dette.

Det seneste tilsynsbesøg har ikke givet anledning til ændring af socialtilsynets vurderingen af dette kriterium, i forhold til det tidligere tilsynsbesøg. Der er derfor ikke ændret noget i teksten fra sidste rapport.

Indikator 02.a	<i>Tilbuddet opstiller i samarbejde med borgerne konkrete, individuelle mål i forhold til at understøtte udvikling af borgernes kompetencer til at indgå i sociale relationer og leve et så selvstændigt liv som muligt, og der følges op herpå.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------------

Bedømmelse af Indikator 02.a

Til grund for bedømmelsen ligger, at det af interview med ledelsen ved tidligere tilsyn fremgår, at der for en del borgeres vedkommende indgår sociale kompetencer og selvstændighed som en del af borgerens konkrete og individuelle mål - men medarbejderne ikke insisterer på mål om sociale kompetencer og selvstændighed, hvis borgerne ikke selv ønsker et sådan mål.

Det vægtes, at medarbejder ved tidligere tilsyn fortæller, at der bliver i ofte lavet helt konkrete mål i forhold til selvstændighed fx. tøjvask, madlavning mv. Medarbejderne giver udtryk for, at det handler om at understøtte, at borgerne får et godt liv og det handler også om, at de bliver i stand til at gøre nogle ting selv.

Endelig vægtes det, at det ved dokumentgennemgang af to handleplaner fra tidligere tilsyn fremgår, at der for en borger er opstillet mål for sociale kompetencer og indsats i forhold til dette er beskrevet. Der er opstillet mål for områder, der kan understøtte borgerens selvstændighed og der er beskrevet indsats i forhold til målet. For anden borger er der opstillet plan for områder, der kan understøtte borgerens selvstændighed og sociale kompetencer og der er beskrevet indsats.

Indikator 02.b	<i>Borgerne indgår i sociale aktiviteter i det omgivende samfund.</i>
-----------------------	---

Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------------

Bedømmelse af Indikator 02.b

Til grund for bedømmelsen ligger, at det ved interview med borger fremgår, at borger sammen med en anden borger har deltaget i forskellige aktiviteter som fitness og svømmehal, men at borger ikke gør det så meget mere.

Det vægtes også, at medarbejderne ved et tidligere tilsyn har beskrevet, at borgerne deltager i mange forskellige sociale relationer uden for tilbuddet. Det kan være grupper af borgere som laver aktiviteter sammen. Nogle går på aftenskole eller andet. Nogle borgere er aktive på sociale medier, men der er en del der ikke har computere. Der er ved, at blive indrettet fællesrum i bodelen og der har været et ønske om at der bliver sat fælles computere op. Nogle borgere har fået hjælp til at lave datingprofiler. Af tilbuddet høringsvar fremgår det, at fællesrummet er indrettet og computere er sat op.

Indikator 02.c	<i>Borgerne har med udgangspunkt i deres ønsker og behov kontakt til og samvær med deres familie og netværk i dagligdagen.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------------

Bedømmelse af Indikator 02.c

Til grund for bedømmelsen ligger, at det ved interview med medarbejderne ved tidligere tilsyn fremgår, at medarbejderne understøtter, at borgerne kan besøge deres familie, hvis de ønsker det. Det anerkendes, at borgerne kan have et ønske om ikke at have kontakt til familie og netværk i en periode, men det er et fokuspunkt



for medarbejderne, at understøtte at en god kontakt evt. igen kan etableres. Borgere der har familie langt væk, bliver støttet i at Skype.

Det kan ske, at pårørende ønsker mere information om deres pårørende en borgeren ønsker. Så laves der åbne aftaler om, at man ikke taler om borgerens private forhold. Nogle pårørende er meget engagerede og her understøtter medarbejderne, at "den gode energi" fremhæves således, at det bliver i en god balance til gavn for beboeren. Medarbejderne fortæller, at familien kan også være med i Relationscirklerne og her kan de pårørende give udtryk for, hvad de er optagede af og beboeren kan forholde sig til det.

Det vægtes, at det ved interview med pårørende ved tidligere tilsyn fremgår, at de ikke oplever, at de ved så meget om, hvad der foregår på tilbuddet og at det kunne være godt med fx nyhedsmails med mere generel information - eller undervisning af de pårørende om stedet og de faglige tilgange og metoder. En pårørende mener, at sådanne fora kunne danne grobund for kendskab til pårørende indbydes.

En pårørende synes, at det er respektfuldt overfor beboerne, at de pårørende ikke bliver involveret for meget i beboernes private forhold - men at vedkommen sætter pris på at deltage i fællesmøder hvor også beboeren deltager.

En pårørende har fået telefonnumre på medarbejdere, så vedkommende kan kontakte personalet, hvis der er noget og det har beboeren givet tilladelse til.

Det seneste tilsynsbesøg har ikke givet anledning til ændring af tilsynets bedømmelse af dette kriterium, i forhold til det tidligere tilsynsbesøg. Der er derfor ikke ændret noget væsentligt i teksten fra sidste rapport.

Indikator 02.d	<i>Udgået fra d. 1 januar 2017.</i>
Indikator 02.e	<i>Udgået fra d. 1 januar 2017.</i>



	Temavurdering
	Målgruppe, metoder og resultater <i>Det er afgørende for kvaliteten i tilbuddet, at der er et klart formål med indsatsen, og at tilbuddets metoder medvirker til at sikre borgernes trivsel og resulterer i den ønskede udvikling for borgerne.</i> <i>Det er derfor væsentligt, at tilbuddet kan redegøre for dets målsætning, målgruppe (r) og metoder. Herunder er det vigtigt, at tilbuddet kan redegøre for, hvordan og i hvilken grad de valgte metoder bidrager til opnåelse af de konkrete mål, som tilbuddet i samarbejde med borgerne sætter for de enkelte borgers udvikling og trivsel. De konkrete mål skal ses i sammenhæng med de mål, der er opstillet fra de anbringende eller visiterende kommuner.</i> <i>Endvidere er det afgørende for kvaliteten, at tilbuddet arbejder med resultatdokumentation og kan sandsynliggøre, at deres indsats opnår en forventet og positiv effekt.</i>

Vurdering af tema	
Det er socialtilsynets vurdering, at tilbuddet arbejder med afsæt i en klar men bred målgruppebeskrivelse og at tilbuddet anvender faglige tilgange og metoder, der er relevante i forhold til målgruppen. Tilbuddet tilstræber et fælles fagligt fundament gennem bl.a. fælles undervisning og oplægsholdere. Der kan via dette fælles fundament gives plads til medarbejdernes forskellighed som fagpersoner og mennesker.	
Borgerne i tilbuddet er udfordret af mange og komplekse udfordringer og kan ved indflytning i tilbuddet være utilstrækkeligt udredt i forholdt til deres psykiske lidelse og/eller kompleksiteten af lidelsen. Borgerne kan også med tiden udvikle somatiske lidelser, som er plejekrævende. Dette kan give medarbejderne i tilbuddet udfordringer, som tilbuddet vælger at forsøge at løfte.	
Det er socialtilsynets vurdering, at bredden i målgruppen kan udfordre borgernes trivsel og udvikling. Borgerne i tilbuddet har en stor spredning i forhold til alder, funktionsniveau og i forhold til støtte behov. Der er også stor forskel på, hvordan borgerne fremstår for omverdenen som følge af deres psykiske lidelse. Der er således borgere, der fremstår meget sygdomsprægede, og borgere der ikke gør. Nogle borgers adfærd har en karakter, som udfordrer de andre beboere i negativ retning og som kan skabe utryghed og som gør, at nogle beboere ikke ønsker at være en del af tilbuddets fællesskab. Socialtilsynet anbefaler, at tilbuddet sikrer, at alle borgers trivsel og udvikling understøttes.	
Tilbuddet dokumenterer i elektronisk dokumentationssystem. Der er fokus på at få udviklet en dokumentationspraksis, der understøtter den faglige tilgang og arbejdet med målsætninger. Tilbuddet har iværksat et dokumentationsprojekt, der skal understøtte implementeringen af dokumentationssystemet og som skal understøtte en faglig kvalificering i brugen af det.	
Tilbuddet samarbejder aktivt med relevante eksterne aktører for at understøtte borgernes mål eller ønsker.	
Gennemsnitlig vurdering	3,8

Udviklingspunkter	
Socialtilsynet anbefaler – for at sikre en ensartet praksis samt progression i kvaliteten af dokumentation af mål, indsats og evaluering – at der sættes yderligere fokus på implementering af dokumentationspraksis. Det anbefales således, at mål, indsats og opfølgning tydeliggøres, så der ses en sammenhængende indsats og således at resultaterne af mål og indsats klargøres	

Kriterium 03	Tilbuddet arbejder med afsæt i en tydelig målgruppebeskrivelse systematisk med faglige tilgange og metoder, der fører til positive resultater for borgerne
--------------	--



Bedømmelse af kriterium

Det er socialtilsynets vurdering, at tilbuddet arbejder med afsæt i en klar beskrevet målgruppe. Det er også socialtilsynets vurdering, at tilbuddets målgruppe er meget bred. Det fremgår således af tilbuddets oplysninger på Tilbudsportalen, at målgruppen er borgere i alderen 18 til 64 år med forandret virkelighedsopfattelse, personlighedsforstyrrelse, andre psykiske vanskeligheder, angst, depression, spiseforstyrrelse, stressbelastning, tilknytningsforstyrrelse.

Det er socialtilsynets vurdering, at borgerne på tilbuddet er udfordret af mange og komplekse udfordringer og kan ved indflytning på tilbuddet være utilstrækkeligt udredt i forholdt til deres psykiske lidelse og/eller kompleksiteten af lidelsen. Borgerne kan også med tiden udvikle somatiske lidelser, som er plejkrævende. Dette kan give medarbejderne i tilbuddet faglige udfordringer, som tilbuddet vælger at forsøge at løfte.

Det er socialtilsynets vurdering, at tilbuddet anvender faglige tilgange og metoder, der er relevante i forhold til målgruppen. Det er socialtilsynets vurdering, at tilbuddets mange faglige tilgange og metoder har en bredde der gør, at mange borgeres behov kan tilgodeses. Til grund for vurderingen er, at det er oplyst på Tilbudsportalen, at tilbuddets faglige tilgange er Recovery understøttende tilgang, Empowerment tilgang, Rehabiliteringstilgang, Inklusionspædagogisk tilgang og Narrativ tilgang. Tilbuddet benytter metoderne Wellness Recovery Action Plan (WRAP), Personcentreret planlægning, Livshistorisk arbejde, Mestringssstrategier, Arbejde med krop og psyke, Medicinempowerment og selvhjælpsgrupper.

Tilbuddet tilstræber et fælles fagligt fundament gennem bl.a. fælles undervisning og oplægsholdere og kan via dette fælles fundament give plads til medarbejdernes forskellighed som fagpersoner og mennesker.

Socialtilsynet vurderer, at bredden i målgruppen kan udfordre den enkelte borger - og de andre borgeres udvikling og trivsel i samværet. Til grund for vurderingen ligger socialtilsynets observationer. Socialtilsynet observerer under tilsynsbesøget, at en del borgere fremstår stærkt sygdomsprægede og med en adfærd der udfordrer de andre beboere. Socialtilsynet taler med – og observerer også borgere som umiddelbart adskiller sig i adfærd ved at fremstå relevante i kontakten og med et upåfaldende ydre. Socialtilsynet observerer en stor aldersspredning blandt borgerne.

Under socialtilsynets deltagelse i beboermøde vurderer socialtilsynet, at de beboere der deltager i mødet har endog meget forskellige forudsætninger for at forstå og bidrage til mødets indhold.

Til grund for vurderingen ligger også, at en yngre borger under interview giver udtryk for, at det er borgerens oplevelse, at der ikke sker en reel visitation til tilbuddet, men at det er som om, at alle "skæve" borgere i Lyngby-Taarbæk kommune bliver samlet i tilbuddet. Borger oplever, at der er mange medbeboere, der er rigtig dårligt fungerende og ligner "plejehjemsbeboere". Borger giver også udtryk for, at der nogen gange er voldsomme råb, kasten med glas og smaden af vinduer.

Det vægtes og ligger til grund for vurderingen, at borgere ved beboermøde fortæller om konkrete eksempler om en medbeboer som de føler sig truet af. Nogle borgere fortæller, at de har "vænnet sig til meget". En borger giver udtryk for, at vedkommende synes, at det er godt at borgerne er så forskellige og mangfoldige.

Til grund for socialtilsynets vurdering ligger endvidere, at det ved interview med medarbejder fremgår, at nogle borgers trivsel i tilbuddet kan være udfordret, af det brede spænd af borgere. Medarbejder beskriver, at udfordringerne er forskellige og nævner eksempelvis, at nogle borgere ikke ønsker hjælp. Andre borgere er udfordrede med personlighedsforstyrrelse og kan fremtræde udadreagerende og polariserende i forhold til hvem de ønsker hjælp fra. Enkelte borgere kan have en truende adfærd overfor personalet og overfor hinanden. En konkret borger har overfor personalet udtrykt, at vedkommende ikke kommer i cafeen på grund af angst for en anden borger. Medarbejder vurderer, at nogle borgere kan opleve, at andre borgere tager mange personaleressourcer og at de derfor trækker sig fra fællesarealerne. Det kan også være en udfordring, at aldersspændet mellem unge og gamle er stor og at det kan være svært for borgerne at spejle sig i hinanden.

Endelig vægtes det og lægges til grund for vurderingen, at det af interview med ledelsen fremgår, at en afdelingsleder oplever, at det er en udfordring med den brede målgruppe og nævner eksempelvis fællesskabet i cafeen. En anden afdelingsleder mener, at forskelligheden er en styrke og afspejler samfundet og at borgerne lærer positivt af hinanden. Forstander oplyser, at en del af borgerne ikke ønsker fællesskabet.

Socialtilsynet vurderer på baggrund af interview med ledelse og medarbejdere samt fremsendt dokumentation ved nuværende og tidligere tilsyn, at tilbuddet dokumenterer mål og indsats i elektronisk dokumentationssystem. Medarbejderne beskriver, at der arbejdes med mål for borgerne og at der altid er fokus på, at borgerne udvikler sig. Medarbejderne oplever, at dokumentation kan være svær, og at der med fordel kunne sættes fokus på, at systematikken i dokumentationen kvalitetssikres og afstemmes, så der kom en vis ensartethed. Socialtilsynet har



ved de foregående tilsyn haft fokus på tilbuddets dokumentationspraksis. Tilbuddet har siden sidste tilsynsbesøg lagt en plan for, hvorledes man ønsker at tilbuddets dokumentationspraksis skal være samt en tidshorisont for hvordan dokumentationspraksis skal implementeres. Planen løber frem til sensommeren 2019. Socialtilsynet anbefaler fortsat, at tilbuddet har fokus på denne proces.

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet samarbejder aktivt med relevante eksterne aktører for at understøtte borgernes mål eller ønsker.

Indikator 03.a	<i>Tilbuddet anvender faglige tilgange og metoder, der er relevante i forhold til tilbuddets målsætning og målgrupper.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------

Bedømmelse af Indikator 03.a

Til grund for bedømmelsen ligger oplysninger på Tilbudsportalen, hvor tilbuddets faglige tilgange og metoder fremgår og som bedømmes at være relevante i forhold til tilbuddets formulerede målgruppe og målsætning.

Til grund for bedømmelsen ligger også interview med beboere, ledelse og medarbejdere hvor det fremgår at der er tale om en bred målgruppe med forskelligt funktionsniveau. Det vægtes, at nogle borgere fravælger fællesskabet grundet nogle beboeres adfærd.

Endelig ligger det til grund for bedømmelsen, at socialtilsynet under tilsynsbesøget observerer en meget bred målgruppe med forskelligt funktionsniveau og forskellig fremtræden i fællesarealerne.

Indikator 03.b	<i>Tilbuddet dokumenterer resultater med udgangspunkt i konkrete, klare mål for borgene til løbende brug for egen læring og forbedring af indsatsen.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	3 (i middel grad opfyldt)
-------------------	---------------------------

Bedømmelse af Indikator 03.b

Til grund for bedømmelsen ligger fremsendt dokumentation ved tidligere tilsyn, hvor det fremgår, at tilbuddet dokumenterer i det elektroniske dokumentationssystem Bosted. Det fremgår, af fremsendt dokumentation på borger M, at der er opsat kommunale indsatsmål og at der er fulgt op på nogle af dem – ligesom der dokumenteres positive resultater i forhold til nogle af indsatsmålene. Der er ikke nødvendigvis overensstemmelse mellem indsatsmål og pædagogisk plan og det er ikke tydeligt hvorfra målene i den pædagogiske plan stammer.

På borger L er der opsat kommunale indsatsmål. Der er ikke udarbejdet pædagogisk handleplan og der er ikke en systematisk opfølgning af indsatsen. Der er dagbogsnotater tilknyttet forskellige VUM kontekster fx Socialt liv, Sundhed og trivsel samt kommunikation.

På borger P er der opsat kommunale indsatsmål og der er delvist positive resultater på disse. Der er udarbejdet konkrete og individuelle mål og der følges op på disse. Det fremgår, hvilken indsats der skal understøtte målene. Der beskrives indsatser, der henviser til mål, der ikke er formuleret. Fremsendt dokumentation på ovennævnte borgere indgår i bedømmelsen af indikatoren.

Det vægtes og lægges til grund for bedømmelsen, at det ved interview med medarbejdere fremgår, at Bostedsystemet bruges til tilbuddets elektroniske dokumentation. Der er udstukket retningslinjer for hvordan der arbejdes med mål og evaluering i Bostedssystemet, men det ligger et stykke tid tilbage og trænger til at blive taget op igen. Det fremgår, at det kunne være en fordel, at systematikken i dokumentationen kvalitetssikres og afstemmes, så der kom en vis ensartethed.

Det fremgår af interview med medarbejderne ved tidligere tilsyn, at der altid arbejdes med borgernes udvikling, men at der er stor forskel på størrelsen af mål. Det opleves, at der arbejdes med andre mål, end dem der er formuleret i borgernes plan. Medarbejdere oplever, at dokumentationen er en stor udfordring. Det oplyses, at der skal ligge pædagogiske planer for alle borgere, men at der ikke gør det i praksis.

Ved interview med ledelsen fremgår det, at det nye dokumentationssystem rent teknisk har givet store udfordringer for nogle medarbejdere og at der er stor forskel på medarbejdernes dokumentationskompetencer. Dette vægtes i bedømmelsen af indikatoren.

Det seneste tilsynsbesøg har ikke givet anledning til ændring af tilsynets bedømmelse af denne indikator i forhold til det tidligere tilsynsbesøg. Der er derfor ikke ændret i teksten fra sidste rapport.



Indikator 03.c	<i>Tilbuddet opnår positive resultater i forhold til opfyldelsen af de mål, visiterende kommuner har opstillet for borgernes ophold.</i>
Bedømmelse	3 (i middel grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 03.c	
Til grund for bedømmelsen ligger fremsendt dokumentation for 3 borgere ved tidligere tilsyn. Det fremgår her, at der til en vis grad kan ses positive resultater i forhold til de kommunale indsatsmål jf. indikator 3b - borger M og borger P Det seneste tilsynsbesøg har ikke givet anledning til ændring af tilsynets bedømmelse af denne indikator i forhold til det tidligere tilsynsbesøg. Der er derfor ikke ændret i teksten fra sidste rapport.	
Indikator 03.d	<i>Tilbuddet samarbejder aktivt med relevante eksterne aktører for at understøtte, at målene for borgerne opnås.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 03.d	
Indikatoren bedømmes til at være opfyldt i meget høj grad. Til grund for bedømmelsen ligger, at det ved interview med medarbejdere fremgår, at det er tovholder der er ansvarlig for at følge op på fx tandlæge, læge eller andre sundhedsydelser. Der indgås individuelle aftaler med borgerne om, hvor meget støtte de ønsker og har behov for. Det fremgår ligeledes, at medarbejderne understøtter borgernes mål om eksempelvis beskæftigelse ved at samarbejde med arbejdsgivere eller uddannelsesinstitutioner.	



	Temavurdering
	Sundhed og Trivsel <i>Det er afgørende for kvaliteten, at tilbuddet understøtter borgernes fysiske og mentale sundhed og trivsel. Det er herunder vigtigt, at tilbuddets viden og indsats i forhold til borgernes sundhed og trivsel modsvarer målgruppens behov. Det kan for eksempel være i forhold til kost, motion, rygning og uhensigtsmæssig brug af rusmidler. Det er endvidere vigtigt, at tilbuddet respekterer borgernes værdighed, autonomi og integritet og herunder sikrer borgernes medinddragelse samt selv- og medbestemmelse vedrørende beslutninger om dem selv samt hverdagen i tilbuddet. Et væsentligt led heri er, at tilbuddet i sin pædagogiske indsats har fokus på at forebygge magtanvendelser, herunder dokumenterer og anvender viden fra eventuelle magtanvendelser til løbende læring og forbedring af indsatsen. Desuden er det væsentligt, at tilbuddet forebygger vold og overgreb. Herunder er det vigtigt, at tilbuddets medarbejdere både har relevant faglig viden om forebyggelse af vold og overgreb set i forhold til tilbuddets målgruppe, og at de kan handle hensigtsmæssigt ved bekymring, mistanke eller viden om overgreb.</i>

Vurdering af tema	
Tilbuddet har en praksis der understøtter, at borgerne bliver inddraget i egen behandling og i hverdagen på tilbuddet. Borgerne bestemmer selv i forhold til deres individuelle handleplan, hvad de ønsker at have fokus på. Tilbuddet arbejder med Relationscirkler og borgerne bestemmer selv, hvem de ønsker, der skal være en del af disse cirkler.	
Der afholdes beboermøde en gang om måneden. Beboermødet er det besluttende organ på botilbuddet. Tilbuddet understøtter mødet ved, at der laves mødeindkaldelse, laves dagsorden og skrives referat.	
Tilbuddet har fokus på borgernes fysiske og mentale sundhed. Der er internt i tilbuddet en række aktiviteter, som understøtter både fysisk og mental sundhed og borgerne støttes i at deltage i sundhedsfremmende aktiviteter uden for tilbuddet.	
Målgruppen på tilbuddet er bred, og borgerne har mange udfordringer, der viser sig på forskellig vis. Det er socialtilsynets vurdering, at den brede målgruppe, kan give problemer i forhold til borgernes trivsel og udvikling.	
Tilbuddet har procedure for magtanvendelser og der er blevet udarbejdet en politik for tryghed og sikkerhed på tilbuddet. Medarbejderne understøtter kva deres faglighed og tilbuddets faglige tilgange, metoder og værdier, at overgreb og vold så vidt muligt forebygges. Socialtilsynet vurderer, at der er borgere på tilbuddet som har brug for megen støtte, og hvis adfærd kan virke truende på både medarbejderne og de andre beboere.	
Gennemsnitlig vurdering	3,8

Udviklingspunkter
Socialtilsynet anerkender, at tilbuddet reflekterer over og har fokus på bredden i målgruppen. Det anbefales at tilbuddet fortsætter dette fokus - særligt i forhold til, at skabe fællesskaber for grupper af borgere med matchende forudsætninger, ønsker og behov, så borgerne kan spejle sig i hinanden med henblik på udvikling.

Kriterium 04	Tilbuddet understøtter borgernes selv- og medbestemmelse.
Bedømmelse af kriterium	



Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet understøtter nogle borgeres selv – og medbestemmelse.

Til grund for vurderingen ligger, at der hver måned afholdes beboermøder. Socialtilsynet er ved tilsynsbesøget til stede under et beboermøde, hvor der også deltager 7 beboere, 1 medarbejder og 2 ledere. Der tages referat af mødet, men der er ikke nogen dagsorden til dette specifikke møde. Socialtilsynet vægter, at borgerne under mødet søges medinddraget og at medarbejderne/leder informerer de tilstedeværende beboere om ting, der sker i huset eksempelvis om aktiviteter, orientering om husets nye medarbejdere, elever og nye politikker om trygheder/sikkerhed for personale og beboere. Det vægtes, at medarbejdere/leder forsøger at medinddrage borgerne ved at opfordre dem til at deltage i en specifik arbejdsgruppe og ved at opfordre til, at der etableres en rolle som beboertillidsmand. Socialtilsynet bemærker og vægter, at der er stor forskel på hvor meget den enkelte beboer formår at deltage i mødet og på, i hvor høj grad beboerne profiterer af mødet og mødets form. Socialtilsynet vægter også, at ingen af de tilstedeværende borgere melder sig til arbejdsgruppe eller som beboertillidsmand.

Socialtilsynet vurderer, at nogle borgere i tilbuddet har vanskeligt ved at profitere af den form, beboermødet havde under socialtilsynets deltagelse og at formen gjorde, at det var vanskeligt for de deltagende beboere at have egentlig medbestemmelse. Socialtilsynet er også opmærksomme på, at der er tale om et øjebliksbillede og at mødet blev afholdt i en særlig kontekst med socialtilsynets deltagelse. Ved tilbuddets høringssvar fremgår det, at tilbuddet har afprøvet forskellige former/tilgange i forhold til beboermøder. Det fremgår ligeledes af høringssvar, at tilbuddet bruger spørge undersøgelser for at sikre, at alle borgere får mulighed for at udtale sig om konkrete emner. Det fremgår, at tilbuddet vælger at holde beboerrådsmøder, hvor dem der deltager, kan ytre sig. Dette er dels et udtryk for et ønske om - fra tilbuddets side - at give muligheden til alle, dels et udtryk for et ønske om at have nogle fora, der fungerer så tæt som muligt på samme type spilleregler som i en almindelig boligforening.

Til grund for socialtilsynets vurdering ligger endvidere, at alle borgere på tilbuddet er en del af en Relationscirkel, hvor borgerens udvikling, ønsker og mål drøftes. Det vægtes i den forbindelse, at det er borgeren selv der bestemmer, hvem der skal være i deres Relationscirkel. Socialtilsynet deltager under tilsynsbesøget i afholdelse af et Relationscirkel-møde og det vurderes, at der er en ressourceorienteret, reflekterende og bevidnende tilgang og at der i høj grad lyttes til borgerens perspektiv.

Indikator 04.a	<i>Borgerne bliver hørt, respekteret og anerkendt.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 04.a

Til grund for bedømmelsen ligger, at socialtilsynet ved deltagelse i et Relationscirkel-møde observerer, at der er en ressourceorienteret, reflekterende og bevidnende tilgang fra medarbejdere. Det observeres, at medarbejder anerkender borgerens oplevelse af at være bange.

Det vægtes også, at socialtilsynet ved deltagelse i beboermøde observerer, at medarbejderne forsøger, at inddrage de borgere, der er mødt frem, og at man forsøger at tilgodese de behov, der opstår blandt borgerne undervejs i mødet. Det vægtes, at der er en del uro - herunder en borger, der forlader mødet og forsøger at gøre opmærksom på sig selv uden for døren - og at det synes vanskeligt at tilgodese denne borgers behov samtidig med, at borgernes behov ved mødet tilgodeses.

Indikator 04.b	<i>Borgerne inddrages i og har indflydelse på beslutninger vedrørende sig selv og hverdagen i tilbuddet i overensstemmelse med deres ønsker og behov.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 04.b

Til grund for bedømmelsen ligger, at tilbuddet afholder beboermøder hver måned. Det vægtes, at socialtilsynet under deltagelse på beboermøde observerer, at borgerne orienteres om forskellige ting i tilbuddet og at de inviteres til at deltage i arbejdsgruppe omkring fællesskaber og aktiviteter og at det foreslås, fra leders side, at der etableres en beboertillidsmand. Det vægtes også, at ingen borgere melder sig til henholdsvis arbejdsgruppe/tillidsmand.

Til grund for bedømmelsen ligger endvidere, at det under socialtilsynets deltagelse i et Relationscirkel-møde fremgår, at borger i høj grad har indflydelse på beslutninger vedrørende sig selv.

Kriterium 05	<i>Tilbuddet understøtter borgernes fysiske og mentale sundhed og trivsel</i>
Bedømmelse af kriterium	



Det er Socialtilsynets vurdering, at tilbuddet i høj grad søger at understøtte borgernes fysiske og mentale trivsel, men at der er tale om en bred og til tider meget udfordret målgruppe, og det kan være vanskeligt, at sikre alle borgernes trivsel. Borgernes udfordringer viser sig på forskellig vis og det er socialtilsynets vurdering, at den brede målgruppe, kan udfordre borgernes trivsel og lyst til at være på fællesarealerne jf. indikator 3a.

Der findes en mindre gruppe af borgere på tilbuddet som har et overforbrug af stoffer og – eller alkohol. Til grund for socialtilsynets vurdering indgår, at tilbuddet har udarbejdet en politik omkring forbrug af rusmidler på tilbuddet. Formålet med politikken er at tilbuddets overordnede tilgang, værdier og faglighed bringes i spil i forhold til borgere med et forbrug af rusmidler. Politikken beskriver blandt andet mere konkret hvordan tilbuddet internt kan støtte borgere med afhængighed og afvænnning. Eksempelvis med NADA, Afspænding, Mindfulness, motion og selvhjælpsgruppe. Socialtilsynet bemærker og vægter, at medarbejder ikke konkret kender til politikken omkring forbrug af rusmidler. Det vægtes, at medarbejders tilgang til borgere med forbrug af rusmidler ikke adskiller sig væsentligt for politikken.

Det er socialtilsynets vurdering, at personalet støtter op om borgernes adgang til sundhedsydelser og at støtten vurderes individuelt i samarbejde med borgeren. Det er også socialtilsynets vurdering, at tilbuddet i sin pædagogiske indsats i høj grad har fokus på forhold, som har betydning for borgernes fysiske og mentale sundhed. Der findes adskillige aktiviteter internt på tilbuddet, ligesom borgerne støttes i at deltage i sundhedsfremmende aktiviteter uden for tilbuddet. Ud over konkrete aktiviteter er der fokus på borgernes mulighed for sund kost, og der tilbydes praktisk støtte og edukation i forhold til kost. Socialtilsynet bemærker og anerkender, at der er lavet Smileys med rød, gul og grøn farve som angiver hvor sund maden er. Der serveres mad fra buffeten, hvor køkkenpersonale øsermad op efter borgernes ønsker, af hygieiniske årsager.

Indikator 05.a	<i>Borgerne trives i tilbuddet.</i>
Bedømmelse	3 (i middel grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 05.a

Til grund for bedømmelsen ligger interview med borger, som fortæller, at det kan være utrygt, at der nogen gange er en voldsom råben, at der kastes med glas og smadres vinduer. Det vægtes også, at borgere fortæller om konkrete eksempler på medbeboere, som de føler sig truet/generet af. Det vægtes, at borgere fortæller, at de har vænnet sig til meget. Det vægtes også, at en borger er tilfreds med at bo på tilbuddet og en anden borger oplever, at være faldet godt til på tilbuddet.

Til grund for bedømmelsen ligger interview med medarbejder, hvor det fremgår, at borgerne er meget forskellige og at der ikke er noget entydigt svar på om borgerne trives. Medarbejder fortæller, at nogle borgere har givet udtryk for utryghed i forhold til andre beboeres adfærd. En konkretiseret borger har overfor personalet har givet udtryk for, at vedkommende ikke kommer i cafeen pga. angst for anden borger.

Indikator 05.b	<i>Borgerne har med støtte fra tilbuddet adgang til relevante sundhedsydelser.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 05.b

Ved interview med medarbejdere fremgår det, at det er en tovholder, der er ansvarlig for at følge op på Fx tandlæge, læge eller andre sundhedsydelser. Der indgås individuelle aftaler med borgerne om, hvor meget støtte de ønsker og har behov for.

Ved interview med borgerne fremgår det, at de bliver støttet i det omfang de har behov for det. Nogle borgere oplever, at personalet stiller for store krav og ville gerne have mere hjælp.

Det seneste tilsynsbesøg har ikke givet anledning til ændring af tilsynets bedømmelse af denne indikator. Teksten er derfor i udgangspunktet overført uændret fra det tidligere tilsynsbesøg. Der kan dog være foretaget evt. redaktionelle ændringer i form af sproglige omformuleringer samt rettelser af stave- og kommafejl i teksten.

Indikator 05.c	<i>Tilbuddets viden og indsats vedrørende borgernes fysiske og mentale sundhed, modsvare borgernes behov.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 05.c

Til grund for bedømmelsen ligger, at det af interview med medarbejdere ved et tidligere tilsyn fremgår, at tilbuddet på forskellig vis understøtter, at borgerne fysiske og mentale sundhed. Der nævnes eksempler på brug af lokal idrætsforening og om beboer, der skal fungerer som træner for en medarbejder, idet beboeren har særlige



forudsætninger for dette. Medarbejderne beskriver, at det er en målgruppe, der ofte er præget både fysisk og mentalt af deres lidelse og at det er vigtigt, at tænke kost og motion ind i behandlingen. Mange af borgerne har bivirkninger af deres medicin og her er det særligt vigtigt, at have dette fokus. Det beskrives af medarbejdere, at de - når de er med borgerne på indkøb - understøtter, at de køber fedtfattige madvarer hvis de fx er af overvægtige. Der arrangeres indkøbsture hver torsdag, hvor der er mulighed for, at borgere som f.eks. ikke kan lide at købe ind selv pga. angst, har mulighed for at deltage. Her er der også fokus på støtte til sund kost. Det beskrives, at borgerne edukeres i, hvad kosten gør i forhold til psykisk sygdom.

Det vægtes, at det ved fremsendt dokumentation fremgår, at tilbuddet har udarbejdet en politik omkring forbrug af rusmidler på Slotsvænget.

Ved interview med borgerne ved tidligere tilsynsbesøg fremgår det, at borgerne på forskellig vis dyrker motion. Der tilbydes gymnastik hver torsdag på tilbuddet. En borger vil gerne have flere foredrag om sund kost. To borgere dyrker motion på egen hånd. Borgerne fortæller, at der er mulighed for fx. Nada akupunktur, meditation og biografklub på tilbuddet. Der er endvidere etableret et musik band bestående af både borgere og medarbejdere. Borgerne har en forventning om, at hvis de kommer med forslag, så vil medarbejderne støtte op om dette.

Kriterium 06	<i>Tilbuddet forebygger magtanvendelser</i>
Bedømmelse af kriterium	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet forebygger og håndterer magtanvendelse og at tilbuddet igennem deres pædagogiske tilgang har fokus på, at magtanvendelser så vidt muligt undgås. Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet dokumenterer og følger op på magtanvendelser og at der er refleksion fra både medarbejdere og ledelses side om hvilke tiltag, der fremadrettet kan forebygge nye magtanvendelser. Socialtilsynet bemærker, at der forefindes nedskreven procedure for, hvordan magtanvendelser skal håndteres.	
Indikator 06.a	<i>Tilbuddets pædagogiske indsats understøtter, at magtanvendelser så vidt muligt undgås.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 06.a	
Til grund for bedømmelsen ligger, at det af interview med medarbejderne ved tidligere tilsyn fremgår, at medarbejderne oplever, at den tilgang de har til borgerne gør, at der stort set ikke er magtanvendelser. Det beskrives, at tilbuddet har indskrevet borgere fra andre tilbud, hvor der har været magtanvendelser og at ikke har oplevet de samme konflikter med samme borgere her på tilbuddet.	
Det vægtes, at det ved interview med borgere ved tidligere tilsyn fremgår, at man har oplevet magtanvendelse i forbindelse med, at en borger skulle indlægges på psykiatrisk afdeling. En borger nævner, at for meget overtalelse også kan være magtanvendelse og at dette ikke er rart.	
Det ligger til grund for bedømmelsen, at det ved interview med ledelse ved tidligere tilsyn fremgår, at man fra ledelsens side understøtter, at der ikke forekommer magtanvendelse ved den faglige tilgang borgerne mødes med. Ledelsen giver udtryk for, at medarbejderne søger, at undersøge hvad der giver mening for borgeren og det betyder, at borgerne føler sig mødt i den måde de oplever tingene på. Ledelsen understreger, at tilbuddet har en "ikke konfronterende" tilgang til borgerne. Ledelsen har overvejelser i forhold til dilemmaer i, hvornår der er tale om omsorgssvigt og magtanvendelse.	
Endelig vægtes det og lægges til grund for bedømmelsen, at socialtilsynet i 2017 er blevet orienteret om 4 indberetninger om magtanvendelse vedrørende den samme borger.	
Indikator 06.b	<i>Tilbuddet kan håndtere eventuelle magtanvendelser ved at dokumentere og følge op på disse med henblik på løbende læring og forbedring af indsatsen.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 06.b	
Til grund for bedømmelse ligger, at tilbuddet har udarbejdet procedure for håndtering af magtanvendelser.	
Det vægtes, at , at det ved interview med medarbejdere ved tidligere tilsyn fremgår at medarbejderne har kendskab til regler og procedure omkring magtanvendelser. Det fremgår ligeledes, at der dokumenteres og følges op og at	



man drøfter hændelsen for erfaringsdannelse.

Medarbejderne fortæller, at der er procedure for hvordan magtanvendelse følges op i forhold til personalet. Der foreligger ikke en tilsvarende beskrivelse i forhold til borgerne. Medarbejderne siger, at det ikke er et udtryk for, at der ikke bliver talt med borgerne, det er bare ikke skrevet ned ved procedure. Ved efterfølgende høringssvar fra forstander fremgår det, at der er en procedure for håndtering af magtanvendelser, som både beskriver opfølgning i forhold til personale og beboere.

Ved interview med ledelse ved tidligere tilsyn fremgår det, at man taler med de involverede parter der har været en del af en magtanvendelse. Her taler man om det skete og hvilke handlemuligheder der kunne være.

Socialtilsynet har modtaget indberetning om 4 magtanvendelser fra tilbuddet i 2017 vedrørende den samme borger. Det ses af indberetningerne, at medarbejdere og ledelse har reflekteret over hvordan den pædagogiske indsats fremadrettet kan forebygge nye magtanvendelser.

Kriterium 07	<i>Tilbuddet forebygger vold og overgreb</i>
---------------------	--

Bedømmelse af kriterium

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet via deres værdier, faglige tilgange og metoder er med til at forbygge vold og overgreb. Socialtilsynet vurderer også, at tilbuddets målgruppe er meget bred og at der er borgere hvis adfærd opleves som truende af de andre beboere og medarbejdere.

Til grund for vurderingen ligger at socialtilsynet ved fremsendt dokumentation kan se, at der i 2017 har været 26 episoder med vold eller trusler i tilbuddets bodel. Det vægtes, at borger i interview fortæller, at det kan være utrygt, at der nogen gange er en voldsom råben, at der kastes med glas og smadres vinduer. Det vægtes også, at borgere fortæller om konkrete eksempler på medbeboere som de føler sig truet/generet af – jf. indikator 5a

Det vægtes, at medarbejder fortæller, at nogle borgere har givet udtryk for utryghed i forhold til andre beboeres adfærd og at en konkret borger overfor personalet har givet udtryk for, at vedkommende ikke kommer i cafeen pga. angst for anden borger – jf. indikator 5a.

Til grund for vurderingen ligger endvidere, at socialtilsynet under tilsynsbesøget observerer, at der i cafeen er medarbejder som af socialtilsynet opleves som værende nærværende og dialogisk med borgerne, samt demonstrerer kendskab til borgerne. Det observeres, at forskellige medarbejdere er opsøgende på en borger, der fremstår som at have brug for støtte. Socialtilsynet observerer også, at medarbejdere i en borgers Relationscirkel-møde fremstår anerkendende og reflekterende i forhold til borgers oplevelse.

Endelig lægges det til grund for vurderingen, at tilbuddet har udarbejdet en politik for tryghed og sikkerhed på tilbuddet, som skal drøftes på næstkommende MED-udvalg og i beboerrådet. Det vægtes, at der er fremsendt politik omkring forbrug af rusmidler på tilbuddet.

Indikator 07.a	<i>Tilbuddets pædagogiske indsats understøtter, at der ikke forekommer vold eller overgreb i tilbuddet.</i>
-----------------------	---

Bedømmelse	3 (i middel grad opfyldt)
-------------------	---------------------------

Bedømmelse af Indikator 07.a

Til grund for bedømmelsen ligger, at det af fremsendt dokumentation fremgår, at tilbuddet har udarbejdet en politik for tryghed. Det vægtes, at der er fremsendt politik omkring forbrug af rusmidler på tilbuddet. Det vægtes også, at socialtilsynet ved fremsendt dokumentation kan se, at der i 2017 har været 26 episoder med vold eller trusler

Til grund for bedømmelsen ligger, at borger i interview fortæller, at det kan være utrygt, at der nogen gange er en voldsom råben, at der kastes med glas og smadres vinduer. Det vægtes også, at borgere fortæller om konkrete eksempler på medbeboere som de føler sig truet/generet af – jf. indikator 5a

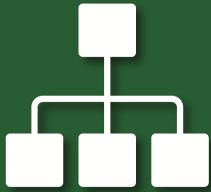
Til grund for bedømmelsen ligger endvidere interview med medarbejder, hvor det fremgår, at borgerne er meget forskellige og at der ikke er noget entydigt svar på om borgerne trives. Medarbejder fortæller, at nogle borgere har givet udtryk for utryghed i forhold til andre beboeres adfærd og at en konkret borger overfor personalet har givet udtryk for, at vedkommende ikke kommer i cafeen pga. angst for anden borger – jf. indikator 5a.

Endelig vægtes det, at socialtilsynet under tilsynet observerer, at der i cafeen er medarbejder som af socialtilsynet opleves som værende nærværende og dialogisk med borgerne, samt demonstrerer kendskab til borgerne. Det observeres, at forskellige medarbejdere er opsøgende på en borger, der fremstår som at have brug for støtte.

Indikator 07.b	<i>Udgået fra d. 1 januar 2017.</i>
-----------------------	-------------------------------------





	Temavurdering
	Organisation og ledelse <i>En væsentlig forudsætning for kvaliteten af sociale tilbud er en hensigtsmæssig organisering samt en kompetent og ansvarlig ledelse. En kompetent og ansvarlig ledelse er blandt andet kendetegnet ved at drive tilbuddet fagligt og økonomisk forsvarligt, sætte rammerne for tilbuddets strategiske udvikling og varetage den daglige drift.</i>

Vurdering af tema

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet har en kompetent ledelse og at den daglige drift varetages kompetent. Socialtilsynet vurderer også, at tilbuddets brede målgruppe giver udfordringer på forskellig vis. Borgerne i tilbuddet har generelt set i forhold til deres behov tilstrækkelig kontakt til medarbejdere med relevante kompetencer. Tilbuddets målgruppe er dog meget bred og borgernes støttebehov er meget forskelligt. Der kan være udfordringer i forhold til borgernes støttebehov fx af somatisk karakter eller i forhold til, at nogle borgere i perioder har det psykisk meget dårligt og har brug for særlig megen støtte. Tilbuddet har på forskellig vis organiseret sig, så disse udfordringer kan håndteres, men der er perioder hvor det er særligt sårbart eksempelvis nogle aftner og weekender. Tilbuddet brede og meget forskelligartede målgruppe udfordrer, nogle borgers trivsel og udvikling. Tilbuddet har stort individuelt fokus på den enkelte borgers problematik, men nogle borgers ageren i fællesskabet udfordre andre beboere. Socialtilsynet anbefaler, at tilbuddet sikre at alle borgere kan trives og udvikles.

Tilbuddet har gennem de sidste par år været i gang med organisatoriske og strukturelle ændringer i tilbuddet – blandt andet, er der kommet et mellemløst niveau således, at ledelsen nu består af en forstander, en souschef og 5 afdelingsledere.

Tilbuddet arbejder med Relationscirkler – en organisering hvor borgerne selv vælger hvem af medarbejderne, de vil samarbejde med. Denne organisering har medført udfordringer af driftsmæssig karakter, og der er nu tiltag for at justere denne måde at arbejde på.

Tilbuddet har siden sommeren 2016 været i gang med at indføre elektronisk dokumentation. Der er taget en række tiltag til at implementere dette og blandt andet er der udarbejdet en overordnet tidsplan for dette projekt.

Medarbejderne i tilbuddet modtager intern og ekstern supervision og både forstander og øvrig ledelse modtager ligeledes ekstern supervision.

Gennemsnitlig vurdering	4,2
--------------------------------	-----

Udviklingspunkter

Med udgangspunkt i tilbuddets brede målgruppe og i de udfordringer det giver i forhold til nogle borgers udvikling og trivsel, anbefaler socialtilsynet, at tilbuddet sikrer, at alle de borgere der visiteres til tilbuddet har mulighed for trivsel og udvikling. Socialtilsynet anbefaler, at tilbuddet sikrer, at alle borgerer har mulighed for at indgå i et trygt fællesskab med andre borgere som de kan spejle sig i og udvikle sig sammen med.

Kriterium 08	<i>Tilbuddet har en kompetent ledelse</i>
---------------------	---

Bedømmelse af kriterium



Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet har en faglig kompetent forstander. Til grund for denne vurdering ligger, at tilbuddets forstander dels har relevant erfaring inden for målgruppen og relevant uddannelse.

Til grund for socialtilsynet vurdering ligger endvidere, at ledelsen har lagt en strategi for hvorledes, man ønsker fremtidig fokus skal være og er i gang med at implementere dette i organisationen. Det fremgår af interview med ledelse og medarbejdere, at der lavet en ændring i organisationen, så der nu er indført et mellemlederniveau med deraf følgende fokus på relevante ledelsesfora og på personaleledelse.

Socialtilsynet vægter i vurderingen af ledelsens kompetencer blandt andet, at der er sat en proces i gang på centrale områder som eksempelvis implementering af tilbuddets borgerdokumentation, ændringer i struktur og opgavefordeling i Relationscirklerne og udarbejdelse af politikker og procedure for magtanvendelser, rusmidler, tryghed og sikkerhed. I 2017 har været arbejdet på, at formulerer kerneopgave og vision for samarbejdskultur på Slotsvænget. Der er også udarbejdet funktionsbeskrivelser på ledere og medarbejdere. Det indgår i vurderingen, at afdelingsleder under interview fortæller, at vedkommende oplever, at der er sket meget positivt i forhold til den daglige ledelse. Det fremgår at lederne er enige om at organisationen i tilbuddet, er i en fortsat konsolidering omkring gennemskuelighed i drift og udvikling. Afdelingsledere redegør for, at de oplever bedre trivsel i medarbejdergruppen.

Medarbejderne har mulighed for ekstern supervision, hvor det også er muligt for borgerne at deltage. Forstander deltager i ledernetværk, i et udviklingsfora omkring dialogisk ledelse. Der er iværksat supervision og undervisning i systemisk/narrativ/dialogisk ledelse for hele ledergruppen.

Indikator 08.a	<i>Ledelsen har relevante kompetencer i forhold til at lede tilbuddet.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------------

Bedømmelse af Indikator 08.a

Til grund for bedømmelsen ligger, at det af fremsendt dokumentation fremgår, at forstander har relevant uddannelse og erfaring med målgruppen. Det vægtes, at det af nuværende og tidligere tilsyn ved interview med medarbejdere og ledelse fremgår, at forstander og den øvrige ledergruppe har iværksat forskellige tiltag for at understøtte de udfordringer der er/har været i tilbuddet.

Indikator 08.b	<i>Tilbuddet benytter sig af ekstern faglig supervision eller anden form for sparring for ledelse og medarbejdere.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------------

Bedømmelse af Indikator 08.b

Til grund for bedømmelsen ligger, at det ved interview med medarbejderne ved tidligere tilsyn oplyses, at der er tilbud om supervision ved ekstern konsulent. Her kan medarbejdergruppen sammen, individuelt eller sammen med en borger modtage supervision.

Det vægtes, at forstander i fremsendt dokumentation, oplyser om, at tilbuddet ikke længere bruger intervission, men at dette er erstattet af faglig sparring i de forskellige enheder. Forstander oplyser også, at flere medarbejdere er uddannet i Åben Dialog og at de tilbyder at være med til relationscirkelmøder for at faciliterer dialogen på møderne.

Det vægtes, at det af fremsendt dokumentation fremgår, at forstander deltager i ledernetværk, i et udviklingsfora omkring dialogisk ledelse. Det fremgår også, at der er iværksat supervision og undervisning i systemisk/narrativ/dialogisk ledelse for hele ledergruppen.

Kriterium 09	<i>Tilbuddets daglige drift varetages kompetent</i>
---------------------	---

Bedømmelse af kriterium



Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets drift generelt set varetages kompetent.

Til grund for vurderingen ligger, at borgere ved tidligere tilsyn giver udtryk for tilstrækkelig og relevant støtte. Det vægtes, at borger ved herværende tilsyn oplever, at der blandt medarbejderne er stor teoretisering og akademisering, men at borger ikke oplever, at det kommer ud i praksis.

Det vægtes også, at medarbejdere ved tidligere tilsyn giver udtryk for, at det kan være svært at tilgodese borgernes behov, både fordi støttebehovet er stort og - for nogle borgeres vedkommende - har ændret karakter til også at omhandle somatisk støtte. Det vægtes, at medarbejderne oplever, at aftener og weekender især kan være udfordret. Der nævnes eksempel på, at der i én weekend var 5 borgere, som måtte indlægges på psykiatrisk afdeling.

Til grund for socialtilsynets vurdering ligger, at det af oplysninger på Tilbudsportalen fremgår, at normeringen botilbuddet er normeret med 31,4 borgerrettede timer pr. uge, at Flyverteamet er normeret med 7,4 borgerrettet time pr. uge og at aktivitets - og samværstilbuddet er normeret med 11 borgerrettede timer pr. uge.

Det vægtes, at der er et forholdsvis højt forbrug af vikarer og af det af fremsendt dokumentation fremgår, at vikarforbruget i september 2017 svarer til ca. 7 fuldtidsstillinger.

Socialtilsynet ligger også til grund for vurderingen, at tilbuddets personalegennemstrømning ikke er på højere niveau end sammenlignelige arbejdspladser. Sygefraværet er i 2016 15,8 dage pr. medarbejder hvilket vurderes til at være højere end på sammenlignelige tilbud. Dette var også tilfældet året før. Ledelsen oplyser, at en stor del af sygefraværet skyldes 5 langtidssygemeldinger og at årsagen er somatisk sygdom. Det oplyses, at der er 2 sygemeldinger mere på vej. Ledelsen fortæller, at der er en del ældre medarbejdere hvilket også er årsag til det noget høje sygefravær, men at der inden for det seneste år er sket et fald i sygefraværet og som vil blive beskrevet i den kommende årsrapport.

Indikator 09.a	<i>Borgerne har i forhold til deres behov tilstrækkelig kontakt til personale med relevante kompetencer.</i>
Bedømmelse	3 (i middel grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 09.a

Til grund for bedømmelsen ligger, at det i oplysninger fra Tilbudsportalen fremgår, at botilbuddet er normeret med 35,8 borgerrettede timer pr. uge, at Flyverteamet er normeret med 8,6 borgerrettet time pr. uge og at aktivitets - og samværstilbuddet er normeret med 17,1 borgerrettede timer pr. uge.

Det vægtes, at alle medarbejdere har relevant uddannelse og erfaring med målgruppen.

Det vægtes også, at der er et forholdsvis højt forbrug af vikarer og af det af fremsendt dokumentation fremgår, at vikarforbruget i september 2017 svarer til ca. 7 fuldtidsstillinger.

Det ligger endvidere til grund for bedømmelsen, at det ved interview med borger fra botilbuddet fremgår, at borger oplever, at der blandt medarbejderne er stor teoretisering og akademisering, men at det ikke kommer rigtigt ud i praksis - "det er som om energien fra medarbejderne går til teori". Det vægtes, at borger er glad for beskæftigelse i Flyverteamet.

Socialtilsynet vægter, at borger ved tidligere tilsyn i interview giver udtryk for at trives og oplever at få god hjælp fra medarbejderne. Det vægtes - ligeledes fra tidligere tilsyn -, at borger fra samværs - og aktivitetstilbuddet ligeledes giver udtryk for trivsel og relevant støtte fra medarbejderne.

Det vægtes, at det i interview med medarbejdere i tidligere tilsyn fremgår, at støttebehovet hos borgerne er stort, at enkelte borgere opleves at være ekstra ressourcekrævende og at det kan være svært at nå det hele. Det oplyses, at det især kan være svært at nå, at tilgodese borgernes behov om aftenen og i weekender. Det oplyses, at der er også en del nye medarbejdere hvilket kræver oplæring.

Endelig vægtes det og ligger til grund for bedømmelsen, at socialtilsynet under tilsynet observerer, at medarbejderne agerer kompetent.

Indikator 09.b	<i>Personalegennemstrømningen på tilbuddet er ikke på højere niveau end sammenlignelige arbejdspladser.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 09.b

Til grund for bedømmelsen ligger, at det af oplysninger på Tilbudsportalen fremgår, at medarbejdergennemstrømningen i 2016 har været på 15,8 hvilket svarer til, at 9 medarbejdere ud af 58 er ophørt.



Indikator 09.c	<i>Sygefraværet blandt medarbejderne er ikke på højere niveau end sammenlignelige arbejdspladser.</i>
Bedømmelse	3 (i middel grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 09.c	
Til grund for bedømmelsen ligger, at det af fremsendt dokumentation fremgår det, at det gennemsnitlige sygefravær i 2016 er 22 dage pr. medarbejder hvilket socialtilsynet bedømmer til at være højere end på sammenlignelige tilbud.	



	Temavurdering
	Kompetencer <i>Det er afgørende for kvaliteten i tilbuddet, at tilbuddets medarbejdere har de faglige, relationelle og personlige kompetencer, der er nødvendige i forhold til tilbuddets målsætninger og målgruppe, de metoder tilbuddet anvender, samt borgernes aktuelle behov. Herunder skal børn og unge sikres en tryk hverdag og opvækst med nære og stabile relationer.</i> <i>Udover tilbuddets aktuelle kompetenceniveau er det vigtigt, at tilbuddet har strategisk fokus på, hvordan de nødvendige kompetencer sikres på såvel kort som langt sigt, samt hvordan eventuelle specialistkompetencer kan tilvejebringes.</i> <i>Det er et vigtigt aspekt af kvaliteten af et tilbud, at medarbejderne møder borgerne med respekt for den enkeltes behov og forudsætninger samt har fokus på borgernes retssikkerhed.</i>

Vurdering af tema	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets medarbejdere besidder relevante kompetencer i forhold til målgruppens behov og tilbuddets metoder og at tilbuddets medarbejdere er fagligt bredt repræsenteret, samt der løbende sker opkvalificering af medarbejderne. Tilbuddet har procedure for, at nye medarbejdere introduceres til tilbuddets værdier og metoder og medarbejdere der har været ansat i længere tid, har mulighed for at deltage i kurserne som "brush up". Nyansatte får tilknyttet en mentor hvilket understøtter, at relevante temaer på struktureret vis bliver gennemgået.	
Gennemsnitlig vurdering	5

Udviklingspunkter

Kriterium 10	Tilbuddets medarbejdere besidder relevante kompetencer i forhold til målgruppens behov og tilbuddets metoder
Bedømmelse af kriterium	Socialtilsynet bedømmer, at tilbuddets medarbejdere besidder relevante kompetencer i forhold til målgruppens behov og tilbuddets metoder. Til grund for bedømmelsen ligger, at tilbuddets medarbejdere er fagligt bredt repræsenteret, samt der løbende sker opkvalificering af medarbejderne. Det fremgår således af oplysninger fra forstander i fremsendt dokumentation, at i 2017 har 2 medarbejdere og en afdelingsleder afsluttet to årig efteruddannelse i Åben Dialog ved det sociale akademi i Århus og en medarbejder og forstander har afsluttet en tre årig uddannelse i Åben Dialog ved Open Dialogue i UK. Det fremgår også, at to medarbejdere er i gang med en diplom i ledelse og at en medarbejder er i gang med en uddannelse i narrativ terapi. Tilbuddet har procedure for, at nye medarbejdere introduceres til tilbuddets værdier og metoder og andre medarbejdere, har mulighed for at deltage i kurserne som "brush up". Nyansatte får tilknyttet en mentor efter ledelsens valg og det understøttes således, at relevante temaer på struktureret vis bliver gennemgået. Det vægtes, at socialtilsynet under tilsynbesøget observerer, at medarbejdernes samspil med borgerne er kompetent og fagligt funderet.



Indikator 10.a	<i>Medarbejdergruppen har samlet set relevant uddannelse, opdateret viden og erfaring med målgruppen og tilbuddets metoder.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 10.a	
Til grund for bedømmelsen ligger, at langt størstedelen af medarbejderne i tilbuddet har relevant uddannelse og erfaring med målgruppen. Det vægtes også, at det af fremsendt dokumentation fremgår, at medarbejdere og ledere har været på relevant efteruddannelse.	
Indikator 10.b	<i>Det er afspejlet i medarbejdernes samspil med borgerne, at medarbejderne har relevante kompetencer.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 10.b	
Til grund for bedømmelsen ligger, at det ved interview med medarbejderne ved tidligere tilsyn fremgår, at man oplever at medarbejderne er fagligt godt dækket ind og dækker bredt ind i forhold til de kompetencer, der er brug for. Medarbejderne fortæller, at der er borgere, der oplever, at der ikke er kontakt nok til medarbejderne. Dette vil blive drøftet i relationscirklerne og det vil blive vurderet, om arbejdet kan tilrettelægges anderledes. En medarbejder er begyndt, at lave aftaler med borgerne mere fleksible - således at der kan tages forbehold for, at man som medarbejder kan blive opholdt fx af andre borgere og dermed kan blive forsinket.	
Det vægtes, at socialtilsynet under tilsyn observerer, at medarbejdernes samspil med borgerne er kompetent og fagligt.	

Kriterium 11	<i>Udgået med underliggende indikatorer fra d. 1 januar 2017.</i>
Kriterium 12	<i>Udgået med underliggende indikatorer fra d. 1 januar 2017.</i>
Kriterium 13	<i>Udgået med underliggende indikatorer fra d. 1 januar 2017.</i>



	Temavurdering
	Fysiske rammer <i>De fysiske rammer udgør en central del af et tilbud, både som ramme om borgernes liv og som ramme om den indsats, der finder sted. Det er derfor væsentligt, at tilbuddets omgivelser, indretning, faciliteter og stand understøtter målgruppens behov og formålet med indsatsen, herunder at de fysiske rammer inde og ude tilgodeser borgernes trivsel og tryghed samt ret til privatliv.</i>

Vurdering af tema

Slotsvænget er indrettet i et murstenshus fra 1951 med tre længer og et nybygget hus med lejligheder. Der er en gårdhave i midten af længerne og yderligere grønne områder uden for den nye bygning. Slotsvænget ligger i Bondebyen i Kgs. Lyngby, tæt på Slotsparken, Lyngby sø, Mølleåen, Lyngby Kirke, stadion og mange indkøbsmuligheder i Kgs. Lyngby.

Tilbuddets café er centralt placeret og i centrum for en stor del af tilbuddets aktiviteter. Der er i indretningen af caféen taget hensyn til tilbuddets brugere fx er borde, stole og sofaer placeret på en måde, der inviterer både til fællesskab, og til at man kan sidde lidt for sig selv i fællesskabet.

Borgerne i tilbuddet har selvstændige lejligheder. Disse består af et værelse med køkkenafdeling og et badeværelse.

Botilbuddets fællesarealer består af køkkenarealer, spisearealer og opholdsarealer. Der ud over er der forskellige aktivitetsrum fx et rum der er særligt indrettet til mindfulness, yoga og NADA akupunktur. Der er et fitness rum, samt et rum hvor der er mulighed for kreative aktiviteter. Alle rum er udstyret med musikanlæg, hvor borgerne har mulighed for at streame musik.

Udearealerne er ligeledes tænkt som, at borgerne skal have mulighed for både fællesskab og at kunne trække sig fra fællesskabet. Der er fælles terrasse med mulighed for at grille.

Tilbuddets målgruppe er bred og det er socialtilsynets vurdering, at nogle borgers adfærd udfordrer andre borgers trivsel, hvilket gør, at ikke alle borgere ønsker at benytte fællesarealerne.

Gennemsnitlig vurdering	4,7
--------------------------------	-----

Udviklingspunkter

Kriterium 14	<i>Tilbuddets fysiske rammer understøtter borgernes udvikling og trivsel</i>
---------------------	--

Bedømmelse af kriterium

Socialtilsynet vurderer, at borgerne trives med de fysiske rammer for så vidt angår egne lejligheder. Alle borgere har selvstændig bolig, hvilket borgerne generelt er tilfredse med.

Socialtilsynet vurderer at tilbuddets fysiske rammer og faciliteter på mange måder imødekommer borgernes særlige behov - eksempelvis mulighed for forskellige aktiviteter inde og ude. Tilbuddets målgruppe er bred og det gør, at det kan være svært at tilgodesæ alle borgers behov for trivsel. Nogle borgers adfærd kan være støjende eller på anden måde udfordrende for andre beboere og det er socialtilsynets vurdering, at nogle borgere af den grund ikke benytter fællesområderne særligt meget.

Tilbuddet fremstår pænt og indbydende med tidssvarende indretning.

Indikator 14.a	<i>Borgerne trives i de fysiske rammer.</i>
-----------------------	---



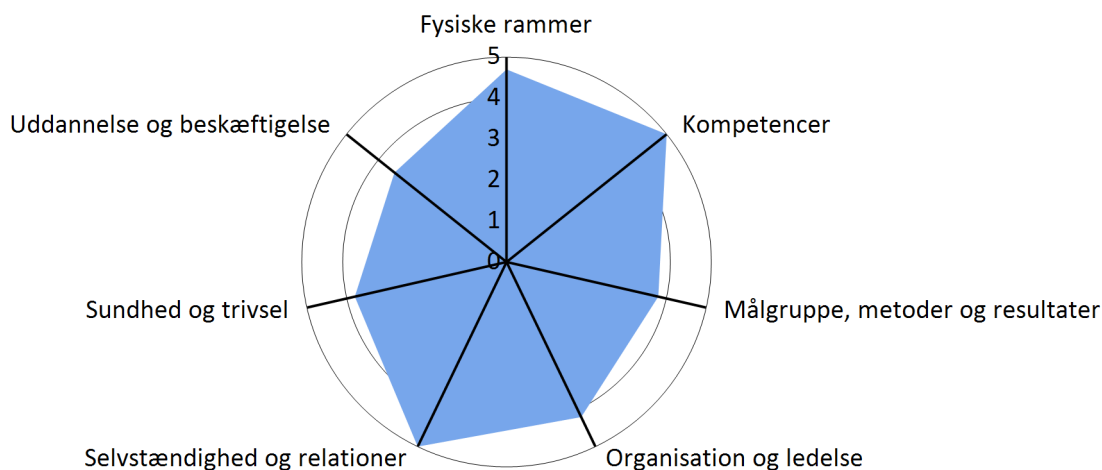
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 14.a	
Til grund for bedømmelsen ligger, at det af interview med ledelsen ved tidligere tilsyn fremgår, at det er ledelsens vurdering, at borgerne - efter tilvænning til egne lejligheder – er glade for de fysiske rammer. Det vægtes også, at medarbejdere ved interview i tidligere tilsyn fortæller, at processen med at få bygget tilbuddet om til selvstændige boliger har været en udfordring for borgerne, men at ombygningen som udgangspunkt har beriget borgerne. En aktuel problematik, er at cafeen er ét stort rum, og hvor det kan være svært, når nogen borgere fylder meget. Der er ved at blive færdiggjort andre fællesrum - som muligvis kan imødekomme dette problem. Medarbejderne fortæller, at der er lavet aftale om, at nogle af de mere højtråbende beboere fremadrettet skal benytte bodelens arealer mere, så der bliver mere rum til de mere "stille" borgere. Ved interview med borgerne ved tidligere tilsyn fremgår det, at den ene borger der har boet på tilbuddet i længere tid, oplever, at det er positivt, at borgerne har fået sin egen lejlighed. En borger giver udtryk for ikke at bruge caféen så meget, b.la. fordi der er for meget larm. Borgeren giver udtryk for, at det også handler om, at borgerne på tilbuddet er meget forskellige, og at det ikke er alle, som borgeren har lyst til at være sammen med. En borger synes, at tilbuddets fysiske rammer passer rigtig fint.	
Indikator 14.b	<i>De fysiske rammer og faciliteter imødekommer borgernes særlige behov.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 14.b	
Til grund for bedømmelsen ligger tilbuddets oplysninger på tilbudsportalen. Her fremgår det, at Slotsvænget er indrettet i et murstenshus fra 1951 med tre længer og et nybygget hus med lejligheder. Der er en gårdhave i midten af længerne og yderligere grønne områder uden for den nye bygning. Slotsvænget ligger i Bondebyen i Kgs. Lyngby, tæt på Slotsparken, Lyngby sø, Mølleåen, Lyngby Kirke, stadion og mange indkøbsmuligheder i Kgs. Lyngby. Socialtilsynet har under tilsynet set tilbuddets fysiske rammer. Tilbuddets café er centralt placeret og i centrum for en stor del af tilbuddets aktiviteter. Der er i indretningen af caféen taget hensyn til tilbuddets brugere fx. er borde, stole og sofaer placeret på en måde, der inviterer både til fællesskab og til at man kan sidde lidt for sig selv i fællesskabet. Borgerne i tilbuddet har selvstændige lejligheder. Disse består af et værelse med køkkenafdeling og et badeværelse. Botilbuddets fællesarealer består af køkkenarealer, spisearealer og opholdsarealer. Der ud over er der forskellige aktivitetsrum fx. et rum der er særligt indrettet til mindfulness, yoga og NADA akupunktur. Der er et fitness rum, samt et rum hvor der er mulighed for kreative aktiviteter. Alle rum er udstyret med musikanlæg, hvor borgerne har mulighed for at streame musik. Ude arealerne er ligeledes tænkt som, at borgerne skal have mulighed for både fællesskab og at kunne trække sig fra fællesskabet. Der er fælles terrasse med mulighed for at grille.	
Indikator 14.c	<i>De fysiske rammer afspejler at tilbuddet er borgernes hjem.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 14.c	
Socialtilsynet har ved tilsynsbesøg set en tom lejlighed. Fællesarealerne fremstår pæne. I caféen er møblementet ensartet og på bodelens fællesareal fremstår indretningen pæn og funktionel.	



Økonomisk Tilsyn
Socialtilsynets vurdering af tilbuddets økonomi
Økonomisk bæredygtig?
Giver tilbuddets økonomi mulighed for den fornødne kvalitet i forhold til prisen og målgruppen?
Er der gennemsigtighed med tilbuddets økonomi?


Materiale og interviews benyttet til vurdering af kvaliteten i tilbuddet.

Dokumenter	01. Anmeldelse af tilsyn 02. Rapport 2017 03. Tilbudsportalen 04. Oplysningsskema 05. Kerneopgave og vision for samarbejdskulturen 06. Politik for tryghed og sikkerhed på Slotsvænget 07. Politik rusmidler 08. Procedure for håndtering af magtanvendelser 09. Plan for implementering af dokumentationspraksis 10. Episoder med vold eller trusler 11. Oversigt over medarbejderes videreuddannelse 12. Diverse handleplaner som opfølgning på APV 13. Funktionsbeskrivelse bodelsmedarbejder 14. Opgørelse over nyansatte og fratrådte medarbejdere 2017. 15. Opgørelse over vikarforbrug 16. Flyverteamets brugere 17. Beboere Slotsvænget 18. Støttepakkebrugere
Observation	1. Deltagelse i beboermøde 2. Deltagelse i relationscirkel
Interview	1. Interview ledelse 2. Interview medarbejder 3. Interview borgere
Interviewkilder	Beboere Ledelse Medarbejdere

Tilbuddets bedømmelse


Spindelvævet afspejler socialtilsynets gennemsnitlige vurdering af kvaliteten i tilbuddet fordelt på syv temaer. Formålet med illustrationen er, at give tilbuddet et overbliksbillede af socialtilsynets vurdering på baggrund af den samlede rapport. De (scoringerne) repræsenterer derfor ikke det fulde indblik i tilsynet. Spindelvævet er først og fremmest ment som et dialogredskab mellem socialtilsynet og tilbuddet.



Tilsynsrapport



Tilbuddets navn:	Bostedet Chr.X's Allé
Tilsynet er gennemført:	10-01-2018
Status for godkendelse:	Godkendt

Rapporten er udarbejdet af:	Socialtilsyn Hovedstaden Smallegade 1 2000 Frederiksberg
------------------------------------	--



Indholdsfortegnelse

Læsevejledning	3
Stamoplysninger om tilbuddet	4
Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet	5
Resultat af tilsynet	5
Vurdering af temaet Uddannelse og beskæftigelse	7
Vurdering af temaet Selvstændighed og relationer	9
Vurdering af temaet Målgruppe, metoder og resultater	12
Vurdering af temaet Sundhed og Trivsel	15
Vurdering af temaet Organisation og ledelse	21
Vurdering af temaet Kompetencer	25
Vurdering af temaet Fysiske rammer	27
Økonomisk Tilsyn	30
Materiale og interviews benyttet til vurdering af kvaliteten i tilbuddet.	31

Rapporten er udskrevet

10-01-2018



Læsevejledning

Tilsynsrapportens indhold

Tilsynsrapporten indeholder socialtilsynets bedømmelse og vurdering af, om tilbuddet fortsat har den fornødne kvalitet og samlet set fortsat opfylder betingelserne for godkendelse, jf. §§ 6 og 12-18 i Lov om socialtilsyn. En del af oplysningerne er hentet fra Tilbudsportalen, hvor tilbuddet selv har indberettet bl.a. stamoplysninger.

For tilbud med flere afdelinger udarbejdes der én samlet kvalitetsvurdering.

Udover en samlet vurdering af kvaliteten hos tilbuddet, indeholder tilsynsrapporten en gennemgang af de syv temaer fra Kvalitetsmodellen, hvor der kan være lagt særligt fokus på udvalgte temaer. Et tilsyn kan godt indeholde mere end ét tilsynsbesøg, eksempelvis hos et tilbud med flere afdelinger. Ligeledes kan tilsynet været administrativt og ikke indeholde et konkret tilsynsbesøg. Det fremgår af tilsynsrapporten hvorvidt der har været et fysisk tilsynsbesøg, hvor henne og hvorvidt de var anmeldt eller uanmeldt.

Efter endt høringsperiode vil udvalgte oplysninger fra tilsynsrapporten blive publiceret på Tilbudsportalen. Det drejer sig om den samlede vurdering, temavurderingerne samt eventuelle påbud eller vilkår.

Kvalitetsmodellen

Socialtilsynet vurderer kvaliteten hos tilbuddet ud fra en Kvalitetsmodel, som er beskrevet i Bekendtgørelse om socialtilsyn. Kvalitetsmodellen er et dialogbaseret redskab, som skal give et systematisk og målrettet udgangspunkt for socialtilsynets samlede faglige vurdering af tilbuddenes kvalitet.

Kvalitetsmodellen er struktureret ud fra de overordnede kvalitetstemaer, der fremgår af § 6, stk. 2, i lov om socialtilsyn. Hvert tema er konkretiseret i et antal kvalitetskriterier. Kriterierne er primært udtrykt som konkrete mål for indsatsen i tilbuddene. For hvert kriterium er fastlagt en eller flere kvalitetsindikatorer. Indikatorerne er tegn på, at den kvalitet, som er udtrykt i kriteriet, forekommer i praksis.

Vurderingen af et tilbuds kvalitet sker ud fra en samlet, faglig vurdering inden for rammerne af temaerne under hensyn til tilbuddets karakter og målgruppe. Bedømmelsen af indikatorer og kriterier skal understøtte socialtilsynets samlede vurdering af, om tilbuddet har den fornødne kvalitet. Socialtilsynet kan inddrage andre forhold i kvalitetsvurderingen, som vurderes at være relevante for kvaliteten inden for rammerne af temaet.

Ved det driftsorienterede tilsyn skal socialtilsynet vurdere, om kvaliteten i tilbuddet i praksis er tilstrækkelig, og om betingelserne for godkendelsen fortsat er opfyldt. Der anvendes forskellige systematikker for, hvordan indikatorer og kriterier bedømmes ved henholdsvis godkendelse og det driftsorienterede tilsyn.

Temaer

- Uddannelse og beskæftigelse
- Selvstændighed og relationer
- Målgruppe, metoder og resultater
- Sundhed og Trivsel
- Organisation og ledelse
- Kompetencer
- Fysiske rammer

I kvalitetsmodellen er både 'Gennemsnitlig bedømmelse' på temaniveau og 'Bedømmelse' på indikatorniveau angivet ud fra følgende skala:

5. i meget høj grad opfyldt.
4. i høj grad opfyldt.
3. i middel grad opfyldt.
2. i lav grad opfyldt.
1. i meget lav grad opfyldt.

Vurderingen af temaerne bygger på kvalitetsbedømmelsen, og der kan, afhængigt af tilbudstype og målgruppe, inddrages andre relevante forhold, som ikke er indeholdt i kvalitetsmodellens indikatorer.



Stamoplysninger om tilbuddet				
Tilbuddets navn	Bostedet Chr.X's Allé			
Hovedadresse	Christian X's Alle 97 2800 Kgs.Lyngby			
Kontaktoplysninger	Tlf: 45976000 E-mail: psi@ltk.dk Hjemmeside: www.chrxogstrandberg.dk			
Tilbudsleder	Pia Siert			
CVR nr.				
Virksomhedstype	Offentlig			
Tilbudstyper	ABL § 105, stk. 2 (almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig)			
Afdelinger	Afdeling	Adresse	Pladser i alt	Tilbudstyper
	Chr.X's Allé 97 2800 Lyngby	Christian X's Alle 97 2800 Kgs.Lyngby	52	almen ældrebolig/- handicapvenlig bolig (ABL § 105, stk. 2),
Pladser på afdelinger				52
Pladser i alt	52			
Målgrupper	18 til 40 år (autismespektrum, udviklingsforstyrrelse af tale og sprog, udviklingsforstyrrelse af sansemotoriske færdigheder, anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse)			



Resultat af tilsynet	
Status for godkendelse	Godkendt
Tilsynet er gennemført	10-01-2018

Tilsynet er udført af	Socialtilsyn Hovedstaden
Tilsynskonsulenter	Christina Dahl (Tilsynskonsulent)
	Christina Thorholm (Tilsynskonsulent)
Indebar tilsynet et fysisk besøg	Ja
Dato for tilsynsbesøg	26-10-17: Christian X's Alle 97, 2800 Kgs.Lyngby (Anmeldt)

Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet

Socialtilsynet konkluderer efter anmeldt tilsyn den 26. oktober 2017, at Bostedet Chr. X's Alle skaber kvalitet i indsatsen for borgere med autisme i de 52 pladser tilbuddet har oprettet efter almenboligloven § 105 stk. 2 med støtte efter servicelovens § 85 og 83, hvoraf to pladser anvendes til aflastning. Tilbuddet har etableret et dagtilbud i skærmede rammer, som en del af § 85 indsatsen til 5 at tilbuddets borgere som ikke kan deltage i eksternt tilbud.

Socialtilsynet vurderer, at Bostedet Chr. X's Allé er et tilbud som arbejder med udvikling af kerneopgaven. Dette sker ved at styrke den faglige viden i tilbuddet og arbejdet med dokumentation. Socialtilsynet vurderer, at arbejdet med udviklingspunkter fra 2016 og de faglige refleksioner skaber resultater som styrker borgernes trivsel og udvikling.

Tilbuddet arbejder med udgangspunkt i opsatte mål for indsatser som skal øge borgernes sociale kompetencer og selvstændighed og er godt i gang med at implementere et nyt dokumentationssystem. Socialtilsynet vurderer, at implementeringen ikke er gennemført og tilbuddet kan have fokus på at vidensdele på tværs af tilbuddet, for at dokumentationen sker systematisk med fokus på læring i forhold til de indsatser, som der sættes i værk, så der er ensartet kvalitet i evaluering og læring gennem arbejdet med de opsatte mål i det elektroniske dokumentationssystem. Tilbuddet kan med fordel arbejde med systematisk beskrivelse af, hvordan og hvilke af de valgte metoder, der fører til udvikling og positive resultater for borgerne.

Borgerperspektivet har været inddraget i tilsynet ved fremsendt spørgeskemaer, hvoraf de fleste borgere har svaret. Derudover er flere borgere blevet interviewet under tilsynet.

Socialtilsynet konkluderer, at borgerne tilbydes beskæftigelse ud fra individuelle ønsker og behov i forskellige tilbud. Borgere som har behov for intern beskæftigelse har tilbud om dette, og der tilbydes meningsfulde aktiviteter med miljøskift i Kulturhuset.

Chr. X's Allé har et Kulturhus, hvor der tilbydes aktiviteter som en del af § 85 ydelsen. Et tilbud som socialtilsynet vurderer i høj grad giver borgerne mulighed for aktiviteter og samvær i et skærmet miljø.

Socialtilsynet vurderer, at ledelsen har fokus på såvel den strategiske ledelse og udvikling af de daglige drift gennem kompetenceudvikling og et fælles faglig fokus.

Tilbuddet har nedbragt personalegennemstrømning og sygefravær gennem et systematisk fokus.

Det er socialtilsynets konklusion, at borgerne trives i de fysiske rammer i tilbuddet, og i de boliger som anvendes under genhusning i perioden 1. maj 2017 til februar 2018. Genhusning er begrundet i behov for udbedring af fugtskader grundet konstruktionsfejl i alle badeværelser.

Endvidere konkluderes, det at tilbuddet er økonomisk bæredygtigt og giver mulighed for den fornødne kvalitet i tilbuddet i forhold til prisen og tilbuddets målgruppe. Tilbuddets økonomi er gennemskuelig for socialtilsynet og for de visiterende kommuner. Socialtilsynet vil ved kommende tilsyn følge op på, om der er sket ændringer i driftsrammen, som tilbuddet får stillet til rådighed.



Særligt fokus i tilsynet

Hele kvalitetsmodellen og særligt udviklingspunkter fra tidligere tilsyn.

Opmærksomhedspunkter

Ved det driftsorienterede tilsyn i 2018 vil socialtilsynet følge op på om der er sket ændringer i driftsrammen, som tilbuddet får stillet til rådighed.



	Temavurdering
	Uddannelse og beskæftigelse <i>Et centralt mål med den sociale indsats er, at borgerne i videst muligt omfang inkluderes i samfundslivet. Uddannelse og/eller beskæftigelse er et væsentligt aspekt heri. Det er derfor væsentligt, at tilbuddet med udgangspunkt i de mål, der er for de enkelte borgere, og under hensyn til borgernes behov og forudsætninger stimulerer borgernes udvikling og læring med henblik på at understøtte parathed og mulighederne for uddannelse og/eller beskæftigelse for borgerne. Uddannelse og beskæftigelse omfatter såvel ordinær grundskole, uddannelse og beskæftigelse som forskellige former for særlige grundskole-, uddannelses- og beskæftigelsestilbud eller samværs- og aktivitetstilbud. For børn under den skolepligtige alder er dagtilbud et væsentligt element i forhold til barnets udvikling og læring. Det er desuden vigtigt, at tilbuddet forpligter sig i de samarbejdsrelationer, der er nødvendige for at understøtte, at målene for borgernes uddannelse og/eller beskæftigelse opnås.</i>

Vurdering af tema	
Socialtilsynet vurderer, at Bostedet Chr. X's Allé samarbejder med relevante beskæftigelsestilbud og aktivitets- og samværstilbud. Borgerne tilbydes beskæftigelse ud fra en individuel vurdering af borgernes ønske og behov, og borgere som ikke profiterer af eksternt beskæftigelse, har helhedstilbud i eget regi i tilbuddets Kulturhus med dagsprogrammer indeholdende relevante og meningsfulde aktiviteter og med miljøskift. Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet arbejder med mål som understøtter borgernes beskæftigelse for de borgere for hvem, tilbuddet finder, at det er relevant, for at de kan udnytte deres fulde potentiale, og der bliver fulgt op på indsatsen også for de borgere, hvor der ikke er opsat mål for beskæftigelse.	
Gennemsnitlig vurdering	4

Udviklingspunkter
Socialtilsynet ser, at tilbuddet kan opstille mål for alle borgere, der understøtter borgernes beskæftigelse.

Kriterium 01	<i>Tilbuddet støtter borgerne i at udnytte deres fulde potentiale i forhold til skolegang, uddannelse og beskæftigelse</i>
Bedømmelse af kriterium	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet støtter borgerne i at udnytte deres potentiale i forhold til beskæftigelse i internt eller eksternt dag- eller beskæftigelsestilbud. Det fremgår af fremsendt materiale, at der er et tæt samarbejde mellem bosted og dagtilbud, med afholdelse af arbejds møder, så der er et tæt samarbejde og viden om borgernes behov og strategier for arbejdet. Der opsættes ikke systematisk mål som understøtter indsatser, hvilket socialtilsynet forsat ser som et udviklingspunkt. Borgerne udtrykker tilfredshed med deres beskæftigelse og socialtilsynet vurderer, at tilbuddet følger op på, om borgerne profiterer af eksternt tilbud eller om deres trivsel er bedre i internt beskæftigelsestilbud med bl.a. aktivitetstilbud i Kulturhuset.	



Indikator 01.a	<i>Tilbuddet opstiller i samarbejde med borgerne konkrete, individuelle mål i forhold til at understøtte borgernes skolegang, uddannelse, beskæftigelse eller samværs- og aktivitetstilbud, og der følges op herpå.</i>
Bedømmelse	3 (i middel grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 01.a	
Til grund for bedømmelsen ligger, at det fremgår af fremsendte stikprøver, at der i en af 6 sager ses opsat mål omkring beskæftigelse i dagtilbud. Det fremgår at der afholdes møder med dagtilbud, og der bliver fulgt op med handleplansarbejde og derudover holder tilbuddet arbejds møder. Medarbejderne informerer om, at der ikke er opsat mål for de borgere, der er i intern dagtilbud, og at de pt. læner sig op ad mål fra botilbuddet. Tillige vægtes, at det af borgernes svar på spørgeskemaer ses 20 ud af 25 med glad smiley at tilkendegive, at de bliver støttet af medarbejdere i forhold til at passe arbejde eller skole, som eksempel nævnes til at komme ud af døren. Fire ved ikke og en svarer med sur smiley. Indikatoren bedømmes i middel grad opfyldt og scores 3.	
Indikator 01.b	<i>Borgerne er i dagtilbud, grundskoletilbud, uddannelse, beskæftigelse, eller samværs- og aktivitetstilbud. Medfølgende børn på voksentilbud er i dag- eller grundskoletilbud.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 01.b	
Til grund for bedømmelsen ligger, at af fremsendte stikprøver ses alle borgere at være i beskæftigelse fx på Sandtoften i SOVI eller internt. Hvilket ligeledes underbygges af borgeres svar på spørgeskemaer, hvor det ses at alle 25 borgere på nær en at være i beskæftigelse, en nævner internt dagtilbud. Borgere tilsynet talte med var meget glade for deres beskæftigelse. Der er lagt vægt på, at leder efter tilsynet oplyser, at 5 borgere har et helhedstilbud på Chr. X's Alle med dagsprogram med forskellige relevante aktiviteter, herunder aktiviteter i Kulturhuset. Af referat fra pårørenderådsmøde ses den interne dagbeskæftigelse nævnt og det omtales at støtten til beskæftigelse i Kulturhuset tildeles efter § 85, planen er at beboerne på sigt skal agere servicemedarbejdere. Det fremgår af dialog med medarbejdere, at der er meget forskelligt hvordan og hvor meget borgerne bruger Kulturhuset som fritidstilbud. Indikatoren bedømmes i meget høj grad opfyldt og scores 5.	
Indikator 01.c	<i>Udgået fra d. 1 januar 2017.</i>



	Temavurdering
	Selvstændighed og relationer <i>Et centralt mål med den sociale indsats er at understøtte, at borgerne i så høj grad som muligt indgår i sociale relationer og lever et selvstændigt liv i overensstemmelse med egne ønsker og behov.</i> <i>Et væsentligt led heri er, at tilbuddet medvirker til, at borgerne sikres mulighed for personlig udvikling og aktiv deltagelse i sociale aktiviteter og netværk, herunder at tilbuddet understøtter børnene og/eller de unge i at deltage i fritidsaktiviteter. Det er vigtigt, at tilbuddet medvirker til, at borgerne opnår de kompetencer, som dette kræver, og opnår færdigheder, der kan lette den daglige tilværelse, forbedre borgernes livskvalitet og fremme de enkelte borgers mulighed for så vidt muligt at kunne klare sig selv. For børn og/eller de unge gælder det, at tilbuddet forbereder dem til et selvstændigt voksenliv.</i> <i>Det er væsentligt, at tilbuddets indsats og aktiviteter er rettet imod disse mål, og at det afspejles i tilbuddets åbenhed mod samt involvering i og af det omkringliggende lokal- og civilsamfund.</i> <i>Det er ligeledes centralt for borgernes selvstændighed og relationer, at tilbuddet understøtter borgerne i deres relationer til familie og øvrige netværk. For børn og unge er det væsentligt, at tilbuddet har opmærksomhed på at understøtte gode relationer til eventuelle søskende og til venner. Det er desuden centralt, at børnene og/eller de unge har en fortrolig relation til en eller flere voksne, der har en positiv betydning for deres liv.</i>

Vurdering af tema	
Socialtilsynet vurderer, at Bostedet Chr. X's Allé i meget høj grad arbejder med borgernes selvstændighed, og understøtter at borgerne får sociale kompetencer og relationer i botilbuddet. Bostedet har eget Kulturhus, hvor borgerne mødes til aktivitetstilbud, som medvirker til relationer og selvstændighed, fordi borgerne inddrages i de aktiviteter, der afholdes i Kulturhuset. Borgerne udtrykker stor glæde og tilfredshed, med de muligheder de har for at deltage i aktivitet og være sammen med venner både i Kulturhuset og i det omgivne samfund. Det interne tilbud giver borgerne mulighed for at udvikle sociale kompetencer med hensynstagen til deres eventuelle udfordringer og ressourcer. Kulturhuset danner ramme for sociale sammenhænge, der i højere grad giver borgerne mulighed for interaktion og samvær på den enkeltes præmisser, og som også styrker borgernes sociale kompetence, som borgerne bruger i det omgivne samfund. Tilbuddet opsætter mål med henblik på at udvikle borgernes selvstændighed, og der følges op på indsatserne. Socialtilsynet vurderer, at borgerne støttes i kontakt til netværk, og at pårørendesamarbejdet er i fokus med udgangspunkt i borgernes ønsker og behov.	
Gennemsnitlig vurdering	5

Udviklingspunkter

Kriterium 02	Tilbuddet styrker borgernes kompetencer til at indgå i sociale relationer og opnå selvstændighed
Bedømmelse af kriterium	



Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet i meget høj grad styrker borgernes kompetencer til at indgå i sociale relationer og opnå selvstændighed. Til grund lægges borgernes svar i spørgeskemaerne, og de oplysende svar i dialogen med borgerne.

Det fremgår af fremsendt dokumentation, at der opsættes mål, og at der følges op på indsatserne.

Det fremgår, at borgere bliver tilbudt aktivitet og samværstilbud i eget Kulturhus. Kulturhuset understøtter i høj grad borgernes mulighed for at indgå i sociale relationer, med de aktiviteter der afholdes flere gange om ugen for borgere fra hele tilbuddet.

Borgerne inddrages i afholdelse af arrangementer og opnår større selvstændighed og sociale kompetencer, i de muligheder der er i tilbuddet. Kulturhuset bruges som træningsmulighed for at øve kompetencer, som kan bruges i kontakt og aktivitet udenfor tilbuddet.

Det interne tilbud er et helhedstilbud for borgere som bor i tilbuddet visiteret som § 85 ydelse jf. beslutning i Lyngby Tårnbæk kommune.

Endvidere er der lagt vægt på, at lokalområdet bruges af borger, med og uden støtte, afhængigt af funktionsniveau.

Tillige er der lagt vægt på, at borgerne oplyser, at de har kontakt med deres pårørende og er tilfredse med det.

Der arbejdes bevidst med pårørendesamarbejdet og borgerperspektivet i samarbejdet med pårørende. Der afholdes arrangementer og temamøder, hvor pårørende inviteres til arrangementer i bostedet. Der er fulgt op på at styrke dialogen med pårørende bl.a. via arbejds møder, som de faglige ledere støtter op om.

Indikator 02.a	<i>Tilbuddet opstiller i samarbejde med borgerne konkrete, individuelle mål i forhold til at understøtte udvikling af borgernes kompetencer til at indgå i sociale relationer og leve et så selvstændigt liv som muligt, og der følges op herpå.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------------

Bedømmelse af Indikator 02.a

Til grund for bedømmelsen ligger, at af fremsendte stikprøver ses, at alle borgere har mål for selvstændighed eller sociale relationer. Det ses noteret i hovedparten af fremsendte sager, i hvilket omfang borger er inddraget i opsætningen af mål. Der ses status eller evalueringer i flere sager, eller der er planlagt evalueringssdato. Medarbejderne gør rede for, hvordan de inddrager borgerne i at opsætte mål.

Tillige vægtes, at det af borgernes svar på spørgeskemaer ses, at 18 af de 25 borgere svarer med glad smiley, at der er noget, de er blevet bedre til fx nævnes indkøb og andre praktiske opgaver omkring daglig husførelse eller hygiejne, en nævner at trække sig til egen lejlighed. 2 svarer med sur smiley og 5 ved ikke.

En borger kan fortælle at vedkommende er blevet bedre til at vaske sit tøj.

Indikatoren bedømmes i meget høj grad opfyldt, og scoren hæves fra 4 til 5.

Indikator 02.b	<i>Borgerne indgår i sociale aktiviteter i det omgivende samfund.</i>
-----------------------	---

Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------------

Bedømmelse af Indikator 02.b

Til grund for bedømmelsen ligger, at hovedparten af de 25 borgere svarer med glad smiley og tilkendegiver i dialogen med socialtilsynet, at de har mulighed for fritidsinteresser udenfor bostedet. Fx nævnes fitness, ridning, svømning, rytmik og Lavuk samt muligheder i Kulturhuset.

I forhold til spørgsmålet om de tager med bostedet på ferier eller ture svarer 20 ud af 25 med glad smiley og uddyber til Tyrkiet eller Danmark. To svarer med sur smiley, ikke så meget eller sjældent og 3 ved ikke. En svarer at ønske noget anderledes og ønsker at bage om lørdagen.

Ydermere vægtes, at det af fremsendte stikprøver ses at flere anvender Kulturhuset og enkelte andre klubber fx Lavuk. Det fremgår at borgerne er på ture i lokalsamfundet og andre steder med ledsagelse eller med tilbuddet. Af fremsendte referat fra pårørenderådsmøde ses pårørende at problematisere for lidt mulighed for ferie efter eget valg. Der nævnes, at der er etableret Band i Kulturhuset, men at flere borgere ikke kan anvende tilbuddet. Spørgeskemasvar understøttes af borgernes udsagn om at de er glade for at bruge tilbuddets Kulturhus til at se film, møde venner m.v. samt at de giver eksempler på, at de kommer i det omkringliggende samfund.

Indikatoren bedømmes forsat i meget høj grad opfyldt.



Indikator 02.c	<i>Borgerne har med udgangspunkt i deres ønsker og behov kontakt til og samvær med deres familie og netværk i dagligdagen.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 02.c	
Til grund for bedømmelsen ligger, at det af borgernes svar på spørgeskemaer ses at alle 25 borgere på nær en tilkendegiver med glad smiley, at de har kontakt til familie og venner, og en nævner selv at tage kontakt. I forhold til spørgsmålet om borgerne har venner i bostedet, svarer 14 med glad smiley, mens 5 ved ikke og 6 svarer med sur smiley. Borgere giver ved interview udtryk for god kontakt med egne pårørende og at have venner i tilbuddet Tillige indgår, at det af fremsendt materiale ses oplyst, at der har været arbejdet med pårørendesamarbejdet og er planlagt fyraftensmøder med pårørende omkring seksualitet, værgemål, aldring og sundhed. På hjemmesiden kan pårørende følge med i kulturavisen omkring organisering eller den omdelte husavis. Tilbuddet afholder pårørende arrangementer og møder. Medarbejderne forklarer, hvordan de er meget opmærksomme på borgerperspektivet i samarbejdet med pårørende. De sikre sig et informeret samtykke i forhold til samarbejdet og er opmærksomhed på hvor går grænsen ved hvad der er borgerens og hvad er pårørendes synspunkt Der er lagt vægt på, at der på tilbuddets hjemmeside beskrives, at målet med pårørendesamarbejde omhandler kvalificering af arbejdet med borgerne og inddragelse af forældre og pårørende som ressourcer i forhold til den enkelte borger. Indikatoren bedømmes i meget høj grad opfyldt og scores 5.	
Indikator 02.d	<i>Udgået fra d. 1 januar 2017.</i>
Indikator 02.e	<i>Udgået fra d. 1 januar 2017.</i>



	Temavurdering
	Målgruppe, metoder og resultater <i>Det er afgørende for kvaliteten i tilbuddet, at der er et klart formål med indsatsen, og at tilbuddets metoder medvirker til at sikre borgernes trivsel og resulterer i den ønskede udvikling for borgerne.</i> <i>Det er derfor væsentligt, at tilbuddet kan redegøre for dets målsætning, målgruppe (r) og metoder. Herunder er det vigtigt, at tilbuddet kan redegøre for, hvordan og i hvilken grad de valgte metoder bidrager til opnåelse af de konkrete mål, som tilbuddet i samarbejde med borgerne sætter for de enkelte borgers udvikling og trivsel. De konkrete mål skal ses i sammenhæng med de mål, der er opstillet fra de anbringende eller visiterende kommuner.</i> <i>Endvidere er det afgørende for kvaliteten, at tilbuddet arbejder med resultatdokumentation og kan sandsynliggøre, at deres indsats opnår en forventet og positiv effekt.</i>

Vurdering af tema	
Socialtilsynet vurderer, at Bostedet Chr. X's Allé arbejder med afsæt i en tydelig målgruppebeskrivelse indenfor autismspektrumforstyrrelser, samt at tilbuddet anvender relevante tilgange og metoder, der skaber trivsel og udvikling for borgerne.	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet har styrket det faglige arbejde gennem kompetenceudvikling, en indsats som har styrket medarbejdernes viden om faglig tilgange og metode. Tilbuddets faglige viden skaber positive resultater for borgerne, som udvikler kompetencer og trivsel. Botilbuddet er i gang med implementering af nyt handleplanskoncept i Sensum journalsystem og socialtilsynet vurderer, at den røde tråd fra de opsatte mål til dokumentation af indsatser og læringen som kan forbedre indsatser, kan styrkes.	
Tilbuddet samarbejder med relevante eksterne aktører.	
Gennemsnitlig vurdering	4

Udviklingspunkter	
Socialtilsynet ser, at Bostedet med fordel forsat kan arbejde med retningslinjer for en mere systematisk og ensartet med dokumentationen og læringen i forhold til de opsatte mål.	
Tilbuddet kan reflektere om metodekendskabet er stærkt nok i forhold til borgere med erhvervet hjerneskader og psykiatriske lidelser.	

Kriterium 03	<i>Tilbuddet arbejder med afsæt i en tydelig målgruppebeskrivelse systematisk med faglige tilgange og metoder, der fører til positive resultater for borgerne</i>
Bedømmelse af kriterium	



Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet arbejder med afsæt i en målgruppe, som er tydeligt defineret, som borgere med autismespektrumforstyrrelser.

Medarbejdere benævner, at der er borgere med erhvervet hjerneskader og psykiatriske lidelser, som de har behov for mere viden om faglige tilgange og metoder.

Der er lagt vægt på, at tilbuddet har styrket arbejdet med relevante tilgange og metoder gennem uddannelse og arbejde med mål og delmål.

Tilbuddet er i gang med implementering af nyt handleplanskoncept, hvor arbejdet med mål og delmål bliver tydeligere. Disse nye planer vil blive udarbejdet for alle borgere i 2017.

Det fremgår, at der følges op på indsatsen, men dokumentationen til brug for egen læring ikke har samme niveau i alle huse, og at medarbejderne er usikre på retningslinjerne for dokumentationspraksis, og hvordan de kan dokumentere indsatser til brug for egen læring.

Det fremgår, at der skabes resultater i indsatsen ud fra mål opsat af visiterende kommuner, og at der samarbejdes med relevante partnere.

Indikator 03.a	<i>Tilbuddet anvender faglige tilgange og metoder, der er relevante i forhold til tilbuddets målsætning og målgrupper.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 03.a

Til grund for bedømmelsen ligger, at tilbuddet arbejder med at implementere et fælles fagligt sprog med udgangspunkt i autismepilotuddannelsen. Ledere udtrykker, at der er viden om faglige tilgange og metoder i tilbuddet, og de faglige leder understøtter, at arbejdet med metoder bliver mere bevidst i dagligdagen.

Den faglige målsætning er i hovedtræk, at borgerne kan udvikle den højeste grad af selvstændighed indenfor det sproglige, sociale, adfærdsmæssige og praktiske område. Det fremgår at dialog med ledelse og medarbejdere, at der vil blive anvendt samme relevante tilgange på aflastningspladserne.

Der er lagt vægt på, at tilbuddet ifølge Tilbudsportalen anvender strukturpædagogisk, neuropædagogisk, anerkendende, empowerment, kognitiv og narrative samt social læringstilgang og metoderne Kat-kasse, TEACCH, picture Exchange Communication System (PECS), jeg-støttende samtale, social-færdighedstræning og tegn til tale. Medarbejdere og ledelse bekræfter anvendelsen af tilgange og metoder ud fra et individuelt hensyn, og der berettes om forskellig grad af implementering af nyere tilgange og særligt viden fra autismepilotuddannelsen.

Det fremgår af fremsendt dokumentation at i enkelte sager ses nævnt, hvilke metoder der vil blive anvendt, fx visualisering, Scan how, aktivitetsskema og sanseprofil samt struktur, men opfølgning på effekten heraf ses ikke.

Indikatoren bedømmes i høj grad opfyldt og scores 4.

Indikator 03.b	<i>Tilbuddet dokumenterer resultater med udgangspunkt i konkrete, klare mål for borgene til løbende brug for egen læring og forbedring af indsatsen.</i>
Bedømmelse	3 (i middel grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 03.b

Til grund for bedømmelsen ligger, at af fremsendt materiale ses oplyst, at det er fastsat som mål for Bostedet, at alle borgere skal være oprettet i det nye handleplanskoncept i 2017.

Af fremsendte stikprøver ses, en borger ikke at have baggrundsbeskrivelse eller opsatte mål, men to ses at have opsat mål i tidligere koncept.

De opsatte mål ses til dels konkrete og klare og i enkelte sager ses nævnt, hvilke metoder der vil blive anvendt, fx visualisering, Scan how, aktivitetsskema og sanseprofil samt struktur, men opfølgning på effekten heraf ses ikke. Der foreligger ikke dagbogsnotater for nærmere belysning heraf.

Som opfølgning på udviklingspunktet fra 2016 er der fremsendt beskrivelse af, hvordan der er arbejdet intensivt med at borgernes handleplaner er justeret ind i det nye handleplanskoncept og bliver justeret i takt med handleplansmøderne i 2017.

Der er på centerniveau ansat Sensum systemadministrator, der i samarbejdet med tilbuddets faglige ledere arbejder med en ensartet dokumentation i dagbogsnotaterne .

Det fremgår af dialog med medarbejderne, at der bliver opsat mål for indsatser, men at praksis for at følge op på målene er meget forskellig, og at dokumentation til løbende brug for egen læring og forbedring af indsatser er under implementering, og at den røde tråd kan blive tydeligere.



Indikatoren bedømmes i middel grad opfyldt og scoren hæves fra 2 til 3.

Indikator 03.c	<i>Tilbuddet opnår positive resultater i forhold til opfyldelsen af de mål, visiterende kommuner har opstillet for borgernes ophold.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------

Bedømmelse af Indikator 03.c

Til grund for bedømmelsen ligger, at af fremsendte stikprøver i borgersager ses et eksempel på at et mål opsat for borger er opfyldt med indsats omkring brug af Kulturhuset. Desuden ses i øvrigt sammenhæng mellem opsatte mål og bestilling, hvilket ikke i de øvrige sager fremstår klart. Medarbejderne giver flere eksempler på, hvordan arbejdet med indsatser har skabt positive resultater i forhold til kommuners mål for borgeres ophold.

Det fremgår ved tilsynet 1. 9. -16, at ledelsen oplyser, at de får tilsendt visitationsgrundlag fra kommunerne, men de er ikke systematisk inddraget i opsætningen af mål, men kan inddrages med henblik på at dokumentere positive resultater. Faglige leder fortæller, at der har været en indsats i forhold til at få dem indhentet, og der sendes VUM efter opfølgingsmøder.

Indikatoren bedømmes i høj grad opfyldt og scoren hæves fra 3 til 4.

Indikator 03.d	<i>Tilbuddet samarbejder aktivt med relevante eksterne aktører for at understøtte, at målene for borgerne opnås.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------------

Bedømmelse af Indikator 03.d

Til grund for bedømmelsen ligger, at ledere og medarbejder forklarer, at der samarbejdes med dagtilbud, VISO, psykiater, neurolog, kraniosakralterapi, massør, Kommunikationscentret i Hillrød og Scan How. Samarbejdet er i forskellig grad med til at understøtte at målene for borgeren opnås.

Indikatoren bedømmes i meget høj grad opfyldt og scoren hæves fra 4 til 5.



	Temavurdering
	Sundhed og Trivsel <i>Det er afgørende for kvaliteten, at tilbuddet understøtter borgernes fysiske og mentale sundhed og trivsel. Det er herunder vigtigt, at tilbuddets viden og indsats i forhold til borgernes sundhed og trivsel modsvarer målgruppens behov. Det kan for eksempel være i forhold til kost, motion, rygning og uhensigtsmæssig brug af rusmidler. Det er endvidere vigtigt, at tilbuddet respekterer borgernes værdighed, autonomi og integritet og herunder sikrer borgernes medinddragelse samt selv- og medbestemmelse vedrørende beslutninger om dem selv samt hverdagen i tilbuddet. Et væsentligt led heri er, at tilbuddet i sin pædagogiske indsats har fokus på at forebygge magtanvendelser, herunder dokumenterer og anvender viden fra eventuelle magtanvendelser til løbende læring og forbedring af indsatsen. Desuden er det væsentligt, at tilbuddet forebygger vold og overgreb. Herunder er det vigtigt, at tilbuddets medarbejdere både har relevant faglig viden om forebyggelse af vold og overgreb set i forhold til tilbuddets målgruppe, og at de kan handle hensigtsmæssigt ved bekymring, mistanke eller viden om overgreb.</i>

Vurdering af tema

Socialtilsynet vurderer, at Bostedet Chr. X's Allé har fokus på borgernes inddragelse og indflydelse på eget liv i hverdagen. Borgerne inddrages i relevante tiltag, samt ønsker og behov forsøges imødekommet ud fra dialog eller observation af borgernes behov.

Socialtilsynet vurderer, at borgerne trives, og der laves relevante tiltag, når fx rammerne skal ændres for at øge borgeres trivsel. Tilbuddet har fokus på aktivitetsmuligheder, som styrker såvel borgernes fysiske og mentale sundhed, og der lægges vægt på sund kost og bevægelse. Der udarbejdes individuelle handlestrategier, for at imødekomme borgernes stressniveau og særlige adfærd.

Borgerne udtrykker, at de trives i tilbuddet, men i spørgeskema udtrykker de, at de gerne vil kunne beslutte mere fx på husmøder.

Endvidere vurderes det, at der arbejdes forebyggende i forhold til magtanvendelse og overgreb, og at tilbuddet forholder sig til den enkelte borger, og udarbejder relevant beredskab. Der foreligger ikke et nedskrevet beredskab med henblik på generel forebyggelse af overgreb, hvilket tilbuddet med fordel kan udarbejde, ligesom tydelighed i den opfølgning som sker på magtanvendelser kan styrkes.

Gennemsnitlig vurdering	4,6
--------------------------------	-----

Udviklingspunkter

Tilbuddet kan være opmærksomme på borgeres tilbagemelding om, at de ikke kan bestemme nok på deres hjemmedag. Tilbuddet kan reflektere over, om det er tydeligt nok for borgere hvori formålet for hjemmedagen er, eller om dialogen om formålet kan styrkes.

Socialtilsynet vurderer, at det er et udviklingspunkt at styrke medarbejders kompetence i forhold til demens og psykiske lidelser. Nogle medarbejder taler ind i manglende viden om mennesker med erhvervet hjerneskade.

Tilbuddet kan med fordel fortsat arbejde på at få nedskrevet beredskabet i forhold til forebyggelse af overgreb og registrere hændelser mellem borgerne for systematisk opfølgning.

I forhold til magtanvendelser bør tilbuddet fortsat være klare på indberetningsretningslinjerne om at socialtilsynet skal have indberetningerne. Tilbuddet kan styrke dokumentationen af den læring og de refleksioner der er i den opfølgende indsats på magtanvendelser.

Kriterium 04	<i>Tilbuddet understøtter borgernes selv- og medbestemmelse.</i>
---------------------	--

**Bedømmelse af kriterium**

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet understøtter borgernes medinddragelse og indflydelse på eget liv og hverdagen i tilbuddet.

Der arbejdes med kommunikationsprofiler, beboermøder med indflydelse på aktivitetsmuligheder og inddragelse i opsætning af egne mål.

Der er lagt vægt på, at borgerne er inddraget i egen struktur, som er tilrettelagt på baggrund af borgernes egne ønsker, eller på baggrund af medarbejdernes observationer af borgernes behov eller interesser.

Tilbuddet bør være opmærksomme på borgernes svar i spørgeskema på, at de ikke får information nok og ikke kan bestemme nok på deres hjemmedag, og at mange ikke oplever fuld tilfredshed med at få hjælpen, som de helst vil have den. Tilbuddet kan reflektere om det er tydeligt nok for borgere hvori formålet med fx hjemmedagen er.

Tilbuddet afholder beboermøder, og i Kulturhuset er nedsat en brugerbestyrelse, som har stor indflydelse på organiseringen, samt de forskellige aktiviteter og tiltag.

Indikator 04.a	<i>Borgerne bliver hørt, respekteret og anerkendt.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------

Bedømmelse af Indikator 04.a

Til grund for bedømmelsen ligger, at de borgere socialtilsynet talte med udtrykker at blive hørt og respekteret. Af fremsendte svar på spørgeskemaer oplyser en væsentlig andel af borgerne, at de ikke til fulde får hjælpen på den måde de helst vil have den, og at en ønsker noget anderledes og herunder ingen uskrevne regler.

Der er lagt vægt på, at borgernes udtryk og behov bliver respekteret ved rundvisningen på tilbuddet.

Medarbejderne forklarer, at de arbejder med kommunikationsprofiler, hvor det giver kvalitet for borgerne, for at de kan blive hørt.

Medarbejdere forklarer, hvordan flytteproces til genhusningsboligerne er sket ud fra en respekt for borgernes behov, og at borgerne f.eks. var en tur i Lalandia for ikke at skulle være hjemme under flytningen. Medarbejder forklarer, hvordan de sendte billeder til borgerne, så de kunne se, hvordan deres nye bolig så ud, før de kom hjem.

Indikatoren bedømmes i høj grad opfyldt og scores 4 begrundet i borgernes svar.

Indikator 04.b	<i>Borgerne inddrages i og har indflydelse på beslutninger vedrørende sig selv og hverdagen i tilbuddet i overensstemmelse med deres ønsker og behov.</i>
-----------------------	---

Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------

Bedømmelse af Indikator 04.b

Til grund for bedømmelsen ligger, at af fremsendte svar på spørgeskemaer oplyser 11 ud af 25 at de kan beslutte ting der er vigtige for dem på husmøder, 10 ved ikke og 4 svarer med sur smiley og nævner fx at de ikke altid får information på forhånd.

10 nævner, at de kan bestemme på deres hjemmedag fx om de vil se film, gå tur men ellers er det personalet. 6 ved ikke og 9 svarer med sur smiley.

Ledere har bemærket at flere borgere ikke mener, at de får den information de ønsker og at flertalsbeslutninger står i vejen for mulighed for at bestemme selv.

Medarbejderne forklarer, at de inddrager borgerne i beslutninger omkring deres eget liv og hvordan de er meget opmærksom på borgernes ønsker i samarbejde med pårørende.

Borgere forklarer, at der afholdes beboermøder hver 14. dag, hvor de inddrages i beslutninger og valg vedrørende eksempelvis mad, ture og ferier. Der fremgår at i hus C er beboermøder mere uformelle møder. I følge medarbejderne tages hensyn til borgernes behov for ikke at udsættes dem for mange valgmuligheder, men at hverdagen og fremtiden introduceres i det omfang, som den enkelte borger kan håndtere.

Endvidere vægtes, at en borger ved tilsyn i 2016 fortæller, at pågældende er med i Kulturhusets bestyrelse og er med til at beslutte, hvilke arrangementer der skal foregå.

Indikatoren bedømmes i høj grad opfyldt.



Kriterium 05	<i>Tilbuddet understøtter borgernes fysiske og mentale sundhed og trivsel</i>
Bedømmelse af kriterium	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet understøtter borgernes fysiske og mentale sundhed og trivsel. Der er lagt vægt på borgernes tilfredshed i spørgeskemaerne og i dialogen med socialtilsynet. Der er for flere borgere er skabt mere skærmende rammer, som i høj grad har øget borgernes trivsel og betydet mindre stressadfærd. Det vurderes, at Kulturhuset i høj grad understøtter fysisk og mental sundhed gennem de muligheder, der er i tilbuddet. I Kulturhuset er der aktiviteter, der retter sig imod sundhed f.eks. løbeklub, træningsrum, sanserum og zumba. Kulturhuset understøtter mental sundhed med sociale arrangementer og holde fast i traditioner i løbet af året. Tilbuddet samarbejder bl.a. med psykiater og neurolog m.fl. om en specialiseret indsats. Ydermere er der sat fokus på udarbejdelsen af sundhedsplaner, som er i gang. Tillige vurderes, at tilbuddet understøtter den fysiske trivsel, med fokus på sund kost og motion, med en respekt for borgernes inddragelse og medbestemmelse. Socialtilsynet vurderer, at det er et udviklingspunkt at styrke medarbejderes kompetence i forhold til demens og psykiske lidelser. Nogle medarbejder taler ind i mangellende viden om mennesker med erhvervet hjerneskade.	
Indikator 05.a	<i>Borgerne trives i tilbuddet.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 05.a	
Til grund for bedømmelsen ligger, at borger i 20 ud af de 25 besvarelse svarer, at de er glade for at bo i tilbuddet. Det understøttes af de 3 borgere fra forskellige huse som udtrykker, at de er glade for at bo i tilbuddet, fordi de har venner, kan komme i Kulturhuset, kan bestemme ting selv m.m. Der er lagt vægt på, at medarbejderne og ledelse oplever en generel trivsel hos borgerne. Det fremgår, at de skærmede rammer, i aflastningsboligerne og i det interne tilbud, giver større mulighed for trivsel hos borgere. Indikatoren bedømmes i meget høj grad opfyldt og scores 5.	
Indikator 05.b	<i>Borgerne har med støtte fra tilbuddet adgang til relevante sundhedsydelser.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 05.b	
Til grund for bedømmelsen er lagt, at medarbejderne fortæller, at borgere med støtte fra tilbuddet har adgang til relevante sundhedsydelser herunder tandlæger, speciallæge og hospital. Tillige vægtes, at der samarbejdes med faste psykiatere, fysioterapeuter, fodterapeuter mm. Der er medicinsansvarlig i hvert hus, og der er udarbejdet procedure for håndtering af alvorlig sygdomme. Borgere deltager som udgangspunkt i nationale screeninger, og pårørende inddrages. I et hus har medarbejderne forholdt sig til pårørende melder fra. Medarbejdere oplyser, at tilbuddet tidligere havde en læge tilknyttet som lavede helbredstjek hvert andet år, men det er ophørt i nogle huse. Forstander fortæller, at tilbuddet samarbejder med ny psykiater som deltager i møder med medicinsansvarlige efter faste aftaler på bostedet, om de borgere der får medicin. Derudover samarbejdes med neurolog i forhold til den svære epilepsi, som flere borgere har. Af tilsynet i 2015 fremgik det, at tilbuddet er i gang med udarbejdelsen af sundhedshandleplaner for alle borgerne. Socialtilsynet har fået fremsendt to eksemplarer, der beskriver en borgers behov for støtte, overblik over sygdomme og lign. Medarbejdere oplyser, at hensigten med sundhedsplanerne er at give et overblik over borgerens sygdomme, udfordringer og funktionsniveau, og udarbejdelsen har givet anledning til gode dialoger og refleksioner med kolleger. Medarbejderne oplyser, at de endnu ikke er færdige med udarbejdelsen af sundhedsplanerne på alle borgerne. Det er ikke ved indeværende tilsyn undersøgt om alle paner er udarbejdet.	



Indikatoren er i meget høj grad opfyldt og scores 5.

Indikator 05.c	<i>Tilbuddets viden og indsats vedrørende borgernes fysiske og mentale sundhed, modsvarer borgernes behov.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 05.c

Til grund for bedømmelsen ligger, at der er mange aktiviteter i Kulturhuset fx skrives på TP om Snoezel, fitness på vores mange forskellige maskiner, Afspænding/pilates. Derudover er der Zumba og løbehold som alle er indsatser i forhold til at løfte borgerens fysiske sundhed.

Tillige vægtes, at det af fremsendte svar på spørgeskemaer ses at 17 af 25 borgere oplever at få støtte til at leve sundt fx nævnes grønt salat, en har med sur smiley en anden oplevelse og ønsker diætist og de øvrige ved ikke Tillige vægtes, at borger fortæller, at de laver sunde retter og er med til at vælge ud fra madbøger, og man bestemmer selv hvad man vil spise, hvis man ikke kan lide maden.

Medarbejder fortæller om en indsats i kulturhuset, hvor en borger har tabt sig meget.

Ydermere vægtes, at medarbejder fortæller om indsatser i forhold til at løfte borgernes mentale sundhed og her nævnes indsatsen i forhold til demens, om at der har været taget blodprøver m.m. men er i tvivl om de har den rette viden og om tilgange og metoder er rigtige.

Andre medarbejder taler ind i mangelen viden om psykiatriske problemstilling, og at der er ikke penge til kompetenceudvikling i forhold til de særlig behov.

En borger har en erhvervet hjerneskade, og medarbejderne udtrykker behov for at få fagrelevant supervision.

I forhold til mental trivsel oplyser ledelsen i 2016, at borgernes individuelle drejebøger, handlestrategier samt hverdagsstrukturer, er afgørende for deres mentale trivsel.

Endvidere oplyser ledelsen, at der er udarbejdet en ny sundhedsstrategi på bostedet som bl.a. indeholder et årligt lægetjek.

Indikatoren bedømmes i høj grad opfyldt og scoren ændres til 4.

Kriterium 06	<i>Tilbuddet forebygger magtanvendelser</i>
---------------------	---

Bedømmelse af kriterium

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet samlet set forebygger og håndterer magtanvendelser.

Tilbuddet skaber rammer, som reducerer og forebygger stress hos borgerne, og dermed reduceres antallet af magtanvendelser. Antallet af magtanvendelser og udadreagerende adfærd er faldet med aflastningsboligerne, som i højere grad imødekommer borgers behov for at være skærmet for sanseindtryk.

Tilbuddet har i 2017 haft 2 magtanvendelser, hvilket er et væsentligt fald fra tidligere år. De har fulgt op på episoderne, men det fremgår ikke tydeligt, hvordan tilbuddet følger op og skaber læring, så indsatsen fremadrettet kan forbedres.

Der er lagt vægt på, at der i 2015 er udarbejdet procedure for håndtering af problemskabende adfærd for at undgå magtanvendelse, for hver borger, hvor det skønnes relevant, har en handlestrategi og en struktur, der forebygger adfærd, hvor magtanvendelse kan blive en realitet.

Endvidere vægtes, at medarbejderne kender til hvorledes magtanvendelser indberettes.

Indikator 06.a	<i>Tilbuddets pædagogiske indsats understøtter, at magtanvendelser så vidt muligt undgås.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 06.a

Til grund for bedømmelsen ligger er der i 2017 er indsendt 1 magtanvendelse og ledelsen oplyser, at der har været 2 imod 5 magtanvendelser i 2016. Ved gennemgang af denne vurderes at være lovlige, for at beskytte medbeboer mod slag i hovedet. Magtanvendelsen er efterfølgende drøftet på personalemøde.



Tillige vægtes det, at leder oplyser, at der var 17 indberetninger i 2015, hvoraf 15 var vedrørende samme borger.

Ydermere indgår, at ledere og medarbejdere vurderer, at medarbejderne er blevet bedre til at trække sig, og give borger fastlagte pauser i sin struktur, hvilket har betydet en mere rolig adfærd samlet set hos borger. Derudover betyder rammerne i aflastningsboligen og de skærmede dagtilbud, at den pædagogiske indsats kan tilrettelægges, så magt så vidt mulig undgås.

Indikatoren bedømmes i meget høj grad opfyldt og scoren ændres til 5.

Indikator 06.b	<i>Tilbuddet kan håndtere eventuelle magtanvendelser ved at dokumentere og følge op på disse med henblik på løbende læring og forbedring af indsatsen.</i>
-----------------------	--

Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------

Bedømmelse af Indikator 06.b

Til grund for bedømmelsen ligger, at tilbuddet har forholdt sig til udviklingspunktet fra 2016, og beskriver at episoder tages op på personalemøder, så der kan arbejdes med nye strategier, og at der ydes individuelle samtaler med faglig leder.

Det fremgår af fremsendt registrering, at der er sket opfølgning på personalemøde, men det fremgår ikke hvordan tilbuddet dokumenterer med henblik på løbende læring og forbedring af indsatsen.

Lederne forklarer, at der har været arbejdet med rollespil, for at reflektere den daglige praksis, og der er fokus på gråzone. Medarbejdere reflekterer dilemmaer i omsorg og magtanvendelse.

Tilbuddet har formaliseret vejledning til studerende.

Indikatoren bedømmes forsat i høj grad opfyldt og scores 4.

Kriterium 07	<i>Tilbuddet forebygger vold og overgreb</i>
---------------------	--

Bedømmelse af kriterium

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet har fokus på forebyggelse af overgreb.

Der arbejdes med medarbejdernes faglige viden og kendskab til borgerne, samt med viden om faglige metoder og retningslinjer, som danner et beredskab sammen med den nedskrevne politik. Der foreligger ikke et nedskrevet beredskab på området eller systematisk registreringer af episoder mellem borgere, hvilket socialtilsynet anbefaler bliver lavet.

Det vurderes, at leder yder supervision og er ekstra inddraget, når der opstår særlige situationer, eller når en borgers adfærd kræver et forebyggende beredskab, og at dette giver fagligt udbytte for medarbejdernes håndtering af forebyggelse af overgreb.

Endvidere vurderes, at tilbuddet arbejder med handlestrategier for at forebygge og håndtere overgreb, således at borgere kan føle sig trygge.

Indikator 07.a	<i>Tilbuddets pædagogiske indsats understøtter, at der ikke forekommer vold eller overgreb i tilbuddet.</i>
-----------------------	---

Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
-------------------	------------------------------

Bedømmelse af Indikator 07.a

Til grund for bedømmelsen ligger, at det af borgernes svar på spørgeskemaer, ses at 11 ud af 25 vurderer, at de andre beboere er rolig og venlige, mens 13 ved ikke og en med sur smiley beskriver at en kan blive vred og sur.

Tillige vægtes, at der ved tilsynet 1. 9. -16 fortalte ledelsen, at borgerne har individuelle drejebøger og beskrivelser omkring struktur og handlestrategier. Materiale som er decideret forebyggende for, at borgerne mister overblik og som skaber forudsigelighed og tryghed for den enkelte.

Endvidere vægtes det, at der er fundet mere skærmende tilbud til borgere med særlige behov,

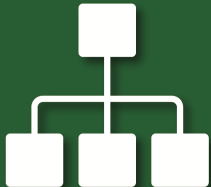
Indikatoren bedømmes i meget høj grad opfyldt og scores 5.



Indikator 07.b

Udgået fra d. 1 januar 2017.



Temavurdering	
	Organisation og ledelse
	<i>En væsentlig forudsætning for kvaliteten af sociale tilbud er en hensigtsmæssig organisering samt en kompetent og ansvarlig ledelse. En kompetent og ansvarlig ledelse er blandt andet kendetegnet ved at drive tilbuddet fagligt og økonomisk forsvarligt, sætte rammerne for tilbuddets strategiske udvikling og varetage den daglige drift.</i>

Vurdering af tema

Socialtilsynet vurderer, at Bostedet Chr. X's Allé har en kompetent ledelse, som har fokus på dels den strategiske ledelse samt på den daglige faglige ledelse. Ledelsen fremstår som et team, som leder organisationen til en fælles kultur og forståelse af opgaveløsningen med fokus på kerneopgaven, social kapital og faglig viden i tilbuddet.

Det vurderes, at ledelsen har en klar rollefordeling og struktur for ledelse, og at der er arbejdet systematisk med at nedbringe sygefravær og personalegennemstrømning, hvilket er lykkedes, så der er større kontinuitet i indsatsen for borgerne. Derudover har ledelsen fulgt op på de udviklingspunkter, som socialtilsynet bemærkede i 2016.

Tilbuddet prioriterer kompetenceudvikling, og ledelsen har fokus på implementeringen af den faglige viden.

Der er fortsat behov for et ledelsesfokus på implementering af arbejdet med mål, systematisk dokumentation for læring og forbedring af indsatsen. Der er fokus på supervision i tilbuddet af intern supervisor og konsulenter.

Gennemsnitlig vurdering	4,4
--------------------------------	-----

Udviklingspunkter

Socialtilsynet ser, at tilbuddet ledelsesmæssigt fortsat kan arbejde med implementering og kvalitetssikring af arbejdet med mål og dokumentation for at styrke den faglige læring, et fokus som ledelsen også ser som et udviklingspunkt.

Kriterium 08

Tilbuddet har en kompetent ledelse

Bedømmelse af kriterium

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet har en kompetent ledelse, som har organiseret sig, så der er en tydelig ledelsesstruktur i organisationen, med et strategisk ledelsesniveau og faglige ledere. Flere faglige ledere er ansat i 2017, og formanden giver udtryk for, at ledelsesteamet er cementeret.

Ledelsen er funktionsopdelt med særlige kompetencer til at lede den daglige drift og skabe udvikling. Tilbuddet har et ledelseslag af faglige ledere, som er tæt på medarbejdere i dagligdagen. Medarbejderne ved, hvem der er deres nærmeste leder og er bekendt med den ledelsesmæssige funktionsopdeling. Organisationens har en ubesat stilling som faglige ledere.

Socialtilsynet vurderer, at ledelsen har et udviklingsfokus på organisationen og sparrer med hinanden om de udviklingstiltag, der skal være i tilbuddet. Der er igangsat konsulenttræning med borgerne, så medarbejderne får trænet læringscirklen og får borgerperspektivet udfoldet.

Genhusningsprocessen synes at have fungeret godt og har ikke givet borgerne væsentlige udfordringer, med den støtte det har fået.

Indikator 08.a

Ledelsen har relevante kompetencer i forhold til at lede tilbuddet.



Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 08.a	
Der er lagt vægt på, at ledelsen består af 3 ledere med strategisk ledelse og 3 faglige ledere, hvoraf 2 er ansatte i 2017, og der er en vakant stilling. Socialtilsynet bedømmer, at ledelsen i høj grad har fagfaglig kompetence, samt uddannelse som psykolog, humanressource (HR) og økonomimedarbejder på højt niveau. Ledelsen har funktionsopdelt ledelsesopgaverne på baggrund af særlige kompetencer, som kommer organisationen til gavn. Der er tre faglig ledere, som skal stå for implementering af det nye dokumentationssystem, handleplanskoncept og den daglige drift. De faglige ledere har relevant uddannelse og mange års erfaring i arbejdet med målgruppen. Medarbejderne udtrykker, at der har været stor udskiftning blandt de faglige ledere men har været glade for at personalelederen har deltaget i møder i husene regelmæssigt. Yderligere ligger til grund for bedømmelsen, at medarbejderne ved tilsynet 1. 9. -16 anerkender ledelsens kompetencer, og fortæller at de laver et stort stykke kompetent arbejde. De oplyser at sætte stor pris på, at forstander har været meget aktiv på teammøder omkring løbende supervision Indikatoren bedømmes i høj grad opfyldt og scores 4, da flere ledere er nyansatte.	
Indikator 08.b	<i>Tilbuddet benytter sig af ekstern faglig supervision eller anden form for sparring for ledelse og medarbejdere.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 08.b	
Til grund for bedømmelsen ligger at, at der er såvel intern som ekstern supervision. Den interne tilbydes i husene og i aflastningsboligerne på regelmæssig basis, og derudover er der supervision med VISO og med ekstern fysioterapeut, som arbejder med sanseprofiler for borgerne. Derudover har medarbejderne i uddannelsesforløbet fået sparring af konsulenter udefra. Forstander forklarer, at hun har fungeret som mentor for de nye afdelingsledere Der er lagt vægt på, at ledelsen ved tilsynet 1. 9. -16 informerer om, at der er etableret strategisk systematisk faglig ledersupervision 1 gang ugentligt. Den faglige supervision har til formål at sætte fremdrift i det faglige ledelsesarbejde samt strukturere og kvalificere det faglige samarbejde mellem faglig ledere og teamet. Indikatoren bedømmes i meget høj grad opfyldt og scoren hæves fra 4 til 5.	
Kriterium 09	<i>Tilbuddets daglige drift varetages kompetent</i>
Bedømmelse af kriterium	



Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets daglige drift varetages kompetent af et ledelsesteam med en fælles kurs om den faglige opgaveløsningen.
Der er ansat 2 nye faglige ledere i 2017, så den faglige ledelse i husene varetages af 3 faglige ledere og i 2 huse af forstander indtil der er ansat en faglig leder.

Det fremgår af opfølgning på udviklingspunktet om at nedbringe personalegennemstrømningen og sygefraværet, at der er gennemført individuelle strategiske udviklingssamtaler med alle medarbejdere i forhold til arbejdet med borgergruppen. Samtaler er gennemført med de faglige ledere, og alle medarbejderes mål omkring borgerne er nedskrevet og følges op af den faglige leder.

Personaleleder deltog i alle samtaler for at have et organisationsoverblik.

Endvidere har personaleleder gennemført samtale om opgavetrivsel omkring kerneopgaven, og de tiltag der skal til.

Socialtilsynet vurderer, at de iværksatte indsatser har en stor betydning for borgerne, fordi der skabes kontinuitet i indsatsen med fokus på borgernes mål, sundhedsindsatser, dokumentationsarbejde og udvikling af kerneopgaven.

Medarbejderne udtrykker, de i begrænset omfang ser de faglige ledere i husene, men at de får den nødvendige sparring. Medarbejderne udtrykker, at de mangler den røde tråd i retningslinjer for arbejdet med dokumentationen.

Sygefraværet og personalegennemstrømninger er faldet til niveau med sammenlignelige arbejdspladser.

Indikator 09.a	<i>Borgerne har i forhold til deres behov tilstrækkelig kontakt til personale med relevante kompetencer.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 09.a

Til grund for bedømmelsen ligger, at borgerne i fremsendte spørgeskema svarer, at de får hjælpen på den måde de helst vil have, og uddyber at det er en god kontaktpædagog. 15 beskriver med glad smiley, at medarbejderne har tid til at snakke med dem mens de svarer med sur smiley og ønsker mere tid, de øvrige ved ikke. En svarer at have et ønske om flere mandlige pædagoger. I forhold til spørgsmålet om medarbejderne er rolig og venlige svarer 19 med glad smiley, en med sur og beskriver at de taler højt, de øvrige ved ikke.

Tillige vægtes, at faglig leder oplyser, at hovedparten af personalet er faguddannet enten pædagogisk, ergoterapeut eller psykomotorisk uddannet. Faglig leder oplyser også, at der er rådighedsvagt (sovende nattevagt) i alle huse.

Medarbejderne udtrykker, at der har været en stor udskiftning blandt de faglige ledere, og at det er begrænset hvor meget de faglige ledere er i husene, men at de får den relevante faglige sparring.

Medarbejderne udtrykker forsat usikkerhed vedr. implementeringen af nyt dokumentationssystem.

Leder oplyser, at der er særtakst til 5 borgere med behov for særlig støtte, hvilket sikrer støtte fra medarbejdere udover grundtaksten.

Indikatoren bedømmes i meget høj grad opfyldt og scores 5.

Indikator 09.b	<i>Personalegennemstrømningen på tilbuddet er ikke på højere niveau end sammenlignelige arbejdspladser.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 09.b

Til grund for bedømmelsen ligger, at på Tilbudsportalen er personalegennemstrømningen opgivet til 15 % i 2016 og af fremsendte materiale oplyses tallet er faldet yderligere til ca. 6 % i 2017 med baggrund i at 4 er opsagt. Leder har i faktuel høring d. 10.1.-18 oplyst, at tallet for personalegennemstrømning er pr. 31/12 2017 er på 7,3% (8 fratrådte medarbejdere i 2017)

Forstander udtrykker, at tilbuddet har været igennem en proces, som nu er lykkedes, hvilket bl.a. viser sig i at personalegennemstrømningen siden 2014 er faldet fra i 2014 at være på 23 %

Der er ansat 2 nye faglige ledere for at støtte op om det faglige arbejde i husene.

Indikatoren er i høj grad opfyldt, med den reduktion der er i gennemstrømningen og scores 4.



Indikator 09.c	<i>Sygefraværet blandt medarbejderne er ikke på højere niveau end sammenlignelige arbejdspladser.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)
Bedømmelse af Indikator 09.c	
Til grund for bedømmelsen ligger, at sygefraværet på Tilbudsportalen er opgivet til 18,1 dage i 2016. Af fremsendt materiale ses tallet faldet til 4,7% i perioden jan-sept.2017. Leer har i faktuel høring d. 10.1.1-8 oplyst, at sygefraværet pr. 31/12 2017 samlet set er 5,5% imod 7,1% året før. Sygeprocenten for 2017 ligger på linje med den totale sygeprocent for hele kommunen i 2017 (5,3%). Der er lagt vægt på, at det fremgår af evaluering af og handleplan for sygefravær, at der fremgår en række initiativer som er taget for at reducere sygefraværet. Tillige vægtes, at ledelsen oplyser, at enkelte medarbejdere, som blev opsagt som led i organisationsændringen havde en sygeperiode forud for aftrædelse. Der er lavet fysiske APV (Arbejdspladsvurdering) for at afdække om sygefraværet er begrundet i arbejdsmiljøet og afholdes sygefraværssamtale ud fra advis efter fast struktur. Indikatoren bedømmes i høj grad opfyldt og scores 4.	



	Temavurdering
	Kompetencer <i>Det er afgørende for kvaliteten i tilbuddet, at tilbuddets medarbejdere har de faglige, relationelle og personlige kompetencer, der er nødvendige i forhold til tilbuddets målsætninger og målgruppe, de metoder tilbuddet anvender, samt borgernes aktuelle behov. Herunder skal børn og unge sikres en tryk hverdag og opvækst med nære og stabile relationer.</i> <i>Udover tilbuddets aktuelle kompetenceniveau er det vigtigt, at tilbuddet har strategisk fokus på, hvordan de nødvendige kompetencer sikres på såvel kort som langt sigt, samt hvordan eventuelle specialistkompetencer kan tilvejebringes.</i> <i>Det er et vigtigt aspekt af kvaliteten af et tilbud, at medarbejderne møder borgerne med respekt for den enkeltes behov og forudsætninger samt har fokus på borgernes retssikkerhed.</i>

Vurdering af tema

Socialtilsynet vurderer, at medarbejderne fra Bostedet Chr. X's Allé besidder relevante kompetencer i forhold til borgere med autismespektrumforstyrrelser og tilgrænsende forstyrrelser. Tilbuddet har afholdt et fælles uddannelsesforløb, hvor der er skabt en faglig fælles forståelse af autisme samt tilgange og metoder, som er relevante for målgruppen.

Tilbuddet er fortsat i gang med implementering, hvor den erhvervede viden omsættes til praksis. Implementeringen af det nye dokumentationssystem er gang, og socialtilsynet vurderer, at medarbejderne har brug for træning i forhold til at styrke dokumentationen på tværs i organisationen.

Gennemsnitlig vurdering	4,5
--------------------------------	-----

Udviklingspunkter

Socialtilsynet vurderer, at medarbejderne har brug for retningslinjer og træning i forhold til at arbejde med dokumentation.

Kriterium 10	Tilbuddets medarbejdere besidder relevante kompetencer i forhold til målgruppens behov og tilbuddets metoder
Bedømmelse af kriterium	
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets medarbejdere samlet set har relevant uddannelse eller erfaring med målgruppen. Endvidere har alle medarbejdere gennemgået en intern autismeuddannelse, der har tilført en fælles faglig forståelse af målgruppen, med fokus på teori og redskaber til brug i det pædagogiske arbejde. Socialtilsynet hører, at der er ledelsesmæssig opmærksomhed på implementeringen af viden, som skal ske med udgangspunkt i samarbejde mellem de daglige faglige ledere og medarbejderne. Socialtilsynet vurderer, at medarbejderne har brug for retningslinjer og træning i forhold til at arbejde med dokumentation. Socialtilsynet ser, at tilbuddet med fordel, kan vidensdele på tværs i organisationen for at anvende samme faglig relevante tilgange og metoder i det samlede tilbud, dette sker på uddannelsen, og i de fælles træninger der er, men der forsat er manglende vidensdeling fx om arbejdet med dokumentationen.	
Indikator 10.a	Medarbejdergruppen har samlet set relevant uddannelse, opdateret viden og erfaring med målgruppen og tilbuddets metoder.
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)



Bedømmelse af Indikator 10.a

Til grund for bedømmelsen ligger, at forstander udtaler at tilbuddet har mange pædagoger ansat 3-4 i hvert hus. En medarbejder er ergoterapeut og en medarbejder er uddannet psykomotorikker.

Tilbuddet ansætter vikarer, som er studerende for at øge den faglige indsats, når de faste medarbejdere ikke er på arbejde.

Der er etableret et godt internt dagbeskæftigelsestilbud med kompetente medarbejdere.

Der er ansat projektmedarbejder centralt til at understøtte implementering af Sensum.

To hold af medarbejdere har gennemført autismepilotuddannelse (AP) i august måned i 2017 og nyt modul påbegyndes til foråret og AP 2 skal afprøves samt træning live med to borgere i 2018.

Medarbejdere udtrykker, at mangle viden om demens og psykiatri.

Det fremgår af oplysningsskema, at der er arbejdet med MUS og SUS i 2017.

Indikatoren bedømmes i høj grad opfyldt.

Indikator 10.b	<i>Det er afspejlet i medarbejdernes samspil med borgerne, at medarbejderne har relevante kompetencer.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 10.b

Til grund for bedømmelsen ligger, at borgerne såvel i spørgeskema som i dialogen med socialtilsynet svarer, at medarbejderne er rolige og venlige, men er mere delt i vurderingen om de får hjælpen på den måde, de helst vil have det.

Ledelse udtrykker, at medarbejderne er super engagerede og optaget af at lære og reflektere egen praksis med borgerne.

Medarbejderne oplyser om et bredt kendskab til målgruppen og de autismespecifikke metoder. Yderligere indgår medarbejdernes refleksion af borgernes behov og de pædagogiske indsatser, samt socialtilsynets observationer ved rundvisningen.

Indikatoren bedømmes i meget høj grad opfyldt og scoren hæves til 5.

Kriterium 11	<i>Udgået med underliggende indikatorer fra d. 1 januar 2017.</i>
---------------------	---

Kriterium 12	<i>Udgået med underliggende indikatorer fra d. 1 januar 2017.</i>
---------------------	---

Kriterium 13	<i>Udgået med underliggende indikatorer fra d. 1 januar 2017.</i>
---------------------	---



	Temavurdering
	Fysiske rammer <i>De fysiske rammer udgør en central del af et tilbud, både som ramme om borgernes liv og som ramme om den indsats, der finder sted. Det er derfor væsentligt, at tilbuddets omgivelser, indretning, faciliteter og stand understøtter målgruppens behov og formålet med indsatsen, herunder at de fysiske rammer inde og ude tilgodeser borgernes trivsel og trykthed samt ret til privatliv.</i>

Vurdering af tema

Socialtilsynet vurderer, at Bostedet Chr. X.'s Allé har gode fysisk ramme for målgruppens trivsel og udvikling. Tilbuddet er etableret i klyngehuse eller afdelinger i etagebolig. Borgerne har egne lejligheder og fællesområder i etagehuset tilgodeser borgernes sociale begrænsningerne ved at være indrettet med 2 opholdstuer, så borgerne kan være sammen i mindre grupper. I klyngehusene er der også mulighed for at skærmende miljøer, ved at opdele fællesrum med skydedøre.

Der er udendørsareal med terrasser til hvert hus med havemøbler og mulighed for at grille.

Borgerne er meget glade for de fysiske rammer i deres bolig og i Kulturhuset.

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet med fordel kan overveje, hvilke oplysninger der skal være tilgængelige i fællesrummet omkring de enkelte borgers personlige forhold.

Tilbuddet etablerer yderligere 2 lejligheder som aflastningsboliger for at udvide tilbudsviften. Det giver mulighed for at have aflastningslejligheder, som skaber ramme fx i overgang fra at bo i botilbud til udflytning til lejlighed udenfor botilbuddet.

Tilbuddet har eget Kulturhus, som bliver anvendt som dag- og aktivitetstilbud. Kulturhuset er indrettet med sanserum, biograf, scene/musik mulighed, træningsrum, og det giver borgere muligheder for aktivitet og samvær i deres fritid aften og weekender.

Tilbuddet bruger en nærvæd beliggende villa til genhusning fra 1. maj 2017 til februar 2018. Der er foretaget et grundigt forarbejde forud for genhusningsperioden i forhold til indretning og inddragelse af borgere og pårørende. Borgerne vil i genhusningsperioden bo i eget værelse i en større villa i nærhed til det nuværende botilbud. Borgerne vil således kunne blive i deres dagtilbud og beskæftigelse samt kunne deltage i Klubbens arrangementer.

Gennemsnitlig vurdering	4,3
--------------------------------	-----

Udviklingspunkter

Medarbejdere må ikke overnatte i borgers lejlighed i aflastningsboligen, da lejligheden er borgers private bolig, og medarbejder må ikke bruge borgers toilet, men kan bruge det, som er i Kulturhuset.

Kriterium 14	<i>Tilbuddets fysiske rammer understøtter borgernes udvikling og trivsel</i>
---------------------	--

Bedømmelse af kriterium



Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets fysiske rammer understøtter borgernes trivsel og udvikling både i de husene i botilbuddet og i genhusningsboligen på Buddingevej, som er godkendt til formålet genhusning af kortere varighed op til 8 uger af gangen pr. hus. Det kan anvendes i perioden 1. maj 2017 til februar 2018 efter det fremsendte plan. Genhusningen sker p.g.a. fugt i badeværelser som bliver udbedret.

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets fysiske rammer understøtter borgernes trivsel og udvikling ud fra borgernes individuelle behov og ønsker, både i boligerne etableret under ABL § 105 med lejekontrakt, i aflastningsboligerne og i genhusningsboligen.

Tilbuddet har med aflastningsboliger flere muligheder for at skabe udviklingsmuligheder for borgerne i forhold til ændrede behov, det kan være hen imod udflytning fra tilbuddet eller for at reducere stresset adfærd. Der er personaleforhold omkring aflastningsboligerne som skal ophøre, herunder at medarbejder ikke har adgang til ophold om natten i personalerum, og at medarbejdere brugere borgernes toilet.

Fællesområder tilgodeser borgernes begrænsninger i den sociale formåen, ved at være indrettet med 2 stuer, så borgerne kan være sammen i mindre grupper eller med mulighed for at skærmende miljøer, ved at opdele fællesrum med skydedøre.

Tilbuddet har eget Kulturhus, som socialtilsynet vurderer i høj grad skaber rammer for aktivitet og samvær dag og aften i skærmede rammer. Kulturhus er en platform og træningsbane for at udvikling og aktivitet også kan foregå udenfor botilbuddet.

Til grund for vurderingen ligger, at der ikke er køkkener i lejlighederne i klyngehusene, hvilket begrænser mulighederne for ADL træning af egne færdigheder i egen lejlighed. Dog er der mulighed for at give borgerne ADL træning i fællesrummet.

Indikator 14.a	<i>Borgerne trives i de fysiske rammer.</i>
Bedømmelse	5 (i meget høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 14.a

Til grund for bedømmelsen ligger, at der af svar på spørgeskema oplyser 20 borgere, at de er glade for deres botilbud og 5 ved ikke. I forhold til om noget skal være anderledes har en svaret ønske om mere musik i stuen. Borgerne fortæller ved tilsynet, at de er glade for fællesrummene og deres lejligheder.

I de midlertidige boliger udtrykker borger og medarbejder, at badeforholdene ikke er optimale.

Medarbejdere og ledere vurderer, at borgerne i aflastningsboligerne trives i de fysiske rammer, da de udtrykker glæde og har mindre stressadfærd.

Kulturhuset giver mulighed for samvær og aktivitet i skærmede rammer. Et stort fitness og sanserum er til gavn for mange borgere informerer ledelse og medarbejdere om. Samt egen biograf og "cafe" giver borgerne flere valgmuligheder, hvilket borgerne også udtrykker stor tilfredshed med.

Ved et tidligere tilsyn blev det bemærket af en borger, at der mangler køkkener i lejlighederne i det "gamle" byggeri, hvilket savnes, for at kunne træne egne færdigheder i egen lejlighed. Det er fravalgt ved indretningen. Ledelsen har fulgt op på udviklingspunktet, og skriver at ingen borger pt har dette ønske, og det er muligt at træne madlavning i fællesrum.

Yderligere fremgår det af tilbuddets APV, at der er fugt i badeværelser, og at kun et hus mangler at blive renoveret.

Indikatoren bedømmes i meget høj grad opfyldt og scoren hæves til 5.

Indikator 14.b	<i>De fysiske rammer og faciliteter imødekommer borgernes særlige behov.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 14.b

Til grund for bedømmelsen ligger, at de fysiske rammer i mindre huse med egne lejligheder og fællesrum tilgodeser borgernes behov for ro i egne rammer og mulighed for fællesskaber. Fællesrummene er indrettet, så de imødekommer begrænsningerne i den sociale formåen, borgerne har ved at være indrettet med 2 stuer, så borgerne kan være sammen i mindre grupper. I klyngehusene er der også givet mulighed for skærmende miljøer ved at opdele fællesrum med skydedøre.



Fælleskøkkenerne giver mulighed for ADL og socialtræning.

Kulturhuset giver mulighed for beskæftigelse og aktivitet i internt dagtilbud, men også et fritids- og aktivitetstilbud, som imødekommer borgernes særlige behov i beskyttede rammer.

Aflastningsboligerne giver borgere mulighed for, at afprøve, hvad ændrede fysiske rammer betyder for borgernes trivsel og udviklingsmuligheder. Dette har allerede vist positive resultater for de borgere, som har boet i tilbuddet.

Der er lagt vægt på, at tilbuddet har et hus til midlertidig genhusning på grund af renovering af konstruktionsfejl i badeværelserne i alle etplanshusene. Den genhusning har i følge ledelse og medarbejdere foregået med stor hensyntagen til borgerne, og pt mangler et hus at blive genhuset, så genhusningen forventes afsluttet til februar 2018. Genhusning bliver for hvert hus af en varighed på ca. 8 uger. Borgerne vil i denne periode ikke have adgang til eget toilet og køkken, og adgangsforholdene samt muligheden for at komme rundt i hele huset vil for dårligt gående og kørestolsbrugere være begrænset, hvilket afspejles i scoren.

Genhusningen sker i en villa i tre plan, med adgang for kørestolsbrugere i stueetagen via rampe til terrasse i haven og gennem fællesrummet. I stueetagen ligger et fællesrum, spisestue og køkken. Der ses låse på skuffer i køkkenet og oplyses, at der vil blive aflåst til køkkenet i forbindelse med genhusning i den sidste periode, begrundet i et særligt omsorgshensyn til borgerne i dette hus. Ledelsen vil have opmærksomhed på borgernes adgang til mad og drikke. Der er toilet på alle etager og bad i stueetagen og på 1. sal samt for personale i kælderen. Der er adgang til mindre tekøkken med køleskab på 1. sal. Der er vaskefaciliteter i kælderen. I kælderen er desuden en stue med tv, wii og playstation samt bordtennis og andre bordspil, samt diverse disponible opbevaringsrum.

Desuden er der et kontor til dokumentation og rådighedsvagten.

Indikatoren er i høj grad opfyldt og scoren ændres til 4.

Indikator 14.c	<i>De fysiske rammer afspejler at tilbuddet er borgernes hjem.</i>
Bedømmelse	4 (i høj grad opfyldt)

Bedømmelse af Indikator 14.c

Til grund for bedømmelsen ligger, at at socialtilsynet får fremvist en række lejligheder, hvor de borgere som tilsynet taler med giver udtryk for, at de har været med til at indrette lejlighederne. Det observeres, at borgernes lejligheder i høj grad afspejler, at det er borgernes hjem, og at de rammer den enkelte borger trives med er meget individuelle. Der er lejligheder og fællesrum, der er ombygget efter særlige ønsker, og som er indrettet helt enkelt med seng og bord/stol, for at reducere stimuli. Lejligheden er den base, som borgeren kan trække sig tilbage til, for at have den ramme som for vedkommende, er vigtigt som hjem. I øvrigt fremstår lejlighederne med personligt præg og indrettet med nubs, billeder og møblement som er personligt valgt, oplyser medarbejderne.

Det indgår, at der i enkelte fællesrum hænger tavler med dagsstruktur vedrørende flere borgers personlige forhold, et forhold som giver et institutionspræg.

Aflastningsboligerne er møbleret men afspejler i høj grad, at det er borgernes hjem. Der er ikke etableret personalefaciliteter aflastningstilbuddet, hvilket tilbuddet arbejder på at finde en løsning på, med borgere der visiteres til pladsen.

Indikatoren bedømmes i høj grad opfyldt og scores 4.



Økonomisk Tilsyn
Socialtilsynets vurdering af tilbuddets økonomi
Tilbuddet vurderes at være økonomisk bæredygtigt og giver mulighed for den fornødne kvalitet i tilbuddet i forhold til prisen og tilbuddets målgruppe. Tilbuddets økonomi er gennemskuelig for socialtilsynet og for de visiterende kommuner.
Økonomisk bæredygtig?
Der er et rimeligt forhold mellem tilbuddets forventede omsætning på den ene side og de samlede omkostninger samt planlagte investeringer på den anden side jf. tilbudsbudget for 2018.
Giver tilbuddets økonomi mulighed for den fornødne kvalitet i forhold til prisen og målgruppen?
Tilbuddets budget afspejler tilbuddets målgruppe, metoder samt tilbuddets planer for faglig udvikling og større ændringer. Der er i eftersendt dokumentation nærmere redegjort for administrationsbidrag/andel af central adm. og ledelse (indirekte adm. overhead) som socialtilsynet har taget til efterretning.
Er der gennemsigtighed med tilbuddets økonomi?
Tilbuddets økonomi er gennemskuelig for socialtilsynet og for de visiterende kommuner. Budgettet, der er udarbejdet som et bruttobudget, viser en afbalanceret økonomi, indeholdende den økonomi der relaterer sig til direkte driftsomkostninger og øvrige omkostninger i form af andel af centrale omkostninger, der relaterer sig til tilbuddet og som indgår i den økonomi, som skal ligge til grund for takstfinansieringen. Tilbuddet har indberettet nøgletal som er godkendt. Der aflægges som udgangspunkt ikke et særskilt, revisorpåtegnet regnskab for kommunale eller regionale tilbud. Socialtilsynet har derfor taget nøgletallene til efterretning.

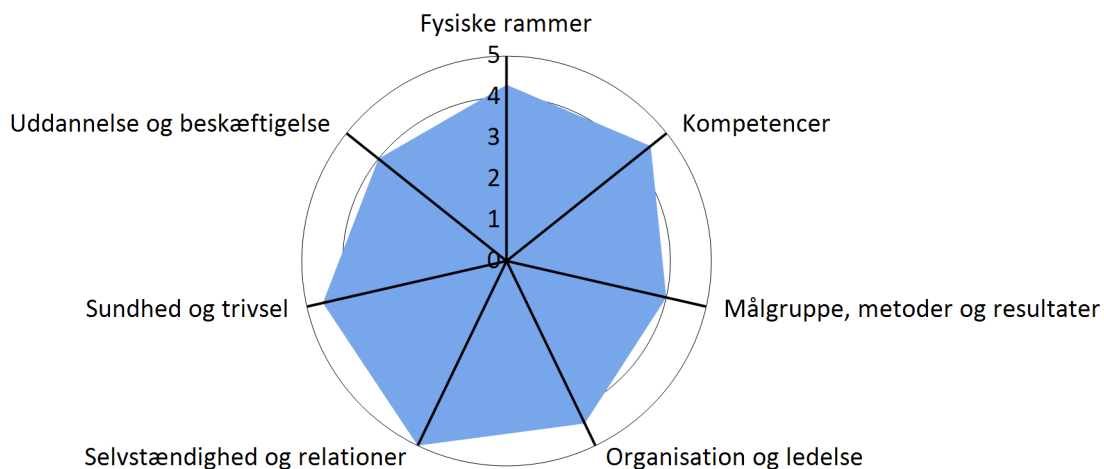


Materiale og interviews benyttet til vurdering af kvaliteten i tilbuddet.

Dokumenter	Oplysningsskema Notatark med opfølgning på opmærksomheds- og udviklingspunkter Svar på spørgeskemaer fra 25 borgere Stikprøver i 10 borgersager Resultat af fysiske arbejdspladsvurdering Fraværsoverblik Den faglige opgave og rolle som faglig leder på Bostedet Chr. X's Allé Budget 2017 og 2018
Observation	
Interview	Ledelsen: Forstander, Pia Siert ansat i 27 år uddannet psykolog Økonomichef ansat i 6 år Personaleleder ansat i 4 år Faglig leder ansat 15.2 2017, uddannet pædagog Faglig leder ansat 15.8 2017, uddannet lærer Faglig leder ansat 3½ år, uddannet pædagog og diplom i ledelse Medarbejdere: Pædagog ansat i 3 år, Hus B Pædagog ansat i 3 år , Dagbeskæftigelse og hus F Pædagog ansat april 2016, G stuen Pædagog ansat 3 år, Hus D Pædagog ansat i 18 år, G 1. Pædagog ansat 1½ år, Hus C Pædagog ansat 10 år, Kulturhus aftentilbuddet Pædagog ansat 4½ år, Hus E Pædagog ansat 23 år, Hus G 2 Borgere: Fra hus C G stuen G 2. sal
Interviewkilder	Beboere Ledelse Medarbejdere



Tilbuddets bedømmelse



Spindelvævet afspejler socialtilsynets gennemsnitlige vurdering af kvaliteten i tilbuddet fordelt på syv temaer. Formålet med illustrationen er, at give tilbuddet et overbliksbillede af socialtilsynets vurdering på baggrund af den samlede rapport. De (scoringerne) repræsenterer derfor ikke det fulde indblik i tilsynet. Spindelvævet er først og fremmest ment som et dialogredskab mellem socialtilsynet og tilbuddet.



Tilsynsrapport Hjemmeplejen Solgården

Reaktivt tilsyn, 2017

Hjemmeplejen Solgården
Virumvej 125

2830 Virum

CVR- eller P-nummer: 1019046172

Dato for tilsynet: 04-12-2017

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9011-1750/2

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget ændringer til de faktuelle forhold. Styrelsen har samtidig modtaget en handleplan på styrelsens anmodning efter tilsynet den 4. december 2017. De faktuelle ændringer er skrevet ind i rapporten og den indsendte handleplan er vurderet og lever op til styrelsens anmodninger.

De faktuelle ændringer og den indsendte handleplan giver ikke anledning til ændringer i vurderingen efter tilsyn. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Vurdering

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 4. december 2017 vurderet at behandlingsstedet falder i kategorien:

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på følgende:

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på, at behandlingsstedet i praksis havde god systematik og gode procedurer og at de fleste målepunkter i medicin håndtering og journalføring var opfyldte samt at de uopfyldte målepunkter indenfor disse områder var af mindre betydning for patientsikkerheden. Endvidere har tilsynet lagt vægt på at behandlingssted og kommune havde startet en omfattende proces med at udarbejde og revidere alle sundhedsfaglige instrukser efter en større omorganisering og ledelsesskifte for et år siden. Behandlingsstedet forventede at revidering af instrukserne ville være afsluttet i begyndelsen af 2018.

Behandlingsstedet havde fokus på at introducere og gennemdrøfte instrukserne med alle medarbejdere. To til tre instrukser blev systematisk gennemgået hver uge. Det er styrelsens opfattelse at udarbejdelsen af sundhedsfaglige instrukser, som alle medarbejdere er fortrolige med, er nødvendige for patienternes sikkerhed. Klare instrukser og procedurer er med til at sikre kontinuitet i pleje og behandling og forebygger at indsatsen bliver afhængig af den enkelte medarbejders vurdering, hvilket især er risikofyldt i akutte situationer, ved nyansættelser og ved anvendelse af vikarer. Der var oprettet en mappe til vikarsygeplejersker med praktiske og sundhedsfaglige oplysninger til brug for arbejdet i vagten. Behandlingsstedet havde revideret instruksen for medicin håndtering, herunder var håndteringen af

risikomedicin blevet skærpet. Alle patienter havde ved tilsynet fået korrekt medicin og der blev doseret medicin efter aktuelle medicinskemaer.

Styrelsen har, som ovenfor nævnt lagt vægt på, at behandlingsstedet i praksis havde god systematik og gode procedurer samt at de fleste målepunkter i medicin håndtering og journalføring var opfyldt. Samtidig er der konstateret mangler indenfor instrukser, som vurderes at være i et omfang, der kræver en handleplan. Det vurderes dog, at der samlet set er tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden. Det er samtidig styrelsens vurdering, at behandlingsstedet kan rette op på disse forhold ved at udarbejde en handlingsplan og følge dennes indhold.

Begrundelse for tilsynet

Styrelsen for Patientsikkerhed har i forbindelse med en verserende sag vedrørende fejlmedicinering af risikomedicin i Kommunens Hjemmepleje, fundet behov for at vurdere om der er en mulig risiko for patientsikkerheden i forbindelse med Hjemmeplejens håndtering af medicin.

Baggrund

Vurderingen af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på følgende kilder:

Gennemført reaktivt tilsyn den 4.12.2017

Alle målepunkter der anvendes ved tilsyn i hjemmeplejen er anvendt ved gennemgang af tre patientjournaler.

Sammenfatning af fund fra det reaktive tilsyn 27.11.2017

På baggrund af observationer, interview og gennemgang af journaler og medicin håndtering for tre patienter, kan styrelsen konstatere, at der var 9 uopfyldte målepunkter under instrukser, journalføring, medicin håndtering og patientrettigheder, som udløste 10 krav. Der var 3 målepunkter omhandlende mangler i instrukser, som alle var ved at blive revideret. Der var to uopfyldte målepunkter under medicin håndtering som var af mindre betydning for patientsikkerheden og ikke var gennemgående i flere stikprøver. Disse omhandlede manglende navn og personnummer på dosisæsker samt manglende anbrudsdato på et præparat med begrænset holdbarhed efter anbrud. Der var tre uopfyldte målepunkter der udløste fire krav under patientforløb og journalføring, disse var ikke gennemgående i flere stikprøver og var af mindre betydning for patientsikkerheden.

I to stikprøver manglede desuden beskrivelse af patientens handleevne til at give informeret samtykke til behandling.

Detaljerede fund kan ses i oversigten 2. Fund.

Fundene ved tilsynet giver anledning til at Styrelsen for Patientsikkerhed henstiller følgende:

- at der foreligger en skriftlig instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning (målepunkt 1)
- at de problemområder, der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 3)

- at der udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ved opstart i hjemmeplejen, og den revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand (målepunkt 4).
- at det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme (målepunkt 4)
- at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme (målepunkt 5)
- at der foreligger en skriftlig instruks for medicinhandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning (målepunkt 8)
- at doseringsæsker/-poser mærkes med patientens navn og personnummer (målepunkt 23)
- at der ikke opbevares medicin med udløbet holdbarhedsdato eller sterilvarer med overskredet udløbsdato (målepunkt 28)
- at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets kompetence samt ansvars- og opgavefordeling, heri beskrivelse af regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver. Sundhedsstyrelsens vejledning (målepunkt 29)
- at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser i hvilket omfang patienten er i stand til at give et habilt samtykke til pleje og behandling, eller om disse interesser varetages helt eller delvist af pårørende/værge (målepunkt 36)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at behandlingsstedet opfylder ovenstående henstillinger.

Styrelsen anmoder om at få tilsendt eventuelle bemærkninger til rapporten. Der skal desuden indsendes en handleplan for udarbejdelse og implementering af de manglende instrukser under målepunkterne 1a, 8a og 29a. Handleplanen bedes fremsendt indenfor 3 uger.

2. Fund

↑ Tilbage til vurdering

Patientforløb og journalføring

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1a:	<u>Instruks om sundhedsfaglig dokumentation. Der findes skriftlig instruks</u>		X		Instruksen skal tilrettes på nogle områder, idet det eksempelvis ikke fremgik, hvor personalet skulle dokumentere patientens handleevne til at give samtykke..
1b:	<u>Instruks om sundhedsfaglig dokumentation. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
2a:	<u>Instruks om livsforlængende behandling. Der findes skriftlig instruks</u>	X			
2b:	<u>Instruks om livsforlængende behandling. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
3:	<u>Beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		I en af tre stikprøver manglede opdatering af områderne søvn og hvile samt udskillelse af affaldsstoffer. Der manglede endvidere beskrivelse af behandlingskrævende smerter og ødemer.
4:	<u>Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		X		I to af tre stikprøver manglede enkelte behandlingskrævende sygdomme eksempelvis lungelidelse, depression og urinvejslidelse. I en af stikprøverne var aftalerne med den behandlende læge i forbindelse med behandling for diabetes ikke fyldestgørende. Der manglede f.eks. referenceværdier for blodsukker som blev målt af personalet.

5:	<u>Aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		I en af tre stikprøver manglede beskrivelse på enkelte områder f.eks. pleje - og behandlingsindsatsen i forhold til urinvejs, - og cirkulationsproblemer.
6:	<u>Informeret samtykke</u>	X			
7:	<u>Dokumentationen er overskuelig og systematisk og føres i én journal</u>	X			

Medicinhåndtering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8a:	<u>Instruks for medicinhåndtering. Der findes skriftlig instruks</u>		X		Medicininstruksen skal rettes til idet der manglede beskrivelse af procedurer for hvordan personalet håndterer ændring i ordinationer ved dosispakket medicin. Endvidere manglede beskrivelse af samarbejdet med praktiserende læge og sygehus omkring ordination af AK-behandling og procedurer for dosering af Marevan i forhold til længden af ordinationen og ny blodprøvetagning.
8b:	<u>Instruks for medicinhåndtering. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
9a:	<u>Instruks for brug af ikke lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Der findes skriftlig instruks</u>	X			
9b:	<u>Instruks for brug af ikke lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
10a:	<u>Samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Der findes skriftlig instruks</u>	X			

10b:	<u>Samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
11:	<u>Dato for ordination og/eller seponering</u>	X			
12:	<u>Ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen</u>	X			
13:	<u>Behandlingsindikationer skal fremgå</u>	X			
14:	<u>Overensstemmelse mellem ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin</u>	X			
15:	<u>Dispenseringsform, styrke og aktuelle handelsnavn</u>	X			
16:	<u>Enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt</u>	X			
17:	<u>Enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn. medicin</u>	X			
18:	<u>Medicinlisten skal føres systematisk og entydigt</u>	X			
19:	<u>Overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinliste og doseringsæsker</u>	X			
20:	<u>Den ordinerede medicin findes i medicinbeholdningen</u>	X			
21:	<u>Dispenseret pn. medicin</u>	X			
22:	<u>Identifikation ved medicinudlevering</u>	X			
23:	<u>Doseringsæsker er mærket korrekt</u>		X		I en af tre stikprøver manglede navn og personnummer på alle doseringsæsker.
24:	<u>Medicinen opbevares forsvarligt</u>	X			

25:	<u>Hver enkelt patients medicin opbevares adskilt</u>	X			
26:	<u>Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke-aktuel medicin</u>	X			
27:	<u>Adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf</u>	X			
28a:	<u>Holdbarhed på medicin og sterile produkter er ikke overskredet</u>		X		I en af tre stikprøver manglede anbrudsdato på øjendråber med begrænset holdbarhed efter anbrud.
28b:	<u>Der er anført anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed efter anbrud</u>	X			

Generelt

29a:	<u>Personalets kompetence, ansvars og opgavefordeling. Der findes skriftlig instruks</u>		X		Instruksen omfattede ikke vikarer, Behandlingsstedet var ved at revidere instruksen for at rette op på dette.
29b:	<u>Personalets kompetence, ansvars og opgavefordeling. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
30a:	<u>Instrukser om patienternes behov for behandling. Der findes skriftlig instruks</u>	X			
30b:	<u>Instrukser om patienternes behov for behandling. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
31:	<u>Håndhygiejne</u>	X			
32:	<u>Håndhygiejne i overensstemmelse med instrukser etc.</u>	X			

33:	<u>Formelle krav til instrukser</u>	X			
34a:	<u>Instrukts for rammedelegation. Der findes skriftlig instruks</u>			X	
34b:	<u>Instrukts for rammedelegation. Personalet kender og følger instruksen</u>			X	
35:	<u>Rammedelegation. Dokumentation ved anvendelse af rammedelegation</u>			X	
36:	<u>Samtykkekompetence/handleevne</u>		X		I ingen af de tre stikprøver fremgik det af dokumentation i hvilken grad patienten havde handleevne til at give samtykke til behandling og pleje, eller om der blev givet stedfortrædende samtykke.

Øvrige fund

Målepunkt	Ingen fund	Fund og kommentarer
37: <u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>	X	

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

Hjemmeplejen Solgården er organiseret i 4 enheder med sygeplejersker i hvert team. Sygeplejersker, social-og sundhedsassistenter og social-og sundhedshjælpere i dagvagt er alle fysisk placeret samme sted og mødes hver morgen for at opdatere døgnplanen. Sygeplejerskerne mødes efterfølgende med social-og sundhedsassistenter for at overdrage opgaver til disse. Assisterne har ansvar for medicindosering og grundlæggende sygeplejeopgaver. Sygeplejerskerne har ansvar for komplekse sygeplejeopgaver og for at supervisere social- og sundhedsassistenterne. Det blev oplyst at man havde haft en større omstrukturering og lederskifte for et år siden og var i gang med større proces i kommunen med at revidere de sundhedsfaglige instrukser. På grund af den store omorganisering havde der været stor udskiftning i sygeplejeteamet og at der anvendes derfor eksterne sygeplejevikarer. I assistent og hjælpergruppen anvendes 15-20 faste vikarer. Aften-og natgruppen er organiseret under en anden leder end hjemmeplejen Solgården. Der er et mobilt akutteam der dækker dag og aftenvagterne i hele kommunen. Nattevagterne der består af en sygeplejerske der er oplært som akutteamsygeplejerske og to hjælpere, kører ud fra vagtcentralen, der er bemannet med sygeplejersker hele døgnet som tager nødkald, og samtaler fra patienter, pårørende og læger.

Det blev oplyst at der i Hjemmeplejen arbejdes med udgangspunkt i helhedspleje. Der arbejdes med indsatskatalog for sygeplejeopgaver og med systematisk triagering af patienternes tilstand 3 gange om ugen. En gang om ugen afholdes rehabiliteringsmøder med ergo-og fysioterapeuter og visitationen. Behandlingsstedet havde fået ny omsorgsjournal en måned før tilsynet. Data fra FMK var integreret i omsorgsjournalen som for nylig var blevet opdateret således at lægerne nu kunne ordinere op-og nedtrapning over 14 dage i FMK. Det blev oplyst at hjemmeplejen og akutteamet havde et godt samarbejde med de praktiserende læger og praksiskonsulenten i kommunen. Akutteamet kunne tage akutte blodprøver, give væske og kunne hurtigt starte medicinsk behandling fordi teamet, imellem kl. 16-20, havde back up af praksiskonsulenten som er praktiserende læge i kommunen, og har et medicindepot som akutteamet kunne få præparater fra. Dette samarbejde forebyggede hospitalsindlæggelser.

Om tilsynet

- Tilsynet blev indledt med en samtale med Hjemmeplejechef Elsebeth Schøning, Anna Regitze Lind-Holm, souschef i hjemmeplejen, Anne Grann, assisterende områdeleder på hjemmeplejen Solgården, udviklingssygeplejerske Kristina Bartholin og risikomanager fra kommunen Charlotte Lyng. Styrelsen for Patientsikkerhed oplyste kort om begrundelsen for tilsynet. De sundhedsfaglige instrukser blev gennemgået og behandlingsstedet og procedurer omkring medicinhandling og organisering af arbejdet i hverdagen blev drøftet. Alle målepunkter for hjemmeplejen blev anvendt, tre patientjournaler og medicinhandlingen hos de samme tre patienter blev gennemgået sammen med personale.
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til: Hjemmeplejechef Elsebeth Schøning, Anna Regitze Lind-Holm, souschef i hjemmeplejen, Anne Grann, assisterende områdeleder på hjemmeplejen Solgården, udviklingssygeplejerske Kristina Bartholin og risikomanager fra kommunen Charlotte Lyng.
- Tilsynet blev foretaget af: Helle Lerche Nordlund, oversygeplejerske og Marianne Olander, sygeplejefaglig konsulent.

4. Bilag

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet. Tilsynet omfatter alle offentlige og private behandlingssteder, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling af autoriserede sundhedspersoner eller af personer, der handler på deres ansvar, samt andre personer, der udøver sundhedsfaglig virksomhed inden for sundhedsvæsenet.

Den 1. januar 2017 blev Styrelsen for Patientsikkerheds frekvensbaserede tilsyn omlagt til et proaktivt risikobaseret tilsyn¹. Dette indebærer blandt andet, at der føres tilsyn med udvalgte behandlingssteder² dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden³, dels på stikprøvebasis som led i afdækning af nye områders risikoprofil.

Udover de planlagte, tematiserede tilsyn vil styrelsen som hidtil have et såkaldt reaktivt tilsyn med alle behandlingssteder. Det reaktive tilsyn indebærer, at styrelsen foretager aktiv kontrol i form af fx tilsynsbesøg eller anden undersøgelse, hvis styrelsen får kendskab til eller mistanke om overtrædelser eller mangler på sundhedsområdet, der indebærer farer for patientsikkerheden. Reaktive tilsyn gennemføres fx på baggrund af bekymringshenvendelser, ligsynssager, klagesager eller medieomtale.

De reaktive tilsyn bunder i Styrelsen for Patientsikkerheds grundlæggende forpligtelse til at reagere relevant på forhold, der skaber en bekymring for eller udgør en konkret fare for patienterne. Materialer med relevans for tilsyn kan findes på styrelsens hjemmeside under [Risikobaseret tilsyn](#). Der er desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som kan tilgås på hjemmesiden under [Spørgsmål og svar](#).

Hvis det bliver anset for nødvendigt, kan styrelsen efter undersøgelserne give påbud, hvori der opstilles sundhedsmæssige krav til et behandlingssted. Styrelsen for Patientsikkerhed kan endvidere om nødvendigt stille krav om midlertidigt helt eller delvist at indstille virksomheden.

¹ Omlægningen af tilsynet er sket med udgangspunkt i Politisk aftale af 16. februar 2016 vedr. risikobaseret tilsyn med behandlingssteder samt lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om ændring af autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love.

² Se sundhedsloven § 213, stk. 2

³ Se sundhedsloven § 213, stk. 2

Patientsikkerhed

Et reaktivt tilsynsbesøg er en reaktion på en bekymring om nogle helt konkrete forhold på et bestemt behandlingssted. Et reaktivt tilsyn handler om at undersøge, om patientsikkerheden på et behandlingssted er forsvarlig, og at sikre, at forholdene bliver bragt i orden, hvis det ikke er tilfældet. Efter tilsynet får behandlingsstedet en kort orientering om styrelsens vurdering. Der laves derefter en tilsynsrapport, som kommer i høring hos behandlingsstedet på samme måde, som det sker ved de planlagte tilsyn. Det er det samme regelsæt for sanktionsmuligheder, som gælder for de to slags tilsyn. Det er beskrevet i sundhedsloven § 215b.

Tilsynet

Et reaktivt tilsyn kan både være varslet og uvarslet. Uvarslede tilsyn bruges kun, hvis Styrelsen for Patientsikkerhed har brug for at danne sig et øjebliksbillede af situationen, eller hvis formålet med undersøgelsen ellers kan forspildes. De forhold, som undersøges under et tilsynsbesøg, bliver fastlagt ud fra de konkrete omstændigheder.

Styrelsen for Patientsikkerhed eller personer, som styrelsen har bemyndiget til at udføre tilsynet, har til enhver tid, som led i tilsynet, mod behørig legitimation og uden retskendelse adgang til at inspicere behandlingsstedet⁴. Styrelsen kan kræve oplysninger af personalet på behandlingssteder, der er nødvendige som led i tilsynet. Der er pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger⁵.

Behandlingsstedet modtager efter tilsynet et udkast af rapporten i høring (partshøring) med en høringsfrist på normalt 3 uger. Der er i høringsperioden altid mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Dertil skal der i henhold til henstillinger om handleplan eller krav med påbud fremsendes relevant materiale.

Efter høringsperioden vurderer styrelsen handleplanen eller anden fremsendt dokumentation, som er tilsendt, og indskriver en konklusion efter partshøring. Det tilføjes i rapporten, hvorvidt man har indsendt materiale, som bevirker, at behandlingsstedet nu har opfyldt kravene. Styrelsen tager efter høringen stilling til, om tilsynet skal give anledning til, at behandlingsstedet får en henstilling eller eventuelt et påbud, eller om styrelsen kan afslutte tilsynet uden at foretage sig yderligere.

Derefter offentliggøres tilsynsrapporten på styrelsens hjemmeside under [Tilsynsrapporter](#). Yderligere har behandlingsstedet pligt til at gøre tilsynsrapporten let tilgængeligt på behandlingsstedets hjemmeside, hvis behandlingsstedet har en hjemmeside, og sørge for at den er umiddelbart tilgængelig på behandlingsstedet.⁶

Et eventuelt påbud offentliggøres ligeledes på styrelsens hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) og på sundhed.dk⁷.

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende kategorier:

⁴ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

⁵ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

⁶ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

⁷ Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016.

0. Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden
1. Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden
2. Større problemer af betydning for patientsikkerheden
3. Kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de gennemgåede målepunkter. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter.

Afhængig af kategoriseringen kan tilsynsbesøg blive fulgt op af henstillinger til behandlingsstedet om at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan behandlingsstedet vil følge op på uopfyldte målepunkter.

Hvis de sundhedsfaglige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud, hvori der opstilles sundhedsfaglige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvist.⁸

Påbud kan blive fulgt op på forskellig måde afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg⁹, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

⁸ Se sundhedsloven § 215 b

⁹ Se sundhedsloven § 213, stk. 1



Tilsynsrapport Hjemmeplejen Lundtofteparken

Risikobaseret, planlagt tilsyn med
hjemmepleje, hjemmesygepleje 2018

Hjemmeplejen Lundtofteparken
Lundtofteparken 43B

2800 Kongens Lyngby

CVR- eller P-nummer: 1019046326

Dato for tilsynet: 14-09-2018

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst, Styrelsen for Patientsikkerhed
Sagsnr.: 5-9011-2440/2

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget en handleplan af den 9. november 2018, som opfylder styrelsens anmodninger. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 14/9 2018 vurderet at behandlingsstedet indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på de forhold, der er gennemgået ved det aktuelle tilsyn. På baggrund af dette fremstod Hjemmeplejen Lundtofteparken sundhedsfagligt velorganiseret med gode procedurer og høj grad af systematik.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at målepunkterne vedrørende instrukser og dokumentation var opfyldt. Vikarer har ikke adgang til at læse eller notere i patientens journal, hvilket gør det vanskeligt at håndtere en eventuel akut situation hurtigt og relevant. Ledelsen oplyste at dette havde været muligt, men blev stoppet pga. datasikkerhed, da vikarkoden ikke automatisk lukkede efter 8 timers anvendelse.

De mangler, der blev fundet i relation til medicinhåndtering var få og spredte. Manglerne vurderes let at kunne udbedres. Styrelsen vurderer således at der er tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden.

Det er styrelsens vurdering, at behandlingsstedet vil være i stand til at rette op på de anførte problemer ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet samt en handleplan

Sammenfatning af fund

På baggrund af observationer, interview og journalgennemgang skal følgende fremhæves:

Ved tilsynet var 5 ud af 19 målepunkter ikke opfyldt.

Vikarer har ikke adgang til at læse eller dokumentere i patientjournalen

I to ud af 7 målepunkter omhandlende medicinhandling var der ikke målopfyldelse. I en ud af tre stikprøver fremgik ikke aktuelle handelsnavne. I en stikprøve ud af tre var doseringsæsker uden navn og cpr.nr. og aktuel medicin var ikke adskilt fra ikke aktuel medicin.

I tre ud af tre stikprøver var patienternes samtykkekompetence og informeret samtykke ikke dokumenteret.

Detaljerede fund kan ses i oversigten: Fund ved tilsynet

Henstillinger

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed henstiller følgende:

- Notaterne skal være tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen (målepunkt 2).
- At præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten (målepunkt 11)
- At doseringsæsker/-poser mærkes med patientens navn og personnummer (målepunkt 12)
- At aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin (målepunkt 12)
- At det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser i hvilket omfang patienten er i stand til at give et habilt samtykke til pleje og behandling, eller om disse interesser varetages helt eller delvist af pårørende/værge (målepunkt 14a)
- At informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation, ligesom patientens og eventuelt de pårørende/værges tilkendegivelser på baggrund af den givne information fremgår af dokumentationen (målepunkt 14b)

Styrelsen anmoder om, at eventuelle bemærkninger til rapporten bliver fremsendt tre uger efter modtagelsen af denne. Der skal desuden indsendes en handleplan for, hvordan og hvornår vikarer får tidsbegrænset adgang til journalsystemet.

2. Fund ved tilsynet

[↑Tilbage til vurdering](#)

Behandlingsstedets organisering

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1: <u>Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold</u>	X			
2: <u>Journalgennemgang vedrørende formelle krav til journalføring</u>		X		Vikarer har ikke adgang til at læse eller dokumentere i journalen

Faglige fokuspunkter

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3: <u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke og smitsomme sygdomme</u>	X			
4a: <u>Gennemgang af instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Instruks opfylder krav</u>	X			
4b: <u>Interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
5: <u>Interview vedrørende samarbejde med den behandlingsansvarlige læge</u>	X			
6: <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og</u>	X			

	<u>funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>				
7:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>	X			
8:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>	X			

Medicinhåndtering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9a:	<u>Gennemgang af instruks for rammedelegation. Instruks opfylder krav</u>			X	
9b:	<u>Interview om instruks for rammedelegation. Personalet kender og følger instruksen</u>			X	
10a	<u>Gennemgang af instruks for medicinhåndtering. Instruks opfylder krav</u>	X			
10b	<u>Interview om instruks for medicinhåndtering. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
11:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		I en af tre stikprøver fremgik aktuelt handelsnavn ikke af medicinlisten for 4 ud af 10 præparater
12:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende medicinhåndtering og medicinopbevaring</u>		X		I en af tre stikprøver var doseringsæsker ikke mærket med navn og cpr.nr. I en af tre stikprøver var ikke aktuelt medicin ikke adskilt fra aktuelt medicin.

13:	<u>Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf</u>	X			
-----	--	---	--	--	--

Patientens retsstilling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14a		X		I en af tre stikprøver var patienternes samtykkekompetence ikke beskrevet fyldestgørende.
14b		X		I en af tre stikprøver var der ikke dokumenteret informeret samtykke. Personalet kunne mundtligt redegøre for relevant arbejdsgang.

Hygiejne

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
15:	X			<u>Interview om behandlingsstedet har en procedure for hygiejne</u>

Øvrige fund

Målepunkt	Ingen fund	Fund og kommentarer
16:	X	<u>Øvrige fund med patientsikkerheds-mæssige risici</u>

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Hjemmeplejen Lundtofteparken er integreret og varetager sygeplejeopgaver samt opgaver efter serviceloven i dagtimerne. Der ydes hjælp til ca. 400 borgere, heraf modtager ca. 160 borgere i distriktet sygepleje. Aften og nat er personalet samlet i én enhed for hele kommunen. Der foregår pt. organisationsændringer med ændring af distrikter. Der er aktuelt ansat 5 sygeplejesker, 10 Sosu. assistenter og 24 sosu. hjælpere
- Lyngby-Taarbæk kommune har eget akutteam med praktiserende læge som akut bagvagt frem til kl. 20 dagligt
- Hjemmeplejen skal indenfor kort tid overgå til fælles Sprog III og der gennemføres aktuelt undervisning af personale.

Om tilsynet

- Dokumentation for tre patienter blev gennemgået.
- Ved tilsynet deltog områdelederne Bettina Lau Bjarlert, Charlotte Holde Østerbye, kommunens udviklingssygeplejerske og Risk Manager samt to sygeplejesker
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund givet til Bettina Lau Bjarlert områdeleder, daglige leder, konsulenter og sygeplejersker
- Tilsynet blev foretaget af: tilsynskonsulent Susanne Jensen og oversygeplejerske Helle Mahler

4. Bilag

Uddybning af målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1: Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold

Tilsynsførende interviewer ledelsen om ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper.

Ved interview af ledelsen er der fokus på:

- beskrivelse af kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper, herunder vikarer
- brugen af delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, herunder rammedelegationer på behandlingsstedet.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

↑Tilbage til oversigt

Journalføring

2: Journalgennemgang vedrørende formelle krav til journalføring

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere journalføringen.

Ved journalgennemgang fokuseres på, om:

- notaterne er daterede, om patientens navn og personnummer fremgår og at det tydeligt fremgår, hvem der har udarbejdet notatet

- notaterne er skrevet på dansk, fraset eventuel faglig terminologi
- notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige at orientere sig i, herunder om autoriserede sundhedspersoner kan forstå udrednings- og behandlingsforløbet samt diagnoser, såfremt de foreligger
- teksten er meningsfuld ved anvendelse af eventuelle standardskabeloner (fraser)
- det tydeligt fremgår af den elektroniske journal, hvad der evt. foreligger på papir
- notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

↑Tilbage til oversigt

Faglige fokuspunkter

3. Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke og smitsomme sygdomme

Tilsynsførende interviewer ledelsen og relevant personale vedrørende procedure for håndtering af pludselig opstået sygdom/ulykke og smitsomme sygdomme. Det er ledelsens ansvar at sikre, at personalet har kompetencer til at forholde sig i forbindelse med pludselig opstået sygdom/ulykke og smitsomme sygdomme hos patienter.

Referencer:

[Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

↑Tilbage til oversigt

4. Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling

Tilsynsførende gennemgår instruks for fravalg af livsforlængende behandling med ledelsen og interviewer personalet om de kender og følger instruksen. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

4a. Ved gennemgang af instruksen skal det fremgå:

- hvordan og hvornår personalet skal anmode om en lægelig vurdering af patienterne med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling
- hvem der i den konkrete sammenhæng anses for at være den behandlingsansvarlige læge
- hvilke procedurer behandlingsstedet har for inddragelse af patient og eventuelt nærmeste pårørende (såfremt patienten ønsker det) forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge
- hvorhenne den behandlingsansvarlige læges vurdering samt beslutning om fravalg af livsforlængende behandling, journalføres.
-

4b. Personalet er interviewet, om de kender og følger instruksen, jf. ovennævnte punkter.

Referencer:

[Veiledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

[Veiledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling, uden for sygehuse, VEJ nr. 9025 af 17. januar 2014](#)

↑Tilbage til oversigt

5. Interview vedrørende samarbejde med den behandlingsansvarlige læge

Tilsynsførende interviewer ledelse og relevant personale med henblik på at vurdere deres samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Det er ledelsens ansvar at sikre, at der foreligger aftaler omkring behandling og kontrol af kroniske sygdomme.

Referencer:

[Veiledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

[Veiledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

↑Tilbage til oversigt

6: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår en oversigt over patienternes aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af de aftaler om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap, som er indgået med de behandlingsansvarlige læger. Denne beskrivelse skal revideres ved ændringer i patienternes tilstand og/eller ændring af aftalerne.

Herunder særligt ved patienter med diabetes

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse af aftaler om kontrol af:

- blodsuktermålinger
- blodtryk
- opfølgning på ordination på baggrund af blodprøvesvar
- opfølgning på evt. senkomplikationer.

Herunder særligt ved patienter med skizofreni og samtidig somatisk sygdom

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder, hvor hjemmesygeplejen er involveret:

- aftaler om opfølgning på den antipsykotiske behandling, og herunder hvem der er den behandlingsansvarlige læge
- aftaler om behandling af og opfølgning på misbrugsbehandling og samtidig behandling af somatisk sygdom, som fx diabetes og hjertekarsygdomme.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med](#)

[psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014](#)

[Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr. 10375 af 28. december 2016](#)

↑[Tilbage til oversigt](#)

7: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på, om der som minimum fremgår en beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling. Denne skal opdateres ved ændringer i patienternes helbreds-mæssige tilstand.

Ved gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation fokuseres på, om følgende aktuelle eller potentielle problemområder er fagligt vurderet og dokumenteret i relevant omfang:

- funktionsniveau, fx evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (*Activites of Daily Living*)
- bevægeapparat, fx behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens
- ernæring, fx under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning
- hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv, fx. muskler, hår og negle
- kommunikation, fx evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen
- psykosociale forhold, fx arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed. Vejlede i og spørge til livsstilsproblemer, misbrug og mestring
- respiration og cirkulation, fx luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls
- seksualitet, fx samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler
- smerter og sanseindtryk, fx akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse
- søvn og hvile, fx faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile
- viden og udvikling, fx behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt, hukommelse
- udskillelse af affaldsstoffer, fx inkontinens, obstipation, diarré.

Herunder særligt ved patienter med diabetes

- beskrivelse af symptomer på hypo- og hyperglykæmi
- beskrivelse af regulering af diabetes, herunder tegn på begyndende/eksisterende senkomplikationer
- beskrivelse af behov for mund- og tandpleje samt eventuelt behov for kontakt til omsorgstandpleje/tandlæge.

Herunder særligt ved patienter med skizofreni og samtidig somatisk sygdom

- beskrivelse af ændringer i symptombillede og sindstilstand, der kræver kontakt til den behandlingsansvarlige læge
- beskrivelse af ændringer i vejrtrækningsmønstre, øget træthed som følge af bivirkninger til den antipsykotiske behandling, og herunder risiko for at udvikle fx hjertekar sygdomme og diabetes
- beskrivelse af ændringer i bevidsthedsniveau og misbrugsmønstre.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014](#)

[Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr. 10375 af 28. december 2016](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

8: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuell pleje og behandling, opfølgning og evaluering

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår beskrivelse af pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlingsansvarlige læge.

Herunder specifikt ved patienter med diabetes

- Der er taget kontakt til den behandlingsansvarlige læge efter patientens samtykke ved mistanke om begyndende udvikling af hypo- og hyperglykæmi og diabetiske senkomplikationer.
- Det bør fremgå, hvad det acceptable behandlingsniveau er for den specifikke patient, ordineret af den behandlingsansvarlige læge
- Det bør fremgå, hvilke forebyggende indsatser der er planlagt og udført i forhold til senkomplikationer, samt hvad der er planlagt og udført i forhold til opfølgningen herpå.
- det bør fremgå, at der er taget stilling til og informeret om relevante rehabiliterings-/sundhedstilbud for diabetes patienten.
- Det bør fremgå, at information om kommunale rehabiliterings-/sundhedstilbud, sker ved sygdomsdebut og løbende, med henblik på at igangsætte tilbud, når patienten er motiveret.

Herunder specifikt ved patienter med skizofreni og samtidig somatisk sygdom

- Sundhedspersonalet har taget kontakt til en læge ved ændringer i patientens bevidsthedsniveau, eller ændringer i et misbrugsmønster.
- Sundhedspersonalet har taget kontakt til en læge ved ændringer i fx kardielle symptomer eller symptomer på diabetes.
- Sundhedspersonalet har taget kontakt til en læge ved observation eller mistanke om ændring af sindstilstand.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014](#)

[Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr 10375 af 28. december 2016](#)

[Sundhedsstyrelsen - National Klinisk Retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes, 2015](#)

[Sundhedsstyrelsen 2017 - Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2 diabetes](#)

↑Tilbage til oversigt

Medicinhåndtering

9: Gennemgang af og interview om instruks for rammedelegation

Tilsynsførende gennemgår instruks for rammedelegation for lægeforbeholdt virksomhedsområde med ledelsen og interviewer personalet, om de kender og følger instruksen. Instruksen skal foreligge på de behandlingssteder, hvor personalet udfører lægeforbeholdt virksomhed.

9a. Ved gennemgang af instruksen skal følgende fremgå:

- at omfang, og håndtering af rammedelegation er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt.
-

9b. Personalet er interviewet, om de kender og følger instruksen, jf. ovennævnte punkt.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

↑Tilbage til oversigt

10. Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering

Tilsynsførende gennemgår instruks for medicinhåndtering med ledelsen og interviewer personalet om de kender og følger instruksen. Den skriftlige instruks beskriver

medicinhåndtering, som personale udfører som medhjælp for den ordinerende læge.

Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

10a. Ved gennemgang af instruksen skal det fremgå, hvordan:

- - personalet kontrollerer, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
 - personalegruppernes kompetence er i forhold til medicinhåndtering
 - proceduren for dokumentation er af medicinordinationer
 - personalet sikrer identifikation af patienten og patientens medicin
 - medicin dispenseres
 - dosisdispenseret medicin håndteres
 - det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres korrekt efter ordination bl.a. intravenøs indgift af antibiotika, kemoterapi etc.
 - personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger, herunder håndtering af håndkøbslægemiddel, kosttilskud, telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse og ophør af medicin
 - personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger om den medicinske behandling, herunder opfølgning efter gennemgang og revision af den ordinerede medicin samt aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning

10b. personalet er interviewet, om de kender og følger instruksen, jf. ovennævnte.

Referencer:

[Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

↑Tilbage til oversigt

11: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på at vurdere, om den opfylder følgende:

- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår dato for ordinationen (dag, måned, år) og/eller seponering.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår den aktuelt ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår behandlingsindikationer for den medicinske behandling.
- Der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (for eksempel tabletter, mikstur) og styrke.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgift af fast medicin.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn.-medicin.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

[Veiledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Veiledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen 2011](#)

↑Tilbage til oversigt

12: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende medicinhåndtering og medicinopbevaring

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på at vurdere, om den opfylder kravene for dokumentation af medicinhåndtering og medicinopbevaring.

Administration af medicin skal ske på grundlag af identifikation af patienten, enten ved navn og personnummer eller fødselsdato og -år eller ved sikker genkendelse.

Ved gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vurderes det, at der ved medicinbehandling er opfyldt følgende:

- Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæske/poserne.
- Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning.
- Dispenseret pn.-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato.
- Doseringssæsker og andre beholdere med dispenseret medicin skal være mærket med patientens navn og personnummer.
- Medicinen skal opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.
- Hver enkelt patients medicin skal opbevares adskilt fra de øvrige patients medicin.
- Aktuell medicin skal opbevares adskilt fra ikke aktuell medicin.
- Holdbarhedsdatoen – på patienternes medicin og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling – må ikke være overskredet.
- Der skal være anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning.
- Det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår.

Referencer:

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

↑Tilbage til oversigt

13: Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf

Tilsynsførende interviewer personalet med henblik på at vurdere, at der forefindes adrenalin ved injektionsbehandling, med mindre den ordinerende læge har vurderet at dette ikke er nødvendigt.

Ligeledes vurderes det ved interview, om personalet har de fornødne kompetencer til vurdering af behov for indgift af adrenalin.

Referencer:

[Veiledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Ophævelse af vejledning til hjemmesygeplejeordninger om behandling af akut allergisk shock med injektion af adrenalin, Sundhedsstyrelsen, 2017](#)

↑Tilbage til oversigt

Patienters retsstilling

14: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med fokus på:

14a. samtykkekompetence/handleevne: Det skal fremgå, om patienten er vurderet til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling.
Hvis det er pårørende/væрге, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå.

•

14b. informeret samtykke: Det skal derefter fremgå, at der er indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakten til den behandlingsansvarlige læge. Derudover skal det fremgå, at der er indhentet informeret samtykke til behandling fra patienten eller den stedfortrædende.

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1188 af 24. september 2016 \(Kapitel 5: Patienters medinddragelse i beslutninger\)](#)

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., BEK nr. 665 af 14. september 1998](#)

[Veiledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Veiledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998](#)

[Veiledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](#)

[Veiledning om patienters/beboers retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, VEJ nr. 10409 af 20. december 2007](#)

↑Tilbage til oversigt

Hygiejne

15: Interview om procedurer for hygiejne

Tilsynsførende interviewer ledelse/medarbejdere om procedurer for hygiejne.

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for hygiejne, der beskriver relevante og forsvarlige arbejdsgange, samt at personalet er instrueret i og følger disse, med henblik på at sikre forebyggelse af risici for infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v.

Ved interview afklares, hvordan personalet forebygger infektioner og spredning af smitsomme sygdomme. Der er særlig fokus på håndhygiejne og relevant brug af arbejdsdragt og værnemidler, fx handsker for at minimere risiko for smitte mellem patienter og mellem patienter og personale.

Referencer:

[Autorisationsloven, LBK nr. 990 af 18. august 2017, kapitel 5, § 17. Omhu og samvittighedsfuldhed](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2016](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2013](#)

[Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, Sundhedsstyrelsen 2011](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

Øvrige fund

16: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven \(§ 213 og § 215 b\) LBK nr. 1188 af 24. september 2016](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet. Tilsynet omfatter alle offentlige og private institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling af autoriserede sundhedspersoner eller af personer, der handler på deres ansvar (fx på bosteder).

Det gælder alle behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner¹ udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient².

BAGGRUND

Den 1. januar 2017 blev Styrelsen for Patientsikkerheds frekvensbaserede tilsyn omlagt til et risikobaseret tilsyn³. Det indebærer, at styrelsen ved tilrettelæggelsen af tilsyn og læringsaktiviteter overordnet lægger vægt på indsatsområder og behandlingssteder, hvor der kan være risiko for patientsikkerheden og tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper. Styrelsen udvælger behandlingssteder⁴ til tilsyn, dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden⁵, dels på stikprøvebasis som led i afdækningen af risikoprofilen for forskellige typer af behandlingssteder.

Årets tema for styrelsens tilsynsbesøg i 2018 er medicinhandling og overgange i patientforløb. Temaet udgør hovedfokus ved tilsynet for behandlingssteder, hvor det er relevant. Derudover vurderes generelle forhold som journalføring og hygiejne.

Formålet med tilsynsbesøget er at vurdere patientsikkerheden på behandlingsstedet. Desuden har tilsynet til formål at sikre læring hos sundhedspersonalet. Materialer med relevans for årets tilsyn kan findes på styrelsens hjemmeside under [Det risikobaserede tilsyn](#). Der er desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som kan tilgås på hjemmesiden under [Spørgsmål og svar](#).

¹ Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

² Se sundhedsloven § 5.

³ Omlægningen af tilsynet er sket med udgangspunkt i Politisk aftale af 16. februar 2016 vedr. risikobaseret tilsyn med behandlingssteder samt lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om ændring af autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love.

⁴ Se sundhedsloven § 213, stk. 2

⁵ Se sundhedsloven § 213, stk. 2

Tilsynet

Tilsynsbesøget sker normalt efter varslings af behandlingsstedet 6 uger før besøget. Styrelsen for Patientsikkerhed eller personer, som styrelsen har bemyndiget til at udføre tilsynet, har til enhver tid, som led i tilsynet, adgang til at inspicere behandlingsstedet mod behørig legitimation og uden retskendelse⁶. Styrelsen kan kræve oplysninger af personalet på behandlingssteder, der er nødvendige som led i tilsynet. Personalet har pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger⁷.

Tilsynsbesøgene tager dels udgangspunkt i en række generelle målepunkter, dels i målepunkter, som er specifikke for typen af behandlingssted. Alle målepunkter for tilsynet kan ses på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside www.stps.dk under [Målepunkter](#). Målepunkterne fokuserer på, om patientsikkerheden er tilgodeset på behandlingsstedet, og om patientrettighederne er overholdt. Det fremgår af målepunkterne, hvilke skriftlige instrukser, procedurer, journalindhold mv., der vil blive lagt vægt på.

Styrelsen undersøger ved tilsynsbesøget, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt⁸. Herudover reagerer styrelsen på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden.

Behandlingsstedet modtager efter tilsynsbesøget et udkast af rapporten i høring (partshøring) med en høringsfrist på normalt 3 uger. Der er i høringsperioden altid mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Desuden skal behandlingsstedet, hvis det er relevant, fremsende materiale i henhold til eventuelle henstillinger om handleplan eller krav med påbud.

Efter høringsperioden vurderer styrelsen den handleplan eller anden dokumentation, som eventuelt er fremsendt, og indskriver en konklusion efter partshøring. Det tilføjes i rapporten, hvorvidt styrelsen har modtaget materiale, som bevirker, at behandlingsstedet nu har opfyldt målepunkterne. Styrelsen tager efter høringen stilling til, om tilsynet skal give anledning til, at behandlingsstedet får en henstilling eller eventuelt et påbud, eller om styrelsen kan afslutte tilsynet uden at foretage sig yderligere.

Derefter offentliggøres tilsynet på styrelsens hjemmeside under [Tilsynsrapporter](#).

Behandlingsstedet har pligt til at offentliggøre tilsynsrapporten let tilgængeligt på behandlingsstedets hjemmeside, hvis behandlingsstedet har en hjemmeside. Tilsynsrapporten skal desuden gøres umiddelbart tilgængeligt på behandlingsstedet. Det skal ske i samme periode, som rapporten er offentliggjort på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside⁹.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på styrelsens hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) samt på sundhed.dk¹⁰.

⁶ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

⁷ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1,, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

⁸ Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

⁹ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

¹⁰ Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016.

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende kategorier:

- Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden
- Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden
- Større problemer af betydning for patientsikkerheden
- Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter.

Afhængig af kategoriseringen kan tilsynsbesøg blive fulgt op af henstillinger til behandlingsstedet om at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan behandlingsstedet vil følge op på uopfyldte målepunkter.

Hvis de sundhedsfaglige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud, hvori der opstilles sundhedsfaglige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvist.¹¹

Påbud kan blive fulgt op på forskellig måde afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg¹², fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er behandlingsstedet, der er genstand for tilsynet. Eventuelle fejl og mangler bliver anskuet ud fra et organisatorisk synspunkt. Hvis der konstateres mindre problemer af betydning for patientsikkerheden, har styrelsen mulighed for at reagere ved at give henstilling om at behandlingsstedet skal foretage visse sundhedsmæssige ændringer. Hvis der konstateres større problemer af betydning for patientsikkerheden, får behandlingsstedet et påbud om at opfylde et eller flere krav. Hvis der konstateres kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden, gives der påbud om, at behandlingsstedet helt eller delvist skal indstille virksomheden. Det er ikke et individtilsyn, hvor den enkelte sundhedsperson er genstand for tilsynet.

I helt særlige tilfælde, f.eks. hvor styrelsen under tilsynsbesøget får mistanke om alvorlige kognitive svigt, alkoholmisbrug eller åbenlyse faglige mangler hos en sundhedsperson, kan styrelsen indlede en individtilsynssag. I givet fald opretter styrelsen en separat sag, hvor styrelsen – ligesom i øvrige individtilsynssager – vil oplyse sagen nærmere med indhentning af journaler, redegørelser, inddragelse af sagkyndige og samtale med den pågældende sundhedsperson, som har ret til bisidder. Sanktioner i individtilsynet kan ses på styrelsens hjemmeside. Disse sanktioner kan imidlertid ikke komme på tale som resultat af et organisationstilsyn, idet der er tale om en anden lovgivning.

¹¹ Se sundhedsloven § 215 b

¹² Se sundhedsloven § 213, stk. 1



Tilsynsrapport Plejecenter Virumgård

Risikobaseret, planlagt tilsyn med plejehjem,
2018

**Plejecenter Virumgård
Sennepsmarken 1**

2830 Virum

CVR- eller P-nummer: 1003270950

Dato for tilsynet: 23-05-2018

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9011-2176/2

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for patientsikkerhed har i partshøringsperioden, af den 27. juni 2018, modtaget ændringer til de faktuelle forhold i rapporten samt en handleplan. Ændringerne er skrevet ind i rapporten, men giver ikke anledning til ændringer i vurderingen efter tilsyn. Handleplanen er vurderet og opfylder styrelsens anmodninger. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 23. maj 2018 vurderet at behandlingsstedet indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på de forhold, der er gennemgået ved det aktuelle tilsyn.

Styrelsen har ved vurderingen lagt væk på at der var systematik og gode procedurer i praksis (jævnfør kapitel 3) og at alle målepunkter vedrørende sundhedsfaglige instrukser, hygiejne og patientrettigheder blev vurderet til at være opfyldt. Plejecenteret og kommunen havde igennem det sidste 1.1½ år udarbejdet nye eller revideret eksisterende sundhedsfaglige instrukser. De blev forevist styrelsen ved tilsynet, men plejecenteret afventede ledelsens endelige godkendelse som ville finde sted 1½ uge efter tilsynet, før de nye instrukser kunne implementeres på plejecenteret.

Personalet kendte patienternes helbreds-mæssige problemer og ressourcer godt, og kunne mundtligt redegøre for disse og for aftaler om opfølgning og kontrol hos de behandlende læger, men fik ikke altid dokumenteret dette systematisk, overskueligt og fyldestgørende. Der er i vurderingen lagt vægt på at manglerne i journalføringen ikke var gennemgående i flere stikprøver. Alle patienter havde fået korrekt medicin, men såvel i dokumentationen som i håndtering og opbevaring af den ordinerede medicin fandtes mangler der var gennemgående i flere stikprøver. En enkelt mangel i medicinhåndteringen blev straks korrigeret ved tilsynet af personalet. Endvidere besluttede ledelsen, hvordan plejecenteret fremadrettet vil adskille patienters medicin, som blev opbevaret i et fælles køleskab, tydeligt fra de øvrige patienters medicin i køleskabet.

Styrelsen har, som ovenfor nævnt lagt vægt på, at behandlingsstedet i praksis havde god systematik og gode procedurer samt at der målepunkterne indenfor instrukser, hygiejne og patientrettigheder blev vurderet til at være opfyldt. Samtidig vurderes det at der er konstateret mangler indenfor medicinhåndteringen, som vurderes at være i et omfang, der kræver en handleplan. Det vurderes dog, at der samlet set er tale om

mindre problemer af betydning for patientsikkerheden. Det er samtidig styrelsens vurdering, at plejecenteret kan rette op på disse forhold ved, at plejecenteret følger den rådgivning der er givet under tilsynet og ved at udarbejde en handlingsplan for medicinbehandling og følge dennes indhold.

Sammenfatning af fund

På baggrund af observationer, interview og journalgennemgang skal følgende fremhæves:

Der blev i alt fundet mangler under 6 målepunkter der udløste 10 henstillinger.

Der blev fundet mangler i ét målepunkt under behandlingsstedets organisering i to stikprøver, i tre målepunkter under faglige fokuspunkter som ikke var gennemgående i flere stikprøver samt i to målepunkter under medicinbehandling som var gennemgående i to eller tre stikprøver. Manglerne udløste fire henstillinger vedrørende systematik og indhold i den sundhedsfaglige journalføring samt seks henstillinger vedrørende dokumentation og håndtering af den ordinerede medicin.

Detaljerede fund kan ses i oversigten: Fund ved tilsynet

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed henstiller følgende:

- At formelle krav til journalføring er overholdt (målepunkt 2).
- At det fremgår, hvilke aftaler der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap (målepunkt 6).
- At den sundhedsfaglige dokumentation som minimum skal indeholde beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling. Denne skal opdateres ved ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstand (målepunkt 7).
- At den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme (målepunkt 8).
- At præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten (målepunkt 11)
- At der er angivet enkeltdosis og maksimal døgndosis for p.n. medicin (målepunkt 11)
- At medicinlisten føres systematisk og entydigt (målepunkt 11)
- At doseringsæsker/-posere mærkes med patientens navn og personnummer (målepunkt 12)
- At den enkelte patients medicin opbevares adskilt fra de øvrige patients medicin (målepunkt 12)
- At der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning (målepunkt 12)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at plejecenteret opfylder ovenstående henstillinger.

Styrelsen anmoder om at få tilsendt eventuelle bemærkninger til rapporten. Der skal desuden indsendes en handleplan for, hvordan ovenstående henstillinger under målepunkt 11 og 12 bliver opfyldt.

Handleplanen bedes fremsendt indenfor 3 uger.

2. Fund ved tilsynet

[↑Tilbage til vurdering](#)

Behandlingsstedets organisering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1:	<u>Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold</u>	x			Der fandtes instruks som var nyligt revideret og plejecenteret afventede endelig godkendelse af ledelsen før den nye instruks kunne implementeres.
2:	<u>Journalgennemgang vedrørende formelle krav til journalføring</u>		x		I to af tre stikprøver var dokumentationen på enkelte områder ikke så systematisk og overskuelig, at det var let for personalet og få overblik over oplysningerne. Det drejede sig eksempelvis om at en oprettet handleplan ikke var afsluttet efter behandlingens ophør, og at oplysningerne i helhedsbeskrivelsen efterfølgende ikke var opdaterede. Desuden var dokumentationen vedrørende patientens helbredsproblemer i forhold til cirkulation og kredsløb og den iværksatte pleje – og behandlingsindsats, ikke overskuelig. Oplysningerne skulle findes flere steder, eksempelvis under omsorgsnoter, i helhedsbeskrivelsen eller i en oprettet handleplan.

Faglige fokuspunkter

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3:	<u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke og smittsomme sygdomme</u>	x			
4a:	<u>Gennemgang af instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Instruks opfylder krav</u>	x			

4b:	<u>Interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
5:	<u>Interview vedrørende samarbejde med den behandlingsansvarlige læge</u>	x			
6:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		x		I en af tre stikprøver manglede der en fyldestgørende beskrivelse af, hvilke aftaler der var indgået med de behandlingsansvarlige læger i forhold til tilbagevendende urinvejsproblemer og psykiatrisk sygdom.
7:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		x		I en af tre stikprøver manglede beskrivelse af patientens tilbagevendende problemer med høreelse og den iværksatte indsats. Personalet kunne mundtligt redegøre for deres og lægens behandling, men havde ikke beskrevet dette i den sundhedsfaglige dokumentation.
8:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		x		I en af tre stikprøver manglede fyldestgørende beskrivelse af symptom-billedet i forbindelse med patientens psykiatriske lidelse, herunder også beskrivelse af ændringer i patientens tilstand som følge af urinvejsinfektion.

Medicinhåndtering

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9a: <u>Gennemgang af instruks for rammedelegation. Instruks opfylder krav</u>			x	
9b: <u>Interview om instruks for rammedelegation. Personalet kender og følger instruksen</u>			x	
10a: <u>Gennemgang af instruks for medicinhåndtering. Instruks opfylder krav</u>	x			

10b	<u>Interview om instruks for medicinhåndtering. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
11:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		x		I alle tre stikprøver var der enkeltstående mangler i dokumentationen af den ordinerede medicin. Eksempelvis manglede korrekt handelsnavn på et enkelt præparat og der manglede maksimal døgndosis på et enkelt p.n. præparat. Endvidere var medicinlisten ikke ført systematisk for et enkelt håndkøbspræparat. Det drejede sig om øredråber som ikke fremgik på den lokale p.n. medicinliste, selvom det efter ordination af lægen, skulle gives af personalet nogle dage før behandling hos lægen.
12:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende medicinhåndtering og medicinopbevaring</u>		x		I to af tre stikprøver var der enkelte mangler i håndtering af medicinen. Der manglede label med patientens navn og ordination på et åbnet inhalationspræparat, dette blev straks korigeret af personalet ved tilsynet. Endvidere manglede anbrudsdato på et inhalationspræparat med begrænset holdbarhed efter anbrud. I én stikprøve blev et af patientens præparater opbevaret i et fælles køleskab i medicinrummet, men præparatet var ikke klart adskilt fra de øvrige patienters medicin. Ledelsen tog ved tilsynet straks beslutning om hvordan problemet skulle løses, således at patienters medicin i køleskabet, fremadrettet var klart adskilt fra de øvrige patienters medicin.
13:	<u>Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf</u>	x			

Patientens retsstilling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14a <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling: samtykkekompetence/handleevne</u>	x			

14b	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling: informeret samtykke</u>	x			
-----	--	---	--	--	--

Hygiejne

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
15: <u>Interview om behandlingsstedet har en procedure for hygiejne</u>	x			

Øvrige fund

Målepunkt	Ingen fund	Fund og kommentarer
16: <u>Øvrige fund med patientsikkerheds-mæssige risici</u>	x	

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

Tilsynet fandt sted på Plejecenter Virumgård, som er et kommunalt plejecenter i Lyngby Tårnbæk Kommune. Områdeleder for Plejecenter Virumgård og Plejecenter Solgården, Kirsten Espenhein, oplyste, at der på Plejecenter Virumgård var plads 122 beboere fordelt i 3 huse. Kirsten Espenhein oplyste endvidere, at der fra 1. august 2018 vil ske en omorganisering på ledelsesniveau, således, at hun udelukkende skal være plejecenterleder af Solgården, og at der samtidigt ville blive ansat en ny plejecenterleder for Virumgård.

Det blev endvidere oplyst at:

- der aktuelt var to assisterende områdeledere på Virumgård som var ledere for alle tre huse, men at deres stillingsbetegnelse fra 1.1.2018 bliver "Afdelingsleder" og at der samtidigt bliver ansat en ekstra afdelingsleder, således at der bliver én afdelingsleder for hvert af de tre huse
- der var ca. 108 medarbejdere, udover ledelsesgruppen, fordelt på social-og sundhedshjælpere, social-og sundhedsassistenter(20) og sygeplejersker(7)
- der var sygeplejersker på vagt dag og aften og social- og sundhedsassistenter samt social - og sundhedshjælpere på vagt hele døgnet
- personalet ved behov kunne kontakte kommunens vagtcentral, som var bemandet med sygeplejerske der kunne køre ud til opgaver hele døgnet.
- hvis beboere blev akut syge, kunne personalet kontakte de specialuddannede sygeplejersker fra det mobile akutteam
- der til ét af de tre huse, er 25 beboere fast tilknyttet plejehjemslæger, som kommer én gang om måneden og efter behov for at tilse borgerne
- at plejecenteret gerne ville have fast tilknyttede læger til alle tre huse, men havde svært ved at rekruttere interesserede læger
- alle beboeres helbredstilstand blev triageret (risikovurderet) fast to gange om ugen og ved behov
- sygeplejerskerne gennemførte intern egenkontrol på medicinhåndteringen på tværs af de tre huse, ved at tage stikprøvekontrol på 1 ud af hver 30. beboer
- resultaterne af egenkontrollen på medicinhåndtering og erfaringerne fra analyserne af utilsigtede hændelser blev drøftet med alt personale én gang om måneden med henblik på fælles læring
- det var planlagt, at der skulle gennemføres hygiejneaudit inden sommerferien 2018
- det var planen at der i 2019 skulle gennemføres et kompetenceudviklingsprogram i palliativ pleje
- kommunen havde besluttet at de social-og sundhedshjælpere der ønskede det, efter sommerferien 2018, ville få mulighed for at tage uddannelse som social-og sundhedsassistent med fuld løn under uddannelsen.

Om tilsynet

- Dokumentation for tre patienter blev gennemgået.
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund givet til Kirsten Espenhein, områdeleder, Lene Slot, assisterende områdeleder, en udviklingssygeplejerske og en projektleder/risikomanager fra kommunen.
- Tilsynet blev foretaget af Marianne Olander, sygeplejefaglig konsulent.

4. Bilag

Uddybning af målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1: Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold

Tilsynsførende interviewer ledelsen om ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper.

Ved interview af ledelsen er der fokus på:

- beskrivelse af kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper, herunder vikarer
- brugen af delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, herunder rammedelegationer på behandlingsstedet.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

↑Tilbage til oversigt

Journalføring

2: Journalgennemgang vedrørende formelle krav til journalføring

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere journalføringen.

Ved journalgennemgang fokuseres på, om:

- notaterne er daterede, om patientens navn og personnummer fremgår og at det tydeligt fremgår, hvem der har udarbejdet notatet

- notaterne er skrevet på dansk, fraset eventuel faglig terminologi
- notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige at orientere sig i, herunder om autoriserede sundhedspersoner kan forstå udrednings- og behandlingsforløbet samt diagnoser, såfremt de foreligger
- teksten er meningsfuld ved anvendelse af eventuelle standardskabeloner (fraser)
- det tydeligt fremgår af den elektroniske journal, hvad der evt. foreligger på papir
- notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

↑Tilbage til oversigt

Faglige fokuspunkter

3. Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke og smitsomme sygdomme

Tilsynsførende interviewer ledelsen og relevant personale vedrørende procedure for håndtering af pludselig opstået sygdom/ulykke og smitsomme sygdomme. Det er ledelsens ansvar at sikre, at personalet har kompetencer til at forholde sig i forbindelse med pludselig opstået sygdom/ulykke og smitsomme sygdomme hos patienter.

Referencer:

[Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

↑Tilbage til oversigt

4. Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling

Tilsynsførende gennemgår instruks for fravalg af livsforlængende behandling med ledelsen og interviewer personalet om de kender og følger instruksen. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

4a. Ved gennemgang af instruksen skal det fremgå:

- hvordan og hvornår personalet skal anmode om en lægelig vurdering af patienterne med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling
- hvem der i den konkrete sammenhæng anses for at være den behandlingsansvarlige læge
- hvilke procedurer behandlingsstedet har for inddragelse af patient og eventuelt nærmeste pårørende (såfremt patienten ønsker det) forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge
- hvorhenne den behandlingsansvarlige læges vurdering samt beslutning om fravalg af livsforlængende behandling, journalføres.
-

4b. Personalet er interviewet, om de kender og følger instruksen, jf. ovennævnte punkter.

Referencer:

[Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

[Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling, uden for sygehuse, VEJ nr. 9025 af 17. januar 2014](#)

↑Tilbage til oversigt

5. Interview vedrørende samarbejde med den behandlingsansvarlige læge

Tilsynsførende interviewer ledelse og relevant personale med henblik på at vurdere deres samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Det er ledelsens ansvar at sikre, at der foreligger aftaler omkring behandling og kontrol af kroniske sygdomme.

Referencer:

[Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

↑Tilbage til oversigt

6: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over

patienters sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår en oversigt over patienternes aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal revideres ved ændringer i patientens helbreds-tilstand.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af de aftaler om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap, som er indgået med de behandlingsansvarlige læger. Denne beskrivelse skal revideres ved ændringer i patienternes tilstand og/eller ændring af aftalerne.

Herunder særligt ved patienter med diabetes

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse af aftaler om kontrol af:

- blodsukkermålinger
- blodtryk
- opfølgning på ordination på baggrund af blodprøvesvar
- Opfølgning på evt. senkomplikationer.

Herunder særligt ved patienter med skizofreni og samtidig somatisk sygdom

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder, hvor hjemmesygeplejen er involveret:

- aftaler om opfølgning på den antipsykotiske behandling, og herunder hvem der er den behandlingsansvarlige læge
- aftaler om behandling af og opfølgning på misbrugsbehandling og samtidig behandling af somatisk sygdom, som fx diabetes og hjertekarsygdomme.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014](#)

[Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr. 10375 af 28. december 2016](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

7: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på, om der som minimum fremgår en beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling. Denne skal opdateres ved ændringer i patienternes helbreds-mæssige tilstand.

Ved gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation fokuseres på, om følgende aktuelle eller potentielle problemområder er fagligt vurderet og dokumenteret i relevant omfang:

- funktionsniveau, fx evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (*Activities of Daily Living*)
- bevægeapparat, fx behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens
- ernæring, fx under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning
- hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv, fx. muskler, hår og negle
- kommunikation, fx evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen
- psykosociale forhold, fx arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed. Vejlede i og spørge til livsstilsproblemer, misbrug og mestring
- respiration og cirkulation, fx luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls
- seksualitet, fx samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler
- smerter og sanseindtryk, fx akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse
- søvn og hvile, fx faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile
- viden og udvikling, fx behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt, hukommelse
- udskillelse af affaldsstoffer, fx inkontinens, obstipation, diarré.

Herunder særligt ved patienter med diabetes

- beskrivelse af symptomer på hypo- og hyperglykæmi

- beskrivelse af regulering af diabetes, herunder tegn på begyndende/eksisterende senkomplikationer
- beskrivelse af behov for mund- og tandpleje samt eventuelt behov for kontakt til omsorgstandpleje/tandlæge.

Herunder særligt ved patienter med skizofreni og samtidig somatisk sygdom

- beskrivelse af ændringer i symptombillede og sindstilstand, der kræver kontakt til den behandlingsansvarlige læge
- beskrivelse af ændringer i vejtrækningsmønstre, øget træthed som følge af bivirkninger til den antipsykotiske behandling, og herunder risiko for at udvikle fx hjertekar sygdomme og diabetes
- Beskrivelse af ændringer i bevidsthedsniveau og misbrugsmønstre.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014](#)

[Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr. 10375 af 28. december 2016](#)

↑Tilbage til oversigt

8: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår beskrivelse af pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlingsansvarlige

læge.

Herunder specifikt ved patienter med diabetes

- Der er taget kontakt til den behandlingsansvarlige læge efter patientens samtykke ved mistanke om begyndende udvikling af hypo- og hyperglykæmi og diabetiske senkomplikationer.
- Det bør fremgå, hvad det acceptable behandlingsniveau er for den specifikke patient, ordineret af den behandlingsansvarlige læge
- Det bør fremgå, hvilke forebyggende indsatser der er planlagt og udført i forhold til senkomplikationer, samt hvad der er planlagt og udført i forhold til opfølgningen herpå.
- det bør fremgå, at der er taget stilling til og informeret om relevante rehabiliterings-/sundhedstilbud for diabetes patienten.
- Det bør fremgå, at information om kommunale rehabiliterings-/sundhedstilbud, sker ved sygdomsdebut og løbende, med henblik på at igangsætte tilbud, når patienten er motiveret.

Herunder specifikt ved patienter med skizofreni og samtidig somatisk sygdom

- Sundhedspersonalet har taget kontakt til en læge ved ændringer i patientens bevidsthedsniveau, eller ændringer i et misbrugsmønster.
- Sundhedspersonalet har taget kontakt til en læge ved ændringer i fx kardielle symptomer eller symptomer på diabetes.
- Sundhedspersonalet har taget kontakt til en læge ved observation eller mistanke om ændring af sindstilstand.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014](#)

[Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr. 10375 af 28. december 2016](#)

[Sundhedsstyrelsen - National Klinisk Retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsat-](#)

[ser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes, 2015](#)

[Sundhedsstyrelsen 2017 - Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2 diabetes](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

Medicinhåndtering

9: Gennemgang af og interview om instruks for rammedelegation

Tilsynsførende gennemgår instruks for rammedelegation for lægeforbeholdt virksomhedsområde med ledelsen og interviewer personalet, om de kender og følger instruks. Instruksen skal foreligge på de behandlingssteder, hvor personalet udfører lægeforbeholdt virksomhed.

9a. Ved gennemgang af instruksen skal følgende fremgå:

- at omfang, og håndtering af rammedelegation er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt.
-

9b. Personalet er interviewet, om de kender og følger instruksen, jf. ovennævnte punkt.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

10. Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering

Tilsynsførende gennemgår instruks for medicinhåndtering med ledelsen og interviewer personalet om de kender og følger instruksen. Den skriftlige instruks beskriver medicin-

håndtering, som personale udfører som medhjælp for den ordinerende læge.

Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

10a. Ved gennemgang af instruksen skal det fremgå, hvordan:

- - personalet kontrollerer, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
 - personalegruppernes kompetence er i forhold til medicinhåndtering
 - proceduren for dokumentation er af medicinordinationer
 - personalet sikrer identifikation af patienten og patientens medicin
 - medicin dispenseres
 - dosisdispenseret medicin håndteres
 - det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres korrekt efter ordination bl.a. intravenøs indgift af antibiotika, kemoterapi etc.
 - personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger, herunder håndtering af håndkøbslægemiddel, kosttilskud, telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse og ophør af medicin
 - personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger om den medicinske behandling, herunder opfølgning efter gennemgang og revision af den ordinerede medicin samt aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning

10b. personalet er interviewet, om de kender og følger instruksen, jf. ovennævnte.

Referencer:

[Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

↑Tilbage til oversigt

11: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på at vurdere, om den opfylder følgende:

- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår dato for ordinationen (dag, måned, år) og/eller seponering.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår den aktuelt ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår behandlingsindikationer for den medicinske behandling.
- Der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (for eksempel tabletter, mikstur) og styrke.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgift af fast medicin.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn.-medicin.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen 2011](#)

↑ [Tilbage til oversigt](#)

12: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende medicinhåndtering og medicinopbevaring

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på at vurdere, om den opfylder kravene for dokumentation af medicinhåndtering og medicinopbevaring.

Administration af medicin skal ske på grundlag af identifikation af patienten, enten ved navn og personnummer eller fødselsdato og -år eller ved sikker genkendelse.

Ved gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vurderes det, at der ved medicinbehandling er opfyldt følgende:

- Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne/poserne.
- Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning.
- Dispenseret pn.-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato.
- Doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin skal være mærket med patientens navn og personnummer.
- Medicinen skal opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.
- Hver enkelt patients medicin skal opbevares adskilt fra de øvrige patients medicin.
- Aktuell medicin skal opbevares adskilt fra ikke aktuell medicin.
- Holdbarhedsdatoen – på patienternes medicin og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling – må ikke være overskredet.
- Der skal være anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning.
- Det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår.

Referencer:

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

13: Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf

Tilsynsførende interviewer personalet med henblik på at vurdere, at der forefindes adrenalin ved injektionsbehandling, med mindre den ordinerende læge har vurderet at dette ikke er nødvendigt.

Ligeledes vurderes det ved interview, om personalet har de fornødne kompetencer til vurdering af behov for indgift af adrenalin.

Referencer:

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Ophævelse af vejledning til hjemmesygeplejeordninger om behandling af akut allergisk shock med injektion af adrenalin, Sundhedsstyrelsen, 2017](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

Patients retsstilling

14: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patients retsstilling

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med fokus på:

- 14a. **samtykkekompetence/handleevne:** Det skal fremgå, om patienten er vurderet til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling. Hvis det er pårørende/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå.

•

- 14b. **informeret samtykke:** Det skal derefter fremgå, at der er indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakten til den behandlingsansvarlige læge. Derudover skal det fremgå, at der er indhentet informeret samtykke til behandling fra patienten eller den stedfortrædende.

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1188 af 24. september 2016 \(Kapitel 5: Patients medinddragelse i beslutninger\)](#)

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#)

[Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., BEK nr. 665 af 14. september 1998](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998](#)

[Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](#)

[Vejledning om patienters/beboers retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, VEJ nr. 10409 af 20. december 2007](#)

↑[Tilbage til oversigt](#)

Hygiejne

15: Interview om procedurer for hygiejne

Tilsynsførende interviewer ledelse/medarbejdere om procedurer for hygiejne.

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for hygiejne, der beskriver relevante og forsvarlige arbejdsgange, samt at personalet er instrueret i og følger disse, med henblik på at sikre forebyggelse af risici for infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v.

Ved interview afklares, hvordan personalet forebygger infektioner og spredning af smitsomme sygdomme. Der er særlig fokus på håndhygiejne og relevant brug af arbejdsdragt og værnemidler, fx handsker for at minimere risiko for smitte mellem patienter og mellem patienter og personale.

Referencer:

[Autorisationsloven, LBK nr. 990 af 18. august 2017, kapitel 5, § 17. Omhu og samvittighedsfuldhed](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2016](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2013](#)

[Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, Sundhedsstyrelsen 2011](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

Øvrige fund

16: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven \(§ 213 og § 215 b\) LBK nr. 1188 af 24. september 2016](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet. Tilsynet omfatter alle offentlige og private institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling af autoriserede sundhedspersoner eller af personer, der handler på deres ansvar (fx på bosteder).

Det gælder alle behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner¹ udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient².

BAGGRUND

Den 1. januar 2017 blev Styrelsen for Patientsikkerheds frekvensbaserede tilsyn omlagt til et risikobaseret tilsyn³. Det indebærer, at styrelsen ved tilrettelæggelsen af tilsyn og læringsaktiviteter overordnet lægger vægt på indsatsområder og behandlingssteder, hvor der kan være risiko for patientsikkerheden og tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper. Styrelsen udvælger behandlingssteder⁴ til tilsyn, dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden⁵, dels på stikprøvebasis som led i afdækningen af risikoprofilen for forskellige typer af behandlingssteder.

Årets tema for styrelsens tilsynsbesøg i 2018 er medicinhandling og overgange i patientforløb. Temaet udgør hovedfokus ved tilsynet for behandlingssteder, hvor det er relevant. Derudover vurderes generelle forhold som journalføring og hygiejne.

Formålet med tilsynsbesøget er at vurdere patientsikkerheden på behandlingsstedet. Desuden har tilsynet til formål at sikre læring hos sundhedspersonalet. Materialer med relevans for årets tilsyn kan findes på styrelsens hjemmeside under [Det risikobaserede tilsyn](#). Der er desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som kan tilgås på hjemmesiden under [Spørgsmål og svar](#).

¹ Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

² Se sundhedsloven § 5.

³ Omlægningen af tilsynet er sket med udgangspunkt i Politisk aftale af 16. februar 2016 vedr. risikobaseret tilsyn med behandlingssteder samt lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om ændring af autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love.

⁴ Se sundhedsloven § 213, stk. 2

⁵ Se sundhedsloven § 213, stk. 2

Tilsynet

Tilsynsbesøget sker normalt efter varslings af behandlingsstedet 6 uger før besøget. Styrelsen for Patientsikkerhed eller personer, som styrelsen har bemyndiget til at udføre tilsynet, har til enhver tid, som led i tilsynet, adgang til at inspicere behandlingsstedet mod behørig legitimation og uden retskendelse⁶. Styrelsen kan kræve oplysninger af personalet på behandlingssteder, der er nødvendige som led i tilsynet. Personalet har pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger⁷.

Tilsynsbesøgene tager dels udgangspunkt i en række generelle målepunkter, dels i målepunkter, som er specifikke for typen af behandlingssted. Alle målepunkter for tilsynet kan ses på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside www.stps.dk under Målepunkter. Målepunkterne fokuserer på, om patientsikkerheden er tilgodeset på behandlingsstedet, og om patientrettighederne er overholdt. Det fremgår af målepunkterne, hvilke skriftlige instrukser, procedurer, journalindhold mv., der vil blive lagt vægt på.

Styrelsen undersøger ved tilsynsbesøget, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt⁸. Herudover reagerer styrelsen på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden.

Behandlingsstedet modtager efter tilsynsbesøget et udkast af rapporten i høring (partshøring) med en høringsfrist på normalt 3 uger. Der er i høringsperioden altid mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Desuden skal behandlingsstedet, hvis det er relevant, fremsende materiale i henhold til eventuelle henstillinger om handleplan eller krav med påbud.

Efter høringsperioden vurderer styrelsen den handleplan eller anden dokumentation, som eventuelt er fremsendt, og indskrifter en konklusion efter partshøring. Det tilføjes i rapporten, hvorvidt styrelsen har modtaget materiale, som bevirker, at behandlingsstedet nu har opfyldt målepunkterne. Styrelsen tager efter høringen stilling til, om tilsynet skal give anledning til, at behandlingsstedet får en henstilling eller eventuelt et påbud, eller om styrelsen kan afslutte tilsynet uden at foretage sig yderligere.

Derefter offentliggøres tilsynet på styrelsens hjemmeside under Tilsynsrapporter.

Behandlingsstedet har pligt til at offentliggøre tilsynsrapporten let tilgængeligt på behandlingsstedets hjemmeside, hvis behandlingsstedet har en hjemmeside. Tilsynsrapporten skal desuden gøres umiddelbart tilgængeligt på behandlingsstedet. Det skal ske i samme periode, som rapporten er offentliggjort på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside⁹.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på styrelsens hjemmeside under Påbud til behandlingssteder samt på sundhed.dk¹⁰.

⁶ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

⁷ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

⁸ Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

⁹ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

¹⁰ Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016.

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende kategorier:

- 0. Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden
- 1. Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden
- 2. Større problemer af betydning for patientsikkerheden
- 3. Kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter.

Afhængig af kategoriseringen kan tilsynsbesøg blive fulgt op af henstillinger til behandlingsstedet om at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan behandlingsstedet vil følge op på uopfyldte målepunkter.

Hvis de sundhedsfaglige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud, hvori der opstilles sundhedsfaglige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvist.¹¹

Påbud kan blive fulgt op på forskellig måde afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg¹², fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er behandlingsstedet, der er genstand for tilsynet. Eventuelle fejl og mangler bliver anskuet ud fra et organisatorisk synspunkt. Hvis der konstateres mindre problemer af betydning for patientsikkerheden, har styrelsen mulighed for at reagere ved at give henstilling om at behandlingsstedet skal foretage visse sundhedsmæssige ændringer. Hvis der konstateres større problemer af betydning for patientsikkerheden, får behandlingsstedet et påbud om at opfylde et eller flere krav. Hvis der konstateres kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden, gives der påbud om, at behandlingsstedet helt eller delvist skal indstille virksomheden. Det er ikke et individtilsyn, hvor den enkelte sundhedsperson er genstand for tilsynet.

I helt særlige tilfælde, f.eks. hvor styrelsen under tilsynsbesøget får mistanke om alvorlige kognitive svigt, alkoholmisbrug eller åbenlyse faglige mangler hos en sundhedsperson, kan styrelsen indlede en individtilsynssag. I givet fald opretter styrelsen en separat sag, hvor styrelsen – ligesom i øvrige individtilsynssager – vil oplyse sagen nærmere med indhentning af journaler, redegørelser, inddragelse af sagkyndige og samtale med den pågældende sundhedsperson, som har ret til bisidder. Sanktioner i individtilsynet kan ses på styrelsens hjemmeside. Disse sanktioner kan imidlertid ikke komme på tale som resultat af et organisationstilsyn, idet der er tale om en anden lovgivning.

¹¹ Se sundhedsloven § 215 b

¹² Se sundhedsloven § 213, stk. 1



Endelig tilsynsrapport Hjemmeplejen Virumgård

Risikobaseret, planlagt tilsyn med plejehjem,
hjemmepleje, hjemmesygepleje og
akutfunktion 2018

**Hjemmeplejen Virumgård
Sennepsmarken 1**

2830 Virum

CVR- eller P-nummer: 1019046148

Dato for tilsynet: 23-10-2018

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9011-2649/2

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i parthøringsperioden modtaget få bemærkninger til rapporten som efterfølgende er tilrettet samt en handleplan for tilgængelighed til patientjournalen for vikarer. Styrelsen afslutter hermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 23. oktober 2018 vurderet, at behandlingsstedet indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på de forhold, der er gennemgået ved det aktuelle tilsyn. Ved tilsynet fremstod Hjemmeplejen Virumgård sundhedsfagligt velorganiseret med gode procedurer og høj grad af systematik.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at målepunkterne vedrørende instrukser var opfyldt, mens målepunkterne vedr. dokumentation var delvist opfyldt.

Vikarer har ikke adgang til at læse og notere i patientens journal, hvilket gør det vanskeligt at håndtere en eventuel akut situation hurtigt og relevant.

Styrelsen fandt få og spredte mangler i relation til medicin håndtering. Manglerne vurderes let at kunne udbedres. Styrelsen vurderer således, at der er tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden.

Det er Styrelsens vurdering, at behandlingsstedet vil være i stand til at rette op på de anførte problemer ud fra en handleplan og den rådgivning, der er givet under tilsynet.

Sammenfatning af fund

På baggrund af observationer, interview og journalgennemgang skal følgende fremhæves:

Ved tilsynet var 4 ud af 19 målepunkter ikke opfyldt.

Vikarer har ikke adgang til at læse eller dokumentere i patientens journal.

I to ud af otte målepunkter vedr. Faglige fokuspunkter var der ikke opfyldelse. I to ud af tre stikprøver manglede beskrivelse af aktuelle og potentielle problemstillinger.

I to ud af syv målepunkter vedr. medicin håndtering var der ikke målopfyldelse. I en stikprøve fremgik ikke aktuel handelsnavn og i 2 stikprøver var holdbarhedsdatoen overskredet på medicin som patienten selv administrerede.

Detaljerede fund kan ses i oversigten: Fund ved tilsynet

Henstillinger.

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed henstiller følgende

- Notaterne skal være tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen (målepunkt 2).
- At den sundhedsfaglige dokumentation som minimum skal indeholde beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling. Denne skal opdateres ved ændringer i patienternes helbreds mæssige tilstand (målepunkt 7).
- At præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten (målepunkt 11)
- At der ikke opbevares medicin med udløbet holdbarhedsdato eller sterilvarer med overskredet udløbsdato (målepunkt 12)

Styrelsen anmoder om, at eventuelle bemærkninger til rapporten bliver fremsendt tre uger efter modtagelsen af denne.

Der skal desuden indsendes en handleplan for, hvordan patientjournalen bliver tilgængelig for vikarer.

Handleplanen bedes fremsendt indenfor 3 uger.

2. Fund ved tilsynet

[↑Tilbage til vurdering](#)

Behandlingsstedets organisering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1:	<u>Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold</u>	X			
2:	<u>Journalgennemgang vedrørende formelle krav til journalføring</u>		X		Vikarer har ikke adgang til at læse eller dokumentere i journalen. Ved tidligere tilsyn i Lyngby-Taarbæk Kommune, fandt man, at vikarer ikke har adgang til at læse og notere i patientens journal, hvilket gør det vanskeligt at håndtere en eventuel akut situation hurtigt og relevant. Samme problemstilling er gældende i Hjemmeplejen Virumgård. Ledelsen oplyste, at der er arbejdet på en plan som effektueres primo 2019. Denne skal sikre adgang for vikarer samt opfylde krav til datasikkerheden.

Faglige fokuspunkter

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3:	<u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke og smitsomme sygdomme</u>	X			
4a:	<u>Gennemgang af instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Instruks opfylder krav</u>	X			
4b:	<u>Interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Personalet kender og følger</u>	X			

	<u>instruksen</u>				
5:	<u>Interview vedrørende samarbejde med den behandlingsansvarlige læge</u>	X			
6:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>	X			
7:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		I en af tre stikprøver manglede beskrivelse af patientens problemer i relation til depression og ordineret hjertemedicin. I en af tre stikprøver manglede beskrivelse af patientens problemer i relation til ordineret sovemedicin.
8:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>	X			

Medicinhåndtering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9a:	<u>Gennemgang af instruks for rammedelegation. Instruks opfylder krav</u>	X			
9b:	<u>Interview om instruks for rammedelegation. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
10a:	<u>Gennemgang af instruks for medicinhåndtering. Instruks opfylder krav</u>	X			
10b:	<u>Interview om instruks for medicinhåndtering. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			

11:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		I en af tre stikprøver fremgik aktuel handelsnavn ikke af medicinlisten for 2 præparater.
12:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende medicin håndtering og medicinopbevaring</u>		X		I to af tre stikprøver var holdbarhedsdatoen overskredet på henholdsvis 1 og 2 præparater som patientens selv administrerede.
13:	<u>Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf</u>	X			

Patientens retsstilling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14a	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling: samtykkekompetence/handleevne</u>	X		
14b	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling: informeret samtykke</u>	X		

Hygiejne

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
15:	<u>Interview om behandlingsstedet har en procedure for hygiejne</u>	X		

Øvrige fund

Målepunkt	Ingen	Fund og kommentarer
-----------	-------	---------------------

		fund	
16:	Øvrige fund med patientsikkerheds- mæssige risici	X	

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Hjemmeplejen Virumgård varetager opgaver efter både Serviceloven og Sundhedsloven. Der er ansat 4 sygeplejersker, 6 social-og sundhedsassistenter og 20 social – og sundhedshjælpere. Hjemmeplejen Virumgård varetager plejen/sygeplejen til ca. 250 borgere i dagtiden på hverdage og i weekenden. Aften og nat varetages opgaverne af en samlet enhed, der dækker hele kommunen.
- Hjemmeplejen Virumgård har for nyligt implementeret Fælles Sprog III.

Om tilsynet

- Dokumentation for tre patienter blev gennemgået.
- Ved tilsynet deltog afdelingsleder af hjemmeplejen Virumgård Karsten Sørensen, hjemmeplejechef Elsebeth Schønning, udviklingssygeplejerske Kristina Bartolin, afdelingsleder Charlotte Holde Østerby samt to sygeplejersker.
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund givet til ovenstående deltagere.
- Tilsynet blev foretaget af: oversygeplejerske Helle Mahler, oversygeplejerske Annemarie Rohrberg, og oversygeplejerske Lone Teglbjærg

4. Bilag

Uddybning af målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1: Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold

Tilsynsførende interviewer ledelsen om ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper.

Ved interview af ledelsen er der fokus på:

- beskrivelse af kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper, herunder vikarer
- brugen af delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, herunder rammedelegationer på behandlingsstedet.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

Journalføring

2: Journalgennemgang vedrørende formelle krav til journalføring

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere journalføringen.

Ved journalgennemgang fokuseres på, om:

- notaterne er daterede, om patientens navn og personnummer fremgår og at det tydeligt fremgår, hvem der har udarbejdet notatet

- notaterne er skrevet på dansk, fraset eventuel faglig terminologi
- notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige at orientere sig i, herunder om autoriserede sundhedspersoner kan forstå udrednings- og behandlingsforløbet samt diagnoser, såfremt de foreligger
- teksten er meningsfuld ved anvendelse af eventuelle standardskabeloner (fraser)
- det tydeligt fremgår af den elektroniske journal, hvad der evt. foreligger på papir
- notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

↑Tilbage til oversigt

Faglige fokuspunkter

3. Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke og smitsomme sygdomme

Tilsynsførende interviewer ledelsen og relevant personale vedrørende procedure for håndtering af pludselig opstået sygdom/ulykke og smitsomme sygdomme. Det er ledelsens ansvar at sikre, at personalet har kompetencer til at forholde sig i forbindelse med pludselig opstået sygdom/ulykke og smitsomme sygdomme hos patienter.

Referencer:

[Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

↑Tilbage til oversigt

4. Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling

Tilsynsførende gennemgår instruks for fravalg af livsforlængende behandling med ledelsen og interviewer personalet om de kender og følger instruksen. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

4a. Ved gennemgang af instruksen skal det fremgå:

- hvordan og hvornår personalet skal anmode om en lægelig vurdering af patienterne med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling
- hvem der i den konkrete sammenhæng anses for at være den behandlingsansvarlige læge
- hvilke procedurer behandlingsstedet har for inddragelse af patient og eventuelt nærmeste pårørende (såfremt patienten ønsker det) forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge
- hvorhenne den behandlingsansvarlige læges vurdering samt beslutning om fravalg af livsforlængende behandling, journalføres.
-

4b. Personalet er interviewet, om de kender og følger instruksen, jf. ovennævnte punkter.

Referencer:

[Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

[Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling, uden for sygehuse, VEJ nr. 9025 af 17. januar 2014](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

5. Interview vedrørende samarbejde med den behandlingsansvarlige læge

Tilsynsførende interviewer ledelse og relevant personale med henblik på at vurdere deres samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Det er ledelsens ansvar at sikre, at der foreligger aftaler omkring behandling og kontrol af kroniske sygdomme.

Referencer:

[Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

6: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår en oversigt over patienternes aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af de aftaler om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap, som er indgået med de behandlingsansvarlige læger. Denne beskrivelse skal revideres ved ændringer i patienternes tilstand og/eller ændring af aftalerne.

Herunder særligt ved patienter med diabetes

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse af aftaler om kontrol af:

- blodsuktermålinger
- blodtryk
- opfølgning på ordination på baggrund af blodprøvesvar
- opfølgning på evt. senkomplikationer.

Herunder særligt ved patienter med skizofreni og samtidig somatisk sygdom

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder, hvor hjemmesygeplejen er involveret:

- aftaler om opfølgning på den antipsykotiske behandling, og herunder hvem der er den behandlingsansvarlige læge
- aftaler om behandling af og opfølgning på misbrugsbehandling og samtidig behandling af somatisk sygdom, som fx diabetes og hjertekarsygdomme.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med](#)

[psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014](#)

[Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr. 10375 af 28. december 2016](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

7: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på, om der som minimum fremgår en beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling. Denne skal opdateres ved ændringer i patienternes helbreds-mæssige tilstand.

Ved gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation fokuseres på, om følgende aktuelle eller potentielle problemområder er fagligt vurderet og dokumenteret i relevant omfang:

- funktionsniveau, fx evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (*Activites of Daily Living*)
- bevægeapparat, fx behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens
- ernæring, fx under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning
- hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv, fx. muskler, hår og negle
- kommunikation, fx evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen
- psykosociale forhold, fx arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed. Vejlede i og spørge til livsstilsproblemer, misbrug og mestring
- respiration og cirkulation, fx luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls
- seksualitet, fx samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler
- smerter og sanseindtryk, fx akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse
- søvn og hvile, fx faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile
- viden og udvikling, fx behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt, hukommelse
- udskillelse af affaldsstoffer, fx inkontinens, obstipation, diarré.

Herunder særligt ved patienter med diabetes

- beskrivelse af symptomer på hypo- og hyperglykæmi
- beskrivelse af regulering af diabetes, herunder tegn på begyndende/eksisterende senkomplikationer
- beskrivelse af behov for mund- og tandpleje samt eventuelt behov for kontakt til omsorgstandpleje/tandlæge.

Herunder særligt ved patienter med skizofreni og samtidig somatisk sygdom

- beskrivelse af ændringer i symptombillede og sindstilstand, der kræver kontakt til den behandlingsansvarlige læge
- beskrivelse af ændringer i vejrtrækningsmønstre, øget træthed som følge af bivirkninger til den antipsykotiske behandling, og herunder risiko for at udvikle fx hjertekar sygdomme og diabetes
- beskrivelse af ændringer i bevidsthedsniveau og misbrugsmønstre.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014](#)

[Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr. 10375 af 28. december 2016](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

8: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuell pleje og behandling, opfølgning og evaluering

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår beskrivelse af pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlingsansvarlige læge.

Herunder specifikt ved patienter med diabetes

- Der er taget kontakt til den behandlingsansvarlige læge efter patientens samtykke ved mistanke om begyndende udvikling af hypo- og hyperglykæmi og diabetiske senkomplikationer.
- Det bør fremgå, hvad det acceptable behandlingsniveau er for den specifikke patient, ordineret af den behandlingsansvarlige læge
- Det bør fremgå, hvilke forebyggende indsatser der er planlagt og udført i forhold til senkomplikationer, samt hvad der er planlagt og udført i forhold til opfølgningen herpå.
- det bør fremgå, at der er taget stilling til og informeret om relevante rehabiliterings-/sundhedstilbud for diabetes patienten.
- Det bør fremgå, at information om kommunale rehabiliterings-/sundhedstilbud, sker ved sygdomsdebut og løbende, med henblik på at igangsætte tilbud, når patienten er motiveret.

Herunder specifikt ved patienter med skizofreni og samtidig somatisk sygdom

- Sundhedspersonalet har taget kontakt til en læge ved ændringer i patientens bevidsthedsniveau, eller ændringer i et misbrugsmønster.
- Sundhedspersonalet har taget kontakt til en læge ved ændringer i fx kardielle symptomer eller symptomer på diabetes.
- Sundhedspersonalet har taget kontakt til en læge ved observation eller mistanke om ændring af sindstilstand.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014](#)

[Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr 10375 af 28. december 2016](#)

[Sundhedsstyrelsen - National Klinisk Retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes, 2015](#)

[Sundhedsstyrelsen 2017 - Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2 diabetes](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

Medicinhåndtering

9: Gennemgang af og interview om instruks for rammedelegation

Tilsynsførende gennemgår instruks for rammedelegation for lægeforbeholdt virksomhedsområde med ledelsen og interviewer personalet, om de kender og følger instruks. Instruksen skal foreligge på de behandlingssteder, hvor personalet udfører lægeforbeholdt virksomhed.

9a. Ved gennemgang af instruksen skal følgende fremgå:

- at omfang, og håndtering af rammedelegation er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt.
-

9b. Personalet er interviewet, om de kender og følger instruksen, jf. ovennævnte punkt.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

10. Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering

Tilsynsførende gennemgår instruks for medicinhåndtering med ledelsen og interviewer personalet om de kender og følger instruksen. Den skriftlige instruks beskriver

medicinhåndtering, som personale udfører som medhjælp for den ordinerende læge.

Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

10a. Ved gennemgang af instruksen skal det fremgå, hvordan:

- - personalet kontrollerer, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
 - personalegruppernes kompetence er i forhold til medicinhåndtering
 - proceduren for dokumentation er af medicinordinationer
 - personalet sikrer identifikation af patienten og patientens medicin
 - medicin dispenseres
 - dosisdispenseret medicin håndteres
 - det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres korrekt efter ordination bl.a. intravenøs indgift af antibiotika, kemoterapi etc.
 - personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger, herunder håndtering af håndkøbslægemiddel, kosttilskud, telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse og ophør af medicin
 - personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger om den medicinske behandling, herunder opfølgning efter gennemgang og revision af den ordinerede medicin samt aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning

10b. personalet er interviewet, om de kender og følger instruksen, jf. ovennævnte.

Referencer:

[Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

↑Tilbage til oversigt

11: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på at vurdere, om den opfylder følgende:

- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår dato for ordinationen (dag, måned, år) og/eller seponering.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår den aktuelt ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår behandlingsindikationer for den medicinske behandling.
- Der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (for eksempel tabletter, mikstur) og styrke.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgift af fast medicin.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn.-medicin.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen 2011](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

12: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende medicinhåndtering og medicinopbevaring

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på at vurdere, om den opfylder kravene for dokumentation af medicinhåndtering og medicinopbevaring.

Administration af medicin skal ske på grundlag af identifikation af patienten, enten ved navn og personnummer eller fødselsdato og -år eller ved sikker genkendelse.

Ved gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vurderes det, at der ved medicinhåndtering er opfyldt følgende:

- Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæske/poserne.
- Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning.
- Dispenseret pn.-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato.
- Doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin skal være mærket med patientens navn og personnummer.
- Medicinen skal opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.
- Hver enkelt patients medicin skal opbevares adskilt fra de øvrige patients medicin.
- Aktuel medicin skal opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin.
- Holdbarhedsdatoen – på patienternes medicin og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling – må ikke være overskredet.
- Der skal være anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning.
- Det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår.

Referencer:

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

13: Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf

Tilsynsførende interviewer personalet med henblik på at vurdere, at der forefindes adrenalin ved injektionsbehandling, med mindre den ordinerende læge har vurderet at dette ikke er nødvendigt.

Ligeledes vurderes det ved interview, om personalet har de fornødne kompetencer til vurdering af behov for indgift af adrenalin.

Referencer:

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Ophævelse af vejledning til hjemmesygeplejeordninger om behandling af akut allergisk shock med injektion af adrenalin, Sundhedsstyrelsen, 2017](#)

↑Tilbage til oversigt

Patienters retsstilling

14: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med fokus på:

14a. samtykkekompetence/handleevne: Det skal fremgå, om patienten er vurderet til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling.
Hvis det er pårørende/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå.

•

14b. informeret samtykke: Det skal derefter fremgå, at der er indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakten til den behandlingsansvarlige læge. Derudover skal det fremgå, at der er indhentet informeret samtykke til behandling fra patienten eller den stedfortrædende.

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1188 af 24. september 2016 \(Kapitel 5: Patienters medinddragelse i beslutninger\)](#)

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., BEK nr. 665 af 14. september 1998](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998](#)

[Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](#)

[Vejledning om patienters/beboers retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, VEJ nr. 10409 af 20. december 2007](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

Hygiejne

15: Interview om procedurer for hygiejne

Tilsynsførende interviewer ledelse/medarbejdere om procedurer for hygiejne.

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for hygiejne, der beskriver relevante og forsvarlige arbejdsgange, samt at personalet er instrueret i og følger disse, med henblik på at sikre forebyggelse af risici for infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v.

Ved interview afklares, hvordan personalet forebygger infektioner og spredning af smitsomme sygdomme. Der er særlig fokus på håndhygiejne og relevant brug af arbejdsdragt og værnemidler, fx handsker for at minimere risiko for smitte mellem patienter og mellem patienter og personale.

Referencer:

[Autorisationsloven, LBK nr. 990 af 18. august 2017, kapitel 5, § 17. Omhu og samvittighedsfuldhed](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2016](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2013](#)

[Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, Sundhedsstyrelsen 2011](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

Øvrige fund

16: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven \(§ 213 og § 215 b\) LBK nr. 1188 af 24. september 2016](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet. Tilsynet omfatter alle offentlige og private institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling af autoriserede sundhedspersoner eller af personer, der handler på deres ansvar (fx på bosteder).

Det gælder alle behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner¹ udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient².

BAGGRUND

Den 1. januar 2017 blev Styrelsen for Patientsikkerheds frekvensbaserede tilsyn omlagt til et risikobaseret tilsyn³. Det indebærer, at styrelsen ved tilrettelæggelsen af tilsyn og læringsaktiviteter overordnet lægger vægt på indsatsområder og behandlingssteder, hvor der kan være risiko for patientsikkerheden og tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper. Styrelsen udvælger behandlingssteder⁴ til tilsyn, dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden⁵, dels på stikprøvebasis som led i afdækningen af risikoprofilen for forskellige typer af behandlingssteder.

Årets tema for styrelsens tilsynsbesøg i 2018 er medicinhandling og overgange i patientforløb. Temaet udgør hovedfokus ved tilsynet for behandlingssteder, hvor det er relevant. Derudover vurderes generelle forhold som journalføring og hygiejne.

Formålet med tilsynsbesøget er at vurdere patientsikkerheden på behandlingsstedet. Desuden har tilsynet til formål at sikre læring hos sundhedspersonalet. Materialer med relevans for årets tilsyn kan findes på styrelsens hjemmeside under [Det risikobaserede tilsyn](#). Der er desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som kan tilgås på hjemmesiden under [Spørgsmål og svar](#).

¹ Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

² Se sundhedsloven § 5.

³ Omlægningen af tilsynet er sket med udgangspunkt i Politisk aftale af 16. februar 2016 vedr. risikobaseret tilsyn med behandlingssteder samt lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om ændring af autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love.

⁴ Se sundhedsloven § 213, stk. 2

⁵ Se sundhedsloven § 213, stk. 2

Tilsynet

Tilsynsbesøget sker normalt efter varslings af behandlingsstedet 6 uger før besøget. Styrelsen for Patientsikkerhed eller personer, som styrelsen har bemyndiget til at udføre tilsynet, har til enhver tid, som led i tilsynet, adgang til at inspicere behandlingsstedet mod behørig legitimation og uden retskendelse⁶. Styrelsen kan kræve oplysninger af personalet på behandlingssteder, der er nødvendige som led i tilsynet. Personalet har pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger⁷.

Tilsynsbesøgene tager dels udgangspunkt i en række generelle målepunkter, dels i målepunkter, som er specifikke for typen af behandlingssted. Alle målepunkter for tilsynet kan ses på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside www.stps.dk under [Målepunkter](#). Målepunkterne fokuserer på, om patientsikkerheden er tilgodeset på behandlingsstedet, og om patientrettighederne er overholdt. Det fremgår af målepunkterne, hvilke skriftlige instrukser, procedurer, journalindhold mv., der vil blive lagt vægt på.

Styrelsen undersøger ved tilsynsbesøget, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt⁸. Herudover reagerer styrelsen på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden.

Behandlingsstedet modtager efter tilsynsbesøget et udkast af rapporten i høring (partshøring) med en høringsfrist på normalt 3 uger. Der er i høringsperioden altid mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Desuden skal behandlingsstedet, hvis det er relevant, fremsende materiale i henhold til eventuelle henstillinger om handleplan eller krav med påbud.

Efter høringsperioden vurderer styrelsen den handleplan eller anden dokumentation, som eventuelt er fremsendt, og indskriver en konklusion efter partshøring. Det tilføjes i rapporten, hvorvidt styrelsen har modtaget materiale, som bevirker, at behandlingsstedet nu har opfyldt målepunkterne. Styrelsen tager efter høringen stilling til, om tilsynet skal give anledning til, at behandlingsstedet får en henstilling eller eventuelt et påbud, eller om styrelsen kan afslutte tilsynet uden at foretage sig yderligere.

Derefter offentliggøres tilsynet på styrelsens hjemmeside under [Tilsynsrapporter](#).

Behandlingsstedet har pligt til at offentliggøre tilsynsrapporten let tilgængeligt på behandlingsstedets hjemmeside, hvis behandlingsstedet har en hjemmeside. Tilsynsrapporten skal desuden gøres umiddelbart tilgængeligt på behandlingsstedet. Det skal ske i samme periode, som rapporten er offentliggjort på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside⁹.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på styrelsens hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) samt på sundhed.dk¹⁰.

⁶ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

⁷ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1., jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

⁸ Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

⁹ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

¹⁰ Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016.

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende kategorier:

- Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden
- Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden
- Større problemer af betydning for patientsikkerheden
- Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter.

Afhængig af kategoriseringen kan tilsynsbesøg blive fulgt op af henstillinger til behandlingsstedet om at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan behandlingsstedet vil følge op på uopfyldte målepunkter.

Hvis de sundhedsfaglige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud, hvori der opstilles sundhedsfaglige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvist.¹¹

Påbud kan blive fulgt op på forskellig måde afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg¹², fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er behandlingsstedet, der er genstand for tilsynet. Eventuelle fejl og mangler bliver anskuet ud fra et organisatorisk synspunkt. Hvis der konstateres mindre problemer af betydning for patientsikkerheden, har styrelsen mulighed for at reagere ved at give henstilling om at behandlingsstedet skal foretage visse sundhedsmæssige ændringer. Hvis der konstateres større problemer af betydning for patientsikkerheden, får behandlingsstedet et påbud om at opfylde et eller flere krav. Hvis der konstateres kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden, gives der påbud om, at behandlingsstedet helt eller delvist skal indstille virksomheden. Det er ikke et individtilsyn, hvor den enkelte sundhedsperson er genstand for tilsynet.

I helt særlige tilfælde, f.eks. hvor styrelsen under tilsynsbesøget får mistanke om alvorlige kognitive svigt, alkoholmisbrug eller åbenlyse faglige mangler hos en sundhedsperson, kan styrelsen indlede en individtilsynssag. I givet fald opretter styrelsen en separat sag, hvor styrelsen – ligesom i øvrige individtilsynssager – vil oplyse sagen nærmere med indhentning af journaler, redegørelser, inddragelse af sagkyndige og samtale med den pågældende sundhedsperson, som har ret til bisidder. Sanktioner i individtilsynet kan ses på styrelsens hjemmeside. Disse sanktioner kan imidlertid ikke komme på tale som resultat af et organisationstilsyn, idet der er tale om en anden lovgivning.

¹¹ Se sundhedsloven § 215 b

¹² Se sundhedsloven § 213, stk. 1



Tilsynsrapport Plejecenter Solgården

**Risikobaseret planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens
§§ 83-87**

**Plejecenter Solgården
Virumvej 125**

2830 Virum

CVR- eller P-nummer: 1003271106

Dato for tilsynet: 11-10-2018

**Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9514-11/1**

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Plejecenteret Solgården alment plejecenter med 98 boliger heraf seks boliger til ægtepar og to midlertidige pladser. Solgården er opført som fire enkeltstående huse i tre etager med åbne havearealer. Et af husene med afskærmede udearealer fungerer som særskilt demensenhed
- Den daglige ledelse varetages af Plejecenterleder Kirsten Espenhein
- På plejecenteret arbejder social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter samt sygeplejersker. Solgården fungerer som uddannelsessted for social- og sundhedsselever og sygeplejestuderende
- Derudover er der samarbejde med ergoterapeuter og fysioterapeuter fra kommunens sundhedscenter samt to musikterapeuter, der deles med andre plejehjem i kommunen
- Musikterapeuterne arbejder individuelt og gruppebaseret med at understøtte og synliggøre beboernes ressourcer med henblik på at forebygge ensomhed og isolation ved hjælp af sang og musik samt andre former for musikoplevelser i hverdagen
- I tilknytning til plejecenteret er der tandklinik, fodterapeut og frisør
- Derudover er tilknyttet et korps af frivillige, der eksempelvis bistår ved udflugter med Solgårdens bus, som cykelpiloter og ved aktiviteter som for eksempelvis erindringsdans og som besøgsvenner
- To af Solgårdens fire huse havde på tilsynsdagen fast tilknyttet læge.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået to journaler
- Der blev interviewet tre borgere
 - Der blev foretaget fokusgruppeinterview med ledelsen Plejecenterleder Kirsten Espenhein
 - 3 afdelingsledere
 - Risikomanager (observatør)
 - Udviklingssygeplejerske (observatør)

Der blev foretaget fokusgruppeinterview med seks medarbejdere

2 social- og sundhedshjælpere

2 social- og sundhedsassistenter

- 2 sygeplejersker
- Der blev foretaget observation i forbindelse med deltagelse i middagsmåltidet
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til Plejecenterleder Kirsten Espenhein, de øvrige deltagende ledere og medarbejdere fra Solgården samt risikomanager og udviklingssygeplejerske fra Center for Sundhed og Omsorg i Lyngby-Taarbæk Kommune
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulent, fysioterapeut Trine Gisselmann og tilsynskonsulent, oversygeplejerske Anne Marie Glennung.

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i partshøringsperioden ikke modtaget bemærkninger.

Styrelsen vurderer hermed tilsynet for værende afsluttet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 11. oktober 2018 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien

Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Det er styrelsens samlede vurdering, at der ingen problemer er af betydning af betydning for den fornødne kvalitet på plejeenheden.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at plejeenheden virkede velorganiseret, med gode daglige procedurer og en grad af systematik og strukturer, der også fremadrettet giver mulighed for faglig refleksion, fælles videndeling og læring.

Nedenstående er en tematisk fremstilling af baggrunden for den samlede vurdering:

1. Selvbestemmelse og livskvalitet herunder en værdig død

Styrelsen vurderer, at alle målepunkter under dette tema er opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at samtaler med borgere, medarbejdere og ledelse sammenholdt med de observationer, tilsynet gjorde på Solgården, afspejlede en praksis, hvor der tages hensyn til borgernes individuelle ønsker og præferencer til hverdagslivet og livets afslutning, herunder et fast tilbud om palliativ musikterapi.

2. Borgerens trivsel og relationer

Styrelsen vurderer, at alle målepunkter under dette tema er opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at Solgårdens borgere gav udtryk for, at de trivedes i hverdagen og fik støtte til at leve et aktivt hverdagsliv, hvor der både blev skabt mulighed for at fortsætte med betydningsfulde aktiviteter fra tidligere i livet, men at der også var mulighed for nye aktiviteter med afsæt i det, borgeren var optaget af. Samtaler med medarbejdere og ledelse og observationer afspejlede en praksis, hvor borgerne blev støttet i at leve det liv, de ønsker at leve.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen vurderer, at alle målepunkter under dette tema er opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der på plejecenteret blev anvendt relevante metoder i forhold til borgernes funktionsnedsættelser, der blandt andet omfattede borgere med demens og andre kognitive funktionsnedsættelser.

Derudover er der lagt vægt på, at der på plejecenteret blev anvendt relevante metoder til forebyggelse af magtanvendelse. Personcentreret omsorg var et bærende element i den pleje og omsorg, der blev udøvet på Solgården. Dette blev underbygget af samtaler med ledelse, medarbejdere og borgere, observationer samt de beskrivelser, der forelå i omsorgsjournalerne.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen vurderer, at alle målepunkter under dette tema er opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der var en klar ledelsesstrategi for Solgården, hvor ledelse og medarbejdere uafhængigt af hinanden redegjorde for blandt andet den kulturforandring, som implementeringen af personcentreret omsorg har medført. Der var en kultur for at hjælpe hinanden på tværs af husene ved behov, herunder også at trække på specialviden, når der opstår behov for dette. Der var en klar strategi på kompetenceudvikling af medarbejderne, inklusiv deling af ny viden medarbejdergrupper og vagtlag imellem.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen vurderer, at alle målepunkter under dette tema er opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at Solgården havde gode procedurer for dokumentation og overgår i uge 44, 2018 til Fælles Sprog 3. Dokumentationen fremstod samlet set sammenhængende og handlingsanvisende, hvilket vurderes som et godt afsæt for det videre arbejde med implementering af Fælles Sprog 3.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen vurderer, at alle målepunkter under dette tema er opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere redegjorde for en praksis efter principperne om rehabilitering gennem hverdagens aktiviteter, observationer og at udtalelser fra beboere underbyggede dette.

I tilknytning til plejeenheden var et aktivitetscenter, blandt andet med visiterede tilbud til hjemmeboende ældre og åbne tilbud til andre interesserede, som eksempelvis musikarrangementer og årlige højskoleaktiviteter. Beboerne på Solgården havde mulighed for at deltage i aktivitetscenterets tilbud og benytte sig af den tilstødende cafe. Der foregik ligeledes dagligt planlagte aktiviteter i de enkelte huse.

3. Fund ved tilsynet

Tema 1: Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.	X			
B	At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgers livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet.	X			
C	At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt.	X			
D	At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker.	X			
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden.	X			

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning.	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet.	X			

	B2. At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje af borgere ved livets afslutning.	X			
C	C1. At relevante medarbejdere kan redegøre for udførelse af pleje af borgere ved livets afslutning.	X			
	C2. At medarbejdere kan redegøre for, hvordan de fremfinder borgernes ønsker til livets afslutning.	X			

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker	X			
	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov.	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel	X			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at plejeenheden understøtter borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende, samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det.	X			
C	C1. At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i borgernes behov og ønsker for udførelsen af omsorgen og plejen.	X			
	C2. At medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til deres eventuelle pårørende og det omgivende samfund.	X			
D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret.	X			

Tema 3: Målgrupper og metoder

3.1 Borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug og eventuelt pårørende oplever, at den hjælp, omsorg og pleje, borgeren modtager, tager højde for borgerens særlige behov.	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden anvender til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov.	X			
C	At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug.	X			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer.	X			
E	At borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger, og at det afspejles i tone, adfærd og kultur.	X			

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås.	X			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse.	X			
C	At der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange der hos den konkrete borger kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse.	X			

3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand.	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.	X			
C	At medarbejderne kender og arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.	X			
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen.	X			

3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje til borgeren er rettet mod forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne.	X			
B	At ledelsen kan gøre rede for plejeenhedens arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne.	X			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne.	X			
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet.	X			

Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver	X			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, herunder hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere	X			
	A.3 At ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer.	X			
B	At medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen.	X			

Tema 5: Procedurer og dokumentation

5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne	X			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsatser.	X			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.	X			
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet,	X			

	mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger				
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet	X			
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret	X			
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede.	X			

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

6.1 Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter § 83a og hjælp med rehabiliterende sigte efter § 83

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet			X	
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte.			X	
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål	X			
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte.	X			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål, samt arbejdsgangene for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte.	X			
D	D1. At der ved opstart af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en individuel og konkret vurdering, som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål			X	
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet			X	

	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne			X	
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte.			X	

6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgers forløb.	X			
C	At medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.	X			
D	D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb	X			
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret.	X			

6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for dem	X			

	A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter.	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgere tilknyttet plejeenheden og eventuelt pårørende bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger.	X			
C	C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter.	X X			

4. Begrundelse for tilsynet

I satspuljeaftalen for 2018-2021 blev der indgået en aftale om, at Styrelsen for Patientsikkerhed pr. 1. juli 2018 skal føre et risikobaseret tilsyn med den social- og plejefaglige indsats på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder efter servicelovens §§ 83-87 i en forsøgsperiode på fire år¹.

Formålet med tilsynet er at styrke det social- og plejefaglige tilsyn på ældreområdet samt vurdere om den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, den enkelte plejeenhed yder, har den fornødne kvalitet. Formålet er også at bidrage til læring i forhold til den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, der ydes i de enkelte plejeenheder.

I bekendtgørelsen² er der fastlagt følgende seks temaer, som tilsynet skal omfatte i forhold til at afdække den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats:

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død
- Trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedurer og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

På baggrund af de seks temaer, er der udarbejdet 12 målepunkter, som repræsenterer vigtige risikotemaer i forhold til at vurdere den fornødne kvalitet.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er plejeenheden, der er genstand for tilsynet. Eventuelle fejl og mangler bliver anskuet ud fra et organisatorisk synspunkt.

Uddybning af målepunkter samt referencer ligger på styrelsens hjemmeside på dette link:

<https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/social-og-plejefagligt-tilsyn-paa-aeldreomraadet/>

¹¹ <https://www.regeringen.dk/media/4365/satspuljeaftaletekst-paa-aeldreomraadet.pdf>

² Bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med ældreplejen

5. Vurdering af plejeenheden

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

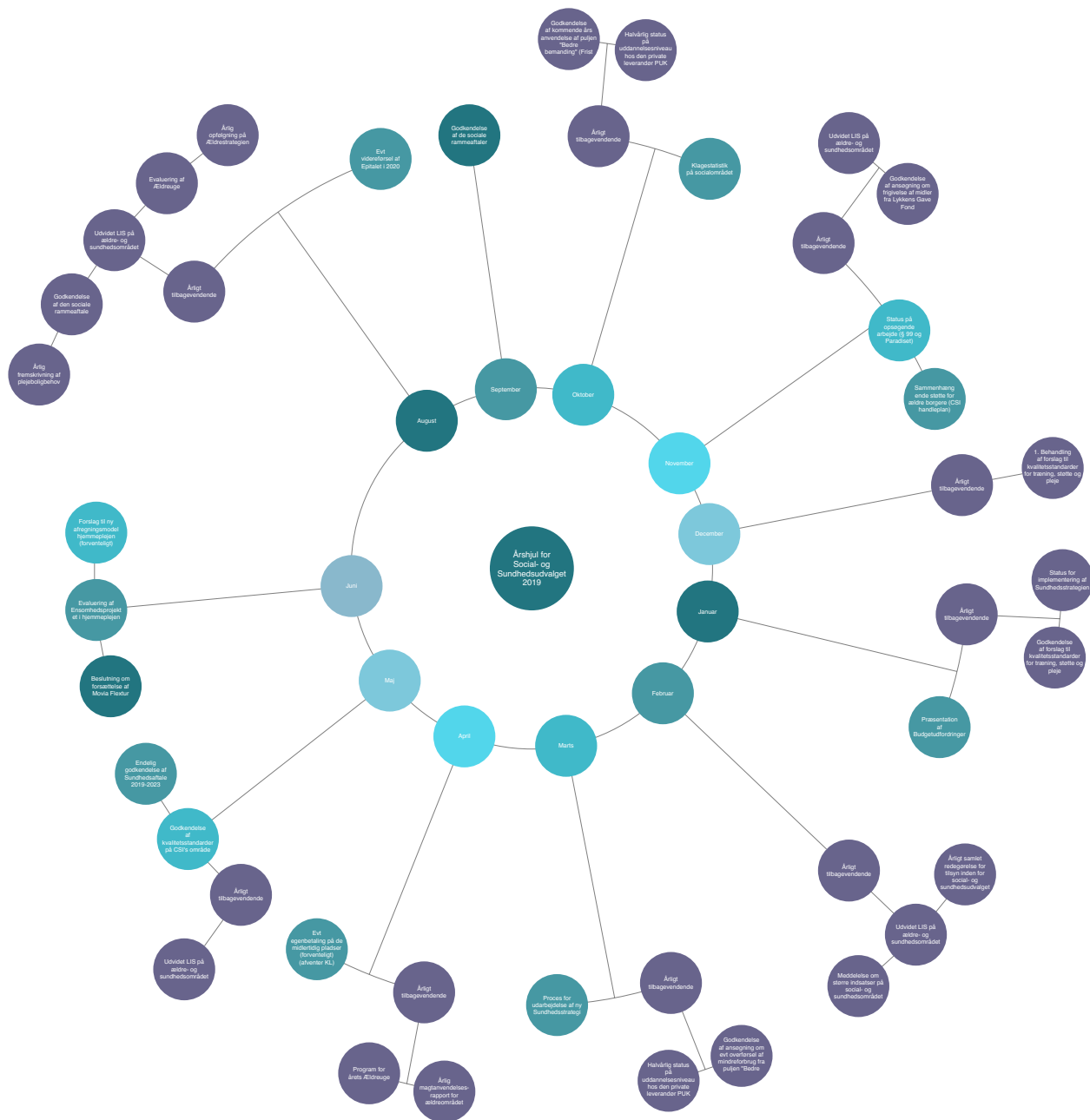
- Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet vurdering af den fornødne kvalitet med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter. Styrelsens vurdering er baseret på de forhold, der var til stede ved det aktuelle tilsyn i forbindelse med de gennemførte interviews med borgere, pårørende, ledelse og medarbejdere samt de foretagne stikprøver af borgeres omsorgsjournaler.

Styrelsen for Patientsikkerhed har forskellige sanktionsmuligheder afhængigt af kategoriseringen for den enkelte plejeenhed.

Hvis der konstateres mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, har styrelsen mulighed for at reagere ved at give en henstilling til plejeenheden om eksempelvis at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan plejeenheden vil følge op på uopfyldte målepunkter. Hvis der konstateres større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, får plejeenheden et påbud om at opfylde et eller flere krav. Hvis der konstateres kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet, gives der påbud om, at plejeenheden helt eller delvist skal indstille virksomheden.

Hvis styrelsen bliver opmærksom på mangler efter sundhedsloven eller anden lovgivning, kan styrelsen give informationen videre til de relevante tilsynsmyndigheder.



Ledelsesinformation

Social- og Sundhedsudvalget februar 2019

Ældre- og sundhedsområdet

Nærværende ledelsesinformation har til formål at give Social- og Sundhedsudvalget et løbende overblik over udviklingen i en række centrale nøgletal på ældre- og sundhedsområdet. Ledelsesinformationen udarbejdes og fremlægges for Social- og Sundhedsudvalget **hver anden måned**.

Ledelsesinformationen indeholder pt. data på følgende områder: ældre, sundhed, styrket ledelseskapacitet og træning og består i februar 2019 af følgende 10 nøgletal:

Ældre

1. Venteliste til plejebolig
2. Andel borgere, der modtager hjemmehjælp

Sundhed

3. Færdigbehandlede dage

Styrket ledelseskapacitet

4. Personaleomsætning
5. Sygefravær
6. Vikarudgifter

Nøgletal, der følges i 2019 som opfølgning på omstillingsproces i træningsenheden

7. Ventetid til ambulant genoptræning efter §140
8. Ventetid fra modtagelse af visitation til ambulant genoptræning efter §86 i træningsenheden til første træningsgang.
9. Antal visitationer til rehabiliteringsforløb efter §83a/§10
10. Udviklingen i antal midlertidige pladser

Følgende nøgletal indgår ikke i ledelsesinformation februar 2019, men forventes at indgå i løbet af 2019:

Sundhed

1. Forebyggelige indlæggelser (afventer data fra Sundhedsdatastyrelsen)
2. Genindlæggelser (afventer data fra Sundhedsdatastyrelsen)
3. Antal visitationer til Sundhedscentret (sundhedsdata er under udvikling. Nøgletallet medtages fra april 2019)

Styrket ledelseskapacitet

4. Tilsyn (medtages 1 -2 gange årligt)

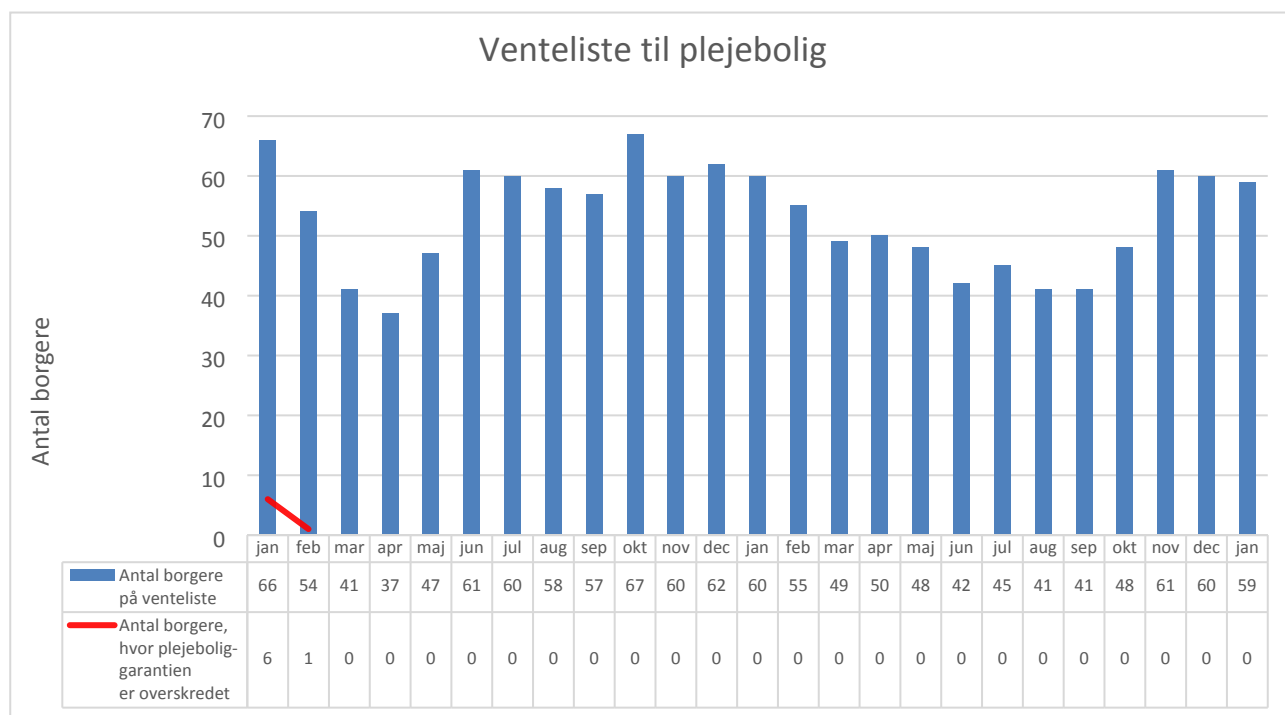
Nøgletal, der følges i 2019 som opfølgning på omstillingsproces i træningsenheden

5. Ventetid til rehabiliteringsforløb efter §83a (afventer ny registreringspraksis i træningsenheden)
6. Aktivitet blandt borgere, der modtager modtagelsespakke (medtages fra april 2019)
7. Prognose for træningsenhedens forbrug (medtages i april 2019)
8. Opdateret prognose for den forventede økonomi ifm. "Hjemmet som udgangspunkt". Prognosen baseres på de leverede indsatser for borgere, som modtager modtagelsesbesøg, holdt op imod forudsætningerne i business casen (medtages i april 2019)

ÆLDRE

1. Venteliste til plejebolig

Figuren viser antal borgere, der venter på en plejebolig, samt antal borgere, hvor plejeboliggarantien er overskredet. Pr. den 1. januar 2018 var der 59 borgere på venteliste, hvoraf ingen havde overskredet plejeboliggarantien. Plejeboliggarantien har ikke været overskredet siden februar 2017. I de første tre kvartaler af 2018 var antallet af borgere på venteliste generelt set faldende, mens antallet var stigende i 4. kvartal 2018.



Kilde: Visitationens registreringer. Ventelisten opgøres pr. den 1. hver måned.

Ved et træk den 9. januar 2019 var der 50 borgere på venteliste. Vedrørende de 50 borgere på venteliste pr. 9. januar 2019:

5 ud af de 50 borgere bor i en plejebolig, men ønsker at flytte til en anden plejebolig i kommunen.

5 af de 50 borgere på venteliste er udenbysborgere, der søger bolig i Lyngby-Taarbæk Kommune. 2 af de 5 udenbysborgere har tidligere afslået en tilbudt bolig i Lyngby-Taarbæk Kommune.

45 af de 50 borgere på venteliste er borgere i Lyngby-Taarbæk Kommune. 10 af de 45 borgere har tidligere modtaget et tilbud om en plejebolig i Lyngby-Taarbæk Kommune, som de har afslået.

Af de 50 borgere på venteliste søger 46 borgere en somatisk bolig, 1 borgere søger en demensbolig og 3 borgere søger en ægteparbolig.

Der er pr. 9. januar 2019 12 borgere, der er omfattet af plejehjemsgarantien.

2. Andel borgere, der modtager hjemmehjælp

Andel 65-79-årige, der modtager hjemmepleje (personlig pleje og praktisk hjælp)

	Gentofte Kommune	Gladsaxe Kommune	Lyngby-Taarbæk Kommune	Rudersdal Kommune
2018 (jan. - okt.)	4,7%	4,7%	5,8%	4,4%

Kilde: (Fælleskommunalt Ledelsesinformationssystem)

Andelen af 65-79-årige, der modtager hjemmehjælp (personlig pleje og/eller praktisk hjælp), var i 2018 (jan.-okt.) 1,1-1,4 procentpoint højere i Lyngby-Taarbæk Kommune end i sammenligningskommunerne.

Andel 80+-årige, der modtager hjemmepleje (personlig pleje og praktisk hjælp)

	Gentofte Kommune	Gladsaxe Kommune	Lyngby-Taarbæk Kommune	Rudersdal Kommune
2018 (jan.- okt.)	29,2%	24,5%	35,7%	28,2%

Kilde: (Fælleskommunalt Ledelsesinformationssystem)

Andelen af 80+-årige, der modtager hjemmehjælp (personlig pleje og/eller praktisk hjælp), var i 2018 (jan.-okt.) 6,5-11,3 procentpoint højere i Lyngby-Taarbæk Kommune end i sammenligningskommunerne.

Sundhed

3. Færdigbehandlede dage

Oversigt over antal færdigbehandlede dage i Lyngby-Taarbæk Kommune 2013-2018:

Antal færdigbehandlingsdage (65+ årige og somatik):													
	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Hele året
2013	73	149	275	236	244	47	25	77	7	15	81	88	1.317
2014	27	19	87	120	103	179	105	102	72	195	247	348	1.604
2015	527	413	270	32	16	35	1	5	0	1	1	3	1.304
2016	15	6	1	9	0	0	0	6	19	36	14	16	122
2017	72	10	0	1	1	5	0	1	0	11	6	44	151
2018	2	10	19	5	12	1	2	1	0	0	0		52

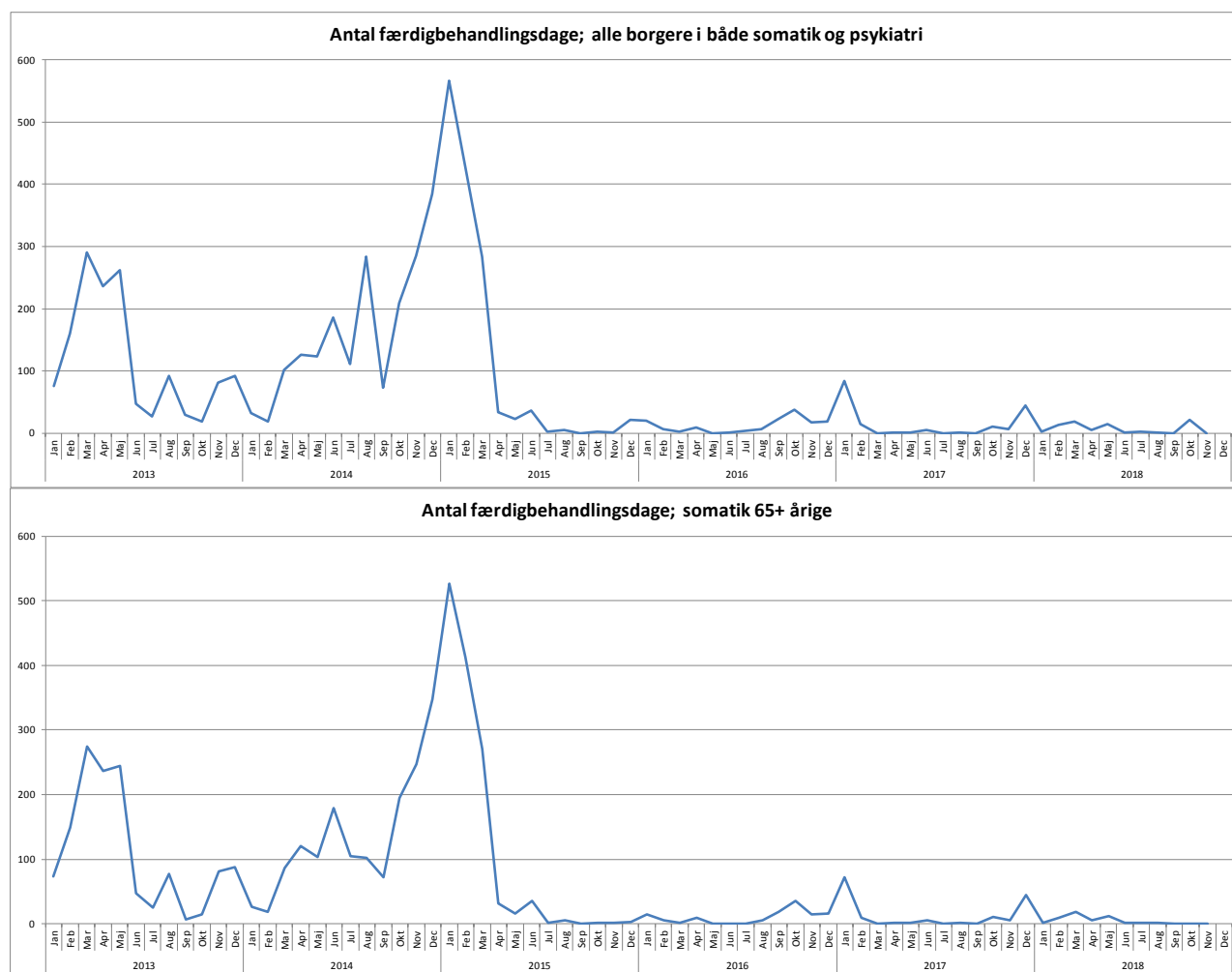
Antal færdigbehandlingsdage (alle aldersgrupper - både somatik og psykiatri):													
	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Hele året
2013	76	160	290	236	262	47	27	92	29	18	81	92	1.410
2014	32	19	101	126	123	186	111	283	73	209	285	384	1.932
2015	566	429	284	33	22	36	2	5	0	2	1	21	1.401
2016	20	6	2	9	0	1	3	6	22	38	17	18	142
2017	84	14	0	1	1	5	0	1	0	11	6	45	168
2018	2	13	19	5	15	1	2	1	0	21	0		79

Oversigt over udgifter til Region Hovedstaden for færdigbehandlede dage i Lyngby-Taarbæk Kommune 2013-2018:

Udgifter til færdigbehandlingsdage (65+ årige og somatik):													
	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Hele året
2013	138.481	282.653	521.675	447.692	462.868	89.159	47.425	146.069	13.279	28.455	153.657	166.936	2.498.349
2014	51.786	36.442	166.866	230.160	197.554	343.322	201.390	195.636	138.096	374.010	473.746	667.464	3.076.472
2015	1.028.177	805.763	526.770	62.432	31.216	68.285	1.951	9.755	0	1.951	1.951	5.853	2.544.104
2016	29.640	11.856	1.976	17.784	0	0	0	11.856	37.544	71.136	27.664	31.616	241.072
2017	144.864	20.120	-	2.012	2.012	10.060	-	2.012	-	22.132	12.072	88.528	303.812
2018	4.088	20.440	38.836	10.220	24.528	2.044	4.088	2.044	-	-	-		106.288

Udgifter til færdigbehandlingsdage (alle aldersgrupper - både somatik og psykiatri):														Budget
	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Hele året	Hele året
2013	144.172	303.520	550.130	447.692	497.014	89.159	51.219	174.524	55.013	34.146	153.657	174.524	2.674.770	2.919.407
2014	61.376	36.442	193.718	241.668	235.914	356.748	212.898	542.794	140.014	400.862	546.630	736.512	3.705.576	2.953.000
2015	1.104.266	836.979	554.084	64.383	42.922	70.236	3.902	9.755	-	3.902	1.951	40.971	2.733.351	2.993.412
2016	39.520	11.856	3.952	17.784	0	1.976	5.928	11.856	43.472	75.088	33.592	35.568	280.592	546.200
2017	169.008	28.168	-	2.012	2.012	10.060	-	2.012	-	22.132	12.072	90.540	338.016	696.205
2018	4.088	26.572	38.836	10.220	30.660	2.044	4.088	2.044	-	42.924	-		161.476	23.200

Note: Løbende priser.



Supplerende tabel:

Mertakst for færdigbehandlede somatiske sengedage i 2018

Afregningsår: 2018	Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	December	Total
Mertakst afregnet til staten for somatisk færdigbehandlede dage	4.088	28.616	44.968	12.264	36.792	2.044	4.088	2.044	0	0	0		134.904
Tilbageførte midler (vedr. mertakst) fra staten for somatisk færdigbehandlede dage	-148.574	-147.268	-132.778	-170.093	-104.979	-67.726	-58.024	-40.486	-43.596	-58.335	-42.103		-1.013.963
Total udgift	-144.486	-118.652	-87.810	-157.829	-68.187	-65.682	-53.936	-38.442	-43.596	-58.335	-42.103		-879.059

Note: For at øge kommunernes incitament til at nedbringe antallet af færdigbehandlingsdage har Regeringen pr. 1. januar 2017 indført en mertakst for færdigbehandlede somatiske patienter. Mertaksten opkræves af staten og er udformet som en trappemodell (jf. illustration nedenfor). Mertaksten for dag ét og to udgør i 2018 2.044 kr., mens den fra dag tre og frem fordobles, så taksten er 4.088 kr. pr. dag. Færdigbehandlingstaksten har dermed siden 2017 bestået af en kommunal betaling til region og stat.

Mertaksten til staten bliver ført tilbage til kommunerne efter bloktilskudsnøglen, dog således at tilbageførslen sker inden for den region, som merbetalingen vedrører. Tilbageførslen til

kommunerne sker løbende i takt med, at afregningen finder sted (jf. tabellen ovenfor).

Nedbringes antallet af somatiske færdigbehandlingsdage ikke væsentligt, kan ministeren omlægge tilbageførslen til en ansøgningspulje. Kommunerne vil dermed potentielt fremover skulle ansøge midler til nedbringelse af somatiske færdigbehandlingsdage.

Styrket ledelseskapalet

4. . Personaleomsætning

Tabellen viser den samlede personaleomsætning for social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, Social- og sundhedspersonale, ikke-udd., ergoterapeuter, fysioterapeuter og sygeplejersker i perioden oktober 2017 til oktober 2018:

Lyngby-Taarbæk	Omegnskommuner	Hele landet
20,5%	23,0%	18,3%

Kilde: KRL: Social- og sundhedshjælpere, Social- og sundhedsassistenter, Social- og sundhedspersonale, ikke-udd., ergoterapeuter, fysioterapeuter og sygeplejersker

Note: Omegnskommuner: Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Herlev og Rudersdal

5. Sygefravær

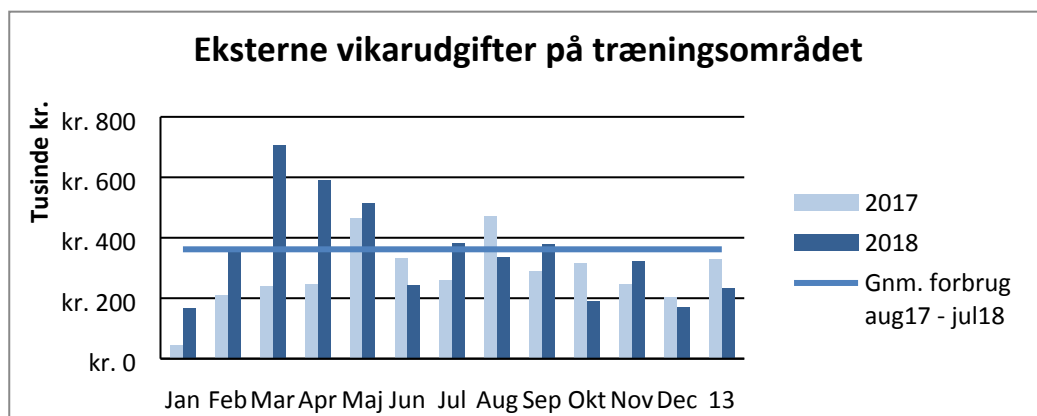
Tabellen viser den samlede sygefraværsprocent:

	2016	2017	2018
Center for Sundhed og Omsorg	6,6	6,1	5,9

6. Vikarudgifter

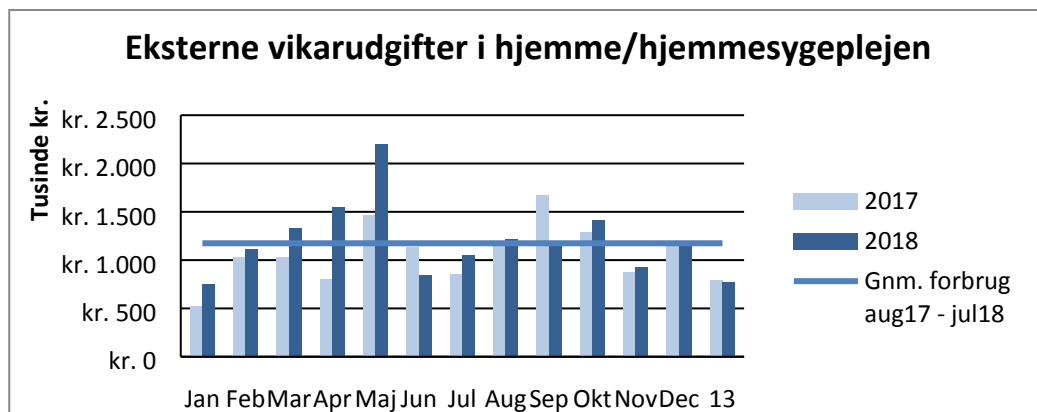
Træningsenheden: Det forventede forbrug i 2018 ligger 26% højere end forbruget i 2017.

Figuren viser eksterne vikarudgifter på træningsområdet



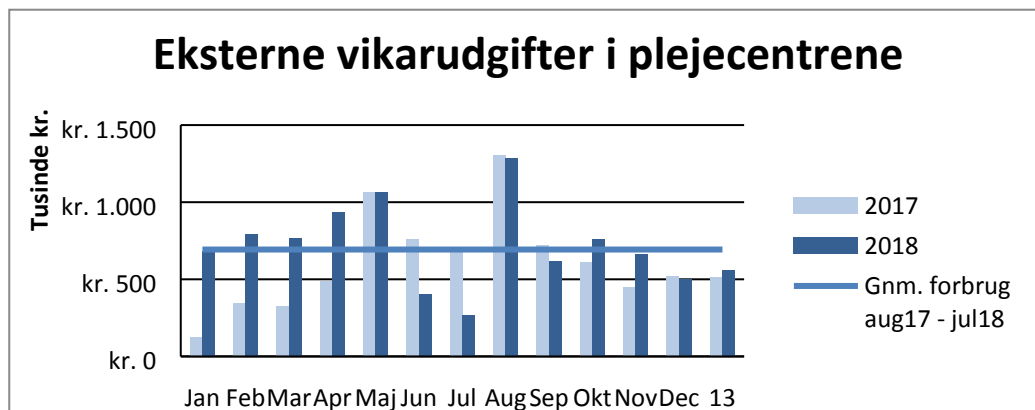
Hjemme-/hjemmesygeplejen: Det forventede forbrug i 2018 ligger 13% højere end forbruget i 2017.

Figuren viser eksterne vikarudgifter i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen



Plejecentre: Det forventede forbrug i 2018 ligger 17% højere end forbruget i 2017.

Figuren viser eksterne vikarudgifter på plejecentre



Omstillingsproces i træningsenheden

7. Ventetid ambulant genoptræning §140

Lovgivningen vedr. udvidet frit valg til genoptræning efter Sundhedsloven trådte i kraft den 1. juli 2018. Med den nye ventetidsgaranti per 1. juli 2018 skal genoptræningen opstartes inden for 7 kalenderdage. Den nye lovgivning betyder samtidig, at den enkelte borger får mulighed for at vælge en privat leverandør af genoptræning i stedet for det kommunale tilbud i de tilfælde, hvor kommunen ikke er i stand til at tilbyde opstart af genoptræningsforløbet inden for 7 kalenderdage efter udskrivning fra sygehus med en genoptræningsplan.

Tabellen viser hvor mange borgere, der ventede hhv. ≤ eller >7 dage samt median ventetid.

	jul-18	aug-18	sep-18	okt-18	nov-18	dec-18
Median ventetid	13	9	7	8	6	7
Antal borgere ventede ≤ 7 dage	14	17	49	42	89	58
Andel borgere ventede ≤ 7 dage	33%	29%	60%	42%	81%	67%
Antal borgere ventede > 7 dage	42	41	33	58	21	28
Andel borgere ventede > 7 dage	67%	71%	40%	58%	19%	33%

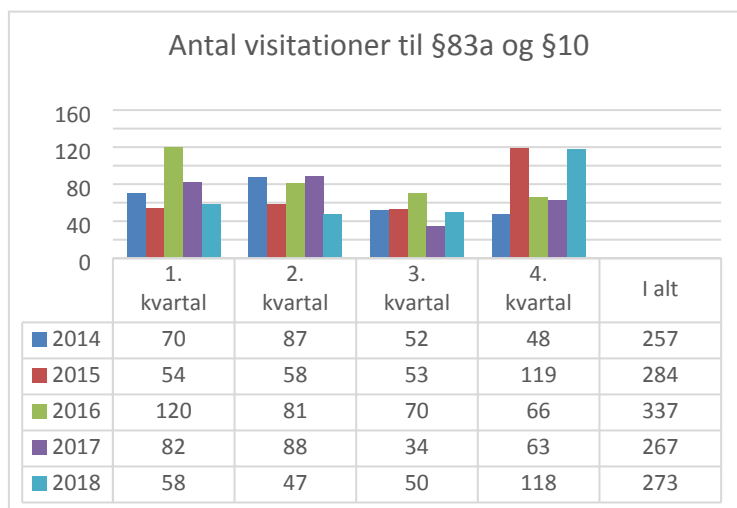
8. Ventetid til ambulant genoptræning §86

Tabellen viser hvor mange borgere, der ventede hhv. ≤ eller >10 dage samt median ventetid.

	jul-18	aug-18	sep-18	okt-18	nov-18	dec-18
Median ventetid	22	13	12	14	9	9
Antal borgere ventede ≤ 10 dage	2	9	19	6	9	12
Andel borgere ventede ≤ 10 dage	22%	45%	45%	32%	75%	55%
Antal borgere ventede > 10 dage	7	11	23	13	3	10
Andel borgere ventede > 10 dage	78%	55%	55%	68%	25%	45%

9. Antal visitationer til rehabiliteringsforløb efter §83a & §10

Antallet af registrerede visitationer til §83a og §10 var i 2018 på niveau med 2017. Dog har der i 2018 været et databrud, idet Visitationen er overgået til ny registreringsmetode i 2. og 3. kvartal 2018, og det må derfor forventes, at der er borgere fra hjemmeplejen Lundtofte og hjemmeplejen Baunehøj, der ikke er medtaget. Det er Visitationens vurdering, at det reelle tal for 2. og 3. kvartal 2018 er ca. 10% højere. Data for 4. kvartal 2018 forventes at være retvisende. Årsagen til den markante stigning i antallet af visitationer i 4. kvartal 2018 skal således dels findes i, at alle områder nu registrerer korrekt, dels at Visitationen har haft et skærpet fokus på visitation af §83a og §10. Figuren viser antal visitationer efter Serviceloven §83a og Retssikkerhedsloven §10.



Kilde: Data (antal visitationer) fra 2014 - 2016 er lokale registreringer i træningsenheden. Data fra 2017- er registreringer i KMD Nexus.

10. Udviklingen i antal midlertidige pladser (hvor mange pladser er lukket/vil blive lukket)

Tabellen viser den forventede udvikling i antal midlertidige pladser. Planen ændres dynamisk gennem hele 2019 ud fra behov samt omplacering af medarbejdere til øvrige enheder i Center for Sundhed og Omsorg.

		nov-18	dec-18	jan-19	feb-19	mar-19	apr-19	maj-19	jun-19	jul-19	aug-19	sep-19	okt-19	nov-19	dec-19	jan-20
Møllebo	Antal pladser lukkes	11						5				3				2
	Antal åbne pladser	30	30	30	30	30	30	25	25	25	25	22	22	22	22	20
Fortunen	Antal pladser lukkes	5						8				4				4
	Antal åbne pladser	36	36	36	36	36	36	28	28	28	28	24	24	24	24	20
I alt	Antal pladser lukkes	16						13				7				6
	Antal åbne pladser	66	66	66	66	66	66	53	53	53	53	46	46	46	46	40

Større indsatser i Center for Sundhed og Omsorg i 2019

Fortsat fra 2018

1. Implementering af opdateret model for kommunens tilbud til borgere med kronisk sygdom – kommunens forløbsprogrammer
2. Omstillingsprojektet "Hjemmet som udgangspunkt" – en styrkelse af pleje- og rehabiliteringsindsatserne i hjemmet
3. Styrkelse af det ambulante træningstilbud samt optimering af arbejdsgange
4. Forebyggelse af ensomhed blandt borgere i hjemmeplejen
5. En styrket hygiejneindsats på bostederne
6. Fortsat styrkelse af patientsikkerhed på plejecentre, træningscenter og i hjemmeplejen
7. Fortsat udbredelse af den personcentrerede omsorg på ældreområdet
8. Udbud af mad til borgere i eget hjem, der er visiteret til mad
9. Fortsat opfølgning på ældre- og sundhedsanalysens anbefalinger, herunder afregningsmodel i hjemmeplejen, reduceret vikarforbrug, brugen af MAT m.m.
10. Mindskelse af sygefraværet på ældre- og sundhedsområdet
11. Tiltrækning og fastholdelse af kvalificerede medarbejdere
12. Øget brug af digitale løsninger – implementering af kommunens digitaliseringshandleplan

Nye indsatser

1. Udvikling af ny Sundhedsstrategi for Lyngby-Taarbæk Kommune
2. Alkoholforebyggelse på ældre- og sundhedsområdet
3. Et styrket borger- og pårørendesamarbejde på ældre- og sundhedsområdet
4. Udbredelse af dysfagikost på alle kommunens plejecentre samt styrket fokus på at udrede borgere med dysfagi (synkebesvær)
5. Styrkelse af den palliative indsats på ældre- og sundhedsområdet
6. Foranalyse til nyt plejecenter samt politisk drøftelse af nye boformer
7. Ældreuge 2019

Artikel bragt i Politiken fredag den 18. januar 2019

Overlæge Trine Sander Pedersen trækker nænsomt op i 96-årige Margit Bangs beige striktrøje og elegante, hvide silkeundertrøje.

»Prøv du at trække vejret rigtig godt, Margit«, siger hun, mens hun lytter gennem et stetoskop placeret på den ældre kvindes ryg.

Margit Bang lukker øjnene og ånder langsomt ind og ud. Imens holder sygeplejerske Louise Dam Falkedal hende i hånden.

Normalt har Trine Sander Pedersen og Louise Dam Falkedal deres daglige gang på Herlev Hospital, hvor de beskæftiger sig med geriatri - læren om alderdommens sygdomme. Men de sidste mange tirsdage har de tilset svagelige ældre og undervist sygeplejersker på døgnpladsen Møllebo i Lyngby, hvor omtrent 30 borgere bor midlertidigt, indtil de er klar til at komme hjem eller videre i en plejebolig. Flere - som Margit Bang - kommer direkte fra hospitalet, og det er 3-5 af de ældre, der hver gang undersøges.

Besøgene er en del af et pilotprojekt, som Gentofte-Herlev Hospital sammen med fire udvalgte kommuner i Region Hovedstaden satte i gang i oktober. Hver kommune vælger et midlertidigt plejetilbud, der så får besøg af det 'udkørende geriatriske team' i tre måneder. Til efteråret skal projektet evalueres, men der allerede nu penge sat af til at føre det videre.

Med det udkørende team gør Herlev-Gentofte Hospital allerede det, regeringens nye sundhedsreform adresserer. De får specialisten ud til borgeren, i stedet for at borgeren skal indlægges.

»Vi kunne se, at der var nogle patienter, der blev genindlagt, hvor vi synes, man kunne have forebygget det«, siger den ledende overlæge på Herlev-Gentofte Hospitals medicinske afdeling, Finn Rønholt, om tankerne bag projektet.

På Møllebo i Lyngby ser de også paralleller mellem pilotprojektet og tonerne i regeringens sundhedsudspil.

»Det er svært at være uenige i reformens overordnede linjer i forhold til nærhed og mere kvalitet. Specielt for de kroniske patienter. Om det er meget anderledes end det, vi prøver at gøre i dag, ved jeg ikke. Vi har rigtig mange gode tiltag, og vi har et rigtig godt samarbejde på tværs af sektorerne. Jeg synes, at vi er i fuld gang med at gøre det nært for borgeren«, siger Louise Dam Falkedal.

Samarbejdet med teamet fra Herlev-Gentofte har været »et kvalitetsløft« for personalet på Møllebo, fortæller Trine Rosenholm, der er sygeplejerske tilknyttet plejetilbuddet.

»Vi har ikke tilgang til de informationer, de har på hospitalerne eller hos egen læge, så pludselig får vi et meget klarere billede af, hvad er det for problemstillinger, den enkelte borger har«, siger hun.

Teamets justeringer i hjertemedicin kan have forebygget et par genindlæggelser, påpeger overlæge Trine Sander Pedersen. Hun mener dog, at regeringen skal passe på, at målet om 40.000 færre indlæggelser og 500.000 færre korte, ambulante sygehusbesøg i 2025 ikke bliver en spareøvelse.

»Man er jo nok nødt til at huske på, at der skal være en ret til og en mulighed for at blive indlagt, når man har behov for det. Og der skal også være en mulighed for at blive vurderet af specialister på et sygehus – om det så er ambulante eller indlæggelse – hvis man har et behov for det«, siger hun.

Trine Sander Pedersen har beskæftiget sig med aldersrelaterede sygdomme i snart 20 år og været overlæge i geriatri siden 2007. Derfor er der da heller ingen tøven at spore, fra hun gennemgår Margit Bangs tilstand med Møllebos sygeplejerske, til hun tilser den ældre kvinde i stue 307 og endeligt afgør, hvilken medicin og behandling hun fremover skal have.

»Jeg kan se er, at du blev indlagt, efter du faldt derhjemme. Du havde noget åndenød og væske på lungerne. Og der kom en hjertelæge og scannede dit hjerte, som kunne se, at det ikke pumper så godt mere«, siger hun højt og med tydelig udtale, mens hun sætter sig i stolen overfor Margit Bang.

»Nej for pokker, jeg er snart 100«, svarer Margit Bang med en knasende stemme.

Derfra går snakken i knap en halv time. Om hendes vejtrækning og triste mentale sindstilstand. Om hendes beskedne vægt på 46,8 kilo og hendes ben, der er så tynde, at de har svært ved at bære hende. Og om den gigt, hun helt har glemt, hun lider af, fordi »der har været så meget«.

Da snakken er slut, har Trine Sander Pedersens en plan for at hjælpe Margit Bang til at få det bedre klar. Hun ændrer hendes dosis af vanddrivende medicin og mulige dosis af smertestillende, udskriver recept på kalorierige energidrikke og på medicin mod depression og henstiller hende til træning med en fysioterapeut.

Måske kan tiltagene forebygge endnu et fald og en indlæggelse - måske ikke. Margit Bang er i hvert fald glad for besøget fra hospitalet.

»Det er da hyggeligt, at nogen gider tage sig af mig«, siger hun.