

REFERAT Sundheds- og Omsorgsudvalget d. 06-02-2023

Mødedato Mandag d. 06. februar 2023 kl. 15:30

Mødested Mødelokale 6+7

Mødedeltagere Charlotte Levin, Liselott Blixt, Lone Mortensen, Tina Rottbøll, Simon Østergaard

Indholdsfortegnelse

Godkendelse af dagsorden.....	3
Sundheds- og Psykiatripolitik 2023-2026, 2. udkast til udsendelse i høring.....	4
Værdighedspolitik 2023-2026, ønskede effekter.....	7
Boligfællesskabet Freyas Kvarter 40-42, ændring af målgruppe.....	10
Ydelser leveret på plejecentre og på rehabiliteringscenter Hedebo 2022, uanmeldte tilsyn.....	14
Ydelser i hjemmeplejen 2022, uanmeldte tilsyn.....	17
Styrelsen for Patientsikkerhed i 2022, foretaget tilsyn.....	20
Center for Sundhed & Pleje i 2023, faglig risikostyring.....	23
Orientering fra formanden/gensidig orientering.....	26
Huskeliste og orientering fra administrationen.....	27
Sundheds- og Omsorgsudvalgets mødekalender 2023.....	28
Underskriftsark.....	29

Punkt 1: Godkendelse af dagsorden

21-014445

Beslutning

Godkendt.

Fremstilling

Sagsprocedure

Sundheds- og Omsorgsudvalget.

Resume

Godkendelse af dagsorden for mødet den 6. februar 2023.

Indstilling

Administrationen indstiller at dagsordenen godkendes.

Fraværende Lone Mortensen

Punkt 2: Sundheds- og Psykiatripolitik 2023-2026, 2. udkast til udsendelse i høring

22-015114

Beslutning

Godkendt.

Fremstilling

Sagsprocedure

Sundheds- og Omsorgsudvalget og Social- og Handicapudvalget.

Resume

Sagen indeholder 2. udkast til Sundheds- og Psykiatripolitik 2023-2026 til godkendelse med henblik på at sende politikken i høring. Politikken er tilrettet på baggrund af Sundheds- og Omsorgsudvalgets drøftelse af 1. udkast til politikken ved udvalgets møde den 9. januar 2023.

Indstilling

Administrationen indstiller, at Sundheds- og Omsorgsudvalget godkender 2. udkast til Sundheds- og Psykiatripolitik 2023-2026, som efterfølgende sendes i høring.

Sagsbeskrivelse

Sundheds- og Omsorgsudvalget drøftede 1. udkast til Sundheds- og Psykiatripolitikken ved udvalgets møde den 9. januar 2023, hvor udvalget havde en række bemærkninger til udkastet. På baggrund af disse har administrationen lavet følgende ændringer til 2. udkast til Sundheds- og Psykiatripolitik 2023-2026:

- Tilføjet afsnit om psykiatriområdet i afsnittet *Formandens forord*
- Antal ensomme yngre og ældre borgere i Greve Kommune er specificeret i afsnittet *"En vej ud af ensomhed"*
- Psykiatriområdet har fået en større vægt i afsnittet om *Børn og unge*
- Det er tydeliggjort, at Greve Kommune har fokus på det tværsektorielle samarbejde, og at den rehabiliterende tilgang er et pejlemærke for den samlede udvikling
- Øget brug af borgernær teknologi er tilføjet
- Et nyt afsnit om *Borgere med psykiske udfordringer* er tilføjet
- En række tekstmæssige og sproglige rettelser er foretaget.

Temaerne i Sundheds og Psykiatripolitikken er følgende:

- Det nære sundhedsvæsen
- Sammenhæng i forløb
- Børn og unge
- Voksne og pensionister
- Ældre – borgere over 65 år, der er visiteret til hjemmepleje eller bor på et plejecenter
- En vej ud af ensomhed
- Borgere med psykiske udfordringer

Ønskede effekter

Administrationen foreslår tre ønskede effekter, der sætter retning for arbejdet på sundheds- og psykiatriområdet i Greve Kommune:

- *Flere borgere oplever at mestre deres kroniske sygdom*
- *Flere borgere har mulighed for at søge råd indenfor forebyggelse af KRAMS-faktorerne*
- *Flere borgere med psykiske problemer oplever at kunne mestre sine udfordringer*

Fra politik til indsatser

Byrådet vedtog den 4. juni 2022 vision for Greve Kommune - "Naturligvis Greve – gennem helhedssyn og fællesskaber". Formålet med Sundheds- og Psykiatripolitikken er at bidrage til at indfri visionen og at give en fælles ramme for arbejdet med borgerne i Greve kommune. Politikken er skrevet med fokus på Greve Kommunes udfordringer på området og ud fra fokuspunkter som Sundheds- og Omsorgsudvalget har fremsat.

Politikken følges op af beskrivelser af, hvordan Greve Kommune i samspil med relevante aktører vil arbejde med at udmønte politikken og opnå de ønskede effekter for borgerne. Administrationen forelægger en sag om dette i første halvår af 2023.

Høring

Greve Kommunes otte borgerrettede politikker sendes, efter godkendelse i de respektive fagudvalg, i høring i administrationens MED udvalg og hos de høringsberettigede parter. Høringsperioden løber fra den 10. februar til den 17. marts.

Efter høringsperioden vil administrationen tilrette politikkerne i henhold til kommentarerne, og de endelige udkast vil blive lagt op til godkendelse på de respektive fagudvalg i april 2023. Alle høringssvar vil indgå som bilag. Alle politikker bliver lagt op til endelig godkendelse i byrådet den 15. maj 2023.

Økonomiske konsekvenser

Sagen har ingen økonomiske konsekvenser.

Kommunikation

2. udkast til Sundheds- og Psykiatripolitik 2023-2026 sendes i høring i Seniorrådet og i MED-organisationen.

Tidsplan

Dato	Proces
6. februar 2023	2.behandling i fagudvalg
10. februar- 17. marts 2023	Høringsperiode
24. april 2023	3.behandling i fagudvalg
15. maj 2023	Endelig godkendelse af de otte borgerrettede politikker i byrådet

Bilag

Sundheds- og Psykiatripolitik 2023-2026

Fraværende Lone Mortensen

Punkt 3: Værdighedspolitik 2023-2026, ønskede effekter

22-013640

Beslutning

1) Godkendes med bemærkning om, at udvalget noterede sig Seniorrådets bemærkninger, og at udvalget ønskede følgende 1) ”Pårørende er en vigtig ressource for de ældre og inddrages derfor i samarbejdet om pleje, omsorg og hjælp” ændres til ”Pårørende er en vigtig ressource for de ældre og inddrages derfor i samarbejdet” og 2) den ønskede effekt ”Vi arbejder systematisk med, at ældre som er ufrivilligt ensomme, tilbydes gode rammer for at danne nye relationer” ændres til ”Vi arbejder systematisk med, at ensomme ældre tilbydes gode rammer for at danne nye relationer”.

2) godkendt

Fremstilling

Sagsprocedure

Sundheds- og Omsorgsudvalget.

Resume

Byrådet godkendte Værdighedspolitik 2023-2026 den 12. december 2022 uden ønskede effekter. Sagen indeholder fire ønskede effekter til godkendelse til udsendelse i høring. Derudover er administrationen blevet opmærksom på, at et afsnit om tilsyn vil være hensigtsmæssigt at tilføje i politikken i lighed med Værdighedspolitik 2018-2022. Derfor anbefaler administrationen, at Værdighedspolitik 2023-2026 bliver godkendt i en revideret version, som inkluderer et afsnit om tilsyn.

Indstilling

Administrationen indstiller,

1) at ønskede effekter for Værdighedspolitik 2023-2026 godkendes og efterfølgende sendes i høring.

2) at et afsnit om tilsyn i Værdighedspolitik 2023-2026 godkendes.

Sagsbeskrivelse

Sundheds- og Omsorgsudvalget behandlede Værdighedspolitik 2023-2026 på mødet den 14. november 2022, hvor følgende bemærkning blev taget til referat: *"Anbefales med bemærkning om, at afsnittet som begynder med Greve Kommune omformuleres til: "Greve Kommune [...] har fokus på". og senere i afsnittet, at "Hvis det er nødvendigt" omformuleres til "Hvor det er muligt"."* Administrationen har ændret teksten i afsnittet, så det stemmer overens med bemærkningen.

Særskilt proces for Værdighedspolitik 2023-2026

Værdighedspolitik 2023-2026 blev den 12. december 2022 godkendt af byrådet. Processen for godkendelse af Værdighedspolitik 2023-2026 blev gennemført adskilt fra godkendelse af de øvrige politikker i Greve Kommune. Dette skyldes, at værdighedspolitik 2023-2026 ifølge bekendtgørelsen for værdighedspolitikker skal godkendes indenfor det første år i en ny valgperiode. Godkendelse af de ønskede effekter i Værdighedspolitik 2023-2026 følger processen for de øvrige politikker, som skal godkendes den 15. maj 2023.

Ønskede effekter

Politikken indeholder fire ønskede effekter, der sætter retning for arbejdet med ældre i Greve Kommune:

- Ønsket effekt 1: *Flere ældre skal have den rette hjælp og støtte, så de opnår størst mulig selvbestemmelse og livskvalitet*

- Ønsket effekt 2: *Flere ældre skal opleve den sidste tid som tryk og værdig*
- Ønsket effekt 3: *Pårørende er en vigtig ressource for de ældre og inddrages derfor i samarbejdet om pleje, omsorg og hjælp*
- Ønsket effekt 4: *Vi arbejder systematisk med, at ældre som er ufrivilligt ensomme, tilbydes gode rammer for at danne nye relationer.*

Fra politik til indsatser

Byrådet vedtog den 4. juni 2022 vision for Greve Kommune - "Naturligvis Greve – gennem helhedssyn og fællesskaber". Formålet med Værdighedspolitik 2023-2026 er at bidrage til at indfri visionen og give en fælles ramme for arbejdet med ældre i Greve Kommune. Politikken er skrevet med et fokus på Greve Kommunes udfordringer på området og ud fra de ønsker til effekter, som Sundheds- og Omsorgsudvalget har fremsat.

Politikken er overordnet og beskriver ikke konkrete handlinger eller indsatser, der skal til for at opnå de ønskede effekter. En ønsket effekt er en overordnet formulering af et mål eller et særligt fokus, som kobler Greve Kommunes vision og politikker til de handlinger og indsatser, der skal arbejdes med.

Politikken følges op af beskrivelser af, hvordan Greve Kommune i samspil med relevante aktører vil arbejde med at udmønte politikken og opnå de ønskede effekter for borgerne. Sundheds- og Omsorgsudvalget vil få forelagt en sag om dette inden sommerferien 2023.

Høring

Greve Kommunes otte borgerrettede politikker og ønskede effekter sendes, efter godkendelse i de respektive fagudvalg, i høring i administrationens MED-udvalg og hos de høringsberettigede parter. Høringsperioden løber fra den 10. februar 2023 til den 17. marts 2023.

Efter høringsperioden vil administrationen tilrette politikkerne og de ønskede effekter i henhold til kommentarerne, og de endelige udkast vil blive lagt op til godkendelse på de respektive fagudvalg i april 2023. Alle høringssvar vil indgå som bilag. Alle politikker bliver lagt op til endelig godkendelse i byrådet den 15. maj 2023.

Tilføjelse af afsnit om tilsyn

Kommunerne skal udarbejde og offentliggøre en tilsynspolitik ifølge §151 i serviceloven. Denne forpligtelse har Greve Kommune levet op til ved at indskrive et afsnit om tilsyn i Værdighedspolitik 2018-2022, og samtidig henvist til *Procedure for gennemførelse af uanmeldte tilsyn*. Administrationen anbefaler, at Værdighedspolitik 2023-2026 får tilføjet nedenstående afsnit.

Greve Kommune har pligt til at gennemføre uanmeldte tilsyn på vores plejecentre og i hjemmeplejen efter serviceloven § 83 eksempelvis praktisk hjælp og pleje. Derudover gennemfører Styrelsen for Patientsikkerhed sundhedsfaglige tilsyn og ældretilsyn på plejecentre og i hjemmeplejen på baggrund af bestemmelser i henholdsvis sundhedsloven og serviceloven. I Greve Kommune er kvaliteten i behandlingen af vores ældre af stor betydning. Tilsynene er vores sikring af, at plejen til enhver tid lever op til lovgivningen og til Greve Kommunes kvalitetskrav. Tilsynene er ikke blot tænkt som en kontrol. Vi anvender besøgene som et grundlag for at sikre, at vi hver dag øger kvaliteten af vores arbejde. Tilsynene er dialogbaserede og tager udgangspunkt i samtalen med den enkelte ældre, deres pårørende og det nærmeste plejepersonale. Gennem dialog skaber vi grobund for fortsat læring og øget kvalitet i løsningerne. Rammerne for de uanmeldte tilsyn er beskrevet i "Procedure for gennemførelse af uanmeldte tilsyn" i forhold til ydelser leveret efter serviceloven. I proceduren beskrives de overordnede mål, og hvordan vi har organiseret kvalitetsarbejdet i Greve Kommune.

Lovgrundlag

I følge lov om social service §81a er kommunerne forpligtede til at vedtage en værdighedspolitik, der beskriver de overordnede værdier og prioriteringer for personlig hjælp, omsorg og pleje.

I følge bekendtgørelse for værdighedspolitikker §2 skal værdighedspolitikker som minimum beskrive, hvordan kommunens ældrepleje kan understøtte følgende områder: *Livskvalitet, Selvbestemmelse, Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen, Mad og ernæring, En værdig død, Pårørende og Bekæmpelse af ensomhed.*

I henhold til Servicelovens § 151 c skal kommunalbestyrelsen udarbejde og offentliggøre en tilsynspolitik for tilbud efter § 83.

Økonomiske konsekvenser

Sagen har ingen økonomiske konsekvenser.

Kommunikation

De ønskede effekter i Værdighedspolitik 2023-2026 sendes i høring til MED-organisationen og Greve Seniorråd.

Værdighedspolitik 2023-2026 kan læses på Greve Kommunes hjemmeside [via dette link](#).

Tidsplan

Værdighedspolitik 2023-2026 blev godkendt af byrådet på mødet den 12. december 2022. Godkendelse af de ønskede effekter følger samme proces som de øvrige politikker i Greve Kommune jf. tidsplanen nedenfor.

Dato	Handling
6. - 9. februar 2023	2. behandling af politikker og ønskede effekter i fagudvalg.
10. februar - 17. marts 2023	Høringsperiode
24. april - 27. april 2023	3. behandling og endelig godkendelse af politikker 2023-2026
15. maj 2023	Godkendelse af politikker i byrådet

Fraværende Lone Mortensen

Punkt 4: Boligfællesskabet Freyas Kvarter 40-42, ændring af målgruppe

23-000974

Beslutning

1-3 anbefales.

DH-siden i Handicaprådets høringssvar blev taget til efterretning med bemærkning om, at udvalget imødeser udviklingen på socialområdet og imødekommer de aktuelle behov.

Fremstilling

Sagsprocedure

Sundheds- og Omsorgsudvalget, Social- og Handicapudvalget, Økonomiudvalget og Byrådet.

Resume

Boligfællesskabet Freyas Kvarter 40-42 har siden 2011 været for borgere med kognitive begrænsninger. Administrationen anbefaler at ændre målgruppen til borgere med psykiske og/eller sociale vanskeligheder. Ændringen betyder, at kommunen bedre kan imødekomme den aktuelle efterspørgsel og samtidig opnå en besparelse.

Indstilling

Administrationen indstiller,

1. at målgruppen for Freyas Kvarter 40-42 ændres til borgere med psykiske og/eller sociale vanskeligheder, og at borgere i den nye målgruppe kan visiteres til og flytte ind i de ledige boliger i løbet af 2023, når det er praktisk muligt
2. at budgettet til Akuttilbuddet under Sundheds- og Omsorgsudvalget forhøjes med 0,250 mio. kr. i 2023 og 0,500 mio. kr. i 2024 og frem, finansieret af en reduktion af budgettet til eksterne botilbud under Social- og Handicapudvalget
3. at budgettet til køb af eksterne botilbud under Social- og Handicapudvalget reduceres med yderligere 0,725 mio. kr. i 2023 og 1,450 mio. kr. i 2024 og frem svarende til den samlede nettobesparelse af forslaget, og at de frigjorte midler anvendes til at udmønte en del af rammebesparelsen på 1,500 mio. kr. vedrørende handleplan for bæredygtig faglig og økonomisk udvikling på det specialiserede voksenområde

Sagsbeskrivelse

Boligfællesskabet Freyas Kvarter 40-42 rummer fem boliger, og har siden 2011 været for borgere med kognitive begrænsninger. Boligfællesskabet er en del af tilbudsviften i Pædagogisk Psykiatrisk Vejledningscenter. Der har igennem nogle år været både administrative og politiske overvejelser om at ændre boligfællesskabets målgruppe, fordi behov og efterspørgsel har ændret sig.

Sagen om en ny målgruppe i Freyas Kvarter 40-42 indgår endvidere som en af indsatserne – indsats nr. 3 – i "Handleplan for bæredygtig faglig og økonomisk udvikling på det specialiserede voksenområde", vedtaget af Social- og Handicapudvalget den 9. januar 2023.

Det tidligere politiske sagsforløb

Det tidligere fagudvalg Social-, Sundheds-, og Psykiatriudvalget besluttede den 27. februar 2019, at der skal arbejdes videre på at ændre målgruppen i Freyas Kvarter 40-42 (som på daværende tidspunkt havde navnet Oldekolle). Udvalget besluttede samtidig, at der skulle arbejdes videre på at finde pladser på et plejecenter til de daværende fem beboere under den forudsætning, at overgang til plejecenter kun skal ske, hvis borgerne profiterer af det, og hvis de ønsker det.

Social-, Sundheds- og Psykiatriudvalget behandlede sagen igen den 6. december 2021. I sagen var foreslået at ændre målgruppen til borgere med sociale og psykiske vanskeligheder med et omfattende støttebehov. På daværende tidspunkt

var to af de fem boliger blevet ledige, og i sagen blev lagt op til, at indflytning af borgere i den nye målgruppe kan sættes i værk, når yderligere en bolig er blevet ledig, så der kan flytte tre nye beboere ind nogenlunde samtidig. Udvalget traf imidlertid ingen beslutning, men valgte at genoptage sagen på et senere tidspunkt. Sagsforløbet er blevet forlænget af, at to af lejlighederne i boligfællesskabet har været brugt som COVID-19 beredskabsboliger for smittede borgere med støttebehov.

Aktuelt er der tre ledige boliger i boligfællesskabet, og sagen forelægges nu for både Sundheds- og Omsorgsudvalget og Social- og Handicapudvalget, da begge udvalg har ansvaret for dele af sagen og dele af økonomien.

Fakta om boligfællesskabet Freyas Kvarter 40-42

Boligfællesskabet er etableret som ældreboliger efter almenboligloven, og består af fem toværelses lejligheder med eget køkken og bad. Derudover er der et fælles køkken/alrum. Størrelsesmæssigt er der tre lejligheder på ca. 69 m² og to på ca. 81 m². Arealet er inklusive andel af fælles køkken/alrum.

Huslejen er ca. 9.700 kr. for de store lejligheder og ca. 8.300 kr. for de mindre lejligheder. Derudover ca. 1.300 kr. i a conto varme og el samt copydan. Beboere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne og høje boligudgifter kan få forhøjet boligstøtte, afhængig af indkomst. I praksis indebærer huslejeniveauet imidlertid, at borgere på de beløbsmæssigt laveste forsørgelsesydelse, som for eksempel kontanthjælp, ikke har råd til at bo der.

Boligfællesskabets budget er på 2,536 mio. kr., og der er personale til stede dagligt i tidsrummet kl. 8-21. Ved behov for hjælp i tidsrummet kl. 21-08 ydes denne fra Akuttilbuddet, der fysisk ligger helt tæt på.

Forslag til ny målgruppe

Som ny målgruppe foreslår administrationen borgere med psykiske og/eller sociale vanskeligheder. Det er borgere, hvor de psykiske og sociale vanskeligheder medfører begrænsninger i den enkelte borgers funktionsniveau i et sådant omfang, at der er behov for pædagogisk støtte. Behovet er som udgangspunkt varigt, men kan over tid variere i omfang. Typisk har borgeren en eller flere diagnoser, ligesom der kan være problemer med hjemløshed, ensomhed og tidligere misbrug. Målgruppen har behov for rammer med let adgang til pædagogisk støtte og vejledning for at klare hverdagen, og som giver mulighed for at opbygge sociale kompetencer.

Administrationen anbefaler ikke en bestemt aldersgruppe for tilbuddet, men forventningen er, at borgerne sandsynligvis vil være under 40 år. Det afgørende vil være vurderingen af borgerens behov, samt hvordan borgeren passer ind i forhold til de to tilbageværende beboere i den nuværende målgruppe.

Der er 4 hovedårsager til den foreslåede målgruppe:

1. Nationale tal viser, at antallet af borgere med psykiske og sociale vanskeligheder stiger, og vil fortsætte med at stige, fordi psykiatriske diagnoser er mest udbredt blandt unge.
2. De nationale tendenser matcher med virkeligheden i Greve. En gennemgang af referaterne fra det seneste års møder i visitationsudvalget viser således et stigende behov for boliger til netop denne målgruppe.
3. Greve har ikke selv et tilbud om bolig, hvor målgruppen kan få den nødvendige indsats og støtte. Det betyder, at der hver gang må visiteres til et eksternt tilbud, hvilket gør det sværere for borgeren at bevare sit lokale netværk – og som i øvrigt også typisk er dyrere for kommunen, jævnfør det efterfølgende afsnit, økonomiske konsekvenser.
4. De fysiske rammer i Freyas Kvarter 40-42 passer godt til målgruppen. Der kan laves individuel pædagogisk støtte og vejledning i borgerens bolig og gruppevejledning i fællesrummet. Fællesrummet er samtidig velegnet til træning af sociale kompetencer, fælles madlavning og andre fælles aktiviteter. Beliggenheden helt tæt på Akuttilbuddet gør det nemt for beboerne at få hjælp i ydertimerne, når det faste personale ikke er til stede.

Overgangen fra nuværende målgruppe til ny målgruppe

De to nuværende beboere kan blive boende, så længe de ønsker det. Hvis forslaget om en ny målgruppe godkendes, vil der derfor være en overgangsperiode, hvor begge målgrupper bor sammen. I den overgangsperiode vil der være ekstra faglig opmærksomhed på at sikre alles beboeres trivsel.

Nødvendige ændringer i boligfællesskabets bemanning

Med en ny målgruppe vil medarbejdernes opgaver i boligfællesskabet ændre sig: Fra primært at løse pleje- og omsorgsopgaver med den nuværende målgruppe til at yde socialpædagogisk støtte, træning og vejledning med den nye målgruppe. Derfor skal der tilføjes flere pædagogiske kompetencer og nedjusteres i de sundhedsfaglige kompetencer. De nødvendige justeringer håndteres af ledelsen i PPV i samarbejde med de berørte medarbejdere og deres faglige organisationer.

Desuden skal der ske en opnormering med 1,0 årsværk i Akuttilbuddet, da borgerne i den nye målgruppe forventes at have ekstra behov for støtte i aften- og nattetimerne.

Økonomiske konsekvenser

Det nuværende budget til Freyas Kvarter 40-42 under Sundheds- og Omsorgsudvalgets område opskrives med 0,5 mio. kr. svarende til 1,0 ekstra årsværk i Akuttilbuddet.

Opskrivning af budgettet til Akuttilbuddet finansieres gennem en nedskrivning af budgettet til køb af eksterne tilbud på Social- og Handicapudvalgets område, hvor der må forventes en reduceret udgift som følge af, at målgruppen nu kan visiteres til kommunens eget tilbud.

Prisen for et sammenligneligt eksternt botilbud ligger i størrelsesorden ca. 0,6 – 0,8 mio. kr. årligt, afhængig af den konkrete borgers funktionsniveau og hvilken type botilbud, der er tale om. Når der forudsættes en gennemsnitspris på 0,650 mio. kr. årligt, vil der kunne opnås en besparelse på køb af eksterne botilbud på 1,950 mio. kr., hvoraf de 0,500 mio. kr. finansierer udvidelsen af Akuttilbuddet, jævnfør tabel nedenfor. Der er alene forudsat halv effekt i 2023.

Beregnet nettobesparelse (i 1.000 kr.)	2023	2024?
Merudgift til 1,0 årsværk i Akuttilbuddet	250	500
Besparelse eksterne botilbud (3 stk.)	-975	-1.950
Samlet nettobesparelse	-725	-1.450

I det vedtagne Budget 2023 (-26) indgår en rammebesparelse på 1,500 mio. kr. fra 2023 og frem vedrørende ”Handleplan for bæredygtig faglig og økonomisk udvikling på det specialiserede voksenområde”, og nettobesparelsen indstilles anvendt til at udmønte en del af denne rammebesparelse.

Når der på et tidspunkt sker udlejning af alle fem boliger med den nye målgruppe, kan der sandsynligvis forventes en yderligere besparelse på køb af eksterne botilbud. Rammebesparelsen på 1,500 mio. kr. er næsten udmøntet fuldt ud i 2024 og frem, og en eventuel mereeffekt vil derfor indgå i de løbende budgetopfølgninger og i budgetlægningen.

Endelig skal nævnes, at Greve Kommune betaler tomgangsleje i boligfællesskabets nu tre ledige boliger med i alt ca. 28.000 kr. om måneden. Den udgift ophører, når borgere i den nye målgruppe flytter ind. Budgettet til tomgangsleje kan dog ikke reduceres, da den nuværende udgift ikke kan rummes i budgettet, men eventuelle afvigelser vil blive håndteret i de løbende budgetopfølgninger.

Kommunikation

Sagen sendes til høring i Handicaprådet og i Lokal-MED i Pædagogisk Psykiatrisk Vejledningscenter. Begge høringssvar medbringes til udvalgets møde.

Lovgrundlag

Boligfællesskabet Freyas Kvarter 40-42 er etableret i henhold til almenboliglovens §105, og driften sker i henhold til lov om social service §85. Kommunen kan selv beslutte, hvilken målgruppe der kan visiteres til at bo der.

Tidsplan

Beboere i den nye målgruppe kan visiteres i løbet af foråret og sandsynligvis flytte ind i perioden juni – september, afhængig af deres nuværende boligsituation.

Bilag

høringssvar om Freyas Kvarter 40-42 - ændring af målgruppe

Fraværende Lone Mortensen

Punkt 5: Ydelser leveret på plejecentre og på rehabiliteringscenter Hedebo 2022, uanmeldte tilsyn

23-000581

Beslutning

Orientering blev taget til efterretning.

Fremstilling

Sagsprocedure

Sundheds- og Omsorgsudvalget.

Resume

Sundheds- og Omsorgsudvalget orienteres om de uanmeldte tilsyn med ydelser leveret på plejecentre og rehabiliteringscentret Hedebo i 2022, som er udført af visitatorer fra Greve Kommunes Myndighed. Tilsynets fund bliver fremlagt, og administrationen anbefaler Sundheds- og Omsorgsudvalget, at resultaterne bliver taget til efterretning. Derudover beskrives de opfølgende indsatser i forhold til tilsynets konklusioner og anbefalinger.

Indstilling

Administrationen indstiller, at resultatet af de uanmeldte tilsyn med plejecentre og rehabiliteringscentret Hedebo i 2022 tages til efterretning.

Sagsbeskrivelse

De uanmeldte tilsyn skal føre kontrol med, at borgerne får den pleje og hjælp, som de er berettigede til efter serviceloven. Det vil sige, at ydelser udføres til borgernes bedste og i overensstemmelse med lovgivningens krav, politisk godkendte kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige retningslinjer. Derudover ønsker Greve Kommune med tilsynene at skabe læring med det formål at højne fagligheden for medarbejdere og ledere. Tilsynet gennemføres uanmeldt mindst én gang om året, og forløber sig over én arbejdsdag. Et tilsynsbesøg kan suppleres med yderligere besøg, hvis det årlige tilsyn påviser kritisable forhold, som kræver særlig opfølgning.

Tilsyn på plejecentre og rehabiliteringscentret Hedebo foretaget af medarbejdere fra Greve Kommune

Det er visitatorer fra Greve Kommunes Myndighed, som i 2022 gennemførte de uanmeldte tilsyn på plejecentrene og på rehabiliteringscentret Hedebo. De uanmeldte tilsyn på plejecentrene og på rehabiliteringscentret Hedebo er gennemført med udgangspunkt *Procedure for de kommunale tilsyn*, som er vedlagt som bilag. Tilsynene baserer sig på gennemgang af borgerjournaler i omsorgssystemet Nexus (6 procent af det samlede antal borgerjournaler hos den enkelte leverandør), to borgerinterview og to medarbejderinterview samt observationer af tavlemøder, besøg hos borger og besøg i borgernes hjem. Tilsynet laver deres bedømmelse ud fra 12 forskellige temaer herunder blandt andet selvbestemmelse og livskvalitet, livets afslutning, trivsel og relationer, forebyggelse af magtanvendelse, genoptræning og rehabilitering og overdraget sygepleje. Resultatet af dette indgår sammen med viden om eventuelle klagesager, utilsigtede hændelser og magtanvendelser.

Samlet vurdering af de leverede ydelser af personlig pleje og praktisk hjælp på plejecentrene

Tilsynets vurderinger bedømmes efter en skala, som er inddelt i følgende fire kategorier: Godkendt (1), Godkendt med få bemærkninger (2), Godkendt med mangler (3) og Kritisable forhold (4). Tilsynets samlede vurderinger af leverandørerne i 2022, og til sammenligning 2021 følger af nedenstående oversigt:

Plejecenter	Bedømmelse	
	2022	2021
Lokalcenter Møllehøj	Godkendt med få bemærkninger (2)	Godkendt med få bemærkninger (2)
Langagergård	Godkendt (1)	Godkendt (1)
Strandcentret	Godkendt (1)	Godkendt med få bemærkninger (2)
Nældebjerg	Godkendt (1)	Godkendt (1)
Rehabiliteringscentret Hedebo*	Godkendt (1)	Godkendt (1)

-Note: Dahliahuset ved rehabiliteringscentret Hedebo hører organisatorisk – og dermed tilsynsmæssigt under Nældebjerg Plejecenter.*

Tilsynets samlede bedømmelser

Tabellen viser, at Nældebjerg, Langagergård, Strandcentret og Rehabiliteringscentret Hedebo får den bedst mulige bedømmelse. Strandcentret er gået frem sammenlignet med 2021. Det bedre resultat skyldes blandt andet, at der er arbejdet med de anbefalinger, som blev opstillet ved det forrige tilsyn herunder særligt i forhold til overdraget sygeplejeopgaver og vedligeholdende træning. Lokalcenter Møllehøj får næstbedste bedømmelse, og fastholder dermed samme bedømmelse som i 2021. Tilsynet bemærker blandt andet, at der skal være øget opmærksomhed på dokumentationspraksis vedrørende genoptræning, vedligeholdende træning og overdraget sygepleje. Lokalcenter Møllehøj har udarbejdet en handleplan, der skal rette op på tilsynets fund.

Tilsynenes fund

I hver tilsynsrapport fremgår henholdsvis styrker og forbedringsområder. Der udarbejdes ikke én samlet rapport, der beskriver styrker og forbedringsområder på tværs af alle plejecentre og rehabiliteringscentret Hedebo. Administrationen har dog sammenfattet de styrker og forbedringsområder, som går igen i tilsynsrapporterne i nedenstående:

Styrker

- Borgerne giver i interviews udtryk for, at de føler sig trygge, og har gode relationer til personalet.
- Medarbejdere udtrykker tilfredshed med deres arbejdsplads, og de er bekendte med roller- og ansvarsfordeling.
- Flere tilsyn bemærker, at medarbejdernes tilgang til beboerne er med udgangspunkt i omsorgsfilosofien personcentreret omsorg. Personcentreret omsorg er en omsorgsfilosofi alle medarbejdere er blevet uddannet i igennem et projekt fra 2017-2019, som især skal imødekomme de særlige behov, som borgere med en demenssygdom kan have.
- Tilsynet konkluderer overordnet, at der på alle centre leveres den pleje og hjælp, som borgerne har behov for og krav på.

Forbedringsområder

Når et plejecenter får en samlet bedømmelse, der ligger under den bedst mulige bedømmelse *Godkendt (1)*, skal der udarbejdes en handleplan. I handleplanerne fremgår de konkrete indsatser, som iværksættes for at rette op på tilsynets fund. Selvom de øvrige plejecentre og rehabiliteringscentret Hedebo har fået den bedst mulige bedømmelse i tilsynene, er der fortsat forbedringsområder og anbefalinger i tilsynsrapporten, som de enkelte plejecentre skal arbejde med for at fastholde deres niveau.

- På tværs af tilsynsrapporterne, fremgår det, at forbedringsområderne findes under dokumentationspraksis. Her skal det bemærkes, at dokumentationspraksis er forbedret gennem de senere år på plejecentrene generelt.

Administrationen anbefaler på baggrund af tilsynets resultater og borgernes tilfredshed, at de uanmeldte tilsyn med plejecentre og rehabiliteringscenter Hedebo bliver taget til efterretning.

Lovgrundlag

Jævnfør § 151 i lov om service er kommunerne forpligtet til at føre tilsyn med leveringen af plejeydelser efter servicelovens §83 vedrørende praktisk hjælp og madservice.

Økonomiske konsekvenser

Sagen har ingen økonomiske konsekvenser.

Bilag

Bilag 1 - Tilsynsrapport rehabiliteringscentret Hedebo 2022

Bilag 2 - Tilsynsrapport Langagergård plejecenter 2022

Bilag 3 - Tilsynsrapport Lokalcenter Møllehøj 2022

Bilag 4 - Tilsynsrapport Nældebjerg plejecenter 2022

Bilag 5 - Tilsynsrapport Strandcentret 2022

Bilag 6 - Procedure for kommunale tilsyn

Fraværende Lone Mortensen

Punkt 6: Ydelser i hjemmeplejen 2022, uanmeldte tilsyn

23-000581

Beslutning

Orientering blev taget til efterretning.

Fremstilling

Sagsprocedure

Sundheds- og Omsorgsudvalget.

Resume

Sundheds- og Omsorgsudvalget orienteres om de uanmeldte tilsyn med ydelser leveret i hjemmeplejen i 2022, som er udført af en ekstern leverandør. Tilsynets fund fremlægges, og administrationen anbefaler Sundheds- og Omsorgsudvalget, at resultaterne fra de uanmeldte tilsyn for 2022 bliver taget til efterretning. Derudover beskrives de opfølgende indsatser i forhold til tilsynets konklusioner og anbefalinger.

Indstilling

Administrationen indstiller, at resultatet af de uanmeldte tilsyn i 2022 med leverandører af hjemmepleje og madservice tages til efterretning.

Sagsbeskrivelse

De uanmeldte tilsyn skal føre kontrol med, at borgerne får den pleje og hjælp, som de er berettigede til efter serviceloven. Det vil sige, at ydelser udføres til borgernes bedste og i overensstemmelse med lovgivningens krav, politisk godkendte kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige retningslinjer. Derudover ønsker Greve Kommune med tilsynene at skabe læring med det formål at højne fagligheden. Tilsynet gennemføres uanmeldt mindst én gang om året. Det kan suppleres med yderligere besøg, hvis der påvises kritisable forhold, som kræver en særlig opfølgning. Tilsyn bliver gennemført uanmeldt og i løbet af én arbejdsdag, hvorfor resultaterne skal ses som udtryk for et øjebliksbillede.

Tilsyn af hjemmeplejen er foretaget af en ekstern leverandør

På grund af travlhed i Greve Kommunes Myndighed, indgik administrationen en aftale med den eksterne leverandør *akkrediteringsraadgiverne.dk*. Den eksterne leverandør har tidligere gennemført tilsyn med Greve Kommunes leverandører af ydelser i hjemmeplejen og på plejecentrene. Tilsynene er gennemført med udgangspunkt i Greve Kommunes procedure for kommunale tilsyn, men har enkelte forskelle, der omhandler antallet af tilsynstemaer, og skalaen for samlet vurdering.

Tilsynstemaerne er: 1) Funktionsevne, 2) Livskvalitet og tilfredshed, 3) Sammenhæng og forudsigelighed, 4) Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning og 5) Opfølgning fra seneste tilsyn. Der arbejdes således ud fra fem temaer i de uanmeldte tilsyn foretaget af den eksterne leverandør, fremfor 12 i de uanmeldte tilsyn, der er gennemført af medarbejdere fra Greve Kommunes Myndighed på plejecentrene. De uanmeldte tilsyn i hjemmeplejen består i lighed med de uanmeldte tilsyn på plejecentrene af interviews med borgere, pårørende, medarbejdere og ledere samt stikprøver af en række borgerjournaler. Alle tilsyn er afsluttet med en opfølgende dialog og tilbagemelding til den lokale leder.

Samlet vurdering af den leverede personlige pleje og praktiske hjælp i hjemmeplejen

Tilsynets samlede vurdering fremstilles efter en skala, som er inddelt i fem kategorier: *Målene er i meget høj grad opfyldte* (1), *Målene er i høj grad opfyldte* (2), *Målene er i middel grad opfyldte* (3), *Målene er i lav grad opfyldte* (4) og *Kritisable forhold* (5). Tilsynet af den eksterne leverandør adskiller sig i sin samlede vurderingsskala, ved at have fem

kategorier frem fire kategorier i det uanmeldte tilsyn, som er udført af Greve Kommunes Myndighed i 2021. Derfor er det ikke muligt at sammenligne resultaterne direkte fra tidligere år. Administrationen har alligevel valgt at vise resultaterne fra 2021, for at vise en sammenligning.

Leverandør (hjemmepleje)	Samlet vurdering i 2022	Samlet vurdering i 2021
Karlsunde Landsby	Målene er middel grad opfyldte (3)	Godkendt med mangler (3)
Tune	Målene er i høj grad opfyldte (2)	Godkendt (1)
Hundige Nord	Målene er i lav grad opfyldte (4)	Ikke gennemført, da gruppen først blev oprettet i november 2021
Hjemmeplejen Nord	Målene er i middel grad opfyldte (3)	Godkendt med få bemærkninger (2)
Stranden Syd	Målene er i middel grad opfyldte (3)	Godkendt med få bemærkninger (2)

Tilsynets samlede bedømmelser

Tabellen viser, at hjemmeplejegrupperne i vid udstrækning får en samlet vurdering i 2022, der lægger sig op ad den de også fik i 2021. Tilsynets overordnede vurdering på tværs af hjemmeplejegrupperne er, at ydelser i vid udstrækning tilrettelægges og udføres på en faglig forsvarlig måde, og at borgerne får den hjælp, de har ret til efter loven og de kvalitetsstandarder, som byrådet har besluttet. Det er tilsynets vurdering, at der i vid udstrækning er sammenhæng i indsatserne, både på tværs af leverandører og døgn samt at borgertilfredsheden er høj. Det er en gennemgående tendens, at borgeren oplever positiv effekt af indsatserne. Coronasituationen i 2021 og 2022 har påvirket forholdene for borgerne. Kvalitetsniveauet er generelt fastholdt, når det gælder løsningen af de daglige opgaver og borgertilfredsheden er ligeledes fastholdt.

Tilsynets fund

Tilsynsførende har udarbejdet en årsrapport, der sammenfatter de centrale konklusioner på tværs af hjemmeplejegrupperne. Årsrapporten er vedlagt som bilag til sagen. I årsrapporten bliver der peget på henholdsvis styrker og udviklingsområder. I nedenstående er styrker og udviklingsområder sammenfattet:

Styrker

- Den personlige pleje og praktiske hjælp ydes i vid udstrækning efter kommunens kvalitetsstandarder
- Borgernes tilfredshed med de faste medarbejdere er meget høj. Borgerne udviser tillid og tryghed.
- Omgangstonen er respektfuld og hjælpen ydes med sigte på at være individuel og fleksibel.

Udviklingsområder

- Uklarhed om ansvars- og opgavefordeling ved opdatering af funktionsevnetilstande i snitfladen til terapeuter og Myndighed blandt andet grundet mangelfuld dokumentation.
- Tidlig opsporing for underernæring blandt andet grundet mangelfuld arbejdsgang, som ikke understøtter faglig refleksion og formidling af observationer til sundhedsfaglige kollegaer.
- Grundlaget for frontmedarbejdere skal styrkes herunder døgnrytmeplaner, så de er tidstro og retvisende i relation til borgerens helbredstilstand.

Derudover ses lokale udviklingspunkter, som er beskrevet i plejeenhedernes tilsynsrapporter i et indledende afsnit. Heri beskrives de styrker, som tilsynsførende har vurderet, er til stede på plejeenheden.

Administrationen anbefaler på baggrund af tilsynets resultater og borgernes tilfredshed, at de uanmeldte tilsyn med leverandører af hjemmepleje bliver taget til efterretning.

Lovgrundlag

§151 i lov om social service forpligter kommunerne til at føre tilsyn med leveringen af plejeydelser efter servicelovens § 83 og § 83a og § 86 vedrørende vedligeholdende træning.

Økonomiske konsekvenser

Sagen har ingen økonomiske konsekvenser.

Bilag

Bilag 1 - Årsrapport for uanmeldte tilsyn i hjemmeplejen i 2022

Bilag 2 - Tilsynsrapport, Hjemmeplejen Vest Tune 2022

Bilag 3 - Tilsynsrapport Hjemmeplejen Hundige 2022

Bilag 4 - Tilsynsrapport Hjemmeplejen Syd Stranden 2022

Bilag 5 - Tilsynsrapport Hjemmeplejen Karlslunde Landsby 2022

Fraværende Lone Mortensen

Punkt 7: Styrelsen for Patientsikkerhed i 2022, foretaget tilsyn

23-000535

Beslutning

Orientering blev taget til efterretning.

Fremstilling

Sagsprocedure

Sundheds- og Omsorgsudvalget.

Resume

Sundheds- og Omsorgsudvalget orienteres om sundhedsfagligt tilsyn og ældretilsyn, som er udført af Styrelsen for Patientsikkerhed i 2022 på henholdsvis Grønlykkeparken og i Dahliahuset. Tilsynets fund bliver fremlagt, og administrationen anbefaler Sundheds- og Omsorgsudvalget, at resultaterne bliver taget til efterretning.

Indstilling

Administrationen indstiller, at resultaterne fra tilsyn foretaget af Styrelsen for Patientsikkerhed tages til efterretning.

Sagsbeskrivelse

Styrelsen for Patientsikkerhed har som en af sine hovedopgaver at føre tilsyn på institutioner, som leverer ydelser efter sundhedsloven. Dette tilsyn har tidligere været kendt som risikobaseret tilsyn, som i dag kaldes *sundhedsfagligt tilsyn*. Som supplement til det sundhedsfaglige tilsyn blev der i 2018 indført en fireårig forsøgsordning med et såkaldt *ældretilsyn*, hvor der føres tilsyn med indsatser, som ydes efter serviceloven. Det betyder, at der føres tilsyn med de samme ydelser i et ældretilsyn, som der gør i de uanmeldte tilsyn i hjemmeplejen og på plejecentre. I efteråret 2020 blev ældretilsynet forlænget til og med 2024. Begge tilsyn er baseret på observationer, interviews samt gennemgang af journaler og dokumentation. Et tilsyn foretages på en enkelt dag, og resultaterne skal derfor betragtes som et øjebliksbillede. Hvert år bliver Sundheds- og Omsorgsudvalget orienteret i en samlet sag om de tilsyn, der er gennemført i det foregående år. I 2022 er der gennemført ét sundhedsfagligt tilsyn i Grønlykkeparken og ét ældretilsyn i Dahliahuset i Greve Kommune. I nedenstående afsnit præsenteres de væsentligste konklusioner fra de tilsynsrapporter, som Styrelsen for Patientsikkerhed har offentliggjort.

Om sundhedsfagligt tilsyn

Om der skal føres et tilsyn på en given institution, afgøres ud fra et kriterium om risiko for patientsikkerheden. Dette betyder, at Styrelsen for Patientsikkerhed løbende vurderer, hvor der kan være størst risiko for patienternes sikkerhed og udvælger institutionerne efter denne vurdering. Der kan foretages et sundhedsfagligt tilsyn på behandlings- og plejehøjinstitutioner i både det offentlige og private sundhedsvæsen. Det kan fx være et plejecenter, en hjemmeplejeleverandør eller en fodterapeut. Ved et sundhedsfagligt tilsyn varsles institutionen på forhånd, så tilsyn ikke foretages uanmeldt. Tilsynet skal bidrage til læring og udvikling af de social- og plejefaglige indsatser på plejeområdet.

Styrelsen for Patientsikkerhed udarbejder en tilsynsrapport efter hvert tilsyn, hvori det fremgår, om der er konstateret overtrædelser eller mangler af betydning for patientsikkerheden. I tilsynsrapporten fremgår den samlede vurdering ud fra fire kategorier i forhold til den fornødne kvalitet af den social- og plejefaglige indsats. Kategorierne går fra 0 til og med 3, hvor 0 er den bedste bedømmelse. Når Styrelsen gennemfører et tilsyn, får institutionen resultaterne samme dag. Hvis Styrelsen for Patientsikkerhed under tilsynet finder forhold, der kræver handling fra institutionens side, skal institutionen udarbejde en handleplan. Derfra går der typisk en til tre måneder, før rapporten med tilsynets resultater er offentliggjort.

Sundhedsfagligt tilsyn i Grønlykkeparken

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 6. september 2022 gennemført et sundhedsfagligt tilsyn på Grønlykkeparken, der organisatorisk hører under Strandcentret plejecenter. Tilsynets samlede vurdering var (1) *Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden*, som er den næstbedste bedømmelse. I bedømmelsen er der lagt vægt på følgende:

- Der blev fundet få og spredte mangler i den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende borgernes aktuelle og potentielle funktionsnedsættelser.
- Der blev fundet sterile produkter til brug ved adrenalinbehandling, hvor udløbsdatoen var overskredet.

Tilsynet fandt, at Grønlykkeparken overordnet set er sundhedsfagligt velorganiseret med gode procedurer og en høj grad af systematik.

Grønlykkeparken har den 3. november 2022 fremsendt en handleplan, der opfylder de henstillinger, som Styrelsen for Patientsikkerhed har bemærket på baggrund af tilsynet. Tilsynsrapporten fra Styrelsen for Patientsikkerhed er vedlagt som bilag.

Om ældretilsyn

Ældretilsynet har til formål at føre tilsyn med kvaliteten af de indsatser, som ydes efter serviceloven §83-87, der omfatter praktisk hjælp, personlig pleje, rehabilitering, madservice og socialpædagogisk støtte. Tilsynet har blandt andet fokus på om borgerne oplever livskvalitet og selvbestemmelse. Ældretilsynet er et supplerende tilsyn og erstatter ikke andre tilsyn.

I tilsynsrapporten fremgår den samlede vurdering ud fra fire kategorier i forhold til den fornødne kvalitet af den social- og plejefaglige indsats. Kategorierne er: 1) *Mindre problemer*, 2) *Mindre problemer med handleplan*, 3) *Større problemer* og 4) *Kritiske problemer*.

Ældretilsyn på Dahliahuset

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 3. maj 2022 gennemført et ældretilsyn i Dahliahuset, som organisatorisk hører under rehabiliteringscentret Hedebo fra 2023. Tilsynets samlede vurdering var (2) *Mindre problemer med handleplan*, som er den næstbedste mulige bedømmelse. Der er ved vurderingen lagt vægt på følgende mangler:

- Flere spredte mangler omhandlende dokumentation. Manglerne omhandlede eksempelvis beboernes ønsker for den sidste tid.
- De interviewede pårørende bemærkede, at de ikke altid føler sig lyttet til i relation til borgers hverdagsliv.
- Tilsynsførende bemærkede, at tone, adfærd og kultur i plejeenheden ikke i tilstrækkelig grad understøtter behovene hos beboere med kognitive funktionsnedsættelser.

Tilsynet fandt endvidere, at der i Dahliahusets tværfaglige organisering sikres en rehabiliterende tilgang og en sammenhængende indsats.

Dahliahuset har den 30. maj 2022 fremsendt en handleplan, der opfylder de henstillinger, som Styrelsen for Patientsikkerhed har bemærket. Tilsynsrapporten fra Styrelsen for Patientsikkerhed er vedlagt som bilag.

Lovgrundlag

Styrelsen for Patientsikkerhed har tilsynsansvaret for de institutioner, der leverer indsatser efter lov om sundhed og servicelovens §83-87.

Økonomiske konsekvenser

Sagen har ingen økonomiske konsekvenser.

Bilag

Bilag 1 - Grønlykkeparken, Sundhedsfagligt tilsyn 2022

Bilag 2 - Dahliahuset, Ældretilsyn 2022

Fraværende Lone Mortensen

Punkt 8: Center for Sundhed & Pleje i 2023, faglig risikostyring

23-000657

Beslutning

Orientering blev taget til efterretning.

Fremstilling

Sagsprocedure

Sundheds- og Omsorgsudvalget.

Resume

Sundheds- og Omsorgsudvalget orienteres om konklusionerne i årsrapporterne for henholdsvis magtanvendelser, utilsigtede hændelser og klager i ældreplejen i 2022. Administrationen fremlægger en række fokusområder, som skal rette op på de fund årsrapporterne bemærker. Administrationen anbefaler, at Sundheds- og Omsorgsudvalget tager orienteringen til efterretning.

Indstilling

Administrationen indstiller, at konklusionerne for årsrapporterne for magtanvendelser, utilsigtede hændelser og klager i ældreplejen i 2022 tages til efterretning.

Sagsbeskrivelse

Administrationen udarbejder hvert år en række årsrapporter for henholdsvis magtanvendelser, utilsigtede hændelser og klager i ældreplejen. Det står i loven om social service, at Sundheds- og Omsorgsudvalget en gang om året skal orienteres om magtanvendelser. Derfor udarbejder administrationen en årsrapport, der præsenterer antallet og typen af magtanvendelser fra det forgangene år. For at sikre løbende kvalitetsudvikling og læring hos medarbejdere og ledere i ældreplejen, bliver der derudover udarbejdet årsrapporter om utilsigtede hændelser og klager. Alle tre årsrapporter fremlægges i sagen.

Årsrapport om magtanvendelser i 2022

Årsrapporten viser, at der i 2022 er fem registreringer af magtanvendelser fordelt på i alt fem forskellige borgere. Magtanvendelserne er alle registreret på plejecentre. Administrationen vurderer, at antallet af registreringer er meget lavt. Derfor vil administrationen iværksætte tiltag, så de magtanvendelser der måtte være, bliver registreret til læring og kvalitet.

Magtanvendelserne sker hovedsageligt i situationer, hvor borgeren fastholdes i forbindelse med personlig hygiejne. Medarbejderne gør meget for at undgå at bruge magtanvendelse på borgerne. Eksempel anvender medarbejderne principperne i *personcentreret omsorg* som metode til at undgå magtanvendelser. Magtanvendelser er kun en mulighed, hvis det viser sig umuligt at løse situationen med en socialpædagogisk indsats og andre mindre indgribende indsatser. Understøttelse af den enkeltes muligheder og beskyttelse af den personlige frihed er altid udgangspunktet og fundamentet for indsatsen. De registrerede magtanvendelser i Greve Kommune i 2022 er i kategorien *lettere magtanvendelser*, hvor medarbejderen fx kortvarigt fastholder en borger i forbindelse med personlig hygiejne. Et eksempel på en magtanvendelse kan være en borger, der ikke ønsker bleskift. I denne situation er der risiko for, at borgeren udvikler en urinvejsinfektion, og medarbejderen kan derfor være nødsaget til at foretage en magtanvendelse.

Årsrapport om utilsigtede hændelser i 2022

Årsrapporten viser, at der fra 2021 til 2022 er sket en stigning fra 1101 til 1250 rapporteringer. Administrationen vurderer, at stigningen i antallet af rapporterede utilsigtede hændelser er positivt, da det afspejler en god rapporteringskultur, som bidrager til kvalitetsudvikling og læring.

Alvorlighedsgraden af utilsigtede hændelser

Når en utilsigtet hændelse bliver registreret, skal alvorlighedsgraden også registreres. Af de rapporterede utilsigtede hændelser fordeler alvorlighedsgraden sig således:

- Cirka 88 procent har ikke medført skade.
- Cirka 8 procent har medført mild skade.
- Cirka 3 procent har medført moderat skade

Ud af det samlede antal utilsigtede hændelser omhandler i cirka 68 procent af tilfældene fejl i medicineringen. Andelen af medicinfejl har siden 2020 været faldende, så udviklingen går i den rigtige retning. Administrationen vurderer alligevel fortsat, at medicinhåndtering skal være et fokusområde i 2023 til fortsat nedbringelse af medicinfejl.

Styrelsen for Patientsikkerhed har varslet, at der i 2023 kommer der et nyt rapporteringssystem, samt en lovændring omkring hvilke utilsigtede hændelser, som medarbejdere skal rapportere. Greve Kommune følger med i denne udvikling, og vil udbrede det nye rapporteringssystem og lovændring, når det kommer.

Årsrapport om klager i 2022

Årsrapporten viser, at der i 2022 er registreret 54 klager. Der er dermed sket et fald i antallet af klager siden 2021, hvor der var 73 klager. Det er Myndigheden, som registrerer klager samt hvor alvorlig klagen er, eller hvor stor bekymring der er for, at det, der skete, kunne ske.

Alvorlighed i klagerne

Hovedparten af klagerne er i kategorien "Ingen" bekymringsgrad. To af klagerne er i kategorierne henholdsvis "Alvorlig" og "Meget alvorlig" bekymringsgrad. Den meget alvorlige klage er sket på Nældebjerg plejecenter, og den omhandlede medicinering. Den alvorlige klage er sket i Hjemmeplejen Tune, og den omhandlede manglende medicinering og hjælp til personlig pleje.

Viden om klagesager indgår som læring hos den, eller de leverandører, som klagen vedrører. Når der kommer en klage, bliver leverandøren bedt om at give en redegørelse og udarbejde en handleplan. En handleplan skal sikre, at der kommer ekstra fokus på lige netop den problematik hos den leverandør, hvor klagen er kommet ind. Det kan for eksempel være kompetenceudvikling af personale eller ændrede arbejdsgange omkring planlægning af kørelistes.

Rapport for risikostyring

I risikostyringsrapporten for 2023 fremgår den samlede viden og læring fra samtlige klagesager, utilsigtede hændelser, magtanvendelser og andre mindre lokale undersøgelser.

Fokusområder i 2023

På baggrund af konklusionerne i årsrapporterne for magtanvendelser, utilsigtede hændelser og klager, vælger administrationen hvert år nogle indsatsområder, der skal være særligt fokus på i det kommende år. I 2023 har administrationen valgt følgende fokusområder:

- *Medicinhåndtering* i forbindelse med kvalitetsprogrammet i "I Sikre Hænder" og indsats med dosisdispensering.
- *Sundhedsdokumentation* herunder nyt auditskema.
- *Tvang og magt* med fokus på rapportering af magtanvendelser.

Nyt kvalitetskoncept indføres i 2023

I 2023 kommer der et nyt kvalitetskoncept, hvor læring kommer tydeligere i fokus. I forbindelse med journalaudit har dette indtil nu være udført i egen enhed. Fra 2023 skal journalaudit udføres på en anden enhed end sin egen. Efterfølgende kommer der en tilbagemelding på de fund der har været, og der udarbejdes en handleplan, og handleplanen drøftes med nærmeste chef. Det nye kvalitetskoncept bliver også et tema på ledermøder, så det sikres at læring deles på tværs af enheder. I forbindelse med uanmeldte tilsyn har det før været op til den enkelte enhed, hvordan opfølgningen på eventuelle fund har været. Fra 2023 skal den udarbejdede handleplan drøftes med nærmeste chef og leder af Myndighed samt fagkoordinator. Resultaterne drøftes herefter på ledermøder for at dele læring og erfaringer på tværs.

Lovgrundlag

Lov om retssikkerhed, lov om sundhed, lov om social service.

Økonomiske konsekvenser

Sagen har ingen økonomiske konsekvenser.

Bilag

Bilag 1 - Utilsigtede hændelser, årsrapport 2022

Bilag 2 - Magtanvendelser, årsrapport 2022

Bilag 3 - Klager, årsrapport 2022

Bilag 4 - Risikostyring 2023

Fraværende Lone Mortensen

Punkt 9: Orientering fra formanden/gensidig orientering

21-014447

Beslutning

Orienterede om Valdemarsdag den 15. juni 2023.

Fremstilling

Sagsprocedure

Sundheds- og Omsorgsudvalget.

Resume

Udvalgsformanden og udvalgets medlemmer orienterer om eventuelle aktuelle emner.

Indstilling

Administrationen indstiller at eventuelle orienteringer tages til efterretning.

Sagsbeskrivelse

Formanden orienterer om:

Fraværende Lone Mortensen

Punkt 10: Huskeliste og orientering fra administrationen

21-014441

Beslutning

Ingen orienteringspunkter.

Fremstilling

Sagsprocedure

Sundheds- og Omsorgsudvalget.

Resume

I sagen gives et kort overblik over administrationens orienteringspunkter, og hvis der er emner på udvalgets huskeliste, vil den blive vedlagt som bilag.

Indstilling

Administrationen indstiller at eventuelle orienteringer tages til efterretning.

Sagsbeskrivelse

Administrationen orienterer om:

Fraværende Lone Mortensen

Punkt 11: Sundheds- og Omsorgsudvalgets mødekalender 2023

21-014442

Beslutning

Orienteringen blev taget til efterretning.

Fremstilling

Sagsprocedure

Sundheds- og Omsorgsudvalget.

Resume

I sagen gives et overblik over Sundheds- og Omsorgsudvalgets udvalgsmøder og møder i tilknytning til udvalget.

Indstilling

Administrationen indstiller at orienteringen tages til efterretning.

Sagsbeskrivelse

Kalenderen er vedlagt som bilag.

Bilag

Sundheds- og Omsorgsudvalgets kalender 2023 - februar

Fraværende Lone Mortensen

Punkt 12: Underskriftsark

21-014446

Fremstilling

Sagsprocedure

Sundheds- og Omsorgsudvalget.

Resume

Elektronisk underskriftsark.

Fraværende Lone Mortensen