

REFERAT Omsorgsudvalget 2022-2025 d. 28-03-2022

Mødedato Mandag d. 28. marts 2022 kl. 16:00

Mødested Mødelokale C.2.25 Laksetorvet

Indholdsfortegnelse

Minikonference boligplan for omsorgsområdet 2023-2033.....	3
Årsrapport Hjemmeplejetilsyn 2021.....	4
Årsrapport kommunalt tilsyn med plejecentre 2021.....	7
Årsrapport for sundhedsfaglige tilsyn på omsorgsområdet 2021.....	10
Årsrapport for ældretilsyn på omsorgsområdet 2021.....	12
Evaluering - Træffetider på ældrecentre.....	15
Regnskab 2021 og overførsel af uforbrugte bevillinger til 2022 - Omsorgsudvalget.....	18
Gensidig orientering.....	20

Punkt 23: Minikonference boligplan for omsorgsområdet 2023-2033

27.36.00-P05-26-21

Indstilling

Forvaltningen indstiller til omsorgsudvalget

1. at konferencen drøftes

Beslutning

Udsat.

Sagsfremstilling

Der afholdes minikonference, hvor foreløbige anbefalinger i Boligplan 2023-2033 præsenteres og drøftes af byrådet. Boligplanen har til formål at sikre bemandede boliger og midlertidige opholdspladser til ældre borgere i Randers Kommune i de kommende 10 år. Boligplanen anbefalinger tager udgangspunkt i tre elementer:

- Økonomisk bæredygtighed
- Faglig bæredygtighed
- Geografisk bæredygtighed

Rammen for boligplanen er beskrevet i Kommissorium til boligplan 2023-2033, der er godkendt af Byrådet den 31. januar 2022.

Til sagen vedlægges høringssvar fra Ældreråd, Handicapråd og bruger- og pårørenderåd samt kommissorium til boligplan 2023-2033.

Program for minikonference:

- Velkomst v/udvalgsformand Ellen Petersen
- Rammesætning og anbefalinger v/omsorgschef Lene Jensen
- Dialog ved bordene
- Pause
- Drøftelser i plenum
- Opsamling på de vigtigste pointer/drøftelser v/direktør Thomas Krarup
- Tak for i dag v/direktør Thomas Krarup

Bilag

Input til boligplan 2023-2033, omsorgsområdet - handicaprådets høringssvar

Ældrerådets høringssvar vedr. input til boligplan 2023-2033

Input fra bruger- og pårørenderåd, Kildevang

Kommissorium til boligplan 2023-2033

Punkt 24: Årsrapport Hjemmeplejetilsyn 2021

27.69.32-K08-2-22

Resume

BDO har gennemført tilsyn med kommunens 11 hjemmeplejedistrikter samt 1 privat leverandør af både praktisk hjælp og personlig pleje samt 3 private leverandører af udelukkende praktisk hjælp. BDO har vurderet at 9 distrikter og 3 private leverandører i høj grad lever op til kommunens kvalitetstandarder og det vedtagne serviceniveau på området. 2 distrikter opfylder kravene i middel grad, mens 1 distrikt i lav grad lever op til kommunens kvalitetstandarder og det vedtagne serviceniveau på området.

Indstilling

Forvaltningen indstiller til omsorgsudvalget

1. at orienteringen tages til efterretning
2. at sagen sendes til orientering i ældrerådet

Beslutning

1. at taget til efterretning.
2. at godkendt.

Sagsfremstilling

Kommunen har pligt til at føre tilsyn med, at distrikter og private leverandører af kommunale opgaver efter Servicelovens §§ 83, 83 a og 86 løser opgaverne i overensstemmelse med de vedtagne kvalitetsstandarder jf. § 155.

Omsorgsudvalget besluttede på møde den 11. marts 2021, at vælge BDO til at føre tilsyn med såvel hjemmeplejedistrikter og private leverandører.

BDO har gennemført tilsyn med kommunens 11 hjemmeplejedistrikter samt 1 privat leverandør af både personlig pleje og praktisk hjælp samt med 3 leverandører af udelukkende praktisk hjælp. Alle tilsyn er gennemført i januar-februar 2022, da de blev udskudt grundet covid-19.

Tilsynets indhold og gennemførelse

Leverandøren er blevet kontaktet telefonisk 1-2 dage før tilsyn, hvilket er valgt af hensyn til, at lederen har mulighed for at være til stede.

På tilsynsdagen har BDO udvalgt 3-4 borgere ud fra en aktuel borgerliste, som efterfølgende er kontaktet med henblik på at indhente accept på deltagelse. Efterfølgende har BDO afholdt interview med leder, og efter dette er dokumentationen på de valgte borgere gennemgået med relevante medarbejdere. BDO har herefter aflagt besøg hos borgere. Efter disse besøg er der afholdt et fokusgruppeinterview med 2-4 medarbejdere, som repræsenterer gruppens fagligheder.

Tilsynet er afsluttet med en mundtlig tilbagemelding til leder og medarbejdere, og BDO har efterfølgende udarbejdet en skriftlig rapport for hver enkelt leverandør. En samlet rapport er vedlagt sagen.

Tilsyn gennemføres ud fra en tilgang, som på en og samme tid har fokus på kontrol og læring. Tilsynet skal således både være medvirkende til at skabe læring og udvikling og dermed styrke kvaliteten af det arbejde, som udføres i ældreplejen, og samtidigt at kontrolleres, om de leverede indsatser er i overensstemmelse med borgernes behov.

Temaer i tilsynet med leverandører af personlig pleje og praktisk hjælp har været:

- Tema 1 - Dokumentation
- Tema 2 - Personlig pleje
- Tema 3 - Praktisk støtte

- Tema 4 - Rehabilitering
- Tema 5 - Medarbejder kompetencer, kommunikation og adfærd

Temaer i tilsynet med leverandører af praktisk hjælp har været:

- Tema 1 - Dokumentation og samarbejde med kommunen
- Tema 2 - Rengøring og praktisk støtte
- Tema 3 - Kommunikation og adfærd

Samlet resultat af tilsyn med leverandører af personlig pleje og praktisk hjælp

BDO har med udgangspunkt i en femtrins vurderingsskala fra 1 til 5 - hvor 5 er udtryk for en høj kvalitet - vurderet og bedømt hvert distrikt i relation til de fem temaer. Resultaterne kan aflæses i nedenstående tabel.

Distrikt	Tema 1 Dokumentation	Tema 2 Personlig pleje	Tema 3 Praktisk støtte	Tema 4 Rehabilitering	Tema 5 Medarbejder kompetencer, kommunikation og adfærd
Åbakken	3	5	5	5	5
Dronningborg	4	4	5	5	4
Møllevang	5	5	5	5	5
Bakkegården	3	5	5	5	5
Lindevænget	2	3	5	3	3
Midtbyen	2	3	3	2	3
Kristrup-Vorup	4	4	5	4	4
Paderup Assentoft	4	4	5	5	5
Kollektivhuset	4	4	5	5	5
Borupvænget	4	4	4	4	5
Langå	4	4	5	4	4
Midtjysk Pleje (Privat leverandør)	3	4	5	3	3
Score: 5: I meget høj grad opfyldt Score: 4: I høj grad opfyldt Score: 3: I middel grad opfyldt Score: 2: I lav grad opfyldt Score: 1: I meget lav grad opfyldt					

BDO har vurderet at 9 distrikter i høj grad lever op til kommunens kvalitetstandarder og det vedtagne serviceniveau på området. 2 distrikter opfylder kravene i middel grad, mens 1 distrikt i lav grad lever op til kommunens kvalitetstandarder og det vedtagne serviceniveau på området.

Tendenser og anbefalinger i tilsyn med leverandører af personlig pleje og praktisk hjælp

Tilsynet har i alt givet 57 anbefalinger, hvoraf de 23 vedrører temaet Dokumentation. Øvrige anbefalinger er fordelt over de resterende fire temaer. I det følgende gennemgås fællestræk for anbefalinger indenfor de fem temaer. Antallet af anbefalinger indenfor hvert tema nævnes i parentes.

Tema 1 - Dokumentation (23 anbefalinger)

Der skal fortsat være fokus på at implementere og fastholde den nye dokumentationspraksis. Der skal være fokus på at tilstande og handlingsanvisninger er opdaterede. Dokumentationen skal være opdateret i forhold til borgerens hverdag og herunder motivation, mestring og livshistorie. Der skal generelt være fokus på systematik i relation til dokumentationen.

Tema 2 - Personlig pleje (12 anbefalinger)

Der skal være fokus på kontinuitet hos borgere med helbredsmæssige udfordringer, samt fokus på at der bliver fulgt op. Der skal fokus på, hvornår og hvordan borgeren ønsker den konkrete indsats leveret.

Tema 3 - Praktisk støtte (3 anbefalinger)

Der skal være fokus på at borgeren inddrages i opgaveløsningen samt at afløsere introduceres til opgaverne.

Tema 4 - Rehabilitering (8 anbefalinger)

Der bør være fokus på opfølgning samt dokumentation efter DTR-møder.

Tema 5 - Medarbejder kompetencer, kommunikation og adfærd (11 anbefalinger)

Der bør være fokus på at afdække medarbejdernes behov for kompetenceudvikling både generelt samt i relation til konkrete emner fx psykiatri og sårbehandling. I to tilfælde er der behov for fokus på at drøfte professionel kommunikation og adfærd med medarbejderne.

Samlet resultat af tilsyn med private leverandører af praktisk hjælp

BDO har med udgangspunkt i en femtrins vurderingsskala fra 1 til 5 - hvor 5 er udtryk for en høj kvalitet - vurderet og bedømt hvert distrikt i relation til de tre temaer. Resultaterne kan aflæses i nedenstående tabel.

Distrikt	Tema 1 Dokumentation og samarbejde med kommunen	Tema 2 Rengøring og praktisk støtte	Tema 3 Kommunikation og adfærd
C.S. Cleaning	5	5	5
Classic Clean	5	5	5
Clean-Service	5	5	5
Score: 5: I meget høj grad opfyldt Score: 4: I høj grad opfyldt Score: 3: I middel grad opfyldt Score: 2: I lav grad opfyldt Score: 1: I meget lav grad opfyldt			

BDO har vurderet at de tre private leverandører i høj grad lever op til kommunens kvalitetstandarder og det vedtagne serviceniveau på området.

Opfølgning på tilsyn

Den enkelte leder iværksætter indsatser i relation til de konkrete anbefalinger, der er givet. I Distrikt Midtbyen, som er vurderet til i lav grad at leve op til kommunens kvalitetstandarder og det vedtagne serviceniveau, er der iværksat en særlig indsats i samarbejde med den sygeplejefaglige konsulent.

Der er iværksat generelle indsatser i alle distrikter i relation til udvikling af dokumentation og rehabiliteringsindsatsen, og der er på omsorgsområdet iværksat indsatser i relation til rekruttering og fastholdelse af medarbejdere, kontinuitet i borgerforløb samt udvikling af pårørendesamarbejdet.

Den samlede rapport er vedlagt sagen.

Økonomi

Der er ingen økonomiske konsekvenser ved beslutningen.

Bilag

Årsrapport - Randers Kommune - Hjemmeplejen 2021

Tilsyn 2021 - Oplæg omsorgsudvalget

Punkt 25: Årsrapport kommunalt tilsyn med plejecentre 2021

27.69.32-K08-1-22

Resume

BDO har i 2021 gennemført tilsyn med tilsyn på kommunens i alt 23 plejecentre, heraf to selvejende institutioner og et friplejehjem. BDO har vurderet at over halvdelen af plejecentrene i høj grad lever op til kommunens kvalitetstandards og det vedtagne serviceniveau på området. Otte plejecentre opfylder kravene i middel grad, mens et plejecenter i lav grad lever op til kommunens kvalitetstandards og det vedtagne serviceniveau på området.

Indstilling

Forvaltningen indstiller til omsorgsudvalget

1. at orienteringen tages til efterretning
2. at sagen sendes til orientering i ældrerådet

Beslutning

1. at taget til efterretning.
2. at godkendt.

Sagsfremstilling

Kommunen har jf. Servicelovens § 151 pligt til at føre tilsyn med, at de kommunale opgaver på kommunens plejecentre efter §§ 83, 83 a og 86 løses i henhold til kommunalbestyrelsens vedtagne kvalitetsstandarder, og der skal derfor årligt foretages mindst ét uanmeldt tilsynsbesøg. Omsorgsudvalget har på deres møde den 11. marts 2021 besluttet, at BDO skal føre kommunale tilsyn i 2021.

BDO har i perioden juni-december 2021 gennemført tilsyn med kommunens 20 plejecentre, 2 selvejende plejecentre samt 1 friplejehjem.

Tilsynets indhold og gennemførelse

BDO har forud for tilsyn med plejecentre fået tilsendt en borgerliste. BDO har kontaktet lederen telefonisk dagen før tilsynet med henblik på at lederen kan planlægge at være til stede. Selve tilsynsbesøget er indledt med et interview med lederen. Derefter er dokumentationen gennemgået sammen med en medarbejder for tre udvalgte borgere, som forinden har givet samtykke hertil. Borgerne er herefter besøgt i deres boliger, og der foretages et kort interview, hvor eventuelle pårørende også har indgået. Den tilsynsførende har foretaget observationer af aktiviteter og interaktion mellem medarbejdere og borgere, og de tilstedeværende borgere, pårørende og medarbejdere er inddraget undervejs i dialog. Der er herefter foretaget et fokusgruppeinterview med en gruppe af medarbejdere. Tilsynet er afrundet sammen med leder og evt. medarbejdere med en kort tilbagemelding om tilsynets forløb, fund og foreløbige vurderinger. BDO har efterfølgende udarbejdet en skriftlig rapport for hvert enkelt plejecenter samt en samlet rapport for alle tilsyn. Den samlede rapport er vedlagt sagen. Rapport for det enkelte center er tilgængelig på centerets hjemmeside.

De kommunale tilsyn gennemføres ud fra en tilgang, som på en og samme tid har fokus på kontrol og læring. Tilsynet skal således både være medvirkende til at skabe læring og udvikling og dermed styrke kvaliteten af det arbejde, som udføres på plejecentrene, og samtidigt at kontrolleres, om de leverede indsatser er i overensstemmelse med borgernes behov.

Temaer i tilsynet med leverandører af personlig pleje og praktisk hjælp har været:

- Tema 1 - Dokumentation
- Tema 2 - Pleje, omsorg og praktisk støtte
- Tema 3 - Hverdagsliv
- Tema 4 - Medarbejder kompetencer, kommunikation og adfærd
- Tema 5 - Værdighed

Samlet resultat af tilsyn med plejecentre

BDO har med udgangspunkt i en femtrins vurderingsskala fra 1 til 5 - hvor 5 er udtryk for en høj kvalitet - vurderet og bedømt hvert plejecenter i relation til de fire temaer. Temaet Værdighed er dog ikke vurderet med en score. Resultaterne kan aflæses i nedenstående tabel.

Distrikt	Tema 1 Dokumentation	Tema 2 Pleje, omsorg og praktisk støtte	Tema 3 Hverdagsliv	Tema 4 Medarbejder- kompetencer, kommunikation og adfærd
Aldershvile	4	4	3	3
Bakkegården	3	5	4	5
Borupvænget	3	3	5	3
Dronningborg	3	5	5	4
Fårup Ældrecenter	2	2	4	2
Kildevang	2	4	4	4
Kollektivhuset	5	4	4	3
Kristrupcenteret	3	4	5	5
Landsbyen Møllevang	4	5	5	5
Lindevænget	4	5	5	4
Møllebo	4	5	4	5
Huset Nyvang	4	3	5	3
Randers Friplejehjem	4	5	5	5
Randers Kloster	3	5	5	5
Rosenvænget	3	4	4	4
Solbakken	4	5	5	5
Spentrup Ældrecenter	4	4	3	3
Svaleparken	4	5	5	5
Terneparken	3	5	4	4
Thors Bakke	3	5	5	4
Tirsdalen	2	3	5	3
Vorup Plejecenter	5	5	4	5
Åbakken	3	3	5	3
Score: 5: I meget høj grad opfyldt Score: 4: I høj grad opfyldt Score: 3: I middel grad opfyldt Score: 2: I lav grad opfyldt Score: 1: I meget lav grad opfyldt				

BDO har vurderet at over halvdelen af plejecentrene i høj grad lever op til kommunens kvalitetstandarder og det vedtagne serviceniveau på området. Otte plejecentre opfylder kravene i middel grad, mens et plejecenter i lav grad lever op til kommunens kvalitetstandarder og det vedtagne serviceniveau på området.

Tendenser og anbefalinger i tilsyn

Tilsynet har i alt givet 110 anbefalinger, hvoraf de 59 vedrører temaet Dokumentation. Øvrige anbefalinger er fordelt over de resterende fire temaer, hvor det bemærkes, at der ikke har været anledning til anbefalinger for temaet Værdighed. Det samlede antal anbefalinger for de øvrige temaer fremgår af parenteserne nedenfor.

Dokumentation (59 anbefalinger)

Tilsynet anbefaler, at der iværksættes en tværgående indsats på dokumentationsområdet:

- At døgnrytmeplanerne i alle tilfælde er handlevejledende beskrevet og ajourført i forhold til borgernes aktuelle situation, samt at dokumentationen i højere grad uddybes med relevante beskrivelser af medarbejdernes faglige og pædagogiske tilgange. Tilsynet bemærker, at 21 ud af 59 anbefalinger omhandler disse problemstillinger.
- At dokumentationen generelt holdes opdateret, men at der særligt er opmærksomhed i forhold til: Opdatering og sammenhæng mellem borgernes funktionsevne- og helbredstilstande samt handlingsanvisninger, så de er opdaterede i forhold til borgernes aktuelle helhedssituation. Hertil, at "Borgers hverdag" er opdateret.

- At døgnrytmeplaner uddybes med beskrivelse af borgernes ressourcer og i relevante tilfælde medarbejdernes pædagogiske og faglige tilgange.
- At der sættes fagligt fokus på, at arbejdet med dokumentationen foregår systematisk, og at medarbejderne har adgang til løbende undervisning og sparring.
- At der arbejdes med intern systematisk auditering af dokumentationen, og at der sikres læring af auditeringsresultaterne for medarbejderne.
- At der rettes et fælles ledelsesmæssigt fokus på, at GDPR-reglerne til enhver tid overholdes, så borgernes personfølsomme oplysninger beskyttes, samt at det sikres, at alle medarbejdere er bekendte med reglerne og efterlever dem i hverdagens opgaveløsning. (På baggrund af fund ved seks tilsyn ud af 23)

Personlig pleje og praktisk støtte (20 anbefalinger)

Tilsynet anbefaler, at der iværksættes en tværgående indsats på området Personlig pleje, omsorg og støtte.

Tilsynet anbefaler, at der sikres genoptagelse af triageringsmøder og DTR-møder på alle plejecentre i tråd med kommunens retningslinjer og hensigt, så disse møder fungerer som understøttende værktøj i arbejdet med at sikre den rette kvalitet i plejen og borgerforløbene.

Hverdagsliv (13 anbefalinger)

Tilsynet anbefaler at der på flere sættes fokus på borgernes ønsker om flere aktiviteter, enten i form af fælles aktiviteter eller flere individuelle aktiviteter, som fx gåture. På tre plejecentre er der behov for at sætte fokus på anvendelsen af Klippekortet. På et plejecentre er beboerne utilfredse medens kvalitet, hvor de på et andet ikke er tilfredse med selve måltidssituationen.

Medarbejderkompetencer, kommunikation og adfærd (18 anbefalinger)

Borgerne oplever generelt en god og anerkendende tilgang fra medarbejderne, dog har tre borgere oplevet en mindre hensigtsmæssig kommunikation eller adfærd fra medarbejdernes side. Generelt oplever lederne, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer i forhold til opgaverne, men flere ledere oplever, at manglen på faglærte medarbejders kompetencer og jævnlige vakante stillinger udfordrer faglighed og kontinuitet.

Værdighed (0 anbefalinger)

Tilsynets vurderer, at der er fagligt fokus på at sikre borgernes værdighed på bedst mulig vis.

Opfølgning på tilsyn

Den enkelte leder iværksætter indsatser i relation til de konkrete anbefalinger, der er givet. På Fårup Ældrecenter, som er vurderet til i lav grad at leve op til kommunens kvalitetstandarder og det vedtagne serviceniveau, er der iværksat en særlig indsats i samarbejde med den sygeplejefaglige konsulent.

Der er iværksat generelle indsatser på alle plejecentre i relation til udvikling af dokumentation og rehabiliteringsindsatsen, og der er på omsorgsområdet iværksat indsatser i relation til rekruttering og fastholdelse af medarbejdere, kontinuitet i borgerforløb samt udvikling af pårørendesamarbejdet.

Økonomi

Der er ingen økonomiske konsekvenser ved beslutningen.

Bilag

Årsrapport - Randers Kommune - Plejecentre 2021

Punkt 26: Årsrapport for sundhedsfaglige tilsyn på omsorgsområdet 2021

29.09.15-K07-1-22

Resume

Styrelsen for patientsikkerhed har i 2021 gennemført 1 sundhedsfagligt tilsyn med et plejecentre i Randers Kommune. Styrelsen vurderede, at der på dette plejecenter var mindre problemer af betydning for patientsikkerheden. Antallet af tilsyn i 2021 har været meget lavt, da tilsyn i en lang periode har været aflyst grundet covid-19.

Indstilling

Forvaltningen indstiller til omsorgsudvalget

1. at orienteringen tages til efterretning
2. at sagen sendes til orientering i Ældreområdet

Beslutning

1. at taget til efterretning.
2. at godkendt.

Sagsfremstilling

Styrelsen for Patientsikkerhed har siden 2017 gennemført både tilsyn med udvalgte behandlingssteder ud fra en vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden jf. Sundhedslovens § 213.

De sundhedsfaglige tilsyn gennemføres som anmeldte tilsyn, hvor behandlingsstedet bliver udtrukket ved en stikprøve. Styrelsen kan desuden gennemføre reaktive tilsyn med behandlingssteder, hvor der tidligere har været problemer med den sundhedsfaglige kvalitet eller hvor der fx har været klager i relation til den sundhedsfaglige kvalitet.

De sundhedsfaglige tilsyn gennemføres med afsigt i målepunkter, som er specifikke for det konkrete område. På omsorgsområdet falder de fleste sundhedsfaglige tilsyn under målepunktssættet: Målepunkter for tilsyn på Plejeområdet.

Målepunkterne omhandler

- Behandlingsstedets organisering
- Journalføring
- Faglige fokuspunkter (Instruks ved sygdom/ulykke, fravalg af livsforlængende behandling)
- Medicinændring
- Patienters retsstilling
- Hygiejne
- Ævrigt fund

Styrelsen for Patientsikkerhed har i 2021 gennemført sundhedsfagligt tilsyn med Randers Fripleshjem. Det lave antal tilsyn kan tilskrives covid-19 pandemien.

Styrelsens vurdering af Randers Fripleshjem fremgår af nedenstående skema:

Vurdering	Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden	Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden	Større problemer af betydning for patientsikkerheden	Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden
Sted				

Randers Friplejehjem 19. oktober 2021		x		
------------------------------------------------	--	---	--	--

Styrelsen vurderede, at der på Randers Friplejehjem var mindre problemer af betydning for patientsikkerheden, og der blev givet følgende henstillinger:

- Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at der foreligger den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer
- Behandlingsstedet skal sikre, at der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand
- Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsrelevante problemer og sygdomme
- Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste
- Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patients medicinbeholdning
- Behandlingsstedet skal sikre, at holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, er ikke overskredet
- Behandlingsstedet skal sikre, at der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning
- Behandlingsstedet skal sikre, at medicin er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
- Behandlingsstedet skal sikre, at aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderede, at de mangler, der var inden for den sundhedsfaglige journalføring og medicinændring var enkeltstående og personalet kunne redegøre fyldestgørende og relevant for de beskrevne mangler. Den generelle vurdering var, at behandlingsstedet generelt har en patientsikkerhedsrelevant forsvarlig praksis, samt at behandlingsstedet vil være i stand til at udbedre manglerne ud fra den rådgivning, der blev givet ved tilsynsbesøg samt ved at følge de givne henstillinger.

Økonomi

Der er ingen økonomiske konsekvenser ved beslutningen.

Bilag

Tilsynsrapport Randers Friplejehjem 19. oktober 2021

Punkt 27: Årsrapport for ældretilsyn på omsorgsområdet 2021

29.09.15-K07-2-22

Resume

Styrelsen for patientsikkerhed har i 2021 gennemført ældretilsyn med 2 plejeenheder, hvoraf det ene tilsyn var et reaktivt tilsyn. Styrelsen har i forbindelse med ældretilsynet konstateret, at der på 1 plejecenter ikke var problemer af betydning for den fornødne kvalitet, samt at der i et distrikt var mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet. Det lave antal ældretilsyn i 2021 kan tilskrives, at tilsynene har været aflyst grundet covid-19.

Indstilling

Forvaltningen indstiller til omsorgsudvalget

1. at orienteringen tages til efterretning
2. at sagen sendes til orientering i ældrerådet

Beslutning

1. at taget til efterretning.
2. at godkendt.

Sagsfremstilling

Ældretilsyn udføres af Styrelsen for Patientsikkerhed og er et uvildigt tilsyn, der skal bidrage til læring og udvikling af de social- og plejefaglige indsatser på ældreområdet efter servicelovens §§ 83 - 87, som handler om:

- Personlig og praktisk hjælp og madservice
- Rehabiliteringsforløb
- Aflastning og afløsning og midlertidige ophold
- Socialpædagogisk bistand
- Genoptræning og vedligeholdelsestræning

Tilsynet var oprindeligt en 4 årig forsøgsordning, der udsprang af SATS-puljeaftalen for 2018-21, men i efteråret 2020 blev ældretilsynet forlænget til og med 2024.

Tilsynet supplerer de andre tilsyn på ældreområdet - de kommunale tilsyn og Styrelsen for Patientsikkerheds sundhedsfaglige tilsyn.

Ældretilsyn gennemføres som anmeldte tilsyn, hvor plejeenheden bliver udtrukket ved en stikprøve. Styrelsen kan desuden gennemføre reaktive tilsyn med plejeenheder, hvor der tidligere har været problemer med den social- og plejefaglige kvalitet eller hvor der fx har været klager i relation til den social- og plejefaglige kvalitet.

Styrelsen fører årligt tilsyn med 10 procent af alle relevante enheder i ældreområdet. Styrelsen udvælger enhederne på baggrund af en risikovurdering og stikprøver.

Tilsynet gennemføres med afsæt i målepunkter indenfor følgende temaer:

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død
- Trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder

- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedurer og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

Formålet med tilsynsbesøgene er at vurdere kvaliteten af den social- og plejefaglige indsats, som den enkelte plejeenhed yder. Formålet er tillige at bidrage til læring i forhold til at udvikle kvaliteten af den social- og plejefaglige indsats.

Styrelsen for Patientsikkerhed har i 2021 gennemført ældretilsyn med Distrikt Fårup-Asferg samt et opfølgende reaktivt tilsyn med Huset Nyvang. Antallet af tilsyn har været mindre end vanligt grundet covid-19 pandemien.

Styrelsens vurdering på baggrund af ældretilsynet fremgår af nedenstående skema:

Vurdering	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
Huset Nyvang 11. marts 2021	x			
Distrikt Fårup-Asferg 7. september 2021		x		

Styrelsen vurderede på baggrund af de to tilsyn, at der på Huset Nyvang var: Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet, og at der i distrikt Fårup-Asferg var mindre problemer af betydning for den fornødne social- og plejefaglige kvalitet.

Tilsyn med Huset Nyvang

Tilsynet med Huset Nyvang den 11. marts 2021 var en opfølgning på det uvarslede reaktive ældretilsyn d. 8. oktober 2020, som den 22. december 2020 udløste et påbud med 17 henstillinger.

Huset Nyvang udarbejdede med afsæt i det reaktive tilsyn den 8. oktober 2020 en handleplan, som skulle rette op på de ikke opfyldte målepunkter.

Styrelsen kunne på det opfølgende tilsyn den 11. marts 2021 konstatere, at der på Huset Nyvang ikke er problemer af betydning for den fornødne kvalitet i henhold til hjælp, omsorg og pleje, jf. servicelovens §§ 83-87, og at påbuddet derfor i sit hele er efterlevet af Huset Nyvang, og at påbuddet af den 22. december 2020 derfor blev ophævet.

Tilsyn med Distrikt Fårup-Asferg

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderede ved tilsynet den 7. september 2021, at der i Distrikt Fårup-Asferg var mindre problemer af betydning for den plejefaglige kvalitet. Styrelsen gav med afsæt i de ikke opfyldte målepunkter følgende henstillinger:

- At plejeenheden sikrer en praksis for, at borgernes ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet
- At plejeenheden sikrer, at der hos konkrete borgere er beskrivelser i den social- og plejefaglige dokumentation af metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse
- At plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger

Tilsynsrapporter for de to plejeenheder er vedlagt.

Økonomi

Der er ingen økonomiske konsekvenser ved beslutningen.

Bilag

Ældretilsynet tilsynsrapport Huset Nyvang 11. marts 2021

Punkt 28: Evaluering - Træffetider på ældrecentrene

27.42.00-P00-1-20

Resume

På byrådets temamøde d. 4. august 2020 blev der udtrykt ønske om, at der blev indført faste træffetider ved centerledelsen på plejecentre i Randers Kommune. Forvaltningen lavede på den baggrund et oplæg, som blev behandlet og besluttet i omsorgsudvalg, økonomiudvalg og senest i byrådet d. 7. december 2020.

Den vedtagne indstilling omhandlede implementering af faste træffetider hvor pårørende har mulighed for uanmeldt at møde op, og få en samtale med centerlederen, samt en evaluering efter 6 måneder.

Der blev udarbejdet en evaluering som blev behandlet på omsorgsudvalgsmøde d. 25. november hvor det blev besluttet at ordningen med fast træffetid fastholdes indtil ældreråd og brugerpårørenderåd er blevet hørt. Herefter skulle sagen forelægges udvalget igen, hvilke sker med dette dagsordenspunkt.

Indstilling

Forvaltningen indstiller til omsorgsudvalget

1. at ordningen tages til efterretning
2. at ordningen med fast træffetid afvikles
3. at centrene sikre kontaktoplysninger på ledelsen, på såvel hjemmeside, fysisk ophæng, og ved indflytningsbrochure

Beslutning

1. at taget til efterretning.
2. at godkendt.
3. at godkendt.

Sagsfremstilling

Efter byrådets temamøde d. 4. august 2020, udarbejdede forvaltningen et oplæg om faste træffetider for plejecenterledelserne, som efter politisk behandling blev implementeret november/december 2020.

Der blev indført en fast ugentlig træffetid. Et tidsrum hvor centerlederne er mødefri og er let kontaktbar på centret. Træffetiden er tænkt som fast afsat tidsrum hvor pårørende har mulighed for uanmeldt at møde op og få en samtale med centerlederen. Det kan for eksempel omhandle spørgsmål, ris og ros, gode ideer til hvordan centret/kommunen kan blive bedre og andet som måtte være aktuelt.

Træffetiden blev tirsdage mellem kl. 14-16, og er blevet, med hjælp fra kommunikationsafdelingen, synliggjort på de respektive centres hjemmesider, skilt ved centerindgang, information på infoskærme, mm.

Det blev besluttet at ordningen skulle evalueres efter 6 måneder.

Forvaltningen indsamlede data fra plejecentrene, med opgørelser af pårørende som uanmeldt benyttede træffetiden. Data baseret på perioden november 2020 til august 2021 viste et signifikant billede af, at pårørende ikke anvendte træffetiden idet centrene kun havde registreret 1 til 5 pårørende som uanmeldt benyttede træffetiden i den angivne periode. Centerledernes tilbagemeldinger var, at de oplever at de pårørende henvender sig når de har behovet, og venter ikke til et bestemt tidspunkt, og at de mere koordinerende møder aftales ofte telefonisk eller mail, det kan for eksempel være indflytningssamtaler, trivsel, fremvisning af bolig og lignende.

Evalueringen blev taget til efterretning af Omsorgsudvalget, d. 25. november 2021, hvor der blev besluttet at, ordningen med fast træffetid fastholdes indtil ældreråd og brugerpårørenderåd er blevet hørt. Herefter forelægges sagen for udvalget igen.

Ældrerådet

På ældrerådsmødet d. 8. december 2021 blev følgende dagsordens beslutning refereret. Punktet blev drøftet og taget til efterretning. Ældrerådet kan godt bakke op om en afvikling af faste træffetider for ledere på centrene, så længe det følges op med en indsats om at informere de pårørende om, at ledere kan træffes i løbet af hele arbejdsdagen.

Bruger-pårørenderåd

Der er endvidere kommet tilbagemeldinger fra centrenes bruger- pårørende råd.

Terneparken

Brugerrådet på Terneparken synes at træffetid bør nedlægges. Mange pårørende har slet ikke mulighed for at benytte tidsrummet, da de selv arbejder i dette tidsrum, ligesom de oplever at det altid er muligt at træffe eller lave en aftale om at træffe centerlederen

Kildevang

Fra bruger - pårørende mødet blev refereret, at centerlederen er tilgængelig enten på tlf eller mail på alle ugens hverdage, og at det ikke giver mening med en træffetid om tirsdagen. En bekymring om, at der mistes nogen, der kunne få opfattelsen af, at centerlederen kun er at træffe om tirsdagen. Den opfattelse kan centerlederen genkende - da det et par gange er hørt pårørende undskylde, at de ringede til centerlederen en anden dag end tirsdag. Deres konklusion - træffetiden giver ikke mening.

Thorsbakke

Bruger og pårønderådet refererer. Vi er blevet bedt om at evaluere og give tilbagemelding på behovet for samt brugen af centerlederens træffetid tirsdage kl. 14-16. Beboerne oplever ikke, at det giver mening, da de benytter sig af at komme forbi kontoret, når de har behov. Derforuden fortæller beboerne, at deres pårørende ikke giver udtryk for at benytte træffetiden. - Pårørende som er snakket med efter mødet, tilslutter sig med bemærkningen om, at de ringer eller skriver til centerlederen ved behov og at der på den måde aftales tid til et fysisk møde, hvis der er brug for det.

Landsbyen møllevang

På grund af smitteudbrud i Landsbyen Møllevang valgte de at udskyde det planlagte møde i Bruger- og Pårørenderåd. Centerlederen valgte i stedet at spørge medlemmerne i rådet via mail. Der er kommet svar fra alle. Alle i rådet udtrykker sig i mails, at de ikke oplever behov for at træffetiden fastholdes. Der er bred enighed om, at de fint kan fjernes.

Bakkegården

Beboer - pårønderådet har drøftet træffetid og refererer. Der opleves ingen henvendelser i det fastlagte tidsrum. Der er enighed om, den planlagte træffetid afskaffes. Det vurderes, at henvendelser altid skal håndteres hurtigst muligt.

Randers kloster

Randers Klosters beboer- og pårønderåd har holdt møde, og refererer. Der var enighed om, at der ikke er behov for en fast træffetid. Det er beboerrådets opfattelse, at det ikke er noget problem at få kontakt til klosterets ledelse enten ved personligt fremmøde eller via telefon eller mail.

Dronningborg

Bruger- og pårørende råd har holdt møde, hvor det blev konkluderet, at da der ikke er henvendelser i den fastsatte træffetid giver det ikke mening at fortsætte ordningen. Hvis der skulle opstå et behov kunne det evt. tages op igen. Der var enighed om, at alle borgere og pårørende altid kunne kontakte lederen på centeret, mail eller pr telefon.

Åbakken

Åbakkens bruger- pårønderåd har holdt møde og deres kommentarer i forhold til træffetid: Pårørendes holdning i rådet er, at det er unødvendigt, ufleksibelt, det kan misforstået (at man tror lederen kun er tilstede i træffetiden) og vi lever i en elektronisk verden med telefon og mail. Rådet blev præsenteret for et kort, der skal være synlig ved lederens dør, så man har mulighed for at skrive, at man gerne vil ringes op - denne mulighed giver pårørende udtryk for, er dækkende samtidig med, at der også kan tages telefonisk kontakt.

Lindevænget

Bruger -påørenderådet på Lindevænget har tilkendegivet at de ikke ser et behov for at centerlederen har fast træffetid.

Svaleparken

Træffetiden har ikke været anvendt - og pårørende henvender sig når behovet opstår.

Tirsdalen

Tilbagemeldinger fra pårørende er, at centerlederen er tilgængelig og de ikke tænker over fast træffetider.

Kristrup

Har behandlet det på beboermøde samt forespørgsel via pårørende mail. Konklusion er, at de ikke mener der er behov for ledertræffetid, da de kontakter lederen ved behov og oplever at centerlederen er tilgængelig enten fysisk eller pr. telefon.

Møllebo

Der er refereret fra bruger- pårørende møde, at både beboere og pårørende giver udtryk for, at de ikke benytter sig af træffetiden. De kan som udgangspunkt træffe centerleder i hverdagene, hvor døren hos centerleder altid står åben og de bliver altid mødt med forståelse og en snak, hvis behovet skulle være der. Pårørende giver udtryk for, at de altid kan træffe centerleder på mail, telefon eller personligt når de har behov for at drøfte evt. problematikker m.m. Alle giver udtryk for, at det vil være fint for dem, at træffetiden ophører. Både beboere og pårørende giver udtryk for, at når de har et akut behov så kan de altid kontakte enten centerleder eller personalet, således at de straks får afklaring på evt. opståede problematikker/udfordringer.

Spentrup

Rådet har drøftet det og konkludere at beboerne henvender sig ved behov til centerleder. Dette sker ikke kun i træffetiden, men ved behov. Ligeledes gør det sig gældende for pårørende. Både beboere og pårørende oplever, at hvis centerleder ikke er til stede, når de tager kontakt, kontakter lederen dem, så snart der er mulighed for dette.

Fårup, Borupvænget, Vorup, Rosenvænget.

Har måtte aflyse/udskyde møder grundet sygdom, kalendermuligheder. Men oplyser alle at have fået tilbagemeldinger på at træffetid kan afvikles, da det opleves som at ledelsen er let kontaktbar.

Kollektivhuset.

Kollektivhuset har ikke et beboer og pårørenderåd, men oplyser at tilkendegivelserne indikerer at træffetid kan afvikles.

Forvaltningen indstiller på baggrund af evalueringen, og udtagelserne fra ældrerådet og de mange bruger-pårørenderåd, samt centerledelserne, at den officielle faste træffetid udfases - brug ophører. Men også, at de angivne kontaktoplysninger på hjemmesiderne fastholdes, samt udvides med fysisk ophængte information og på infoskærme samt ved revidering af indflytningsbrochurer, mm.

Økonomi

Der er ingen økonomiske konsekvenser ved beslutningen.

Punkt 29: Regnskab 2021 og overførsel af uforbrugte bevillinger til 2022 - Omsorgsudvalget

00.32.10-S00-1-21

Resume

Forvaltningen fremlægger regnskab 2021 på omsorgsudvalgets område samt opgørelse over uforbrugte bevillinger på drift og anlæg, som søges overført til 2022.

Udvalgets regnskabsmateriale indgår i det samlede regnskab for 2021, som forelægges Økonomiudvalget og Byrådet i møderne hhv. den 18. og 25. april 2022.

Indstilling

Forvaltningen indstiller til omsorgsudvalget

1. at orientering om regnskab 2021 og overførsel af uforbrugte midler til 2022 tages til efterretning og indarbejdes i den samlede sag, som forelægges byrådet.

Beslutning

Taget til efterretning.

Sagsfremstilling

Sagen indeholder en præsentation af regnskab 2021 på omsorgsudvalgets bevillingsområder. Der kan ses en detaljeret gennemgang af regnskabsresultatet i de vedlagte bilag.

Drift

Nedenstående tabel viser årets resultat på driften i 2021 i mio. kr.

Drift	Korrigeret budget ekskl. overførsler	Regnskab	Årets resultat ekskl. overførsler	Overførsler fra 2020	Overførsler til 2022
Praktisk hjælp, pleje og træning	940,7	941,3	0,6	-11,0	-10,4
Hjælpeområdet	61,6	61,5	-0,1	-3,8	-3,9
Projekter	0,1	6,0	5,9	-0,2	5,7
Drift af ældreboliger (overføres ikke)	-29,1	-30,4	-1,3		
Omsorgsudvalget i alt	973,3	978,4	5,1	-15,0	-8,6

Årets resultat: Positivt tal lig med merforbrug/mindreindtægt. Negativt tal lig med mindreforbrug/merindtægt.

Overførsler: Positivt tal lig med overførsel af gæld. Negativt tal lig med overførsel af opsparing.

Der har i 2021 stort set været balance mellem budget og regnskab på den ordinære drift, der dog dækker over at der har været merudgifter/mindreindtægter vedr. corona på ca. 9 mio. kr. Det skal bemærkes at underskuddet vedr. projekter skyldes at statstilskud vedr. et projekt først modtages i 2022 og derfor ikke er udtryk for et egentligt underskud.

Når der er en større overførsel til 2022 skyldes det at der i 2020 fra staten blev modtaget ekstra midler i forbindelse med en aftale vedrørende AUB med henblik på at optaget flere elever på SOSU-uddannelserne og at en store del af disse midler først vil blive anvendt i 2021 og 2022; i 2022 forventes denne merudgift at være ca. 5 mio. kr. Herudover omfatter overførslerne en hensættelse til bevillinger vedr. handicapbiler på 3,9 mio. kr., som også blev overført fra 2020, idet den sagspuddel, der er opstået som følge af at sagsbehandlingsfristen ikke kan overholdes, forventes at medføre ekstraudgifter. De resterende overførsler vedrører blandt andet mindreudgifter vedr. klippekort i frit-valgsområdet, hvor ikke alle bevilgede timer har kunnet ydet som følge af corona, mindre overførsler vedr. aftaleenhederne samt modtagne statsmidler til sommeraktiviteter, som først vil blive anvendt i 2022.

Konsekvenser for 2022.

Regnskabsresultatet på omsorgsområdet forventes ikke at have nogen væsentlig indflydelse på budget 2022, men det må forventes at en stor del af overførslerne vil blive anvendt.

Anlæg

Nedenstående tabel viser årets resultat på anlæg i 2021 i mio. kr.

Anlæg	Korrigeret budget ekskl. overførsler	Regnskab	Årets resultat ekskl. overførsler	Overførsler fra 2020	Overførsler til 2022
Skattefinansieret anlæg	10,7	-1,4	-12,1	-6,2	-18,3
Ældreboliger	40,5	5,0	-35,5	-62,1	-97,6
Omsorgsudvalget, anlæg i alt	51,2	3,6	-47,6	-68,3	-115,9

Mindreudgifterne og de store overførsler fra 2020 skyldes primært at der i budgetterne for 2020 og 2021 har været afsat beløb til opførelse af et nyt plejecenter i Dronningborg, hvor udbuddet måtte aflyses, og der afventes en ny sag vedr. Dronningborg-projektet, der ud over ældreboliger og servicearealer også omfatter en daginstitution og en hal.

Overførsler 2021-22

Overførslerne på drift er opgjort til 8,6 mio. kr. og på anlæg til 115,9 mio. kr. Beløbene ønskes overført til 2022.

Økonomi

Regnskabsresultatet er opgjort inkl. merudgifter på 9,0 mio. kr., som følge af corona. Når der foreligger en politisk beslutning vedrørende en fordelingsmodel af den statslige kompensation kan dette betyde en justering af regnskabsresultatet på udvalgets område.

Bilag

Regnskabsbemærkninger_2021_Omsorgsudvalget

Overførselshæfte regnskab 2021 - Omsorgsudvalget

Punkt 30: Gensidig orientering

00.22.04-A00-4-21

Indstilling

Forvaltningen indstiller til omsorgsudvalget

1. at orienteringen tages til efterretning

Beslutning

Taget til efterretning.

Sagsfremstilling

Sagsliste OU 2022

Bilag

2022 Sagsstyringsliste OU