

## Dagsorden

## Ældrerådet 2022-2025

Ordinært møde

**Mødetidspunkt:**

06-05-2024 09:00

**Mødeafholdelse:**

Mødelokale 0.27, Frederikshavn Rådhus

**Information:**

**Medlemmer:**

Alice Eriksen  
Conny Fredborg  
Dorte Kruse Vestergaard  
Dorte Tofting  
Hanne Andersen  
Kaj Mathiassen  
Karl Aage Brasted  
Kim Larsen

**Fraværende:**

Conny Fredborg

**Stedfortrædere:**



# Indholdsfortegnelse

Ældrerådet 2022-2025

06-05-2024 09:00

<b>1 (Åben) Godkendelse af dagsorden .....</b>	<b>3</b>
<b>2 (Åben) Godkendelse af referat .....</b>	<b>4</b>
<b>3 (Åben) Beslutning om midlertidig ophør af klippekortsordning .....</b>	<b>5</b>
<b>4 (Åben) Beslutning om budgettilpasning på Læg liv til årene med fokus på ensartethed og fælleskaber .....</b>	<b>6</b>
<b>5 (Åben) Orientering om kommunalt tilsyn på plejecentre i 2023 .....</b>	<b>8</b>
<b>6 (Åben) Orientering om magtanvendelser 2023 .....</b>	<b>11</b>
<b>7 (Lukket) Orientering af leverandørvalg på Hjælpemiddelområdet .....</b>	<b>13</b>
<b>8 (Åben) Orientering fra møde i kontaktpersonordningen mellem Ældrerådet og kommunens plejecentre .....</b>	<b>14</b>
<b>9 (Åben) Information fra formanden samt øvrige meddelelser .....</b>	<b>15</b>
<b>10 (Åben) Aktuelle emner fra de politiske udvalgsdagsordener .....</b>	<b>16</b>
<b>11 (Åben) Næste møde .....</b>	<b>17</b>

## 1 (Åben) Godkendelse af dagsorden

Sags ID: MOS-2024-00136

Ansvarligt center: Direktionssekretariat

### Beslutningskompetence

ÆR

### Sagsfremstilling

Godkendelse af dagsordenen.

### Indstilling

At dagsordenen godkendes.

### Bilag

## 2 (Åben) Godkendelse af referat

Sags ID: MOS-2024-00136

Ansvarligt center: Direktionssekretariat

Beslutningskompetence

ÆR

### Sagsfremstilling

Godkendelse af referat fra Ældrerådets møde den 2. april 2024.

### Indstilling

At referatet godkendes.

### Bilag

### 3 (Åben) Beslutning om midlertidig ophør af klippekortsordning

Sags ID: EMN-2024-01456

Ansvarligt center: Sekretariat – Center for Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence

SSU

#### Sagsfremstilling

Baggrund:

Social- og Sundhedsudvalget godkendte på deres møde den 4. marts 2024

reduktionsforslaget på klippekort på kr. 200.000 fra budget 2024.

Reduktionsforslaget er behandlet på ekstraordinært CenterMED for Sundhed og Pleje den 13. februar, der tilsluttede sig forslaget.

For at kunne realisere besparelsen på kr. 200.000 og sikring af budgetoverholdelse foreslås et midlertidig ophør af klippekortsordning med virkning fra 1. oktober 2024 og frem til årets udgang.

Borgere i den eksisterende klippekortsordning vil fra 1. oktober og frem til årets udgang ikke kunne modtage denne ydelse, og det vil samtidigt ikke være muligt for nye borgere at tilgå ordningen.

Det midlertidige ophør af klippekortsordning vil derudover medfører personalereduktion da opgaven midlertidig ophører.

Sagen er sendt til høring i Ældrerådet.

Sagen har været drøftet på ekstraordinært CenterMED i Sundhed og Pleje den 30. april med følgende bemærkninger:

*CenterMED drøftede forslaget og var tilfreds med, at det er en "kan" opgave og ikke en "skal" opgave, der forsvinder, men der gøres opmærksom på, at det igen er de svageste ansatte, der bliver berørt.*

#### Indstilling

Center for Sundhed og Pleje indstiller, at udvalget træffer beslutning om midlertidig nedlukning af klippekortsordningen med virkning fra 1. oktober 2024.

Bilag

## 4 (Åben) Beslutning om budgettilpasning på Læg liv til årene med fokus på ensartethed og fælleskaber

Sags ID: EMN-2024-01490

Ansvarligt center: Center for Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence

SSU

### Sagsfremstilling

Et element i handleplanen for budgetoverholdelse inden for Social- og Sundhedsudvalget var baseret på en forudsætning om et mindreforbrug på aktivitetsområdet på 1,8 mio. kr. som skulle medgå til at finansiere et forhøjet budget for sygeplejen i 2024. Forventningen var, at denne omprioritering kunne ske uden indvirkning på serviceniveauet på aktivitetsområdet.

Det viser sig efter første kvartal 2024, at denne forudsætning ikke kan indfries. Udgiftsudviklingen på aktivitetsområdet betyder, at der her må foretages en budgettilpasning gennem en ensretning og tilpasning af serviceniveauet. Denne tilpasning betyder, at serviceniveauet på aktivitetsindsatser – herunder "Læg liv til årene" må harmoniseres.

#### Ændring af aktivitetsindsats og organisering

Aktivitetsindsatser på plejecentrene der leveres af "læg-liv-til-årene" medarbejdere tænkes fremadrettet tilrettelagt som holdaktiviteter, herunder holdtræning og samværsgupper, og ikke – som i dag på individuelt niveau. Dette for at understøtte, at borgerne bliver en del af fælleskaber.

Med ændringen af aktivitetsindsatsen vil alle "Læg liv til årene" medarbejdere fremadrettet være organiseres under aktivitetslederne i Center for Sundhed og Pleje. En omorganisering af indsatsene vil samtidig medvirke til at der fremadrettet opleves et ensartet serviceniveau.

Forventningen er at ændringen vil medføre personalereduktion svarende til 1,3 mio. Der må påregnes afledte udgifter til lønninger i opsigelsesperioden.

I forbindelse med afskedigelser gør kommunens generelle afbøde- og støtteforanstaltninger sig gældende.

Sagen er sendt til høring i Ældrerådet.

Sagen har været drøftet på ekstraordinært CenterMED i Sundhed og Pleje den 30. april med følgende bemærkninger:

*CenterMED henviser til MED-aftalens paragraf 7, stk. 4, hvor beskæftigelsen er truet og vil resultere i betydelige ændringer i ansættelsen. Endnu engang må det konstateres, at det er de svageste ansatte, der rammes af denne besparelse.*

## **Indstilling**

Center for Sundhed og Pleje indstiller, at udvalget træffer beslutning om budgettilpasningen på Læg liv til årene indsatsen.

## **Bilag**

## 5 (Åben) Orientering om kommunalt tilsyn på plejecentre i 2023

Sags ID: EMN-2023-00065

Ansvarligt center: Kontrakt og Tilsynsenheden

### Beslutningskompetence

SSU

### Sagsfremstilling

Jævnfør Serviceloven § 151, stk. 2 skal kommunen hvert år foretage mindst ét uanmeldt tilsyn på kommunens plejecentre.

For at få et uvildigt tilsyn har Frederikshavn Kommune overdraget denne opgave til BDO. I 2023 har BDO på vegne af Frederikshavn Kommune foretaget tilsyn på kommunens 13 ældre- og plejecentre samt på aflastningspladserne på Kastaniegården.

I denne fremstilling orienteres udvalget om hovedkonklusionerne i årsrapporten for tilsynene.

### Tilsynenes formål

Formålet med tilsynet er at kontrollere, at de kommunale opgaver bliver varetaget korrekt i henhold til gældende lovgivning. Tilsynene skal desuden have fokus på:

- Kontrollere om der på det enkelte tilbud praktiseres en udviklende og relevant ydelse afpasset målgruppen som sådan samt den enkelte borgers ønsker og muligheder.
- Kontrollere at gældende lovregler, kvalitetsstandarder, serviceniveau og administrative retningslinjer efterleves.
- Understøtte en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten af tilbuddet.
- Skabe grundlag for refleksion over egen praksis hos både medarbejdere og ledelse.

Tilsynene skal være med til at sikre, at personlig pleje og praktisk hjælp i plejecentrene overholder de politisk fastsatte målsætninger og beslutninger. Samtidig gives der i tilsynsrapporterne anbefalinger, som sikrer læringselementet i tilsynene.

Center for Social- og Sundhedsområdet udvælger hvert år et eller flere særlige fokusområder for tilsynene. I 2023 var temaet; Magtanvendelser.

### Tilsynenes metode

BDO har generelt og konkret vurderet forholdene, indsatsen og metoderne i det enkelte tilbud. Der er fulgt op på forslag, anbefalinger og handlingsplaner fra tidligere tilsyn.

Metodisk er der blevet arbejdet ud fra tre datakilder, henholdsvis gennemgang af dokumentation, observation og interviews med ledelse, medarbejdere og borgere. Tilsynene er foretaget som uanmeldte tilsyn.



## Tilsynsrapporter

BDO udarbejder en tilsynsrapport på baggrund af hvert tilsynsbesøg. Rapporterne er bygget op omkring vurdering af følgende emner:

- Dokumentation
- Pleje, omsorg og praktisk støtte
- Hverdagsliv
- Kompetencer og udvikling
- Fysiske rammer
- Årets tema: Magtanvendelser

## Årsrapportens konklusioner

Det er tilsynets overordnede vurdering, at centrene i Frederikshavn Kommune lever op til kvalitetsstandarderne og det vedtagne serviceniveau på området. Borgerne modtager helt overvejende pleje, omsorg og praktisk hjælp, svarende til deres ønsker og behov, og de er generelt tilfredse med måden, som medarbejdere udmønter hjælpen på.

Det er tilsynets vurdering, at ledelse såvel som medarbejdere arbejder kontinuerligt med omsorgssystemet CURA, der blev implementeret i kommunen i foråret 2022. Dog svinger kvaliteten en del på dokumentationsområdet på de forskellige centre, herunder medarbejdernes forståelse for og fortroligheden med CURA. På tre centre fandt tilsynet flere og væsentlige mangler, hvor tilsynet efterfølgende rettede henvendelse til Center for Social- og Sundhedsområdet. Variationen i dokumentationen afspejles også i vurderingerne.

Oversigt over alle BDOs anbefalinger i forbindelse med tilsynene i 2023 findes i årsrapporten, som er vedlagt denne sagsfremstilling. Hvis nogen har ønske om at se tilsynsrapporterne for de enkelte plejecentre, kan der rettes henvendelse til Center for Social- og Sundhedsområdet.

Sagen har været fremsendt til Center for Sundhed og Pleje, som ikke har kommentarer.

Sagen sendes til orientering i Ældrerådet.

## Indstilling

Center for Social- og Sundhedsområdet indstiller, at udvalget tager orienteringen til efterretning.

## Tidligere beslutninger:

Udvalg: Social- og Sundhedsudvalget 2022-2025

Dato: 08-04-2024

Godkendt.

**Bilag**

1. Årsrapport tilsyn på plejecentre i Frederikshavn Kommune 2023 (DokumentID: 7566052 - EMN-2023-00065)

## 6 (Åben) Orientering om magtanvendelser 2023

Sags ID: EMN-2024-00888

Ansvarligt center: Center for Social- og Sundhedsområdet

### Beslutningskompetence

SSU

### Sagsfremstilling

Social- og Sundhedsudvalget orienteres her om ansøgninger og indberetninger vedrørende magtanvendelse i 2023.

Serviceovens regler om magtanvendelse gælder for mennesker med betydelig og varig nedsat psykisk funktionsevne. Der må kun anvendes magt for at sikre borgerens omsorg, værdighed og tryghed eller tilgodese hensynet til andre. Magtanvendelse må aldrig erstatte omsorg, pleje og socialpædagogisk bistand.

Indberetning af magtanvendelse bruges dels som dokumentation med henblik på sikring af borgernes retssikkerhed, og dels som læring for personalet i forhold til, hvornår magtanvendelsen er lovlig, og hvordan pædagogiske tiltag kan anvendes til at opnå samme resultat med borgerens frivillige medvirken.

Oversigt over magtanvendelser er vedlagt som bilag 1. Af oversigten fremgår ansøgninger om forhåndsgodkendte magtanvendelser og indberetninger af akutte magtanvendelser.

På Handicap- og Psykiatriområdet, har været nogenlunde samme antal magtanvendelser i 2023 som i 2022.

På Ældreområdet ses der et fald i magtanvendelser fra 55 i 2022 til 35 i 2023.

Ofte skyldes udsving i antallet af magtanvendelser fra år til år, at der i kortere perioder kan være mange magtanvendelser på få borgere, som har en urolig periode.

Center for Sundhed og Pleje har indsendt kommentar, som fremgår af bilag 2. Center for Handicap og Psykiatri har ikke yderligere kommentarer.

### Indstilling

Center for Social- og Sundhedsområdet indstiller, at udvalget tager orienteringen til efterretning.

### Tidligere beslutninger:

Udvalg: Social- og Sundhedsudvalget 2022-2025

Dato: 08-04-2024

Godkendt.

**Bilag**

1. Bilag - oversigt over magtanvendelser (DokumentID: 7860143 - EMN-2024-00888)
2. Tilbage melding fra CSP (DokumentID: 7859511 - EMN-2024-00888)

## 7 (Lukket) Orientering af leverandørvalg på Hjælpemiddelområdet

## 8 (Åben) Orientering fra møde i kontaktpersonordningen mellem Ældrerådet og kommunens plejecentre

Sags ID: EMN-2022-00104

Ansvarligt center: Direktionssekretariat

Beslutningskompetence

ÆR

### Sagsfremstilling

Kort orientering fra afholdte møder på de enkelte plejecentre i forbindelse med Ældrerådets kontaktpersonordning.

### Indstilling

Formanden indstiller, at orienteringen tages til efterretning.

### Bilag

## 9 (Åben) Information fra formanden samt øvrige meddelelser

Sags ID: EMN-2022-00121

Ansvarligt center: Direktionssekretariat

Beslutningskompetence

ÆR

### Sagsfremstilling

#### Information fra formanden:

Til orientering: Den 1. maj 2024 overtog Frederikshavn Kommune visiterede opgaver fra den nødlidende private virksomhed Aktiv Hverdag, der leverer hjemmepleje. Det besluttede Social- og Sundhedsudvalget på et ekstraordinært møde den 22. april.

Kommunen overtager opgaven for at sikre, at borgerne fortsat får den hjælp, de er visiteret til. Det betyder, at medarbejdere fra Aktiv Hverdag, som løser mere end 50% visiterede opgaver, vil blive overført til Frederikshavn Kommune.

Frederikshavn Kommune er forpligtet på at sikre borgernes frie valg mellem mindst to leverandører. Det betyder, at der skal skabes et beslutningsgrundlag herfor, som skal behandles i Social- og sundhedsudvalget.

#### Information fra Danske Ældreråd:

-

### Indstilling

Formanden indstiller, at informationen tages til efterretning.

### Bilag

.

## 10 (Åben) Aktuelle emner fra de politiske udvalgsdagsordener

Sags ID: MOS-2024-00136

Ansvarligt center: Direktionssekretariat

Beslutningskompetence

ÆR

### Sagsfremstilling

Ældrerådet følger de politiske dagsordener og tager emner op, der har interesse for Ældrerådet.

Politiske udvalg:

- Social- og Sundhedsudvalg
- Teknisk Udvalg
- Plan- og Miljøudvalget
- Kultur- og Fritidsudvalget
- Arbejdsmarkedsudvalget
- Økonomiudvalget
- Byrådet

Samt nyt fra:

- Handicaprådet / Tilgængelighedsudvalget
- Integrationsrådet

### Indstilling

Formanden indstiller, at aktuelle emner drøftes.

Bilag

.



## 11 (Åben) Næste møde

Sags ID: MOS-2024-00136

Ansvarligt center: Direktionssekretariat

### Beslutningskompetence

ÆR

### Sagsfremstilling

Næste ordinære møde er planlagt til mandag den 3. juni 2024 kl. 9.00. Mødet foregår på Kastaniegården i Frederikshavn.

### Indstilling

Formanden indstiller, at mødedatoen fastholdes.

### Bilag

## Bilagsforside

Dokument Navn:	Årsrapport tilsyn på plejecentre i Frederikshavn Kommune 2023.pdf
Dokument Titel:	Årsrapport tilsyn på plejecentre i Frederikshavn Kommune 2023
Dokument ID:	7566052
Placering:	Emnesager/Kommunalt tilsyn 2023 - Plejeboliger (BDO) /Dokumenter
Dagsordens titel	Orientering om kommunalt tilsyn på plejecentre i 2023
Dagsordenspunkt nr	5
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1



# Frederikshavn Kommune

Center for Sundhed og Pleje

Årsrapport 2023

Ældre- og plejecentre samt Midlertidige pladser

# INDHOLD

<b>1.</b>	<b>TILSYN PÅ ÆLDRE- OG PLEJECENTRE OG MIDLERTIDIGE PLADSER</b> .....	<b>4</b>
1.1	SAMLET VURDERING .....	4
1.2	VURDERING AF TEMAER .....	6
1.2.1	Dokumentation .....	7
1.2.2	Pleje, omsorg og praktisk hjælp .....	9
1.2.3	Hverdagsliv.....	11
1.2.4	Kompetencer og udvikling .....	13
1.2.5	Fysiske rammer.....	15
1.2.6	Årets tema: <i>Kendskab og anvendelse af magtanvendelsesregler</i> .....	16
1.3	TILSYNETS ANBEFALINGER .....	17
<b>2.</b>	<b>FORMÅL OG METODE</b> .....	<b>18</b>
2.1	FORMÅL .....	18
2.2	METODE .....	18
2.3	VURDERING .....	18

## Forord

BDO har på vegne af Frederikshavn Kommune i 2023 gennemført anmeldte tilsyn på kommunens 14 ældre- og plejecentre samt på aflastningspladserne på Kastaniegården, som i det følgende samlet kaldes centre.

Rapporten er opbygget, så læseren indledningsvist præsenteres for tilsynets samlede vurdering af centrene med en tilhørende graf, som viser resultatet af kvalitetsmålingen for de fem faste temaer i tilsynet. Herefter gennemgås temaerne et for et. Frederikshavn Kommune har desuden i 2023 udvalgt et årstema, som ligeledes er afdækket under tilsynet på samtlige centre: *Kendskab og anvendelse af magtanvendelsesregler*.

For hvert tema er indsat et cirkel-diagram, som viser et samlet billede af de scorer, der er tildelt plejecentrene. Diagrammet underbygges med en kvalitativ vurdering.

Bagerst i rapporten findes en kort beskrivelse af tilsynets formål og metode. Ligeledes findes den vurderingsskala, der er anvendt ved tilsynene.

Med venlig hilsen



**Partneransvarlig**  
Birgitte Hoberg Sloth  
Partner  
Mobil: 2810 5680  
Mail: [bsq@bdo.dk](mailto:bsq@bdo.dk)



**Projektansvarlig**  
Helle Charlotte Nielsen  
Senior Manager  
Mobil: 4189 0002  
Mail: [henie@bdo.dk](mailto:henie@bdo.dk)

Tilsynet er altid udtryk for et øjebliksbillede og skal derfor vurderes ud fra dette.



# 1. TILSYN PÅ ÆLDRE- OG PLEJECENTRE OG MIDLERTIDIGE PLADSER

## 1.1 SAMLET VURDERING

BDO har i 2023 foretaget kommunale uanmeldte tilsyn på 14 ældre- og plejecentre samt på aflastningspladserne på Kastaniegården.

Tilsynene er afviklede i perioden fra august til og med oktober måned 2023. Seks af tilsynene er udført i weekenden og/eller i aftentimerne. BDO har med udgangspunkt i en femtrins vurderingsskala fra 1 til 5 - hvor 5 er bedst - vurderet og bedømt hvert center i relation til seks temaer.

Det er tilsynets overordnede vurdering, at centrene i Frederikshavn Kommune lever op til kvalitetsstandarderne og det vedtagne serviceniveau på området med undtagelse af tre centre i forhold til dokumentationsområdet.

Borgerne modtager helt overvejende pleje, omsorg og praktisk hjælp, svarende til deres ønsker og behov, og de er generelt tilfredse med måden, som medarbejdere udmønter hjælpen på. Tilsynet bemærker, at borgerne er velsoignerede, og den hygiejnemæssige standard i boligerne er tilfredsstillende. De 14 centre arbejder i videst muligt omfang på at sikre kontinuitet i plejen, herunder at understøtte, at de mangeartede pleje- og omsorgsydelser leveres efter en god faglig standard og med en rehabiliterende tilgang, tilpasset målgruppernes fysiske og kognitive funktionsniveau. Flere centre udfordres dog ved mangelfuld opfølgning af faglige indsatser og manglende udførelse af planlagte indsatser. Derudover konstaterer tilsynet på enkelte centre, at en utilstrækkelig dokumentation kan påvirke kvaliteten og leveringen af kerneopgaven. Tilsynet ser derfor et behov for en fortsat bevågenhed vedrørende arbejdet med levering af kerneydelser, grundet tilsynets samlede 23 anbefalinger på området.

Det er tilsynets vurdering, at ledelse såvel som medarbejdere arbejder kontinuerligt med omsorgssystemet Cura, der blev implementeret i kommunen i foråret 2022. Dog svinger kvaliteten en del på dokumentationsområdet på de forskellige centre, herunder medarbejdernes forståelse for og fortroligheden med Cura. På tre centre fandt tilsynet flere og væsentlige mangler, hvor tilsynet efterfølgende rettede henvendelse til forvaltningen. Variationen i dokumentationen afspejles også i vurderingerne, mens det samlede antal anbefalinger ligger på niveau med sidste år. Tilsynet vurderer, at dokumentationen stadig udgør et udviklingsområde, omend at tilsynet i år positivt bemærker en stigning i vurderingen af temaet *Dokumentation* på flere centre. Dokumentationen er på alle centre beskrevet i et fagligt sprog.

Borgerne er overvejende tilfredse med deres hverdagsliv og deres muligheder for selvbestemmelse og medindflydelse, fx i relation til døgnrytme og deltagelse i aktiviteter. Enkeltstående borger- og pårørendeudsagn har været rettede mod aktivitetstilbuddene, hvilket er drøftet med ledelsen. Udsagn på tre centre har omhandlet undren og utryghed ved medarbejdernes måde at kommunikere på, herunder uhensigtsmæssigt tonefald og manglende imødekommenhed. Borgerne udtrykker tilfredshed med madens kvalitet og med måltiderne, hvor tilsynet har identificeret udviklingspotentiale i forhold til måltidspraksis på to centre.

Det er tilsynets overordnede vurdering, at medarbejderne generelt er engagerede, og at deres kompetencer svarer til målgruppernes differentierede behov. Samtidig konstaterer tilsynet, at enkelte centre stadig er udfordrede af højt sygefravær og vakance, og at ledelsen bør have et fokus på at afdække medarbejdernes samlede og individuelle behov for kompetenceudvikling, grundet medarbejderudsagn.

Borgerne er meget tilfredse med de fysiske rammer på centrene, og tilsynet bemærker, at midler fra puljer på en del centre er anvendt til udsmykning eller til særskilte indkøb, der skal komme borgerne til gode i hverdagen. På kommunens center med aflastningspladser pågår en større ombygning, hvor omrokering af fællesarealer har været nødvendigt for at reducere støj fra byggeriet.

I relation til årets tema *Kendskab og anvendelse af magtanvendelsesregler* vurderer tilsynet, at ledelsen og medarbejderne på centrene er opmærksomme på at respektere borgernes selvbestemmelse samt forebygge anvendelse af magt. Flere centre inddrager relevante samarbejdspartnere mhp. sparring og vejledning, fx i komplekse forløb. Tilsynet har dog givet anledning til i alt otte anbefalinger på området, som primært retter sig mod, at medarbejderne undervises i reglerne om magtanvendelse.



## Tendenser i årets tilsyn

Tendenser i forhold til årets tilsyn ses på side 6, hvor grafen i den mørke farve viser den gennemsnitlige samlede score, som hvert center har opnået i 2023.

Resultater for de forrige år 2021 og 2022 fremgår i kvalitetsmålingen med andre farver, så udviklingen kan følges for det enkelte center. En opmærksomhed relateret til en sammenligning er, at alle centre fik implementeret det nye omsorgssystem Cura i foråret 2022. Ni centre har i året 2023 opnået en samlet score på 4 eller derover, mens de resterende fem centre har opnået en samlet score på mellem 3 og 4. Ingen centre har opnået en samlet score på 5.

Samlet har tilsynene på centrene i 2023 givet anledning til 99 anbefalinger, hvoraf de 48 anbefalinger er relaterede til teamet *Dokumentation*. De øvrige anbefalinger er fordelt over de resterende temaer, ligesom der er givet otte anbefalinger rettet mod årets tema *Kendskab og anvendelse af magtanvendelsesregler*. Temaet, *Fysiske rammer* har modtaget færrest anbefalinger med en anbefaling.

Anbefalingerne fordeler sig på alle kommunens 14 centre med stor variation, hvor fire centre samlet har modtaget fire anbefalinger eller derunder, mens tre centre har modtaget 12 anbefalinger eller derover.

Det samlede antal anbefalinger for de øvrige temaer fremgår af tabellen på side 17.

## Tværgående udviklingspunkter

BDO's fund giver, ligesom i årene 2021 og 2022, anledning til, at BDO har anbefalinger til tværgående indsatser på Frederikshavn Kommunes centre, og de er i år rettet mod temaerne *Dokumentation* samt *Pleje, omsorg og praktisk hjælp*. De tværgående udviklingspunkter er med henblik på at understøtte den videre kvalitetssikring og -udvikling begrundet i, at disse to temaer har udløst størstedelen af anbefalingerne.

### Dokumentation (48 anbefalinger)

BDO anbefaler:

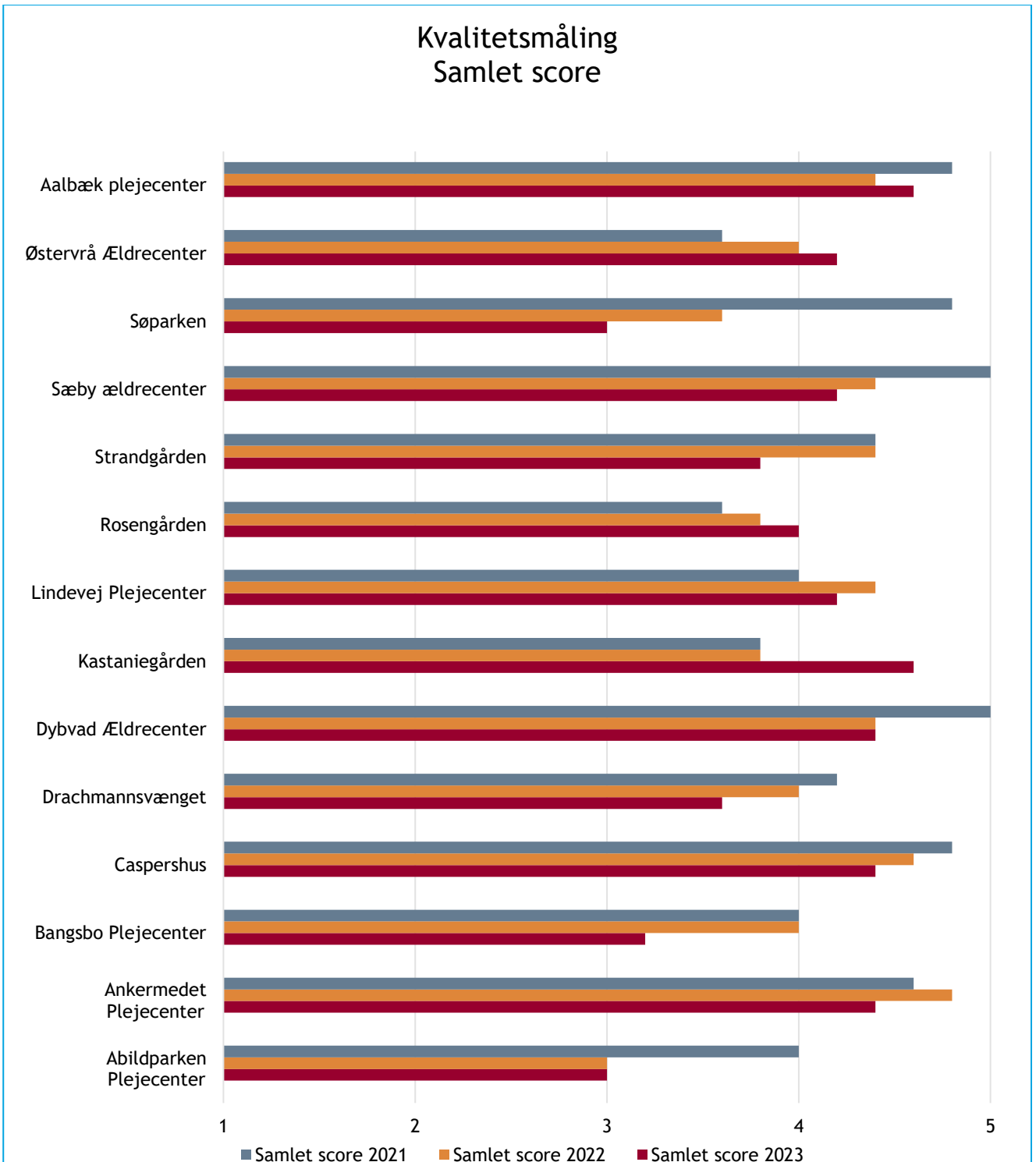
1. At ledelsen på de 14 centre har en vedvarende bevågenhed på indsatser, der kan opkvalificere og understøtte samtlige medarbejders dokumentationspraksis, fx via kontinuerlig undervisning og audits samt på at sikre medarbejderne tilstrækkelige rammer og tid til dokumentationen.
2. At ledelse og medarbejdere fortsat arbejder målrettet på, at borgernes besøgsplaner foreligger med fyldestgørende og opdaterede beskrivelser af borgernes pleje- og støttebehov, herunder at medarbejdernes faglige tilgange fremgår, hvor det skønnes relevant for kvalitet og kontinuitet i opgaveløsningen.
3. At ledelse og medarbejdere på centrene øger opmærksomheden på at sikre udfyldelse af feltet Generelle oplysninger samt sikrer ajourførte funktionsevnetilstande, svarende til borgernes aktuelle funktionsniveau i samarbejde med Visitationen.
4. At der er en ledelsesmæssig bevågenhed på, at der ved uddelegerede sundhedslovsydelser, som plejepersonalet udfører, foreligger fyldestgørende handlingsanvisninger i relation til indsatsen.

### Pleje, omsorg og praktisk hjælp (23 anbefalinger)

BDO anbefaler:

1. At ledelsen har fokus på at understøtte den daglige koordinering og planlægning af kerneydelsen, herunder at planlagte indsatser udføres, og at der sikres systematisk opfølgning af faglige indsatser.
2. At ledelsen på centrene har en øget opmærksomhed på, at medarbejderne overholder gældende retningslinjer inden for korrekt håndhygiejne.

## 1.2 VURDERING AF TEMAER

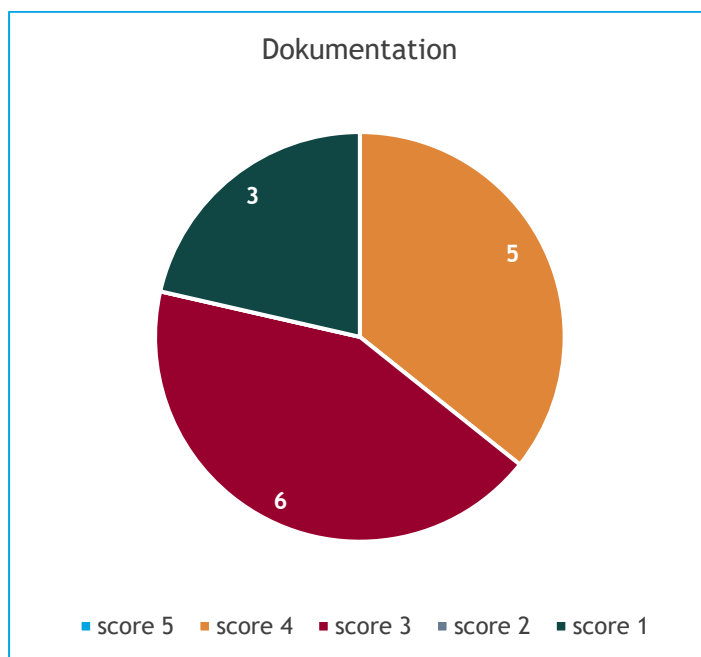


Årets fokusområde *Kendskab og anvendelse af magtanvendelsesregler* indgår ikke i beregningen af de samlede scorere, da fokusområdet udvælges af Frederikshavn Kommune hvert år - og dermed er forskelligt fra år til år. Dette fokusområde beskrives udelukkende med prosatekst sidst i rapporten.



### 1.2.1 Dokumentation

Af diagrammet fremgår fordeling af scorer inden for temaet *Dokumentation* på de 14 centre.



Scorerne fordeler sig mellem 4 og 1.

Det er tilsynets overordnede vurdering, at centrene i varierende omfang opfylder indikatorerne for temaet, hvilket ses med scorer med en vis spredning. Centrene modtager vurderinger fra scoren 4 til scoren 1, dog opnår over trefjerdedele af centrene en score på 3 eller derover. Tilsynet bemærker, at centrene generelt arbejder løbende med dokumentationspraksis i Cura, herunder de kontinuerlige opdateringer, dog vurderes enkelte centre fortsat til at være markant udfordrede på området. Dokumentationen er formuleret i et fagligt sprog.

#### Fem centre opnår scoren 4:

De fem centre, som opnår scoren 4, har enkelte mangler i opfyldelsen af indikatorerne i temaet. Fælles er, at medarbejderne kan redegøre for en klar rolle- og ansvarsfordeling, som løbende understøttes med side-mandsoplæring eller sparring, bl.a. fra centrene mødeleder+. Der ses på hvert af disse centre mangler i dokumentationen af forskellig karakter, og disse omfatter fx manglende beskrivelse af hjælpen ift. borgerne's plejebenhov samt manglende fyldestgørende handlingsanvisninger på uddelegerede sygeplejefaglige indsatser.

#### Seks centre opnår scoren 3:

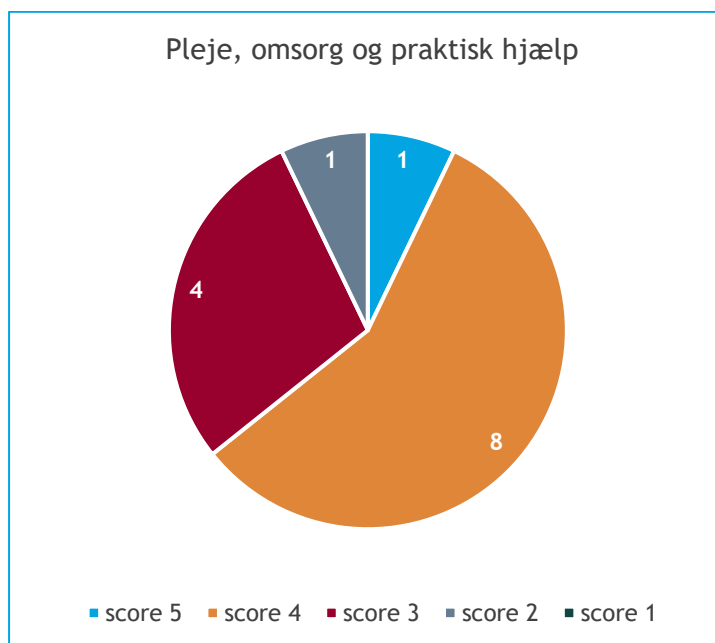
Fælles for disse centre er, at tilsynet har konstateret flere mangler i opfyldelsen af indikatorerne, fx er der afdækket mangler omhandlende fyldestgørende beskrivelser af hjælpen til borgerne's pleje. Derudover savnes der udfoldede generelle oplysninger på to centre, jf. kommunens retningslinjer, mens der på tre centre mangler opdatering af funktionsevnetilstande. På to centre observeres desuden brud på GDPR-regler i form af sedler eller åben iPad med oplysninger om borgerne. På fire centre identificeres mangler ift. at sikre fyldestgørende handlingsanvisninger, relaterede til uddelegerede sygeplejefaglige indsatser. På alle centrene kan medarbejderne beskrive, hvordan de arbejder med dokumentationen, så den understøtter praksis, og medarbejderne tilkendegiver mulighed for sparring og undervisning på dokumentationsområdet.

**Tre centre opnår scoren 1:**

Tre centre modtager scoren 1, og de opfylder dermed indikatorerne i meget lav grad, og tilsynet har afdækket omfattende mangler i dokumentationen. Overordnet finder tilsynet, at dokumentationen i borgerjournalerne er mangelfulde og usammenhængende udfoldede, bl.a. beskrivelser i forhold til borgernes pleje- og støttebehov samt medarbejdernes tilgange i relevante tilfælde. Det manglende overblik over borgernes behov for pleje og opfølgning på indsatser, samt borgernes helhedssituation, vurderes som udfordrende for borgersikkerheden. Fælles for centrene er, at medarbejderne fortsat arbejder på at blive fortrolige med dokumentationen i Cura. Tilsynet bemærker, at medarbejdernes usikkerhed og manglende undervisning samt manglende retning og systematik for dokumentationen i journalerne medvirker til manglende sammenhæng og rød tråd i den samlede dokumentation.

### 1.2.2 Pleje, omsorg og praktisk hjælp

Af grafen fremgår fordelingen af scorer inden for temaet *Pleje, omsorg og praktisk hjælp* på de 14 centre.



Scorerne fordeler sig mellem 5 og 2.

Tilsynets overordnede vurdering er, at centrene i varierende grad lever op til indikatorerne for temaet *Pleje, omsorg og praktisk hjælp*. Generelt giver borgerne udtryk for tilfredshed med hjælpen, de modtager til deres personlig pleje, omsorg og praktiske støtte. Tilsynet observerer desuden, at besøgte boliger på tilsynsbesøgene samt borgernes hjælpemidler er tilfredsstillende rengjort.

#### Et center opnår scoren 5:

Kommunens rehabiliteringscenter opnår højeste score 5. Borgerne, som er på midlertidige ophold, kender målet for opholdet, og de roser medarbejderne for deres motiverende støtte ift., at borgerne skal genoptrænes eller genvinde funktioner. Centret har strukturerede arbejdsgange, hvor kontaktpersoner primært udfører plejen hos tildelte borgere, og de er tovholdere for borgernes individuelle forløb. Ligeledes arbejder medarbejderne med faglige og systematiske metoder, fx vitale værdimålinger ved borgernes ankomst, overlap mellem vagterne samt triagemøder. Medarbejderne arbejder tværfagligt og løbende sammen med relevante kommunale og regionale samarbejdspartnere, ligesom medarbejderne i flere tilfælde har benyttet sig af 72-timers reglen ift. regionslægens ansvar ved mangler eller tvivl i et borgerforløb. Medarbejderne kan på relevant vis redegøre for det rehabiliterende sigte i samarbejdet med borgerne, såvel som de daglige sundhedsfremmende initiativer.

#### Otte centre opnår scoren 4:

Otte centre modtager scoren 4, og de opfylder dermed indikatorerne i høj grad. I alle tilfælde har tilsynet dog vurderet mangler, som kalder på øget systematik eller på anden måde påvirker kvaliteten af kerneydelser. På fire centre er vurderingen baseret på medarbejdernes manglende overholdelse af gældende retningslinjer inden for korrekt håndhygiejne. Manglende systematisk opfølgning på faglige indsatser påvirker scoren på flere centre, fx i forhold til observerede problematikker eller tilbud om vægtmålinger. Medarbejderne på centrene arbejder med forskellige metoder, som understøtter leveringen af kerneopgaven, bl.a. afholdelse af koordinerende morgenmøder og triagemøder, ligesom kontaktpersonordningen benyttes. Ge-

nerelt kan medarbejderne redegøre for, hvordan de arbejder tværfagligt, og de inddrager relevante samarbejdspartnere, som Team Hverdagsrehabilitering, demenskonsulent eller huslæger, og centersygeplejersken eller hjemmesygeplejen inddrages flittigt til faglige drøftelser om borgerne.

**Fire centre opnår scoren 3:**

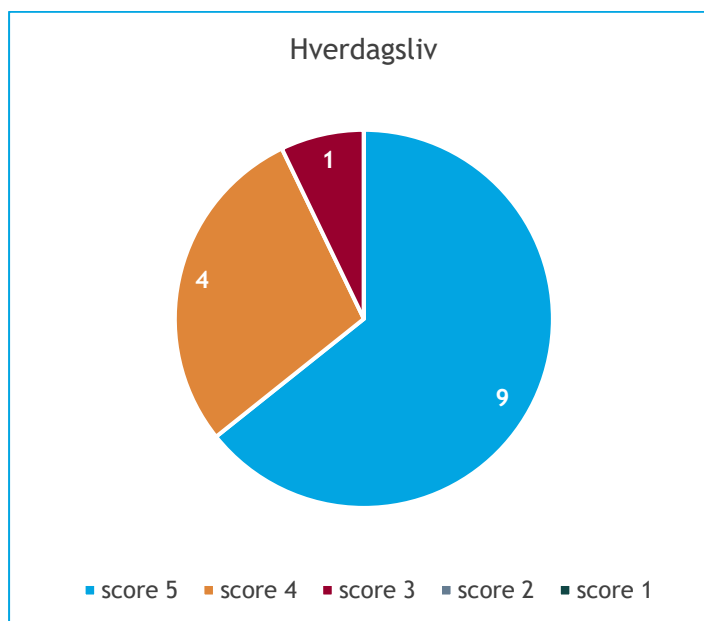
Fire centre har modtaget scoren 3, og de opfylder indikatorerne i middel grad, og tilsynet har afdækket flere mangler. For to centres vedkommende har vurderingen sammenhæng til en mangelfuld dokumentation, hvorfor det vurderes vanskeligt at opnå indblik i, hvordan hjælpen skal leveres, og det påvirker kontinuiteten såvel som kvaliteten af kerneydelsen. På et andet center tillægges dokumentationen ligeledes en betydning, idet stedets målgruppe ikke kan udtrykke egne behov. Derudover observerer tilsynet manglende overholdelse af håndhygiejniske principper, ligesom tilsynet ser et behov for fremrykning af implementeringen af den systematiske borgergennemgang med afsæt i faglig metode. På det fjerde center drejer manglerne sig om opfølgning på faglige indsatser, som har betydning for levering af kerneopgaven, ligesom tilsynet identificerer manglende efterlevelse af korrekt håndhygiejne.

**Et center opnår scoren 2:**

Et center opnår scoren 2, og det opfylder dermed indikatorerne i lav grad. Til grund for vurderingen lægger tilsynets afdækning af flere mangler, herunder en mangelfuld dokumentation. Hertil kommer borgerudsagn omhandlende medarbejdertravlhed og udskydelse af opgaver i aftentimerne samt to borgerudsagn, relaterede til konkrete episoder, som har forårsaget utryghed. Medarbejderne tilkendegiver en øget opgavemængde og travlhed samt udskydelse eller aflysning af opgaver på dage med sygemeldinger. Dog har medarbejderne fokus på den helhedsorienterede indsats i form af afvikling af triagemøder og via inddragelse af tværfaglige samarbejdspartnere og samarbejde med lokalt lægehus.

### 1.2.3 Hverdagsliv

Af grafen fremgår fordelingen af scorer inden for temaet *Hverdagsliv* på de 14 centre.



Scorerne fordeler sig mellem 5 og 1.

Tilsynets overordnede vurdering er, at centrene overvejende lever op til indikatorerne for temaet i høj til i meget høj grad. Generelt vurderer tilsynet, at medarbejderne er opmærksomme på at understøtte borgernes individuelle behov og ønsker til hverdagslivet.

#### Ni centre opnår scoren 5:

Ni centre modtager højeste score på 5, og de opfylder indikatorerne i meget høj grad. På disse ni centre giver borgerne udtryk for, at de har mulighed for at leve et alsidigt og individuelt tilrettelagt hverdagsliv og at de har medindflydelse på deltagelse i aktiviteter efter lyst og behov. Borgerne er desuden tilfredse med udbuddet af aktiviteter. På de ni centre kan ledelsen og medarbejderne redegøre for, hvordan de har organiseret aktivitetstilbuddene, som er med afsæt i borgernes ønsker og funktionsniveau. Aktivitetstilbuddene er forskellige, og de understøttes med besøg fra Team Optur og Team Udvikling, ligesom flere centre har ansat unge under 18 år, som bidrager med hygge, socialt samvær og små hverdagsaktiviteter. Gennemgående aktiviteter for en stor del af centrene er sang, gymnastik og musikalske indslag samt tilbud om gå- og cykelture. På centrene er der ligeledes tilknyttede frivillige, som enten arrangerer eller understøtter centrenes forskellige arrangementer. Genoptræning af borgernes funktionsniveau har en særlig opmærksomhed i hverdagslivet på kommunens rehabiliteringscenter, hvor terapeuterne tilbyder individuel og fælles holdtræning.

Borgerne er generelt tilfredse med madens og måltidernes kvalitet, og de er medbestemmende i forhold til, om de ønsker at indtage måltiderne i egen bolig eller i fællesskabet. På flere centre er ernæringsassistenter ansat til hel eller lettere tilberedning af maden. På et center fremhæver flere borgere, at måltiderne i fællesskabet ofte trækker ud, da borgerne nyder hinandens selskab. Medarbejderne kan yderligere redegøre for, hvordan de sikrer trygge og stemningsfyldte rammer for måltiderne, bl.a. via medarbejderdeltagelse og velovervejede bordplaner, ligesom medarbejderne løbende reflekterer og observerer borgernes ernæringsmæssige afvigelser, som følges op ved behov herfor, fx med inddragelse af diætist eller tilbud om særkost.

#### Fire centre opnår scoren 4:

På de fire centre, som opnår scoren 4, er enkelte og forskellige mangler identificerede. Fælles for to centre er dog udsagn fra hhv. en pårørende og en borger, som retter sig mod udbuddet af aktiviteter. Den pårørende på det ene center beskriver et dalende aktivitetsniveau på stedet, mens en borger på et andet center, som

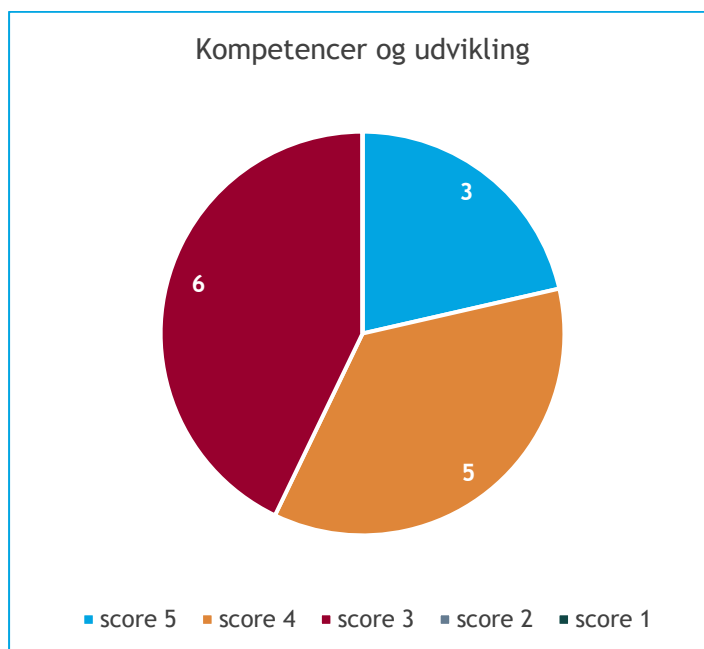
i begrænset omfang tåler for meget stimuli, tilkendegiver meget alenetid i sin bolig uden tilsyn fra medarbejdere. Medarbejdernes kommunikation og væremåde påvirker ligeledes vurderingen på to centre. En pårørende har flere gange oplevet, at medarbejderne distancerer sig ved henvendelse eller forespørgsel om sin kære, mens det på et andet center drejer sig om to borgers oplevelse af, at enkelte medarbejdere gentagne gange anvender en hård og afvisende tone over for borgerne. På det fjerde center er et borgerudsagn rettet mod utilfredshed med afvikling af måltiderne, da borgeren oplever, at bofælle må vente med hjælpen til at spise, grundet travlhed. Generelt er ledelse og medarbejdere opmærksomme på, at borgerne understøttes til et meningsfuldt hverdagsliv, ligesom der er aktivitetsmedarbejdere og frivillige tilknyttede stederne. På alle centre har medarbejderne desuden faglige refleksioner over, hvordan rammerne for det gode måltid i bedst muligt omfang understøttes.

### **Et center opnår scoren 3:**

Et center modtager scoren 3, og centret opfylder dermed indikatorerne i middel grad. Det er hovedsageligt forskellige borgerudsagn, som lægges til grund for temaets vurdering. En borger tilkendegiver utryghed ved at videreformidle oplevelsen af, at enkelte medarbejdere anvender en hård og kommanderende tone over for borgeren, da borgeren frygter for repressalier. Et andet borgerudsagn retter sig imod borgerens ønske om, at medarbejderne deltager mere ved måltiderne, og ansporer til samtale, da borgeren savner flere dialoger ved måltiderne. Ledelse og medarbejdere kan på relevant vis oplyse om, hvordan et varieret udbud af fællesaktiviteter tilbydes centrets borgere, bl.a. tilbyder to aktivitetsmedarbejdere bankospil, udflugter og en-til-en tid til borgere, der ikke profiterer af de fælles aktiviteter.

### 1.2.4 Kompetencer og udvikling

Af grafen fremgår fordelingen af scorer inden for temaet *Kompetencer og udvikling* på de 14 centre.



Scorerne fordeler sig mellem 5 og 3.

Det er tilsynets overordnede vurdering, at centrene generelt har fokus på at understøtte medarbejdernes kompetenceniveau, og at medarbejderne overvejende har relevante faglige kompetencer til at løse kerneopgaven.

#### Tre centre opnår scoren 5:

På de tre centre, som opnår højeste score på 5, gælder det, at medarbejdergruppen er præget af stabilitet, og fraværet beskrives som lavt. To af centrene har ingen vakante stillinger, mens der på tilsynsdagen er en vakant stilling på det tredje center, som dækkes af faglærte medarbejdere. Ledelsen på centrene arbejder systematisk med vidensdeling og kompetenceudvikling af medarbejderne, hvor undervisning og kurser er rettet mod opgaver og målgruppen, fx i dokumentationen. Centrene afholder faglige mødefora, som understøtter medarbejdernes opkvalificering af individuelle og fælles kompetencer. Medarbejderne tilkendegiver muligheder for løbende kompetenceudvikling og tværfaglig sparring samt oplæring i opgaver, og de føler sig godt klædt på til opgaverne. Medarbejderne kan desuden redegøre for arbejdsgange ved tvivl om opgaver, herunder, at VAR-portalen benyttes som opslagsværk ift. at holde sig ajour om opdaterede retningslinjer.

#### Fem centre opnår scoren 4:

Fire centre modtager scoren 4, og centrene har mange sammenlignelige aspekter med ovenstående afsnit. Dog har tilsynet afdækket enkelte mangler, som vægtes i vurderingen. For flere centre gælder det brugen af fastansatte ufaglærte medarbejdere, såvel som timelønnede ufaglærte medarbejdere, der varetager plejeydelserne, hvilket tilsynet har vurderet, påvirker stedets samlede kompetenceniveau. På et center er vurderingen baseret på medarbejdernes egne udsagn om, at de har et udviklingsarbejde i forhold til at anvende Tom Kitwoods "Blomst" mere stringent og som et fælles fagligt redskab i relation til borgerne på den skærmede demensafdeling. Ledelsen har på alle centre et kontinuerligt fokus på at understøtte og sikre medarbejdernes løbende kompetenceudvikling, bl.a. bidrager husets sygeplejersker med oplæring, ligesom dokumentationsundervisningen flere steder er prioriteret. På alle centre oplyses det, at medarbejderne har modtaget undervisning i fx UVI, demens eller andre praksisnære emner, som er forestået af sygeplejersker,

assisterende leder, plejecenterlæge og demenskoordinator. Medarbejderne føler sig godt rustede til opgaverne, og de oplever mulighed for faglig sparring i hverdagen.

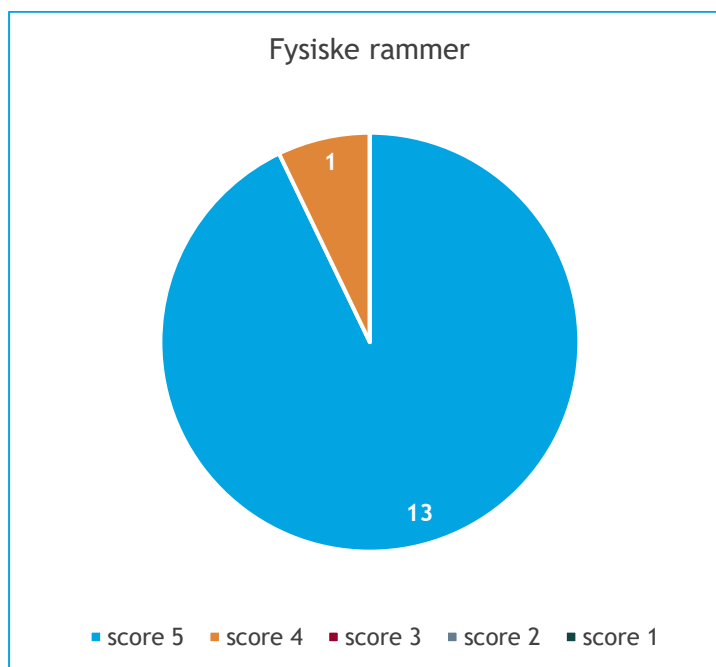
### **Seks centre opnår scoren 3:**

På de seks centre, som modtager scoren 3, ligger både ensartede og forskellige mangler til grund for centrenes vurdering. Fælles for tre centre er medarbejdernes udsagn om oplevelsen af manglende kompetencer i forhold til dokumentationsområdet. På flere centre efterspørger medarbejderne ligeledes mulighed for kompetenceudvikling inden for demensområdet, ligesom medarbejderne ytrer ønske om re- eller etablering af mødefora, som kan understøtte deres indbyrdes faglige sparring. Hertil kommer, at der på fire centre ikke er kendskab til eller anvendelse af VAR-portalen i praksis. Yderligere influeres det samlede kompetenceniveau på flere centre af et højt sygefravær eller vakante stillinger, ligesom medarbejdertrivslen enkelte steder er påvirket af forskellige årsager. Generelt er ledelsen på de seks centre opmærksomme på at understøtte medarbejdernes kompetencer ud fra eksisterende rammer, og de har stor opmærksomhed på en grundig introduktion af nyansatte.



### 1.2.5 Fysiske rammer

Af grafen fremgår fordelingen af scorer inden for temaet *Fysiske rammer* på de 14 centre.



Scorerne fordeler sig mellem 5 og 4.

Generelt gælder det, at centrene i meget høj grad eller i høj grad opfylder indikatorerne. Borgerne oplever tilfredsstillende fysiske rammer på de forskellige centre, og tilsynet observerer overvejende fysiske rammer, som tilgodeser målgruppens behov i hverdagen.

#### 13 centre opnår scoren 5:

For de 13 centre gælder det, at borgerne generelt er meget glade og tilfredse med deres boliger. På nogle centre fremhæver borgerne boligens rummelighed, terrassen eller altanen, som inviterer til ophold og blomsterbeplantning i krukke.

Ledelse og medarbejdere på centrene er opmærksomme på, at indretningen af de fysiske rammer imødekommer borgernes differentierede behov, herunder til borgere med demens. Der er fokus på at skabe trygge og hjemlige indendørs- og udendørs rammer ud fra centres eksisterende vilkår, som er meget forskellige i bygning og form. Flere centre har desuden modtaget midler fra projekt "Hjemlighed", som har medvirket til, at centrene har fået nye billeder, møbler, grill, og tv til glæde for borgerne. Et center har i år indrettet en aflastningsstue som en bariatrisk stue. På et andet center pågår et større ombygnings- og renoveringsprojekt, hvor omrokning af fællesarealerne på en etage har været nødvendigt mhp. at reducere støj fra ombygningen. Tilsynet observerer generelt en god stemning på fællesarealerne, og på flere centre bemærkes mindre og hyggelige indrettede niches, der inviterer borgerne til ophold eller en hyggestund med bofæller, familie eller medarbejdere.

#### Et center opnår scoren 4:

Et center opnår i år scoren 4. Centret, som udelukkende rummer boliger til borgere med demenslidelser, er indrettet med fem mindre huse. Årsagen til vurderingen bunder i leders udsagn og vurdering af behovet for akustikdæmpende loft i flere huse, da leder har erfaret, at omfanget af medarbejdernes arbejdsskader er faldet i det hus, som indtil videre har fået opsat akustikdæmpende loft, grundet borgernes mere rolige adfærd. Flere borgere søger ligeledes mod huset med akustikdæmpende loft. Hvert hus ses hjemligt indrettet med eget køkken samt med spise- og opholdsfaciliteter, og ledelsen såvel medarbejderne tilkendegiver, at indretningen imødekommer målgruppens behov.

### 1.2.6 Årets tema: *Kendskab og anvendelse af magtanvendelsesregler*

Årets tema *Kendskab og anvendelse af magtanvendelsesregler* har haft til formål at afdække, om medarbejderne har den fornødne viden om reglerne for magtanvendelse. Tilsynet har bl.a. undersøgt, om medarbejderne har kendskab til, hvad der betegnes som magt, jf. magtanvendelsesreglerne, og hvor reglerne samt indberetningsproceduren forefindes. Hertil kommer afdækning af, om medarbejderne kan redegøre for faglige overvejelser og tilgange i forhold til at forebygge anvendelse af magt hos borgere, og om relevante samarbejdspartnere i den forbindelse inddrages. Derudover har tilsynsførende spurgt ind til, om der er udført magt på borgere siden sidste tilsyn. Tilsynet har ligeledes haft opmærksomhed på, om de fysiske rammer, fx indgangsforhold for borgere, herunder særlige døråbnere, efterlever reglerne. Tilsynet har i alt givet otte anbefalinger, fordelt på syv centre, som er relaterede til årets tema.

På alle centre har ledelse og medarbejdere opmærksomhed på at understøtte borgernes selvbestemmelse og at forebygge magt i hverdagen. Generelt beskrives en respekt og imødekommenhed af, at borgerne støttes og lever hverdagslivet på egne præmisser, og det retter sig bl.a. imod borgernes ønsker til døgnrytme, mad og deltagelse i aktiviteter. Medarbejdere og ledelse på de forskellige centre har løbende faglige drøftelser om dilemmaer, der vedrører borgernes selvbestemmelsesret og medarbejdernes faglige vurdering af borgernes plejebehov. De centre, der har modtaget anbefalinger, som relaterer sig til årstemaet, handler primært om medarbejdernes manglende kendskab til magtanvendelsesreglerne, herunder hvor reglerne kan forefindes, hvilket seks centre har modtaget anbefaling om. Derudover har to centre modtaget en anbefaling vedrørende manglende overholdelse af retsmæssige forhold ved ind- og udgangspartier, idet der er identificeret manglende anvisning på, hvordan døre åbnes.

### 1.3 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet har i alt givet 99 anbefalinger, hvoraf de 48 vedrører forhold i Dokumentationen. Der er i år givet en enkelt anbefaling i forhold til temaet *Fysiske rammer*, mens der er givet otte anbefalinger vedrørende årets tema *Kendskab og anvendelse af magtanvendelse*. Til sammenligning blev der i 2022 givet i alt 74 anbefalinger, hvor 47 anbefalinger var rettede mod Dokumentationen, og en anbefaling blev givet i relation til kommunens selvvalgte årstema.

Nedenfor ses fordelingen af anbefalinger på de 14 centre inden for de seks temaer ved 2023 tilsynene.

Plejecenter	Dokumentation	Pleje, omsorg og praktisk hjælp	Hverdagsliv	Kompetencer og udvikling	Fysiske rammer	Kendskab og anvendelse af magtanvendelsesregler	I alt
Abildparken	6	1	2	2		1	12
Ankermedet	4	1				1	6
Bangsbo	5	3	2	2		2	14
Caspershus	1	1				1	3
Drachmanns vænget	4	2		1	1		8
Dybvad	2	1					3
Kastaniegården	4						4
Lindevej	2	1	1			1	5
Rosengården	4	2		1			7
Strandgården	4	2	1	2			9
Sæby	3	1					4
Søparken	4	6	1	2		1	14
Østervrå	2	1		2		1	6
Aalbæk	3	1					4
<b>Samlet</b>	<b>48</b>	<b>23</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>99</b>

## 2. FORMÅL OG METODE

### 2.1 FORMÅL

Det overordnede formål med tilsynene er at afdække i hvilken grad, der er sammenhæng mellem de beskrevne og vedtagne rammer, og den praksis, der udføres på stedet.

Tilsynet vil, jf. lovgivningen og bekendtgørelsen på området, have fokus på, at det enkelte tilbud er tilpasset borgernes individuelle ønsker og muligheder. Herunder at tilbuddet medvirker til at øge den enkeltes livskvalitet og mulighed for personlig udvikling, deltagelse i relevante sociale aktiviteter, og muligheder for at udfolde sig sammen med andre og deltage i sociale fællesskaber. Tilsynet vil desuden have fokus på de pædagogiske, organisatoriske og personalemæssige forhold.

Det overordnede formål med BDO's tilsynskoncept er at:

- Kontrollere om der på det enkelte tilbud praktiseres en udviklende og relevant ydelse afpasset målgruppen som sådan samt den enkelte borgers ønsker og muligheder.
- Kontrollere at gældende lovgiver, kvalitetsstandarder, serviceniveau og administrative retningslinjer efterleves.
- Understøtte en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten af tilbuddet.
- Skabe grundlag for refleksion over egen praksis hos både medarbejdere og ledelse.

### 2.2 METODE

Metodisk arbejdes der ud fra tre datakilder, hhv. gennemgang af dokumentation, observation og semistrukturerede kvalitative interviews med ledelse, medarbejdere og borgere. Tilsynene foretages som uanmeldte tilsyn. Interviewguides er målrettet de enkelte tilbudstyper, og de tilsynsførende har en relevant faglig baggrund og erfaring inden for det pågældende tilsynsområde.

### 2.3 VURDERING

I tilsynene i Frederikshavn Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	<p><b>Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler</li> <li>• Tilsynet har ingen anbefalinger</li> <li>• Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.</li> </ul>

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 4	<p><b>Indikatorerne er i høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne</li> <li>• Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul>
Score: 3	<p><b>Indikatorerne er i middel grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne</li> <li>• En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul>
Score: 2	<p><b>Indikatorerne er i lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne</li> <li>• Få elementer i indikatorerne er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul> <p>Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.</p>
Score: 1	<p><b>Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes</li> <li>• Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne</li> <li>• Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul> <p>Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.</p>

## OM BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejecentre, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.

## Bilagsforside

Dokument Navn:	Bilag - oversigt over magtanvendelser.pdf
Dokument Titel:	Bilag - oversigt over magtanvendelser
Dokument ID:	7860143
Placering:	Emnesager/Orientering om magtanvendelser 2023/Dokumenter
Dagsordens titel	Orientering om magtanvendelser 2023
Dagsordenspunkt nr	6
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	2

## Bilag – Oversigt over magtanvendelser 2023

### 1. Magtanvendelse på Handicap- og Psykiatriområdet

#### Interne tilbud

	2023	2022	2021
<b>Akut magt</b>			
Afværgenhjælp (SEL §124c)	2	0	0
Fastholdelse mv. ved meget grænseoverskridende eller meget konfliktsøgende adfærd (SEL §124d)	6	11	17
Kortvarig fastholdelse i personlig hygiejne-situationer uden forudgående tilladelse (SEL §136a stk. 1 og 2)	0	0	0
<b>Ansøgninger om magt</b>			
Stofseler (SEL §128)	3	1	2
Tryghedsskabende velfærdsteknologi (SEL §128b)	7	6	4
Kortvarig fastholdelse i personlig hygiejne-situationer uden forudgående tilladelse (SEL §136a stk. 3)	0	0	0
<b>I alt</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>23</b>

#### Eksterne tilbud

	2023	2022	2021
<b>Akut magt</b>			
Afværgenhjælp (SEL §124c)	0	8	7
Fastholdelse mv. ved meget grænseoverskridende eller meget konfliktsøgende adfærd (SEL §124d)	11	2	0
Kortvarig fastholdelse i personlig hygiejne-situationer uden forudgående tilladelse (SEL §136a stk. 1 og 2)	2	1	5
<b>Ansøgninger om magt</b>			
Stofseler (SEL §128)	5	6	0
Tryghedsskabende velfærdsteknologi (SEL §128b)	6	6	4
Kortvarig fastholdelse i personlig hygiejne-situationer uden forudgående tilladelse (SEL §136a stk. 3)	0	1	1
Optagelse i særligt botilbud* uden samtykke (SEL §136f)	1	0	0
<b>I alt</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>17</b>

\*I daglig tale "flytning uden samtykke".



## 2. Magtanvendelse på ældreområdet

	2023	2022	2021
<b>Akut magt</b>			
Afværgenhjælp (SEL §124c)	0	1	0
Fastholdelse mv. ved meget grænseoverskridende eller meget konfliktsøgende adfærd (SEL §124d)	7	4	0
Kortvarig fastholdelse i personlig hygiejne-situationer uden forudgående tilladelse (SEL §136c)	13	30	71
Fastholdelse mv. ved meget grænseoverskridende eller meget konfliktsøgende adfærd (SEL §136d)	7	3	0
<b>Ansøgninger om magt</b>			
Særlige døråbnere (SEL §125)	0	1	0
Stofseler (SEL §128)	1	4	3
Tryghedsskabende velfærdsteknologi (SEL §128b)	0	1	0
Kortvarig fastholdelse i personlig hygiejne-situationer (SEL §136a, stk. 3)	1	0	0
Optagelse i særligt botilbud* uden samtykke (SEL §136f)	6	11	2
<b>I alt</b>	<b>35</b>	<b>55</b>	<b>76</b>
*I daglig tale "flytning uden samtykke".			

**Relateret document 2/2**

**Dokument Navn: Tilbage melding fra CSP.msg**

**Dokument Titel: Tilbage melding fra CSP**

**Dokument ID: 7859511**

Date: Fri, 15 Mar 2024 10:06:02 AM (UTC)  
Sent: Fri, 15 Mar 2024 10:05:57 AM (UTC)  
Subject: kommentarer til magtanvendelse 2023  
From: Annika Øgaard Andreasen <AKAN@frederikshavn.dk >  
To: Sanne Præstgaard Larsen <sapl@frederikshavn.dk >;  
Hej Sanne

Så kom der tilbagemelding i forhold kommentarer til sagsfremstilling omhandlende magtanvendelse 😊

*Team Demens oplever at centerlederne er opmærksomme på problematikkerne personalet kan stå i og er gode til at række ud efter de tilbud som findes. Herunder Fra Truet til udfordret (eksterne tilbud) og Projekt Borgertrivsel (internt tilbud 2021-2023).*

*Projekt borgertrivsel er efter projektafslutning implementeret som fast del af Team Demens og vi oplever at centerlederne gør godt brug af os. Særligt i forhold til de borgere som har en adfærd som er svær for os at forstå.*

Med venlig hilsen

Annika Øgaard

Konsulent

**Center for Sundhed og Pleje**

Direkte: 9845 5286

Mobil: 2941 6215

E-mail: [akan@frederikshavn.dk](mailto:akan@frederikshavn.dk)



Frederikshavn Kommune  
Rådhus Allé 100  
9900 Frederikshavn

Telefon: 9845 5000  
[www.frederikshavn.dk](http://www.frederikshavn.dk)