

Servicebeskrivelse for borgere i botilbud

Gribskov Kommune
2013

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	4
1.1 Læsevejledning.....	5
1.2 Visioner og strategi.....	5
1.2.1 Den forbyggende tilgang.....	5
1.2.2 Aktiverende, rehabiliterende og kompenserende indsats.....	5
1.2.3 Velfærds- og socialteknologi.....	6
1.2.4 Civilsamfund.....	6
1.3 Rammer for samarbejde.....	7
1.4 Revision og godkendelse.....	7
2. Visitation.....	8
2.1 Om visitation.....	8
2.2 Kvalitetskrav for visitationen.....	8
2.3 Voksenudredningsmetoden.....	8
2.4 Visitationsforløb.....	9
2.4.1 Sagsåbning.....	9
2.4.2 Sagsoplysning.....	10
2.4.3 Sagsvurdering.....	11
2.4.4 Afgørelse.....	13
2.5 Dokumentation ved visitation.....	13
2.6 Tidsfrister.....	14
2.7 Revurdering og opfølgning af indsatser.....	14
2.8 Valg af leverandør.....	15
2.9 Kvalitetsopfølgning.....	15
2.10 Påbud ved manglende kvalitet.....	17
3. Leveringen af ydelsen.....	18
3.1. Hvad er det gode sociale tilbud?.....	18
3.2. Bestilling af social indsats.....	19
3.3 Start af indsatsen.....	19
3.3.1 Handleplan for indsatsen.....	20
3.4 Forebyggelse og tidlig opsporing.....	20
3.5 Tidsfrister for opstart af hjælp og støtte.....	21
3.6 Dokumentation ved levering af indsats.....	21
3.7 Kvalitetskrav til levering af indsatsen.....	21
3.7.1 Krav til leverandørens tværgående samarbejde.....	21
3.7.2 Krav i forhold til leverandørens planlægning.....	22
3.7.3 Krav til leverandøren ved levering af indsatsen.....	22
3.7.4 Krav i forhold til patientsikkerhed og utilsigtede hændelser.....	22
3.7.5 Krav til medarbejdernes uddannelse og kompetencer.....	24
3.7.6 Øvrige krav til leverandørernes medarbejdere:.....	25
3.8 Borgerens hjem som arbejdsplads.....	26
3.9. En værdig afsked.....	27
4. Samarbejde og kommunikation mellem Gribskov Kommune og leverandør.....	28
4.1 Dialogmøder (operationelt niveau).....	28

4.2 Driftsmøder (taktisk niveau).....	29
4.3 Bilaterale møder (strategisk niveau).....	29
4.4 Tværgående samarbejdsforum (taktisk og strategisk niveau).....	30
5. Ydelsesbeskrivelse og kvalitetsstandarder.....	32
5.1 Ydelsesbeskrivelse for Botilbud Kirkeleddet.....	33
5.2 Ydelsesbeskrivelse for Botilbud Skipperstræde.....	41
5.3 Sygepleje.....	49
5.4 Personlig pleje.....	51
5.5 Rengøring.....	54
5.6 Socialpædagogisk støtte.....	56
5.7 Gruppetilbud.....	61
5.8 Korte ressourcefremmede forløb.....	65
5.9 Støttetilbuddet "Guideline".....	70
5.10 Særlige behov.....	71
5.11 Genoptræningsforløb efter serviceloven.....	73
6. Bilag.....	76
6.1 Oversigt over tidsfrister.....	77
6.2 Skabelon for handleplan.....	79
6.3 Indsatskatalog sygepleje.....	81
6.4. KL's kompetenceprofiler.....	99

1. Indledning

Denne servicebeskrivelse indeholder det politisk besluttede serviceniveau for voksne med handicap og særlige sociale problemer på botilbud i Gribskov Kommune jf. følgende lovgivninger: 1) Socialpædagogisk støtte, personlig pleje, praktisk bistand og træning efter Serviceloven og 2) Hjemmesygepleje efter Sundhedsloven. Servicebeskrivelsen finder anvendelse for borgere, der er visiteret til et botilbud.

Formålet med servicebeskrivelsen er at understøtte en ensartet udmøntning af det politisk besluttede serviceniveau og dermed medvirke til, at:

- borgerens retssikkerhed for at kunne modtage ensartet service opretholdes
- borgeren kan læse de kvalitetsstandarder, der ligger til grund for den indsats, borgeren kan modtage på baggrund af en individuel visitation
- medarbejdere hos myndigheden og leverandørerne får en fælles faglig ramme og værktøj for det daglige samarbejde – og dermed en mulighed for løbende forventningsafstemning
- Byrådet får et redskab til at skabe sammenhæng mellem økonomien og det serviceniveau, borgeren kan modtage

På voksenspecialområdet er det tillige et formål at:

- understøtte de målsætninger, der er beskrevet i Gribskov Kommunes politikker på social- og sundhedsområdet.
- håndhæve FN's Handicapkonvention, der har til formål at sikre, at personer med handicap kan få fuldt udbytte af menneskerettighederne og de fundamentale frihedsrettigheder samt at fremme respekten for værdigheden hos personer med handicap.
- sikre efterlevelse af kompensationsprincippet, som indebærer, at samfundet tilbyder mennesker, der har en funktionsnedsættelse, en række ydelser og hjælpeforanstaltninger med det formål at afhjælpe eller begrænse konsekvenserne af den nedsatte funktion mest muligt. Kompensationen skal - så langt som det overhovedet er muligt - forhindre og forebygge de situationer, som begrænser udfoldelsesmuligheder for personer med en funktionsnedsættelse.
- understøtte formålet i Serviceloven, som er at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten. Hjælpen efter denne lov bygger på den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie.

1.1 Læsevejledning

I kapitel 1 følger en præsentation af kommunens strategi og visioner på social- og sundhedsområdet.

I kapitel 2 beskrives visitationsproceduren og det visitationsforløb, som en borger kan forvente at gennemgå ved henvendelse om sociale indsatser på handicap og udsatte området i Gribskov Kommune. Ligeledes præsenteres de metoder, som rådgiveren/visitatoren arbejder ud fra på dette område.

Kapitel 3 beskriver krav og forventninger til leverandører af sociale indsatser på det specialiserede voksenområde herunder krav til medarbejderkompetencer og til kommunikationen mellem leverandør og myndighed.

I kapitel 4 beskrives forventninger til samarbejdet, herunder kommunikationen mellem leverandør og myndighed.

Kapitel 5 er selve indsatskataloget indeholdende de konkrete kvalitetsstandarder for de indsatser, der kan visiteres til.

1.2 Visioner og strategi

Gribskov Kommune bygger sin servicebeskrivelse på en række visionære tanker, som er forankret i et sæt af strategisk politisk besluttede pejlemærker og mål for den indsats, man ønsker i kommunen. Visioner og strategisk sigte er kort beskrevet i de følgende fire delafsnit.

1.2.1 Den forbyggende tilgang

I Gribskov Kommune ønsker vi at bevæge os fra en "indlæggelsesfilosofi" til en "forebyggelsesfilosofi". Vi ønsker at fremme den forebyggende indsats som et fælles anliggende, så flest muligt fremover kan leve et sundt liv uden sygdom og uden behov for sundhedsvæsenets ydelser. Som kommune skal vi skabe sunde rammer for sunde borgere.

1.2.2 Aktiverende, rehabiliterende og kompenserende indsats

I Gribskov Kommune ønsker vi at understøtte borgerne i et sundt liv med så mange gode leveår som muligt. Vi tror på, at alle borgere helst vil klare deres egen hverdag så mange år som muligt, og at mestre sit eget liv har en direkte sammenhæng med god livskvalitet.

Derfor ønsker vi, at en aktiv tilgang skal præge alle de sammenhænge, hvor man som borger møder en ansat, der har til opgave at hjælpe. Vi ønsker at støtte alle i at vedligeholde deres færdigheder ved at fokusere på, hvilke styrker og ressourcer den enkelte borger har.

Konkret kommer det til udtryk ved, at vi arbejder med følgende tre indsatsniveauer: Den aktiverende, den rehabiliterende og den kompenserende tilgang.

Den aktiverende tilgang:

Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, kognitive og /eller sociale funktionsevne, opnår et så selvstændigt og meningsfuldt liv som muligt og **fastholder** eksisterende færdigheder/funktioner, herunder **udsætte** yderligere tab af funktioner. Det er nødvendigt at **inddrage** borgerens ressourcer i at udføre aktiviteterne/hjælpen.

Den aktiverende tilgang udføres i en samarbejdsproces mellem borger, pårørende, visitator og plejepersonale.

Den rehabiliterende tilgang:

Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, kognitive og /eller sociale funktionsevne, opnår et så selvstændigt og meningsfuldt liv som muligt og **generhverver** tabte eller **udvikler** nye funktioner. Det forventes, at borgeren deltager aktivt og på sigt udfører indsatsen helt eller delvist.

Rehabilitering udføres som en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og personale. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation, og beslutninger om den rehabiliterende indsats består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret tilgang (inspireret af Hvidbog om Rehabiliteringsbegrebet).

Den kompenserende tilgang:

Formålet er at **bevare borgerens livskvalitet og værdighed** til trods for svækkelse/sygdom/handicap. Der ydes her en servicerende indsats ud fra kompensationsprincippet (jf. Servicelovens kapitel 1). Det betyder eksempelvis, at personalet træder til og gør det, som borgeren ikke kan og heller ikke har mulighed for at opnå, via en aktiverende og rehabiliterende indsats.

1.2.3 Velfærds- og socialteknologi

Gribskov Kommune ønsker en løbende udvikling og implementering af nye velfærdsteknologiske løsninger, som skabes i samarbejde mellem leverandørerne, borgerne og videnspersoner. De nye løsninger skal, sammen med en aktiverende tilgang og en systematisk rehabilitering, hjælpe borgere med fysiske begrænsninger og handicaps til at bevare selvhjulpenhed og uafhængighed.

Gribskov Kommune arbejder med udgangspunkt i, at velfærdsteknologien skal øge livskvalitet, sundhed og effektivitet samt forbedre arbejdsmiljøet for medarbejderne.

1.2.4 Civilsamfund

Gribskov Kommune har et stærkt lokalmiljø og en god tradition for, at 'vi kommer hinanden ved' og giver en håndsrækning, hvor der er behov for det. Vi ønsker at udvikle velfærden gennem samspil med engagerede borgere i lokalsamfundet. Vi ønsker endnu mere samspil med frivillige kræfter, foreninger og organisationer gennem velfærdspartnerskaber, eksempelvis mellem erhvervsliv, civilsamfund og

kommunal administration.

Vi ønsker, at leverandørerne samarbejder med lokalsamfundet og dermed medvirker til at understøtte lokalt engagement og bæredygtighed.

1.3 Rammer for samarbejde

Der er tre væsentlige samarbejdspartnere i forbindelse med tildeling og udførelse af den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende hjælp. Det er **visitationen, borgeren og leverandøren**.

De tre samarbejdspartnere kan beskrives således:

Visitationen er kommunens myndighed, som vurderer, hvilken hjælp borgerne kan visiteres til og dermed modtage.

Vurderingen sker med **borgeren i centrum** og tager udgangspunkt i lovgivning og kommunens kvalitetsstandarder.

Efter dialog med borgeren træffer visitator afgørelse, og borgeren modtager afgørelsen i form af en tildeling eller et afslag.

Leverandøren er den udførende part, der sammen med borgeren tilrettelægger og udfører indsatsen hos borgeren. Leverandøren skal efterleve kommunens kvalitetsstandarder og de kvalitetskrav, der er i kommunens servicebeskrivelser.

I praksis forventes en løbende dialog, kontinuerlig vurdering og et konstruktivt samarbejde mellem visitator, leverandør og borger som en forudsætning for, at indsatsen matcher borgernes behov og kommunens serviceniveau. Samarbejdet forventes at bygge på en gensidig tillid, en åben dialog og løbende forventningsafstemning mellem de tre parter.

1.4 Revision og godkendelse

Servicebeskrivelsen med tilhørende kvalitetsstandarder evalueres og revideres minimum én gang årligt af Byrådet, jf. Serviceloven.

2. Visitation

Borgeren skal henvende sig til Center for Social- og Sundhed m.h.p. at blive visiteret til en bolig i et botilbud. Henvendelse kan desuden komme fra pårørende, praktiserende læge, sygehuse, sagsbehandler eller fra en af kommunens leverandører. Det er en forudsætning for at påbegynde sagsbehandlingen, at borgeren er indforstået med henvendelsen.

På basis af henvendelsen påbegynder rådgiver en vurdering af, hvorvidt borgeren kan visiteres til et botilbud. Valg af konkret tilbud sker ud fra en faglig vurdering i dialog med borgeren.

2.1 Om visitation

Center for Social og Sundhed er ansvarlig for visitation af sociale indsatser til voksne med handicap og særlige sociale problemer. Sagsbehandlingen udføres af en rådgiver fra Gribskov Kommunes Center for Social og Sundhed.

Formålet med visitationen er at sikre, at borgerne tilbydes en individuel og konkret udmålt indsats med udgangspunkt i Gribskov Kommunes serviceniveau og lovgivningen på området.

Henvendelse om behov for hjælp og støtte skal ske til Center for Social og Sundhed. Henvendelsen kan ske mundtligt eller skriftligt og kan komme fra borgeren, pårørende, praktiserende læge, samarbejdspartnere i kommunen, hospitalet, leverandører af hjælp/tilbud m.v.

Hvis anmodningen om hjælp og støtte ikke kommer fra borgeren selv, skal rådgiveren sikre sig, at borgeren er indforstået med, at der anmodes om hjælp på dennes vegne. Rådgiveren skal forholde sig til alle anmodninger fra borgeren.

2.2 Kvalitetskrav for visitationen

En forudsætning for, at myndigheden kan vurdere borgers behov for indsats, er, at rådgiver har indhentet de relevante og nødvendige oplysninger, efter at sagen er åbnet.

Dette gøres blandt andet gennem en udredning. I det følgende beskrives den udredningmetode, som Gribskov Kommune anvender på det specialiserede voksenområde efterfulgt af en beskrivelse af visitationsforløbet fra borgerens henvendelse, til der er truffet afgørelse i sagen.

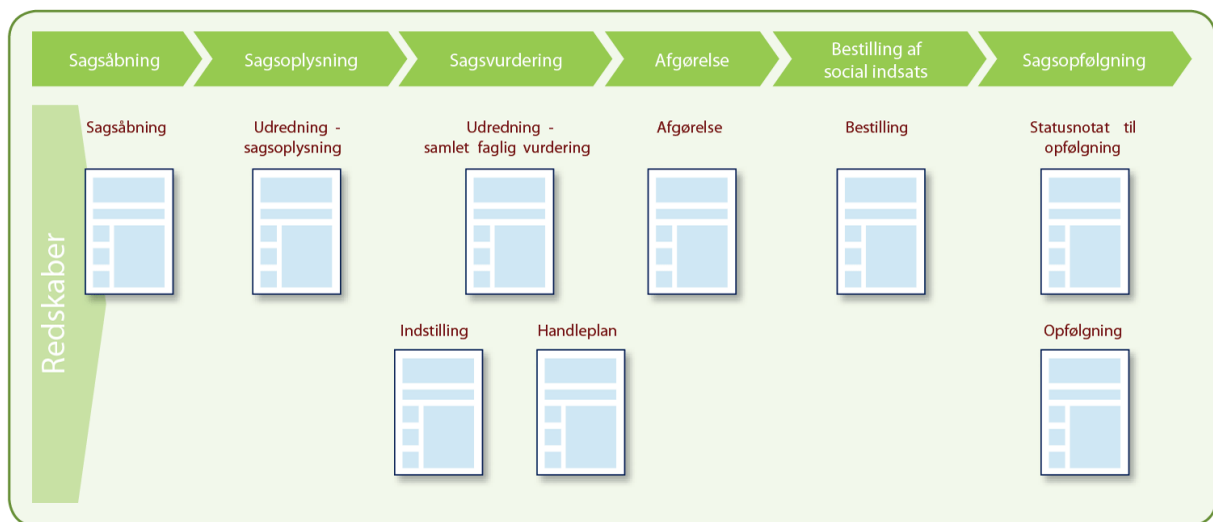
2.3 Voksenudredningsmetoden

Gribskov kommune anvender Voksenudredningsmetoden til den sociale sagsbehandling på det specialiserede voksneområde. Metoden er udviklet af KL og Socialministeriet i samspil med en række kommuner, herunder Gribskov Kommune. Hvis en borger har behov for personlig og praktisk bistand efter Servicelovens §83,

suppleres udredningen med vurderingsområder fra FSII¹ i samarbejde med en visitator. Der henvises til servicebeskrivelsen for borgere i eget hjem uden for plejecenter for en uddybning af metoden.

Metoden dækker hele sagsbehandlingsprocessen og indeholder redskaber til at understøtte alle væsentlige sagstrin. Metoden anvendes til sagsbehandling og udredning af borgere med både fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsnedsættelser og dækker dermed de forskellige målgrupper på området. Det overordnede sigte med at benytte voksenudredningsmetoden er at skabe grundlaget for en sammenhængende og helhedsorienteret indsats med borgeren i centrum.

Voksenudredningsmetoden er bygget op omkring seks faser i en sagsbehandlingsproces på handicap- og udsatte voksne området og består af en række redskaber, som understøtter sagsbehandlingsfaserne og de centrale aktiviteter undervejs (se figur herunder).



I det følgende beskrives Gribskov Kommunes visitationsforløb med udgangspunkt i Voksenudredningsmetodens sagsbehandlingsproces.

2.4 Visitationsforløb

Visitationsforløbetets fire første faser består af:

1. Sagsåbning
2. Sagsoplysning, herunder forberedelse og udredningssamtale
3. Sagsvurdering
4. Afgørelse

2.4.1 Sagsåbning

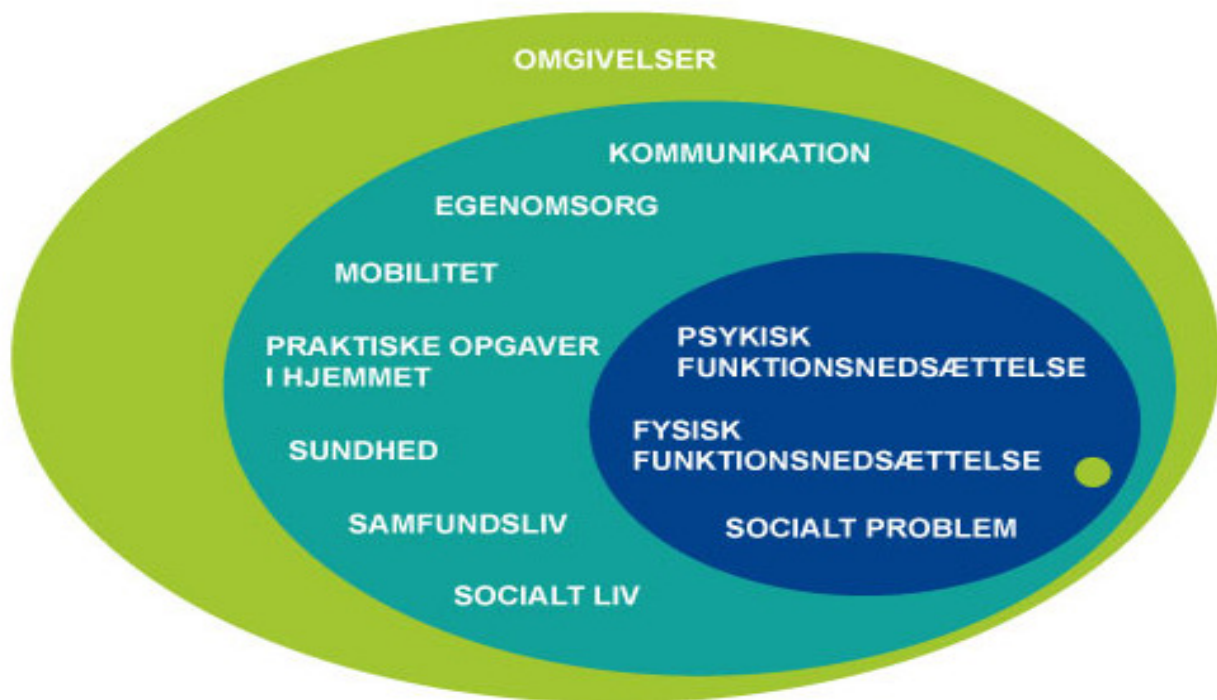
Sagsåbningen er den første fase i sagsbehandlingsforløbet. Formålet med fasen er at starte sagsbehandlingsprocessen op på et godt og korrekt grundlag. Rådgiveren skal

1 KL's udredningsværktøj "Fælles Sprog II" kaldes i daglig tale FSII.

bl.a. dokumentere henvendelsen, oprette en sag, aftale det videre forløb og oplyse borgeren om vedkommendes rettigheder og pligter i sagsbehandlingsforløbet.

2.4.2 Sagsoplysning

Sagsoplysningen er en udredning, der har til formål at skabe grundlag for udarbejdelse af en faglig vurdering om tildeling af indsatser (eller afslag herpå). Udredningen er også grundlag for formulering af formål og mål med indsatserne i bl.a. myndighedshandleplanen. Der fokuseres på at udrede, hvordan borgerens fysiske eller psykiske funktionsnedsættelse og/eller sociale problemer påvirker borgerens mulighed for at deltage aktivt i samfundet. Endvidere har udredningen fokus på omgivelsernes betydning, så der også sættes fokus på de udefrakommende faktorer, som har indvirkning på borgerens mestring af sin funktionsnedsættelse eller sit sociale problem. Borgeren inddrages mest muligt i sagsoplysningen, og rådgiver kan bede borgeren om at medvirke ved indsamling af oplysninger. Hvis borgeren ikke ønsker at medvirke, må rådgiver træffe afgørelse på det foreliggende grundlag. Borgeren får i givet fald skriftlig besked om konsekvenserne af ikke at medvirke i sagsoplysningen. Der tages i udredningen udgangspunkt i følgende temaer:



Forberedelse

Forud for udredningssamtalen indhenter rådgiveren **relevante** informationer om borgeren, herunder:

- Journalen gennemlæses (eksempelvis handleplan, tidligere udredning efter Voksenudredningsmetoden (VUM) m.v.).
- Det kortlægges, hvilke myndigheder, sektorer m.v. der allerede er inddraget ift. borgeren, og hvilke det vil være relevant at inddrage.

- Der indhentes, efter behov, supplerende relevant information, der kan belyse borgeres aktuelle situation fra eventuelt allerede etablerede støttetilbud, botilbud, læge, sygehus m.v., efter borgeren forud har givet skriftligt samtykke hertil.

Det er myndighedens ansvar, at sagen bliver tilstrækkeligt oplyst til, at der kan træffes en afgørelse. Samtidig må myndigheden kun indhente oplysninger om forhold, der har direkte betydning for den pågældende ansøgning (Forvaltningsloven §32, Retssikkerhedsloven §10 og Persondataloven §5).

Udredningssamtale

Efter henvendelsen kontakter rådgiveren borgeren for at aftale et tidspunkt for en udredningssamtale. Samtalen gennemføres altid i et personligt møde med borgeren, så vidt muligt som besøg i borgerens hjem. Mindre justeringer i bevilget hjælp kan foretages ved telefonisk udredningssamtale, dog foretages revurdering af borgerens behov for hjælp altid i et direkte møde.

Hvis borgeren ønsker det, kan familiemedlemmer eller pårørende deltage i samtalen (retten til at have en bisidder). Andre instanser kan inddrages i samtalen efter behov, efter forudgående samtykke fra borgeren. Det vurderes, om der er brug for ekstern bistand fra f.eks. tolke til fremmedsprogede, tegnsprog m.v.

Hvis borgeren ikke selv – eller kun vanskeligt – kan indgå i udredningssamtalen, skal myndigheden sikre, at der inddrages en person, der varetager pågældendes interesser, f.eks. nære pårørende, værge eller andre. Det sikres, at borgeren er indforstået hermed (samtykke). Udredningssamtalen foretages i videst muligt omfang i dialog og samarbejde med borgeren.

Udredningen sker på baggrund af samtalen og rådgiverens iagttagelser af borgeren og boligen.

Udredningen har til formål at understøtte en dækkende oplysning og vurdering af den enkelte borgers situation og ansøgning, herunder borgerens problemer, ressourcer og ønsker. I udredningen skal rådgiveren derfor kun afdække de temaer og registrere de oplysninger, der har relevans for den konkrete ansøgning. Rådgiver foretager en faglig vurdering af, hvor omfattende udredningen skal være i den enkelte sag.

På baggrund af udredningssamtalen skal rådgiveren foretage en konkret og individuel vurdering af, om borgeren er omfattet af målgruppen for tildeling af indsats.

2.4.3 Sagsvurdering

Næste skridt i processen er at vurdere borgerens samlede funktionsniveau. Funktionsvurderingen angives ud fra en enkel standardkategorisering med fem niveauer:

A = Intet problem (ingen, fraværende, ubetydelig)

Borgeren er selvstændig og har ikke behov for personassistance for at klare sin hverdag.

B = Let problem (en smule, lidt)

Borgeren er den aktive part og kan med let personassistance klare sin hverdag.

C = Moderat problem (middel/noget)

Borgeren er den aktive part og kan under forudsætning af moderat personassistance klare sin hverdag.

D = Svært problem (omfattende/meget)

Borgeren deltager og kan under forudsætning af omfattende personassistance klare sin hverdag.

E = Fuldstændigt problem totalt/kan ikke)

Borgeren er ude af stand til at klare sin hverdag og har brug for fuldstændig personassistance.

Udover funktionsvurderingen foretager rådgiveren i sagsvurderingsfasen desuden en samlet faglig vurdering af sagen og borgerens situation med udgangspunkt i sagsoplysningen. Herunder vurderes, om borgeren skal tilbydes en myndighedshandleplan.

Myndighedshandleplan efter Servicelovens §141

Rådgiveren skal altid skønne, om der skal tilbydes at udarbejde en handleplan til borgere under folkepensionsalderen, der er omfattet af kommunens rådgivningsforpligtelse.

Rådgiveren **har pligt** til at tilbyde at udarbejde en handleplan til borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med alvorlige sociale problemer, der ikke eller kun med betydelig støtte kan opholde sig i egen bolig, eller som i øvrigt har behov for betydelig støtte for at forbedre de personlige udviklingsmuligheder. Det drejer sig f.eks. om borgere med:

- udviklingshæmning
- svær sindslidelse
- udviklingsforstyrrelser f.eks. autisme
- svær hjerneskade
- stærkt nedsat fysisk funktionsevne
- længerevarende hjemløshed
- et behandlingskrævende stof- og/eller alkoholmisbrugsproblem

Borgeren har ikke pligt til at tage imod tilbuddet om en handleplan eller til at deltage i udarbejdelsen.

Ved udarbejdelse af handleplanen efter §141 benyttes handleplansredskabet fra Voksenudredningsmetoden.

Myndighedshandleplanen efter §141 er den overordnede og koordinerende plan for indsatsen for den enkelte borger. Handleplanen koordineres med øvrige planer, borgeren måtte have (pædagogiske planer, behandlingsplaner, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner, jobplan, uddannelsesplan m.v., der ikke er handleplaner), så borgeren oplever helhed i den samlede indsats.

Handleplanens indhold

Myndighedshandleplanen efter §141 er en fælles plan for borgeren og kommunen om indsatsen for den enkelte. Den udarbejdes ud fra borgerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med borgeren. Hvis borgeren ikke selv – eller kun vanskeligt – kan indgå i dialog om udarbejdelse af en handleplan, skal tilbuddet fremsættes over for den, der varetager pågældendes interesser, f.eks. nære pårørende, en støtteperson, værge, bisidder eller andre.

Handleplanen indeholder:

- Baggrundsoplysninger om borgeren, herunder evt. værgemål.
- Indsatsformål og indsatsmål med dato for opfølgning.
- Beskrivelse af bevilligede indsatser, herunder angivelse af ydelse, lovparagraf, udfører, omfang af indsatsen samt forventet start- og slutdato.
- Andre særlige forhold vedrørende boform, beskæftigelse, personlig hjælp, behandling, hjælpemidler m.v.
- Eventuelle aftaler med borgeren.
- Koordinerende sagsbehandler med samlet ansvar for indsatsen og eventuelle samarbejdspartnere i myndigheden.

Handleplanen er ikke en afgørelse om indsats og er ikke en del af afgørelsen.

2.4.4 Afgørelse

Der træffes afgørelse ud fra en konkret, individuel vurdering af den enkelte borgers funktionsniveau.

Vurderingen sker på basis af:

- Udredning og samlet faglig vurdering efter Voksenudredningsmetoden
- Borgerens egne ønsker
- De kriterier, der gælder for tildeling af den/de konkrete ydelser

Afgørelsen meddeles altid borgeren skriftligt. Den skriftlige afgørelse skal indeholde følgende oplysninger:

- Formålet med hjælpen
- Hvad der er bevilget, dvs. hvilke opgaver hjælpen omfatter
- For hvilken periode hjælpen gives – herunder startdato
- Eventuel egenbetaling
- Begrundelse for afgørelsen
- Angivelse af, hvilke anmodninger fra borgeren, som kommunen kan og ikke kan imødekomme
- Hvilken rådgiver/visitator, der kan kontaktes, hvis der er spørgsmål til indsatsen
- Klagevejledning

2.5 Dokumentation ved visitation

I forbindelse med henvendelse, udredningssamtale, afgørelse og handleplan dokumenterer rådgiveren med redskaber fra Voksenudredningsmetoden i den af Gribskov Kommune valgte IT-løsning.

Der lægges vægt på, at sagsbehandlingsforløbet dokumenteres i borgerens journal,

herunder evt. partshøring, jf. Forvaltningsloven.

Borgeren modtager skriftlig afgørelse om, hvilken støtte/hjælp der er bevilget og evt. handleplan. Ved afslag medsendes altid en begrundelse jf. ovenfor under afgørelse.

2.6 Tidsfrister

Gribskov Kommune har fastsat følgende tidsfrister for behandling af borgerens henvendelse om hjælp og støtte på det specialiserede voksenområde:

	Tidsfrist
<i>Det specialiserede voksenområde:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Der må højst gå 5 hverdage, fra en borger har henvendt sig, til en rådgiver/visitor telefonisk kontakter borgeren med henblik på aftale om tidspunkt for udredningssamtale. • Der træffes afgørelse i sagen inden 5 uger, såfremt sagen er tilstrækkelig oplyst, og 8 uger, hvis der skal indhentes oplysninger. Hvis fristen ikke kan overholdes i en konkret sag, skal ansøgeren have besked om, hvornår en afgørelse kan forventes. Tidsfristen regnes fra den første henvendelse. • <i>Uopsættelige henvendelser</i> behandles samme dag, som henvendelsen finder sted. I tilfælde af uopsættelige behov skal borgeren tilbydes hjælp og støtte umiddelbart af leverandøren. Der foretages efterfølgende revurdering af borgerens behov, og udarbejdes afgørelse.

I bilag 6.1 findes et samlet overblik, der viser både myndighed og leverandørs tidsfrister.

2.7 Revurdering og opfølgning af indsatser

Ved revurdering og opfølgning af bevilligede indsatser skal rådgiveren vurdere, om den leverede indsats lever op til indsatsformålet samt justere indsatsen, såfremt borgerens behov har ændret sig. I sagsopfølgningsfasen følger rådgiveren således op på de mål, der er fastsat i en evt. handleplan og i bestillingen og sammenholder dem med den leverede indsats.

Ved hver opfølgning skal leverandøren sikre, at der foreligger en opdateret statusvurdering på borgerens mål og plan. Vurderingen foregår i udgangspunktet med basis i Voksenudredningsmetoden.

Samlet set skaber opfølgningen grundlag for at vurdere, om indsatsen fortsat matcher borgerens behov, eller om der fremadrettet skal ske ændringer i indsatsen og/eller

målsætningerne for indsatsen.

Revurdering af borgerens funktionsniveau og bevilligede indsatser foretages efter behov, dog minimum hvert andet år.

	Tidsfrist
<i>Det specialiserede voksenområde:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Revurdering af borgerens funktionsniveau og bevilligede indsatser foretages efter behov, dog minimum hvert andet år. • Leverandøren skal hvert halve år sende en statusbeskrivelse på den socialpædagogiske indsat til Center for Social og Sundhed. Hvis der er behov for opfølgning oftere, aftales det ift. den konkrete borger, hvor ofte der skal foreligge statusbeskrivelse.

I bilag 6.1 findes et samlet overblik, der viser både myndighed og leverandørs tidsfrister.

2.8 Valg af leverandør

Borgere, der bor i botilbud, er knyttet til botilbudslieferandøren, hvad angår indsatser, der fremgår af denne servicebeskrivelse (socialpædagogisk støtte, personlig og praktisk bistand, træning samt hjemmesygepleje).

2.9 Kvalitetsopfølgning

Gribskov Kommune har besluttet, at Kvalitetsstandarderne på det sociale område revideres minimum én gang i hver byrådsperiode.

Kvalitet handler for Gribskov Kommune om at afstemme og indfri forventninger mellem myndighed, leverandører og den borger, som modtager indsatsen.

Kvalitetsopfølgning skal sikre, at visiterede indsatser udføres som aftalt og i overensstemmelse med kommunens kvalitetsstandarder. Et væsentligt element i kvalitetsopfølgningen er den læring og udvikling, der opstår.

Følgende elementer indgår i Gribskov Kommunes kvalitetsopfølgning og er kort, men ikke udtømmende, beskrevet nedenfor:

- **Løbende tilsyn** med visiterede indsatser udføres i forbindelse med de tilbagevendende revurderinger. Formålet er at sikre, at borgerne kontinuerligt er visiteret til den rette indsat, og at den leverede hjælp og støtte er udført i overensstemmelse med det aftalte.
- **Opfølgning på utilsigtede hændelser.** Her følges der op på dels mængden af hændelser, dels sammenhængen mellem disse hændelser og leverandørens egenkontrol. Det kontrolleres af rådgiver, om leverandøren har iværksat korrigerende handlinger for at sikre, at der rettes op på hændelserne, efter at

de er sket, så det ikke gentager sig.

- **Det sociale tilsyn** fra den tværkommunale tilsynsenhed, der fører et driftsorienteret tilsyn. Det driftsorienterede tilsyn er en sikring af, at tilbuddene fortsat har den fornødne kvalitet. Som led i det driftsorienterede tilsyn skal tilsynet både føre kontrol med forholdene i tilbuddene og indgå i dialog, som skal bidrage til fastholdelse og udvikling af kvaliteten i tilbudet. Det driftsorienterede tilsyn gennemføres mindst én gang årligt, og Socialtilsynet skal foretage en konkret vurdering af behovet for antal tilsynsbesøg i hvert enkelt tilbud.
- **Leverandørernes egenkontrol.** Leverandøren skal gennemføre en egenkontrol, der indeholder en procedure til sikring af, at kommunens kvalitetskrav overholdes. Kommunen kan når som helst spørge til leverandørens egenkontrolprocedure med henblik på at sikre, at de anvendes som beskrevet. Resultaterne af leverandørens egenkontrol skal videregives til kommunen på forlangende. Formålet er at sikre, at leverandørerne følger sin egenkontrolprocedure og dermed lever op til kommunens kvalitetskrav i den leverede service.
- **Mængden af klager** registreres af Center for Social og Sundhed dels med henblik på at afdække læringsmønstre, dels med henblik på at kunne udpege den leverandør, der forholdsmæssigt har færrest klager pr. borger.
- **Borgernes oplevelse af kvalitet.** Borgerens oplevelse af den leverede kvalitet er væsentlig. For at kunne følge med i borgernes oplevelse af kvaliteten, kan kommunen iværksætte, at der udarbejdes brugertilfredshedsundersøgelser, afholdes borgermøder og fokusgruppeinterviews o.l. Gribskov Kommune vil i vurderingen af den borgeroplevede kvalitet bl.a. have fokus på følgende parametre:
 - Tryghed – at borgeren har tillid til medarbejderne og føler, at medarbejderne er fagligt kvalificerede til at varetage opgaverne.
 - Sammenhæng – at borgeren oplever, at de forskellige dele af støtten hænger sammen, og at en besked til en medarbejder også kommunikeres til de øvrige medarbejdere, der har kontakt til borgeren.
 - Stabilitet og struktur – at borgeren kan forudsige, hvornår hjælpen leveres, samt oplever kontinuitet i den indsats, der gives.
 - Hurtighed – at borgeren oplever, at der reageres hurtigt, og at man ikke skal vente længe på ydelser eller støtte.
 - Flexibilitet – at borgeren selv kan påvirke, hvordan hjælpen gives, og kan få den tilpasset.
 - Kendskab – at borgeren kender de personer, som kommer i hjemmet.
 - Dialog og kommunikation – at borgeren har hørt om ændringer og har fået tydeligt forklaret, hvad man kan forvente af hjælpen.
- **Opfølgning på effektmål og benchmark:** Kommunen kan fx opstille sammenligninger mellem leverandørerne på botilbudsområdet i forhold til at forebygge indlæggelser. Kommunen kan tillige opstille effektmål, som leverandøren skal arbejde målrettet efter at opfylde.

2.10 Påbud ved manglende kvalitet

Overholder leverandøren ikke den kvalitet, som der er indgået aftale om, kan påbud anvendes. Påbud kan anvendes inden for alle områder.

Proceduren for påbud er beskrevet nedenfor.

Grøn Procedure: Anvendes i tilfælde af, at kommunen har behov for at få uddybet en begivenhed eller problemstilling i relation til opgavevaretagelsen. Leverandøren skal returnere sit svar og sin handleplan hurtigst muligt og senest inden for 14 dage fra modtagelsen af et grønt påbud (eksempelvis manglende billede ID og arbejdsbeklædning).

Gul procedure: Ved konstatering af misligholdelse/formodninger om misligholdelse kan kommunen udstede et gult påbud. Leverandøren skal herefter hurtigst muligt og senest inden for 7 dage levere en skriftlig handleplan, der beskriver leverandørens handlinger for at afhjælpe misligholdelsen (eksempelvis manglende levering af visiteret hjælp, kvalitetsbrist, manglende hensyntagen til borgernes ønsker ved tilrettelæggelsen af hjælpen, svigt i plejen, forhold med betydning for patientsikkerheden, manglende læsning af advis fra visitation og manglende systematisk tilbagemelding til visitationen, gentagende fejlliverancer eller manglende forståelse for Gribskov Kommunes behov, brud med sociale klausuler).

Rød procedure: Ved konstatering af væsentlig misligholdelse/formodninger om misligholdelse kan kommunen udstede et rødt påbud. Leverandøren skal hurtigst muligt og senest inden for 3 dage have svaret skriftligt på henvendelsen, lagt en handleplan og iværksat handlinger for afhjælpning af misligholdelsen (eksempelvis massive og omfattende kvalitetsbrist i form af ingen kendskab til eller anvendelse af egenkontrol, manglende opfølgning på tidligere påbud fra embedslægen eller Arbejdstilsynet, groft omsorgssvigt ift. borgeren eller forhold med risiko for borger).

Når leverandøren har modtaget tre påbud for konstaterede hændelser om misligholdelser i løbet af en fortløbende periode på 12 måneder, vil alle efterfølgende påbud inden for 12 måneders perioden være på niveauet højere. Det vil sige, at påbud nummer 4 i måned 10 efter 3 grønne påbud i løbet af de første 9 måneder er gult, ligesom påbud nr. 4 i måned 10 efter 3 gule påbud i de første 9 måneder er rødt.

Ved det andet røde påbud er Gribskov Kommune berettiget til at betragte kontrakten som væsentligt misligholdt.

3. Leveringen af ydelsen

I det følgende beskrives principper for levering af aktiverende, rehabiliterende og kompenserende hjælp. Den hjælp og støtte som leveres, skal som udgangspunkt være aktiverende og rehabiliterende. Det betyder, at den indsats, der iværksættes af leverandøren, skal ske i samarbejde med borgeren mhp., at borgeren så vidt muligt kan bevare, genvinde eller forbedre sine ressourcer.

3.1. Hvad er det gode sociale tilbud?

Gribskov kommune har sammen med rådgivningsvirksomheden PWC udført en undersøgelse af, hvad der er beboerens hverdagsoplevelser i Gribskov Kommune i dag. På den baggrund og på baggrund af erfaringer fra projektet Myndighed og Leverandør, beskrives her i brede rammer, hvad der forstås som det gode sociale tilbud i Gribskov Kommune.

Beboere i det gode sociale tilbud skal have mulighed for at leve et sundt og aktivt liv ud fra de ressourcer, de har. Et sundt og aktivt liv skal forstås bredere end blot sund og ernæringsrigtig kost og mulighed for planlagt fysisk aktivitet. Beboere har, på trods af afhængighed fra medarbejderne, ofte ressourcer til at deltage i hverdagsaktiviteter. Det sunde og aktive liv skal derfor tage udgangspunkt i den enkelte beboers ønsker og muligheder, så det bidrager til en høj grad af livskvalitet.

For leverandøren gælder det om at vide, hvad der for den enkelte beboer er det gode liv og livskvalitet. Dette kan leverandøren kun finde ud af ved at lade beboeren have størst mulig indflydelse på eget liv og være i direkte empatisk samspil med beboeren. Beboere i et socialt tilbud er ofte stærkt afhængige af andres hjælp, og de befinder sig derfor i en position, hvor de har behov for, at andre, i overført betydning, er deres hænder. I det gode botilbud gør man ingen "bjørnetjenester" i form af at tage over og blot gøre det hele for beboeren, fordi det er lettest. Leverandøren tager udgangspunkt i den enkeltes ressourcer og støtter aktiverende beboeren, så vidt det er muligt, frem for i udgangspunktet at udøve kompenserende indsats. Leverandøren hjælper den enkelte med at blive så selvhjulpne som muligt. Det er essentielt at beboeren oplever at leve det liv, de ønsker, og som den enkelte har mulighed for.

Livskvalitet hos beboerne er vigtig, og derfor skal leverandøren stå for, at de rammer der er i botilbuddet (fysisk og socialt), vedligeholdes og udnyttes m.h.p. at fastholde oplevelsen af tryghed og individualitet tilpasset den enkelte. Rammerne, som skabes, skal være fleksible, så beboeren ikke oplever at skulle indordne sig "et system". Der skal derfor være mulighed for til- og fravalg i leverandørens daglige tilbud.

Vi ved, at borgere er glade for at bo i et socialt botilbud, hvis de oplever det som et sted, hvor man bliver inddraget, og der er komfortable forhold og en trygt atmosfære. Et sted, hvor der fagligt bliver taget hånd om ens personlige pleje og praktiske behov inden for kommunens serviceniveau. Det er leverandørens opgave at være garant for, at der er "sømfri" overgange mellem de konkrete visiterede ydelser inden for fx praktisk hjælp og pleje, socialpædagogisk støtte og situationsopståede behov.

Hos den gode leverandør er det en oplevet virkelighed hos beboere, pårørende m.fl.,

at der skabes en dynamisk helhed mellem det, som står i kommunens serviceniveau og det behov, der opstår individuelt og situationsbestemt hos den enkelte borger.

Det gode sociale tilbud bidrager desuden til beboerens livskvalitet ved at sikre et liv med så lidt ubehag som muligt, og det at få besøg, komme på besøg og få mulighed for at deltage i sociale, meningsfulde aktiviteter styrker beboerens kognitive formåen.

3.2. Bestilling af social indsats

Efter der er truffet afgørelse i borgerens sag, bestiller rådgiveren de relevante indsatser hos leverandøren (med mindre borgeren har fået afslag). Det sker via bestillingsskema, som sendes fra myndigheden. I bestillingsskemaet er der opsat indsatsmål defineret ud fra borgerens handleplan efter § 141. Myndigheden skal sikre sig, at leverandøren har den nødvendige viden til at igangsætte og levere indsatsen, herunder viden om borgeren.

Bestillingsskemaet indeholder:

- Baggrundsoplysninger om borgeren, herunder evt. værgemål
- Diagnose
- Myndighedens faglige vurdering
- Indsatsformål og indsatsmål med dato for opfølgning
- Beskrivelse af bevilligede indsatser, herunder angivelse af ydelse, lovparagraf, udfører, omfang af indsatsen samt forventet start- og slutdato
- Betaling
- Eventuelle indsatser, som borgeren modtager fra andre (tilbud, ydelser, omfang, konkret leverandør)
- Behov for koordinering, og hvem der er ansvarlig for denne
- Eventuelle aftaler, som er indgået mellem borger og pårørende, som har betydning for indsatsen
- Koordinerende sagsbehandler med samlet ansvar for indsatsen og eventuelle samarbejdspartnere i myndigheden

3.3 Start af indsatsen

Når borgeren flytter ind i botilbuddet, tilrettelægger leverandøren i samarbejde med borgeren - og dennes pårørende hvis borgeren ønsker det - udførelsen af indsatsen. Den daglige leder skal aftale dato for opstartssamtale (indflytningssamtale) med borgeren. Samtalen afholdes inden for de første 14 dage efter indflytningen.

Samtalen skal som minimum indeholde:

- Behov, forventninger og vaner
- Hvordan indsatsen tilrettelægges efter de mål, der er opstillet for indsatsen
- Tidspunkt for levering af indsatsen
- Hvordan borgeren deltager aktivt i udførelsen og tilrettelæggelsen af de forskellige indsatser
- Kontaktperson

Tilrettelæggelsen af indsatsen skal koordineres med øvrige indsatser, som borgeren modtager. I tilfælde, hvor borgeren modtager støtte fra flere leverandører, er

leverandørerne forpligtet til at koordinere indsatserne indbyrdes, så borgeren oplever helhed i den samlede indsats. I komplekse forløb kan der være behov for tæt kommunikation med myndigheden.

3.3.1 Handleplan for indsatsen

Leverandøren skal – i samarbejde med borgeren – senest 2 måneder efter hjælpen er startet have udarbejdet en pædagogisk plan for tilrettelæggelse og gennemførelse af indsatsen med angivelse af mål og aktiviteter, der kan understøtte borgeren i at fastholde eller udvikle færdigheder. Målene skal tage udgangspunkt i indsatsmålene fra bestillingsskemaet og så vidt muligt udarbejdes i samarbejde med borgeren. Det er et krav, at borgeren kan deltage aktivt i udførelsen af opgaverne samt kan vedligeholde eller udvikle sine færdigheder. Leverandøren skal arbejde målrettet på dette og løbende dokumentere sin indsats.

I dialogen med borgeren skal leverandøren vurdere, om borgeren kan have nytte af et frivilligt tilbud. Det forventes, at leverandøreren holder sig ajour med de frivillige tilbud og samarbejder aktivt med frivillige og borgere, der gerne vil gøre en indsats - eksempelvis frivillige foreninger i forhold til at understøtte sociale netværk. Handleplanen udarbejdes i skabelon, som fremgår af bilag 6.2.

3.4 Forebyggelse og tidlig opsporing

Leverandøren skal yde en målrettet forebyggende indsats, der har sigte på dels at forebygge funktionstab, dels forebygge fx uhensigtsmæssige hospitalsindlæggelser. Leverandørerne skal ved leveringen af ydelsen have fokus på at støtte og vejlede borgeren i forhold til de såkaldte KRAM faktorer (kost, rygning, alkohol og motion), således at indsatsen bidrager til borgerens sundhed.

Gribskov Kommune stiller krav om, at der anvendes anerkendte screeningsværktøjer til vurdering af borgerens behov for forebyggelige indsatser, samt at leverandøren implementerer eksisterende effektive værktøjer til tidlig opsporing i takt med, at sådanne værktøjer udvikles (aktuelt Triage).

En metode til tidlig opsporing af ændringer i borgerens funktionsniveau er Triage. Triage er et værktøj, der gør det muligt på systematisk vis at arbejde målrettet på at undgå indlæggelser/genindlæggelser og på at genoprette helbredstilstanden hos de borgere, der udviser tegn på helbredsmæssige ændringer eller tab af funktionsniveau. Tegn på ændringer i borgerens helbredstilstand kan opspores ved systematisk registrering på faste parametre.

Ved tegn på ændringer i helbredstilstanden skal leverandøren udarbejde en handleplan med henblik på at genoprette borgers habitualtilstand. Planen skal indeholde en beskrivelse af indsatsen, en dato for den planlagte evaluering samt en angivelse af, hvem der er ansvarlig for at evaluere og følge op på denne.

3.5 Tidsfrister for opstart af hjælp og støtte

	Tidsfrist
<i>Start af hjælp i botilbud:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Indsatsen sættes i gang ved indflytning på botilbuddet. • Opstartssamtale (indflytningssamtale) gennemføres inden for de første 14 dage efter indflytningen. • Leverandøren skal senest 2 måneder efter hjælpen er startet have udarbejdet en pædagogisk plan for tilrettelæggelse og gennemførelse af indsatsen.

I bilag 6.1 findes et samlet overblik, der viser både myndighed og leverandørs tidsfrister.

3.6 Dokumentation ved levering af indsats

Leverandøren er forpligtet til at sikre dokumentation af den indsats, der leveres. Det betyder, at leverandøren som minimum skal dokumentere:

- Tidspunkt for, hvornår indsatsen skal udføres
- Borgerens kontaktperson
- Udarbejdelse af pædagogisk indsatsplan
- Observationer af borgeren og ændringer af borgerens tilstand

Dokumentationen udleveres til myndigheden, hvis den efterspørges. Der dokumenteres i det fælles IT-system.

3.7 Kvalitetskrav til levering af indsatsen

Leverandøren er forpligtet til at levere de til enhver tid gældende ydelser, som borgeren er visiteret til og dermed har ret til, og som fremgår af de enkelte ydelsesbeskrivelser og kvalitetsstandarder (kapitel 5). Nedenfor er de generelle krav til leverandøren og dennes personale oplyst. Der henvises endvidere til afsnittet "faglige kvalifikationer" i den konkrete ydelsesbeskrivelse.

3.7.1 Krav til leverandørens tværgående samarbejde

Leverandøren på botilbudet har et særligt ansvar for at etablere "det gode samarbejde" på tværs ift. andre aktører omkring den enkelte borger og eventuelt pårørende. Det kan eksempelvis være i samarbejdet med regionen ved indlæggelse/udskrivning fra sygehus, samarbejde med egen læge, fysioterapeuter o.l., som er i kontakt med borgeren, og hvor der er behov for at koordinere indsatserne mellem leverandører, for at borgeren kan opleve helhed i indsatsen.

Konkret skal borgeren opleve et "sømfrit" samarbejde mellem de involverede aktører, og leverandøren i botilbudet skal opleves som stærkt proaktiv ift. samarbejdet med

samtlige aktører på social- og sundhedsområdet. Leverandøren skal sikre, at der kontinuerligt er dialog, samarbejde og overlevering af viden mellem parterne med betydning for borgerens fortsatte bedring eller bevarelse af funktionsniveau.

3.7.2 Krav i forhold til leverandørens planlægning

Leverandøren skal i forbindelse med planlægningen af indsatsen:

- tilstræbe, at borgeren oplever kontinuitet i forhold til de medarbejdere, der varetager opgaven, hvorfor leverandøren skal sikre, at der kommer så få personer i borgerens bolig som muligt
- være opmærksom på, at den visiterede hjælp og støtte ikke kan aflyses eller udsættes
- og ved arbejdets tilrettelæggelse i videst muligt omfang tage hensyn til individuelle forhold

3.7.3 Krav til leverandøren ved levering af indsatsen

Når medarbejderne er i borgerens hjem for at udføre den visiterede indsats, forventes det, at leverandøren sikrer:

- at myndigheden med det samme får besked, hvis borgerens behov har ændret sig, herunder ved indlæggelse på sygehus, ferie osv. Leverandørens personale er forpligtet til egenhændigt eller via leverandøren at meddele rådgiveren, såfremt der observeres ændringer i borgerens helbredstilstand eller andre forhold af betydning for den oprindelige visitation.
- hjælp til borgere i akut opståede situationer, herunder eksempelvis ved sygdom.
- tømning af skraldespand i forbindelse med levering af pleje.
- oprydning og rengøring ved uheld.
- relevant vejledning og information i forbindelse med opretholdelse af borgerens funktionsniveau, herunder eksempelvis information om relevante frivillige tilbud.

Leverandøren har pligt til at afmelde en visiteret indsat hos myndigheden i Gribskov Kommune, hvis:

- borgeren ikke har behov for indsatsen som følge af hospitalsindlæggelse o.l. Indsatsen genoptages ved henvendelse til Center for Social og Sundhed.
- borgeren ikke ønsker at modtage indsatsen som følge af ferie m.v. Indsatsen genoptages ved henvendelse til Center for Social og Sundhed.
- borgeren ikke længere har behov for den visiterede indsats. Ved henvendelse til Center for Social og Sundhed kan der revisiteres.

3.7.4 Krav i forhold til patientsikkerhed og utilsigtede hændelser

Patientsikkerhed handler om at forebygge, at der sker fejl og skader – utilsigtede hændelser – når patienter behandles eller på anden måde er i kontakt med det kommunale eller regionale sundhedsvæsen. En utilsigtet hændelse kan fx være, hvis en borger får forkert medicin. Utilsigtede hændelser sker, når mange mennesker skal

arbejde sammen om komplekse opgaver.

De danske kommuner er forpligtet til at arbejde systematisk med sikkerhed i forhold til de borgere, der modtager behandlings- og plejeydelser.

Systematikken skabes gennem:

- rapportering og analyse af de utilsigtede hændelser, der sker, for derved at lære af dem og forebygge at de sker igen
- opbygning af sikkerhedssystemer og indføre arbejdsgange, der forebygger og fanger utilsigtede hændelser, før de når at skade borgeren
- udvikling af en kultur, hvor man taler åbent om utilsigtede hændelser for at lære af dem
- inddrage borgere og pårørende som samarbejdspartnere

En utilsigtet hændelse (UTH) defineres som:

”En begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, herunder præhospital indsats, eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler. Utilsigtede hændelser omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder” (Sundhedslovens § 198, stk 4).

Organisering og proces ifm. patientsikkerhed og utilsigtede hændelser:

Kommunens risikomanager er tovholder på arbejdet med utilsigtede hændelser og patientsikkerhed i samarbejde med kommunens myndighed og leverandører. Leverandøren er forpligtet til at følge den til enhver tid gældende lovgivning på området om patientsikkerhed og utilsigtede hændelser².

Leverandøren skal udpege en eller flere patientsikkerhedskoordinator(er). Patientsikkerhedskoordinator skal varetage arbejdet med patientsikkerhed og utilsigtede hændelser hos leverandøren i samarbejde med egen ledelse og Gribskov Kommunes risikomanager i Center for Social og Sundhed.

Risikomanager og patientsikkerhedskoordinationer danner et tværgående netværk, som risikomanager er tovholder for. Leverandørens patientsikkerhedskoordinator(er) er forpligtet til at deltage i dette netværk. Hele netværket afholder statusmøde en gang årligt.

Derudover afholdes der temaeftermiddage cirka hver tredje måned, hvor patientsikkerhedskoordinationer inviteres. Temaer på disse eftermiddage kan være reaktive eller proaktive analysemetoder, sektorovergange eller samarbejde med borgere og pårørende på patientsikkerhedsområdet.

Patientsikkerhedskoordinationens (PSK) opgaver:

- Hjælpe kolleger til rapportering af utilsigtede hændelser
- Have overblik over egen institutions utilsigtede hændelser og udføre relevante analyser – evt. i samarbejde med risikomanager
- Udarbejde handlingsplaner lokalt – evt. i dialog med risikomanager

² Sundhedsloven §§ 198-202.

- Implementere handlingsplaner i eget regi
- Videregive oplysninger om handlingsplaner til risikomanager (undtaget hvis risikomanager har deltaget i analysen)
- Informere leder af visitationen, når en utilsigtet hændelse har haft alvorlig eller dødelig udgang
- Samle et team i samarbejde med risikomanager med passende ledelsesrepræsentation til kerneårsagsanalyser, når dette er påkrævet

3.7.5 Krav til medarbejdernes uddannelse og kompetencer

Det er forventningen, at der i de kommende år vil komme flere, nye og mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver på Gribskov Kommunes social- og sundhedsområde. Dette vil medføre et øget krav om, at leverandøren kan arbejde strategisk og målrettet med prioritering af indsatserne.

I takt med at karakteren af ydelserne, som skal leveres, bliver stadig mere komplekse, er leverandøren forpligtet til at sikre, at personalet efteruddannes for at kunne imødekomme det til enhver tid gældende behov. Leverandøren forudsættes at afsætte de fornødne ressourcer hertil.

Kontinuerlig information og opdatering: Det er et krav, at leverandørens medarbejdere gennemgår et introduktions- og informationskursus om ældre- og sundhedsområdet i Gribskov Kommune ved ansættelse og i forbindelse med implementering af tværorganisatoriske forandringer fx i forbindelse med kontraktindgåelse.

Leverandøren er forpligtet til, at deres medarbejdere er opdaterede indenfor ny viden på social- og sundhedsområdet samt inden for teknologi, i en sådan grad at de kan støtte borgeren i at bruge deres hjælpemidler, herunder også IT- og kommunikationshjælpemidler, herunder kender Gribskov Kommunes tilbud på området.

Leverandøren skal sikre, at dennes medarbejdere får den fornødne opbakning/supervision, samt at medarbejderne gennemgår den nødvendige udvikling og vedligeholdelse af deres kvalifikationer.

Delegation af opgaver: Det erkendes, at det kan være en udfordring at adskille sundheds- og sygeplejeopgaver fra Servicelovens opgaver i organisatoriske enheder på fx et botilbud. Leverandøren skal sikre, at der er styr på, hvornår medarbejderne handler efter henholdsvis Sundhedslov og Servicelov, da der er forskel på borgerens retsstilling. Når der leveres indsatser efter Sundhedsloven, skal det fx være klart for medarbejderen, at det fx er reglerne om delegation, sundhedsfagligt ansvar og patientsikkerhed, der er gældende.

Leverandøren skal følge ministeriets seneste vejledning vedr. autorisation og delegation og herunder sikre, at der foreligger en opdateret instruks i forhold til rammedelegerede opgaver inden for Sundhedsloven. Det er desuden en afgørende forudsætning, at personalet har de fornødne kvalifikationer og kompetencer til at løse de i instruksen delegerede opgaver. Leverandøren er derfor ansvarlig for, at personalet er oplært i at løse de delegerede opgaver, samt ansvarlig for at der føres

relevant egenkontrol med opgaveløsningen.

Planlægning og medarbejderprofil: Ved planlægning af indsatsen er leverandøren derfor forpligtet til at efterleve principperne bag KL's kompetenceprofiler, for faggrupperne: Social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistent og sygeplejerske (se bilag 6.4). I forlængelse af dette er det et krav, at sygepleje og pleje af borgere med komplekse behov udføres af personale med de nødvendige faglige kompetencer, som matcher borgerens behov for indsats.

Plejeopgaver og praktisk hjælp: Det er et krav, at leverandørens medarbejdere som minimum har en SOSU-hjælperuddannelse eller kompetencer svarende hertil. Derudover skal leverandøren sikre, at medarbejdere på laveste kompetenceniveau har mulighed for hjælp og sparring fra andre fagkompetencer, herunder eksempelvis sygeplejerske, ergo- og fysioterapeuter og social- og sundhedsassistenter.

Ufaglært arbejdskraft: Praktisk hjælp og lettere pleje (f.eks. hjælp til at anrette dagens måltider, at komme omkring) kan i en kortere periode af op til 4 måneders varighed udføres af personale uden de nævnte uddannelser/kompetencer, hvis det sker under supervision og vejledning af uddannet personale. Personale, der er i gang med en sundhedsfaglig uddannelse, er undtaget den maksimale ansættelsesperiode for ufaglært arbejdskraft på 4 måneder.

Ved ikke borgerrettede opgaver: Her er det leverandørens forpligtigelse at sikre sig, at opgaverne varetages af personale, hvis faglige kompetencer matcher opgavens karakter.

Pædagogiske opgaver: Det er et krav, at leverandørens pædagogiske personale som minimum har en uddannelse, som enten ergoterapeut, fysioterapeut og/eller (social)pædagog.

Det er et krav, at leverandørens personalegruppe er tværfagligt sammensat, så det matcher borgerens behov for indsats.

Derudover skal leverandøren sikre, at medarbejder på laveste kompetenceniveau har mulighed for hjælp og sparring fra andre fagkompetencer, herunder eksempelvis socialpædagoger, sygeplejerske, ergo- og fysioterapeuter og social- og sundhedsassistenter.

Der henvises endvidere til afsnittet "faglige kvalifikationer" i den konkrete ydelsesbeskrivelse ift. øvrige forventninger til leverandørens personale.

3.7.6 Øvrige krav til leverandørernes medarbejdere:

Når medarbejderne udfører den visiterede indsats, er det et krav, at:

- medarbejderen er motiveret og servicemindet
- medarbejderne ved førstegangsbesøg – og på opfordring – skal vise billedlegitimation til borgeren
- medarbejderne bærer arbejdsbeklædning
- medarbejderen ikke må have misbrugsproblemer
- medarbejderen skal være i stand til at forrette tjeneste på forsvarlig vis, fx må

- medarbejderen ikke være utækkeligt klædt
- medarbejderen hverken ved eller under ansættelsen må have anmærkninger i deres straffeattest, der giver anledning til saglige betænkeligheder i forbindelse med opgavens udførelse. Leverandøren er forpligtet til forud for nyansættelser og efterfølgende løbende at indhente en straffeattest
- medarbejderne skal tale og skrive et forståeligt dansk
- medarbejderne har tavshedspligt
- medarbejderne har en skærpet underretningspligt
- medarbejderne skal have kendskab til Servicelovens regler om magtanvendelse og indgreb i selvbestemmelsesretten
- medarbejderen skal overholde gældende fagets regler, jf. de faglige organisationer (FOA, DSR, LFS m.v.)
- medarbejderne og nærtstående til disse må ikke modtage gaver og/eller testamentarisk arv eller lignende økonomiske fordele fra borgerne
- ingen medarbejdere må have tætte familiemæssige relationer til de borgere, de hjælper
- medarbejderne kender og forstår beskrivelsen af den visiterede indsats og er bekendt med Gribskov Kommunes kvalitetsstandarder for relevante indsatser i forhold til de opgaver, som medarbejderen er sat til at varetage og skal udføre arbejdet i overensstemmelse hermed
- medarbejderen skal kende kommunikationsvejene mellem myndigheden og leverandøren og benytte dem
- medarbejderne skal være i stand til at henvise borgerne til relevante medarbejdere/afdelinger, såfremt borgeren tilkendegiver at have problemer, eller hvis medarbejderen observerer problemer

Leverandørens almindelige loyalitetsforpligtelse: Leverandøren skal løbene gøre kommunen opmærksom på forhold, som kræver handling. Leverandøren skal endvidere instruere sine medarbejdere, herunder underleverandørens medarbejdere, om forpligtelsen.

3.8 Borgerens hjem som arbejdsplads

Når der leveres hjælp og støtte i borgerens hjem, bliver borgerens hjem automatisk medarbejderens arbejdsplads. Det betyder, at medarbejderen er omfattet af Arbejds miljøloven og Lov om røgfrie miljøer og dertilhørende regelsæt.

Ved et af de første besøg i hjemmet skal leverandøren udarbejde en ArbejdsPladsVurdering (APV).

Borgerens hjem skal kunne godkendes som arbejdsplads. Det betyder bl.a. at:

- medarbejderen kan udføre arbejdet forsvarligt sikkerheds- og sundhedsmæssigt
- pladsforholdene omkring f.eks. seng, toilet og bad er tilstrækkelige til, at medarbejderen kan udføre opgaverne
- de rengøringsmidler, der benyttes, ikke må være sundhedsskadelige
- arbejdsredskaber som støvsuger m.m. skal være i forsvarlig stand
- der ikke må ryges i borgerens hjem i det tidsrum, hvor medarbejderen opholder sig i boligen
- husdyr ikke må opholde sig i de rum, hvor hjælpen foregår

3.9. En værdig afsked

Leverandøren skal i forbindelse med dødsfald afse tid til samtale med de pårørende samt hjælpe de pårørende ifm. praktiske forhold, således at afsked med en beboer kan ske i respekt for beboerens og de pårørendes ønsker.

Leverandøren er ikke ansvarlig for at arrangere begravelse/bisættelse og rydning af beboerens lejlighed.

4. Samarbejde og kommunikation mellem Gribskov Kommune og leverandør

For at leve op til Gribskov Kommunes værdisæt er det afgørende at have et tæt samarbejde og en god kommunikation, erfaringsdeling og idéudvikling mellem myndighed og leverandør. I det følgende beskrives de forventninger og retningslinjer, der er til kommunikationen parterne imellem samt til det samarbejde, som myndighed og leverandør skal indgå i omkring den enkelte borger.

Hovedformålet med samarbejdsorganisationen er at sikre en model for samarbejde og kommunikation, som for alle parter er effektiv og beslutningsdygtig, med henblik på at have en formel model for drøftelser, opfølgning på leverancer, rapportering og konflikthåndtering. Samarbejdsorganisationen fungerer i relation til både det daglige samarbejde og som overordnet opfølgning på kontraktens opfyldelse mellem Gribskov Kommune og leverandør.

Modellen skal tillige sikre, at der er kontinuitet og forståelse for krav, ønsker og intentioner fra Gribskov Kommunes side for at sikre videreførelse af viden og information.

Det er et krav, at deltagere i samarbejdet har beslutningskompetence og er i stand til at kunne indgå i løsning af eventuelt opståede konflikter på en for samarbejdet smidig og hensigtsmæssig måde. Alle konflikter eller uenigheder skal som hovedregel søges løst på lavest mulige niveau.

Gribskov Kommune stiller krav til, at leverandøren indgår i samarbejdsorganisationen, der består af følgende faste samarbejdsfora på tre niveauer: Strategisk, taktisk og operationelt jf. nedenfor.

4.1 Dialogmøder (operationelt niveau)

Formål: Formålet er at sikre løbende faglig dialog og rettidig koordination ift. at yde borgerne service. Møderne skal sikre, at potentielle udfordringer ikke eskaleres, at informationer når ud i alle led, og at borgeren sættes i centrum ved fælles opgaveløsning.

Deltagere: Borgeren, rådgiver på den konkrete borgersag og daglig direkte leder på tilbuddet.

Borgeren deltager så vidt muligt i dialogmøderne. Det er borgerens liv, og vi gør derfor meget ud af at forstå borgerens egen oplevelse af situationen, og af hvad han/hun selv kan gøre, hvad netværket kan bidrage med, og hvad kommunen og leverandøren kan gøre.

Hyppighed: Ad hoc efter behov.

Mødeindkaldelse og referat: Både Center for Social og Sundhed samt leverandøren har ansvaret for at indkalde til møde ved oplevet behov. Der udsendes ikke

dagsorden. Der tages referat ved møderne efter behov. Begge parter er ansvarlige for at følge op jf. de aftaler, der indgås på de konkrete møder.

Indhold:

- Konkrete borgersager, herunder dialog om borgerens behov, udvikling ift. og opfølgning på opstillede mål og handleplan. Faglig refleksion, afstemning af forventninger og afklaring af evt. behov for revisitation.
- Afstemning af behov for samarbejde, herunder klarhed om roller – herunder borgerens egen rolle – i samarbejdet.

4.2 Driftsmøder (taktisk niveau)

Formål: At sikre driftsorienteret dialog mhp. at sikre løbende udvikling af samarbejdet mellem Center for Social og Sundhed og leverandøren, udvikling af opgaveløsningen med afsæt i Gribskov Kommunes serviceniveau, opfølgning på klagesager, afregning mv. Møderne skal tillige sikre, at potentielle udfordringer ikke eskaleres, at informationer når ud i alle led, og at borgeren sættes i centrum ved fælles opgaveløsning.

Deltagere: Ledelsen i Center for Social og Sundhed/Teamleder social og handicap samt daglig leder hos leverandøren.

Hyppighed: 6 gange årligt.

Mødeindkaldelse og referat: Center for Social og Sundhed er ansvarlig for at indkalde til møderne, udsende dagsorden samt tage referat ved møderne. Begge parter er ansvarlige for at melde punkter ind til dagsordenen.

Indhold:

- Gensidig orientering og vidensdeling om nye tiltag og ændringer af relevans for samarbejdet
- Konkrete borgersager, der ikke har kunnet løses på andre niveauer
- Mere generelle problemstillinger, opfølgning på påbud, klagesager m.v.
- Udviklingsinitiativer fra Innovationspartnerskabet, ny viden på social- og sundhedsområdet, projekter og nye initiativer m.v. bringes op til orientering og drøftelse
- Opfølgning på sikkerhedsprocedure vedr. medarbejdere

4.3 Bilaterale møder (strategisk niveau)

Formål: Formålet er at sikre dialog og samspil på strategisk niveau.

Deltagere: Det øverste ledelsesniveau fra Gribskov Kommune/Centerchef og direktør (mødeleder) og leverandøren på direktionsniveau.

Hyppighed: 1-2 gange om året.

Mødeindkaldelse og referat: Center for Social og Sundhed er ansvarlig for at indkalde til møderne, udsende dagsorden samt tage referat ved møderne. Begge

parter er ansvarlige for at melde punkter ind til dagsordenen.

Indhold:

- Gensidig orientering og vidensdeling om nye tiltag og ændringer af relevans for samarbejdet
- Forhandlinger ved omlægninger, afvigelser eller udviklingstiltag ift. den enkelte leverandør
- Uoverensstemmelser, der ikke har kunnet løses på et lavere niveau

4.4 Tværgående samarbejdsforum (taktisk og strategisk niveau)

Formål: Formålet er at skabe en ramme, der kan sikre en strategisk tilgang til forbedring af eksisterende indsatser og implementering af nye driftsnære tiltag og løsninger, faglig videndeling m.v. på tværs af alle leverandører. Forumet skal til enhver tid understøtte Gribskov Kommunes besluttede politiske mål og strategier på området samt en kontinuerlig udvikling i opgaveløsningen og løbende optimering af driften på et område under hastig forandring. Eksempelvis i forhold til kontinuerlig forbedring af processerne – samspil og overgange – omkring borger, hospital, Center for midlertidigt ophold og hjemmeplejen.

Deltagere: Det øverste ledelsesniveau fra Gribskov Kommune/Centerchef og teamleder (mødeleder) samt leverandøren på ledelsesniveau (centerledere og ledere af hjemmepleje, madservice for hjemmeboende, sociale botilbud mv. og evt. nøglepersoner).

Følgende leverandører deltager: Plejecentre, center for midlertidigt ophold, hjemmepleje på fritvalgsområdet og hjemmesygepleje til borgere i eget hjem uden for plejecentre, træning og rehabilitering, madservice til hjemmeboende samt sociale botilbud og socialpædagogisk støtte.

Hyppighed: 2 gange om året.

Mødeindkaldelse og referat: Center for Social og Sundhed er ansvarlig for at indkalde til møderne, udsende dagsorden samt tage referat ved møderne. Begge parter er ansvarlige for at melde punkter ind til dagsordenen.

Indhold:

- Udbredelse og drøftelse af den nyeste viden, nationale tiltag mv. inden for social- og sundhedsområdet
- Gensidig orientering og videndeling om nye tiltag og ændringer af relevans for det tværgående samarbejde og den kontinuerlige udvikling af opgaveløsningen, både fra den enkelte leverandør og fra Gribskov Kommune (det kommunale budget, strategiske fokuspunkter, udviklingstiltag, projekter og programmer mv.)
- Drøftelse, implementering og opfølgning på konkret nye tiltag og løsninger inden for rammerne af Gribskov Kommunes politiske mål og strategier, eksempelvis:
 - implementering af nye tiltag, der er udviklet i Innovationspartnerskabet

Servicebeskrivelse for borgere i botilbud

- implementering af den aktiverende tilgang i al pleje og træning
- tværgående kompetenceudvikling
- implementering af nye metoder på tværs af leverandører
- Udbrede og drøfte konkrete erfaringer med nye metoder og værktøjer på tværs af leverandørerne
- Deling og spredning af erfaringer med nye tiltag og løsninger i leverandørkredsen, både "best practice" og "next practice"

5. Ydelsesbeskrivelse og kvalitetsstandarder

Dette kapitel indeholder følgende

1. Ydelsesbeskrivelse for botilbud Kirkeleddet
2. Ydelsesbeskrivelse for botilbud Skipperstræde
3. Kvalitetsstandard for sygepleje
4. Kvalitetsstandard for personlig pleje
5. Kvalitetsstandard for rengøring
6. Kvalitetsstandard for socialpædagogisk støtte
7. Kvalitetsstandard for gruppetilbud
8. Kvalitetsstandard for korte ressourcefremmede forløb
9. Kvalitetsstandard for støttetilbuddet Guidelines
10. Kvalitetsstandard for særlige behov
11. Kvalitetsstandard for genoptræning

5.1 Ydelsesbeskrivelse for Botilbud Kirkeleddet

Botilbud Kirkeleddet 8

Leverandør Leverandøren er: xx

Optagelse i botilbuddet

Kirkeleddet er oprettet på Tilbudsportalen. Henvendelse med ønske om en bolig rettes til botilbuddet incl. nødvendige oplysninger, herunder aktuell funktionsvurdering. Botilbuddet fører en liste over borgere, der ønsker at komme i betragtning til en bolig, og som botilbuddet vurderer at være omfattet af målgruppen jf. nedenfor. Listen gennemgås, når der opstår en ledig bolig eller én gang hvert halve år på driftsmøder. Afgørelse om optagelse i botilbuddet træffes af Center for Social og Sundhed i samarbejde med lederen af botilbuddet.

Ansvarlig for opgaven

Medarbejderne i botilbudene er ansvarlige for at levere de indsatser, der er beskrevet nedenfor, som udgør serviceniveauet for borgere, der er visiteret til botilbuddet. Medarbejderteamene har i fællesskab ansvaret for tilrettelæggelse af hverdagen, både for den enkelte borger ud fra dennes behov og ønsker, og for beboergruppen som helhed.

Lovgrundlag for botilbuddet

Boligerne er etableret som handicapegnede boliger efter Lov om almene boliger §105, stk. 2, jf. §115, stk. 2.

Boligerne udlejes efter Lov om almene boliger §57, stk. 2 med klageadgang efter §58c.

Ydelsernes indhold er reguleret efter Lov om Social Service §§ 83, 85 og 86 samt Sundhedsloven §§ 3, 5, (119) 138, 198.

Formål med indsatsen

Formålet med tilbudet er at skabe en fysisk og boligmæssig ramme for at opretholde og vedligeholde borgerens fysiske, psykiske og kognitive funktionsevne.

Formålet er endvidere at kunne tilgodese de særlige behov og det aktivitetsniveau, som unge og yngre mennesker har.

Målgruppe

Borgere skal opfylde følgende kriterier for at være omfattet af målgruppen for tildeling af botilbuddet:

- være ung/ynge med betydelig og varig fysisk og psykisk funktionsnedsættelse svarende til scoring D og E i Voksenudredningsmetoden, hvilket defineres ved:

Svært problem (omfattende/meget) Scoring D

Borgeren deltager og kan under forudsætning af omfattende personassistance klare sin hverdag.

Fuldstændigt problem (totalt/kan ikke) Scoring E

Borgeren er ude af stand til at klare sin hverdag og har brug for fuldstændig personassistance.

- have så omfattende støttebehov, at det ikke kan imødekommes på anden vis.

Derudover gælder det særligt for borgerne på Kirkeleddet, at de har flere af følgende funktionsnedsættelser:

- udviklingshæmning og svært fysisk og psykisk handicap som følge af medfødt hjerneskade
- begrænset verbalt sprog
- syns- og/eller hørehandicap

Målgruppen har brug for støtte og kompensation på flere af følgende behovsområder:

- behov for omfattende eller fuldstændig hjælp/guidning til at varetage egne behov både fysisk, psykisk og socialt
- brug for kørestol og/eller ganghjælpemiddel
- afhængig af kommunikations- og IT-hjælpemidler

Antal pladser 8 pladser

Fysiske rammer Boligerne beliggende på Kirkeleddet i Græsted er bygget i 2007 og ibrugtaget 1. september 2007. Botilbuddet indgår i et samlet byggeri bestående af tre selvstændige botilbud til forskellige målgrupper og en daginstitution. Botilbuddet består af 8 boliger med fælles boligareal samt fælles terrasse. De 8 boliger i botilbuddet ligger omkring et "gadeforløb" med ovenlys. Boligerne er på 75 m² inklusiv fælles gang- og boligareal. De enkelte boliger er på 38 m² og består af indgang med entre og lille køkken, stor stue med udgang til egen terrasse/have ud mod grønne arealer, soveværelse og stort badeværelse. Entre og køkken er samlet for at undgå snævre dørpassager, hvilket gør det muligt at manøvrere med kørestol. Der er en fleksibel mobilvæg mellem soveværelse og opholdsrum, som gør det muligt at udvide opholdsrummet eller at slå soverum og opholdsrum sammen.

Fælles boligarealet rummer "gaden", som ender i et stort fællesrum med køkken, spise- og opholdsrum. Boligerne har optimal kontakt til fællesskabet. Samtidig kan den enkelte beboer vælge at være privat og trække sig tilbage til egen bolig. Den fælles opholdsterrasse vender mod syd og øst og ligger i læ, afskærmet af bygningens form.

I det samlede byggeri indgår et *fælleshus*, som deles mellem de tre botilbud og daginstitutionen. Fælleshuset er placeret som knudepunkt mellem botilbuddene og daginstitutionen. Det er indrettet med eget vindfang, garderobe, handicaptoilet samt et godt stort køkken.

Ydelsens indhold Hjælpen og støtten tager udgangspunkt i den enkelte beboers individuelle situation og funktionsnedsættelse med respekt for beboerens egne behov og ressourcer. Hjælpen og støtten kan omfatte de indsatser, der er beskrevet nedenfor. Indholdsmæssigt tager afsæt i det serviceniveau, der fremgår af Gribskov Kommunes til enhver tid gældende kvalitetsstandarder for de pågældende ydelser. Eksempelvis ydelser efter Servicelovens § 83. Borgere, der bor på Kirkeleddet, har ved behov ret til nedenstående indsatser.

Personlig pleje

Personlig pleje omfatter typisk hel eller delvis hjælp og/eller støtte til personlig hygiejne i form af bad, hårvask og sætning af hår, øvre og nedre toilette, mundpleje, barbering, håndpleje, fodbad, toiletbesøg, af- og påklædning, brug og vedligehold af kropsbårne hjælpemidler, forflytning og lejring samt indtagelse af mad og drikkevarer.

Sygepleje

Sygeplejefaglig indsats på baggrund af henvisning fra praktiserende læge, hospitalslæge eller en konkret individuel vurdering af visitator mhp. at yde omsorg og pleje for borgere med komplekse fysiske/psykiske sygdomme.

Praktisk hjælp

Praktisk hjælp indeholder typisk hel eller delvis hjælp og/eller støtte til indkøb af dagligvarer, sengeredning, oprydning, tøjvask og almindelig renholdelse af såvel bolig som relevant inventar, samt hjælp og/eller støtte til praktiske opgaver i hus og have.

Træning

Formålet med en målrettet træning er at forebygge funktionstab samt forbedre og fastholde beboerens

funktionsevne, således at beboeren opnår større – eller længst muligt fastholder sin – funktionsevne og/eller selvhjulpethed. Det er et mål med træningen, at den i så høj grad som muligt integreres i de daglige aktiviteter, og at den indarbejdes i både plejemæssige og pædagogiske aktiviteter.

Træningen kan indeholde:

- træning af kraft, ledbevægelighed, koordination
- balancetræning, træning i forflytninger, gangtræning
- kontrakturprofylakse
- ADL-træning: Personlig hygiejne, toiletbesøg, af- og påklædning, spisning mv
- træning af kognitive udfald så som: hukommelsesbesvær, besvær med at problemløse, problemer med planlægning, manglende overblik over rækkefølge i handlinger samt manglende overblik i aktivitetssammenhænge
- korrekt lejring i kørestol og seng
- træning af selvstændig organisering og strukturering af hverdagen ift beboeren selv, familie, venner og interesser i øvrigt
- træning af egenomsorg og sund levevis

Ovenstående træning suppleres med vederlagsfri fysioterapi, såfremt beboeren er visiteret hertil via egen læge. Her forudsættes, at botilbuddet samarbejder og følger op på vederlagsfri fysioterapi, som fx kan bestå af:

- træning af kognitive udfald så som: apraksi, agnosi, afasi, rum-retningsopfattelse, neglect, nedsat tempo samt koncentrationsbesvær
- tonusnormalisering og træning af normale bevægemønstre
- ansigts- og mundstimulation

Social pædagogisk støtte

Den socialpædagogiske støtte tilrettelægges og gennemføres, så den i videst muligt omfang kompenserer for individuelle funktionshæmninger og handicaps, samt med det formål at vedligeholde og udvikle beboerens fysiske, psykiske og sociale færdigheder og kompetencer.

Det sker bl.a. ved at

- den enkelte borger støttes i at strukturere enkeltheder i dagligdagen, så der opstår en helhed
- den enkelte borger støttes og motiveres til at kunne give udtryk for sine holdninger/meninger
- den enkelte borger støttes i at overskue egen økonomi, gennemgå papirer fra bank, el, vand, varme m.v. samt

- træne i at gå i banken.
- den enkelte støttes i udvikling af egne ressourcer, herunder mulighed for at kommunikere og indgå i samvær med andre, støtte til at skabe/opbygge og vedligeholde netværk og sociale relationer, fx til familie og venner.
 - der ydes støtte til afholdelse af beboermøder, hvor der udøves medindflydelse på de nære ting, som aktiviteter i fælleshus mv.
 - den enkelte rådgives ift. tilbud om aktivitets- og samværstilbud, samt fritids- og kulturaktiviteter m.v.
 - den enkelte ledsages ift. udøvelse af sport (ridning, svømning, fodbold o.l.) samt til fritids- og kulturtilbud (cafébesøg, museumsbesøg, koncerter, fodboldkampe o.l.) - enten individuelt eller som fællesaktivitet.
 - den enkelte tilbydes deltagelse i sociale aktiviteter både i og udenfor botilbuddet. Aktiviteterne planlægges ud fra ønsker, behov og ressourcer hos den eller de beboere, som ønsker at deltage, og i samarbejde med beboeren/beboerne.
 - den enkelte tilbydes 7 timers individuel ledsagelse pr. beboer pr. måned i botilbudet, der eventuelt kan suppleres med §97 ledsageordning forudsat, at beboeren er i målgruppen herfor. Ovenstående omtalte ledsagelse til sport, sociale aktiviteter m.v. forudsættes rummet indenfor denne tidsramme, hvis der er tale om individuel ledsagelse.

Et botilbud med fælles aktiviteter og indflydelse på egen hverdag

- Der skal tilbydes fællesskab omkring dagens måltider, og der tilbydes madlavning i køkkenet i fælleshuset, hvor der er praktisk hjælp fra personalet i den udstrækning, der er behov for det. Det forventes ikke, at beboeren kan lave et helt måltid mad, men at de hjælper til efter evne. Beboeren er medbestemmende ift. madplaner m.v.
 - Der skal etableres afveksling i hverdagen mellem arbejdsdage, weekender og ferier, gennem at beboerne deltager i forskellige former for beskæftigelse eller dagtilbud, der finder sted udenfor botilbuddet (særskilt visiteret). Herved sikres afsæt for en fast rytme i dagligdagen, og samtidig giver det et fast element af fritid, når beboerne kommer hjem.
 - Der skal skabes en tydelig vekselvirkning mellem hverdage og weekender, hvor der er mere tid til sociale aktiviteter. Der tilbydes aktiviteter alle ugens dage i samarbejde med beboerne, som beboerne kan deltage i efter ønske.
-

- Der skal sikres personlige samspil mellem beboere, medarbejdere og pårørende i dagligdagen.

Indsatsens omfang

Der er tale om et døgn dækket tilbud. Aktiviteterne tilrettelægges med afsæt i den enkelt beboers konkrete og individuelle behov, så denne kan opretholde en almindelig døgnrytme inden for rammerne af ovenfor beskrevne serviceniveau i tilbuddet.

Beredskab

Botilbuddet skal have et beredskab, som er uafhængigt af antallet af beboere, og som medvirker til at skabe helhed, aktivitet og sikkerhed for beboerne.

Beredskabet skal bestå af det nødvendige personale til at besvare kald fra beboerne og kunne yde døgnovervågning og tilstandsvurdering. Det skal derudover være muligt at tilkalde en medarbejder med den nødvendige kompetence, der modsvarer det opståede behov, jf. denne servicebeskrivelse og kommunens kvalitetsstandarder.

Særlige bemærkninger

Egenbetaling

Beboeren betaler husleje og øvrige boligudgifter for sin egen bolig og for en del af det fælles boligareal, herunder fællesudgifter, i henhold til Lov om almene boliger. Beboerne betaler for mad, drikke, vask, materialer og deltagelse i aktiviteter, herunder kørsel.

Ydelser efter Serviceloven er gratis for borgeren.

Ferierejser

Det er en del af servicetilbuddet at beboerne én gang årligt får tilbudt mulighed for at deltage i ferierejser i ind- eller udland af op til én uges varighed arrangeret som en fælles rejse efter nærmere aftale mellem beboere og botilbud. Beboeren skal i den forbindelse betale for egne udgifter til rejse, feriebolig og øvrige følgeudgifter til transport, deltagelse i aktiviteter, entrébilletter o.l. Botilbuddet finansierer personalets løn og rejseudgifter m.m. og er pligtig som arbejdsgiver til at tegne relevant forsikring for personalet.

Ind- og udflytning

Borgeren er selv ansvarlig for selve indflytningen i botilbuddet og indretningen af sin bolig. Botilbuddet skal ved indflytning stille sig til rådighed og deltage aktivt for at sikre, at borgeren får en god start på livet i den nye bolig, herunder være i dialog med borgerens pårørende.

Borgeren er ligeledes ansvarlig for evt. udflytning fra botilbuddet. Også her skal botilbuddet stille sig til rådighed og deltage aktivt.

Faglige kvalifikationer

Udover de kvalitetskrav til levering af indsatsen, der fremgår af afsnit 3.6 i servicebeskrivelsen ovenfor, herunder forventninger til medarbejdernes uddannelse og kompetencer, stilles der følgende krav til leveringen af indsatsen:

Generelt

- Hver beboer skal have tilknyttet et to-personers kontaktteam bestående af en plejemedarbejder (sosu-assistent eller sosu-hjælper) og en støtteperson (ergo-/fysioterapeut eller (social)pædagog). Dette kontaktteam skal i samarbejde med beboeren udarbejde den pædagogiske indsatsplan.
- Alle medarbejdere skal have kendskab til alle beboere og deres indsatsplaner, så beboernes hverdag ikke ændres væsentligt, når en eller begge fra det primære kontaktteam ikke er til stede.
- Derfor og for at mindske sårbarheden ved ferie og lignende skal der være et fast vikarkorps, som kender stedet og beboerne. For at sikre understøttelse af netværksskabelse skal der altid være fast personale til stede uden for "normal arbejdstid", dvs. om morgenen og sidst på eftermiddagen/først på aftenen.
- Medarbejderne skal holde sig opdateret indenfor ny teknologi i en sådan grad, at de kan støtte beboerne i at bruge deres hjælpemidler, herunder også IT- og kommunikationshjælpemidler.
- Plejemedarbejdere: Der skal altid være mindst én social- og sundhedsassistent i den faste medarbejdergruppe og én sygeplejerske.
- Støttepersoner: Der skal altid være mindst 1 ergoterapeut og 1 (social)pædagog i den faste medarbejdergruppe.
- Medarbejderne skal have interesse for og evne til at arbejde med den type borgere, der er botilbuddets målgruppe.

Tværfaglighed

Medarbejderne skal arbejde teambaseret og deltage i alle dagligdagens aktiviteter.

Teamene skal arbejde tværfagligt. Den enkelte fagperson er ansvarlig for at følge med og holde sig orienteret indenfor eget fag, og for at tilføre den faglige viden til det øvrige team. Det samlede team skal arbejde på at få viden fra de forskellige faggrupper integreret i teamet, således at den tværfaglige idé udvikles og styrkes og øger teamets potentiale.

Supervision

- Der skal iværksættes supervision x 11 årligt for de samlede medarbejderteams.
- Medarbejderne skal deltage i evt. supervision via eksterne aktører, hvor dette er et krav i den enkelte beboers handleplan.
- Der skal være mulighed for individuel supervision.

Pædagogisk fokus

Der stilles krav om, at leverandøren arbejder efter anerkendte pædagogiske metoder for målgruppen.

Bruger-/pårørendetråd

I tråd med FNs Handicapkonvention og i henhold til § 16 i Lov om Social Service skal leverandøren sørge for, at beboerne i botilbuddet får mulighed for indflydelse på tilrettelæggelse og udnyttelse af tilbuddet, jf. Gribskov Kommunes retningslinjer for bruger- og pårørenderåd i sociale tilbud. Der skal på denne baggrund nedsættes et brugerråd eller afholdes beboermøder. Tillige skal der nedsættes et pårørenderåd, hvor repræsentanter for beboerne deltager.

Henvisninger

Link til leverandørens hjemmeside

5.2 Ydelsesbeskrivelse for Botilbud Skipperstræde

Botilbud	Skipperstræde
-----------------	---------------

Leverandør	Leverandøren er: xx Optagelse i botilbuddet Skipperstræde er oprettet på Tilbudsportalen. Henvendelse med ønske om en bolig rettes til botilbuddet incl. nødvendige oplysninger, herunder aktuel funktionsvurdering. Botilbuddet fører en liste over borgere, der ønsker at komme i betragtning til en bolig, og som botilbuddet vurderer at være omfattet af målgruppen jf. nedenfor. Listen gennemgås, når der opstår en ledig bolig eller én gang hvert halve år på driftsmøder. Afgørelse om optagelse i botilbuddet træffes af Center for Social og Sundhed i samarbejde med lederen af botilbuddet. Ansvarlig for opgaven Medarbejderne i botilbudene er ansvarlige for at levere de indsatser, der er beskrevet nedenfor, som udgør serviceniveauet for borgere, der er visiteret til botilbuddet. Medarbejderteamene har i fællesskab ansvaret for tilrettelæggelse af hverdagen, både for den enkelte borger ud fra dennes behov og ønsker og for beboergruppen som helhed.
-------------------	---

Lovgrundlag for botilbuddet	Boligerne er etableret som handicapegnede boliger efter Lov om almene boliger §105, stk. 2, jf. §115, stk. 2. Boligerne udlejes efter Lov om almene boliger §57, stk. 2 med klageadgang efter §58c. Ydelsernes indhold er reguleret efter Lov om Social Service §§ 83, 85 og 86 samt Sundhedsloven §§ 3, 5, (119) 138, 198.
------------------------------------	---

Formål med indsatsen	Formålet med tilbudet er at skabe en fysisk og boligmæssig ramme for at opretholde og vedligeholde beboernes fysiske, psykiske og kognitive funktionsevne. Formålet er endvidere at kunne tilgodese de særlige behov og det aktivitetsniveau, som unge og yngre mennesker har.
-----------------------------	---

Målgruppe	Borgere skal opfylde følgende kriterier for at være omfattet af målgruppen for tildeling af botilbud:
------------------	---

- være ung/ynge med betydelig og varig fysisk og psykisk funktionsnedsættelse svarende til scoring D og E i Voksenudredningsmetoden, hvilket defineres ved:

Svært problem (omfattende/meget) Scoring D

Borgeren deltager og kan under forudsætning af omfattende personassistance klare sin hverdag.

Fuldstændigt problem (totalt/kan ikke) Scoring E

Borgeren er ude af stand til at klare sin hverdag og har brug for fuldstændig personassistance.

- have så omfattende støttebehov, at det ikke kan imødekommes på anden vis.

Derforuden gælder det særligt for borgerne på Skipperstræde, at de har flere af følgende funktionsnedsættelser:

- svært fysisk og psykisk handicap som følge af erhvervet hjerneskade eller kroniske sygdomme som fx sclerose, der medfører lignende funktionsnedsættelser
- begrænset verbalt sprog
- syns- og/eller hørehandicap

Målgruppen har brug for støtte og kompensation på flere af følgende behovsområder:

- behov for omfattende eller fuldstændig hjælp/guidning til at varetage egne behov både fysisk, psykisk og socialt
- brug for kørestol og/eller ganghjælpemiddel
- afhængig af kommunikations- og IT-hjælpemidler

Antal pladser 6 pladser

Fysiske rammer Boligerne på Skipperstræde i Gilleleje blev i 2002 adskilt fra Bakkebo Omsorgscenter og ombygget til et selvstændigt botilbud. Botilbuddet består af 6 boliger med fælles boligareal samt stor terrasse og have, som er ibrugtaget primo 2003. Boligerne har egen gadedør og adresse på et glasoverdækket stræde (Skipperstræde), der er belagt med fliser, som giver strædet et udendørspræg. Der er indgang til strædet via en fælles hovedindgang, hvor der er dørtelefon til hver enkelt bolig og til det fælles boligareal. Fra strædet er der indgang til det fælles boligareal, ligesom der er mulighed for adgang til centeret via en dør i strædet.

Boligerne er på 68 m² inklusiv gang og fælles boligareal.

De enkelte boliger er på 52 m² og består af køkken i åben forbindelse med stue, soveværelse og badeværelse. Hver bolig har egen lille terrasse/have. Boligerne er indrettet med skinne i loftet fra soveværelse til badeværelse, fjernbetjente yderdøre og kaldeanlæg. Køkkenet er indrettet med justerbart køkkenbord, køleskab, to kogeplader og mikrobølgeovn.

Fælles boligareal er på 96 m² og rummer forstue, fællesrum med køkken med hæve/sænkebord, træningslokale, toilet og depot. Der er musikanlæg, fjernsyn med DVD og video, to computere og diverse træningsredskaber.

Ydelsens indhold Hjælpen og støtten tager udgangspunkt i den enkelte beboers individuelle situation og funktionsnedsættelse med respekt for beboerens egne behov og ressourcer.

Hjælpen og støtten kan omfatte de indsatser, der er beskrevet nedenfor. Indholdsmæssigt tager de afsæt i det serviceniveau, der fremgår af Gribskov Kommunes til enhver tid gældende kvalitetsstandarder for de pågældende ydelser. Eksempelvis ydelser efter Servicelovens § 83.

Borgere, der bor på Skipperstræde, har ved behov ret til nedenstående indsatser.

Personlig pleje

Personlig pleje omfatter typisk hel eller delvis hjælp og/eller støtte til personlig hygiejne i form af bad, hårvask og sætning af hår, øvre og nedre toilette, mundpleje, barbering, håndpleje, fodbad, toiletbesøg, af- og påklædning, brug og vedligehold af kropsbårne hjælpemidler, forflytning og lejrning samt indtagelse af mad og drikkevarer.

Sygepleje

Sygeplejefaglig indsats på baggrund af henvisning fra praktiserende læge, hospitalslæge eller en konkret individuel vurdering af visitator mhp. at yde omsorg og pleje for borgere med komplekse fysiske/psykiske sygdomme.

Praktisk hjælp

Praktisk hjælp indeholder typisk hel eller delvis hjælp og/eller støtte til indkøb af dagligvarer, sengeredning, oprydning, tøjvask og almindelig renholdelse af såvel bolig som relevant inventar, samt hjælp og/eller støtte til praktiske opgaver i hus og have.

Træning

Formålet med en målrettet træning er at forebygge funktionstab samt forbedre og fastholde beboerens funktionsevne, således at beboeren opnår større – eller længst muligt fastholder sin – funktionsevne og/eller selvhjulpethed. Det er et mål med træningen, at den i så høj grad som muligt integreres i de daglige aktiviteter, og at den indarbejdes i både plejemæssige og pædagogiske aktiviteter.

Træningen kan indeholde:

- træning af kraft, ledbevægelighed, koordination
- balancetræning, træning i forflytninger, gangtræning
- kontrakturprofylakse
- ADL-træning: Personlig hygiejne, toiletbesøg, af- og påklædning, spisning mv
- træning af kognitive udfald så som hukommelsesbesvær, besvær med at problemløse, problemer med planlægning, manglende overblik over rækkefølge i handlinger samt manglende overblik i aktivitetssammenhænge
- korrekt lejring i kørestol og seng
- træning af selvstændig organisering og strukturering af hverdagen ift beboeren selv, familie, venner og interesser i øvrigt
- træning af egenomsorg og sund levevis

Ovenstående træning suppleres med vederlagsfri fysioterapi, såfremt beboeren er visiteret hertil via egen læge. Her forudsættes, at botilbuddet samarbejder og følger op på vederlagsfri fysioterapi, som fx kan bestå af:

- træning af kognitive udfald så som apraksi, agnosi, afasi, rum-retningsopfattelse, neglect, nedsat tempo samt koncentrationsbesvær
- tonusnormalisering og træning af normale bevægemønstre
- ansigts- og mundstimulation

Social pædagogisk støtte

Den socialpædagogiske støtte tilrettelægges og gennemføres, så den i videst muligt omfang kompenserer for individuelle funktionshæmninger og handicaps, samt med det formål at vedligeholde og udvikle beboerens fysiske, psykiske og sociale færdigheder og kompetencer.

Det sker bl.a. ved at

- den enkelte borger støttes i at strukturere enkeltheder i dagligdagen, så der opstår en helhed
- den enkelte borger støttes og motiveres til at kunne give udtryk for sine holdninger/meninger

- den enkelte borger støttes i at overskue egen økonomi, gennemgå papirer fra bank, el, vand, varme m.v. samt træne i at gå i banken.
- den enkelte støttes i udvikling af egne ressourcer, herunder mulighed for at kommunikere og indgå i samvær med andre, støtte til at skabe/opbygge og vedligeholde netværk og sociale relationer, fx til familie og venner.
- der ydes støtte til afholdelse af beboermøder, hvor der udøves medindflydelse på de nære ting, som aktiviteter i fælleshus mv.
- den enkelte rådgives ift. tilbud om aktivitets- og samværstilbud, samt fritids- og kulturaktiviteter m.v.
- den enkelte ledsages ift. udøvelse af sport (ridning, svømning, fodbold o.l.) samt til fritids- og kulturtilbud (cafébesøg, museumsbesøg, koncerter, fodboldkampe o.l.) - enten individuelt eller som fællesaktivitet.
- den enkelte tilbydes deltagelse i sociale aktiviteter både i og udenfor botilbuddet. Aktiviteterne planlægges ud fra ønsker, behov og ressourcer hos den eller de beboere, som ønsker at deltage, og i samarbejde med beboeren/beboerne.
- den enkelte tilbydes 7 timers individuel ledsagelse pr. beboer pr. måned i botilbuddet, der eventuelt kan suppleres med §97 ledsageordning forudsat, at beboeren er i målgruppen herfor. Det er leverandøreren på botilbuddet, der træffer afgørelse om, hvorvidt en borger kan optages i botilbuddet.

Et botilbud med fælles aktiviteter og indflydelse på egen hverdag

- Der skal tilbydes fællesskab omkring dagens måltider, og der tilbydes madlavning i køkkenet i fælleshuset, hvor der er praktisk hjælp fra personalet i den udstrækning, der er behov for det. Det forventes ikke, at beboeren kan lave et helt måltid mad, men at de hjælper til efter evne. Beboeren er medbestemmende ift. madplaner m.v.
 - Der skal etableres afveksling i hverdagen mellem arbejdsdage, weekender og ferier, gennem at beboerne deltager i forskellige former for beskæftigelse eller dagtilbud, der finder sted udenfor botilbuddet (særskilt visiteret). Herved sikres afsæt for en fast rytme i dagligdagen, og samtidig giver det et fast element af fritid, når beboerne kommer hjem.
 - Der skal skabes en tydelig vekselvirkning mellem hverdage og weekender, hvor der er mere tid til sociale aktiviteter. Der tilbydes aktiviteter alle ugens dage i samarbejde med beboerne, som beboerne kan deltage i
-

efter ønske.

- Der skal sikres personlige samspil mellem beboere, medarbejdere og pårørende i dagligdagen.

Indsatsernes omfang

Der er tale om et ikke-døgndækket tilbud med mulighed for punktvis tilstedeværelse af personale efter konkret behov hos den enkelte beboer, dog således at det forudsættes altid at være personale til stede dag og aften med tilkaldevagt nat i tidsrummet kl. 23.00 – 7.00. Aktiviteterne tilrettelægges med afsæt i den enkelte beboers konkrete og individuelle behov, så denne kan opretholde en almindelig døgnrytme inden for rammerne af det ovenfor beskrevne serviceniveau i tilbuddet.

Der sikres et vist beredskab, således at der kan skabes ovenfor beskrevne helhed, aktiviteter og sikkerhed for beboerne. Det skal derudover være muligt at tilkalde en medarbejder med den nødvendige kompetence.

Beredskab

Botilbuddet skal have et beredskab, som er uafhængigt af antallet af beboere, og som medvirker til at skabe helhed, aktivitet og sikkerhed for beboerne.

Beredskabet skal bestå af det nødvendige personale til at besvare kald fra beboerne og kunne yde overvågning og tilstandsvurdering. Det skal derudover være muligt at tilkalde en medarbejder med den nødvendige kompetence, der modsvarer det opståede behov, jf. denne servicebeskrivelse og kommunens kvalitetsstandarder.

Særlige bemærkninger

Egenbetaling

Beboeren betaler husleje og øvrige boligudgifter for sin egen bolig og for en del af det fælles boligareal, herunder fællesudgifter, i henhold til Lov om almene boliger. Borgerne betaler for mad, drikke, vask, materialer og deltagelse i aktiviteter, herunder kørsel.

Ydelser efter Serviceloven er gratis for borgeren.

Ferierejser

Det er en del af servicetilbuddet, at beboerne én gang årligt får tilbudt mulighed for at deltage i ferierejser i ind- eller udland af op til én uges varighed arrangeret som en fælles rejse efter nærmere aftale mellem beboere og botilbud. Beboeren skal i den forbindelse betale for egne udgifter til rejse, feriebolig og øvrige følgeudgifter til transport, deltagelse i aktiviteter, entrébilletter o.l. Botilbuddet finansierer personalets løn og rejseudgifter m.m.

og er pligtig som arbejdsgiver til at tegne relevant forsikring for personalet.

Ind- og udflytning

Borgeren er selv ansvarlig for selve indflytningen i botilbuddet og indretningen af sin bolig. Botilbuddet skal ved indflytning stille sig til rådighed og deltage aktivt for at sikre, at borgeren får en god start på livet i den nye bolig, herunder være i dialog med borgerens pårørende.

Borgeren er ligeledes ansvarlig for evt. udflytning fra botilbuddet. Også her skal botilbuddet stille sig til rådighed og deltage aktivt.

Faglige kvalifikationer

Udover de kvalitetskrav til levering af indsatsen, der fremgår af afsnit 3.6 i servicebeskrivelsen ovenfor, herunder forventninger til medarbejdernes uddannelse og kompetencer, stilles der følgende krav til leveringen af indsatsen:

Generelt

- Hver beboer skal have tilknyttet et to-personers kontaktteam bestående af en plejemedarbejder (sосу-assistent eller sosu-hjælper) og en støtteperson (ergo-/fysioterapeut eller (social)pædagog). Dette kontaktteam skal i samarbejde med beboeren udarbejde den pædagogiske indsatsplan.
- Alle medarbejdere skal have kendskab til alle beboere og deres indsatsplaner, så borgernes hverdag ikke ændres væsentligt, når en eller begge fra det primære kontaktteam ikke er til stede.
- Derfor og for at mindske sårbarheden ved ferie og lignende skal der være et fast vikarkorps, som kender stedet og beboerne. For at sikre understøttelse af netværksskabelse skal der altid være fast personale til stede uden for "normal arbejdstid", dvs. om morgenen og sidst på eftermiddagen/først på aftenen.
- Medarbejderne skal holde sig opdateret indenfor ny teknologi i en sådan grad, at de kan støtte beboerne i at bruge deres hjælpemidler, herunder også IT- og kommunikationshjælpemidler.
- Plejemedarbejdere: Der skal altid være mindst én social- og sundhedsassistent i den faste medarbejdergruppe og én sygeplejerske.
- Støttepersoner: Der skal altid være mindst 1 ergoterapeut og 1 (social)pædagog i den faste medarbejdergruppe.
- Medarbejderne skal have interesse for og evne til at arbejde med den type borgere, der er botilbuddets målgruppe.

Tværfaglighed

Medarbejderne skal arbejde teambaseret og deltage i alle dagligdagens aktiviteter.

Teamene skal arbejde tværfagligt. Den enkelte fagperson er ansvarlig for at følge med og holde sig orienteret indenfor eget fag, og for at tilføre den faglige viden til det øvrige team. Det samlede team skal arbejde på at få viden fra de forskellige faggrupper integreret i teamet, således at den tværfaglige idé udvikles og styrkes og øger teamets potentiale.

Supervision

- Der skal iværksættes supervision x 11 årligt for de samlede medarbejderteams.
- Medarbejderne skal deltage i evt. supervision via eksterne aktører, hvor dette er et krav i den enkelte beboers handleplan.
- Der skal være mulighed for individuel supervision.

Pædagogisk fokus

Der stilles krav om, at leverandøren arbejder efter anerkendte pædagogiske metoder for målgruppen.

Bruger-/pårørendetråd

I tråd med FNs Handicapkonvention og i henhold til § 16 i Lov om Social Service skal leverandøren sørge for, at beboerne i botilbuddet får mulighed for indflydelse på tilrettelæggelse og udnyttelse af tilbuddet, jf. Gribskov Kommunes retningslinjer for bruger- og pårørenderåd i sociale tilbud. Der skal på denne baggrund nedsættes et brugerråd eller afholdes beboermøder. Tillige skal der nedsættes et pårørenderåd, hvor repræsentanter for beboerne deltager.

Henvisninger

Link til leverandørens hjemmeside

5.3 Sygepleje

Formål

Formålet med indsatsen er at:

- yde omsorg og pleje for borgere med komplekse fysiske/psykiske sygdomme, herunder lindrende pleje
 - yde rådgivning og vejledning med det sigte, at borgeren bevarer det bedst mulige helbred
 - understøtte, at borgeren generhverver eller vedligeholder færdigheder
-

Målgruppe

Borgere i botilbud i Gribskov Kommune.

Kriterier for tildeling

Tildelingen sker på baggrund af:

- henvisning fra praktiserende læge
 - henvisning fra hospitalslæge
 - en konkret individuel vurdering af visitator
-

Indsatsen kan omfatte

Indsatserne er bygget op på baggrund af Sundhedsstyrelsens sygeplejefaglige problemområder. Indsatserne er udarbejdet med inspiration fra KL's partnerskabsprojekt vedr. dokumentation af hjemmesygepleje.

Alle indsatserne omfatter en sygeplejefaglig udredning, behandling, stillingtagen til en mulig sundhedspædagogisk indsats, evaluering og dokumentation.

Borgeren kan visiteres til sygeplejefaglig indsats i følgende 10 hovedgrupper:

1. Udredning og opfølgning
2. Ernæring
3. Hud, slimhinder og sår
4. Psykosociale forhold
5. Respiration og cirkulation
6. Smerte og sanseindtryk
7. Søvn og hvile
8. Viden og udvikling
9. Udskillelse af affaldsstoffer
10. Medicinhåndtering

Hovedgrupperne er uddybet i indsatskatalog (bilag 6.3) i forhold til, hvilke indsatser hovedgrupperne specifikt indeholder.

Hver indsats er uddybet med faglige beskrivelser og de

kriterier, der skal være opfyldt for, at borgeren kan visiteres til indsatsen.

Indsatskataloget for sygeplejeydelser opdateres løbende i takt med den faglige udvikling samt nye statslige og regionale krav.

Levering/omfang

Sygepleje leveres i borgerens bolig.

Som udgangspunkt er alle visitationer til sygeplejefaglige indsatser tidsbegrænset. Perioden målsættes ved visitationen.

For alle indsatser gælder, at der i udgangspunktet foreligger en fyldestgørende og evalueret handleplan eller underbygget begrundelse, der dokumenterer behov for en fortsat sygeplejefaglig (revisitation) indsats i forhold til problemområdet.

Ud over Gribskov Kommunes krav til dokumentation som beskrevet i afsnit 2.2.3 og 3.5 skal sygeplejefaglige indsatser dokumenteres i henhold til Sundhedsstyrelsens gældende vejledning om "Sygeplejefaglige optegnelser" (VEJ nr. 9019 15/01/2013).

Egenbetaling

Sygepleje er gratis. Materialer, der ligger inden for standardsortimentet, leveres gratis i forbindelse med indsatsen. Andre materialer skal borgeren selv købe/betale.

Lovgrundlag

Sundhedsloven §§ 3, 5, (119), 138, 198.

5.4 Personlig pleje

Formål

Formålet er at tilbyde en aktiverende, rehabiliterende eller kompenserende indsats, så borgeren aktiveres, trænes og hjælpes til at:

- opretholde personlig hygiejne
- få sine ernæringsmæssige behov dækket
- blive mobiliseret
- generhverve eller vedligeholde sine færdigheder
- bevare sin helbredsmæssige tilstand bedst muligt

Den personlige pleje skal tage udgangspunkt i borgernes samlede ressourcer og understøtte borgerens sundhed, selvrespekt og integritet.

Målgruppe

Borgere i botilbud i Gribskov Kommune.

Kriterier for tildeling

Tildelingen sker på baggrund af en konkret, individuel vurdering af den enkelte borgers funktionsniveau og ressourcer på følgende områder:

- daglig husførelse (sikre sammenhæng i hverdagens aktiviteter)
- personlig hygiejne
- måltider
- komme omkring (at flytte sig og at færdes i egen bolig)

Borgere, som vurderes at have funktionsniveau 3 og 4 fra Fællessprog II, kan tildeles ydelsen.

Indsatsen kan omfatte

Indsatsen har fire hovedindsatser: 1) *Måltidet*, 2) *Komme omkring*, 3) *Personlig hygiejne* og 4) *Påklædning/afklædning*. Borgeren kan visiteres til én eller flere af indsatserne efter behov.

Måltidet:

Ved måltidet kan indsatsen omfatte, at borgeren aktiveres, trænes og hjælpes til at:

- lave morgenmad til sig selv
 - anrette middagsmad til sig selv
 - smøre aftensmad til sig selv
 - opvarme aftensmad til sig selv
 - rydde op efter sig selv (kan ikke visiteres)
-

- samtidigt med morgenmad, middagsmad og opvarme aftensmad)
- indtage maden
 - indtage dosisdispenseret medicin

At komme omkring:

I forbindelse med at komme omkring kan indsatsen omfatte, at borgeren aktiveres, trænes og hjælpes til at:

- komme i og op af sengen (kan visiteres 3 x dagligt)
- undgå lejeringskomplikationer
- færdes i egen bolig
- færdes udendørs

Personlig hygiejne:

I forbindelse med personlig hygiejne kan indsatsen omfatte, at borgeren aktiveres, trænes og hjælpes til at:

- **Tage brusebad**, herunder eksempelvis vaske hår og pleje hud og negle. Brusebad kan visiteres op til 5 gange pr. uge på hverdage.
- **Gøre morgentoilette**, herunder vask og tørring, tage brusebad (op til 5 gange pr. uge) samt eksempelvis soignere hud, ansigt, tænder, hår og negle på hænderne og få hjælp til påtagning af tøj og kropsbårne hjælpemidler. Kan ikke visiteres sammen med "tager brusebad", da ydelsen er inkluderet i at gøre morgentoilette.
- **Gøre aftentoilette** herunder børste tænder, tage tøj og kropsbårne hjælpemidler af, komme i seng.
- **Udføre toiletbesøg**, inklusiv bleskifte og nødvendig hygiejne og tømning af bækken, kolbe, stomipose og kateterpose.
- **Udføre dagligt toilette**. Denne ydelse omfatter både "gøre morgentoilette", "gøre aftentoilette", "tage brusebad" samt "udføre toiletbesøg". Ydelsen kan derfor ikke visiteres sammen med de 4 foregående ydelser.

Påklædning og afklædning:

- Klæde sig på, herunder eksempelvis påtage nødkald og kropsbårne hjælpemidler, som eksempelvis høreapparat og benproteser. Gives ikke sammen med morgentoilette.
- Klæde sig af, herunder eksempelvis tage nødkald og kropsbårne hjælpemidler af, som eksempelvis høreapparat og benproteser. Gives ikke sammen med "aftentoilette".

Levering/omfang

Personlig pleje udføres én til flere gange i døgnet afhængigt af behov.

Pleje i dagtimer: Udføres i tidsrummet kl. 7-17 alle ugens dage.

Pleje aften: Udføres i tidsrummet kl. 17-23.

Pleje nat: Udføres i tidsrummet kl. 23-07.

For alle indsatser gælder, at de skal udføres inden for plus/minus 30 min. i forhold til den aftalte tid.

Hjælp til morgentoilette udføres normalt i tidsrummet kl. 7-10.

Egenbetaling

Personlig pleje i botilbuddet er gratis.

Lovgrundlag

Lov om Social Service §§ 83 stk. 1 og 2 samt 86 stk. 2.

5.5 Rengøring

Formål

Formålet med indsatsen er at:

- tilbyde aktiverende, rehabiliterende eller kompenserende indsats til borgeren i form af konkret indsats, så der sammen med borger gøres rent i hjemmet
- borgeren generhverver eller vedligeholder sine færdigheder

Hjælpen tilbydes med det sigte, at borgeren bliver i stand til selv, helt eller delvist, at klare rengøringsopgaver i eget hjem.

Målgruppe

Borgere i botilbud i Gribskov Kommune.

Kriterier for tildeling

Tildelingen sker på baggrund af en konkret, individuel vurdering af den enkelte borgers funktionsniveau og ressourcer, på følgende områder:

- Daglig husførelse
- Komme omkring

Der ydes kun hjælp til de rengøringsopgaver, som borgeren og andre personer i husstanden ikke selv kan varetage.

Borgere, som vurderes at have funktionsniveau 3 og 4 fra Fællessprog II, kan tildeles ydelsen.

Indsatsen kan omfatte

Indsatsen skal inddrage borgeren og tage udgangspunkt i dennes samlede ressourcer og understøtte sundhed, selvrespekt og integritet.

Indsatsen kan omfatte, at borgeren aktiveres, trænes og hjælpes til at:

- *rydde op.*
- *rengøre gulve*, herunder vask og støvsugning. Desuden efter behov, fjernelse af spindelvæv og aftørring af gulvpaneler.
- *holde overflader i specifikke rum rene* ved at bruge tunge/lettere redskaber, vand/sæbe og klude, herunder aftørring af pletter på karme, aftørring af støv på flader, rengøring af ikke-kropsbårne hjælpemidler, rengøring af badeværelsesinventar og

-fliser samt polering af spejle. Desuden efter behov aftørring af køkkenlåger, afkalkning af kaffemaskine samt rengøring og afrimning af køleskab.

- *Skifte sengetøj.*

Rengøringsopgaverne udføres i følgende rum:

- Éntre
- Soveværelse
- Opholdsrum
- Køkken
- Toilet/badeværelse

Borgeren kan forvente at få rengjort et areal svarende til borgerens bolig i botilbuddet.

Levering/omfang

Hjælp og støtte til rengøring udføres hver uge for beboere i botilbud.

Hjælp til rengøring udføres typisk i tidsrummet kl. 7-17 på hverdage.

Hjælp til rengøring kan ikke aflyses.

Falder det aftalte tidspunkt for udførelsen på en helligdag, skal borgeren have tilbud om at modtage indsatsen en anden dag.

Udsætter leverandøren udførelsen, skal borgeren tilbydes et erstatningsbesøg inden for 5 hverdage fra det planlagte besøg.

Hjælpen hos den enkelte borger må ikke udsættes flere på hinanden følgende gange.

Egenbetaling

Rengøring i botilbuddet er gratis. Der vil være mulighed for at tilkøbe rengøringsmidler o.l.

Lovgrundlag

Lov om Social Service §§ 83, 86 stk. 2 og 161.

5.6 Socialpædagogisk støtte

Formål

Formålet med socialpædagogisk støtte er grundlæggende at:

- Sikre hjælp, omsorg og støtte til, at borgeren kan leve et liv på egne præmisser, og/eller
- sikre oplæring eller optræning i færdigheder, som sætter borgeren i stand til at leve et så selvstændigt liv som muligt.
- Udvikle og vedligeholde personlige færdigheder bl.a. med henblik på at skabe eller opretholde sociale netværk, struktur i dagligdagen m.v. således, at borgeren bliver bedre i stand til at gøre brug af samfundets almindelige tilbud.
- Yde en særlig hjælp til borgere, der pga. betydeligt nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne reelt ikke har mulighed for at tage vare på egne interesser, så borgeren kan opnå at fastholde egen identitet samt opnå en mere aktiv livsudfoldelse.

Der kan ydes støtte til:

- **Praktisk betonede opgaver og personlig hygiejne.** Formålet er at sikre oplæring/genoplæring eller vedligeholdelse af færdigheder, vejledning, rådgivning og hjælp til selvhjælp.
- **Ledsagelse.** Formålet er at sikre ledsagelse til borgere, der reelt ikke har mulighed for at tage vare på egne interesser. Formålet er herunder at motivere, træne færdigheder, fastholde egen identitet samt opnå en mere aktiv livsudfoldelse.
- **Samvær, netværk og deltagelse.** Formålet er at sikre oplæring/genoplæring eller vedligeholdelse af færdigheder, vejledning, rådgivning og hjælp til selvstændiggørelse og udvikling af borgerens personlige færdigheder. Derudover er formålet at sikre støtte og rådgivning til samvær og netværk samt sikre efterforsorg.

Lovgrundlag

Serviceovens § 85.

Målgruppe

Voksne der på grund af **betydelig** nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller **særlige** sociale problemer har behov for hjælp til udvikling eller vedligeholdelse af færdigheder samt behov for vejledning, træning, støtte og motivation indenfor formålsbeskrivelsen.

Kriterier for tildeling

Tildeling sker på baggrund af en konkret, individuel vurdering af den enkelte borgers funktionsniveau og ressourcer med afsæt i følgende kriterier, der skal være opfyldt:

- Borgeren skal være over 18 år og have fast bopæl (folkeregisteradresse) i Gribskov Kommune
- Borgeren skal have betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Borgeren skal, i den samlede funktionsvurdering efter Voksenudredningsmetoden, være vurderet til at have et svært eller fuldstændigt problem, hvilket defineres ved:

Svært problem (omfattende/meget) Scoring D

Borgeren deltager og kan under forudsætning af omfattende personassistance udføre aktiviteten.

Fuldstændigt problem (totalt/kan ikke) Scoring E

Borgeren er ude af stand til at udføre aktiviteten og har brug for fuldstændig personassistance.

- At borgeren ud fra en helhedsvurdering ikke allerede er kompenseret via indsatser gennem anden lovgivning o.l.

Indsatsen kan omfatte

Overordnet indeholder socialpædagogisk støtte, at borgeren understøttes i selvstændiggørelse ("selv at føre ordet") og i at udvikle egne personlige færdigheder.

Der er fokus på samskabelse. Samskabelse betyder, at indsatser skabes i et samspil mellem borgeren, pårørende, frivillige organisationer og andre relevante i borgerens netværk og i civilsamfundet. Udgangspunktet er, at borgerens ressourcer skal bringes i spil, så borgerens evne til aktivt at tage ansvar i eget liv styrkes.

Der gives socialpædagogisk støtte og træning til henholdsvis personlig ADL og instrumentel ADL. Personlig ADL (almindelige daglig livsførelse) foregår **i hjemmet** og drejer sig om træning i at varetage personlig hygiejne, mens instrumentel ADL foregår **både i og uden for hjemmet** og drejer sig om træning i at varetage praktiske opgaver.

Konkret kan det dreje sig om støtte og træning til en eller

flere af følgende indsatser:

Praktiske opgaver

- Borgeren skaber eller opretholder selv struktur i dagligdagen.
- Træning i at planlægge, igangsætte og gennemføre rengøring, oprydning, tøjvask i eget hjem, indkøb, madlavning, spisetræning, opvask, lægebesøg o.l. besøg.
- Støtte til at overskue egen økonomi, gennemgang af papirer fra bank, forsyningsselskaber (el, vand, varme m.v.), samt træning i at gå i banken.

Samfundsliv

- Rådgivning ift. tilbud om aktivitets- og samværstilbud, samt fritids- og kulturaktiviteter m.v.
- Støtte til at træne og udvikle færdigheder ift. beskyttet beskæftigelse.

Socialt liv

- Borgeren træffer selv valg og opnår indflydelse på egen situation for at øge egen handlekompetence.
- Borgeren løser selv egne problemer, finder egne ressourcer og tager ansvar for eget liv.
- Borgeren udvikler kompetencer til at håndtere personlige forhold, konfliktløsning, sorger og kriser.
- Støtte til udvikling af egne ressourcer, herunder mulighed for at kommunikere og indgå i samvær med andre, støtte til at skabe/opbygge og vedligeholde netværk og sociale relationer, f.eks. til familie og venner.

Sundhed

- Støtte til at styrke borgerens evne til at genoptage ophold i en selvstændig bolig, sikre tilknytning til sociale og sundhedsmæssige tilbud samt støtte med henblik på at bryde med angst, ensomhed og isolation.

Kommunikation

- Støtte til læsning af post, breve, e-mails m.v. og til at kontakte offentlige myndigheder

Mobilitet

- Transporttræning
- Støtte til at handle og færdes i nærmiljøet

Egenomsorg

- Træning i at varetage personlig hygiejne (påkledning, motivation til badning, tandbørstning, toiletbesøg).

Ledsagelse

- Ledsagelse ift. udøvelse af sport (ridning, svømning, fodbold o.l.) samt til fritids- og kulturtilbud (cafébesøg, museumsbesøg, koncerter, fodboldkampe o.l.).
- Ledsagelse i forbindelse med Gribskov Kommunes aktivitets- og samværstilbud som led i træning af færdigheden med henblik på at kunne blive i stand til at færdes på egen hånd til og fra tilbuddet.
- Ledsagelse til og fra beskyttet beskæftigelse som led i træning af færdigheden med henblik på at kunne blive i stand til at færdes på egen hånd til og fra tilbuddet.

Socialpædagogisk støtte indeholder ikke (ikke udtømmende)

- Løbende praktisk hjælp i hjemmet herunder vedligeholdelse af have og snerydning
- Pasning af kæledyr
- Hjælp til madlavning til og oprydning efter gæster
- Fysisk genoptræning og vedligeholdelsestræning
- Behandling
- Børnepasning
- Specialundervisning
- Ledsageordning efter Serviceloven
- Udelukkende transport/taxikørsel, herunder transport til behandling i regionale tilbud
- Mentorordning efter beskæftigelseslovgivningen

Leveringen/omfang

- Der visiteres til bestemte indsatser og til den kvalitet, der fremgår af denne standard. Indsatsen er ikke målt i tid.
- Indsatsen leveres typisk i tidsrummet mellem kl. 7 og 17 på hverdage.
- Støtte til samvær og netværk om aftenen leveres typisk i tidsrummet mellem kl. 17 og 23 alle ugens dage. Der kan dog afviges ved særlige begivenheder og højtider.
- For alle indsatser gælder, at de skal leveres inden for et interval på +/- 30 min. fra den aftalte tid.
- Der skal ved arbejdets tilrettelæggelse i videst muligt omfang tages hensyn til individuelle forhold.
- Socialpædagogisk støtte kan ikke aflyses af leverandøren.

- Socialpædagogisk støtte kan godt udsættes af leverandøren, men da skal borgeren tilbydes erstatningsbesøg inden for 5 hverdage.
- Indsatsen hos den enkelte borger må ikke udsættes flere på hinanden følgende gange.

Varighed

Socialpædagogisk støtte visiteres for en periode på op til 2 år ad gangen, hvorefter støtten revurderes.

Frekvens

Socialpædagogisk støtte leveres fra en gang om måneden og op til flere gange om ugen afhængigt af behov.

Egenbetaling

Socialpædagogisk støtte er et gratis tilbud for borgere, der har fast bopæl (folkeregisteradresse) i Gribskov Kommune.

Borgerens egne udgifter til udførelsen af aktiviteterne indgår ikke i ydelsen, herunder følgeudgifter til transport, deltagelse i aktiviteter som fx udgifter til biografbilletter, entrebilletter, cafebesøg o.l.

5.7 Gruppetilbud

Formål

Det overordnede formål med socialpædagogisk støtte er at:

- Sikre hjælp, omsorg og støtte til, at borgeren kan leve et liv på egne præmisser, og/eller
- sikre oplæring eller optræning i færdigheder, som sætter borgeren i stand til at leve et så selvstændigt liv som muligt.
- Udvikle og vedligeholde personlige færdigheder bl.a. med henblik på at skabe eller opretholde sociale netværk, struktur i dagligdagen m.v. således, at borgeren bliver bedre i stand til at gøre brug af samfundets almindelige tilbud.
- Yde en særlig hjælp til borgere, der pga. betydeligt nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne reelt ikke har mulighed for at tage vare på egne interesser, så borgeren kan opnå at fastholde egen identitet samt opnå en mere aktiv livsudfoldelse.

Der kan ydes støtte til:

Praktisk betonedede opgaver. Formålet er at sikre oplæring/genoplæring eller vedligeholdelse af færdigheder, vejledning, rådgivning og hjælp til selvhjælp.

Samvær, netværk og deltagelse. Formålet er at sikre oplæring/genoplæring eller vedligeholdelse af færdigheder, vejledning, rådgivning og hjælp til selvstændiggørelse og udvikling af borgerens personlige færdigheder. Derudover er formålet at sikre støtte og rådgivning til samvær og netværk samt sikre efterforsorg.

Formålet med gruppetilbud er at:

- understøtte individuelle og kollektive recovery processer
- danne netværk og etablere private relationer frem for professionelle – modvirke isolation
- trække på de ressourcer, der er i gruppen – udnytte gruppens fællesskab og dynamik
- den enkelte oplever ikke at være alene om problemstillingen – oplevelse af at "være i samme båd"
- træne målrettet i hjælp til selvhjælp – herunder understøtte, at den enkelte etablerer et selvstændigt liv, eksempelvis med tilknytning til arbejdsmarked/uddannelsessystem

Lovgrundlag

Serviceovens § 85.

Målgruppe

Voksne der på grund af **betydelig** nedsat fysisk eller psykisk

funktionsevne eller **særlige** sociale problemer har behov for hjælp til udvikling eller vedligeholdelse af færdigheder samt behov for vejledning, træning, støtte og motivation indenfor formålsbeskrivelsen.

Kriterier for tildeling

Tildeling sker på baggrund af en konkret, individuel vurdering af den enkelte borgers funktionsniveau og ressourcer med afsæt i følgende kriterier, der skal være opfyldt:

- Borgeren skal være over 18 år og have fast bopæl (folkeregisteradresse) i Gribskov Kommune
- Borgeren skal have betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Borgeren skal, i den samlede funktionsvurdering efter Voksenudredningsmetoden, være vurderet til at have et moderat eller svært problem, hvilket defineres ved:

Moderat problem (middel/noget) Scoring C

Borgeren er den aktive part og kan under forudsætning af moderat personassistance klare sin hverdag.

Svært problem (omfattende/meget) Scoring D

Borgeren deltager og kan under forudsætning af omfattende personassistance udføre aktiviteten.

- At borgeren ud fra en helhedsvurdering ikke allerede er kompenseret via indsatser gennem anden lovgivning o.l.

Indsatsen kan omfatte Socialpædagogisk støtte i gruppetilbud med et psykosocialt, rehabiliterende sigte.

Overordnet indeholder socialpædagogisk støtte, at borgeren understøttes i selvstændiggørelse ("selv at føre ordet") og i at udvikle egne personlige færdigheder.

Der er fokus på samskabelse. Samskabelse betyder, at indsatser skabes i et samspil mellem borgeren, pårørende, frivillige organisationer og andre relevante i borgerens netværk og i civilsamfundet. Udgangspunktet er, at borgerens ressourcer skal bringes i spil, så borgerens evne til aktivt at tage ansvar i eget liv styrkes.

Gruppetilbud drejer sig konkret om støtte og træning til en eller flere af følgende indsatser:

Praktiske opgaver

- Borgeren skaber eller opretholder selv struktur i dagligdagen.
- Træning i at planlægge, igangsætte og gennemføre rengøring, oprydning, tøjvask i eget hjem, indkøb, madlavning, spisetræning, opvask, lægebesøg o.l. besøg.
- Støtte til at overskue egen økonomi, gennemgang af papirer fra bank, forsyningselskaber (el, vand, varme m.v.), samt træning i at gå i banken.

Samfundsliv

- Rådgivning ift. tilbud om aktivitets- og samværstilbud, samt fritids- og kulturaktiviteter m.v.
- Støtte til at træne og udvikle færdigheder ift. beskyttet beskæftigelse.

Socialt liv

- Borgeren træffer selv valg og opnår indflydelse på egen situation for at øge egen handlekompetence.
- Borgeren løser selv egne problemer, finder egne ressourcer og tager ansvar for eget liv.
- Borgeren udvikler kompetencer til at håndtere personlige forhold, konfliktløsning, sorg og kriser.
- Støtte til udvikling af egne ressourcer, herunder mulighed for at kommunikere og indgå i samvær med andre, støtte til at skabe/opbygge og vedligeholde netværk og sociale relationer, f.eks. til familie og venner.

Sundhed

- Støtte til at styrke borgerens evne til at genoptage ophold i en selvstændig bolig, sikre tilknytning til sociale og sundhedsmæssige tilbud samt støtte med henblik på at bryde med angst, ensomhed og isolation.

Kommunikation

- Støtte til læsning af post, breve, e-mails m.v. og til at kontakte offentlige myndigheder

Mobilitet

- Transporttræning
- Støtte til at handle og færdes i nærmiljøet

Gruppetilbuddene tilrettelægges, så de kan rumme forskellige typer af problemstillinger.

Gruppetilbud omfatter ikke:

- Individuel ledsagelse
 - Individuel støtte
-

- Ledsagelse til og fra gruppetilbud
- Terapi som kræver specialist indsats
- Mentorordning efter Beskæftigelsesloven
- Afklaringsforløb
- Ledsagelse efter SEL §97
- Personlig og praktisk bistand efter SEL §83
- Genoptræning og vedligeholdende træning efter SEL §86
- Behandling efter SEL §102

Der anvendes forskellige fagligt anerkendte metoder målrettet de enkelte grupper.

Leveringen/omfang

Et gruppetilbud omfatter 5-6 borgere halvanden time ugentlig med to medarbejdere pr. gruppe.

Der er løbende optag.

Varighed

Visitation til gruppetilbud kan have en varighed på op til 6 måneder, hvorefter støtten revurderes.

Ved afslutning af forløb gennemføres en individuel samtale til evaluering af udbytte og forløb.

Egenbetaling

Gruppetilbud er et gratis tilbud for borgere, der har fast bopæl (folkeregisteradresse) i Gribskov Kommune.

Borgerens egne udgifter til udførelsen af aktiviteterne indgår ikke i ydelsen, herunder følgeudgifter til transport, deltagelse i aktiviteter som fx udgifter til biografbilletter, entrebilletter, cafebesøg o.l.

5.8 Korte ressourcefremmede forløb

Formål

Formålet med socialpædagogisk støtte er grundlæggende at:

- Sikre hjælp, omsorg og støtte til, at borgeren kan leve et liv på egne præmisser, og/eller
- Sikre oplæring eller optræning i færdigheder, som sætter borgeren i stand til at leve et så selvstændigt liv som muligt.
- Udvikle og vedligeholde personlige færdigheder bl.a. med henblik på at skabe eller opretholde sociale netværk, struktur i dagligdagen m.v. således, at borgeren bliver bedre i stand til at gøre brug af samfundets almindelige tilbud.
- Yde en særlig hjælp til borgere, der pga. betydeligt nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne reelt ikke har mulighed for at tage vare på egne interesser, så borgeren kan opnå at fastholde egen identitet samt opnå en mere aktiv livsudfoldelse.

Der kan ydes støtte til:

- **Praktisk betonede opgaver og personlig hygiejne.** Formålet er at sikre oplæring/genoplæring eller vedligeholdelse af færdigheder, vejledning, rådgivning og hjælp til selvhjælp.
- **Ledsagelse.** Formålet er at sikre ledsagelse til borgere, der reelt ikke har mulighed for at tage vare på egne interesser. Formålet er herunder at motivere, træne færdigheder, fastholde egen identitet samt opnå en mere aktiv livsudfoldelse.
- **Samvær, netværk og deltagelse.** Formålet er at sikre oplæring/genoplæring eller vedligeholdelse af færdigheder, vejledning, rådgivning og hjælp til selvstændiggørelse og udvikling af borgerens personlige færdigheder. Derudover er formålet at sikre støtte og rådgivning til samvær og netværk samt sikre efterforsorg.

Formålet med korte ressourcefremmede forløb er overordnet at sætte intensivt ind i en kortere periode, hvor borgeren støttes i at få struktur på sin tilværelse og samtidig introduceres til tilbud, som borgeren selv kan opsøge, herunder kommunens åbne tilbud eller frivillige tilbud.

Formålet med korte ressourcefremmede forløb er konkret at:

- fokusere på enkelte, afgrænsede udfordringer
- arbejde målrettet i en afgrænset periode
- yde en tidlig indsats, der forebygger problemer på lang sigt

- sætte borgeren i stand til at løse opståede problemer ved egen hjælp.

Lovgrundlag

Serviceovens § 85.

Målgruppe

Voksne der på grund af **betydelig** nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller **særlige** sociale problemer har behov for hjælp til udvikling eller vedligeholdelse af færdigheder samt behov for vejledning, træning, støtte og motivation indenfor formålsbeskrivelsen.

Borgere, der kan profitere af et kort, intensivt forløb.

Kriterier for tildeling

Tildeling sker på baggrund af en konkret, individuel vurdering af den enkelte borgers funktionsniveau og ressourcer med afsæt i følgende kriterier, der skal være opfyldt:

- Borgeren skal være over 18 år og have fast bopæl (folkeregisteradresse) i Gribskov Kommune
- Borgeren skal have betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Borgeren skal, i den samlede funktionsvurdering efter Voksenudredningsmetoden, være vurderet til at have et moderat eller svært problem, hvilket defineres ved:

Moderat problem (middel/noget) Scoring C

Borgeren er den aktive part og kan under forudsætning af moderat personassistance klare sin hverdag.

Svært problem (omfattende/meget) Scoring D

Borgeren deltager og kan under forudsætning af omfattende personassistance udføre aktiviteten.

- At borgeren ud fra en helhedsvurdering ikke allerede er kompenseret via indsatser gennem anden lovgivning o.l.

Center for Social og Sundhed træffer afgørelse om bevilling af socialpædagogisk støtte i korte ressourcefremmende forløb.

Indsatsen kan omfatte Overordnet indeholder socialpædagogisk støtte, at borgeren understøttes i selvstændiggørelse ("selv at føre ordet") og i at udvikle egne personlige færdigheder.

Der er fokus på samskabelse. Samskabelse betyder, at indsatser skabes i et samspil mellem borgeren, pårørende, frivillige organisationer og andre relevante i borgerens netværk og i civilsamfundet. Udgangspunktet er, at borgerens ressourcer skal bringes i spil, så borgerens evne til aktivt at tage ansvar i eget liv styrkes.

Der gives socialpædagogisk støtte og træning til henholdsvis personlig ADL og instrumentel ADL. Personlig ADL (almindelige daglig livsførelse) foregår **i hjemmet** og drejer sig om træning i at varetage personlig hygiejne, mens instrumentel ADL foregår **både i og uden for hjemmet** og drejer sig om træning i at varetage praktiske opgaver.

Korte ressourcefremmende tilbud drejer sig om støtte og træning til en eller flere af følgende indsatser:

Praktiske opgaver

- Borgeren skaber eller opretholder selv struktur i dagligdagen.
- Træning i at planlægge, igangsætte og gennemføre rengøring, oprydning, tøjvask i eget hjem, indkøb, madlavning, spisetræning, opvask, lægebesøg o.l. besøg.
- Støtte til at overskue egen økonomi, gennemgang af papirer fra bank, forsyningselskaber (el, vand, varme m.v.), samt træning i at gå i banken.

Samfundsliv

- Rådgivning ift. tilbud om aktivitets- og samværstilbud, samt fritids- og kulturaktiviteter m.v.
- Støtte til at træne og udvikle færdigheder ift. beskyttet beskæftigelse.

Socialt liv

- Borgeren træffer selv valg og opnår indflydelse på egen situation for at øge egen handlekompetence.
- Borgeren løser selv egne problemer, finder egne ressourcer og tager ansvar for eget liv.
- Borgeren udvikler kompetencer til at håndtere personlige forhold, konfliktløsning, sorg og kriser.
- Støtte til udvikling af egne ressourcer, herunder mulighed for at kommunikere og indgå i samvær med andre, støtte til at skabe/opbygge og vedligeholde netværk og sociale relationer, f.eks. til familie og venner.

Sundhed

- Støtte til at styrke borgerens evne til at genoptage ophold i en selvstændig bolig, sikre tilknytning til
-

sociale og sundhedsmæssige tilbud samt støtte med henblik på at bryde med angst, ensomhed og isolation.

Kommunikation

- Støtte til læsning af post, breve, e-mails m.v. og til at kontakte offentlige myndigheder

Mobilitet

- Transporttræning
- Støtte til at handle og færdes i nærmiljøet

Egenomsorg

- Træning i at varetage personlig hygiejne (påklædning, motivation til badning, tandbørstning, toiletbesøg).

Ledsagelse

- Ledsagelse ift. udøvelse af sport (ridning, svømning, fodbold o.l.) samt til fritids- og kulturtilbud (cafébesøg, museumsbesøg, koncerter, fodboldkampe o.l.).
- Ledsagelse i forbindelse med Gribskov Kommunes aktivitets- og samværstilbud som led i træning af færdigheden med henblik på at kunne blive i stand til at færdes på egen hånd til og fra tilbuddet.
- Ledsagelse til og fra beskyttet beskæftigelse som led i træning af færdigheden med henblik på at kunne blive i stand til at færdes på egen hånd til og fra tilbuddet.

Korte ressourcefremmende forløb indeholder ikke:

- Afklaringsforløb
- Ledsagelse efter SEL §97
- Personlig og praktisk bistand efter SEL §83
- Genoptræning og vedligeholdende træning efter SEL §86
- Behandling efter SEL §102
- Støtte til beskæftigelse og uddannelse efter LAB §78-80
- Terapi som kræver specialist indsats

Leveringen/omfang

Korte ressourcefremmende forløb har en varighed på 13 uger. Forløbene tilbydes på to forskellige intensitetsniveauer:

- Mindre intensivt (gns. 1 time pr. uge)
- Mere intensivt (gns. 3 timer pr. uge)

Den gennemsnitlige tid pr. uge skal forstås sådan, at tilrettelæggelsen tager udgangspunkt i borgerens behov, og at indsatsen tilrettelægges fleksibelt over de 13 uger.

Egenbetaling

Korte ressourcefremmende forløb er et gratis tilbud for borgere, der har fast bopæl (folkeregisteradresse) i Gribskov Kommune.

Borgerens egne udgifter til udførelsen af aktiviteterne indgår ikke i ydelsen, herunder følgeudgifter til transport.

5.9 Støttetilbuddet "Guideline"

Formål	Formålet med støttetilbuddet "Guideline" er at forebygge sociale problemer og understøtte borgeren i at løse øjeblikkelige vanskeligheder. Tilbuddet skal sætte borgeren i stand til at løse opståede problemer ved egen hjælp.
Lovgrundlag	Serviceloven §10
Målgruppe	<p>Borgere over 18 år, hvor det på baggrund af henvendelsen og sagens oplysninger i øvrigt vurderes, at de ikke er i målgruppen for §85, men hvor det vurderes, at de på et senere tidspunkt vil blive omfattet af §85, hvis ikke der ydes en forebyggende indsats. Der er tale om borgere, der ikke allerede er kompenseret via indsatser gennem anden lovgivning o.l.</p> <p>Målgruppen forventes primært at omfatte unge.</p>
Kriterier for tildeling	<p>Der er ingen kriterier for tildeling.</p> <p>Tilbuddet er ikke anonymt.</p>
Indsatsen kan omfatte	<p>Indsatsen omfatter støtte i at løse øjeblikkelige vanskeligheder og sætte borgeren i stand til at løse opståede problemer ved egen hjælp eksempelvis:</p> <ul style="list-style-type: none">• Støtte til at overskue egen økonomi, gennemgang af papirer fra bank, forsyningselskaber (el, vand, varme m.v.).• Støtte til læsning af post, breve, e-mails herunder digital post m.v.• Guide og opfordre til selvstændigt at rette henvendelse til relevante instanser og andre offentlig myndigheder.
Leveringen/omfang	Tilbuddet er åbent 2 timer én dag om ugen i hhv. Helsingør og Gilleleje med to medarbejdere til stede i tidsrummet kl. 15-17.
Egenbetaling	<p>Der er ingen egenbetaling.</p> <p>Borgerens egne udgifter til transport til og fra tilbud indgår ikke i ydelsen.</p>

5.10 Særlige behov

Formål Formålet er at sikre, at borgeren får den nødvendige hjælp i de tilfælde, hvor borgeren har særlige behov, som ikke kan tilgodeses inden for kommunens øvrige kvalitetsstandarder.

Lovgrundlag Servicelovens § 88 (konkret individuel vurdering) og kommunens kvalitetsstandarder udarbejdet i henhold til Servicelovens §§ 83 og 85 (personlig og praktisk bistand samt socialpædagogisk støtte).

Målgruppe Borgere, der opholder sig i Gribskov Kommune og har særlige behov, som ikke kan tilgodeses inden for kommunens besluttede serviceniveau.

Borgere med behov for en nærmere konkretiseret og ofte individuelt støttende funktion.

Tildelingskriterier Tildelingen sker på baggrund af en konkret, individuel vurdering af den enkelte borgers funktionsniveau og ressourcer med afsæt i de vurderingsområder, som indgår i det anvendte vurderingssystem ift. den aktuelle ydelse, som der ansøges om (FSII/VUM).

Derudover sker tildelingen på baggrund af følgende kriterier:

- Borgeren har behov for hjælp, men grundet sit funktionsniveau kan borgeren ikke visiteres til praktisk hjælp og/eller personlig pleje og/eller socialpædagogisk støtte inden for rammerne af tildelingskriterierne i kvalitetsstandarderne.
 - Borgeren har særlige behov, som ikke kan tilgodeses inden for kommunens øvrige kvalitetsstandarder (besluttede serviceniveau).
-

Indhold Indsatsen fastsættes af medarbejderen i myndigheden efter en konkret og individuel vurdering, herunder omfang af fast vagt.

Særlige behovsydelser kan ikke byttes til andre ydelser.

Leveringen og Indsatsens indhold, omfang og varighed fastsættes efter en

omfang

konkret individuel vurdering.

Leverandøren skal med afsæt i den bestilte indsats udarbejde en plan for, hvordan ydelserne udføres i samarbejde med borgeren samt en plan for evt. udfasning af indsatsen.

Der skal ved tilrettelæggelsen af ydelsen i videst muligt omfang tages hensyn til særlige individuelle forhold.

Egenbetaling

Alle særlige behovsydelser er uden økonomiske konsekvenser for borgeren.

5.11 Genoptræningsforløb efter serviceloven

Formål

Formålet med genoptræningsforløbet er at:

- støtte borgeren til så vidt muligt at generhverve funktionsniveau ift. dagligdagsfunktioner
 - genoptræningsforløbet gør borgeren i stand til at fastholde opnået funktionsniveau på egen hånd evt. med støtte fra netværk
-

Målgruppe

Borgere, der bor i botilbud i Gribskov Kommune, og har midlertidig funktionsnedsættelse efter sygdomsforløb, som ikke er opstået i relation til sygehusbehandling.

Kriterier for tildeling

Visitorator foretager en konkret, individuel vurdering af den enkelte borgers behov for genoptræning.

Det er en forudsætning for videre visitation og træning, at:

- borgeren har et potentiale for genoptræning
 - borgeren er motiveret eller kan motiveres til aktivt at indgå i et genoptræningsforløb
 - borgeren ikke er i stand til at løfte funktionsniveauet ved hjælp af andre træningsmuligheder, herunder ved selv-/egentræning, privatpraktiserende fysioterapeut eller lignende
 - borgeren har et nyopstået fysisk eller kognitivt funktionstab forårsaget af sygdom, der ikke behandles i forbindelse med en sygehusindlæggelse
-

Indsatsen kan omfatte

Genoptræning tilbydes som udgangspunkt på hold og en væsentlig del af indsatsen består i at udvikle borgerens evne til selv at varetage træning. Træningen kan også foregå i borgerens hjem.

Leverandøren udfører relevante tests af borgerens funktionsniveau ved start og slut af det planlagte træningsforløb. Tests medvirker dels til at sætte mål, dels til at vurdere effekt af indsatsen.

Egentræning og dialog om fremtidig fastholdelse af funktionsniveau indgår som vigtigt element fra første træningsgang.

Eksempler på relevant indhold på kropsniveau:

1. Muskelstyrke- og udholdenhedstræning
2. Bevægelighedstræning, ledbevægelighed
3. Koordinationstræning, balance
4. Smertebehandling
5. Kognitiv træning
6. Selvtræning/ hjemmeøvelser

Eksempler på relevant indhold på aktivitetsniveau:

1. Gangtræning evt. med gangredskab, indendørs/udendørs
2. Trappegang, cykling
3. ADL, husførelse
4. Håndtering af smerte
5. Træning i brug af offentlig transport (fx Flextur)
6. Aktivitetsvurdering i hjemmet
7. Træning/instruktion i brug af hjælpemidler

Eksempler på relevant indhold på deltagelsesniveau:

1. Understøtte handlekompetence/mestringsevne så borger er istand til at tage ansvar for egentræning
2. Støtte til sikring af tilbagevenden/fastholdelse af hverdagsliv
3. Håndtering af smerte, prioritering af ressourcer

Levering og omfang

Genoptræningen foregår på hverdage i dagtimerne mellem kl. 7-17 enten på et genoptræningscenter eller efter en konkret vurdering i borgerens hjem.

Der visiteres til max 12 træningsseancer inklusiv start- og slutundersøgelse.

Forløbet planlægges i et samarbejde mellem borger og leverandør ift., hvorledes de konkrete træningsseancer giver størst sammenhæng med borgerens egentræning.

Der kan som udgangspunkt ikke finde revisitation sted.

En nyansøgning om genoptræning behandles tidligst 3 mdr. efter sidst afsluttet forløb, da det opnåede funktionsniveau forventes fastholdt på egen hånd og

egentræningsprogram integreres i dagligdagen.

Eksempler på forhold der kan tale for, at træning finder sted i borgerens hjem:

- Borgeren har transportbehov
- Målet for træningsforløbet er genoptræning af dagligdagsfunktioner
- Genoptræning er en delindsats ift. borgers samlede behov for hjælp

Egenbetaling

Genoptræning efter Lov om Social Service er gratis for borgeren.

Lovgrundlag

Lov om Social Service § 86, stk. 2.

6. Bilag

Dette kapitel indeholder følgende bilag:

1. Oversigt over tidsfrister
2. Skabelon for handleplan
3. Indsatskatalog sygepleje
4. KL's kompetenceprofiler

6.1 Oversigt over tidsfrister

	Tidsfrister for behandling af borgerens henvendelse	Tidsfrister for start af indsatsen	Tidsfrister for revurdering
Det specialiserede voksenområde	<ul style="list-style-type: none"> Der må højst gå 5 hverdage, fra en borger har henvendt sig, til en rådgiver/visitator telefonisk kontakter borgeren med henblik på aftale om tidspunkt for udredningssamtale. Der træffes afgørelse i sagen inden 5 uger, såfremt sagen er tilstrækkelig oplyst, og 8 uger, hvis der skal indhentes oplysninger. Hvis fristen ikke kan overholdes i en konkret sag, skal ansøgeren have besked om, hvornår en afgørelse kan forventes. Tidsfristen regnes fra den første henvendelse. 	<ul style="list-style-type: none"> Indsatsen sættes i gang ved indflytning på botilbuddet Opstartssamtale (indflytningssamtale) gennemføres inden for de første 14 dage efter indflytningen Leverandøren skal senest 2 måneder efter hjælpen er startet have udarbejdet en pædagogisk plan for tilrettelæggelse og gennemførelse af indsatsen. 	<ul style="list-style-type: none"> Revurdering af borgerens funktionsniveau og bevilligede indsatser foretages efter behov, dog minimum hvert andet år. Leverandøren skal hvert halve år sende en statusbeskrivelse på den socialpædagogiske indsat til Center for Social og Sundhed. Hvis der er behov for opfølgning oftere, aftales det ift. den konkrete borger, hvor ofte der skal foreligge statusbeskrivelse.

Servicebeskrivelse for borgere i botilbud

	<ul style="list-style-type: none">• <i>Uopsættelige henvendelser</i> behandles samme dag, som henvendelsen finder sted. I tilfælde af uopsættelige behov skal borgeren tilbydes hjælp og støtte umiddelbart af leverandøren. Der foretages efterfølgende revurdering af borgerens behov, og udarbejdes afgørelse.		
--	---	--	--

6.2 Skabelon for handleplan

 Borgerens navn

 Borgerens cpr. nr.

 Adresse

 Telefonnummer

 Kontaktperson

 Dato for udarbejdelse

Indsats

 Indsatsen formål *Her skrives det overordnede formål med indsatsen, som det er defineret i bestillingskemaet*

 Dato og årstal for indsatsen

 Visiterede indsatser *Her skrives indsatser, som er beskrevet i bestillingskemaet*

Borgerens funktionsniveau

Her beskrives borgerens funktionsniveau ud fra ICF-modellen, dvs. med fokus på kroppens funktioner, anatomi, funktionsnedsættelser, aktivitet, deltagelse, omgivelsesfaktorer og personlige faktorer.

Mål 1

 Beskrivelse af delmål koblet til mål 1 i bestillingskemaet *Her skrives, hvad der aktuelt arbejdes med i forhold til:*

- konkrete udviklingsmål
- konkrete vedligeholdelsesmål
- konkrete afviklingsmål

Målene udarbejdes så vidt muligt i samarbejde med borgeren

 Metode *Her skrives, hvordan der arbejdes efter det aktuelle indsatsområde/mål.*

 Handlemuligheder for at nå målet *Her skrives, hvilke specifikke handlinger der skal iværksættes i det daglige arbejde for at opnå succes med metoden, samt hvilke aktiviteter der understøtter borgeren i at fastholde eller udvikle færdigheder.*

 Evaluering *Her skrives, hvordan og i hvilken grad indsatsområdet/målet er opnået, samt hvordan og i hvilken grad borgeren deltager aktivt i udførelsen af opgaverne.*

 Dato og årstal for evaluering og evt.

justering

Mål 2

Beskrivelse af delmål
koblet til mål 2 i
bestillingsskemaet

Metode

Handlemuligheder for
at nå målet

Evaluering

Dato og årstal for
evaluering og evt.
justering

Mål 3

Beskrivelse af delmål
koblet til mål 3 i
bestillingsskemaet

Metode

Handlemuligheder for
at nå målet

Evaluering

Dato og årstal for
evaluering og evt.
justering

Opfølgning

Datoer for planlagt
opfølgning

Eventuelle aftaler
indgået med
pårørende, som har
relevans for arbejdet
med de opstillede mål

Eventuelle
samarbejdspartnere
med relevans for
arbejdet med de
opstillede mål

Eventuelle
bemærkninger

6.3 Indsatskatalog sygepleje

Medmindre andet er angivet, visiteres sygeplejefaglige indsatser for 2 måneder. Fornyset visitation sker på baggrund af en fyldestgørende evaluering af indsatsen.

1. Udredning og koordinering

I denne hovedgruppe indgår indsatser i relation til sygeplejefaglig udredning og koordinering.

Indsats	Beskrivelse af indsats	Kriterier for tildeling
Sygeplejefaglig udredning	Udredningen indeholder en beskrivelse af borgerens situation med henblik på de problemer og behov, som i den aktuelle situation skal behandles med en sygeplejeindsats. Udredningen skal skabe grundlag for at vurdere borgerens behov og problemstillinger i relation til de 12 sygeplejefaglige problemområder.	Akutbesøg ved problemstillinger, hvor der skønnes at være behov for sygeplejefaglig udredning. Indsatsen kan ikke visiteres til borgere, der allerede er visiteret til hjemmepleje- eller sygepleje.
Koordinering	Indsatsen omfatter koordinering mellem hjemmepleje og eksterne samarbejdsparter (sygehus, speciallæger, praktiserende læge m.m.) ved længerevarende behandlingsindsatser. Herudover omfatter indsatsen deltagelse i visitationsbesøg.	Koordinering mellem hjemmepleje og eksterne samarbejdsparter gives til borgere, der modtager indsatser fra flere forskellige samarbejdsparter, og hvor der er et særligt behov for koordinering mellem samarbejdspartnerne. Denne indsats gives i komplicerede situationer, hvor den almindelige koordinering, der ligger implicit i alle indsatser, skal suppleres med en særlig koordineringsindsats.

		<p>Deltagelse i visitationsbesøg gives som éngangsydelse i de særlige tilfælde, hvor plejens deltagelse i visitationsbesøg skønnes nødvendig.</p> <p>Indsatsen gives ikke sammen med indsatsen "Kognitiv kompensation".</p>
Opfølgende hjemmebesøg	<p>Indsatsen indbefatter udarbejdelse af en målrettet handleplan for genoprettelse af borgerens habitualtilstand og medicingennemgang med egen læge (behovet for lægelig indsats vurderes af egen læge).</p>	<p>Indsatsen gives til ældre, svækkede borgere og til borgere, der har været indlagt på baggrund af en forebyggelig diagnose, og som efter udskrivelse fra sygehus har stor risiko for kort efter at blive genindlagt. Indsatsen omfatter 1-2 besøg.</p> <p>Da triage omfatter alle borgere, der modtager personlig pleje og forventes påbegyndt samtidig med plejen, vil borgere, der udskrives til opstart af personlig pleje, være omfattet af triagen. En målrettet handleplan for, hvordan genindlæggelse undgås, er en del af triagen.</p>

2. Ernæring

I denne hovedgruppe indgår alle indsatser, der relaterer sig til patientens ernæringstilstand, ernæringsbehov og ernæringsproblemer. Dette indbefatter både indsatser, der retter sig mod faktorer såsom kost, appetit, tørst, spisevaner, der påvirker spisningen og indsatser i forhold til over- og undervægt.

Indsats

Beskrivelse af indsats

Kriterier for tildeling

Sondeernæring	<p>Indsatsen ved sondeernæring omfatter indgift af sondemad via sprøjte eller ernæringspumpe, at tjekke om sonden ligger i mavesækken, pleje af huden omkring sonden, rengøring af sprøjter.</p> <p>Indsatsen indbefatter ud over handlinger og observationer i forbindelse med indgiften også bestilling af ernæring og materiel, såfremt borger eller pårørende ikke selv kan påtage sig denne opgave.</p>	<p>Indsatsen skal være lægeordineret.</p>
Parenteral ernæring	<p>Indsatsen omfatter indgift af parenteral ernæring, evt via pumpe. Til- og frakobling af ernæringsposer og kateterpleje. Støtte op om god døgnrytme og evt. oplæring i selvadministration. Observation af virkning og bivirkning af behandlingen bl.a. vægt, kvalme, opkastning, kontakt til læge/sygehus.</p> <p>Indsatsen indbefatter ud over handlinger og observationer i forbindelse med indgiften også bestilling af ernæring og materiel, såfremt borger eller pårørende ikke selv kan påtage sig denne opgave.</p> <p>Behandling med parenteral ernæring påbegyndes på sygehuset. Lægen ordinerer i samarbejde med en diætist, og behandling følges op i kommunen.</p>	<p>Indsatsen skal være lægeordineret.</p>
IV væskebehandling	<p>Indsatsen omfatter indgift af "tynde "infusionsvæsker (fx. NaCl, glucose). Til- og frakobling af disse væsker samt observation og pleje af huden</p>	<p>Indsatsen skal være lægeordineret.</p>

	<p>omkring i.v.-adgangen.</p> <p>Indsatsen indbefatter ud over handlinger og observationer i forbindelse med indgiften også bestilling af væsker og materiel, såfremt borger eller pårørende ikke selv kan påtage sig denne opgave.</p>	
Subcutan væskebehandling	<p>Indsatsen omfatter anlæggelse af subcutan venflon eller sommerfugl, indgift af den ordinerede væske, til- og frakobling af denne samt observation og pleje af huden omkring infusionsnålen.</p> <p>Indsatsen indbefatter ud over handlinger og observationer i forbindelse med indgiften også bestilling af væsker og materiel.</p>	Indsatsen skal være lægeordineret.
Væske per os (p.o.)	<p>Indsatsen omfatter f.eks. væsketerapi, hjælp til indtagelse af væske, registrering i væskeskema, observation af væskeindtag, udregning af væskebalancen.</p>	<p>Indsatsen skal være lægeordineret.</p> <p>Kan herudover visiteres i de særlige tilfælde, hvor væskebehandlingen kræver flere daglige besøg, end borger allerede modtager.</p>
Ernæringsindsats	<p>Indsatsen omfatter afdækning af ernæringsrelaterede problemer. Indsatsen kan omfatte tandstatus, regelmæssig vægt- og BMI måling, blodsukkermåling, udfærdigelse af en kostplan. Herudover kostvejledning, undervisning og vejledning af borger.</p>	<p>Indsatsen skal være lægeordineret.</p> <p>Kan herudover visiteres, hvor ernæringscreening har afdækket behov for en målrettet indsats på området.</p>

	Systematisk, generel ernæringscreening udelukkende med et forebyggende sigte er ikke en del af denne indsats.	
--	---	--

3. Hud og slimhinder

I denne hovedgruppe indgår alle indsatser, der relaterer sig til forandringer og gener i hud, slimhinder og væv, særligt med fokus på sårbehandling.

At sikre optimale betingelser for sårheling er en del af al sårbehandling. Sårbehandling omfatter derfor altid at afdække faktorer, der sinker eller kunne stimulere sårhelingen.

Indsats	Beskrivelse af indsats	Kriterier for tildeling
Kirurgisk sår	Indsatsen består i observation og skift af forbindelse, observation af sår, forebyggelse og behandling af infektion, fjernelse af agraffer eller suturer, VAC-behandling samt at gøre såret så smertefrit som muligt.	Indsatsen skal være lægeordineret.
Diabetisk sår	Indsatsen består i observation og skift af forbindelse, observation af sår, at forebyggelse og behandling af infektion samt at gøre såret så smertefrit som muligt. Sårbehandlingen og sårhelingen er stærkt afhængig af trykaflastning, metabolisk kontrol og ernæring.	Indsatsen skal være lægeordineret.
Cancersår	Indsatsen består i observation og skift af	Indsatsen skal være lægeordineret.

	<p>forbinding, observation af sår, at forebyggelse og behandling af infektion samt at gøre såret så smertefrit som muligt.</p> <p>Behandling af sådanne sår har hovedsageligt til formål at håndtere væske, lugt, blødning samt minimere smerte.</p>	
Tryksår	<p>Indsatsen består i observation og behandling af såret, forebyggelse og behandling af infektion samt at gøre såret så smertefrit som muligt.</p> <p>Sårbehandlingen er afhængig af trykaflastning, hudpleje, ernæringsrigtig kost, fysioterapi eller anden mobilisering.</p>	<p>Indsatsen skal være lægeordineret.</p> <p>Forebyggelse af tryksår, herunder eksempelvis mobilisering, venderegime, afdækning af eventuelt behov for trykaflastende madras samt bestilling heraf er en del af den personlige pleje.</p>
Arterielle sår	<p>Indsatsen består i observation og skift af forbinding, observation af sår, forebyggelse og behandling af infektion samt at gøre såret så smertefrit som muligt.</p> <p>Personen bør udredes for graden af arteriel insufficiens, og der skal tages stilling til evt. kirurgisk behandling.</p>	<p>Indsatsen skal være lægeordineret.</p>
Venøs-/blandingssår	<p>Indsatsen består i observation og skift af forbinding, observation af sår, forebyggelse og behandling af infektion samt at gøre såret så smertefrit som muligt. Ved venøse sår desuden en effektiv kompressionsbehandling.</p>	<p>Indsatsen skal være lægeordineret.</p>

	<p>Kompressionsbehandling i relation til venøse sår er en del af denne indsats.</p> <p>Behandlingen af blandingssår tager udgangspunkt i det arteriosclerotiske element af såret og skal behandles med reduceret kompression.</p>	
Traumatisk sår	<p>Indsatsen består i observation og skift af forbindelse, observation af sår, at forebygge og behandle infektion samt at gøre såret så smertefrit som muligt.</p>	<p>Indsatsen skal være lægeordineret</p>
Indsats for hudproblemer	<p>Indsatsen gives til patienter med fx eksem, rødme, udslæt, lus, mider, fnat.</p> <p>Indsatsen retter sig mod årsagen til helbredsproblemet.</p>	<p>Indsatsen skal være lægeordineret.</p> <p>I forbindelse med lus kan indsatsen herudover visiteres efter aftale med visitationen. I dette tilfælde gives indsatsen for 2 uger.</p>

4. Psykosociale forhold

I denne hovedgruppe placeres indsatser, der relaterer sig til psykisk pleje og omsorg, social støtte, mestringsevne, misbrug samt støtte til andre følelsesmæssige situationer og sygdomsoplevelser, som f.eks. sorg, utryghed, uro, aggressivitet, påvirket arbejdsevne og følelser i forhold til familien.

Indsats	Beskrivelse af indsats	Kriterier for tildeling
Misbrugsindsats	<p>Indsatsen kan omfatte observation, relationsarbejde, støtte til at mestre hverdagen, støtte til at indtage ordineret medicin, samt rådgivning og vejledning omkring relevante sociale instanser. Desuden omfatter misbrugsindsatser</p>	<p>Misbrugsindsatsen gives til patienter med et misbrugsproblem, som f.eks. alkoholisme og stofmisbrug.</p> <p>Indsatsen kan gives til borgere, hvis behov for</p>

	<p>samarbejde og koordinering f.eks i forhold til egen læge, socialpsykiatri og misbrugscenter. Herudover kan indsatsen omfatte tiltag til at sikre, at de materielle rammer for en struktureret dagligdag genoprettes eller opretholdes, f.eks. hjælp til at kontakte jobcenter, bank eller andre relevante instanser.</p>	<p>behandling, hjælp og støtte er så komplekst, at det ikke udelukkende kan tilgodeses ambulant. Gives desuden til borgere, som ikke kan motiveres til at modtage tilbud om målrettet misbrugsbehandling og hvis egenomsorgsevne er svært reduceret af misbruget. Disse borgere vil hyppigt have fysiske og/eller kognitive skader af misbruget.</p> <p>Ved visitation til denne indsats skal det overvejes om borger dobbeltkompenseres på grund af anden igangværende indsats. Det bør ligeledes overvejes, om indsatsen burde ydes efter anden lovgivning.</p> <p>"Misbrugsindsats" gives ikke sammen med indsatsen "Koordinering".</p>
<p>Psykiatrisk sygepleje</p>	<p>Psykiatrisk sygepleje omfatter hjælp til at få struktur og forudsigelighed på en ofte kaotisk hverdag blandt andet ved at yde omsorg, sikre at borgeren indtager ordineret medicin og observere effekt af denne.</p> <p>Indsatsen omfatter desuden at give patienten indsigt i sine symptomer og reaktioner på sin psykiske sygdom/problemer samt værktøjer til at overkomme eller leve med disse og på den måde hjælpe patienten til at mestre sin hverdag. Forebyggelse, i form af at hjælpe borgeren til at tilegne sig en sund livsstil, er en del af denne</p>	<p>Psykiatrisk sygepleje gives til borgere med diagnosticeret psykiatrisk sygdom.</p> <p>Indsatsen gives til borgere, hvis behov for støtte er af kortvarig karakter, enten fordi lidelsen forventes stabiliseret ved behandling, eller fordi borger vil kunne støttes gennem anden lovgivning.</p> <p>Indsatsen kan herudover gives, hvis den sygeplejefaglige indsats ved at komplettere andre igangværende tiltag kan gøre det muligt for borgeren at forblive i egen bolig.</p>

	<p>indsats.</p> <p>Der kræves et udbygget samarbejde med f.eks. læge, misbrugscenter, socialpsykiatri, retspsykiatri samt koordinering i forhold til disse instanser. Samarbejdet kan blandt andet udmøntes i en målrettet understøttelse af anerkendte tiltag, eksempelvis recovery og rehabilitering.</p> <p>Herudover kan indsatsen omfatte tiltag til at sikre, at de materielle rammer for en struktureret dagligdag genoprettes eller opretholdes, f.eks. hjælp til at kontakte jobcenter, bank eller andre relevante instanser.</p>	<p>I begge tilfælde vil der ofte være et stort behov for koordinering mellem involverede instanser.</p> <p>Ved visitation til denne indsats skal det overvejes om borger dobbeltkompenseres på grund af anden igangværende indsats. Det bør ligeledes overvejes, om indsatsen burde ydes efter anden lovgivning.</p> <p>"Psykiatrisk sygepleje" gives ikke sammen med indsatsen "Koordinering".</p>
<p>Psykisk pleje og støtte</p>	<p>Psykisk pleje og støtte har til formål at understøtte patienter i at bevare livskvalitet trods fysisk eller psykisk svækkelse, forbedre mulighederne for livsudfoldelse, forebygge forringelser af dagligdag, forbedre sociale eller personlige kompetencer og udviklingsmuligheder. Det kan bl.a. ske gennem hjælp til at bevare eller skabe struktur og rammer, hos patienter der af psykiske årsager ikke er i stand til at opretholde en stabil hverdag.</p> <p>Indsatsen vil typisk være af kortvarig karakter med det formål at opretholde en struktureret dagligdag.</p>	<p>Indsatsen gives til borgere, som pga. midlertidige psykiske/mentale problemer, livskriser eller særlige sociale problemer har vanskeligt ved eller er ude af stand til selv at klare hverdagen.</p>

5. Respiration og cirkulation

I denne hovedgruppe placeres indsatser, der relaterer sig til borgere med respirations- og cirkulationsproblemer.

Indsats	Beskrivelse af indsats	Kriterier for tildeling
Respirationsbehandling	<p>Respirationsbehandling gives til borgere med lungesygdomme, som f.eks. KOL, lungekræft, astma samt til borgere med tracheostomi.</p> <p>Indsatsen omfatter f.eks. observation og pleje ved iltbehandling og ved tracheostomi, sugning samt PEEP-behandling. Herudover oplæring, vejledning og støtte i relation til iværksat behandling og åndenød. Indsatsen omfatter desuden koordinering og samarbejde med ordinerende instanser, herunder også i forbindelse med telemedicinske indsatser.</p> <p>Indsatsen omfatter ligeledes bestilling af nødvendigt materiel i det omfang borger eller dennes pårørende ikke magter denne opgave.</p>	<p>Indsatsen skal være lægeordineret.</p>
Kompressionsbehandling	<p>Kompressionsbehandling omfatter anlæggelse af kompressionsbind samt af- og påtagning af støttestrømper.</p> <p>Herudover kan oplæring i at tage støttestrømper på være en del af indsatsen. Indsatsen omfatter desuden tiltag til anskaffelse af materiel i det omfang borger eller dennes pårørende ikke magter denne opgave.</p>	<p>Indsatsen skal være lægeordineret.</p> <p>Gives kun som sygeplejefaglig indsats, når der ikke er potentiale for hverdagsrehabilitering på området.</p>

	Kompressionsbehandling i forbindelse med behandling af venøse sår, er placeret under hovedkategorien "Hud og slimhinder".	
Cirkulationsbehandling	<p>Indsatsen gives til patienter med f.eks. hjerte-karlidelser, atrieflimren samt vene- og lungeblodprop.</p> <p>Indsatsen omfatter f.eks. puls- og blodtryksmåling, observation af respirationsfrekvens samt anlæggelse af stumpforbinding efter amputation.</p> <p>Justering af antikoagulationsbehandling er en del af indsatsen "Dispensering" eller "Medicinadministration".</p>	<p>Indsatsen skal være lægeordineret med en klar beskrivelse af, hvilke sygeplejefaglige observationer og handlinger der ordineres.</p> <p>Indsatsen kan gives kortvarigt i henhold til det beskrevne behov.</p> <p>Herudover vil observationer i forhold til akut opståede cirkulatoriske problemer ofte være en del af triagen eller en del af den "Sygeplejefaglige udredning", som er en visiteret indsats.</p>

6. Smerte og sanseindtryk

I denne hovedgruppe placeres indsatser, der relaterer sig til smerte og sanser.

Indsats	Beskrivelse af indsats	Kriterier for tildeling
Smerteudredning og -lindring	Smerteudredningen foretages med henblik på at afdække sammenhængen mellem smerteklager, adfærd og objektive kliniske fund f.eks. ved at registrere, hvor smerterne er lokaliseret, deres karakter, styrke, tidsrelation mv., for at finde frem til smerternes oprindelse og den rette metode til smertelindring.	<p>Indsatsen skal være lægeordineret med en klar beskrivelse af, hvilke sygeplejefaglige observationer og handlinger, der ordineres.</p> <p>Indsatsen gives for 2 uger.</p> <p>Indsatsen gives ikke sammen med "Palliativ indsats".</p>

	Smertelindring handler om at dæmpe, mindske eller lindre smerter vha. midler og metoder, der medfører så få bivirkninger eller øvrige gener som muligt.	
--	---	--

7. Søvn og hvile

I denne hovedgruppe placeres indsatser, der relaterer sig til søvn- og hvileproblemer.

Indsats	Beskrivelse af indsats	Kriterier for tildeling
Indsats ift. søvn og hvile	Indsatsen gives til patienter med f.eks. kronisk træthed, ustabil døgn- og søvnrytme forårsaget af sygdom, medicin og miljø. Behandling af patienter med søvnproblemer omfatter f.eks. observation og vurdering af søvnrytme, regulering af medicin samt indsatser i forhold til andre faktorer, der påvirker søvn og hvile.	Indsatsen skal være lægeordineret med en klar beskrivelse af, hvilke sygeplejefaglige observationer og handlinger der ordineres. Indsatsen gives ikke sammen med "Indsats til hukommelsessvækkede", "Psykiatrisk sygepleje", "Psykisk pleje og støtte", "Palliativ indsats" samt "Smerteudredning og -lindring".

8. Viden og udvikling

I denne hovedgruppe placeres indsatser, der relaterer sig til f.eks. behov for information eller undervisning vedrørende helbredsopfattelse, sygdomsindsigt, hukommelse, kognitive problemer, forebyggelse og egenomsorg.

Indsats	Beskrivelse af indsats	Kriterier for tildeling
Palliation	Palliativ indsats har til formål at fremme livskvaliteten og retter sig mod de fysiske, psykiske, sociale og åndelige lidelser, der for den	Indsatsen kan gives til borgere med diagnosticeret, uhelbredelig og livstruende sygdom, hvor alle behandlingsmuligheder er

	<p>syge og for de nærmeste kan være forbundet med livstruende sygdom og død. Palliativ indsats er tværfaglig og varetages i et samarbejde mellem relevante fagpersoner, den syge og de nærmeste pårørende.</p> <p>Palliation omfatter indsatser, der vedrører fysiske symptomer, som f.eks. smerter, træthed, kvalme, obstipation, dyspnø, diarré, kognitiv dysfunktion og delirium. Herudover vedligeholdende fysisk træning og mobilisering efter behov.</p> <p>Palliation omfatter desuden indsatser, der vedrører psykiske reaktioner som tristhed og sårbarhed, angst og depression.</p> <p>Palliation omfatter også indsatser vedrørende sociale problemer som f.eks. vanskeligheder med at udfylde sociale roller og økonomiske vanskeligheder.</p> <p>Palliation omfatter herudover indsatser, der vedrører eksistentielle og åndelige spørgsmål.</p>	<p>udtømte eller hvor borger ikke har ønsket at modtage behandling.</p>
<p>Indsats til hukommelsessvækkede</p>	<p>Indsatser til hukommelsessvækkede eller demente består i udredning og igangsætning af diagnostisering.</p> <p>Herudover løbende vurdering af patientens sygdomsniveau m.h.p. at dække patientens behov, f.eks. omsorg, støtte til at opretholde</p>	<p>Indsatsen gives til udeboende borgere:</p> <p>Indsatsen kan ved behov gives i forbindelse med lægefaglig udredning af hukommelsessvækkede borgere.</p> <p>Indsatsen gives herudover til borgere med</p>

	<p>hverdagsaktiviteter, praktiske færdigheder og fysisk funktionsniveau.</p> <p>Desuden omfatter indsatsen socialpædagogisk støtte til borger og dennes pårørende samt, ved behov, koordinering af indsatser.</p>	<p>hukommelsessvækkelse eller diagnosticeret demens.</p> <p>Indsatsen gives ikke sammen med "Koordinering".</p>
Kognitiv kompensation	<p>Indsatser som kompenserer for kognitive vanskeligheder f.eks. hos borgere med cerebrale sygdomme, senhjerneskade, psykisk udviklingshæmning eller afasi.</p> <p>Indsatsen kompenserer endvidere for problemer i forhold til at bevare koncentrationen og opmærksomheden eller vanskeligheder ift. til sproglig kommunikation.</p>	<p>Indsatsen gives ved behov for koordinering mellem hjemmepleje, interne og eksterne samarbejdsparter og hvor der er et behov for koordinering mellem samarbejdsparterne.</p> <p>Herudover gives indsatsen, hvor der er behov for at understøtte anbefalede kompenserende strategier, der er givet til borger i et læringsperspektiv.</p> <p>Indsatsen gives ikke sammen med "Koordinering".</p>
Sundhedspædagogisk indsats.	<p>Indsatsen gives til borgere, der vurderes at kunne oplæres til at varetage hele eller dele af deres behandling selv. Eksempelvis borgere der får insulin, målt blodsukker eller dryppet øjne.</p> <p>Indsatsen består i at oplære og vejlede patienten eller pårørende med henblik på at sætte patienten i stand til at varetage konkrete sygeplejeopgaver selv. Her har medarbejderne kun til opgave at følge op på indsatsen, mens patienter klarer den</p>	<p>Indsatsen skal være lægeordineret.</p> <p>Indsatsen gives ikke samtidig med en sygeplejefaglig indsats, hvor det sundhedspædagogiske aspekt forventes tilgodeset. Eksempelvis gives der ikke både indsatsen "Stomi" samtidig med en "Sundhedspædagogisk indsats", hvis målet er, at borger kan blive selvhjulpnen ift. at pleje sin stomi.</p>

	daglige behandling selv.	
--	--------------------------	--

9. Udskillelse af affaldsstoffer

I denne hovedgruppe placeres indsatser, der relaterer sig til udskillelser af affaldsstoffer.

Indsats	Beskrivelse af indsats	Kriterier for tildeling
Stomi	Stomipleje gives til borgere med uro-, nefro- colo- og/eller ileostomi. Behandling omfatter observation, stomipleje, poseskift og -tømning samt skift af plade. Herudover oplæring og vejledning i stomipleje samt kost og væskeindtag.	Indsatsen skal være lægeordineret.
Behandling af urinvejsinfektion	Behandling af patienter med urinvejsinfektion omfatter observation og udredning af symptomerne, urinprøvetagning herunder udfyldelse af anamneseskema og ekspedition af prøven, samarbejde med læge samt plan for forebyggelse af fornyet urinvejsinfektion og vejledning af borger.	Indsatsen skal være lægeordineret og gives ved lægefaglig vurdering af behov for prøvetagning og videre behandling. Sygeplejefaglige handlinger i forbindelse med observation af symptomer på en evt. urinvejsinfektion er en del af triagen.
Indsats ift. kateter og dræn	Indsatsen omfatter nedre toilette, anlæggelse og fiksering af kateter, tømning/skift af poser, pleje af topkateter samt skift af kateter. Indsatsen omfatter desuden observation og pleje af dræn, herunder f.eks. tømning, skylning samt	Indsatsen skal være lægeordineret.

	skift af forbindelse.	
Dialyse	Indsatsen omfatter observation efter hæmodialyse. Herudover håndtering af posedialyse: Klargøring af væsker, til- og frakobling af poser samt pleje af posedialysekateter.	Indsatsen skal være lægeordineret.
Behandling af mavetarmproblem	Behandling af patienter med mavetarmproblemer omfatter kostanamnese, vejledning i kost og væske indtag, afføringsskema, observation i forbindelse med medicinsk behandling samt prøvetagning og ekspedition af prøver.	Indsatsen skal være lægeordineret.

10. Medicinhåndtering

I denne hovedgruppe placeres indsatsen, der relaterer sig til medicinhåndtering, herunder observation af effekt og eventuelle bivirkninger, medicinadministration og medicindosering.

Indsats	Beskrivelse af indsats	Kriterier for tildeling
Dispensering	Indsats, hvor personalet optæller eller tilbereder ordineret medicin til indgift, dvs. afmåler eller optrækker i en anden beholder, samt eventuelt tilsætter middel til opløsning eller blanding. Indsatsen udføres hver 14. dag eller ved behov.	Medicinen skal være lægeordineret, og borgeren skal have behov for hjælp til medicinhåndteringen.
Medicinadministration	Indsats der både omfatter medicinadministration og dispensering, som eksempelvis insulingivning, øjendrypning, injektioner, registres under medicinadministration. Yderligere indbefatter	Medicinen skal være lægeordineret, og borgeren skal have behov for hjælp til medicinadministrationen.

Servicebeskrivelse for borgere i botilbud

	indsatsen modtagelse og kontrol, opbevaring, bortskaffelse af medicin, dokumentation, opfølgning på medicinsk behandling samt receptfornyelser.	
I.V.- medicin	Indsatsen består i at sikre, at i.v.-adgangen fungerer, indgift af den ordinerede behandling, observation, pleje af indstiksstedet, herunder skift af forbindelse.	Indsatsen og medicinen skal være lægeordineret.

6.4. KL's kompetenceprofiler

Dette bilag findes som eksternt bilag.