



Åbent referat til

Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder

Mødedato: Onsdag den 25. november 2015

Mødetidspunkt: 8:00 - 11:30

Mødested: Mødelokale 3, Bytoften

Deltagere: Ann-Christina Dahlgaard, Jeanette Christensen, Vibeke Bilstoft Hansen, Rikke Strunge, Kari Stork, Bente Brun Jørgensen, Rigmor Jensen, Anette Førgaard, Lilian Lyngholm Berthelsen, Gitte Eskesen, Thorkild Sloth Pedersen, Kirsten Myrup

Fraværende: Preben Buus Madsen, Margit Vest Thomsen

Referent: Mette Fuglsang Larsen

**Indholdsfortegnelse**

	Side
1. Plejeboligplanen.....	2
2. Den elektroniske håndbog	4
3. Status på omsorgssystemet og FMK.....	6
4. Håndtering af håndkøbsmedicin og naturlægemidler. Udkast til Instruks for Medicinhåndtering.....	7
5. Varig Sundhed.....	9
6. Orientering fra Udvalgsrådet ved Social og Sundhed.....	11
7. Demensrummet	12
8. Ensartet dokumentation i organisationen	13
9. Borgere visiteret til madservice der spiser i daghjem.....	14
10. FS III	16
11. Orientering vedr. opsamling på KLU møde	17
12. Retningslinje for overgang ved indflytning i varig plejebolig	19
13. Gensidig orientering	20
Bilagsliste	21
Underskriftsblad	22



1. Plejeboligplanen

Dok.nr.: 9793
Sagsid.: 15/6795
Initialer: thpe
Åben sag

Sagsfremstilling

1. udkast til plejeboligplanen blev drøftet d.5. august i udvalget for Social og Sundhed.

Der har siden været arbejdet med plejeboligplanen i arbejdsgruppen for plejeboligplanen, bl.a. har der været afholdt en workshop, hvor formålet var, at der skulle arbejdes med scenarier for evt. udvidelse og erstatning for Vinkelvejscentret, placeringen af de midlertidige pladser samt mulige løsninger på problemet med presset på træningsfaciliteterne.

Som den nuværende tidsplan ser ud, forventes plejeboligplanen drøftet i chefgruppen ultimo november, og herefter videre til behandling i udvalget for Social og Sundhed, hvorefter den videresendes til Byrådet.
Der forventes høring februar/marts 2016 og endelig beslutning i Byrådet man 2016.

Bilag:

1 Åben Udkast til plejeboligplan 2016-2025

97022/15

Anbefaling

Det anbefales at deltagerne læser udkastet til planen igennem på forhånd.

Planen gennemgås på mødet, og der vil være mulighed for at kommentere og stille spørgsmål.

*Under punktet deltager Arnfred Bjerg og Lisbeth Kjær.
Der er afsat 90 min. til punktet.*

Beslutning Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder den 25-11-2015

Fraværende: Preben Buus Madsen, Margit Vest Thomsen

Der er udarbejdet en plejeboligplan for 2016-2015.

De væsentligste punkter i planen er:

- 1) Ingen udvidelser på kort sigt.
- 2) Døgnrehabilitering (8 pladser) + træningspladser (6 pladser) + vurderingspladser (6 pladser) placeres på Carolineparken.
Øvrige midlertidige pladser, fx terminale borgere, skal placeres andre steder, således de får roligere og mere egnede forhold.
- 3) Demensvenlighed.
- 4) Trivsel
- 5) Teknologi
- 6) Vinkelvejscenteret nedlægges til fordel for 15 pladser på Skovhøj og 15 pladser på Lyngparken. Derudover kan der laves 10-12 demenspladser på den nederste del af aktivitetscenteret i Ølgod. Der kan derudover rekvireres 10 ekstra pladser på aktivitetscenteret til somatiske pladser med få ændringer og tilpasninger.



Varde Kommune

Ældre- og Sundhedsområdet -
ledermøder

25-11-2015

7) Bariatriske borgere. Nogle midlertidige pladser bliver udstyret, således de kan rumme bariatriske patienter. Således kan bariatriske borgere bo i midlertidige bolig, indtil der bliver etableret en permanent bolig til formålet. De midlertidige pladser til bariatriske borgere kunne med fordel placeres på Carolineparken, da de som oftest har behov for træning.

Træning og træningsfaciliteter:

- Skal borgerne kunne bruge faciliteterne efter endt visiteret træning?
- Hvordan med forholdene for medarbejderne?
- Undersøgelsesrum er pt. uhensigtsmæssige?
- Kan ambulante borgere flyttes andre steder fx til træningscentre eller lign.

En overvejelse er, om det er en politisk beslutning, som skal behandles separat og drøftet hvad man fremadrettet vil med træningsområdet.

Sygeplejekliniker:

Placeres 3 forskellige steder i kommunen. I Ølgod er det presserende at gå etableret.

Udvidelsesmuligheder:

Her er anbefalingen at man udvider de eksisterende, frem for at bygge helt nye centre.

Midlertidige boliger:

Fastholder den nuværende grundstruktur, frem for en centrering af personalespecialisering.

Der nedsættes en arbejdsgruppe om midlertidige pladser ift. det indholdsmæssige.

Der skal bl.a. ses på muligheden for samarbejdet med de praktiserende læger.

Der mangler standarder og arbejds gange/opgaver for håndtering af de midlertidige pladser.

Ældre udviklingshæmmede borgere løses på specialområdet- dog med en vis fleksibilitet begge veje ift. til borgerens plejebehov.



2. Den elektroniske håndbog

Dok.nr.: 9749
Sagsid.: 14/13389
Initialer: chrb
Åben sag

Sagsfremstilling

Status på den Elektroniske Håndbog

Den elektroniske håndbog blev evalueret i efteråret, via evalueringsskemaer som typisk er blevet behandlet på teammøder.

Formålet med evalueringen var at få input til forbedringer, men også at skabe dialog omkring brugen af håndbogen ude i de enkelte teams.

Der var begrænset tilbagemelding på evalueringen, i alt blev der returneret 18 udfyldte spørgeskemaer.

Besvarelserne illustrerer tydeligt, at der er stor forskel på i hvor høj grad personalet har taget håndbogen til sig. Der blev således returneret flere blanke spørgeskemaer, med den forklaring at personalet endnu ikke har været inde på håndbogen.

Tilbagemeldingerne var overvejende positive, og har ikke givet anledning til betydelige forandringer. Det blev af flere nævnt at navigationen er svær. Her er det muligt at bruge søgefunktionen på vorevarde.dk, men også denne har begrænsninger, idet den ikke leder direkte hen til den relevante underside, men kun til hovedsiden.

Derudover var der konkrete efterspørgsler på temaer, som arbejdsgruppen arbejder med, bl.a. håndtering af dødsfald.

Er der andre emner der efterspørges, er man altid velkommen til at henvende sig.

.

Forvaltningens vurdering

På trods af de begrænsede tilbagemeldinger, er der i arbejdsgruppen enighed om, at håndbogen har bidraget til noget på det organisatoriske niveau i forhold til vidensdeling og ensretning af praksis.

På medarbejderniveau er det tydeligt at der mange steder skal en kulturændring til, og den slags tager tid.

Vi bør derfor fortsætte implementeringsarbejdet, f.eks. ved jævnligt at gennemgå hvordan man tilgår den, hvad man kan finde i den og hvordan man gemmer link.

Anbefaling

Det anbefales at alle tilslutter sig det fortsatte implementeringsarbejdet.

Det anbefales at håndbogen evalueres årligt, som en del af implementeringsarbejdet, og for at sikre stoffets aktualitet.

Beslutning Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder den 25-11-2015

Fraværende: Preben Buus Madsen, Margit Vest Thomsen

Evaluering foretaget i efteråret og bygger på 18 tilbagemeldinger.



Varde Kommune

**Ældre- og Sundhedsområdet -
ledermøder**

25-11-2015

Af evalueringen fremgår det, at der er udfordringer med implementeringen. Konklusionen fra arbejdsgruppen er, at der forsættes med arbejdet på implementering.

Mange af medarbejderne ved den eksister men bruger den ikke, da de endnu ikke har haft et behov for at søge dokumenter. På sigt udskiftes papirudgaver med tilgang til håndbogen.



3. Status på omsorgssystemet og FMK

Dok.nr.: 9808
Sagsid.: 14/14722
Initialer: melf
Åben sag

Sagsfremstilling

Kirsten Fauery og Karen Træger orienterer om status på implementeringen af omsorgssystemet og FMK.

Tilføjet punkt om status på korrespondancer.

Bilag:

1 Åben Bilag- Korrespondance optælling nov.pdf

163231/15

Beslutning Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder den 25-11-2015

Fraværende: Preben Buus Madsen, Margit Vest Thomsen

Avaleo:

Skemaer udarbejdet.

Der er yderligere lavet arbejdsskemaer.

Hver leder skal lave nogle arbejds gange for indscanning og placering af skemaer.

Der udover er der lavet et skema til samtykkeerklæringer.

Der har været dialog med Avaleo ift. udtræk og statistikker. Der er fortsat ikke udfordringer, som de har lovet at følge op på.

FMK:

Signaturcentral fungerer nu.

Lægerne synes, såvel som os, at FMK er udfordrende.

Enkelte læger er udfordrende, da de ikke har elektroniske systemer. Her kan der ikke laves receptfornyelse via FMK. Det skal i stedet genbestilles på anden facon.

Kirsten skriver en mail ud med klar information om dette.

Der er behov for, at der på medarbejderniveau bliver uddannet superbrugere.

Korrespondancer:

Der opleves uoverensstemmelser mellem hvad de ser i visitationen og hvad de ser ude i praksis.

Generelt opleves det som problematisk at forbedre niveauet.

Tidspunktet kl. 15.15 fastholdes, men visitationen handler ikke længere på den.



4. Håndtering af håndkøbsmedicin og naturlægemidler. Udkast til Instruks for Medicinhåndtering.

Dok.nr.: 9812
Sagsid.: 14/14722
Initialer: mari
Åben sag

Sagsfremstilling

Håndkøbslægemiddel og naturlægemidler

Sådan står der på nuværende tidspunkt i "Instruksen for medicinhåndtering":

- Medarbejderne bør opfordre de borgere, der tager ikke-lægeordineret håndkøbslægemiddel og naturlægemidler til at rådføre sig med deres læge, idet nogle af disse kan medføre interaktion ved indtagelse af andet lægemiddel.
- Medarbejderne varetager ikke medicingivning af håndkøbslægemiddel, medmindre lægen ordinerer det.
- Medarbejderne skal medvirke til at give naturlægemidler, hvis en borger der i forvejen modtager ydelser vedrørende medicin, har et ønske om det. Lægen skal orientere og sanktionere/ordinere lægemiddeladministrationen af naturlægemidler. (Se Sundhedsstyrelsens vejledning 30/6 2006).

Udkast til fremtidens "Instruks for medicinhåndtering":

Teksten lever op til SST's vejledning, hvor budskabet til personalet er: "Hold jer langt væk fra håndkøbslægemidler eller kosttilskud m.v, medmindre lægen har ordineret". Ønsker Varde Kommune mod SST's vejledning at have en praksis herfor, er der tale om en undtagelse.

Der er herfor udarbejdet 2 forslag; Forslag indeholder muligheden for undtagelsesvis at være borgere behjælpelig med håndkøbsmedicin mens der i forslag 2 ikke tillader undtagelser.

Anvendes forslag 1, og lægen *sanktionerer* og ikke *ordinerer*, skal vi gøre brug af lokale medicin lister, og præparatet kan ikke ses i FMK.

Forslag 1

Undtagelsesvis kan medarbejderen medvirke til at håndtere håndkøbslægemidler eller kosttilskud m.v hvis en borger i forvejen modtager ydelsen medicinhåndtering og *på ingen måde selv kan- eller får hjælp fra pårørende til at dispensere og administrere det pågældende præparat*. Lægen skal sanktionere eller ordinere præparatet.

Ved begrundet mistanke om, at håndkøbslægemidler eller kosttilskud m.v kan medføre alvorlige interaktioner med de lægeordinerede lægemidler, skal sundhedspersonalet, efter inddragelse af borgeren, give lægen besked herom. Borgerene kan også opfordres til selv at gøre dette.

Forslag 2

Personalet foretager ikke medicinhåndtering af håndkøbslægemidler eller kosttilskud m.v, med mindre lægen har ordinerer præparatet.

Ved begrundet mistanke om, at håndkøbsmedicinmidler eller naturlægemiddel mv. kan medføre alvorlige interaktioner med de lægeordinerede lægemidler, skal sundhedspersonalet, efter inddragelse af borgeren, give borgerens lægen besked herom. Borgerene kan også opfordres til selv at gøre dette.



Varde Kommune

Ældre- og Sundhedsområdet -
ledermøder

25-11-2015

SST` s vejl.

For sygehuset / hospitalet

3.4. Håndkøbslægemidler herunder naturlægemidler

Under indlæggelse er lægerne/tandlægerne på hospitalet er ansvarlige for patientens samlede behandling, herunder også for behandlingen med håndkøbslægemidler. Al håndtering af lægemidler skal derfor ske efter ordination fra en læge/tandlæge på hospitalet.

Hvis en patient under indlæggelse selv håndterer håndkøbslægemidler ud over dem, som lægen/tandlægen har ordineret, skal en medhjælper efter inddragelse af patienten orientere lægen/tandlægen herom, så lægen/tandlægen kan tage stilling til eventuelle interaktioner med den øvrige behandling.

For Kommunen:

4.4. Håndkøbslægemidler herunder naturlægemidler

Patienterne indtager undertiden ikke lægeordnede håndkøbslægemidler.

Ved begrundet mistanke om, at håndkøbslægemidler eller kosttilskud m.v. kan medføre alvorlige interaktioner med de lægeordnede lægemidler, skal medhjælperen efter inddragelse af patienten orientere lægen herom. Medhjælperen kan også opfordre patienten til at oplyse lægen om indtagelsen.

Bilag:

1 Åben Håndkøbsmedicin- håndtering (2) - Håndkøbsmedicin- håndtering 163900/15
%282%29 kopi.docx

Anbefaling

Anbefaling

En drøftelse på ledermødet skal kvalificere beslutningen om, hvad vejledningen i Instruksen for Medicinhåndtering fremover skal være.

Margrete Riddersholm deltager under punktet.

Beslutning Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder den 25-11-2015

Fraværende: Preben Buus Madsen, Margit Vest Thomsen

I ledergruppen vurderes forslag 2 som bedste praksis bl.a. ift. patientsikkerheden og risikoen ved to oparbejdelse af to medicinliste.

Forslag 2

Personalet foretager ikke medicinhåndtering af håndkøbslægemidler eller kosttilskud m.v, med mindre lægen har ordinerer præperatet.

Ved begrundet mistanke om, at håndkøbsmedicinmidler eller naturlægemiddel mv. kan medføre alvorlige interaktioner med de lægeordnede lægemidler, skal sundhedspersonalet, efter inddragelse af borgeren, give borgerens lægen besked herom. Borgerene kan også opfordres til selv at gøre dette.

Det første kvartal af 2016 bruges til at informere borgerne og ændre praksis.



5. Varig Sundhed

Dok.nr.: 9825

Sagsid.:

Initialer: KIRE

Åben sag

Sagsfremstilling

Projekt Varig sundhed - fokus på fysisk og mental trivsel - en midtvejsevaluering
Et samarbejde mellem personaleafdelingen og Center for Sundhedsfremme 2014-2016

Målgruppen overvægtige social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter
på ældreområdet

Formålet med 'varig sundhed' er at øge den fysiske og den mentale trivsel for deltagerne. Forskellige undersøgelser viser, at der er en positiv sammenhæng mellem fysisk og mentalt sunde medarbejdere og produktivitet, kvalitet i arbejdet samt overskud og trivsel på arbejdspladsen. Derfor kan det forventes, at, at et øget fysisk og mental sundhed kan bidrage til de arbejdsmæssige præstationer udover, at det har en positiv betydning for den enkeltes sundhed.

Resultaterne fra hold 1, 2 og 3 viser overordnet en positiv udvikling i de fysiske sundhedsdata, en bevidsthed omkring sunde kostvaner og en øget fysisk og mental trivsel, særligt i forhold til smerter i bevægeapparatet og øget positiv selvopfattelse. Der ses også en ændring i motionsvaner om end den ikke er så positiv som forventet set i forhold til de motionsaktiviteter, der ligger i forløbet.

I forhold til den mentale trivsel ses der ikke markant positiv udvikling i deltagerens evne til at mestre udfordrende situationer, og i forhold til trivselsrelateret faktorer på arbejdet ses der heller ikke en positiv udvikling.

Det er dog for tidligt at sammenfatte noget entydigt omkring forløbets succes både fordi der mangler målinger fra det sidste hold, fordi der er usikkerhed i besvarelserne fra de forskellige målinger (som er nævnt ved hver måling) og fordi progressionen er målt på kort sigt. De kommende data vil blive suppleret med flere kvalitative data fra sundhedskonsulenten, idet det kan være med til at belyse de kvantitative data yderligere og mere nuanceret.

De langsigtede målinger vil kunne sige noget mere omkring effekten af forløbet.

Kamilla Bollerup fra personaleafdelingen deltager under punktet

Bilag:

1 Åben Midtvejsevaluering hold 1,2,3

154415/15

**Anbefaling**

Orienteringen tages til efterretning

Beslutning Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder den 25-11-2015

Fraværende: Preben Buus Madsen, Margit Vest Thomsen

Projektet omhandler træning og sundhedsfremme for medarbejdere. Der har været 38 deltagere.

Der er foretaget en før og efter måling hos deltagerne ift. udvalgte parametre.

For alle deltagere har der været en forbedring for BMI og Hofte/taljemål.

For blodtryk har der været forbedringer for de fleste.

Ift. kostvaner er deltagerne blevet mere bevidstgjorte om hvad det vil sige at spise sundt. Der har dog ikke været forbedringer i kostvaner.

Der er uoverensstemmelse mellem selvoplevet deltagelse i træningstilbud og de faktiske antal træningsdeltagere. Der kan dog godt være sket en positiv ændring i

træningsadfærd, hvis det er motion under 30 min/dag. Dette kan de kvalitative data indikere som tilfældet.

Overordnet føler medarbejderne sig mere sunde, og accepterer deres krop i langt højere grad en tidligere.

50 % angiver efter forløbet, at de ikke længere har smerter i kroppen.

Mestringskompetencer i arbejds- og privatlivet opleves ikke som forbedret efter forløbsperioden.

Projektet har 1 hold tilbage. 3 hold har været igennem projektet.

Medarbejderne har selv betalt tiden til at deltage i forløbet.

Det har været vanskeligt at rekruttere deltagere, men der er et ønske om, at finde penge til at fortsætte projektet og evt. bør der være noget opfølgende/efterfølgende.

**6. Orientering fra Udvalgsmødet ved Social og Sundhed**

Dok.nr.: 9809

Sagsid.: 14/14722

Initialer: thpe

Åben sag**Sagsfremstilling**

Der orienteres om punkter fra Social og Sundhedsudvalgsmødet.

Orienteringen bedes taget til efterretning.

Beslutning Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder den 25-11-2015

Fraværende: Preben Buus Madsen, Margit Vest Thomsen

Orientering givet.

- Iht. Madservice er fritvalgsbeviser og håndtering heraf IKKE en kommunal opgave. Borgeren skal selv kunne administrere dette. Anette skriver til hjemmeplejen ift. diætkost. Hjertevenlig kost og diabetes kost skal kunne vælges ud af den almindelige bestillingsseddel. Der ønskes en tilbagemelding på, om det er let forståeligt at vælge den rette mad.

Der er tildelt enkelte borgere opstartshjælp til at håndtere opvarmning af maden.



Varde Kommune

Ældre- og Sundhedsområdet -
ledermøder

25-11-2015

7. Demensrummet

Dok.nr.: 9810
Sagsid.: 14/14722
Initialer: melf
Åben sag

Sagsfremstilling

Der har været afholdt 3. temadag i regi af Demensrummet. Temaet på dette møde var Det Gode Arbejdsliv.

Der gives en orientering fra mødet.

Derudover er der vedhæftet et tilbud fra PenSam, som I bedes forholde jer til, om kunne være interessant. Der er tale om 1 arrangement pr. kommune.

Til kommende møde er følgende deltagere:

Demenskonsulent Betty Nielsen

Repræsentant fra:

- Visitationen
- Hjemmeplejen
- Sygeplejen.

Mette Fuglsang Larsen

Kirsten Myrup

Thorkild Sloth Pedersen

Bilag:

1 Åben Tilbud fra Pensam

157757/15

Anbefaling

Orienteringen bedes taget til efterretning og der ønskes en tilbagemelding på indholdet af bilaget.

Beslutning Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder den 25-11-2015

Fraværende: Preben Buus Madsen, Margit Vest Thomsen

Varde Kommune var værter for sidste møde.

Der er mange af de samme udfordringer i alle kommuner, nemlig at mange medarbejdere er følelsesmæssigt udfordret. Der blev derudover talt kompetenceudvikling og det videre arbejde med den relationelle koordinering.

Deltagere til kommende arrangement:

Anette, Rigmor og Bente melder deltagere tilbage til Mette.

Iht. PenSam-arrangement er Else Matthiesen i gang med at arrangere.



8. Ensartet dokumentation i organisationen

Dok.nr.: 9750
Sagsid.: 12/14629
Initialer: anfi
Åben sag

Sagsfremstilling

Dokumentationsgruppen er tæt på at afslutte et stort arbejde omkring ensretning af dokumentationen på sundheds- og ældreområdet. Processen startede op tilbage i januar, hvor samtlige registreringskemaer fra hele sundheds- og ældreorganisationen blev samlet. Indsamlingen viste, at der langt fra var en ensretning i hvilke skemaer, medarbejderne brugte til at registrere deres observationer. Dokumentationsgruppen har brugt sommeren og efteråret på at drøfte og udarbejde nye fælles skemaer, som fremover skal benyttes af alle medarbejder.

Følgende skemaer er udarbejdet

- Afføringskema
- Vendskema
- Insulin skema – mave og lår
- Adfærd – skema til brug ved registrering af adfærd
- Medicinske plastre
- Ikke doserbar medicin

På hvert skema er det beskrevet om de skal scannes ind i Avaleo og hvis det er tilfældet hvor de skal placeres og hvordan de navngives.

Skemaerne implementeres pr. 1. december.

Skemaerne vil blive lagt i den elektroniske håndbog.

Bilag:

1	Åben Afføringskema	158431/15
2	Åben Ikke doserbar medicin	146023/15
3	Åben Adfærsskema	124419/15
4	Åben Insulin skema i skabelon	124363/15
5	Åben Medicinske plastre	124428/15
6	Åben Vendskema	124371/15

Anbefaling

Forvaltningen og Dokumentationsgruppen anbefaler

- At ledergruppen orienteres om skemaerne
- At ledergruppen drøfter og afgiver deres kommentar til skemaerne
- At ledergruppen orienteres om, at skemaerne skal implementeres pr. 1. december

Beslutning Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder den 25-11-2015

Fraværende: Preben Buus Madsen, Margit Vest Thomsen

Se under pkt. 3.

Skemaerne er godkendt.



9. Borgere visiteret til madservice der spiser i daghjem

Dok.nr.: 9755
Sagsid.: 14/3909
Initialer: chzo
Åben sag

Sagsfremstilling

Fra 1. januar 2016, indføres en madserviceordning. Brugere af madservice, som bor i eget hjem, får som udgangspunkt leveret kølet mad til en uge ad gangen.

Nogle brugere af madservice er også brugere af daghjem og spiser derfor dagens hovedmåltid i daghjemmet.

Spørgsmålet er, om det fremover vil give udfordringer, når brugere af daghjem, der også får madservice derhjemme, har afbud til daghjemmet. De kan i en sådan situation komme til at mangle et måltid derhjemme?

Hvordan håndteres denne situation?

Hvordan finder vi frem til en løsning?

Videre kan det nævnes, at Ældrerådet har forespurgt, om det er muligt for (andre) borgere, der er visiteret til madservice at spise på plejecentrene. Forvaltningens oplæg er, at vi i det omfang det kan lade sig gøre skaber mulighed for, at borgere kan spise på somatiske plejecentre.

Rammerne vil være,

- at maden leveres af Det Danske Madhus,
- at samme ret serveres til alle, dog kan der tages hensyn til borgere med behov for diætretter samt særlige etniske hensyn(?),
- at maden varmes op af personale på centret,
- at borgerne selv sørger for transport til centret,
- at borgerne er selvhjulpne i spisesituationen (?).

Er der andre hensyn, der skal tilgodeses?

En fordel ved ordningen vil være, at den kan understøtte Varde Kommunes ønske om at bidrage til at bekæmpe ensomhed (også) blandt ældre.

Forvaltningens vurdering

Forvaltningen anbefaler, at forslaget om åbne for adgang til, at ældre der er visiteret til madservice kan spise på plejecentre.

Anbefaling

Det anbefales,

at der træffes beslutning om, hvordan det arbejde med problemstillingen skal gribes an.

Beslutning Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder den 25-11-2015



Varde Kommune

**Ældre- og Sundhedsområdet -
ledermøder**

25-11-2015

Fraværende: Preben Buus Madsen, Margit Vest Thomsen

Der skal gives information til borgere som spiser på dagshjem, at de selv skal være opmærksomme på selv at have mad i fryser eller køleskab, hvis de ender med at blive syge eller ikke kan komme til daghjemmet. Den leverede mad til daghjemmet kompenseres ikke.



Varde Kommune

Ældre- og Sundhedsområdet -
ledermøder

25-11-2015

10. FS III

Dok.nr.: 9744
Sagsid.: 14/14722
Initialer: melf
Åben sag

Sagsfremstilling

Efter KL's møde i Vejle onsdag den 11/11-2015 ønskes en drøftelse af de videre foranstaltninger/ forberedelser, der er nødvendige for at Varde Kommune kan leve op til aftalerne om overgang til FSIII i 2017.

På mange måder er Varde Kommune velforberedte. Vi har delt sygeplejeindsatserne fra hjemmeplejeindsatserne, vi har Avaleo, der er FSIII konvertibelt etc.

Det anbefales, at der i 2017 sættes penge af til indkøb af systemet, til Projektleder, til undervisning og implementering.

Det bør endvidere diskuteres, hvad vi skal ønske fra Varde Kommune, når vi bliver spurgt: Ønsker vi at stå på den første bølge – eller ønsker vi at afvente den sidste.

Bilag:

1 Åben Gantt diagram

96046/15

Anbefaling

Der bedes taget beslutning om ovennævnte spørgsmål.

Beslutning Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder den 25-11-2015

Fraværende: Preben Buus Madsen, Margit Vest Thomsen

Der skal afsættes midler til dette for budget 2017.

Varde Kommune ønsker ikke at være med i 1. bølge.

Processen skal drøftes på chefgruppemøde.



11. Orientering vedr. opsamling på KLU møde

Dok.nr.: 9764
Sagsid.: 11/8552
Initialer: KIRE
Åben sag

Sagsfremstilling

Den 9. november blev der afholdt KLU møde.

Kommunal ledsagelse ved lægen

Ledsagere bevilget efter servicelovens § 97 dækker ikke lægebesøg, fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi m.v., da disse ikke er at betragte som selvvalgte aktiviteter.

Ved andre former for ledsagelse, eks. en SSH/SSA der er med en ældre borger til læge, eller en pædagog der er med en handicappet borger til lægen, skal medarbejderen fungere som et par ekstra ører/øjne, der kan være med til at huske og videregive informationen. Medarbejderens rolle afhænger her af hvilken borger, der er tale om, eks. vil en dement borger have brug for mere støtte end en yngre fysisk handicappet. Der er ikke skrevet noget om hvilken rolle medarbejderen har, her gælder almindelig etik og sund fornuft i forhold til at medarbejderen jo ikke "repræsenterer" borgeren i nogen henseende, men blot er med som støtte og tryghed.

Det er vigtigt, at de medarbejdere der følger til et lægebesøg også er klædt på til det, dvs. ved hvad lægebesøget omhandler og har de rigtige informationer med. Hvis der til et lægebesøg deltager en sagsbehandler fra jobcenteret, så skal det være meldt som rundbordssamtale.

Sygebesøg over 15 km.

Det har ikke været muligt for PLO Syddanmark og Region Syddanmark at nå til enighed om varetagelse af sygebesøg til borgere på midlertidige pladser over 15 km. fra egen læge. Indtil der ligger en overenskomst på området fremsender den praktiserende læge en regning til for sygebesøg over 15 km til Varde Kommune. Herefter refunderer Regionen regningen.

Det er ikke en problemstilling, som fylder meget, dog sker det på de midlertidige ophold, at det kan være en udfordring, at få borgerens egen læge (eller anden læge) ud på sygebesøg. Når lægerne kontaktes er begrundelsen ofte, at det er på grund af tiden og ikke økonomien. Ved de læger, hvor det er et problem at få dem til at tage et sygebesøg, tages der fra Varde Kommunes side kontakt mhp en dialog om, at hvis de ikke selv har mulighed for at tage et sygebesøg, så skal de selv kontakte en af deres kollegaer, som kan hjælpe. Hvis sygebesøget foretages af anden læge, skal borgerens egen læge sørge for at sende de relevante oplysninger.

Varde Kommune præciserer over for medarbejderne at akutte kontakter skal tages på telefonen.

Planlægning af fællesmøde til foråret

Dato – onsdag d. 9. marts kl. 17.30



Varde Kommune

Ældre- og Sundhedsområdet -
ledermøder

25-11-2015

Anbefaling

Orienteringen bedes taget til efterretning.

Beslutning Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder den 25-11-2015

Fraværende: Preben Buus Madsen, Margit Vest Thomsen

Orientering givet.

**12. Retningslinje for overgang ved indflytning i varig plejebolig**

Dok.nr.: 9754
Sagsid.: 14/14722
Initialer: melf
Åben sag

Sagsfremstilling

På det seneste møde i Fælles-MED for Social, Sundhed og Beskæftigelse blev der rejst ønske om, at der udarbejdes en retningslinje for overgange ved indflytning i varig plejebolig, på linie med de retningslinier der gælder for overgange ved akutte midlertidige ophold og planlagte midlertidige ophold.

Det foreslås,

- at der udarbejdes en retningslinje,
- at der nedsættes en arbejdsgruppe, som skal udarbejde retningslinje,
- at arbejdsgruppen sammensættes med en repræsentant fra visitationen, fra plejecentrene, fra hjemmeplejen og fra Social- og Sundhedsafdelingen.

Forvaltningens vurdering

Det er forvaltningens vurdering, at det kan øge i kvaliteten i forløbet ved en borgers indflytning på plejehjem, hvis der udarbejdes og implementeres fælles retningslinier for overgange i forbindelse med indflytning.

Bilag:

- | | | |
|---|--|----------|
| 1 | Åben Retningslinje vedr. akutte midlertidige ophold | 22343/15 |
| 2 | Åben Retningslinje vedr. planlagte midlertidige ophold | 22310/15 |

Anbefaling

Det anbefales,

- at der udarbejdes en retningslinje for overgang ved indflytning i varig plejebolig,
- at der nedsættes en arbejdsgruppe, som skal udarbejde retningslinje,
- at arbejdsgruppen sammensættes med en repræsentant fra visitationen, fra plejecentrene, fra hjemmeplejen og fra Social- og Sundhedsafdelingen.

Beslutning Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder den 25-11-2015

Fraværende: Preben Buus Madsen, Margit Vest Thomsen

Punktet er udsat.



Varde Kommune

Ældre- og Sundhedsområdet -
ledermøder

25-11-2015

13. Gensidig orientering

Dok.nr.: 9811
Sagsid.: 14/14722
Initialer: melf
Åben sag

Bilag:

1 Åben Gantt diagram

96046/15

Beslutning Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder den 25-11-2015

Fraværende: Preben Buus Madsen, Margit Vest Thomsen

Orientering om ny visitationsordning for sygeplejen. Gantt-diagram og tidsplan for undervisningsforløb er vedhæftet som bilag.

Orientering om godkendelse af nyt nøglesystem til hjemmeplejen. Kari udsender information så snart det forelægges.



Bilagsliste

1. Plejeboligplanen
 1. Udkast til plejeboligplan 2016-2025 (97022/15)
3. Status på omsorgssystemet og FMK
 1. Bilag- Korrespondance optælling nov.pdf (163231/15)
4. Håndtering af håndkøbsmedicin og naturlægemidler. Udkast til Instruks for Medicinhåndtering.
 1. Håndkøbsmedicin- håndtering (2) - Håndkøbsmedicin- håndtering %282%29 kopi.docx (163900/15)
5. Varig Sundhed
 1. Midtvejsevaluering hold 1,2,3 (154415/15)
7. Demensrummet
 1. Tilbud fra Pensam (157757/15)
8. Ensartet dokumentation i organisationen
 1. Afføringskema (158431/15)
 2. Ikke doserbar medicin (146023/15)
 3. Adfærsskema (124419/15)
 4. Insulin skema i skabelon (124363/15)
 5. Medicinske plastre (124428/15)
 6. Vendeskema (124371/15)
10. FS III
 1. Gantt diagram (96046/15)
12. Retningslinje for overgang ved indflytning i varig plejebolig
 1. Retningslinje vedr. akutte midlertidige ophold (22343/15)
 2. Retningslinje vedr. planlagte midlertidige ophold (22310/15)
13. Gensidig orientering
 1. Gantt diagram (96046/15)



Varde Kommune

Ældre- og Sundhedsområdet -
ledermøder

25-11-2015

Underskriftsblad

Ann-Christina Dahlgaard

Jeanette Christensen

Vibeke Bilstoft Hansen

Rikke Strunge

Kari Stork

Bente Brun Jørgensen

Rigmor Jensen

Preben Buus Madsen

Anette Førgaard

Lilian Lyngholm Berthelsen

Margit Vest Thomsen

Gitte Eskesen

Thorkild Sloth Pedersen

Kirsten Myrup

Bilag: 1.1. Udkast til plejeboligplan 2016-2025

Udvalg: Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder

Mødedato: 25. november 2015 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 97022/15

Dato	September 2015
Dok.nr.	97 022 / 15
Sagsnr.	15 / 6795
Ref.	thpe

Plejeboligplan for Varde Kommune 2016 – 2025

UDKAST

Indhold

1.0 Indledning	4
2.0 anbefalinger	5
3.0 Procesplan	7
4.0 Udgangspunktet for plejeboligplanen	8
4.1 Den nuværende struktur	8
4.2 Dækningsgrad - sammenlignet med andre kommuner	10
4.3 Belægningsprocenter	11
4.4 Venteliste og søgemønstre	13
4.5 Mellekommunale betalinger	14
5.0 Det fremtidige behov for plejeboliger	16
5.1 Faktorer der påvirker det fremtidige behov for plejeboliger	16
5.2 Prognose for lokale dækningsgrader ved uændret plejeboligmasse	17
5.3 Fremskrivning af behovet for plejeboliger efter forskellige scenarier	19
5.3.1 Nuværende behovsgrader i Varde Kommune	20
5.3.2 Forventninger til fremtidens plejeboligbehov i Varde Kommune	21
5.3.3 Fremskrivning efter forskellige scenarier	22
5.4 Behov for udbygning	24
6.0 Hensyn plejeboligerne skal opfylde	25
6.1 Trivsel	25
6.2 Teknologiske løsninger	26
6.3 Effektiv drift	26
6.4 Fleksibilitet og arbejdsmiljø	27
6.5 Borgere med særlige behov	27
6.5.1 Demente borgeres særlige behov	27
6.5.2 Meget svært overvægtige borgeres særlige behov	28
6.5.3 Yngre borgeres særlige behov	29
6.5.4 Udviklingshæmmede borgeres behov	29
7.0 Træningsfaciliteter og sygeplejeklinikker	30
7.1 Træningsfaciliteter	30
7.1.1 Udviklingen i antallet af træningsforløb	30
7.1.2 Brugen af træningsfaciliteterne	31
7.1.3 Træningsfaciliteternes målgruppe og deres behov	32
7.1.4 Faktorer af betydning for det fremtidige behov for træningsfaciliteter	32
7.1.5 Scenarier for udvikling på træningsområdet og betydningen for krav til de fysiske rammer	32

7.2 Sygeplejeklinikker	33
8.0 Muligheder for udvidelser og justeringer af den eksisterende plejeboligmasse	34
9.0 Vinkelvejscentret	35
10.0 Midlertidige plejeboliger	35
10.1 Brugen af de midlertidige plejeboliger	35
10.2 Potentialet i midlertidige vurderingspladser	36
10.3 Kapaciteten i de midlertidige boliger fremadrettet	36
10.4 Placeringen af de midlertidige plejeboliger	37
10.4.1 Samling af døgnrehabiliteringspladserne	38
Bilag 1	39
Bilag 2	40

UDKAST

1.0 Indledning

Byrådet vedtog i 2008 en plejeboligplan. Baggrund for planen var, dels at der var mange plejeboliger i den nye Varde Kommune sammenlignet med andre kommuner, dels at der i kommunen var mange små plejehjem, hvor driftsudgifterne for hver plejehjemsplads var relativt høje.

Plejeboligplanen er ved at være gennemført. Den har medført;

- at der er nedlagt seks små plejehjem med i alt 75 pladser,
- at der er opført nye plejehjem i Ansager og Tistrup til erstatning for plejeboliger, der ikke længere levede op til arbejdsmiljøkravene,
- at der er bygget en afdeling til plejkrævende beboere med misbrugsproblemer ved Lyngparken i Varde (Søgården).
- At der er igangsat en reovering af Helle Plejecenter i Starup.

Plejeboligplanen har medført, at Varde Kommune i en årrække har haft en struktur, hvor der har været balance mellem søgningen og antallet af plejeboliger.

At der nu er behov for at udarbejde en ny plan skyldes, dels at der i 2014 har været en særdeles høj belægning i plejeboligerne, dels at der i de kommende år vil ske en stigning i antallet af ældre, hvilket forventes at ville påvirke behovet for plejeboliger.

Med dette dokument tages der hul på en ny plejeboligplan. Planen dækker perioden 2016 - 2025. Planens formål er at afdække det fremtidige behov for plejeboliger, muligheden for placering af evt. nye plejeboliger, samt de hensyn der skal tages i forbindelse med eventuelt nybyggeri. Så der i videst muligt omfang tages hensyn til demente borgeres behov, arbejdsmiljø mv.

Udover at forholde sig til kapaciteten og de fysiske rammer, behandler plejeboligplanen også andre emner, som har en naturlig sammenhæng med plejeboligområdet. Dette er f.eks. træningscentre og sygeplejeklinikker, som primært er placeret på plejecentrene, samt brug og placering af de midlertidige plejeboliger.

Planen er inddelt i følgende afsnit:

- Afsnit 2 opsummerer plejeboligplanen, med anbefalinger for de kommende ti år.
- Afsnit 3 indeholder en plan for processen frem til vedtagelse af en plejeboligplan.
- Afsnit 4 indeholder baggrundsinformationer der er relevante i beslutningstagningen. Afsnittet beskriver den nuværende plejeboligstruktur, dækningsgrader sammenlignet

med andre kommuner, belægningsprocenter, ventelister og mellemkommunale betalinger for plejeboligpladser.

- Afsnit 5 belyser mulige scenarier, for det fremtidige behov for plejeboliger. De forskellige faktorer der kan påvirke det fremtidige behov forelægges, og der fremlægges forskellige bud på prognoser for det fremtidige behov for plejeboliger.
- Afsnit 6 beskriver de hensyn der skal tages i forbindelse med opførelse af plejeboligerne, for at tilgodese forskellige gruppers særlige behov, og opnå optimale forhold i forhold til f.eks. trivsel, effektivitet og arbejdsmiljø.
- Afsnit 7 beskriver behov og udfordringer for træningsområdet og sygeplejeklinikker som i dag primært er placeret på plejecentrene
- Afsnit 8 beskriver mulighederne og for udvidelser og justeringer af den eksisterende plejeboligmasse.
- Afsnit 9 beskrives de særlige forhold, der gør sig gældende for Vinkelvejscentret i Ølgod.
- Afsnit 10 rummer overvejelser omkring de midlertidige boliger. Heriblandt brugen af, antallet af og placeringen af de midlertidige boliger.

Planen er udarbejdet af en projektgruppe bestående af leder af Centerområde Sydøst Ann-Christina Dahlgård, leder af Centerområde Midt Jeanette Christensen, leder af Centerområde Nordvest Vibeke Bilstoft, leder af visitationsenheden Anette Førgaard, leder af Træning & Rehabilitering Lilian L. Berthelsen, teamleder Arnfred Bjerg, Økonomi, AC-medarbejder Lisbeth Kjær, Sekretariatet Social Sundhed og Beskæftigelse, ældrekonsulent Mette Fuglsang Larsen og handicapchef Thorkild Sloth Pedersen, der sammen med udviklingskonsulent Christina Bonde, Social og Handicap har haft ansvaret for skrivearbejdet.

2.0 anbefalinger

Vurderingen på baggrund af de forhåndenværende data er, at der på kort sigt ikke er behov for at udvide plejeboligmassen.

Varde Kommune har de plejeboliger, der er behov for til at dække den aktuelle efterspørgsel. Det er dog også værd at bemærke, at udnyttelsesgraden af plejeboligmassen er meget høj, og at der er betydelige udsving i ventelisten til plejeboliger. Det er derfor nødvendigt, at området overvåges nøje, og der vil fremadrettet løbende blive registreret data om ventelister og flyttemønstre for at kvalificere grundlaget for eventuelle fremtidige beslutninger om ændringer i plejeboligmassen.

Fremover forelægges der derfor i årets første kvartal en status på området for Udvalget for Social og Sundhed.

Gennemgangen af plejeboligområdet giver anledning til andre overvejelser, end blot udvidelse af plejeboligmassen. De potentielle ændringer som overvejelserne giver anledning til, er for en

stor dels vedkommende forbundet med udgifter, som der må tages stilling til i forbindelse med behandlingen af de enkelte emner.

Det anbefales, at placeringen af døgnrehabiliteringspladserne overvejes og at der etableres vurderingspladser sammen med døgnrehabiliteringspladserne

Der er i dag i alt 14 døgnrehabiliteringspladser placeret på henholdsvis Carolineparken (8) og i Ølgod (6). Det foreslås, at døgnrehabiliteringspladserne samles på Carolineparken, og at døgnrehabiliteringspladserne i Ølgod omlægges til almindelige midlertidige pladser. Dette vil skabe en øget faglighed omkring døgnrehabiliteringspladserne. På sigt vil der komme i alt 20 midlertidige plejeboliger på Carolineparken, i takt med at 3 permanente pladser omkonverteres til midlertidige pladser, og 3 midlertidige pladser omkonverteres til permanente pladser andre steder. Det foreslås, at alle 20 boliger inddrages som henholdsvis døgnrehabiliteringspladser og nyetablerede vurderingspladser, da det i meget høj grad er den samme faglighed, der er brug for i forbindelse med de to typer af ophold., og pladserne kan derfor tildeles som den ene eller anden type efter behov. Vurderingspladserne tildeles borgere, hvor der hersker tvivl omkring træningspotentiale og/eller plejebenhov. Formålet er en tværfaglig udredning i et samarbejde mellem terapeuter, plejepersonale og sygeplejersker, som visitatoren kan træffe afgørelse på baggrund af, så det sikres, at borgeren får den rigtige støtte. Modellen vil betyde, at døgnrehabiliteringspladserne og vurderingspladserne på Carolineparken vil være fagligt rustet til, at varetage meget komplekse behov hos borgerne. De øvrige midlertidige pladser, som er spredt ud på flere centre, vil kunne modtage borgere med mindre komplekse problemstillinger.

Det anbefales, at samtlige plejecentre gennemgår systematisk af en arbejdsgruppe

Dette med henblik på, at der udarbejdes handleplaner for det enkelte plejehjem, som sikrer optimale forhold på det enkelte plejecenter indenfor følgende områder:

- Demensvenlig indretning både uden- og indendørs
- Indretning der understøtter trivsel
- Optimal anvendelse af teknologiske løsninger

Formålet er at sikre, at den eksisterende plejeboligmasse tilpasses eksisterende viden om optimale forhold, så boligerne fremadrettet kan udgøre så attraktivt et tilbud som muligt for borgerne.

Det anbefales, at det overvejes hvordan sammenhængen mellem træningscentre, sygeplejeklinikker og plejecentre skal være i fremtiden.

Er ønsket, at sygeplejeklinikker og træningscentre fremadrettet skal være placeret på plejecentrene, med de fordele dette indebærer af liv på plejecentrene, integration til lokalsamfundet, styrket tværfagligt samarbejde og god tilgængelighed for både beboere på centrene og de øvrige borgere?

Såfremt dette er tilfældet, bør områdernes behov tænkes ind i plejeboligplanen.

Endelig anbefales det, at der etableres nyt byggeri til erstatning for Vinkelvejcentret, samt at plejeboligmassen udvides med et begrænset antal pladser.

En løsning kunne være, at plejeboligerne på Vinkelvejcentret erstattes af nybyggeri af 15 demensboliger ved Vinkelvejcentret og 15 demensboliger ved Skovhøj.

En afdeling på Aktivitetscentret i Ølgod konverteres til demensboliger, for at sikre lokal dækning med demensboliger.

Desuden inddrages 10 almene boliger på Gartnerpassagen ved aktivitetscentret i Ølgod som plejeboliger. Dette betyder, at plejeboligmassen på sigt udvides med 7 plejeboliger.

Plejeboliger til svært overvægtige borgere

Det anbefales, at plejeboliger der er egnede til meget svært overvægtige borgere med en BMI >35 tænkes ind, når der planlægges nybyggeri af plejeboliger. Dette kan oplagt være i form af midlertidige boliger, som enten kan omkonverteres til en permanent bolig, eller fungere som bolig, indtil der er etableret en egnet permanent bolig.

3.0 Procesplan

Procesplanen beskriver, hvordan udarbejdelse af plejeboligplanen er planlagt, og forløber således:

- | | |
|-------------------------------|--|
| 27. maj 2015: | Drøftelse på ledermøde for ældre- og sundhedsområdet. |
| 9. juni 2015: | Drøftelse på møde for Udvalget for Social og Sundhed.
Godkendelse af procesplan og indhold (overskrifter). |
| 5. august 2015: | Udvalget for Social og Sundhed:
Første drøftelse af indhold. |
| 27. november 2015: | Chefgruppen drøfter andet udkast til plejeboligplan. |
| 9. december 2015: | (evt. anden behandling, hvis der ønskes tre behandlinger af udkast) |
| 19. januar 2015: | Udvalget for Social og Sundhed behandler andet udkast til planen. |
| 2. februar 2015: | Byrådet orienteres om udkast til plan inden dette sendes i høring. |
| Februar 2016 -
marts 2016: | Offentlig høring af planen.
Der indlægges et offentligt møde om planen.
På mødet kan det overvejes at give repræsentanter fra samarbejdspartnere mulighed for at komme med korte oplæg. Det kunne være fra sygehusvæsenet, praktiserende læger eller andre.
Udsagn fra pårørende kan evt. indhentes via fokusgruppe-interviews. |
| Marts 2016: | Ældrerådet behandler planen. |

19. april 2016: Udvalget for Social og Sundhed behandler hørings svar.
27. april 2016: Udvalget for Økonomi og Erhverv behandler sagen.
3. maj 2016: Byrådet behandler planen.

4.0 Udgangspunktet for plejeboligplanen

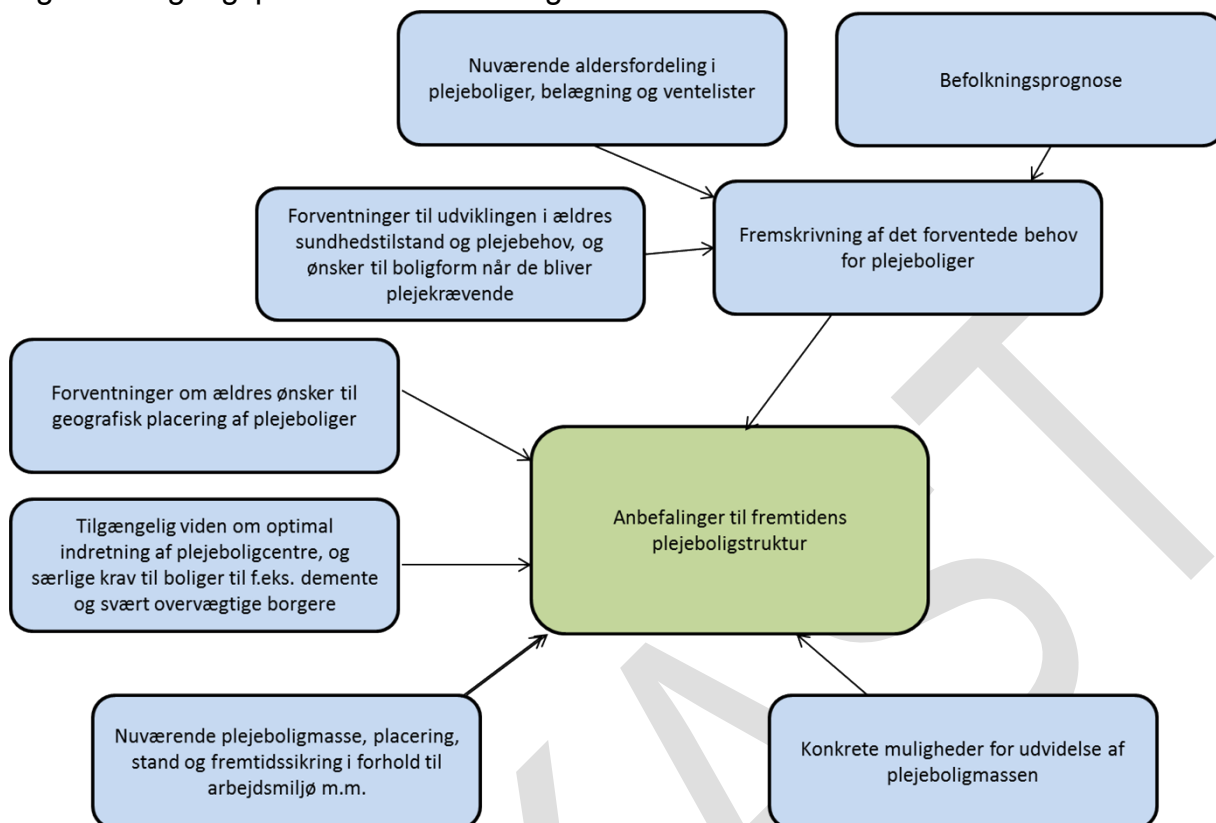
Plejeboligplanen skal belyse, hvordan det fremtidige behov for plejeboliger indtil 2025 dækkes på mest optimal vis. Til det formål er der fremskaffet forskellige oplysninger, som sammen udgør udgangspunktet for plejeboligplanens anbefalinger.

Udgangspunktet er fakta om nuværende plejeboligmasse (afsnit 4.1), Varde Kommunes dækningsgrad på plejeboligområdet (afsnit 4.2), dvs. antal plejeboliger set i forhold til antallet af ældre, aktuel viden om og belægningsprocenter og søgemønstre (afsnit 4.2 og 4.3) samt mellemkommunale betalinger for plejeboliger (afsnit 4.4).

De konkrete oplysninger gør det i kombination med demografiske fremskrivninger fra Danmarks Statistik gennem KL's model til estimering af kommuners behov for plejeboliger muligt, at foretage en fremskrivning af forskellige scenarier for det fremtidige behov for plejeboliger. Disse fremskrivninger sammenholdes med forventninger til fremtidens ældres plejebehov og ønsker til boligform.

Sammen med tilgængelig viden om optimal indretning af plejeboligcentre og udviklingen i grupper af ældre med særlige behov, forventninger om ældres ønsker til geografisk placering af plejeboliger samt konkrete muligheder for udvidelse af plejeboligmassen, danner dette grundlaget for rapportens anbefalinger til fremtidens plejeboligstruktur. Dette er illustreret i figur 1.

Figur 1. Udgangspunktet for anbefalingerne



4.1 Den nuværende struktur

I Varde kommune er der 12 plejecentre med i alt 474 plejeboliger. Heraf drives de 11 plejecentre af Varde Kommune, mens Blåbjerg Pleje- og Aktivitetscenter drives af Danske Diakonhjem.

Tabel 1. Plejecentre i Varde Kommune

Plejecenter	Boliger i alt	Heraf		
		alm. midlertidige pladser ***)	Døgnrehabiliterin gspladser	til demente med særlige behov**)
Carolineparken, Varde	75	9*	8	
Lyngparken, Varde				
- Lyngparken	81	3		18
- Søgården	14	4		
Poghøj, Oksbøl	30	5		
Skovhøj, Oksbøl	14			14
Møllegården, Outrup	21			
Aktivitetscentret, Ølgod	45	2	6	
Vinkelvejscentret, Ølgod	33			33
Tistrup Plejecenter	24			
Ansager Plejecenter	25			
Helle Plejecenter, Starup	45	8		
Sognelunden, Agerbæk	25	2		
Blåbjerg Pleje- og Aktivitetscenter, Nr. Nebel	42	4		
I alt	474	37	14	65

*) Med løbende udskiftning af beboere vil der på sigt blive i alt 20 midlertidige boliger i Carolineparken inkl. døgnrehabiliteringspladserne, som flyttes fra bl.a. Sognelunden.

**) Der kan løbende bruges op til tre boliger til demente til såkaldt "flydende midlertidige boliger", hvor borgere er på aflastning i faste rul.

***) Det er i juni 2015 besluttet, at tre midlertidige pladser skal lukkes. Der er endnu ikke taget stilling til, hvor pladserne skal lukkes. Reduktionen fremgår derfor ikke af tabellen.

Det ses, at ud af 474 pladser er 51 midlertidige pladser, hvoraf 14 er døgnrehabiliteringspladser. 65 pladser er til demente med særlige behov. De 14 boliger på Søgården er forbeholdt misbrugere med et plejebehov.

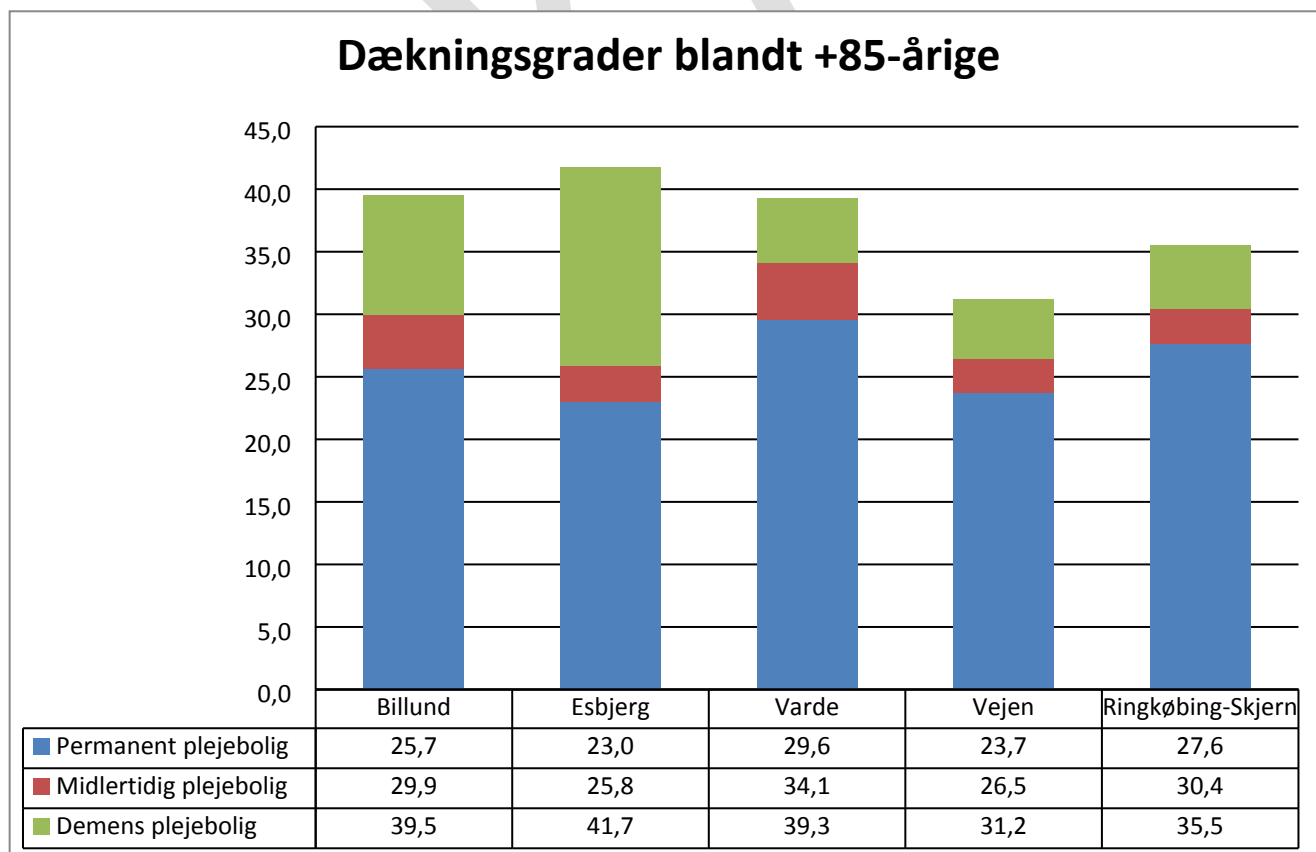
4.2 Dækningsgrad - sammenlignet med andre kommuner

I tabel 2 vises dækningsgraderne for plejeboliger til demente, midlertidige plejeboliger og permanente plejeboliger i Varde Kommune og nabokommunerne.

Dækningsgraderne er beregnet ud fra oplysninger fra Danmarks Statistik fra andet kvartal 2015, og antallet af plejeboliger er tillige bekræftet hos de enkelte kommuner.

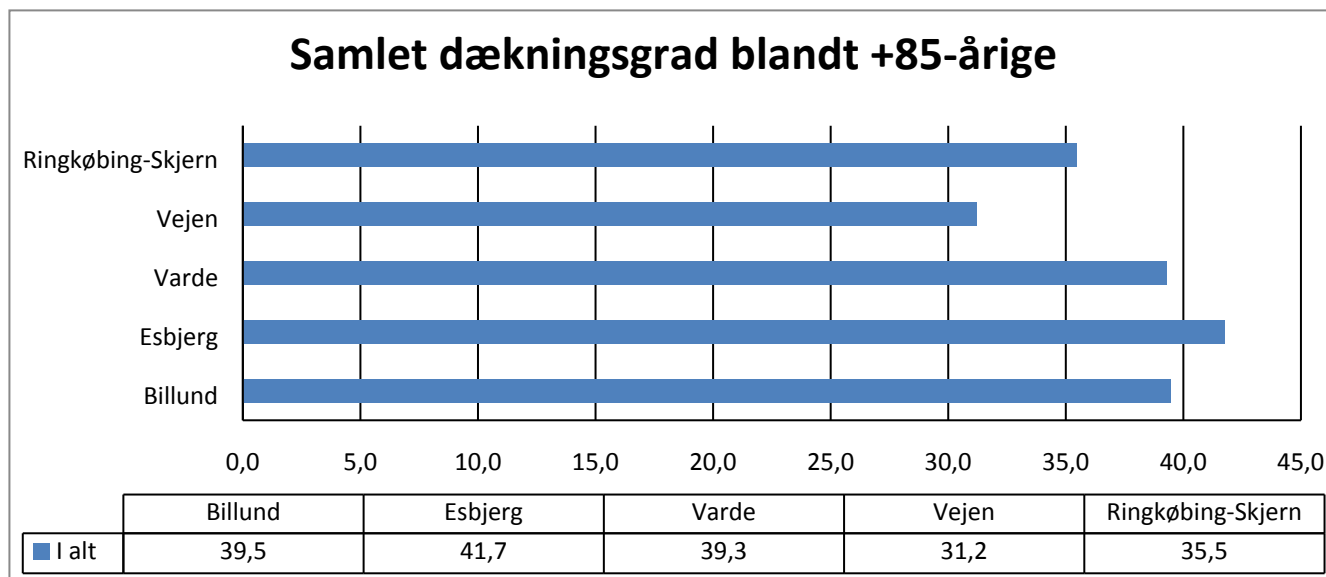
Dækningsgraden angiver den procentdel af de +85-årige, der kan bo i plejebolig i kommunen, med den boligmasse der aktuelt er til rådighed og under forudsætning af, at det kun er +85-årige, der bor i plejebolig. Der er naturligvis også yngre borgere i plejeboliger, hvorfor det ikke er retvisende, at f.eks. 29,6 % af de +85-årige kan bo i plejebolig i Varde Kommune. Når dækningsgraden er beregnet for borgere på 85 år og derover, skyldes det, at der i denne aldersgruppe er relativt mange, der bor i plejebolig.

Figur 2: Dækningsgrader på plejeboligtype blandt +85-årige i Varde Kommune og nabokommunerne



Det ses i figur 2, at der er væsentlige forskelle i forhold til pladsernes type på plejeboligområdet kommunerne imellem. Her er det især iøjnefaldende, at Esbjerg Kommune har en meget stor andel af demensplejeboliger, mens Varde Kommune har den relativt største andel af midlertidige pladser.

Figur 3: Samlet dækningsgrad blandt +85-årige i Varde Kommune og nabokommunerne



Det ses i figur 3, at Varde Kommune med en samlet dækningsgrad på 39,3 % for plejeboliger ligger over gennemsnittet for de fem kommuner, som er på 37,4 %. Bemærkelsesværdigt lavt ligger især Vejen Kommune. Vejen Kommune oplyser, at de aktuelt har cirka det samme antal plejeboliger som ved kommunalreformen. Dog er to mindre centre med i alt ca. 20 boliger lukket. Der er ikke umiddelbart et stort pres på plejeboligerne, og man har kun planer om mindre udvidelser i nærmeste fremtid. Vejen Kommune mener selv, at evnen til at klare sig med få pladser er historisk betinget, og det er ikke deres indtryk, at de foretager sig noget ekstraordinært for at holde borgerne i eget hjem så længe som muligt, i forhold til hvad andre kommuner gør.

Tages det i betragtning, at Varde Kommune jævnfør afsnit 4.5 i løbet af 2014 havde 12 flere borgere på plejehjem i andre kommuner, end der var borgere fra andre kommuner på plejehjem i Varde Kommune, er dækningsgraden reelt en anelse højere.

4.3 Belægningsprocenter

Belægningsprocenter giver et billede af i hvilket omfang, der er ledige plejeboliger på de enkelte centre.

Belægningsprocenterne er baseret på afregningen til centrene, og viser i hvilken grad plejeboligerne er lejet ud. Belægningsprocenten kan være større end 100, hvis to ægtefæller eller partnere bor sammen. Belægningsprocenten vil dog normalt være mindre end 100, da plejeboligen står tom i en kortere periode i forbindelse med, at en ny beboer flytter ind. I den periode afregnes plejecentret ikke. For 2012 og 2013 har der kun været adgang til belægningsprocenter på centerområdeniveau, ikke for de enkelte plejecentre.

Belægningsprocenter er kun opgjort for de permanente pladser.

Tabel 4: Belægningsprocenter 2012 – 2015

Område	Belægnings- procent 2012	Belægnings- procent 2013	Belægnings- procent 2014	Belægnings- procent jan-aug 2015
Centerområde Sydøst	91,3	91,9	99,9	98,6
Lyngparken, Varde			97,2	95,2
Lyngparken demensafsnit			99,0	97,8
Søgården - alternativt plejehjem			99,2	90,0
Sognelunden, Agerbæk			96,0	99,5
Ansager Plejecenter			111,0	110,5
Centerområde Midt	96,7	95,2	97,4	97,8
Carolineparken, Varde			96,2	96,4
Tistrup Plejecenter			97,5	99,5
Helle Plejecenter, Starup			98,4	97,6
Centerområde Nordvest	93,8	96,1	97,3	97,1
Poghøj, Oksbøl			98,7	97,5
Skovhøj, Oksbøl			96,3	91,1
Møllegården, Outrup			104,8	100,0
Vinkelvejcentret, Ølgod			90,1	98,8
Aktivitetssentret, Ølgod			98,3	98,3
Blåbjerg Pleje- og Aktivitetsscenter, Nr. Nebel	97,0	97,7	100,9	96,7
Gennemsnit	94,1	94,4	98,9	98,6

Det ses, at belægningsprocenterne generelt har været stigende i perioden fra 2012 til 2014, og at der i 2014 har været en endog meget høj belægning på plejeboligerne i Varde Kommune. Belægningsprocenten er høj også i 2015. på trods heraf, er der i løbet af 2015 enkelte

plejeboliger, som har stået tomme i flere måneder.

4.4 Venteliste og søgemønstre

Den lovpligtige plejeboligaranti betyder, at ældre, der er godkendt til en plejebolig, højst må vente i to måneder, før de bliver tilbudt en bolig. Garantien gælder dog kun den såkaldte garantiventeliste, hvor man ikke kan ønske et specifikt plejehjem. I Varde Kommune er det meget få borgere, der vælger at blive optaget på garantiventelisten. Det er et udtryk for, at det for de fleste har betydning ikke blot, at de får en plejebolig, men også at de får en plejebolig i det område, de foretrækker at bo i.

Borgere, der bor i en midlertidig plejebolig, men som i forlængelse af opholdet dér har behov for en permanent plejebolig, tildeles den første ledige plejebolig, såfremt der ikke er andre borgere på venteliste til boligen. Borgeren kan vælge fortsat at stå på venteliste til en permanent plejebolig efter eget ønske.

Tabel 5. Venteliste til plejeboliger

Måned	5. mar	7. apr	7. maj	3. jun	3. jul	3. aug	1. sep
Lyngparken	4	0	0	2	2	1	2
Lyngparken demensafsnit	2	2	1	2	0	1	1
Søgården - alternativt plejehjem	0	0	0	0	0	0	0
Sognelunden	2	1	0	2	0	0	0
Ansager	2	2	1	0	3	0	1
Carolineparken	10	8	6	4	5	2	3
Tistrup plejecenter	0	0	0	0	0	2	2
Helle Plejecenter	3	3	2	0	0	0	0
Poghøj	4	0	1	0	3	1	3
Skovhøj	0	0	0	0	0	0	0
Møllegården	0	0	0	0	0	0	0
Vinkelvejcentret	0	0	1	0	0	1	0
Aktivitetscenter Ølgod	3	2	0	4	0	0	2
Blåbjerg plejecenter	4	4	3	0	0	1	0
I alt	34	22	15	14	13	9	14
Ledige midlertidige boliger	3	6	9	3	1	2	4
Ledige permanente boliger*	18	18	11	17	12	11	7

Om opgørelsen af ventelisterne og ledige boliger kan det oplyses:

- at ventelisten opgøres som antallet af borgere, der ikke har fået *tilbudt* en bolig. Borgere, som er blevet *tilbudt* en bolig, men endnu ikke har taget imod tilbuddet, fremgår altså af ventelisten. Hvis borgeren ikke ønsker at tage imod den tilbudte plejebolig og den tilbudte bolig er borgerens første prioritet, afhænger det af individuelle forhold, om borgeren fortsat kan stå på venteliste. Borgeren kan fortsat stå på venteliste, hvis borgeren afviser et tilbud om en bolig der ikke er borgerens første prioritet,

- at ventelisten også omfatter borgere, der allerede bor i en permanent plejebolig, men ønsker en anden permanent bolig, samt borgere der bor i midlertidig plejebolig. Ved den seneste opgørelse fra juli 2015 var der to af borgerne på ventelisten, der boede i en permanent plejebolig og to borgere, der boede i en midlertidig plejebolig,
- at det er borgerens første prioritet for valg af plejehjem, der fremgår af ventelisten. Borgeren har mulighed for at prioritere flere steder,
- at ledige boliger defineres som boliger, der står tomme, herunder også boliger under istandsættelse, som ikke er indflytningsklare, og boliger der er tilbudt en borger, men hvor borgeren endnu ikke har givet tilbagemelding.

Det ses, at antallet af borgere på venteliste har været faldende fra marts 2015 og frem til nu¹. Det ses endvidere, at der i de seneste måneder har været lige så mange ledige boliger, som der har været borgere på venteliste.

Endelig ses det, at der løbende er borgere på venteliste til plejeboliger i Varde by, mens der er stor variation i søgning efter plejeboliger i øvrige områder af kommunen.

4.5 Mellekommunale betalinger

Der er frit valg af plejebolig i Danmark. Derfor kan en borger tildeles plejebolig i en anden kommune under forudsætning, at borgeren er visiteret til plejebolig i hjemkommunen og godkendt i modtagekommunen. Hjemkommunen afregner med modtagekommunen for borgerens ophold i plejeboligen.

Nedenfor ses en opgørelse over antallet af borgere fra Varde Kommune, der har boet i plejebolig i en anden kommune i løbet af året, samt borgere fra andre kommuner der har valgt plejebolig i Varde Kommune og de mellemkommunale afregninger herfor. Det ses, at antallet af borgere fra Varde Kommune, der har boet i plejebolig en anden kommune, overstiger antallet af borgere fra andre kommuner, der har boet i en plejebolig i Varde Kommune med 12 borgere i 2014 (beskriv evt. udvikling når 2015 tal kommer). Nettoudgiften for Varde Kommune er på cirka tre millioner kroner årligt. Når det til budget 2016 var behov for at tilføje syv millioner kroner til området, skyldes det, at området har været underbudgetteret.

Det skønnes ikke, at der rent økonomisk er gode grunde til at arbejde på, at få borgere fra Varde Kommune til i højere grad at søge plejebolig i Varde Kommune, eller borgere fra andre kommuner til i højere grad at søge plejebolig i Varde Kommune, da der kun er mellemkommunal refusion i forhold til tilbud efter Serviceloven, men ikke for Sundhedslovsindsatser, som bl.a. dækker kommunal medfinansiering til sygehusophold, genoptrænings efter sundhedsloven, vederlagsfri fysioterapi samt sygeplejeindsatser.

Situationen for de borgere, der indenfor det sidste år har valgt plejebolig i anden kommune, er desuden blevet gennemgået. Konklusionen er, at alle borgerne har haft en plejebolig i anden kommune som første prioritet, enten fordi de har pårørende der, eller fordi stedet imødekommer nogle særlige ønsker eller behov den enkelte har. Det kan f.eks. være tilfældet, når borgere søger særlige plejeboliger for udad reagerende, døvblinde eller udviklingshæmmede ældre eller søger bestemte plejehjem af religiøse årsager. Det er derfor næppe heller sandsynligt at balancen står til at påvirke.

Tabel 6: Mellekommunale betalinger for plejeboligpladser 2014 – 15

¹ Til sammenligning var der den 7. marts 2014 41 borgere på venteliste til en plejebolig i Varde Kommune

	2014	2015 (tal kan leveres pr. 31/1 2016)
Antal borgere fra Varde Kommune med ophold i plejebolig i anden kommune	43	
Udgift	15.532.790	
Antal borgere fra andre kommuner med ophold i plejebolig i Varde Kommune	31	
Indtægt refusion	12.697.151	

5.0 Det fremtidige behov for plejeboliger

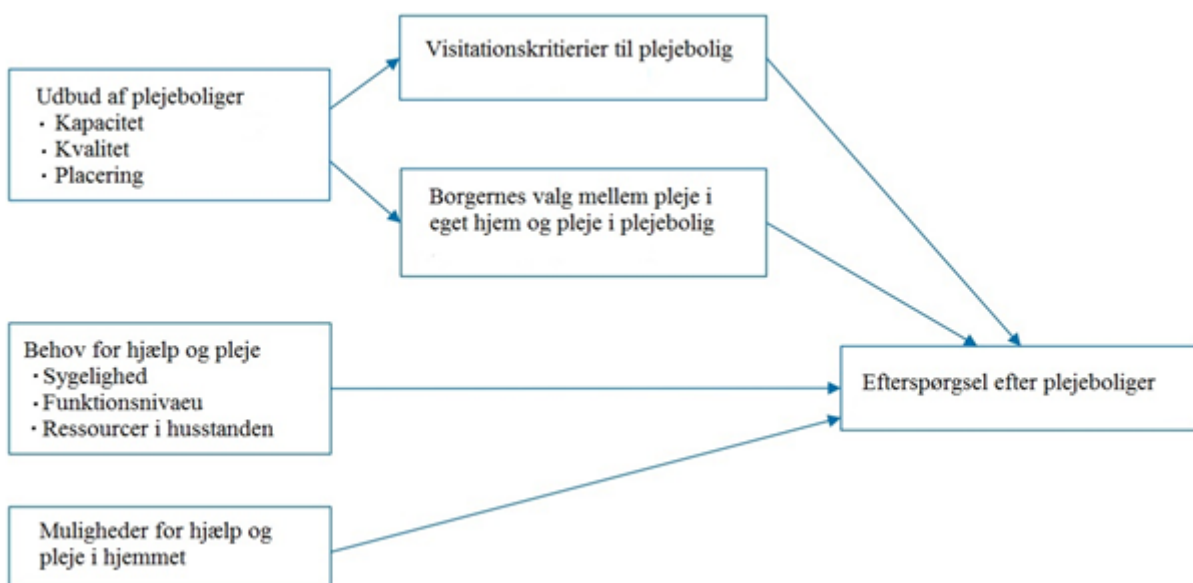
I dette afsnit belyses de faktorer, der forventes at påvirke det fremtidige behov for plejeboliger. Det illustreres derudover, hvordan dækningen fremadrettet vil være frem til 2025, såfremt plejeboligmassen ikke udvides, og desuden fremskrives behovet for plejeboliger frem til 2025 efter tre forskellige scenarier.

Det fremadrettede behov for midlertidige boliger og de særlige behov som plejeboligerne skal opfylde, adresseres også i dette afsnit, og der samles i slutningen af afsnittet op på det fremtidige behov for plejeboliger.

5.1 Faktorer der påvirker det fremtidige behov for plejeboliger

Den fremtidige efterspørgsel efter plejeboliger forventes, at være påvirket af en række forskellige faktorer. Disse er illustreret i figur 4 og uddybes nedenfor.

Figur 4: Faktorer der påvirker efterspørgslen efter plejeboliger



Kapaciteten af plejeboliger har næppe stor indflydelse på ældre borgeres ønske om at flytte i

plejebolig. Alligevel kan kommunes kapacitet have indflydelse på visitationen til plejebolig. Hvis der er ledig kapacitet, kan der være en tendens til at slække på kriterierne til at visitere til en bolig, mens kriterierne bliver strammet, hvis kapaciteten er (for) lille, og der er venteliste.

Kvaliteten i plejeboligernes indretning mv. kan spille ind på borgernes valg mellem at modtage hjælp og pleje i eget hjem eller i en plejebolig.

I en kommune med en geografi som Vardes formodes det også at spille en rolle, at der er adgang til plejeboliger forholdsvis tæt på det område, man har levet sit liv i, inden man får behov for en plejebolig.

Det spiller samtidig ind, hvilke muligheder for hjælp og pleje i hjemmet, der er til rådighed. En udbygning af muligheder for at give hjælp og pleje i hjemmet kan således reducere behovet for plejeboliger, og her spiller det nære sundhedsvæsen og muligheden for at tilbyde samordnet pleje med et højt fagligt niveau en stor rolle. Det har også betydning, at der i Varde Kommune er ældreboligcentre, som tilbyder borgere en høj grad af tryghed, og som derfor udgør et alternativ til en plejebolig.

Endvidere har befolkningens behov for (omfattende) hjælp og pleje betydning for efterspørgslen efter plejeboliger. Her er følgende faktorer afgørende: Sygelighed, fysisk og psykisk funktionsevne samt husstandens sammensætning. Det er ofte sygdom eller svækkelse med et markant, varigt funktionsevnetab i samspil med psykiske eller socialt problematiske tilstande, der fører til et behov for indflytning i en plejebolig.

Vellykkede genoptrænings- og/eller rehabiliteringsindsatser, hvor borgerne bliver mere selvhjulpne, kan medvirke til, at behovet for plejeboliger reduceres.

Modellen adresserer ikke udviklingen i behovet for midlertidige døgnpladser, men det må antages, at denne vil være påvirket af opgaveglidningen fra det regionale sundhedsvæsen til det nære sundhedsvæsen i kommunen².

5.2 Prognose for lokale dækningsgrader ved uændret plejeboligmasse

Ovenstående er en generel model over faktorer, der påvirker efterspørgslen efter plejeboliger. Konkret er udviklingen i antallet af ældre en meget afgørende faktor for udviklingen i behovet for plejeboliger. Derfor sættes der i det følgende fokus på den demografiske udvikling og udviklingen i antallet af demente borgere.

Arbejdet med prognoser tager udgangspunkt i dækningsgrader, som beregnes ud fra et stabilt antal plejeboliger inkl. midlertidige pladser, sammenholdt med en fremskrivning af antallet af +85-årige i plejeboligernes lokale optageområde. Tallene skal tages med visse forbehold, da fremskrivningerne er fra 2012.

² Modelbeskrivelsen læner sig op ad E.B. Hansen og S.R. Rasmussen (2015), *Plejeboliger og handicapegnede boliger i Hvidovre Kommune*, KORA

Dækningsgraderne er opgjort separat for områderne³ og for hele Varde Kommune. Der skal i denne forbindelse tages forbehold for, at nogle plejeboliger, f.eks. specialplejehjemmet Søgården, rehabiliteringspladserne og en stor demensafdeling som Vinkelvejcentret, har et optageområde, der på grund af specialiseringen rækker ud over det geografiske lokalområde.

Tabel 6: Udvikling i dækningsgrader 2015 - 2025

Område Vest	2015	2020	2025
Poghøj			
Skovhøj			
Møllegården			
Tirstrup Plejecenter			
Blåbjerg Pleje- og Aktivitetscenter			
Antal +85-årige	391	441	513
Antal plejeboliger	131	131	131
Dækningsgrad	33,5	29,7	25,5

Område Øst	2015	2020	2025
Aktivitetscentret, Ølgod			
Vinkelvejcentret			
Sognelunden			
Ansager Plejecenter			
Helle Plejecenter			
Antal +85-årige	420	438	481
Antal plejeboliger	170	170	170
Dækningsgrad	40,5	38,8	35,3

Område Midt	2015	2020	2025
Carolineparken			
Lyngparken			
Søgården			
Antal +85-årige	366	438	511
Antal plejeboliger	170	170	170
Dækningsgrad	46,5	38,8	33,3

	2015	2020	2025
Varde Kommune total			

³ Baggrunden for områdeopdelingen i tabel 5 er historisk: Det var den inddeling, der blev brugt i plejeboligplanen fra 2008, idet områdeopdelingen fulgte de tre hjemmeplejedistrikter, Varde kommune på det tidspunkt var inddelt i. Da der ikke foreligger aktuelle fremskrivninger af befolkningsudviklingen fordelt på distrikter, er vi – indtil videre – nødt til at basere vores fremskrivninger på den inddeling, som blev anvendt dengang.

Antal +85-årige	1177	1317	1505
Antal plejeboliger	474	474	474
Dækningsgrad	40,3	35,0	31,5

Det ses, at det er i område vest og område midt (Varde by), der sker den største stigning i antallet af ældre, og dermed også det største fald i dækningsgraderne.

Det må derfor formodes, at det særligt er i disse områder, der fremadrettet kommer et øget pres på plejeboligmassen.

Flyttemønstret for fremtidens ældre kender vi af gode grunde ikke, hvorfor tallene skal tolkes med forbehold. I de anvendte demografiske fremskrivninger er der taget udgangspunkt i flyttemønstret fra 2007-2012. Hvis det ændrer sig væsentligt, f.eks. fordi ældre borgere i fremtiden i højere grad ønsker at forblive i deres oprindelige bolig (eller omvendt ønsker at flytte fra den), kan det påvirke de lokale dækningsgrader.

Undersøgelser viser, at ældre, der flytter i kommuner med lave salgspriser, i højere grad end de øvrige aldersgrupper, gør det for at komme til at bo mere centralt⁴, og at ældre i højere grad end øvrige aldersgrupper ønsker at bo centralt⁵.

Ses der på udviklingen i forhold til hvor de +65-årige er bosat i henholdsvis 2010 og 2015 i Varde Kommune, understøtter det i nogen grad den ovenstående tendens. Figuren kan ses i bilag 1 og er baseret på data fra Danmarks Statistiks statistikbank. I Varde og Oksbøl er en lidt større andel af de +65-årige bosat i de to byer i 2015 end det var tilfældet i 2010, mens det for de øvrige byer er gået den modsatte vej. Tabellen siger dog ikke noget om, hvorvidt ændringerne skyldes, at folk er flyttet, eller om det blot er den naturlige demografiske udvikling.

5.3 Fremskrivning af behovet for plejeboliger efter forskellige scenarier

KL har udarbejdet en model til fremskrivning af kommunernes behov for plejeboliger, som er baseret på Danmarks Statistiks demografiske fremskrivninger, og de informationer kommunerne indberetter om plejeboliger. Modellen er bygget op som en mekanisk fremskrivning af plejeboligbehovet ud fra andelen af personer i eller på venteliste til plejeboliger i de enkelte aldersgrupper. Dette "baseline"-forløb indebærer, at hvis antallet af personer i aldersgrupperne stiger eller falder, så vil behovet for plejeboliger ændres tilsvarende, alt efter hvilke forudsætninger der lægges ind i form af behovsgrad, opholdstid og tomgang (når boligen står ledig) i plejeboligmassen.

Modellen er senest opdateret maj 2014, hvilket betyder, at den anvender informationer og demografiske fremskrivninger fra dette tidspunkt. Data omkring beboernes alderssammensætning er dog fra november 2013. Datagrundlaget er således ikke opdateret. Denne mangel vurderes dog kun at have begrænset betydning.

⁴ Center for boligforskning (2007), *Ældres mobilitet på boligmarkedet i vækst- og stagnationsområder*.

⁵ Center for Bolig og Velfærd – Realdania Forskning (2009), *Befolkningens boligønsker*

Fremskrivningerne er sket ud fra belægning og venteliste primo juli 2015. På det tidspunkt var der 13 borgere på venteliste. Den aktuelle situation på det tidspunkt fremskrivningerne baseres på har væsentlig betydning for resultatet. Var der i stedet taget udgangspunkt i situationen primo marts 2015, hvor der var 34 borgere på venteliste, fremskrives det øgede behov for hele perioden. Resultaterne er derfor behæftede med en væsentlig grad af usikkerhed.

I modellen er der mulighed for at lægge forskellige udviklinger i behovsgraderne ind for at illustrere, hvilke konsekvenser det vil have for det fremtidige behov. KL har på forhånd lagt tre forskellige scenarier ind i modellen, hvoraf to benyttes i dette notat.

KL gør sig i forbindelse med modellen ingen overvejelser om, hvorvidt der er ét scenarie, der vurderes, at være mere realistisk end andre.

KL skønner, at en borger i gennemsnit har et plejeboligbehov i 30 måneder, dette er inkl. den tid, hvor borgere står på venteliste. Dette stemmer overens med træk fra 2012, der viser, at den gennemsnitlige opholdstid for borgere på plejehjem i Varde Kommune var 29,4 måneder.

Baseret på de nuværende belægningsprocenter er tomgangen sat til 0,5 måned pr. beboer. På trods af at der er venteliste til plejeboliger, vil der altid være boliger, der står tomme i forbindelse med istandsættelse mellem ud- og indflytninger.

Antallet af plejeboliger er fremadrettet sat til 471, som er det totale antal plejeboliger, Varde Kommune har visitationsretten til efter, at beslutningen om at lukke tre midlertidige boliger er effektueret, jf. tabel 1.

Endvidere er det forudsat, at der ikke ændres på visitationskriterierne.

5.3.1 Nuværende behovsgrader i Varde Kommune

Behovsgraden udtrykker, hvor stor en del af befolkningen i en andersgruppe, der har behov for en plejebolig. Den aktuelle behovsgrad for borgere over 90 år er f.eks. på 31,92, da 128 borgere ud af de 401 borgere over 90 år i Varde Kommune enten bor i en plejebolig, eller står på venteliste hertil.

Nedenfor i kolonne 3 ses den nuværende behovsgrad baseret på det indberettede antal indskrevne borgere i plejebolig i Varde Kommune fra 2014 samt borgere på venteliste medio 2015. De nuværende behovsgrader bruges også i fremskrivningsscenarie 1.

I tabellens kolonne 4 og 5 er anført fiktive behovsgrader for 2025, der bruges i fremskrivningsscenarierne 2 og 3. Nærmere herom senere.

Den samlede behovsgrad i rækken "I alt" er den fremskrevne behovsgrad for den samlede befolkning i Varde Kommune i 2025. Det vil sige at i alt 1,23 % eller 603 ud af de 49.025 borgere, der ifølge den demografiske fremskrivning vil være i Varde Kommune i 2025, vil have behov for en plejehjemsplads, hvis den nuværende behovsgrad, som anvendes i scenarie 1, fortsat er aktuel på det tidspunkt.

Tabel 7: Nuværende behovsgrad samt behovsgrader i 2025 i de tre fremtidsscenarier

	Personer	Nuværende	Behovsgrad	Behovsgrad
--	-----------------	------------------	-------------------	-------------------

	med behov	behovsgrad (scenarie 1)	scenarie 2	scenarie 3
Under 60 år	14	0,04	0,11	0,04
60-64 år	12	0,36	0,41	0,32
65-66 år	8	0,63	0,44	0,57
67-74 år	53	1,19	0,86	1,07
75-79 år	56	2,98	2,02	2,68
80-84 år	89	6,63	4,76	5,96
85-89 år	114	14,47	10,78	13,02
Over 90 år	128	31,92	26,93	28,73
I alt	474	1,23 (2025)	0,99 (2025)	1,11 (2025)

5.3.2 Forventninger til fremtidens plejeboligbehov i Varde Kommune

Ifølge de demografiske fremskrivninger vil der i 2025 vil være 1.604 borgere i Varde Kommune over 85 år mod 1.204 i dag.

Samtidig er andelen af borgere med kroniske sygdomme i Varde Kommune ifølge Region Syddanmarks seneste sundhedsprofil stigende⁶. Dette er en generel tendens, som kan skyldes forbedrede behandlingsmuligheder og øget middellevetid, og den medfører, at flere lever længere med deres kroniske sygdomme end tidligere.

En særlig udfordring kan være en evt. stigningen i antallet af demente. Det har indtil for nyligt, været anset for sandsynligt, at antallet af demente vil stige markant i fremtiden. Prognoser har vist, at Varde Kommune kan forvente at der i 2025 vil være 1.149 borgere med demens - mod 908 i 2015⁷. Et nyt studie baseret på data fra flere europæiske lande, viser dog at forekomsten af demens synes at være stagneret, eller ligefrem faldet⁸, prognoserne bør derfor tolkes med forsigtighed.

Det er også nødvendigt at være opmærksom på stigningen i antallet af plejkrævende svært overvægtige borgere, som stiller særlige krav til de fysiske rammer.

Samtidig tegner Den nationale Sundhedsprofil fra 2013⁹ dog et billede af, at fremtidens ældre forventes at have en bedre sundhedstilstand end tidligere. Både mænd og kvinder har gennem de seneste år oplevet en stigning i gennemsnitlig levetid og får flere leveår uden langvarig sygdom. En undersøgelse peger i retning af, at effekten af dette er en udskydelse med cirka et år af det tidspunkt, hvor alvorlige begrænsninger i evnen til at udføre sædvanlige daglige aktiviteter sætter ind¹⁰. Herfra kan man dog næppe slutte direkte til behovet for at bo i en plejebolig.

⁶ Region Syddanmark (2013), *Hvordan har du det? – trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark*.

⁷ Nationalt Videnscenter for Demens (2013), *Forekomst af demens hos ældre i Danmark, Region Syddanmark og 22 kommuner 2013-2014*.

⁸ *The Lancet*, 2015; *Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making*

⁹ Sundhedsstyrelsen: *Den Nationale Sundhedsprofil 2013*. København 2014.

¹⁰ *Scandinavian Journal of Public Health* (2015): *Improvement in health expectancy at ages 50 and 65 in Denmark*

Også socioøkonomiske faktorer kan påvirke behovet for plejeboliger. Jo højere uddannelse en person har, jo mindre er sandsynligheden for, at personen er visiteret til hjemmepleje¹¹. Sammenhængen skal formodentlig forklares ved, at uddannelseslængde har betydning for risikoen for at blive ramt af en funktionsnedsættelse. Derimod er det usikkert, om uddannelseslængde spiller en rolle for sandsynligheden for at få hjælp ved en given funktionsnedsættelse. Under alle omstændigheder må et stigende uddannelsesniveau i en befolkning forventes at reducere behovet for hjælp. Det vil sandsynligvis også gælde behovet for en plejebolig, selvom der ikke er danske undersøgelser, der belyser dette. Fra 2006 til 2014 har der i Varde Kommune været et fald i andelen af 65-69-årige uden uddannelse ud over grundskolen og en stigning i andelen med erhvervsuddannelse eller videregående uddannelse¹². De årgange, som i de kommende år rykker op i aldersklasser, hvor der er en relativt stor risiko for et behov for hjælp og pleje, har altså en højere uddannelse end dem, som i dag befinder sig i disse aldersklasser. Det trækker i retning af, at andelen med behov for hjælp og pleje, herunder plejebolig, vil være mindre i 2025 end i dag.

Ældresagens fremtidsstudie baseret på 4.000 danskere, som har fortalt om deres ønsker og forventninger til deres liv som ældre, viser, at de kommende års ældre i langt højere grad, end de ældre vi hidtil har kendt, forventer at bevare så meget kontrol over deres tilværelse som muligt så længe som muligt¹³.

Hertil kommer, at Ældresagen i en undersøgelse fra 2012 konkluderer, at de ældre i højere grad fremover vil foretrække at blive boende i eget hjem¹⁴.

Det aktuelle fokus på rehabilitering, senest med indførelsen af § 83a i lov om social service, som giver borgeren en lovbestemt ret til at få vurderet sit rehabiliteringspotentiale, taler desuden for, at borgerne i højere grad vil være selvhjulpne i fremtiden.

KORA konkluderer efter en gennemgang af forskningen om udviklingen i ældres behov følgende¹⁵:

”Ser man på tværs af de gennemgående studier, tegner der sig en tendens til en forbedring i funktionsevnen i daglige aktiviteter især blandt ældre kvinder. Forbedringen er observeret i alle aldersgrupper fra 75 år og opefter. Undersøgelserne giver imidlertid ikke et klart billede af, om forbedringerne også vedrører nedsættelse i funktionsevnen, der er så alvorlig, at den kan give behov for indflytning i plejebolig.”

Når de forskellige tendenser sammenholdes, taler det samlet set for, at det er sandsynligt, at behovsgraden for den enkelte aldersgruppe bliver mindre i fremtiden, men at de personer, der

during the period 2004-2011.

¹¹ Socialstyrelsen (2013): Målgruppen for rehabilitering til hverdagens aktiviteter. Hvad karakteriserer målgruppen, og hvad motiverer til rehabilitering?

Scandinavian Journal of Public Health (2015): Improvement in health expectancy at ages 50 and 65 in Denmark during the period 2004-2011.

¹² Danmarks Statistik: Statistikbanken

¹³ Ældresagens fremtidsstudie (2010); <http://www.aeldresagen.dk/aeldresagen-mener/fremtidsstudie/bolig/Sider/default.aspx>

¹⁴ Ældresagen (2012), Holdninger til plejehjem

¹⁵ KORA (2015), Plejeboliger og handicapegnede boliger i Hvidovre Kommune

får behov for en plejebolig, vil have et mere sammensat sygdomsbillede og behov for mere specialiserede tilbud.

5.3.3 Fremskrivning efter forskellige scenarier

I dette afsnit illustreres forskellige scenarier for det fremtidige plejeboligbehov.

Scenarierne illustrerer, hvordan plejeboligbehovet *kan* komme til at se ud i fremtiden.

Der beskrives tre scenarier:

Scenarie 1 er fremskrivning med uændret behovsgrad for de enkelte aldersgrupper.

I scenarie 2 er der et årligt fald i behovsgraden gennem hele perioden, svarende til den gennemsnitlige årlige udvikling fra 2007-2013.

I scenarie 3 falder behovsgraden med 10 procent over en periode på 10 år.

Scenarie 1: Fremskrivning af plejeboligbehov ved uændret behovsgrad

Ved en stabil behovsgrad og en uændret plejeboligmasse ses det ud fra tabel 8, at der i 2025 vil være en massiv mangel på plejeboliger. Der vil være behov for at etablere cirka 125 plejeboliger.

Den samlede "behovsgrad" for +85-årige ændrer sig, på trods af, at de aldersspecifikke behovsgrader ikke ændrer sig. Det skyldes, at befolkningssammensætningen ændrer sig, således at gennemsnitsalderen i gruppen bliver højere.

Årsagen til, at der er venteliste primo 2015 på trods af, at antallet af plejeboliger svarer til antallet af borgere med behov for en plejebolig, skyldes den såkaldte tomgang i forbindelse med ind- og fraflytning, som er nævnt tidligere.

Scenariet er et af grundscenarierne i KL's model. Forvaltningen vurderer, at det er et pessimistisk scenarie, da det ikke tager højde for forventningerne om, at fremtidens ældre vil have et reduceret plejebæhov.

I vurderingen af scenariet er det relevant at understrege den usikkerhed, der ligger i at basere scenariet på ventelister og belægningsprocenter på et givet tidspunkt, som her er primo juli 2015. Havde scenariet i stedet været baseret på situationen primo marts 2015, ville ventelisten være forøget med 20 borgere i 2025.

Tabel 8: Fremskrivning af plejeboligbehov ved uændret behovsgrad

	2015	2020	2025
Venteliste primo året	11	64	141
Antal borgere i kommunen med behov	474	527	603
Antal boliger i alt	474	471	471
Svarende til behovsgrad + 85-årige	40,3	40,0	40,1

Scenarie 2: Fremskrivning af plejeboligbehov ved et årligt fald i behovsgraden svarende til udviklingen på landsplan i perioden 2007-13

Det ses, at der med denne udvikling og en stabil plejeboligmasse i 2025 ikke vil være væsentlige ændringer i behovet for plejeboliger.

Scenariet er forvaltningens bud på et optimistisk scenarie, idet den absolutte ændring i behovsgraderne jævnfør tabel 7 er af en væsentlig størrelse, især for de ældre årgange.

I vurderingen af scenariet er det igen relevant at pege på den usikkerhed, der ligger i at basere scenariet på ventelister og belægningsprocenter fra et givet tidspunkt, som her er primo juli 2015. Havde scenariet i stedet været baseret på situationen primo marts 2015, ville ventelisten være forøget med 20 borgere i 2025.

Tabel 9: Fremskrivning ved faldende behovsgrad svarende til udviklingen fra 2007-13

	2015	2020	2025
Venteliste primo året	11	16	26
Antal borgere i kommunen med behov	474	479	489
Antal boliger i alt	474	471	471
Svarende til behovsgrad + 85-årige	40,3	36,4	32,5

Scenarie 3: Fremskrivning af plejeboligbehov ved et fald i behovsgraden på 10 % over 10 år

Scenariet er med et moderat fald i plejeboligbehovet en mellemting mellem de to forudgående scenarier.

Det ses, at der med denne udvikling og en stabil plejeboligmasse vil mangle cirka 70 plejeboliger i år 2025.

I vurderingen af scenariet er det igen relevant at pege på den usikkerhed, der ligger i at basere scenariet på ventelister og belægningsprocenter fra et givet tidspunkt, som her er primo juli 2015. Havde scenariet i stedet været baseret på situationen primo marts 2015, ville ventelisten være forøget med 20 borgere i 2025.

Tabel 9: Fremskrivning ved et fald i behovsgraden på 10 % over 10 år

	2015	2020	2025
Venteliste primo året	11	44	82
Antal borgere i kommunen med behov	474	507	544
Antal boliger i alt	474	471	471
Svarende til behovsgrad + 85-årige	40,3	38,5	36,2

5.4 Behov for udbygning

Det kan ikke udelukkes, at der vil være behov for udbygning af plejeboligmassen frem til 2025.

Men det kan heller ikke med sikkerhed fastslås, at der er behov for udbygning. Det skyldes, at

fremtidens behov for plejeboliger påvirkes af en kompleks række af individuelle og samfundsmæssige forhold, som det på ingen måde er ligetil at forudse.

Det, der taler for, at behovet øges i fremtiden, er den demografiske udvikling med flere ældre, hvor der jævnfør afsnit 5.2 skal ske markant nedgang i de enkelte aldersgruppers behovsgrader frem til 2025, hvis plejeboligmassen på det tidspunkt skal modsvare behovet.

Det, der kan tale imod at udvide plejeboligmassen, er, at Varde Kommune jævnfør afsnit 4.2 i forvejen har en relativt høj dækningsgrad, sammenlignet med nabokommunerne. Dækningsgraden vil, hvis plejeboligmassen ikke udvides, jævnfør afsnit 5.1 falde til 31,5, som svarer til den dækningsgrad, der er i Vejen Kommune i dag.

Som det fremgår af afsnit 3.4, har der i det seneste år været stor variation i efterspørgslen efter plejeboliger, hvilket også illustrerer, at man bør være varsom med til at generalisere i forhold til et øjebliksbillede. Der arbejdes derfor også fremadrettet med at registrere belægningsprocenter, ventelister og søgemønstre, hvor det registreres, hvor borgerne søger plejeboliger i forhold til deres oprindelige geografiske udgangspunkt. På denne måde sikres der et solidt datagrundlag til fremtidig beslutningstagning på området.

6.0 Hensyn plejeboligerne skal opfylde

Først og fremmest skal plejeboliger opfylde beboernes behov for trivsel og for et godt liv. Det stiller krav til boligkompleksets udformning, til boligen, til placeringen og til omgivelserne. Der er dertil også nogle borgergrupper, som har særlige behov, der i videst muligt omfang bør tages hensyn til.

Desuden skal behovet for teknologiske løsninger, arbejdsmiljø samt muligheden for at effektivisere driften af plejeboligerne tænkes ind, når der planlægges byggeri.

Disse forhold vil blive belyst i dette afsnit.

Ud fra nedenstående anbefalinger, vil de eksisterende plejeboliger blive gennemgået. Der vil blive set på, hvor der er potentiale til forbedringer.

6.1 Trivsel

Den mest omfattende danske analyse af, hvilke faktorer i forbindelse med plejeboligers udformning der er afgørende for beboernes trivsel, er fra 2008 og indgik som grundlag for Varde Kommunes plejeboligplan fra dette år¹⁶.

Rapporten peger bl.a. på vigtigheden af, at der lægges vægt på hjemlighed. Både i fællesarealer, i udformningen af hele plejeboligkomplekset og i boligen.

Beliggenhed har betydning, idet mange ønsker at bo i nærheden af det område, hvor de har levet deres liv, inden de flyttede i plejebolig. Beliggenhed handler også om tilgængelighed til og fra plejeboligen. Adgang til udearealer og natur er en faktor, der skal tages højde for, idet dette har betydning for beboernes trivsel.

¹⁶Servicestyrelsen (2008), *Trivsel & plejeboligens udformning*.

Om udformningen af plejeboligheder konkluderer rapporten på baggrund af interviews med beboere, at der i boenheder med 10-12 personer er den højeste trivsel, og at det samlede plejeboligkompleks med fordel kan indeholde otte boenheder. Denne størrelse giver også mulighed for, at der konstant kan være personale i aftenvagt i enheden og nattevagt i komplekset, hvilket giver tryghed for beboerne. Det skal bemærkes, at det i en kommune med Vardes geografiske udstrækning kan komme i modstrid med ønsker om, at plejeboliger er placeret i nærheden af, hvor man tidligere har levet sit liv. Videre nævner rapporten, at fællesarealer med fordel kan udformes som et alrum, der kan opdeles i mindre områder, og hvor der er udsyn, men ikke uskærmede vinduespartier. Endelig nævnes det, at der bør være brede gangarealer, så der tillades en vis møblering og udsigtsposter, idet disse forhold fremmer hjemligheden.

Udearealer er vigtige for beboernes trivsel. Dels fremmer det trivslen at have udsyn til grønne arealer. Og trivslen fremmes også, hvis muligheden for at komme ud er lige ved hånden, og hvis personalet har en positiv holdning til udeliv¹⁷.

6.2 Teknologiske løsninger

Teknologiske løsninger bør i videst mulig grad bruges til at understøtte beboeres mulighed for færden, tryghed, stimulation og social inklusion. Teknologi kan også anvendes til at sikre de ældre en høj grad af selvhjulpethed. Desuden bør teknologiske løsninger inddrages for at sikre et godt arbejdsmiljø for personalet.

Som eksempler på velafprøvede teknologier, der bør indtænkes i plejeboliger, kan nævnes:

- Intelligente låse, nøglekort, sensorteknologi og positioneringsudstyr (tryghed og lettere arbejdsgange for personalet).
- Vaske-/tørretoiletter, "smarte" møbler, fjernbetjening af gardiner, kontakter og indeklimateknologi, hæve-/sænkeskabe mm. (selvhjulpethed).
- Spil og animationer (stimulation, genoptræning).
- Kommunikationsværktøjer (kontakt til pårørende og netværk, social inklusion).
- Døre der åbner sig automatisk for de rigtige borgere (selvstændig færden og tryghed)

Det er også vigtigt, at de løsninger, der allerede eksisterer, understøttes optimalt, f.eks. GPS-teknologi, og at det altid kritisk vurderes, om der er andre, ikke teknologisk baserede løsninger, som for færre midler, kan give den ønskede effekt. Det kan f.eks. være i forhold til beslutningstagning omkring sikring af demente borgeres mulighed for at færdes frit på plejecentrets område. Her kan elektroniske løsninger baseret på GPS-teknologi være en løsning, men løsninger baseret på fysiske inden- og udendørs afgrænsninger, kan i mange tilfælde være lige så effektive, og føles mindre indgribende for borgeren.

6.3 Effektiv drift

Ved en eventuel udbygning af plejeboligmassen er det vigtigt, at der er fokus på effektiv drift af boligerne.

¹⁷ AKF (2011) *Adgang til natur for beboere i plejeboliger*.

I Erhvervs- og Byggestyrelsens og RealDanias "Modelprogram for plejeboliger" (2010) hedder det:

"Byggerier med 60-80 boliger har på mange måder vist sig at være driftsøkonomisk rationelle samtidig med, at opdeling i mindre boenheder kan fastholde og understøtte hjemlighed, mangfoldighed mv."

Fordelene ved de større enheder er bl.a., at man kan opnå en bedre udnyttelse af personalet, en bedre vagtplanlægning, et fagligt løft i form af bedre mulighed for tværfagligt samarbejde og bedre muligheder for at rekruttere specialkompetencer. I Varde Kommune findes enheder af denne størrelse kun på Lyngparken og Carolineparken.

På den baggrund må det anbefales, at der – hvis der skal ske udvidelser af plejeboligmassen – så sker dette ved at foretage udvidelser af eksisterende plejehjem.

6.4 Flexibilitet og arbejdsmiljø

Ved en eventuel udbygning af plejeboligmassen er det vigtigt, at alle boligerne lever op til de pladskrav, der er i forhold til arbejdsmiljø. Her afhænger kravene bl.a. af antallet af nødvendige hjælpere og antallet og typen af hjælpemidler, som borgeren anvender i det daglige. Kravene er derfor ikke ens for alle borgere, hvilket gør at en vis fleksibilitet, særligt i forhold til størrelsen af soveværelset, er en stor fordel. Dette kan imødekommes ved at bygge plejeboliger med flytbare vægge, som det f.eks. er tilfældet i nogle af boligerne i Carolineparken og Blåbjerg Pleje- og Aktivitetscenter.

Et andet forhold, der er en fordel ved at bygge boligerne med en vis fleksibilitet er, at en fleksibel indretning også betyder, at boligen i højere grad er egnet til ægtepar, som søger plejebolig, da det alt andet lige oftest kræver et større soveværelse.

Dertil kommer, at der skal tænkes servicearealer ind, f.eks. kontorfaciliteter, samtalerum, og lokaler til andre faciliteter som plejecentret skal rumme. Det er en stor fordel, hvis servicearealerne indrettes, så der er tale om fleksible rum, med en bred anvendelighed.

6.5 Borgere med særlige behov

Alle borgere har individuelle behov, og det gælder i høj grad også for borgere, der bor i plejebolig. Behovene stiller ofte krav til den fysiske indretning og nærmiljøet.

Det er altid første prioritet, at kunne tilgodese borgere med særlige behov i almene plejeboliger, og det er derfor vigtigt, at plejeboligerne generelt imødekommer mange forskellige behov.

I nogle tilfælde er borgernes behov dog af en karakter, der gør, at det er hensigtsmæssigt at tilbyde et specialiseret tilbud. Dette er årsagen til, at Varde Kommune pt. har enheder med plejeboliger til svært demente borgere på Lyngparken, Skovhøj og Vinkelvejcentret, samt plejeboliger til borgere med tidligere eller aktivt misbrug på Søgården.

De kommende afsnit beskriver, hvordan rammerne omkring plejeboligen bedst muligt understøtter nogle udvalgte borgergruppers særlige behov. Dette kan både være i form af nogle særlige fysiske rammer, der udbredes generelt eller i udvalgte boliger, men også ved at der samles grupper af borgere i særlige enheder, for f.eks. at tilgodese et specialpædagogisk behov.

6.5.1 Demente borgeres særlige behov

Demente vil nyde godt af, at plejeboliger etableres efter de principper, der kort er omtalt i afsnit 6.1. Der er dog en række forhold, der er særligt vigtige i udformningen af plejeboliger med henblik på at fremme dementes trivsel. Her kan nævnes:

- en klar og enkel planløsning, så plejehjemmet og de enkelte afdelinger er nemme at orientere sig i,
- en planløsning som betyder, at personalet generelt ikke bevæger sig langt væk fra den enkelte borger, så borgeren føler sig tryk,
- at hele plejecentret er bygget op om en sansehave,
- at der er opsat hegn omkring haveområdet,
- at udearealer er anlagt med stier i sløjfer, så demente ikke ledes ud af området,
- demenssikring ved hjælp af sensorer og brug af GPS,
- godt med dagslys – så sover man bedre om natten,
- tydelige farveforskelle på døre og vægge,
- at glasaltaner og glasarealer bør undgås¹⁸.

Der bliver flere demente i de kommende år, jf. afsnit 5.1. Derfor vil der også fremover være flere demente beboere i plejeboliger. Det vil stille krav om demensvenlig indretning af alle plejehjem. Men der vil også være behov for boenheder til demente med særlige behov. Den faglige anbefaling er, at sådanne enheder ikke må blive for små. Enhederne bør have en størrelse på mindst 20 boliger.

Det anbefales, at alle plejecentre gennemgås med henblik på anbefalinger om demensvenlig indretning af såvel inde- som udearealer.

6.5.2 Meget svært overvægtige borgeres særlige behov

I 2013 var 13,2 % af de +75-årige svært overvægtige, defineret ved et BMI >30¹⁹, og forekomsten af svært overvægtige borgere er højere blandt gruppen af borgere mellem 60-75, hvilket indikerer, at andelen af svært overvægtige ældre vil være større fremadrettet.

Håndtering af sådanne borgere fordrer ofte større hjælpemidler og flere medarbejdere i forbindelse med forflytninger m.m. Derfor er der helt særlige krav til pladsforhold og indretning af plejeboliger til denne borgergruppe. Skal der opføres nye plejeboliger, bør det derfor overvejes, om nogle af boligerne skal opfylde disse særlige krav.

¹⁸ Ældresagen (2014) Tænk demens ind i plejeboligen,

¹⁹ $Vægt \text{ i kg} / (Højde \text{ i m})^2 = BMI$

Ses der på, hvor mange hjælpemidler der er dimensioneret til meget svært overvægtige borgere, der aktuelt er udlånt i Varde Kommune, er der tale om 12 kørestole og 10 rollatorer, heraf har en del borgere begge hjælpemidler.

Der findes ikke umiddelbart data, der på bedre vis kan kvalificere et bud på, hvor stor en andel af plejeboligbeboerne der fremadrettet vil have et BMI>35, som generelt anses for det niveau, hvor det kræver ekstraordinære fysiske rammer at pleje en borger. Hvis blot to procent af plejeboligbeboere er meget svært overvægtige, er der behov for, at ti plejeboliger indrettes, så de opfylder kravene i forbindelse med pleje af meget svært overvægtige borgere.

Indtil videre har udfordringen med plejeboliger til meget svært overvægtige borgere været løst ad hoc. Der eksisterer optegnelser²⁰, hvor alle plejeboliger i kommunen er vurderet, i forhold til graden af egnethed til meget svært overvægtige borgere, men i udgangspunktet findes der ikke boliger, der i fuldt omfang lever op til pladskravene. Når en meget svært overvægtig borger skal flytte i plejebolig, er det derfor generelt en udfordring at finde en egnet bolig. Dette har bl.a. medført, at permanente vægge er blevet flyttet i plejeboliger, inden eller efter at borgeren er flyttet ind.

Opførelse af plejeboliger, der lever op til pladskravene til meget svært overvægtige borgere, vil skabe udfordringer i flere sammenhænge. Boligerne er dyrere at opføre, og huslejen i boligen forventes at blive forhøjet på grund af det øgede areal, da der maksimalt gives boligydelse til en bolig svarende til 65 m². Det betyder, at det kan være vanskeligt for borgeren at have råd til huslejen. Dertil kommer, at det kan være vanskeligt at sikre, at der er ledig kapacitet, når der er behov, uden at boligerne kommer til at stå unødigt tomme. En løsning på dette problem kan være, at man inddrager de særlige boliger til meget svært overvægtige borgere, som en del af den midlertidige boligmasse, og gør boligen permanent, når der er en borger, der har behov for den. Dette er dog ikke uden administrative udfordringer, og skaber desuden udfordringer i beboerens daglige liv, da de fleste midlertidige boliger i dag er samlet i klynger. Det kan også være en løsning, at de midlertidige boliger, som er egnede til meget svært overvægtige borgere, fungerer som en indslusningsbolig, hvor borgeren bor, indtil der er etableret egnede forhold i en permanent plejebolig.

Beslattes det at opføre boliger til meget svært overvægtige borgere, er det vigtigt, at der ikke alene tages hensyn til arbejdsmiljøet i plejeboligen, når boligen skal dimensioneres, men også underlagets bæreevne og forholdene i de øvrige omgivelser. Dette handler bl.a. om størrelser på døråbningen i fællesområder og maximal belastning af elevatorer.

6.5.3 Yngre borgeres særlige behov

Der er løbende en række yngre beboere på plejehjem. Det kan være borgere, der er født med omfattende fysiske handicaps, som er ramt af sklerose, muskelsvind, hjerneskade eller andet. Selvom denne gruppe af borgere har forskellige ønsker og behov, er det dog en overvejelse værd, om deres lave alder - i forhold til andre beboere – i sig selv taler for, at de har

²⁰ *Oversigt over ældre og plejeboliger i Varde Kommune – Kategorisering i forhold til pladskrav og plejeforhold. Acadre dokument nr. 95123-13.*

Midlertidig bolig til bariatriske borgere Acadre dokument nr. 13960-15.

sammenfaldende interesser og andre psykosociale behov end gruppen af ældre plejeboligbeboere, og at det derfor bør overvejes at oprette en afdeling til yngre plejehjemsbeboere. En model der anvendes i andre kommuner med succes.

Aktuelt er der 14 borgere under 60 år, der bor i plejebolig i Varde Kommune. Otte af borgerne bor i plejebolig på Søgården.

6.5.4 Udviklingshæmmede borgeres behov

På specialområdet er man ved at afdække behovet for plejepladser til udviklingshæmmede.

Opdatering på afdækningen, er der nye konklusioner?

Det står klart, at der vil blive flere udviklingshæmmede med plejebestov i de kommende år. Behovet kan tilgodeses på tre forskellige måder:

- 1) Ved at skabe plads til målgruppen i en afdeling på et plejehjem.
- 2) Ved inklusion af de enkelte plejekrævende borgere enten i plejehjem eller i botilbud på specialområdet.
- 3) Ved etablering af et særligt afsnit på et botilbud på specialområdet. De tre metoder kan kombineres.

Vurderingen på nuværende tidspunkt er, at der ikke er basis for at skabe et særligt afsnit eller en afdeling på et plejehjem til målgruppen. I stedet sigtes der imod, at der i (nogle) boliger i et afsnit på Rosenvænget skabes plads til udviklingshæmmede med plejebestov i forbindelse med den forestående renovering der.

7.0 Træningsfaciliteter og sygeplejeklinikker

Træningsfaciliteterne i Varde Kommune har historisk set været placeret på plejecentrene, og det samme gør sig til dels gældende for sygeplejeklinikkerne. Det er derfor nødvendigt at forholde sig til de behov og udfordringer, der ligger på området, i forbindelse med en plejeboligplan, da det har betydning for en evt. udvidelse/ændring af servicearealerne.

7.1 Træningsfaciliteter

Træningsfaciliteterne er fordelt på kommunens plejecentre. Af bilag 2 fremgår det, hvor træningsfaciliteterne er placeret.

7.1.1 Udviklingen i antallet af træningsforløb

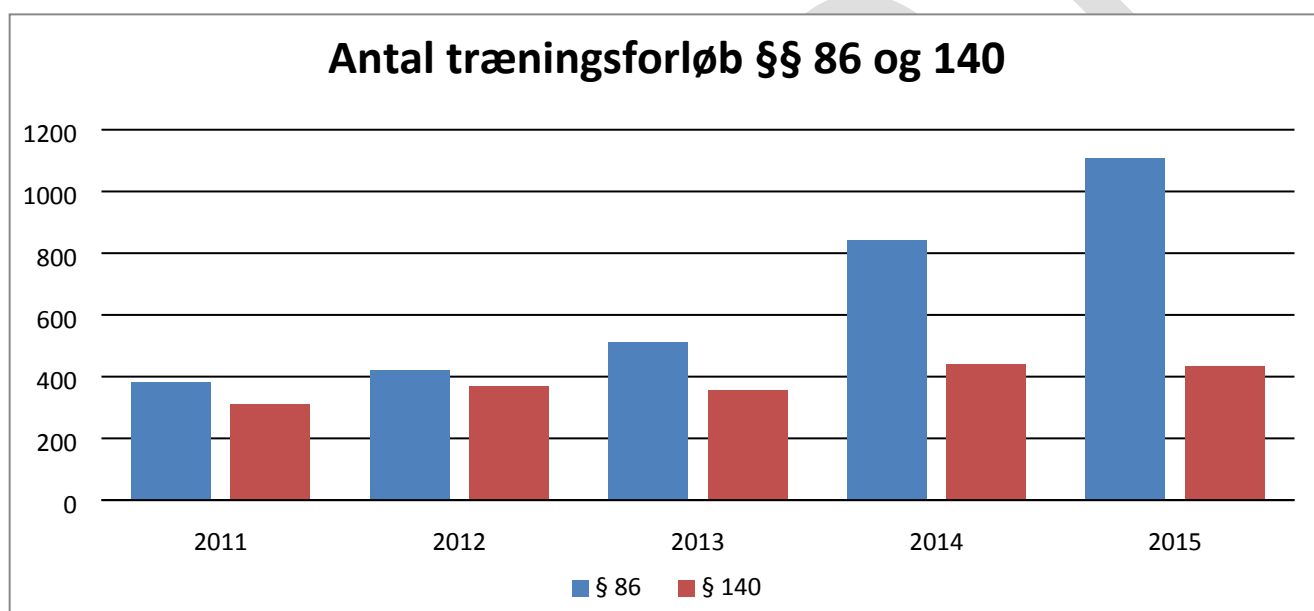
Træningen, der gennemføres i lokalerne på plejecentrene, er primært den komplekse genoptræning efter sygehusindlæggelse (Sundhedslovens § 140²¹), samt genoptræning og vedligeholdelsestræning (Servicelovens § 86²²). Opgaven omkring genoptræning efter

²¹ § 140. "Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84 om genoptræningsplaner."

²² § 86, stk. 1. "Kommunalbestyrelsen skal tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse"

§86 Stk. 2. "Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor."

sygehusindlæggelse overtog kommunerne i 2007, og træningen foregår stort set i de samme fysiske rammer som der var til rådighed på overtagelsestidspunktet. Aktivitetsniveauet på disse opgaver er, som det fremgår af figur 10, generelt steget siden 2011. Den generelle stigning skyldes stigende fokus på træning og rehabilitering, og for § 86 vedkommende især en udvikling i typerne af indsatser, der tilbydes under § 86, hvor hverdagsrehabilitering, udredningsforløb, og holdtræning til særlige diagnosegrupper er nye indsatser, der ikke har været tilbudt tidligere. Sammenholdt med udviklingen af det nære sundhedsvæsen, en stadig faldende indlæggelsestid, og en forventet stigning i antallet af +65-årige på 11,7 % i Varde Kommune frem mod 2020, forventes antallet af genoptræningsforløb såfremt serviceniveauet fastholdes, at stige i fremtiden, om end for § 86's vedkommende ikke helt i samme tempo som siden 2011.



Figur 10 Træningsforløb efter SUL §140 samt SEL §86

7.1.2 Brugen af træningsfaciliteterne

Under træningsforløbene efter §§ 86 og 140 trænes der ofte såvel i borgerens eget hjem og i træningslokalerne i lokalområdet, udredningsforløb og hverdagsrehabilitering foregår dog almindeligvis altid i borgerens eget hjem. Praksis er i dag således, at borgeren træner på nærmeste center. Lokalerne på centrene har forskellig størrelse, og der er adgang til varierende grader af udstyr, hvilket er afgørende for hvilken træning, der kan gennemføres på stederne. Der er ingen af træningsstederne, der råder over aflukkede rum til samtaler, undersøgelser, behandlinger eller træning, der ikke kan gennemføres i åbne lokaler. Er der ikke de nødvendige faciliteter til rådighed lokalt henvises borgerne, såfremt de magter transporten videre til det nærmeste sted, der dækker behovet, ellers varetages træningen lokalt på det niveau, der er muligt. Der findes ikke træningslokaler i den nordvestlige del af kommunen omkring Nr. Nebel, hvilket betyder, at borgere må tage til Varde eller Ølgod for at træne, eller at træningen må foregå i borgerens eget hjem, uden adgang til redskaber til kredsløbs- og styrketræning.

Ud over at træningslokalerne benyttes til visiteret træning, anvendes de også i varierende grad af beboere i plejeboligerne, borgere på træningsophold og daghjemsbrugere.

Træningslokalerne på Carolineparken i Varde, Aktivitetscentret i Ølgod, Helle Plejecenter og Poghøj i Oksbøl, er der adgang til "åben træning", hvor borgere som afslutning på et visiteret forløb, kan fortsætte i et selvtræningsforløb på 3 måneder. Træningslokalerne på plejecentrene anvendes også til terapeutfaglige tests og undersøgelser, og i mindre omfang til vederlagsfri fysioterapi. I lokalerne på Carolineparken i Varde og på Aktivitetscentret i Ølgod gennemføres desuden forebyggende holdtræning for KOL- og hjertepatienter. Der findes ikke data, der konkret beskriver belastningen af de enkelte lokaler.

Det øgede aktivitetsniveau på området, har medført en større medarbejderstab hos Træning og Rehabilitering, hvilket betyder, at der generelt mangler faciliteter til kontorer, omklædning, spisepladser og møder. I dag har Træning og Rehabilitering personalefaciliteter på Carolineparken i Varde og på Aktivitetscentret i Ølgod.

7.1.3 Træningsfaciliteternes målgruppe og deres behov

Målgruppen for træning har ændret sig over tid. Borgerene, der i dag bevilges træning, har ofte et lavere funktionsniveau både fysisk og kognitivt end tidligere, hvilket har indflydelse på krav til indretningen af lokaler og til træningsredskaber og hvor langt borgeren kan/magter at transporterer sig til træning, hvorfor den geografiske placering af faciliteterne får betydning. Jo mere veludstyrede lokaler der er i nærområdet, jo flere træningsopgaver kan løses lokalt. Omvendt kan træningen foregå mere effektivt, hvis træningen samles få steder, eksempelvis vil der være større mulighed for at samle borgere på hold.

Det opleves, at borgerne, der visiteres til træning, oftere er svært overvægtige, hvilket både kræver mere plads og specielt inventar og udstyr, som man ikke råder over på i dag.

7.1.4 Faktorer af betydning for det fremtidige behov for træningsfaciliteter

Det fremtidige behov for træningsfaciliteter bestemmes blandt andet af:

- Mængden af genoptræningsplaner efter SUL § 140
- Det kommunale serviceniveau for træning efter SEL § 86
- Udviklingen i det nære sundhedsvæsen – kompleksiteten i opgaven
- Hvad faciliteterne skal bruges til og af hvem?
- Krav om/ønsker til geografisk dækning (nærhedsprincip)
- Placering og antallet af midlertidige trænings- og rehabiliteringspladser
- Hvordan man ønsker at bruge andre forhåndenværende lokale faciliteter i form af idrætscentre. Det er f.eks. oplagt at mulighederne for ambulante træning i Lerpøthallen, heriblandt bassintræning afdækket i forbindelse med det projekterede nybyggeri.

7.1.5 Scenarier for udvikling på træningsområdet og betydningen for krav til de fysiske rammer

Afhængig af hvordan træningsområdet udvikler sig, og hvilke opgaver faciliteterne fremadrettet skal løse, kan man forestille sig forskellige scenarier, som kan kombineres på kryds og tværs.

- 1. Faciliteter anvendes som i hidtil primært til visiteret træning efter §§ 86 og 140**
Ud fra hensyn til nærhedsprincippet og/eller effektiv drift, tages der stilling til hvor mange centre, der skal tilbyde individuel træning samt holdtræning. I denne forbindelse kan evt. tilskud til kørsel til træning også tænkes ind. Der udarbejdes herudfra løsninger, der håndterer udfordringerne i lokalerne i dag. Lokalerne skal tilpasses fremtidens træningsforløb og indrettes med rum til individuel træning, undersøgelser og samtaler, mulighed for brug af virtuelle løsninger, personalefaciliteter mv.
- 2. Faciliteter på plejecentrene anvendes som hidtil, samt i højere grad af plejecenterbeboer og daghjemsbrugere i understøttelse af den rehabiliterende indsats**
Forudsætter som beskrevet under 1., samt personaleressourcer til at understøtte træningen, da de færreste i gruppen kan anvende faciliteterne selvstændigt.
- 3. Faciliteter på plejecentrene anvendes som hidtil, og desuden udenfor almindelig åbningstid til forebyggende træning evt. ledet af frivillige.**
Forudsætter som beskrevet under punkt 1. Desuden skal målgruppe defineres. Redskaberne tilpasses målgruppens funktionsniveau, der uddannes frivillige, og der etableres nøglesystemer. Der kan evt. som led i forebyggelse af ensomhed etableres "cafemiljøer", for at understøtte muligheden for netværksdannelse.
- 4. Faciliteter på plejecentrene anvendes som hidtil, og desuden udenfor almindelig åbningstid af personalet, med henblik på forebyggelse af arbejdsskader og nedbringelse af sygefravær på ældre- og sundhedsområdet.**
Forudsætter som beskrevet under punkt 1. Desuden skal redskaberne tilpasses målgruppen, der skal etableres nøglesystemer, og der skal etableres en vejledningsordning til personalet.
- 5. Faciliteter på plejecentrene anvendes som hidtil, men den del af § 140 genoptræningen der i dag varetages af Varde Fysioterapi, varetages fremadrettet af Træning og Rehabilitering.**
Træffes der fremadrettet beslutning om, at Varde Kommune selv skal varetage alle almene genoptræningsforløb efter § 140, vil der blive behov for at udvide de fysiske rammer, og redskaber og lokaler vil skulle tilpasses målgruppen.

Det bemærkes, at der ikke er lavet beregninger på de økonomiske konsekvenser af ovenstående scenarier, hverken i forhold til det drift- eller anlægsmæssige. Det bemærkes, at jo mere faciliteterne anvendes, jo større driftsudgifter vil der være til rengøring, vedligeholdelse, reparation og udskiftning af inventar og maskiner, ligesom de forskellige scenarier i varierende omfang kan kræve personaleressourcer at etablere og drive.

Uanset om man ønsker en udvidet brug af faciliteterne i fremtiden eller ej, vurderes det nødvendigt, at evaluere de nuværende rammer ud fra det aktuelle behov, da faciliteterne kun delvist kan honorere det, som situationen er i dag.

7.2 Sygeplejeklinikker

Sygeplejen har traditionelt leveret sygeplejeindsatserne i patienternes eget hjem. Dette er naturligt og nødvendigt, især fordi en del af patienterne har svært ved at forlade hjemmet. En mindre del af indsatserne leveres i de tre sygeplejeklinikker, og der er både fra Sygeplejen og politisk hold gjort bestræbelser på at få en større andel af patienterne til at gøre brug af sygeplejeklinikkerne. Denne tendens ses også på landsplan. Det indgår i de planlagte besparelser for 2015-2018, at flere patienter skal gøre brug af klinikkerne.

De tre sygeplejeklinikker, som er placeret hhv. på Lerpøtvej 50 i Varde, på Poghøj i Oksbøl og på Aktivitetscentret i Ølgod. Placering af sygeplejeklinikkerne på plejecentrene anses for fordelagtig, både for patienterne og i forhold til at underbygge det tværfaglige samarbejde. Imidlertid er klinikken i Ølgod ikke velegnet til formålet, og de APV-mæssige forhold er utilstrækkelige, især med hensyn til lokalestørrelse. Antallet og placeringen af sygeplejeklinikker, kan derfor med fordel tænkes ind som et led i plejeboligplanen. Eksempelvis kan en ny sygeplejeklinik i Ølgod med fordel indgå, som en del af en eventuel renovering af Vinkelvejcentret eller på Aktivitetscentret. I forhold til kommunens demografi forekommer udvidelser umiddelbart relevante på følgende placeringer:

- Yderligere en klinik i Varde, det er oplagt, at denne placeres i det planlagte sundhedshus på Borgercenter Varde.
- En klinik i den sydøstlige del af kommunen.
- En klinik i området omkring Nørre Nebel.

I forhold til prioritering, er behovet for en klinik, der opfylder det APV-mæssige krav i Ølgod presserende, og dertil vil kapaciteten i endnu en sygeplejeklinik i Varde by kunne udnyttes fuldt ud her og nu.

Der er ikke foretaget eksakte beregninger i forhold til det konkrete behov.

Til sammenligning har Esbjerg Kommune i forbindelse med deres omorganisering af ældreområdet planlagt etablering af i alt ti sygeplejeklinikker på fem matrikler, som alle befinder sig i tilslutning til plejecentre.

8.0 Muligheder for udvidelser og justeringer af den eksisterende plejeboligmasse

For at sikre effektiv drift, er det nødvendigt, at en evt. udvidelse af plejeboligmassen i Varde Kommune, foretages i forbindelse med allerede eksisterende centre.

Der er i denne forbindelse flere muligheder, hvor de mest oplagte beskrives i dette afsnit.

Aktivitetscentret i Ølgod

Ved aktivitetscentret i Ølgod, er der placeret 10 almene boliger på Gartnerpassagen på 2. sal, som ligger i umiddelbar forlængelse af plejecentret, som er ejet af boligselskabet BSB Ølgod. Boligselskabet har taget kontakt til Varde Kommune og foreslået, at de kan inddrages som plejeboliger, da de har problemer med at udleje dem. Lejlighederne vil uden større ombygninger kunne inddrages som plejeboliger, der vil dog muligvis blive behov for at oprette fællesarealer i forbindelse med boligerne. Udvidelsen vurderes at være den billigst mulige

løsning, da der ikke skal etableres nye boliger.

Lyngparken i Varde

Der er mulighed for at udvide med flere plejeboliger på Lyngparken i Varde, udvidelsen kan foregå på egen grund. Fordelen ved denne model, er at den tilgodeser den geografiske efterspørgsel efter plejeboliger i Varde by.

Carolineparken i Varde

I teorien burde det være muligt at udvide plejeboligmassen ved Carolineparken, da der ligger ubebyggede arealer op til bygningerne. Arealerne kan dog ikke bebygges ifølge en klausul i lokalplanen, så en evt. udvidelse her vil kræve, at der kan gennemføres ændringer i lokalplanen. Fordelen ved denne model, er at den tilgodeser den geografiske efterspørgsel efter plejeboliger i Varde by, samt øger mængden af plejeboliger på et af de mest søgte plejehjem i kommunen.

Poghøj i Oksbøl

Der er mulighed for at udvide med flere plejeboliger på Poghøj i Oksbøl. Udvidelsen kan foregå enten ved at bygge en etage på, hvilket dog er kompliceret, da byggeriet ikke umiddelbart er dimensioneret til 2. etager. Der er købt en grund, der dog ligger dog på den anden side af Skovvej, men det er muligt at der kan flyttes rund på parkeringspladser, således at det bliver at bygge i sammenhæng med det nuværende bygger. Fordelen ved denne model, er at den tilgodeser den øgede geografiske efterspørgsel der forventes at komme i området, og forbedrer driftseffektiviteten i en relativt lille enhed.

Skovhøj i Oksbøl

Der er mulighed for at udvide med flere plejeboliger på Skovhøj i Oksbøl, udvidelsen kan foregå på (hvilken?) grund. Fordelen ved denne model, er at den tilgodeser den øgede geografiske efterspørgsel, der forventes at komme i området, og forbedrer driftseffektiviteten i en relativt lille enhed. Ulempen er, at Skovhøj er et plejecenter, hvor der i forvejen i perioder er tomme boliger, der er svære at udleje. Det kan dog tænkes, at et nybyggeri, vil medvirke til at profilere centret på en positiv måde.

9.0 Vinkelvejscentret

Det er den faglige anbefaling, at demensenheden Vinkelvejscentret i Ølgod i dens nuværende bygningsmasse opgives. Der er arbejdsmiljømæssige problemer med størrelsen på badeværelserne. Boligkomplekset er opbygget, så det er meget svært for demente at orientere sig. Bygningerne står overfor en række vedligeholdelsesarbejder i de kommende år. Udvalget for Social og Sundhed har derfor – på møde den 9. juni 2015 – besluttet, at der skal arbejdes videre med mulighederne for at erstatte de 33 boliger i Vinkelvejscentret med nybyggeri.

10.0 Midlertidige plejeboliger

De midlertidige plejeboliger er medregnet i den totale plejeboligmasse i de nærværende analyser. Uagtet om der aktuelt er behov for at udvide plejeboligmassen eller ej, er det relevant

at overveje antal, type og placeringen af de midlertidige plejeboliger.

10.1 Brugen af de midlertidige plejeboliger

Pladserne i de midlertidige plejeboliger anvendes i grove træk til fire typer af ophold:

- Aflastningsophold, typisk fordi de pårørende har behovet.
- Døgnrehabiliteringsophold med intensiv genoptræning.
- Akutophold fordi der er et massivt sygeplejebæhov, der ikke kan honoreres i eget hjem.
- Midlertidigt ophold med andet formål, f.eks. at afvente permanent plejebolig eller afklare behovet for fremtidig bolig.

10.2 Potentialet i midlertidige vurderingspladser

Ud over de formål der i dag er med de midlertidige ophold, viser erfaringerne, at der kan være potentiale i at oprette midlertidige vurderingspladser. I dag hænder det af og til, at borgere fejlvisiteres til en træningsplads, eller udskrives fra sygehuset til hjemmet, selvom deres situation er så kompleks, at det er vanskeligt at varetage plejen i hjemmet. Årsagen er, at visitationen har meget vanskelige arbejdsvilkår i situationen, fordi borgerne i dag udskrives fra sygehuset tidligt i forløbet. Ofte foregår udskrivelsen så hurtigt, at der ikke er mulighed for at visitatoren kan komme på besøg på sygehuset inden udskrivelsen. Mange borgere har ikke et stabilt funktionsniveau ved udskrivelsen, hvilket gør det vanskeligt at vurdere plejebæhov og træningspotentiale. Det vil derfor være en fordel, hvis de borgere, hvor der hersker tvivl omkring træningspotentiale og/eller plejebæhov, kan blive visiteret ind på særlige vurderingspladser, hvor de kan gennemgå en tværfaglig udredning i et samarbejde mellem terapeuter, plejepersonale og sygeplejersker, som visitatoren kan træffe afgørelse på baggrund af. Ulempen er, at borgeren får en "mellemstation" på vurderingspladsen, men til gengæld er sandsynligheden for, at borgeren får det rigtige tilbud markant større.

Vurderingspladserne kan med fordel placeres i sammenhæng med døgnrehabiliteringspladserne, da personalekompetencerne i forhold til den tværfaglige undersøgelse og vurdering i forvejen er til stede her. Der vurderes ikke, at der samlet set vil blive behov for flere midlertidige pladser, hvis konceptet tages i brug, men at der blot vil være nogle almindelige midlertidige pladser der skal konverteres til vurderingspladser.

10.3 Kapaciteten i de midlertidige boliger fremadrettet

Hvis kapaciteten af plejeboliger ikke tilpasses en evt. øget efterspørgsel i fremtiden, er risikoen, at de midlertidige pladser bliver "fyldt op" med borgere, som venter på en plejebolig, således at der kun bliver en lille kapacitet til rehabiliteringsophold og akutte formål. Efterspørgslen efter permanente plejeboliger påvirker således direkte efterspørgslen efter midlertidige pladser.

Det er derudover værd at stille spørgsmålstegn ved, om det forholdsmæssige antal af midlertidige pladser fremadrettet skal være som nu.

Den gennemsnitlige liggetid på sygehusene for +85-årige borgere fra Varde Kommune er fra 2006 til 2014 faldet fra 5,0 dage til 4,8 dage²³. Et fald der forventes at fortsætte i takt med, at

behandlingsmulighederne bliver mere avancerede²⁴. Det er usikkert, om borgerne vil blive udskrevet med et større behandlingsbehov, men det er et muligt scenarie. Konsekvensen vil være et øget pres på de midlertidige pladser. Et sådant behov kan dog reduceres ved som alternativ at udbygge akut-beredskabet og beredskabet til at håndtere komplekse (syge-) plejeopgaver i hjemmeplejen. En evaluering fra ACCESS-projektet²⁵ tyder på, at et akutteam i hjemmesygeplejen kan honorere borgernes behov for pleje i hjemmet på linje med et midlertidigt ophold i en plejebolig. Velfungerende hjemme- og sygepleje med en høj faglighed og velfungerende samarbejde, er desuden ikke kun en forudsætning for at kunne pleje nyligt udskrevne borgere i eget hjem, fremfor i midlertidige plejeboliger. Det har også stor betydning for andre borgere med komplekse problemstillinger, der stiller høje krav til plejen, hvor alternativet kan være en permanent eller midlertidig plejebolig. Det skal dog tages i betragtning, at borgere der har et stort behov for træning med et rehabiliterende sigte, næppe vil kunne få dækket deres behov for dette i eget hjem. Denne gruppe har behov for et midlertidigt ophold på en rehabiliteringsplads.

Med ovenstående in mente samt det faktum, at Varde Kommune allerede har en relativ høj andel af midlertidige pladser (afsnit 3.2), og at der for at reducere udgifterne på ældreområdet netop er truffet beslutning om at lukke tre midlertidige pladser, synes det ikke umiddelbart oplagt at træffe beslutning om flere midlertidige pladser her og nu.

10.4 Placeringen af de midlertidige plejeboliger

Det er relevant at overveje placeringen af de nuværende midlertidige plejeboliger. Som det ses i tabel 1, har man i nogen grad forsøgt at samle de midlertidige pladser ud fra en betragtning om, at det stiller krav til fagligheden og kulturen kontinuerligt at modtage nye borgere på korttidsophold.

Dertil er der enkelte steder kommet små enheder med midlertidige pladser, til dels med det formål at rekruttere til faste pladser på centrene. En anden måde at honorere udfordringen med rekruttering kan være, at tomme plejeboliger kan benyttes som midlertidige plejeboliger. Dette giver dog ekstraudgifter til istandsættelse i forbindelse med omkonvertering fra midlertidig til fast plejebolig.

I forbindelse med overvejelser omkring omplacering af de midlertidige plejeboliger, er der visse forhold, der bør tages i betragtning:

- Mange af de midlertidige boliger er placeret isoleret på plejecentret, eller har dimensioner der gør, at de ikke er velegnede som permanente plejeboliger. Det er derfor ikke altid ukompliceret at bytte rundt på permanente og midlertidige plejeboliger.
- Det er nødvendigt at overveje, hvordan placeringen af midlertidige pladser påvirker miljøet på det enkelte plejecenter, og om det faglige miljø på plejecentret er egnet til at rumme

²³ Statistikbanken

²⁴ KL, 2015, *Mod et sundhedsvæsen på to stærke ben*.

²⁵ Access-projektet, 2015, *Evalueringsrapport af ACCESS*

(Acute Combined CarE for Seniors in Sønderjylland) En afrapportering til Sundhedsstyrelsen for satspuljemidler til styrkelse

af samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis vedrørende subakutte/akutte tilbud

borgere på midlertidigt ophold.

- Der eksisterer en 15-kilometers grænse, for sygebesøg fra den praktiserende læge. Grænsen er en stor udfordring i forbindelse med borgere på midlertidigt ophold. Der anbefales derfor en geografisk spredning på de midlertidige pladser. I forvejen er det dog sådan, at det ofte ikke er muligt at tilgodese geografiske hensyn, når en borger tildeles en midlertidig bolig. Men samles de midlertidige boliger geografisk, vil det blive oplevet som et endnu større problem end i dag.
- En stor del af de borgere der er på midlertidigt ophold på almindelige pladser, modtager genoptræning, på baggrund af stikprøver anslås det at være ca. 50 %. I forhold til dette er det en fordel at samle borgerne, da det sikrer en effektiv arbejdsgang for de trænende terapeuter, og skærper det faglige miljø i forhold til borgernes træningsbehov.

Set i lyset af ovennævnte forhold, er det ikke oplagt, at der foretages dramatiske omplaceringer af de midlertidige pladser.

10.4.1 Samling af døgnrehabiliteringspladserne

Der er i dag i alt 14 døgnrehabiliteringspladser placeret på henholdsvis Carolineparken (8) og i Ølgod (6). Det foreslås, at døgnrehabiliteringspladserne samles på Carolineparken, og at døgnrehabiliteringspladserne i Ølgod omlægges til almindelige midlertidige pladser.

Dette vil skabe en øget faglighed omkring døgnrehabiliteringspladserne, som må forventes at skabe bedre resultater for borgeren. På sigt vil der være i alt 20 midlertidige plejeboliger på Carolineparken²⁶. Det foreslås, at alle 20 boliger inddrages som henholdsvis døgnrehabiliteringspladser og vurderingspladser, da det i meget høj grad er den samme faglighed, der er brug for, i forbindelse med de to typer af ophold, og pladserne derfor kan tildeles som den ene eller anden type efter behov..

Dette vil samlet set betyde en udvidelse af antallet af døgnrehabiliteringspladser, da det vurderes, at der ikke vil være et konstant behov for 6 vurderingspladser, da der her altid vil være tale om kortere ophold. En udvidelse af antallet af døgnrehabiliteringspladser vil modsvare et reelt behov, da der som nævnt tidligere, er mange borgere på almindeligt midlertidigt ophold, der modtager genoptræning, og derfor sandsynligvis også vil kunne profitere af en døgnrehabiliteringsplads. **(Overvejelser om økonomi?)**

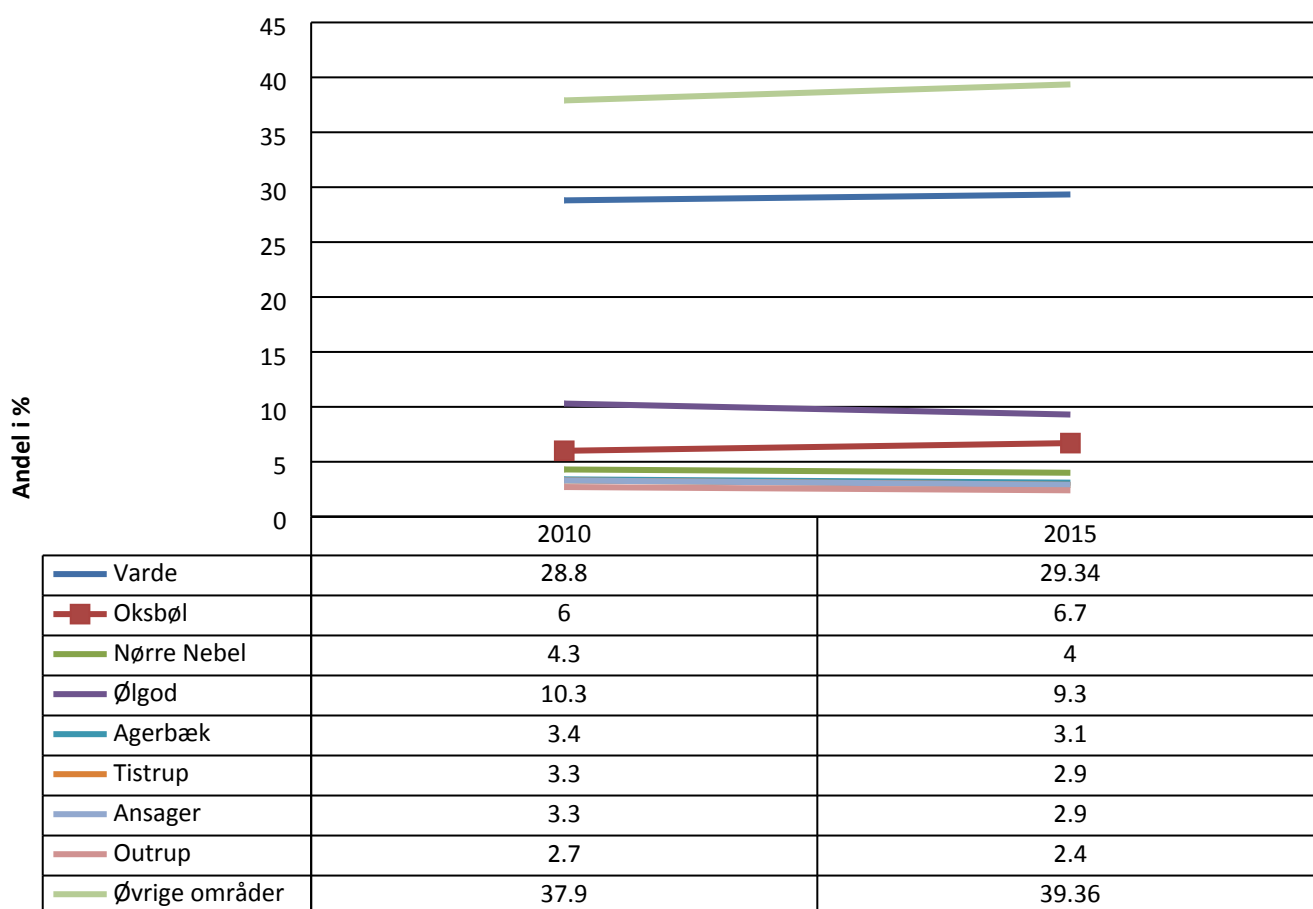
Modellen vil betyde, at døgnrehabiliteringspladserne og vurderingspladserne på Carolineparken vil være fagligt rustet til, at varetage meget komplekse behov hos borgerne. De øvrige midlertidige pladser, som er spredt ud på flere centre, vil kunne modtage borgere med mindre komplekse problemstillinger.

²⁶ Jævnfør beslutning fra 2013(?), hvor det blev besluttet at en række permanente plejeboliger på Carolineparken, skulle omlægges til midlertidige boliger, efterhånden som der sker et naturligt frafald på de permanente pladser.

Bilag 1

Tabellen angiver, hvor de +65-årige er bosat i henholdsvis 2010 og 2015, fordelt på de byer i kommunen, hvor der er flest +65-årige og øvrige områder, som dækker resten af kommunen. Procentdelen angiver, hvor stor en andel af de +65-årige, der er bosat i det pågældende område. I Varde og Oksbøl er en større andel af de +65-årige bosat i de to byer i 2015, mens det for de øvrige byer er gået den modsatte vej. De byer der ikke er nævnt på listen og landområderne, som er benævnt som "øvrige områder" har samlet set oplevet en lille vækst.

Bosætning for de +65-årige borgere i Varde Kommune 2010 - 2015



Bilag 2

Oversigt over træningsfaciliteter på plejecentrene

Plejecentre med separate træningslokaler:

- Carolineparken, Carolineparken 1b, Varde
- Aktivitetscentret, Gartnerpassagen 6, Ølgod
- Helle Plejecenter, Vinkelvej 2, Tofterup.
- Poghøj, Vestergade 20, Oksbøl

Plejecentre med få redskaber placeret i lokaler, der også anvendes til andre formål (f. eks frisør, opholdstue)

- Tistrup Plejecenter, Yderikvej 40, 6862 Tistrup
- Ansager Plejecenter, Præstegårdsvej 5, 6823 Ansager
- Lyngparken, Lyngparken 1, 6800 Varde
- Møllegården, Møllegården 2, 6855 Outtrup

Bilag: 3.1. Bilag- Korrespondance optælling nov.pdf

Udvalg: Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder

Mødedato: 25. november 2015 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 163231/15

Opgørelse over Korrespondancer, der IKKE er handlet på kl 15.15

Gruppe	Mandag d 26/10-15	Tirsdag d 27/10-15	Onsdag d 28/10-15	Torsdag d 29/10	Fredag d 30/10
HNØ Varde Midt		1			
HMV Varde Nord	1				1
HMV Varde Syd					
HMV Oksbøl			1		
HNØ Ølgod/Horne	2		11		1
HNØ Årre/Sig			1		
HNØ Nordenskov					
HNØ Lunde/Outrup			1		
Blåbjerg Frit Valg DD					
BT Rengøring					
Blåbjerg Plejecenter		1	11		111
Carolineparken		1	1		
CP Træningsafd					
Tistruplund					11
Helle Plejecenter					
Lyngparken		11	1		
Bofællesskabet Lyngparken		3			
Sognelunden					
Ansager Plejecenter					
Skovhøj	1				
Poghøj					
Møllegården					
Vinkelvejcentret					1
Aktivitetscentret.	2				1
Sygeplejen Varde	1	111	11	1	1
Sygeplejen Tistrup	1				
Sygeplejen Nordensko	1				
Sygeplejen Akut					

Gå hjem tid

15.38

15.30

+ flere.

9

8

11

1

10

Opgørelse over Korrespondancer, der IKKE er handlet på kl 15.15

Gruppe	Mandag d 2/11	Tirsdag d 3/11-15	Onsdag d 5/11	Torsdag d 6/11	Fredag d 7/8
HNØ Varde Midt				1	
HMV Varde Nord	1			11	
HMV Varde Syd					
HMV Oksbøl	1				
HNØ Ølgod/Horne					
HNØ Årre/Sig					
HNØ Nordenskov					
HNØ Lunde/Outrup	1	1			
Blåbjerg Frit Valg DD					
BT Rengøring					
Blåbjerg Plejecenter					1
Carolineparken					111
CP Træningsafd					111
Tistruplund		11			1
Helle Plejecenter		111			
SØBÅRDEN	1				
Lyngparken	6				
Bofællesskabet Lyngparken					
Sognelunden	1				
Ansager Plejecenter					
Skovhøj					
Poghøj	2				
Møllegården					
Vinkelvejcentret	1	11			
Aktivitetscentret.					
Sygeplejen Varde		1		1111	111
Sygeplejen Tistrup		1			
Sygeplejen Nordensko		11			
Sygeplejen Akut					

Gå hjem tid

15.45
(saa 3 tid
15.30)

14

12

2

3

8

Opgørelse over Korrespondancer, der IKKE er handlet på kl 15.15

Gruppe	Mandag d	Tirsdag d	Onsdag d	Torsdag d	Fredag d
	9/11-15	10/11-15	11/11-15	12/11-15	13/11-15
HNV Varde Midt				11	1
HMV Varde Nord					
HMV Varde Syd		1	1		
HMV Oksbøl	1				
HNØ Ølgod/Horne	11				
HNØ Årre/Sig			1		
HNØ Nordenskov	1				
HNØ Lunde/Outrup			1 1		
Blåbjerg Frit Valg DD	1		1		1
BT Rengøring					
Blåbjerg Plejecenter					
Carolineparken		1			1
CP Træningsafd					
Tistruplund		1			
Helle Plejecenter					
Lyngparken					
Bofællesskabet					
Lyngparken					
Sognelunden					1
Ansager Plejecenter					
Skovhøj				1	
Poghøj			1		
Møllegården					
Vinkelvejcentret					11
Aktivitetscentret.					
Sygeplejen Varde	1				1
Sygeplejen Tistrup	1	1			1
Sygeplejen Nordensko					
Sygeplejen Akut					

Gå hjem tid

Hhv. Kl.
16 og 16.20
(mange forløb plan)

EVA. 15³⁰
MARLENE
15⁴⁵

LUNE 15³⁰
EVA 15³⁰

15⁴⁰ time.

7

4

6

3

8

Opgørelse over Korrespondancer, der IKKE er handlet på kl 15.15

Gruppe	Mandag d 16/11	Tirsdag d	Onsdag d 18-11	Torsdag d 19-11	Fredag d 20-11
HNV Varde Midt					
HMV Varde Nord					
HMV Varde Syd					
HMV Oksbøl					
HNØ Ølgod/Horne					
HNØ Årre/Sig					
HNØ Nordenskov					
HNØ Lunde/Outrup					
Blåbjerg Frit Valg DD					
BT Rengøring					
Blåbjerg Plejecenter					
Carolineparken	4				
CP Træningsafd		/			
Tistruplund					
Helle Plejecenter					
Lyngparken					
Bofællesskabet					
Lyngparken					
Sognelunden					
Ansager Plejecenter					
Søsgården					
Skovhøj					
Poghøj					
Møllegården					
Vinkelvejcentret					
Aktivitetscentret.					
Sygeplejen Varde					
Sygeplejen Tistrup					
Sygeplejen Nordensko					
Sygeplejen Akut					

Gå hjem tid

Score 15.50
16.04

15.46
Birgit

5

3

8

14

15

Bilag: 4.1. Håndkøbsmedicin- håndtering (2) - Håndkøbsmedicin- håndtering %282%29 kopi.docx

Udvalg: Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder

Mødedato: 25. november 2015 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 163900/15

Håndkøbslægemiddel og naturlægemidler

Sådan står der på nuværende tidspunkt i “Instruksen for medicinhandling”:

- Medarbejderne bør opfordre de borgere, der tager ikke-lægeordineret håndkøbslægemiddel og naturlægemidler til at rådføre sig med deres læge, idet nogle af disse kan medføre interaktion ved indtagelse af andet lægemiddel.
- Medarbejderne varetager ikke medicingivning af håndkøbslægemiddel, medmindre lægen ordinerer det.
- Medarbejderne skal medvirke til at give naturlægemidler, hvis en borger der i forvejen modtager ydelser vedrørende medicin, har et ønske om det. Lægen skal orientere og sanktionere/ordinere lægemiddeladministrationen af naturlægemidler. (Se Sundhedsstyrelsens vejledning 30/6 2006).

Udkast til fremtidens “Instruks for medicinhandling”:

Teksten lever op til SST's vejledning, hvor budskabet til personalet er: ”Hold jer langt væk fra håndkøbslægemidler eller kosttilskud m.v, medmindre lægen har ordineret”.

Ønsker Varde Kommune mod SST's vejledning at have en praksis herfor, er der tale om en undtagelse.

Der er herfor udarbejdet 2 forslag; Forslag indeholder muligheden for undtagelsesvis at være borgere behjælpelig med håndkøbsmedicin mens der i forslag 2 ikke tillader undtagelser.

Anvendes forslag 1, og lægen *sanktionerer* og ikke *ordinerer*, skal vi gøre brug af lokale medicin lister, og præparatet kan ikke ses i FMK.

Forslag 1

Undtagelsesvis kan medarbejderen medvirke til at håndtere håndkøbslægemidler eller kosttilskud m.v hvis en borger i forvejen modtager ydelsen medicinhandling og *på ingen måde selv kan- eller får hjælp fra pårørende til at dispensere og administrere det pågældende præparat*. Lægen skal sanktionere eller ordinere præparatet.

Ved begrundet mistanke om, at håndkøbslægemidler eller kosttilskud m.v kan medføre alvorlige interaktioner med de lægeordnede lægemidler, skal sundhedspersonalet, efter inddragelse af borgeren, give lægen besked herom. Borgerene kan også opfordres til selv at gøre dette.

Forslag 2

Personalet foretager ikke medicinbehandling af håndkøbslægemidler eller kosttilskud m.v, med mindre lægen har ordineret præparatet.

Ved begrundet mistanke om, at håndkøbsmedicinmidler eller naturlægemidler mv. kan medføre alvorlige interaktioner med de lægeordnede lægemidler, skal sundhedspersonalet, efter inddragelse af borgeren, give borgerens læge besked herom. Borgerne kan også opfordres til selv at gøre dette.

SST's vejledning

For sygehuset / hospitalet

3.4. Håndkøbslægemidler herunder naturlægemidler

Under indlæggelse er lægerne/tandlægerne på hospitalet ansvarlige for patientens samlede behandling, herunder også for behandlingen med håndkøbslægemidler. Al håndtering af lægemidler skal derfor ske efter ordination fra en læge/tandlæge på hospitalet.

Hvis en patient under indlæggelse selv håndterer håndkøbslægemidler ud over dem, som lægen/tandlægen har ordineret, skal en medhjælper efter inddragelse af patienten orientere lægen/tandlægen herom, så lægen/tandlægen kan tage stilling til eventuelle interaktioner med den øvrige behandling.

For Kommunen:

4.4. Håndkøbslægemidler herunder naturlægemidler

Patienterne indtager undertiden ikke lægeordnede håndkøbslægemidler.

Ved begrundet mistanke om, at håndkøbslægemidler eller kosttilskud m.v. kan medføre alvorlige interaktioner med de lægeordnede lægemidler, skal medhjælperen efter inddragelse af patienten orientere lægen herom. Medhjælperen kan også opfordre patienten til at oplyse lægen om indtagelsen.

november 2015, mr

Bilag: 5.1. Midtvejseevaluering hold 1,2,3

Udvalg: Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder

Mødedato: 25. november 2015 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 154415/15

En midtvejsevaluering af tilbuddet til overvægtige social- og sundhedshjælpere/assistenter på ældreområdet

Projekt 'Varig sundhed' fokus på fysisk og mental trivsel

Et samarbejde mellem personaleafdelingen og Center for Sundhedsfremme 2014-2016



Hold 1, 2 og 3 er gennemført.

Indholdsfortegnelse

OM 'VARIG SUNDHED'	5
SUCCESKRITERIER.....	5
Følgende succeskriterier er defineret	5
RAMMER OG INDHOLD I PROJEKTET	5
Indhold i forløbene.....	6
Overvejelser omkring tidspunkt og fysisk placering.....	7
FASTSÆTTELSE AF MÅLGRUPPEN	7
Rekruttering af deltagere	8
Erfaringer undervejs, som gav anledning til tilpasninger i indholdet:	8
Progressionsmåling – hold 1, 2 og 3	8
SUNDHEDSDATA, RYGNING OG ALKOHOL.....	9
Deltagelse og evaluering hold 1	9
Tabel 1: Sundhedsdata start og slut hold 1.....	10
Deltagelse og evaluering hold 2	11
Tabel 2: Sundhedsdata start og slut - hold 2.....	12
Deltagelse og evaluering hold 3	13
Rygning.....	13
Alkohol	13
Kost og motion	13
Graf 1: Egne vurdering af kostvaner	14
Graf 2: Motivation til at ændre kostvaner	14
Graf 3: Oplevet motivation til at fastholde kostændringer.....	14
Motion.....	15
Graf 4: Udvikling i deltagernes glæde ved at motionere	15
Graf 5: Daglig fysisk aktivitet på arbejdet	15
Graf 6: Daglig fysisk aktivitet i fritiden	16
Graf 7: Motionsaktiviteter de seneste 6 måneder.....	16
Deltagelse i planlagte aktiviteter.....	16
Graf 8: Deltagelse i planlagte aktiviteter hos I-move.....	17
Graf 9: Deltagelse på planlagte holdaktiviteter hos CFS.....	17
Selvopfattet helbred	17
Graf 10:Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?	18
Oplevede begrænsninger pga. fysisk helbred inden for de seneste 4 uger	18
Graf 11: Begrænsninger pga. fysiske helbred	18
Graf 12: begrænsninger i aktiviteter pga. fysisk helbred	19
Følelsesmæssige begrænsninger	19
Graf 13: Begrænsninger pga. følelsesmæssige problemer	19

Graf 14: Begrænsninger pga. følelsesmæssige problemer	20
Graf 15: Overskud til det man har lyst til	20
Graf 16: Følelse af at overkomme de ting, man skal.....	21
Oplevelse af at være rolig og afslappet og at føle sig fuld af energi	21
Graf 17: At være rolig og afslappet	21
Graf 18: At være fuld af energi	21
Oplevelse af at være trist til mode	22
Graf 19: Oplevelsen af at være trist	22
Egen bedømmelse af livskvalitet	22
Graf 20: Oplevelsen af livskvalitet	23
Graf 21: Accept af kropsudsende	23
Graf 22: Utilfreds med sig selv	23
Følelse af at være belastet af økonomi, boligsituation, arbejdssituation, forholdet til sin partner, forholdet til familie og venner	24
Graf 23: Oplevelsen af at være belastet	24
Følelsen af at kunne kontrollere de betydningsfulde ting i livet	24
Graf 24: Kontrol over betydningsfulde ting i livet	24
Graf 25: Tingene går som du gerne vil	25
Graf 26: Følelsen af at have styr på tingene	25
Smerter og ubehag	25
Graf 27: Smerte og ubehag i nakke og skuldre	25
Graf 28: smerte og ubehag i arme, hænder, ben og knæ, hofter og led	26
Graf 29: Smerter i ryg og lænd	26
Graf 30: Generet af træthed?	26
Graf 31: Gener af hovedpine	27
Søvn	27
Graf 32: Egen bedømmelse af søvn	27
Graf 33: Følelsen af at få søvn nok	27
Sociale aktiviteter	28
Graf 34: Kontakt til familie man ikke bor med	28
Graf 35: Kontakt til venner	28
Graf 36: Kontakt til kollegaer eller studiekammerater	29
Graf 37: Kontakt til beboere i lokalområdet	29
Graf 38: Kontakt til personer, du mest kender fra nettet	29
Arbejdsrelateret spørgsmål	29
Graf 39: Følelse af at nå sine arbejdsopgaver	30

Graf 40:Følelse af at have indflydelse på opgaver	30
Graf 41: Følelse af høje krav i arbejdet	30
Graf 42: Giver jobbet energi og overskud	31
Graf 43: Oplevelsen af at have ressourcer til at løse opgaverne	31
SAMMENFATNING	31

Om 'Varig Sundhed'

Tilbage i 2012 har Center for Sundhedsfremme (CFS) haft et vægttabstilbud til overvægtige og svært overvægtige medarbejdere på udvalgte arbejdspladser på ældreområdet. På baggrund af gode erfaringer fra disse forløb er der givet midler fra Sundhedspuljen til at videreføre et udvidet projekt på ældreområdet, som ud over fysisk sundhed også har fokus på den mentale sundhed. I alt er afsat 300.000 kr. til forløbet.

Projektet hedder 'varig sundhed' og målgruppen er social og sundhedsassistenter med en BMI over 25 eller med et hofte-taljemål¹ (THR) på mere end 1 for mænd og mere end 0,8 for kvinder, som siden maj 2014 har fået tilbud om at deltage. Forløbet består af en kombination af gruppeforløb og individuelle samtaler med fokus på kost, motion og mental trivsel (se mere om indhold nedenfor).

Deltagelse på forløbet betragtes som et personalegode og derfor bliver deltagerne beskattet af et beløb svarende til markedsværdien af tilbuddet. Dette kan have en betydning for om målgruppen har ønsket at deltage. Alle der har tilmeldt sig er kommet med i forløbet. Ingen af holdene har været fyldt helt op.

Succeskriterier

Formålet med 'varig sundhed' er at øge den fysiske og den mentale trivsel for deltagerne. Forskellige undersøgelser viser, at der er en positiv sammenhæng mellem fysisk og mentalt sunde medarbejdere og produktivitet, kvalitet i arbejdet samt overskud og trivsel på arbejdspladsen. Derfor kan det forventes, at, at et øget fysisk og mental sundhed kan bidrage til de arbejdsmæssige præstationer udover, at det har en positiv betydning for den enkeltes sundhed.

Følgende succeskriterier er defineret

- Forbedring af blodtryk, blodsukker, taljemål og BMI
- Mere motion
- Øget mental og fysisk trivsel
- Forbedret kostvaner
- Forbedret mestringskompetence i privatlivet og i arbejdet

Rammer og indhold i projektet

Med henblik på at videreføre de gode erfaringer i et kommende projekt, blev der indledningsvist forsøgt at få kontakt til tidligere deltagere fra det tidligere projekt. Det var dog ikke muligt at få kontakt til deltagerne, blandt andet fordi nogle ikke længere er ansat i Varde Kommune og øvrige ikke vendte tilbage på vores henvendelse.

For at kunne fastlægge et indhold, som i høj grad imødekommer behovene og ønskerne blandt deltagerne, blev der etableret et møde med ledere og AMR'ere fra ældreområdet. Deres erfaringer fra tidligere indsatser blev drøftet, og samtidig blev der givet input til, hvad de

¹ Talje-hofte ratio eller talje-hofte mål, kan bruges som supplement til BMI. Talje-hofte ratio beregnes som forholdet mellem ens taljemål og hoftemål. Det kan bruges som en vejledning til, hvor på kroppen fedtvævet sidder og om man er overvægtig. Kilde: <http://myfoodcontrol.appspot.com/da/talje-hofte-ratio.html>

THR bestemmes ved at udregne: omkredsen af taljen i cm/omkredsen af hoften i cm.

vurderede ville være givtigt at tænke ind i det kommende forløb med henblik på at kunne rekruttere deltagere.

Projektgruppen vurderede efterfølgende i hvilket omfang de givne input kunne inddrages i projektet. Vurderingen blev lavet på baggrund af, hvorvidt de givne input stemte overens med projektets formål og succeskriterier, og hvorvidt det var økonomisk realistisk at iværksætte.

På mødet blev blandt andet udtrykt ønske om individuelle samtaler, idet det ville give deltagere mulighed for at håndtere individuelle udfordringer i forhold til mental og fysisk trivsel. En anden ting, som blev efterspurgt, er sociale arrangementer for hele arbejdspladsen med forskellige sociale og underholdende aktiviteter og indlæg. Projektgruppen vurderede at et underholdende arrangement ikke ville have en tilstrækkelig effekt, og derfor blev dette ikke tænkt ind i projektet. Det sociale aspekt blev til gengæld taget med i gruppeforløb, træningsaktiviteter og afslutningsarrangementer for de enkelte hold. Indledningsvist var det påtænkt at medtage aktiviteter, hvor deltagernes familier også kunne deltage. Dette vurderes dog ikke som en mulighed undervejs, idet der var for stor forskel i deltagernes familiære forhold.

På trods af at individuelle samtaler indebærer en stor udgift til lønninger af en sundhedskonsulent, valgte projektgruppen at imødekomme efterspørgslen om at kombinere gruppeforløb og individuel forløb, ud fra en forventning om at dette ville have en god effekt. Et individuelt forløb kan baseres på den enkeltes udfordringer omkring kost, motion og mental trivsel.

I træningsdelen er der indtænkt lukkede hold for at skabe fortrolighed og tryghed i timerne. De 6 træningsgange har til formål at give deltagerne indblik i forskellige motionsformer, så de bliver introduceret for en bred vifte af hold, hvor deltageren efterfølgende selv kan vælge hvad der virker for ham/hende. I forlængelse af træningen, blev der skabt rammer til at deltagerne kan bruge tid på at være sociale sammen, så de kan dele gode erfaringer fra dagens træning og grine sammen.

Ud over træning på de lukkede hold får de 3 måneder fri træning, hvor de frit kan deltage på alle hold og på fitnessdelen. Formålet med den fri træning er at give deltagerne mulighed for at træne efter eget behov og efter eget program. Samtidig er den fri træning tænkt til at deltagerne selv skal tage ansvar og initiativ til træning på lige vilkår med det, der sker i det 'virkelige liv' efter forløbets afslutning.

Indhold i forløbene

Gruppeforløb.

10 gruppemøder fordelt ud over hele perioden

Overordnet indhold:

- Fokus på motivation og målsætning
- Bevidsthed omkring mad og måltider
- Kostråd, indkøbsguide, kaloretabel
- Praktisk madlavning, sunde hverdagsretter og indkøb evt. sammen med en sundhedskonsulent
- Kcalorieindtag og – forbrug
- Mindfull spisning
- Metoder til at tackle overspisning, stressspisning og trøstespisning
- Håndtering af fristelser i højtiderne og ved sociale sammenkomster

-
- At kunne sige til- og fra – også i særlige relationer
 - Fokus på succeshistorier
 - Selvfølelse, selvtillid og selvværd
 - Tanker-følelser-krop-adfærd
 - Egen kontrol og copingstrategier
 - Det meningsfulde liv
-

6 Individuelle samtaler

Holdtræning

6 gange på lukket hold

Overordnet indhold

- Opvarmning
 - Udspænding
 - Cirkeltræning
 - Zumba
 - Powerhoop
 - Indoor cycling
 - Svømmehal og sauna
 - Flad mave
-

Fitness- eller holdtræning på eget initiativ

Overvejelser omkring tidspunkt og fysisk placering

Da indholdet i projektet var fastlagt, blev det præsenteret på et ledermøde, hvorefter det blev drøftet om forløbet skulle tilbydes i arbejdstiden, og hvornår opstarten mest hensigtsmæssig ville være af hensyn til andre tiltag og opgaver.

Af driftsmæssige hensyn blev det besluttet, at deltagelsen skulle ske i fritiden velvidende at det kunne have en betydning for målgruppens deltagelse. Ledelsen understøttede deltagelse ved at bakke op og ved at være fleksibel i forhold til planlægning af arbejdstiden i det omfang, det var driftsmæssig muligt.

I forhold til hensigtsmæssig opstart blev det besluttet at udskyde dette pga. implementering af et nyt omsorgssystem, som krævede tid, ressourcer og fleksibilitet. Af den grund blev det aftalt at udsætte opstarten til maj 2014 frem for opstart i 2013, som oprindeligt var planlagt.

Eftersom størstedelen af personerne i målgruppen arbejder på forskudte tidspunkter på forskellige dage i ugens løb, blev tidspunktet fastsat til kl. 13.30-15.30, idet det ville give en stor del mulighed have morgen eller aften vagt – muligvis med behov for et par timers fri før eller efter forløbet.

Fastsættelse af målgruppen

Ovenstående indhold giver mulighed for at 50 deltagere kunne deltage i forløbet fordelt på 4 hold. Af den grund var det væsentligt at afgrænse en målgruppe. I den forbindelse drøftede projektgruppen, at fysisk sundhed ikke udelukkende er målt i vægt og mål, men for at kunne opstille objektive kriterier for deltagelse, blev det besluttet at bestemme målgruppen ud fra BMI og Talje-Hoftemål. Forløbet rummer således ikke personer, der udelukkende har en dårlig mental trivsel, selvom dette også kunne være en relevant målgruppe.

På hold 1 var kriteriet et BMI over 30. Dette kriterium blev efterfølgende revurderet til BMI over 25 med henblik på at øge antallet af tilmeldinger til holdene.

Rekruttering af deltagere

Rekrutteringen af deltagere til hold 1 skete vha. af udlevering af materiale til arbejdspladserne. Materialet bestod af plakater og foldere med oplysninger om forløbet. Lederne blev orienteret omkring projektet på et ledermøde forinden med henblik på at sikre information og opbakning omkring projektet.

I forbindelse med rekruttering af deltagere til hold 2 og 3 blev deltagerne på de forhenværende hold desuden opfordret til at fortælle om deres erfaringer fra projektet, og samtidig opfordre kolleger i målgruppen til at melde sig til.

Fordi tilmeldingerne til hold 2 ikke var tilstrækkelig blev opstartsdatoen for dette forløb udsat og rekrutteringen blev gentænkt. Projektmedarbejderen ved CFS aftalte besøg på interesserede arbejdspladser, hvor hun kort præsenterede indholdet på forløbene og besvarede spørgsmål fra medarbejderne. Umiddelbart havde den personlige henvendelse en positiv effekt og denne rekrutteringsstrategi blev også anvendt til de efterfølgende to hold om end det krævede et større ressourceforbrug end det først var planlagt.

Erfaringer undervejs, som gav anledning til tilpasninger i indholdet:

Efterspørgslen fra hold 1 var for stor i forhold til, at deltagerne kunne fortsætte på lukkede hold efter de oprindelige 6 ganges træning. Projektgruppen overvejede i den forbindelse, at flere tilbud om træning på lukkede hold formentlig ville betyde færre træningsgange på egen hånd, men at dette havde ikke betydning for formålet med forløbet. Ud fra en vurdering af, at flere lukkede hold ville understøtte deltageres motivation, blev der etableret et lukket hold, hvor deltagerne og instruktøren selv aftalte et tidspunkt for holdene. Hensigten var, at det lukkede hold skulle forsætte fremadrettet, og at alle deltagere fra de foregående hold også måtte deltage, selv når de var afsluttet. Mod forventning dukkede der dog ikke mange deltagere op til de lukkede hold, og derfor blev holdene ikke etableret længere end til og med hold 2.

En anden ting deltagerne efterspurgt var, at de kunne få lov at træne selv fra dag ét. Af den grund fik alle deltagere tilbud om at vælge enten 3 eller 6 måneders træning. For de deltagere, der valgte 6 måneders træning, blev beskatningen tilsvarende højere. Ca. halvdelen af deltagere valgte 6 måneders træning.

Som et yderligere tilbud blev der inviteret til et cafemøde i forbindelse med hold 3 å baggrund af en efterspørgsel fra deltagerne om at kunne mødes igen med deltagerne fra andre hold. Meningen med Cafemøderne var, at deltagerne kunne dele gode erfaringer og få flere input til deres fysiske og mentale sundhed. Deltagerne fra de afsluttede hold 1 og 2 og det ingangværende hold 3 blev inviteret via mail, hvor de skulle forhåndstilmelde sig til flere forskellige datoer. Der kom få tilmeldinger og cafemøderne blev derfor ikke oprettet.

Progressionsmåling – hold 1, 2 og 3

For at sikre størst muligt svarprocent fra deltagerne, blev der afsat tid på det første og sidste gruppemøde til at besvare de udleverede spørgeskemaer. Det gav samtidig mulighed for at uddybe formålet med spørgeskemaerne og for at besvare spørgsmål undervejs. Skemaerne blev udfyldt i hånden, idet det ikke var muligt at stille IT-udstyr på rådighed. Besvarelserne var anonyme, dog med angivelse af et nummer, som deltagerne skulle huske undervejs i forløbet, i tilfælde af, at de mod forventning skulle falde fra. Hvis det skete skulle de oplyse deres nummer

og besvarelsen fra start kunne tages ud. Da det netop er progressionen, vi er interesseret i, kræver det at forløbet er gennemført af de enkelte deltagere.

Med henblik på en mere langsigtet måling, sendes der også et spørgeskema til deltagerne ca. et år efter de har afsluttet deres forløb. Som motivationsfaktor for at returnere besvarelsen, får alle tilbud opfølgning i form af en individuel samtale ved spørgeskemaet returnering. Skemaerne er sendt ud til deltagerne fra hold 1 og 2, hvoraf ca. 50 % af besvarelsene kom retur. Disse data er endnu ikke bearbejdet og indgår derfor ikke i denne midtvejsevaluering.

Den progression der er vist nedenfor er den samlede progression for de tre hold og siger dermed ikke noget om den enkelte deltagers eller det enkelte holds udvikling under forløbet.

Sundhedsdata, rygning og alkohol

Deltagelse og evaluering hold 1

I alt var 14 deltagere tilmeldt fra start og 8 deltagere gennemførte forløbet fra maj 2014-november 2014. Årsagerne til frafald skyldtes en blanding af skift af arbejdsplads til en anden kommune, private problemer og udeblivelse.

Deltagernes objektive sundhedsdata fremgår af tabel 1. Fra start havde deltagerene gennemsnitligt et BMI på 31, hvor den højeste var 37,5 og den laveste var 25,5. Det samlede væggtab var på 31,2 kg med det højeste væggtab på 12 kg og det mindste væggtab på 1,1 kg. En enkelt deltager tog 2,7 kg på og fik efterfølgende en henvisning af egen læge til at fortsætte hos CFS. Hun har efterfølgende tabt 6,5 kg.

Deltagerne havde fra start et gennemsnitligt talje-hoftemål (THR) på 0,93. Det højeste hoftetaljemål var på 1,09 (BMI på 26,6) og det laveste talje-hoftemål var på 0,76 (BMI på 32,5). Ved afslutning af forløbet var det gennemsnitlige hofte-taljemål på 0,89.

For at sikre et hensigtsmæssig tidspunkt for måling af blodtryk og fastebloodsukker, skulle deltagerne selv måle dette og medbringe data til de individuelle samtaler.

5 ud af 9 deltagere havde målt deres blodtryk ved projektets afslutning. Ved 4 af deltagerne ses et fald i det diastoliske blodtryk efter 6 måneder, mens det systoliske blodtryk var steget hos 2 af deltagerne. Den sidste af de deltagere, der havde målt blodtrykket havde samme blodtryk ved forløbets afslutning, som hun havde ved forløbets start.

Mht. fastebloodsukker har 4 målt deres blodsukker ved forløbets afslutning. En af deltagerne havde en klar forbedring fra et blodsukker på grænsen til Diabetes II til et helt normalt blodsukker. De tre øvrige lå på et helt normalt fastebloodsukker ved start og slut.

Tabel 1: Sundhedsdata start og slut hold 1

Del-tager	Blodtryk		Faste-blodsukker		Talje		Hofte		THR		Vægt		Vægt-ændring	BMI		Kommentar
1	132/98 136/90 126/93	149/79 144/77 140/80	7	4,8	122	123	120	124	1,02	0,99	103,1	102	-1,1 kg	32,5	32,19	
2	134/94 130/99 130/90	X	5,6	X	117	X	122	X	0,96	0,89	104,8	99,2	-5,6 kg	37,5	35,5	
3	137/80 124/76 124/80	136/77	5,8	4,9	109	85	102	96	1,07	0,88	78,9	66,9	-12 kg	31,6	26,8	
4	131/82	122/77	5,9	5,7	97	88	106	104	0,91	0,84	73,6	71	-2,6 kg	25,5	24,57	
5	146/75 163/83 158/82	X	4,2	X	109	X	115	X	0,95	X	88,3	89,9	+2,7 kg	30,2	30,7	Deltageren fik henvisning fra egen læge på grund af DMI/overvægt. Har efterfølgende tabt sig 6,25 kg
6	106/76 102/78 110/76	117/68	X		116	107	122	117	0,95	0,9	91,2	89,1	-2,1 kg	34,3	33,7	Stabil vægt, fastholder træning (trænede ikke tidligere) og har det - efter egen vurdering - meget bedre mentalt
7	99/74 103/82 108/74	115/69	4,9	4,7	91	78	101	91	0,9	0,85	68,4	64	-4,4 kg	27,4	25,6	
8	137/86 131/90 121/90	X	6,9	X	94	91	123	117	0,76	0,76	100,2	94,1	-6,1 kg	33,9	32,5	

Deltagelse og evaluering hold 2

I alt var 18 deltagere tilmeldt fra start og 13 deltagere gennemførte forløbet fra november 2014 – april 2015. En enkelt af disse deltagers sundhedsdata fremgår ikke af tabel 2, idet hun ikke ønskede at blive vejlet og målt. Årsagerne til frafald skyldtes bl.a. skift af arbejdsplads til en anden kommune, private problemer og udeblivelse.

De objektive sundhedsdata fremgår af tabel 2. Deltagerne havde fra start en gennemsnitlig BMI på 31,16 hvor den højeste var 47 og den laveste var 24.

Det samlede væggtab var på 40,42 kg med det højeste væggtab på 18 kg og det mindste væggtab på 0,2 kg. 3 af deltagere blev efterfølgende henvist til CFS af egen læge pga. overvægt og/eller for højt blodtryk og kolesterol.

Deltagerne havde fra start et gennemsnitligt hofte-taljemål på 0,89. Det højeste hofte-taljemål var på 1,04 (BMI på 27,5) og det laveste hofte-taljemål var på 0,8 (BMI på 34,53).

Ved afslutning af forløbet var det gennemsnitlige hofte-taljemål på 0,86.

Fordi meget få deltagere har målt blodtryk og fastblodsukker fra start og slut, er det ikke muligt at sige noget generelt om udviklingen i dette.

Tabel 2: Sundhedsdata start og slut - hold 2

Del-tager	Blodtryk		Faste-blodsukker		Talje		Hofte		THR		Vægt		Vægt-ændring	BMI		Kommentar
1	118/73	118/73	5,5	5,1	82	X	95	X	0,86	0,85	61,6	61,8	+0,2 kg	23,24	23,5	
2	X	X	X	X	100	X	111	X	0,9	X	87,5	87,15	-0,35 kg	30,3	30,1	Henvist fra egen læge efter forløbet på grund af forhøjet kolesterol og for højt blodtryk
3	X	X	X	X	107	X	103	X	1,04	X	74,3	70,4	-3,9 kg	29	27,5	
4	143/83	X	8,0	X	110	X	114	X	0,96	X	89,2	86	-3,2 kg	34,8	33,6	Henvist fra egen læge efter forløbet på grund af svær overvægt/højt BMI
5	113/72	X	5,7	X	77	X	111	X	0,69	X	79	X	X	X	X	Ønskede ikke at blive vejlet eller at oplyse om sin vægt
6	130/90	132/84	X	X	106	90	108	97	0,98	0,92	85	67	-18 kg	32,3	25,53	
7	120/75	124/78	4,5	4,1	85	79	102	97	0,83	0,81	67,1	63,8	-3,3 kg	24	22,9	
8	143/88	X	5,9	X	135	X	140	X	0,96	X	90,6	89,2	-1,4 kg	34,2	33,6	
9	103/75	101/67	X	5,8	83	100	83	95	0,83	0,87	71,7	69,1	-2,6 kg	24,5	23,6	
10	114/82	X	X	X	94	101	111	104	0,9	0,9	87,8	84,4	-3,4 kg	28,3	27,2	
11	Ikke muligt at måle	Ikke muligt at måle	6,8	X	134	X	143	X	0,94	X	145,6	142,8	-2,8 kg	47	46,1	Henvist efter forløbet på grund af svær overvægt/højt BMI
12	135/92	124/85	6,2	5,2	100	100	125	123	0,8	0,81	95,5	94	-1,5 kg	35,1	34,53	

Deltagelse og evaluering hold 3

Der var 15 tilmeldte deltagere til hold 3 og 10 deltagere har gennemført forløbet.

De afsluttede samtaler og registreringer af sundhedsdata er i gang og derfor er der pt. ikke nogen oversigt over deltagerenes objektive sundhedsdata ved start og slut.

Rygning

Der har ikke været fokus på rygestop, som en del af forløbet, men spørgsmålet er taget med for at kunne se en evt. positiv eller negativ sideeffekt.

Hold 1:

5 ud af de 8 deltagere har tidligere røget inden de startede i forløbet. 3 deltagere har aldrig røget. Resultatet er uændret ved forløbets afslutning.

Hold 2:

9 deltagere angiver fra start, at de aldrig har røget, 1 ryger dagligt og 3 er holdt op. Resultatet er uændret ved forløbets afslutning.

Hold 3:

5 deltagere angiver fra start, at de aldrig har røget, 3 ryger dagligt og 2 er holdt op. Resultatet er uændret ved forløbets afslutning.

Alkohol

Ingen af deltagerne angiver et alkoholforbrug over hvad Sundhedsstyrelsen angiver.

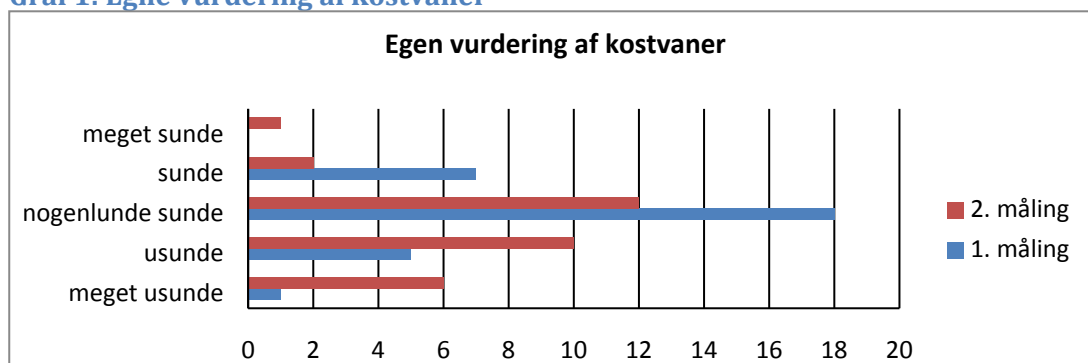
Alkohol har været nævnt i forbindelse med kalorieindtag, og har været et tema ved flere anledninger ved gruppemøderne. Der har særligt været fokus på at tale om alkohol omkring højtider og sommerferie. Ud fra besvarelserne er det ikke muligt at se hvorvidt det har haft en betydning for alkoholindtaget, idet det kan være situationsbestemt afhængigt af om deltagerne i perioden har deltaget i flere festlige lejligheder.

Kost og motion

I forhold til vurderingen af kostvaner (graf 1) er det relevant, at vurderingen er angivet ud fra hvad deltagerne opfatter og tror, der er sundt kost. Det er derfor interessant, hvordan vurderingerne ser ud efter forløbet, når deltagerne er blevet undervist i hvad der er sund kost.

Sundhedskonsulentens erfaring er at det undervejs er fået op for mange, at deltagerne har flere "vaner" end de selv tror, og at der skal arbejdes hårdt for at ændre vaner. Dette kan være årsagen til at flere af vurderingerne til slut er flyttet fra 'nogenlunde sund' og 'sund' til 'usund' eller 'meget usund'. Således kan resultaterne være udtryk for en øget viden om kost frem for en reel ændring i kostvanerne.

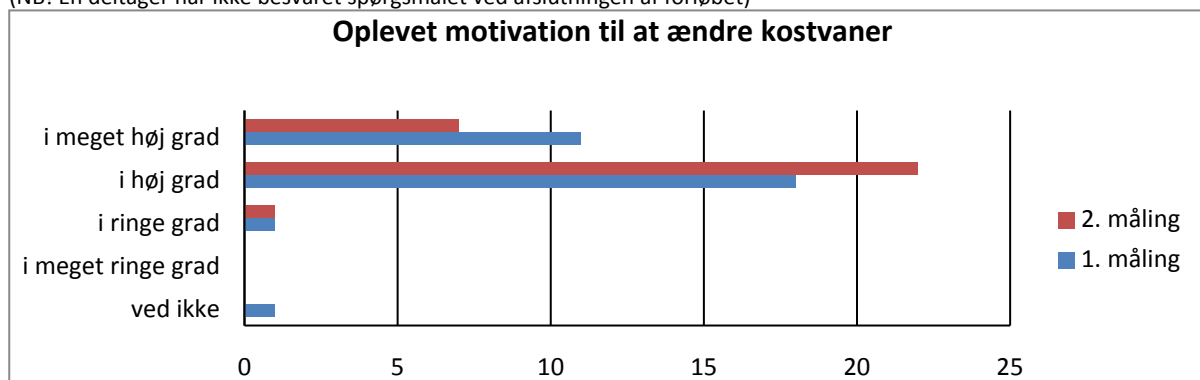
Graf 1: Egne vurdering af kostvaner



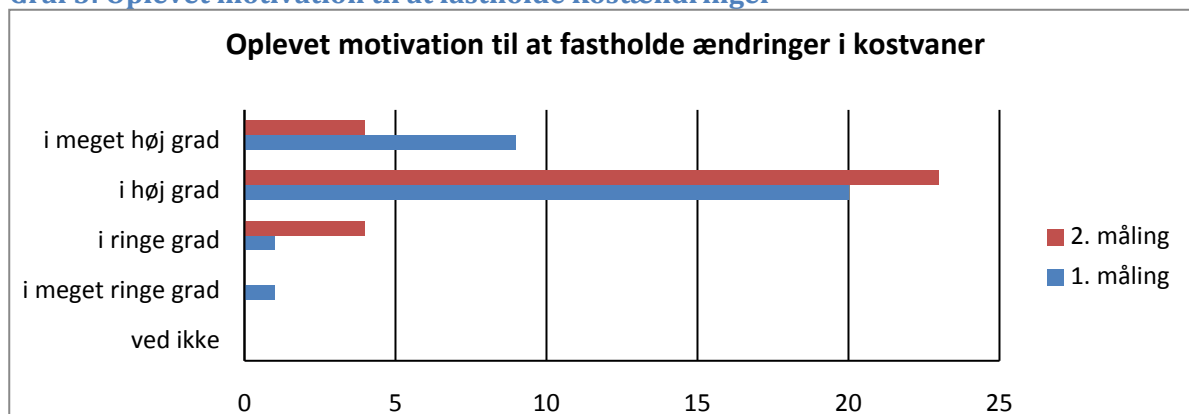
Hvis resultaterne kan forklares ud fra en ændret bevidsthed omkring, hvad der er usund og sund kost frem for en faktisk ændring i kosten, må dette alt andet lige ses som et positivt resultat – særligt hvis den ændrede bevidsthed omkring kosten på lang sigt medfører ændring i kostvanerne. Dette vil muligvis kunne ses i de kommende langsigtede målinger efter ca. 1 år efter, at deltagerne har afsluttet forløbet. Ud fra angivelserne om `motivation til at ændre kostvaner` (graf 2) og `oplevet motivation til at fastholde kostændringer` (graf 3), kan der være en positiv forventning om sundere kostvaner ved 3. måling, hvis motivationen varer ved.

Graf 2: Motivation til at ændre kostvaner

(NB! En deltager har ikke besvaret spørgsmålet ved afslutningen af forløbet)



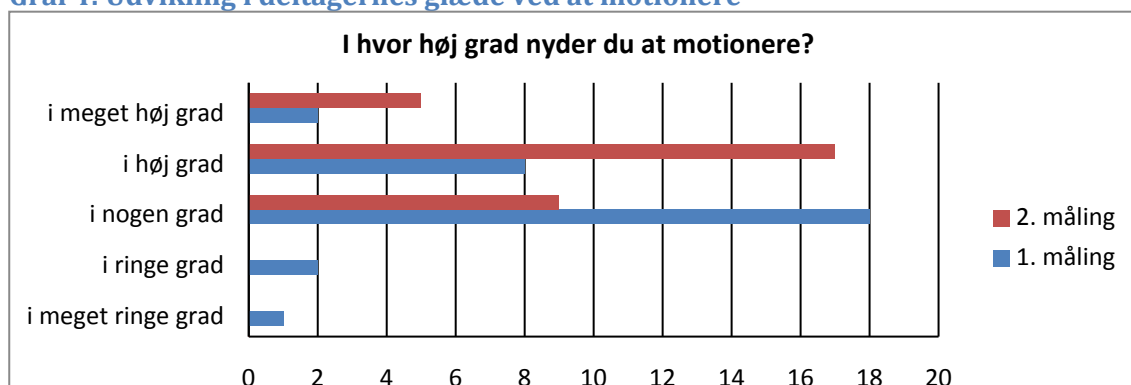
Graf 3: Oplevet motivation til at fastholde kostændringer



Motion

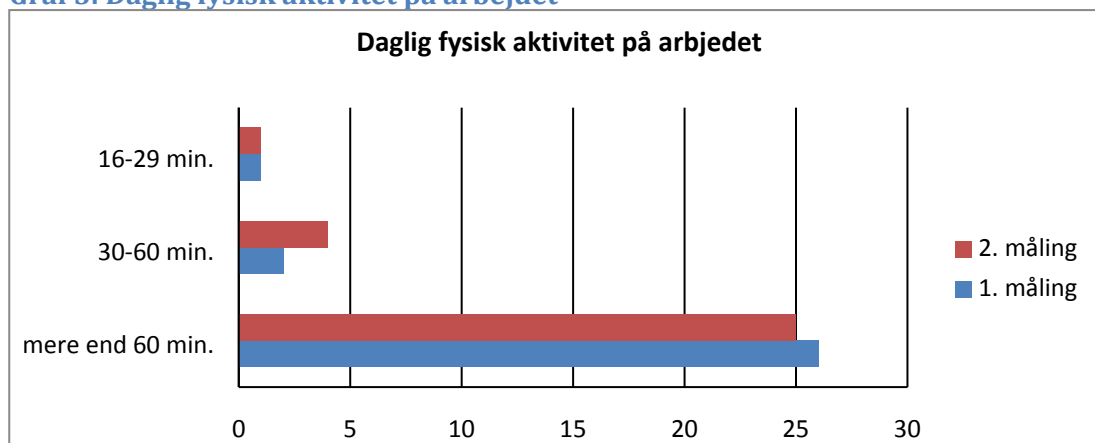
Resultaterne for de tre første gennemførte hold, viser en positiv udvikling i deltageres glæde ved at motionere (graf 4). Forløbets udformning med seks vekslende træningsformer, er bevidst planlagt for at give deltagerne en bred og inspirerende træning som muligt og med henblik på at deltagerne får mulighed for at finde den træning, de syntes er sjov og motiverende for dem. Sundhedskonsulenten oplever desuden jeg at nogle af deltagerne går fra ikke at motionere overhovedet til at blive så glade for motion, at de ikke kan undvære det. Derfor går nogle fra ingen motion til at motionere 2-4 gange i ugen. Dem der har taget det spring, er ikke nødvendigvis dem der har tabt sig mest, men det er oplagt at der er en sundhedsgevinst alligevel. samtidig opleves det, at der tales mere om "dårlig samvittighed" ved ikke at træne, og denne bevidsthed kan være et afsæt for motionere fremadrettet.

Graf 4: Udvikling i deltageres glæde ved at motionere



Den fysiske aktivitet på jobbet er mere eller mindre uændret (graf 5). Idet arbejdet som SSH eller SSA typisk er et aktivt job, er den høje fysiske aktivitet for størstedelen af deltagerne uændret fra start og til slut. Fokus på gruppeforløbene har dog stadig været, at udnytte de muligheder, der er på arbejdet for at være fysisk aktiv (f.eks. tage trapper frem for elevator mv.)

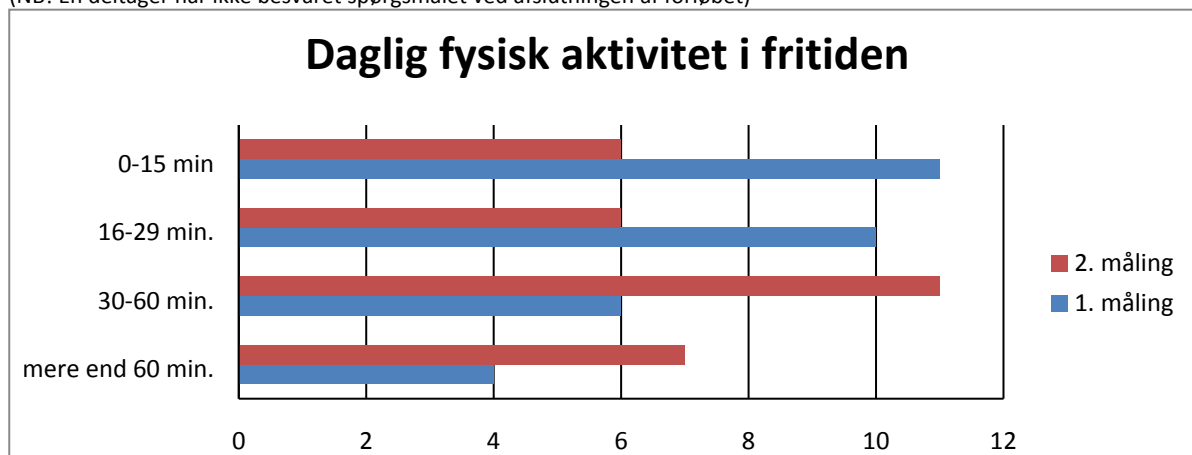
Graf 5: Daglig fysisk aktivitet på arbejdet



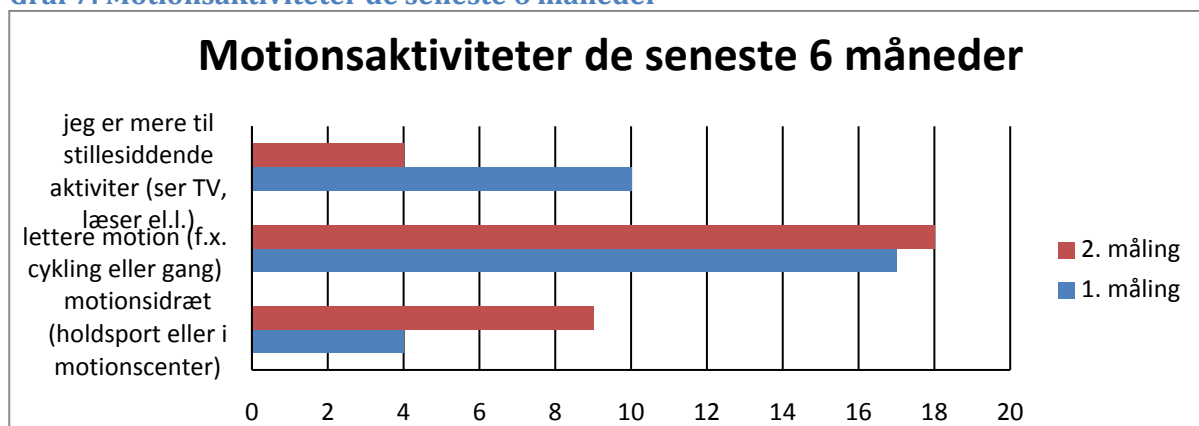
Der ses også en positiv udvikling i det fysiske aktivitetsniveau i fritiden for en stor del af deltagerne og en positiv udvikling i motionsaktiviteterne (graf 6+7 nedenfor). Forventningen til progressionen var dog, at den fysiske aktivitet i fritiden samlet set var større, idet forløbet har indeholdt træning.

Graf 6: Daglig fysisk aktivitet i fritiden

(NB! En deltager har ikke besvaret spørgsmålet ved afslutningen af forløbet)



Graf 7: Motionsaktiviteter de seneste 6 måneder



Deltagelse i planlagte aktiviteter

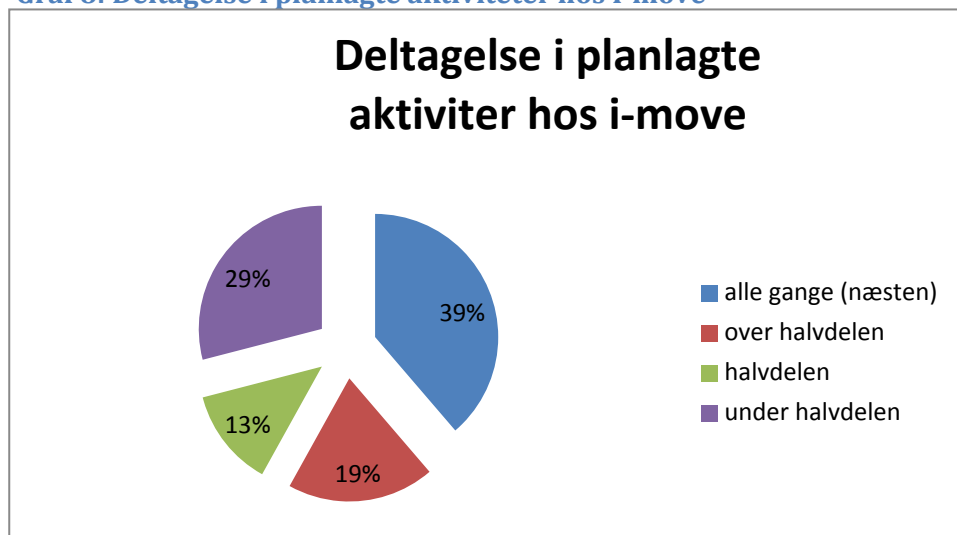
Ved afslutningen på forløbet bliver deltagerne bedt om at angive, hvor mange gange de har deltaget i planlagte træningsaktiviteter og gruppeforløb (graf 8 og 9). Samtidig er de blevet bedt om at angive en begrundelse for deres deltagelse. Spørgsmålene er stillet med henblik på at få tilbagemeldinger til fremtidig brug og for også at få deltagerne til at forholde sig til deres egen indsats i forløbet.

58 % af deltagerne angiver, at de har deltaget alle gange eller over halvdelen af gangene i træningen. Dette kan være med til at forklare progressionen i den fysiske aktivitet ovenfor. Nogle angiver nogle som begrundelse, at de har trænet andetsteds, så graf 8 viser ikke et fyldestgørende billede af træningsaktiviteten blandt deltagerne.

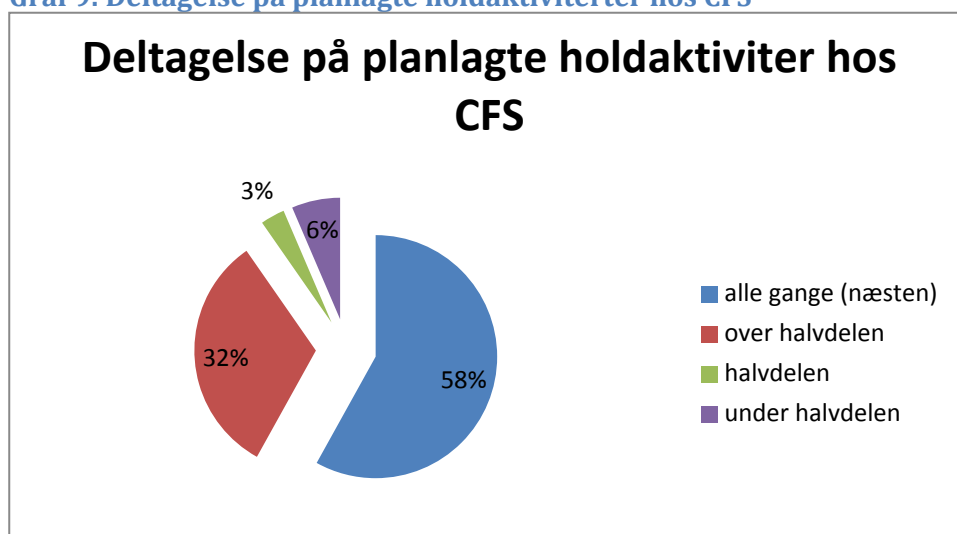
Det er overraskende at deltagelse i gruppeforløbene overvejende svarer, at de har deltaget alle gange eller mere end halvdelen, idet tilbagemeldingen fra konsulenterne har været, at

deltagelsen generelt ikke har været høj. Forskellen kan skyldes, at deltagerne har svaret ud fra de antal gange de har haft mulighed for at deltage og ikke ud fra det antal gange, gruppeforløbene har været udbudt.

Graf 8: Deltagelse i planlagte aktiviteter hos I-move



Graf 9: Deltagelse på planlagte holdaktiviteter hos CFS

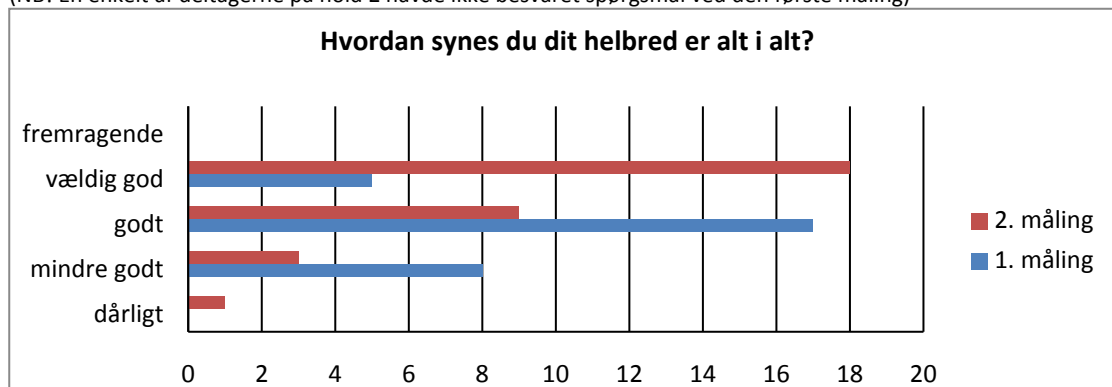


Selvopfattet helbred

Spørgsmålet omkring selvopfattet helbred er det ikke begrænset til fysisk eller psykisk helbred. Der bliver spurgt til 'helbred alt i alt' og således er svaret angivet ud fra deltagerens egen forståelse af helbred. Med mindre deltagerne fra start har kendskab til deres helbred (f.eks. ud fra en diagnose eller objektive målinger fra en læge) vil svarene være ud fra deres egen subjektive opfattelse. Ved sidste måling kan opfattelsen i højere grad være påvirket af objektive forhold, som de er blevet bekendt med under forløbet.

Graf 10: Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?

(NB! En enkelt af deltagerne på hold 2 havde ikke besvaret spørgsmålet ved den første måling)



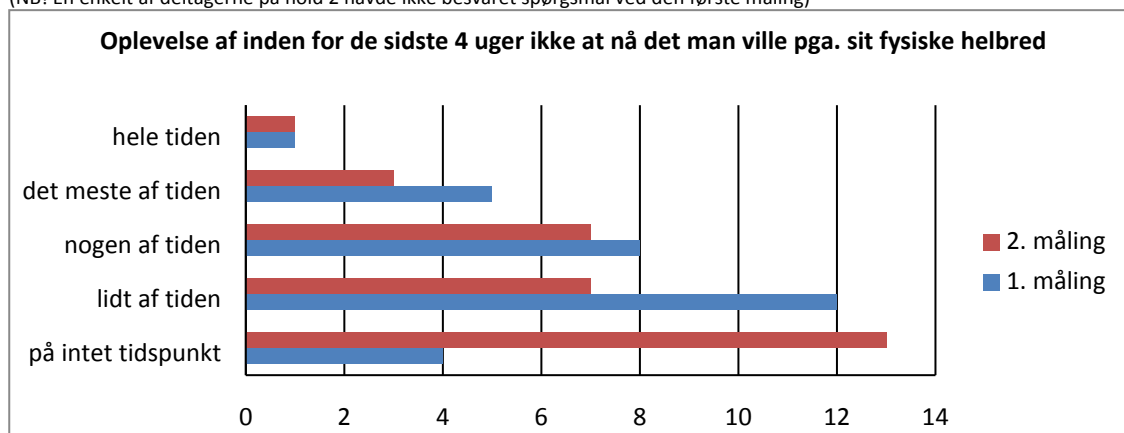
Resultaterne for de tre første hold tyder på, at forløbet har haft en positiv betydning for den opfattede helbredsstilstand blandt deltagerne.

Oplevede begrænsninger pga. fysisk helbred inden for de seneste 4 uger

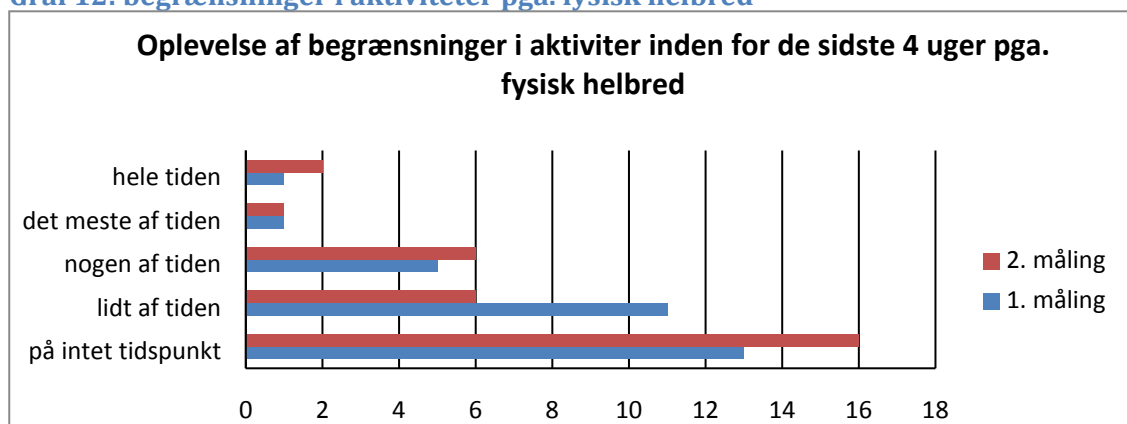
Begrænsningerne relaterer sig til daglige aktiviteter inkl. aktiviteter i forbindelse med arbejdet. For at svarene er valide er det væsentligt, at deltagerne udelukkende har forholdt sig til de fysiske begrænsninger og ikke har medtænkt mentalt helbred i svarene. Resultaterne viser en positiv udvikling fra start til slut.

Graf 11: Begrænsninger pga. fysiske helbred

(NB! En enkelt af deltagerne på hold 2 havde ikke besvaret spørgsmålet ved den første måling)



Graf 12: begrænsninger i aktiviteter pga. fysisk helbred

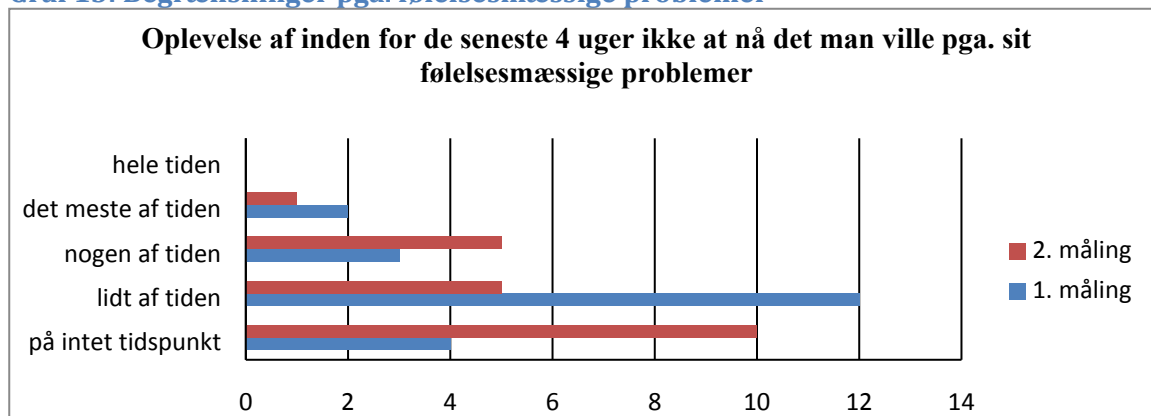


Ovenstående resultater viser en positiv udvikling i de fysiske kapaciteter blandt deltagerne primært i forhold til at nå det, de gerne vil. I forhold til begrænsninger i aktiviteter pga. fysisk helbred er der sket en lille positiv udvikling. Ud fra svarene – og som spørgsmålet er stillet – er det ikke muligt at afgøre hvad det er for begrænsninger de oplever, men resultaterne fra graf 11 tyder på, at begrænsningerne ikke i samme grad påvirker deres daglige mål i samme grad efter forløbet.

Følelsesmæssige begrænsninger

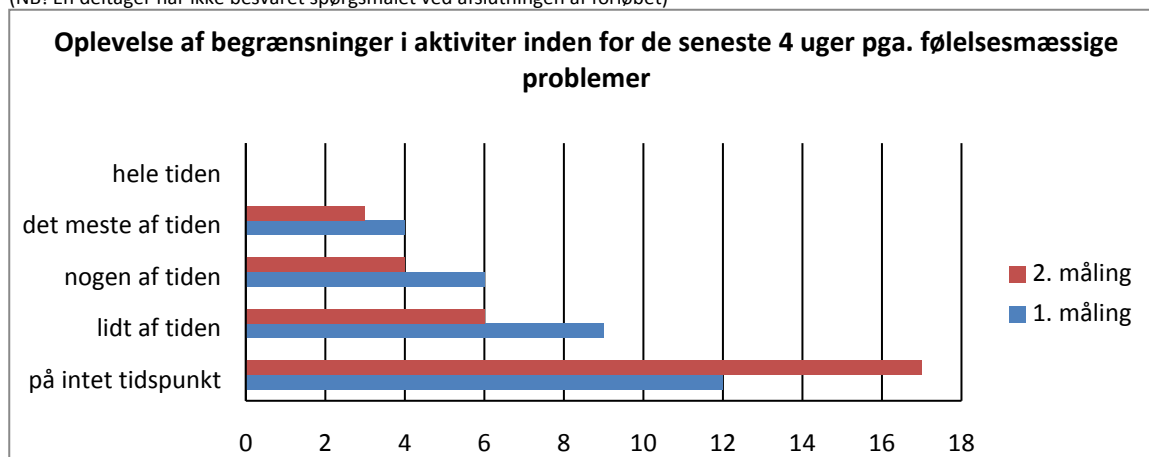
I nedenstående graf 13 og 14 viser resultatet en positiv udvikling i de følelsesmæssige kapaciteter blandt deltagerne, både i forhold til at kunne nå det, de gerne vil og i forhold til at udføre aktiviteter. Dog er det ikke muligt, ud fra besvarelsene, at vide om der er andre specifikke hændelser, som har ændret sig under forløbet og som derfor også har haft en positiv som vel som negativ indvirkning på resultatet.

Graf 13: Begrænsninger pga. følelsesmæssige problemer



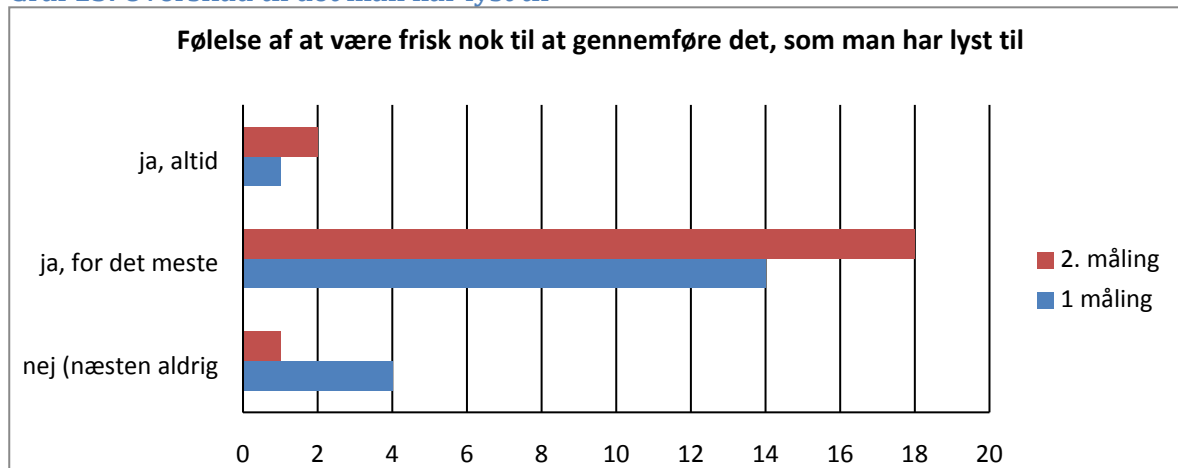
Graf 14: Begrænsninger pga. følelsesmæssige problemer

(NB! En deltager har ikke besvaret spørgsmålet ved afslutningen af forløbet)

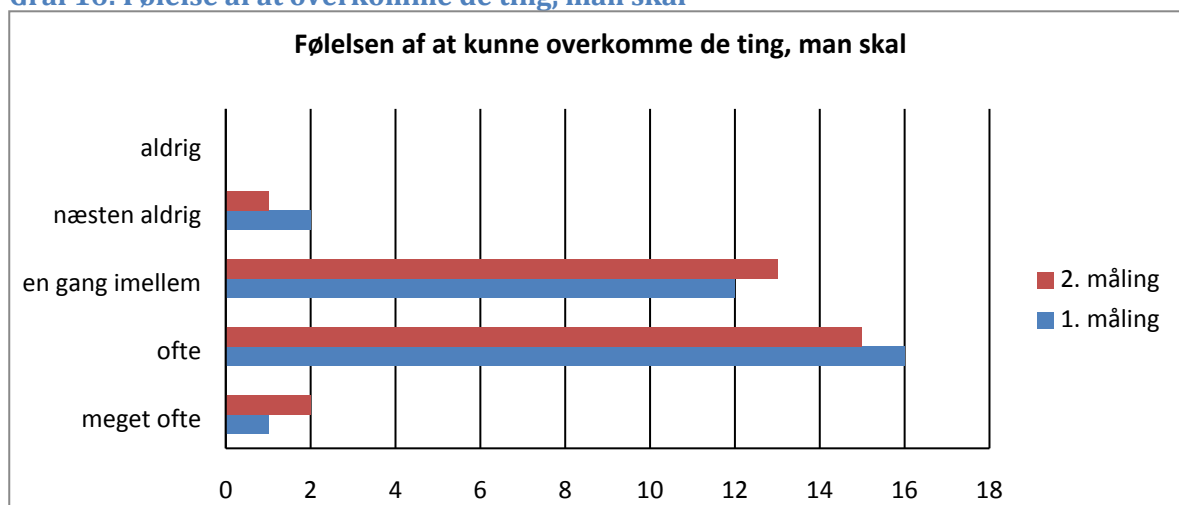


Et par `bredere spørgsmål` er også besvaret (graf 15 og 16), hvor der ikke spørges specifikt til fysiske eller psykisk helbred. Her ses også en positiv udvikling i overensstemmelse med ovenstående, dog knap så markant som de foregående resultater.

Graf 15: Overskud til det man har lyst til

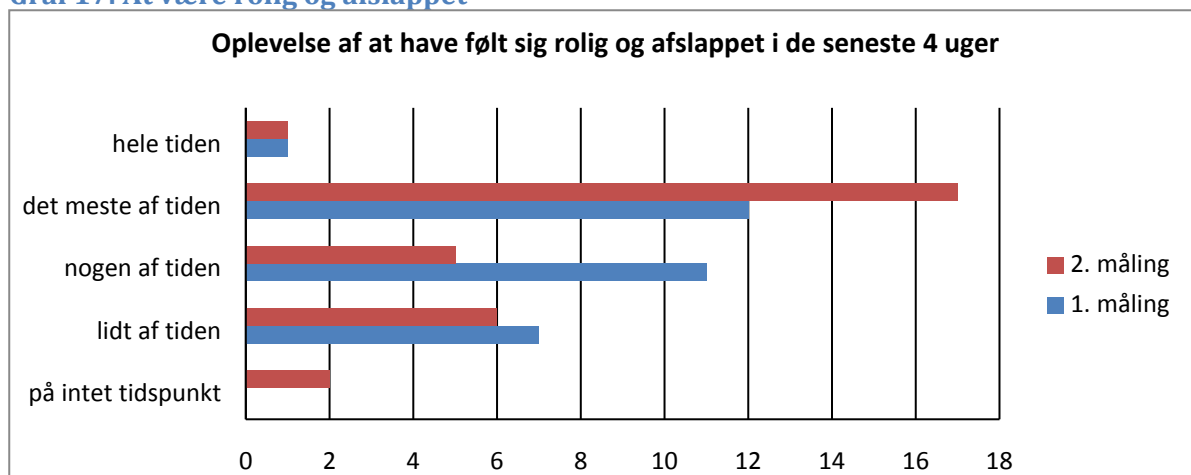


Graf 16: Følelse af at overkomme de ting, man skal

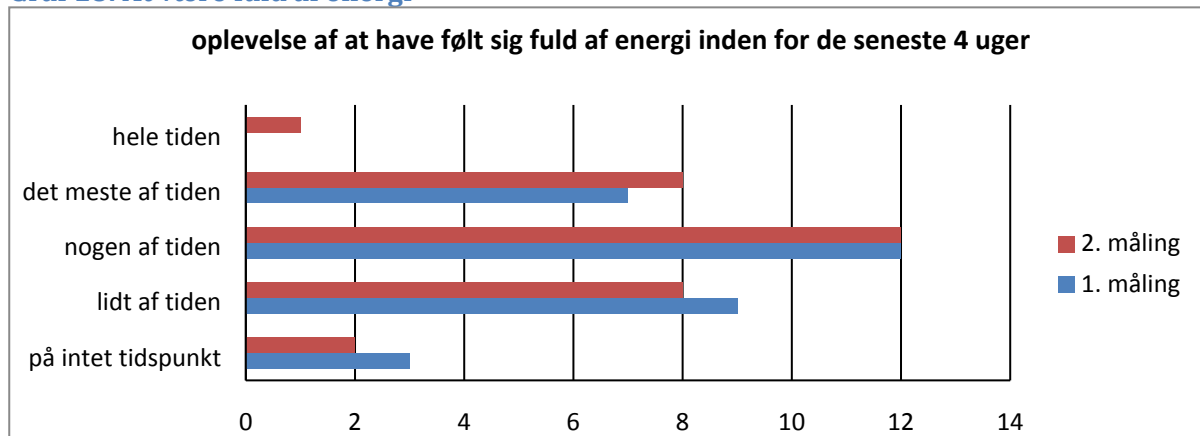


Oplevelse af at være rolig og afslappet og at føle sig fuld af energi

Graf 17: At være rolig og afslappet



Graf 18: At være fuld af energi

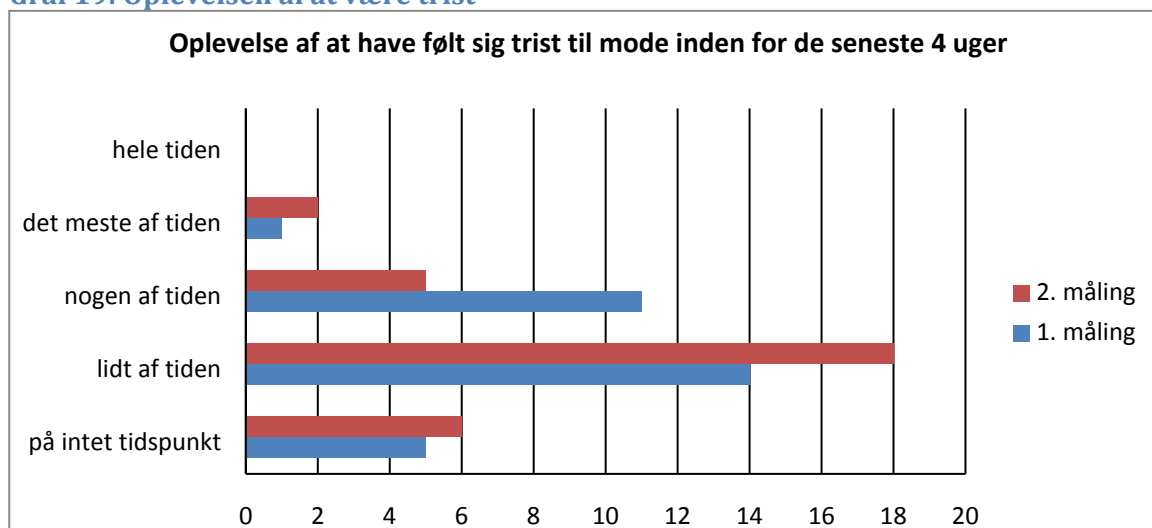


Resultaterne viser overordnet set en positiv udvikling i oplevelsen af at være rolig og afslappet og føle sig fuld af energi. Dog var der en forventning om et mere positivt resultat på disse parametre – særligt i forhold til energiniveau. Deltagelsen i forløbet kan have haft den betydning for deltagerne, at de har skulle forholde sig til mange ting omkring kost og livsstil ligesom at have opmærksomhed på at dyrke motion, hvilket kan have en negativ betydning for resultaterne. Nogle deltagere har undervejs fortalt, at det at deltage i forløbet også er krævende og at det af og til ”har taget mere energi” end ”det givet energi”. Hvis deltagerne fastholder tiltagene vil det forventes, at den langsigtede måling vil vise et mere positivt resultat, idet indsatserne og vaner må forventes at være en integreret del og knap så engerikrævende.

Oplevelse af at være trist til mode

At være trist til mode kan skyldes en generel tilstand eller det kan være forårsaget af begivenheder uden for personernes indflydelse, som f.eks. dødsfald i nær familie eller lignende. Ud fra spørgsmålet er det ikke muligt at vide, hvad årsagen til personernes oplevelser er. Spørgsmålet er stillet med henblik på at afdække om forløbet har haft en betydning for deltageres evne til at mestre svære situationer. Resultaterne viser ikke entydigt en positiv udvikling.

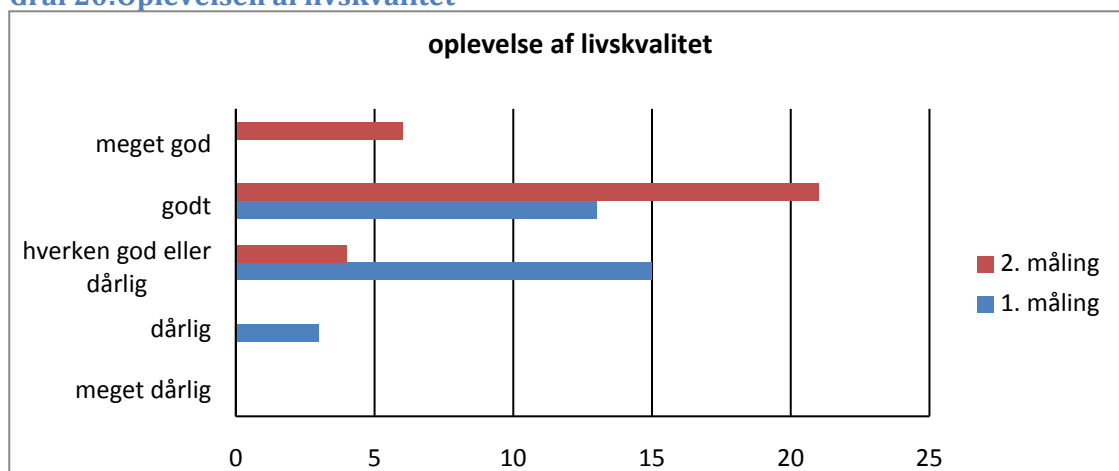
Graf 19: Oplevelsen af at være trist



Egen bedømmelse af livskvalitet

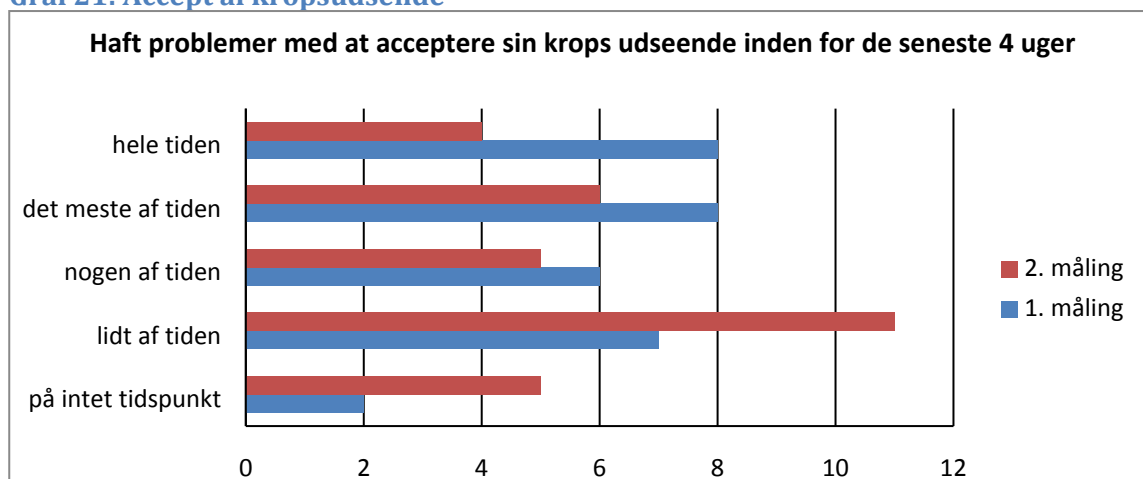
Deltageres vurdering af livskvalitet viser en markant positiv udvikling. Besvarelserne er givet ud fra deltageres egen forståelse af livskvalitet, og det kan derfor ikke vides, hvilke parametre, der konkret er svaret ud fra.

Graf 20: Oplevelsen af livskvalitet

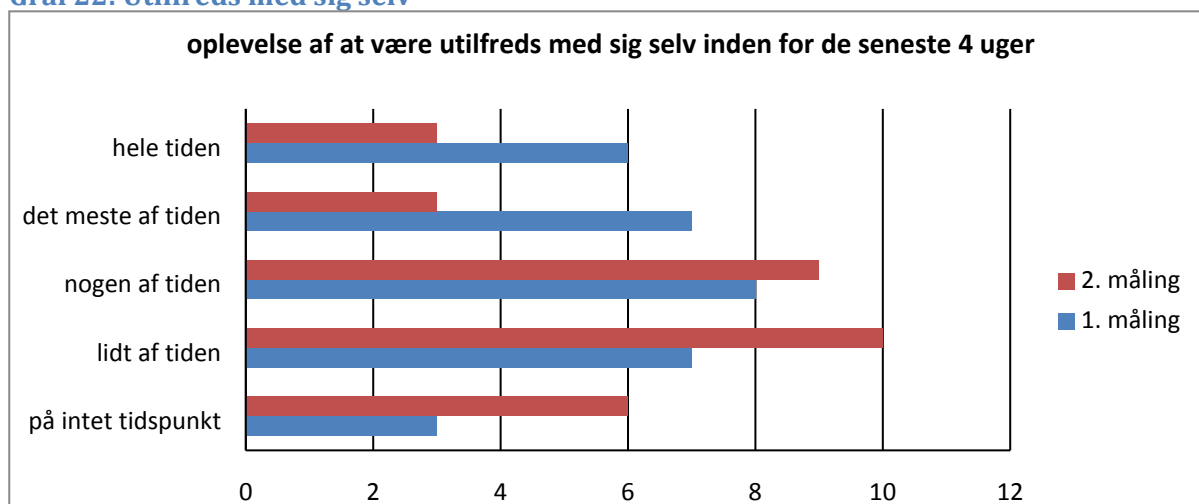


En positiv udvikling ses også ifht. deltagernes accept af sin krops udseende og det at være utilfreds med sig selv (graf 21+22), som kan hænge sammen med vurderingen af livskvaliteten.

Graf 21: Accept af kropsudseende



Graf 22: Utilfreds med sig selv



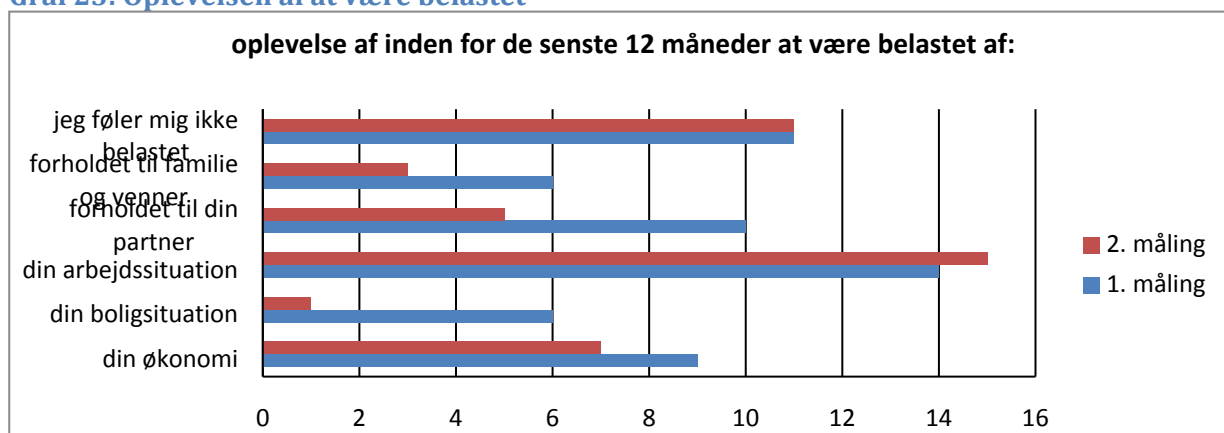
I forbindelse med spørgsmålet om at være utilfreds med sig selv, er det ikke angivet nærmere, hvad det indebærer. Spørgsmålet kan således forstås bredt i forhold til fysisk udseende, fysisk og mental formåen og præstationer i det hele taget.

Følelse af at være belastet af økonomi, boligsituation, arbejdssituation, forholdet til sin partner, forholdet til familie og venner

(inden for de seneste 12 måneder)

Udsvingene i besvarelserne kan være begrundet i konkrete situationer, som kan have ændret sig over tid, eller i deltagernes evne til at mestre konkrete situationer. På baggrund af resultaterne er det ikke muligt at sige hvorvidt forløbet entydigt har haft en positiv betydning. Dog ses det, at deltagerne oplever færre belastninger ved afslutningen end fra starten, hvilket kan være begrundet i en øget evne til at mestre svære situationer.

Graf 23: Oplevelsen af at være belastet

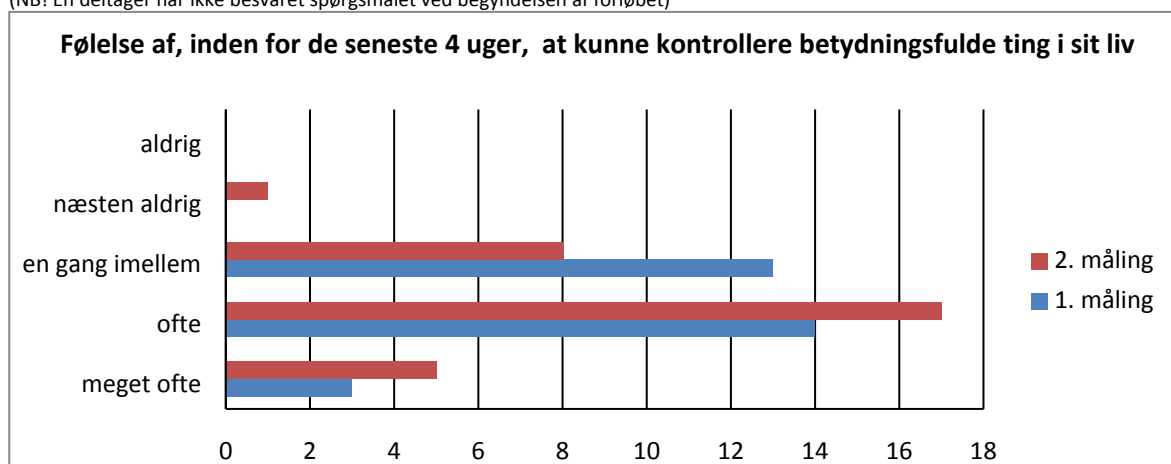


Følelsen af at kunne kontrollere de betydningsfulde ting i livet

Til spørgsmålet om at kunne kontrollere betydningsfulde ting i sit liv, viser resultaterne ikke en entydig positiv udvikling.

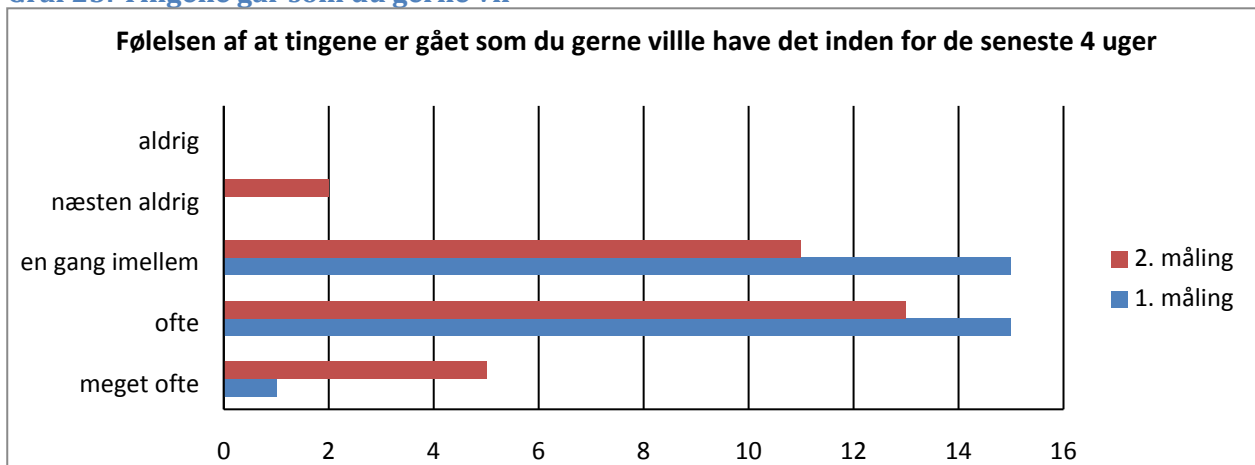
Graf 24: Kontrol over betydningsfulde ting i livet

(NB! En deltager har ikke besvaret spørgsmålet ved begyndelsen af forløbet)

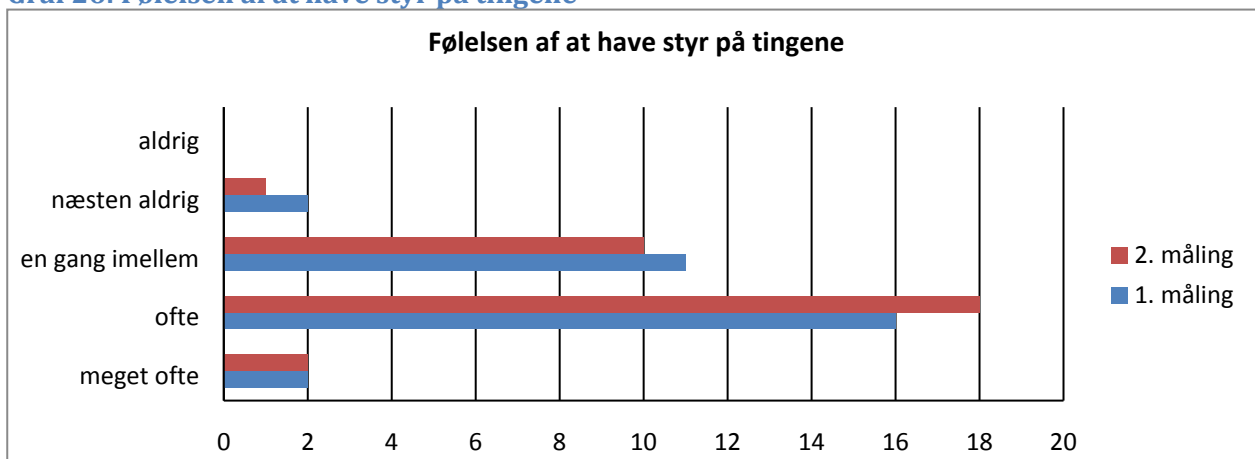


Ifht. resultaterne omkring følelsen af at tingene går, som man gerne vil have det (graf 25) og følelsen af at have styr på tingene (graf 26) er der heller ikke her en entydig positiv udvikling. Dette kan hænge sammen med den udfordring deltagerne oplever ved at deltage i forløbet.

Graf 25: Tingene går som du gerne vil



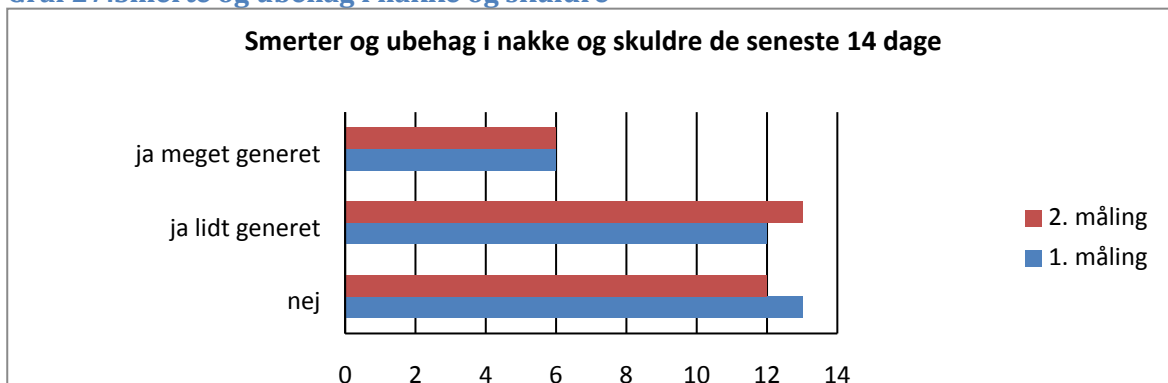
Graf 26: Følelsen af at have styr på tingene



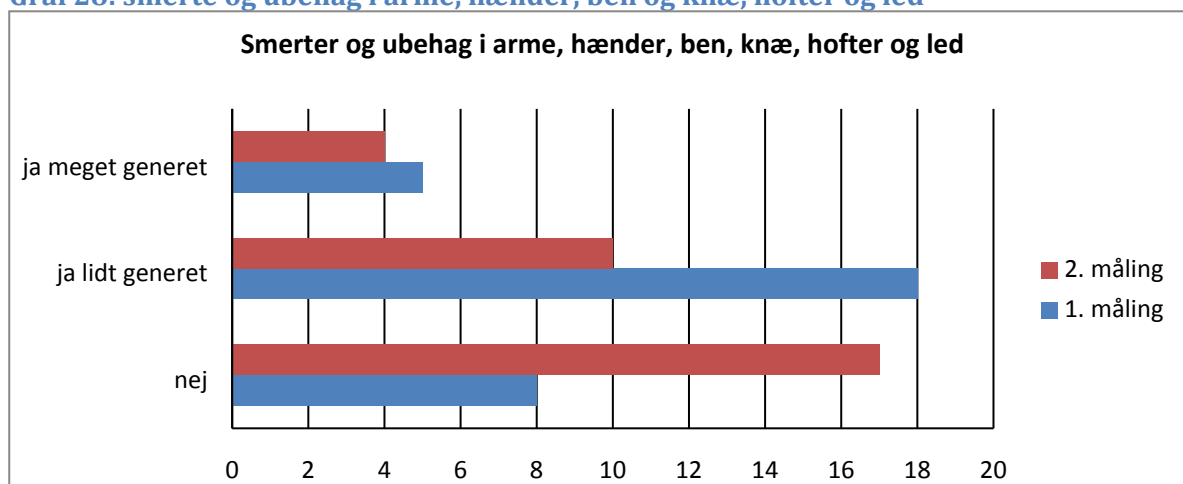
Smerter og ubehag

Overordnet ses der en positiv udvikling i smerter i bevægeapparatet med undtagelse af nakke og skuldre, som samlet set ikke har ændret sig bemærkelsesværdigt.

Graf 27: Smerter og ubehag i nakke og skuldre

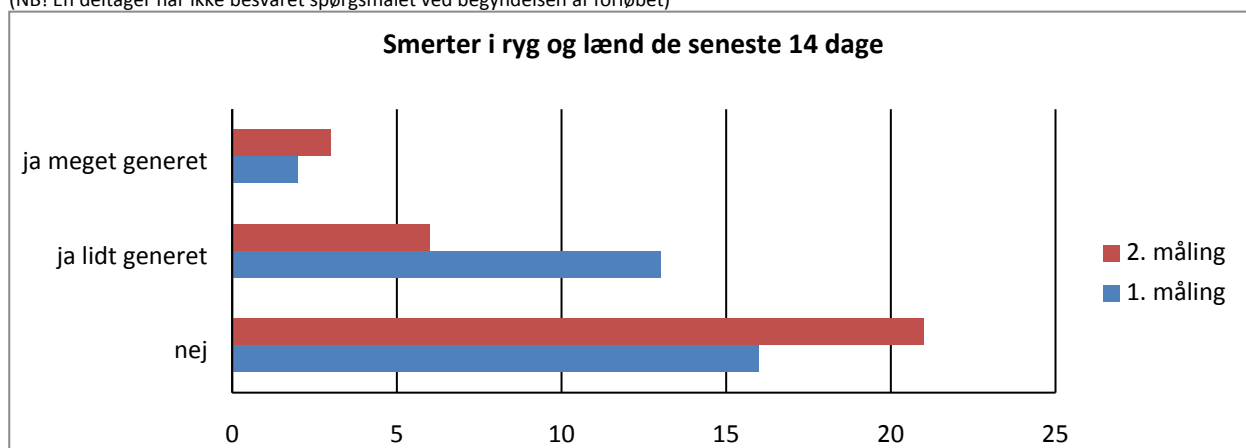


Graf 28: smerte og ubehag i arme, hænder, ben og knæ, hofter og led



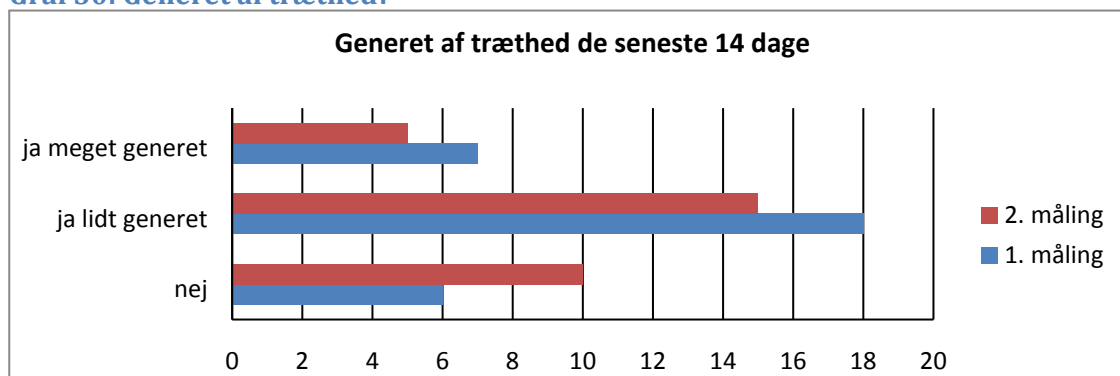
Graf 29: Smerter i ryg og lænd

(NB! En deltager har ikke besvaret spørgsmålet ved begyndelsen af forløbet)



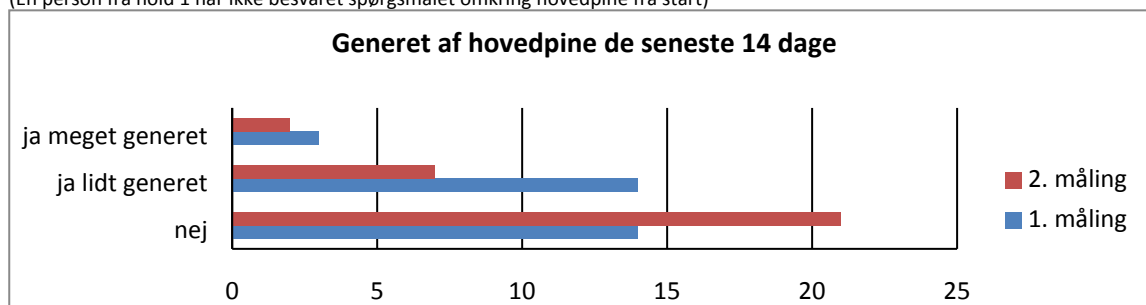
Der ses også en positiv udvikling i forhold til gener af træthed og hovedpine (graf 31 og 32)

Graf 30: Generet af træthed?



Graf 31: Gener af hovedpine

(En person fra hold 1 har ikke besvaret spørgsmålet omkring hovedpine fra start)



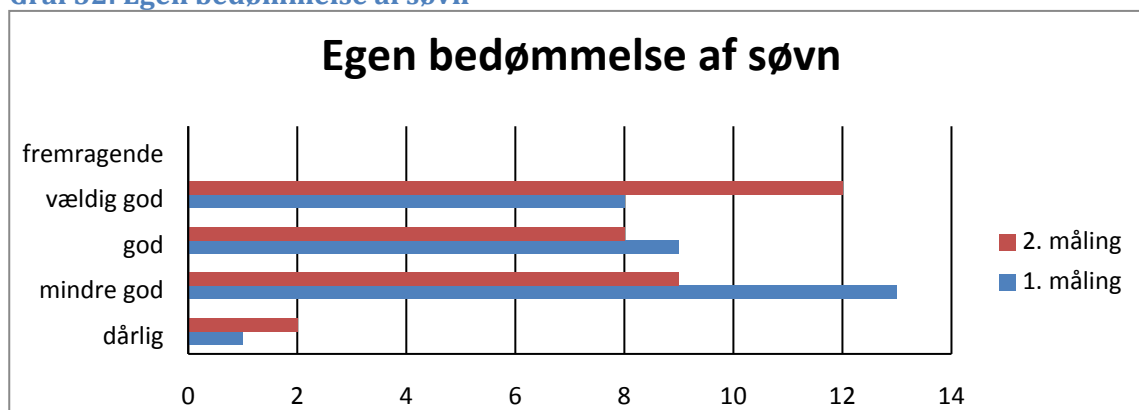
Søvn

Der ses en positiv udvikling i deltagernes bedømmelse af deres søvn.

Der er ikke angivet en tidsperiode for bedømmelse af søvnen, ligesom der f.eks. er i forhold til oplevelsen af træthed. Således kan det være, at deltagerne bedømmer deres generelle søvn og ikke forholder sig specifikt til den seneste tid. Svarerne kan derfor være påvirket af en generel opfattelse og oplevelse af sin søvn frem for søvnen i den periode, de deltager i forløbet.

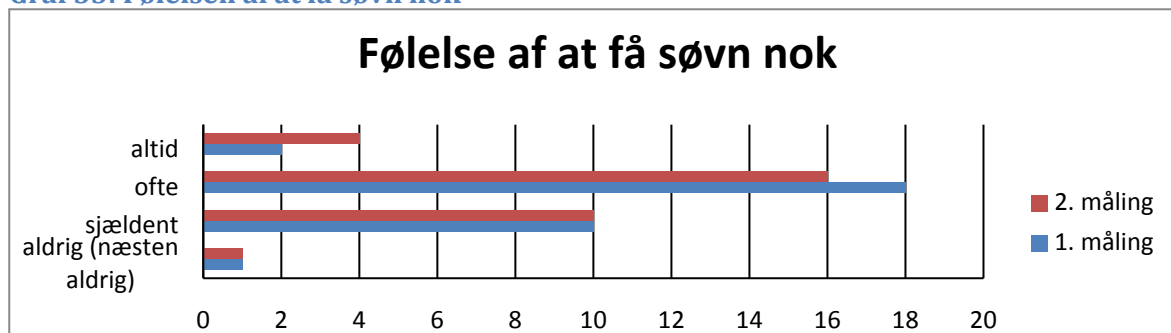
Udviklingen i bedømmelsen af søvn er ikke entydig positiv.

Graf 32: Egen bedømmelse af søvn



Som ved spørgsmålet omkring kvaliteten af søvnen er der ved spørgsmålet om følelsen af at få nok søvn (graf 33), ikke angivet en konkret tidsperiode for vurdering. Således kan deltagernes svar også her være generelt. Deltagernes vurdering af om de får søvn nok, kan både være en vurdering ud fra egen oplevelse eller en vurdering i forhold til anbefalinger under forløbet.

Graf 33: Følelsen af at få søvn nok



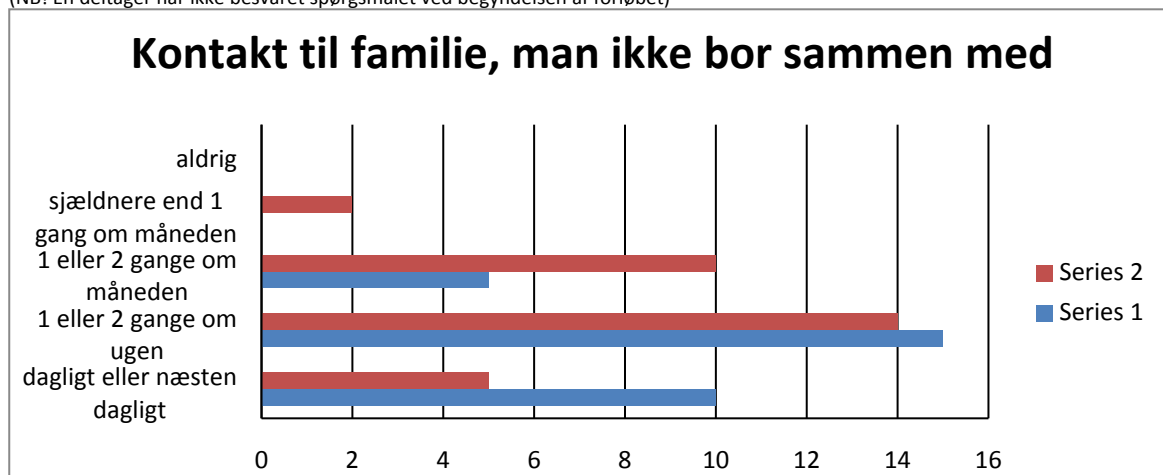
I forhold til vurderingen af at få søvn nok, er der ikke markante ændringer. Det er interessant set i forhold til at generne af træthed ikke længere er så udtalte (se graf 30). Dermed kan svarene i graf 30 forstås som et udtryk for, at deltagerne fysiske eller psykiske formåen er blevet bedre frem for at de får mere søvn.

Sociale aktiviteter

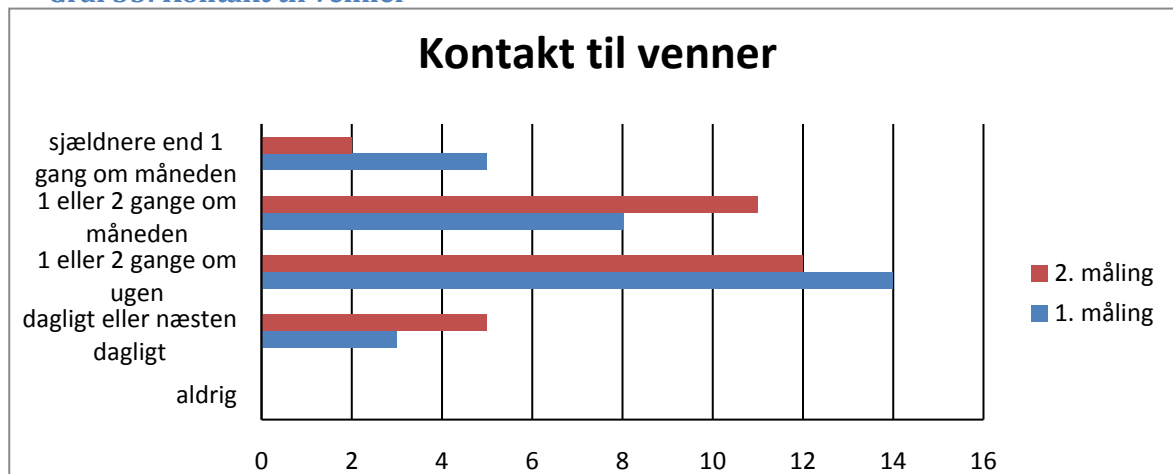
Omkring sociale aktiviteter er spørgsmålene stillet for at kunne se om deltagelse i forløbet har en betydning for deltagerne relationer til deres omgangskreds.

Graf 34: Kontakt til familie man ikke bor med

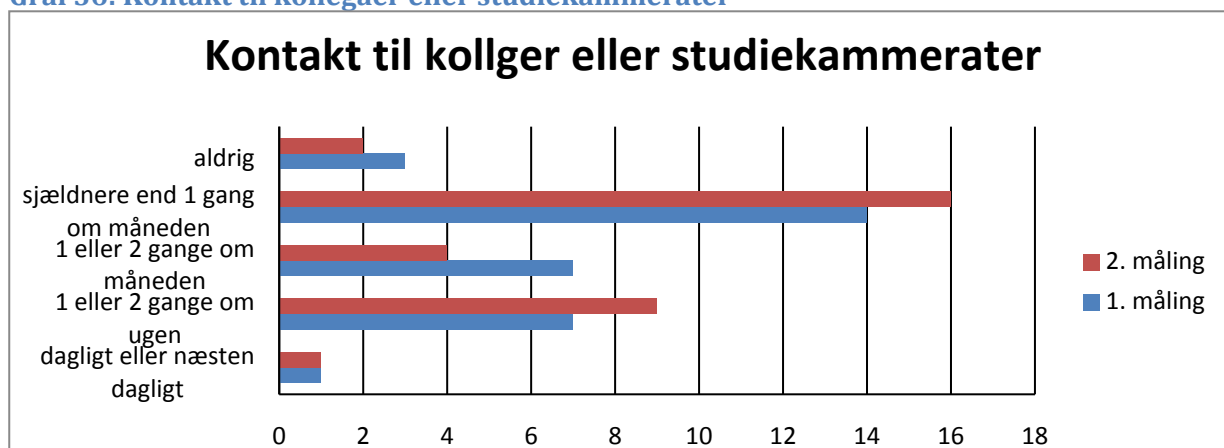
(NB! En deltager har ikke besvaret spørgsmålet ved begyndelsen af forløbet)



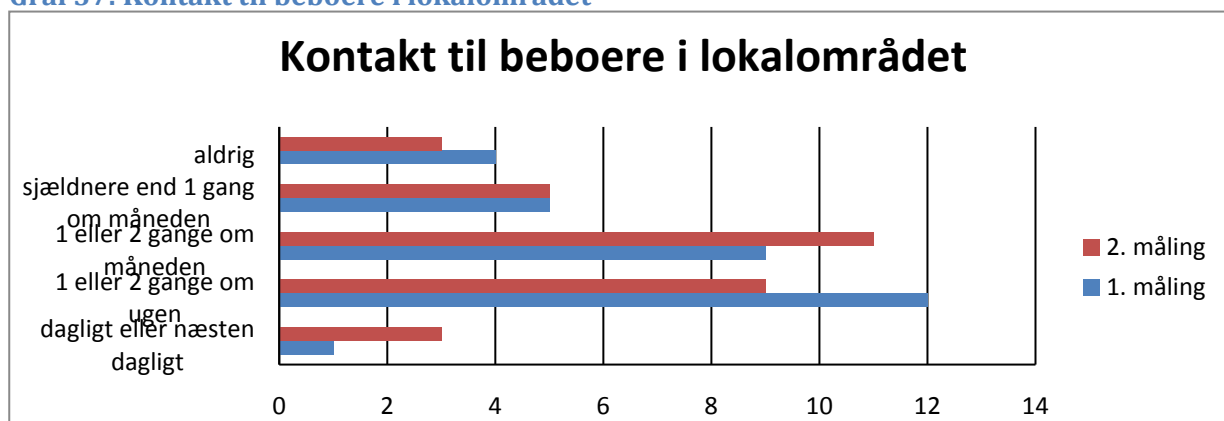
Graf 35: Kontakt til venner



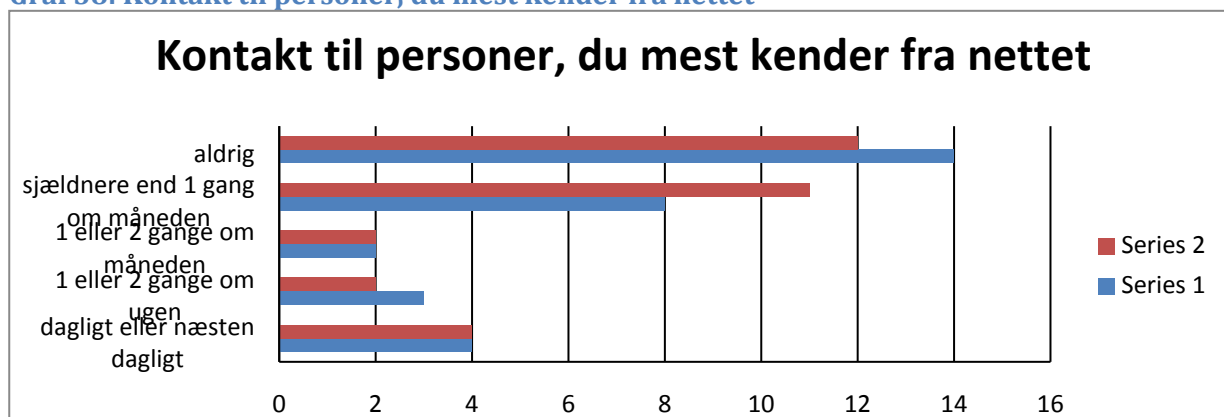
Graf 36: Kontakt til kollegaer eller studiekammerater



Graf 37: Kontakt til beboere i lokalområdet



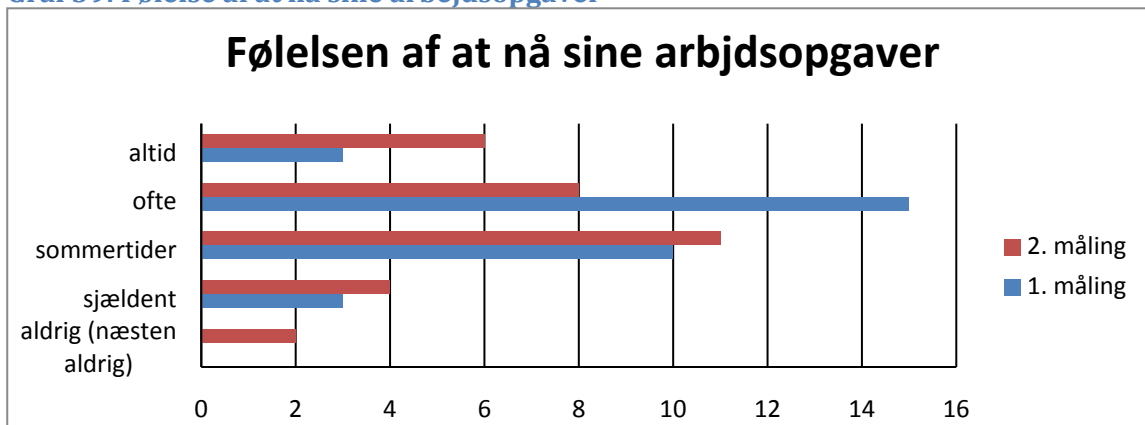
Graf 38: Kontakt til personer, du mest kender fra nettet



Arbejdsrelateret spørgsmål

De arbejdsrelaterede spørgsmål er stillet med henblik på at kunne se en udvikling i deltagerne trivsel på arbejdet. Dog kan forhold på arbejdspladsen have ændret sig under forløbet, og derfor er der ikke en direkte sammenhæng mellem deltagelse i forløbet og resultaterne.

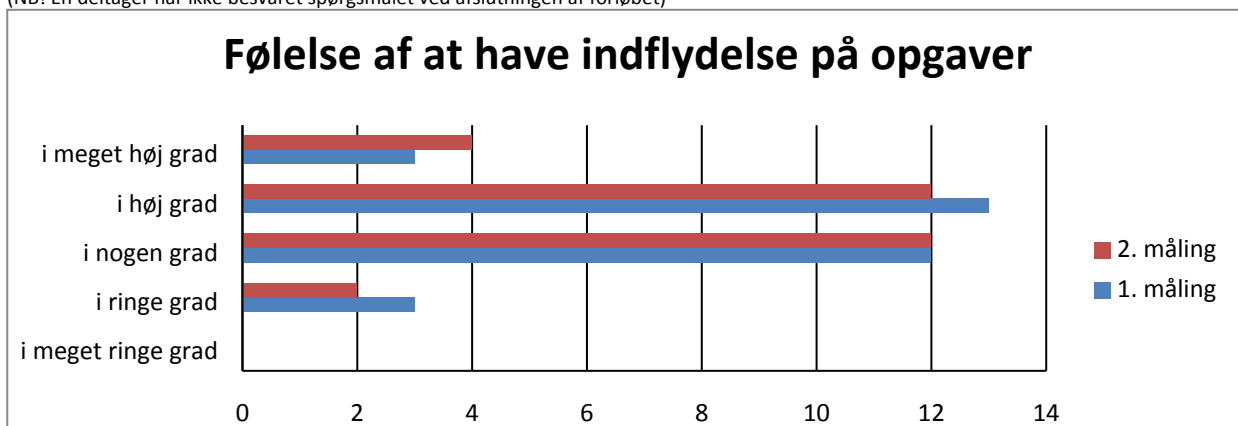
Graf 39: Følelse af at nå sine arbejdsopgaver



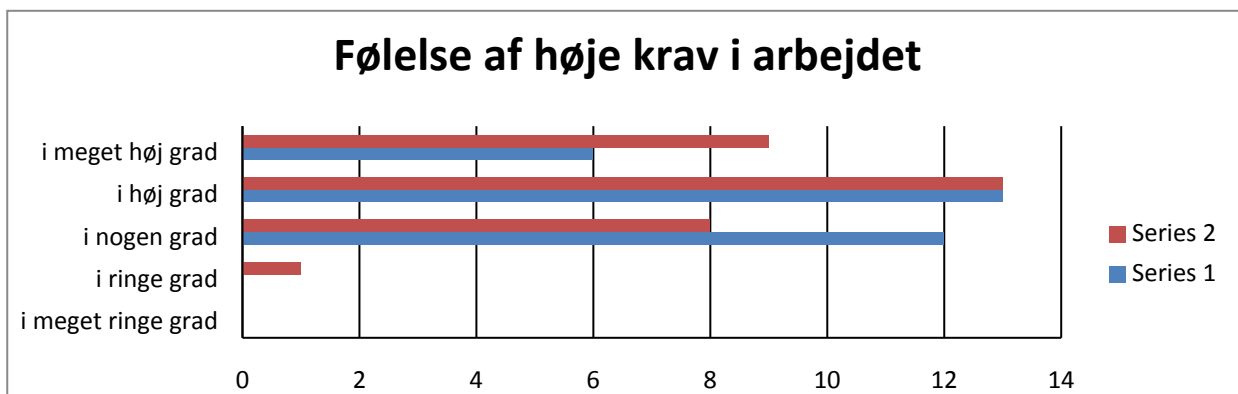
Der er en svag fremgang ifht. til følelsen af at nå sine arbejdsopgaver, hvor to personer dog ved sidste måling angiver, at de aldrig/næsten aldrig føler, at de når sine opgaver med 0 personer, der angiver dette ved første måling. Det vides ikke, om dette er begrundet i faktorer ifht. deltagelse i projektet eller om det skyldes forhold i arbejdet.

Graf 40: Følelse af at have indflydelse på opgaver

(NB! En deltager har ikke besvaret spørgsmålet ved afslutningen af forløbet)

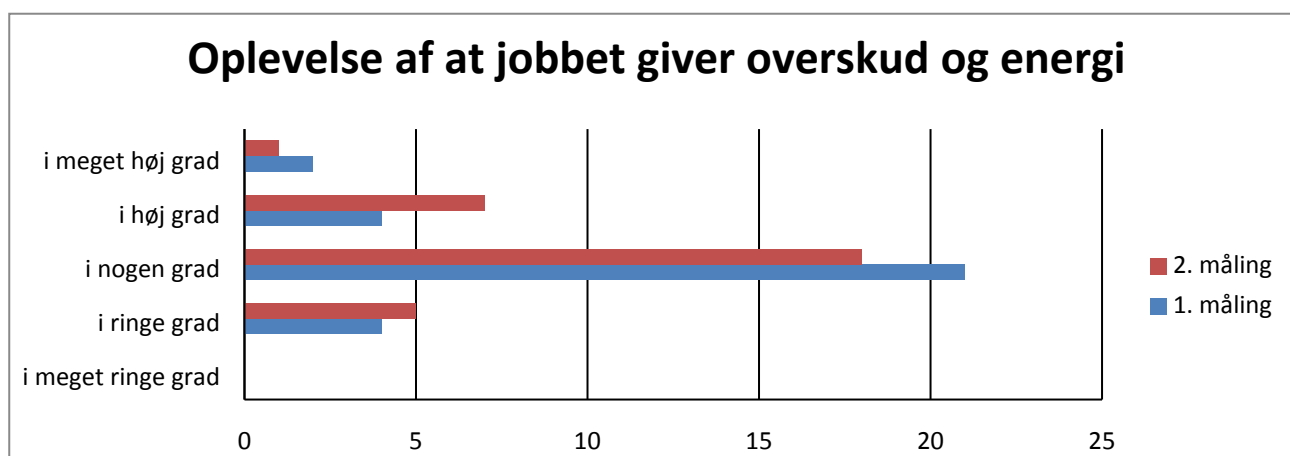


Graf 41: Følelse af høje krav i arbejdet

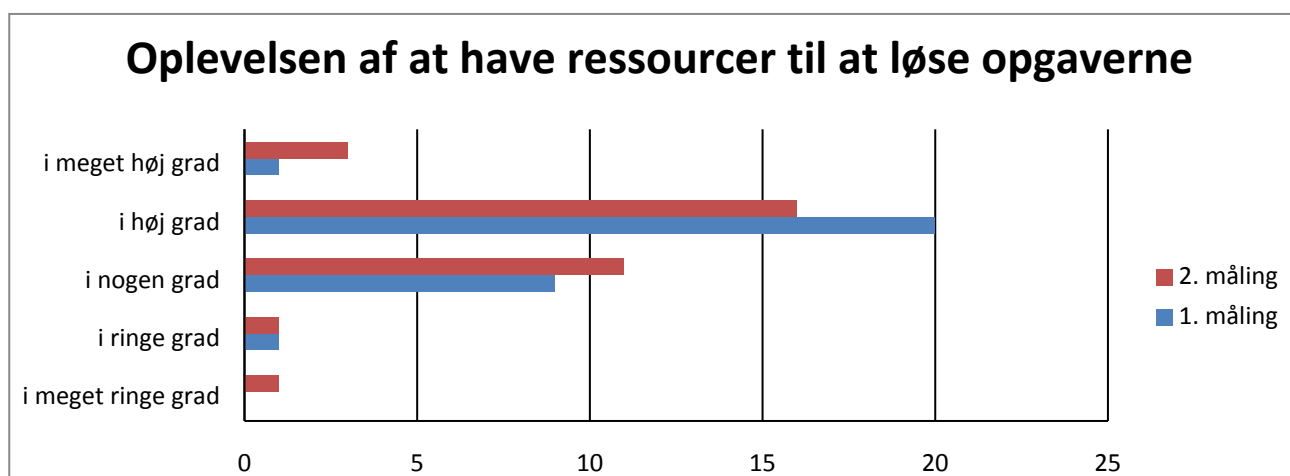


I forhold til krav i arbejdet kunne der være en forventning om, at der ville have været en mere positiv udvikling set forhold til at den fysiske og mentale formåen er blevet større. Det samme gælder for oplevelsen af at have ressourcer i arbejdet (graf 42 nedenfor). Ud fra resultaterne kan vi ikke vide, om der reelt set er øget krav i arbejdet. Dog fortæller sundhedskonsulenten, at deltagerne ofte taler om, at de oplever højere og højere krav i jobbet, og at usikkerheden omkring SSH'ernes fremtidige opgave bekymrer deltagerne. Dette kan også forklare resultatet i graf 42.

Graf 42: Giver jobbet energi og overskud



Graf 43: Oplevelsen af at have ressourcer til at løse opgaverne



Sammenfatning

Resultaterne fra hold 1, 2 og 3 viser overordnet en positiv udvikling i de fysiske sundhedsdata, en bevidsthed omkring sunde kostvaner og en øget fysisk og mental trivsel, særligt i forhold til smerter i bevægapparatet og øget positiv selvopfattelse.

Der ses også en ændring i motionsvaner om end den ikke er så positiv som forventet set i forhold til de motionsaktiviteter, der ligger i forløbet.

I forhold til den mentale trivsel ses der ikke markant positiv udvikling i deltagernes evne til at mestre udfordrende situationer, og i forhold til trivselsrelateret faktorer på arbejdet ses der heller ikke en positiv udvikling.

Det er dog for tidligt at sammenfatte noget entydigt omkring forløbets succes både fordi der mangler målinger fra det sidste hold, fordi der er usikkerhed i besvarelserne fra de forskellige målinger (som er nævnt ved hver måling) og fordi progressionen er målt på kort sigt. De kommende data vil blive suppleret med flere kvalitative data fra sundhedskonsulenten, idet det kan være med til at belyse de kvantitative data yderligere og mere nuanceret.

De langsigtede målinger vil kunne sige noget mere omkring effekten af forløbet.

Bilag: 7.1. Tilbud fra Pensam

Udvalg: Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder

Mødedato: 25. november 2015 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 157757/15

From: melf@varde.dk
Sent: 13 Nov 2015 08:28:58 +0000
To: Mette Fuglsang Larsen
Subject: Scan from YSoft SafeQ

Scan for the user Mette Fuglsang Larsen (melf) from the device pr142

GIV DINE MEDARBEJDERE MERE OVERSKUD TIL ARBEJDET MED DEMENTE BORGERE!

Møder dine medarbejdere udfordringer i arbejdet med borgere med demens? Påvirker det sygefraværet og arbejdsmoralen? Eller har dine medarbejdere bare generelt brug for tid og rum til at reflektere og lære og dele udfordringer og erfaringer?

I regi af Demensalliancen tilbyder PenSam en aften i demensens tegn, med fokus på erfaringsdeling og mulighed for sparring og supervision på udfordrende problemstillinger i arbejdet med borgere med demens.

Denne aften vil vi have fokus på den gode arbejdsdag til gavn for dine medarbejdere og den enkelte borger med demens.

Aftenens indhold

På en aften i demensens tegn vil dine medarbejdere først få mulighed for at høre et fagligt oplæg fra Teamarbejdsliv. Derefter har dine medarbejdere mulighed for at drøfte faglige problemstillinger fra det daglige arbejde med borgere med demens, og samtidig kigge nærmere på, hvilken betydning de daglige udfordringer har for dem som menneske - for deres trivsel og sundhed.

Kom og mød:

En erfaren konsulent fra Teamarbejdsliv og Lone Enemark fra PenSam's SOSU-linje.

Lone Enemark vil fortælle om de problemstillinger medarbejdere ringer ind med fra hverdagen - når de står i udfordrende situationer. Derudover vil Lone give konkret sparring på de problemstillinger dine medarbejdere kunne have interesse i at drøfte denne aften.

Giv dine medarbejdere plads til at lære og reflektere og giv dem fornyet overskud til arbejdet.

Arrangementet er gratis

Som en del af en pilottest, vil vi tilbyde et gratis arrangement på et plejecentre i jeres kommuner. Tid og sted fastlægges efter aftale med jer.

For mere information kontakt: Maria Haukrogh
Telefon 28 93 11 65
email: mhau@pensam.dk

Bilag: 8.1. Afføringsskema

Udvalg: Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder

Mødedato: 25. november 2015 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 158431/15

Bilag: 8.2. Ikke doserbar medicin

Udvalg: Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder

Mødedato: 25. november 2015 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 146023/15

Bilag: 8.3. Adfærsskema

Udvalg: Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder

Mødedato: 25. november 2015 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 124419/15

Bilag: 8.4. Insulin skema i skabelon

Udvalg: Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder

Mødedato: 25. november 2015 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 124363/15

Insulin skema – mave og lår

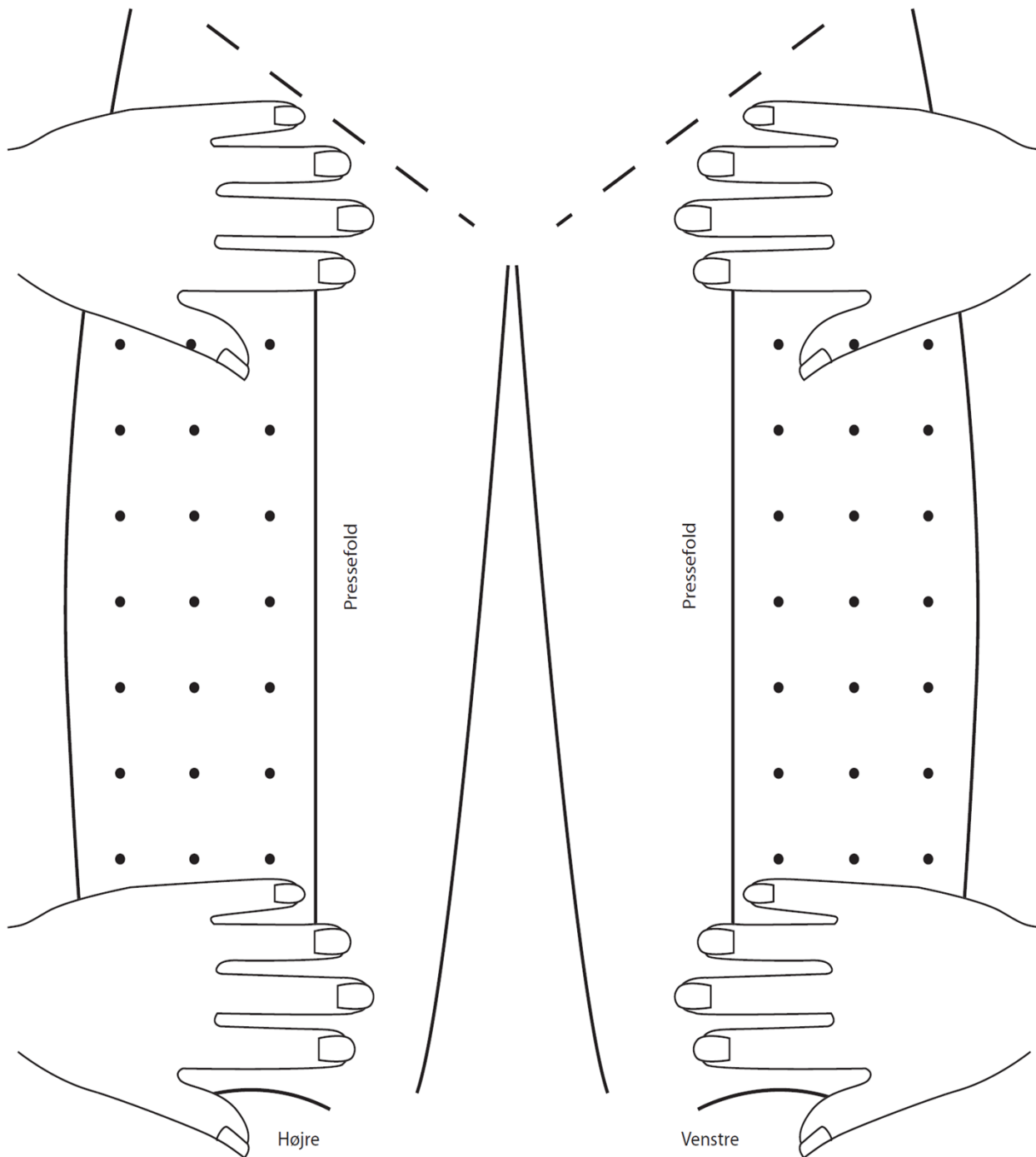


Arbejdsskema, skal ikke arkiveres i journalen

Navn: _____ Blodglukosemåling (ugedag): _____

Insulinordination: _____ Kanyletype: _____ Injektionsvinkel: _____

Ny kanyle hver gang
3 cm. mellem hvert indstiksted





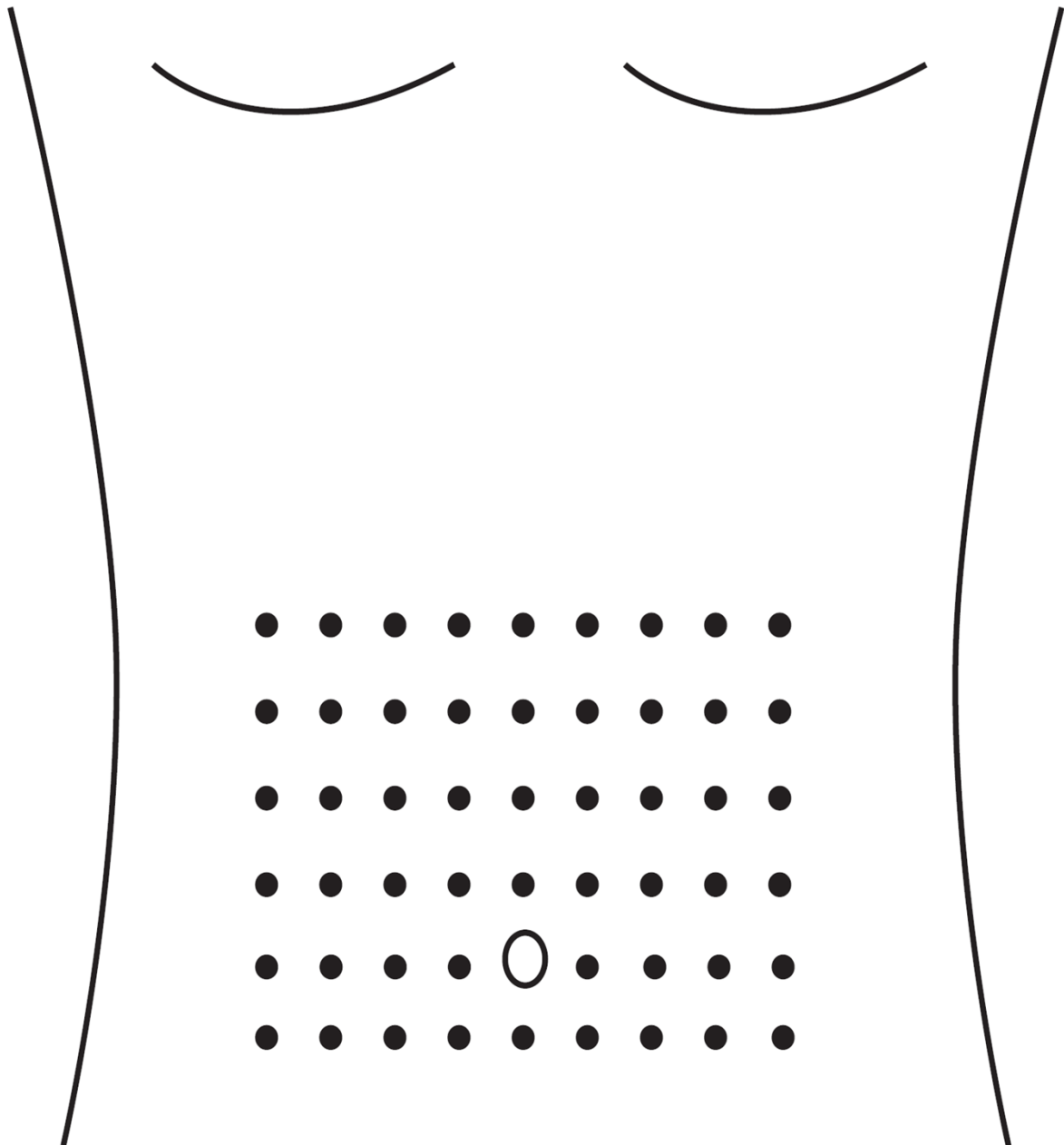
Insulin skema – mave og lår

Arbejdsskema, skal ikke arkiveres i journalen

Navn: _____ Blodglukosemåling (ugedag): _____

Insulinordination: _____ Kanyletype: _____ Injektionsvinkel: _____

Ny kanyle hver gang
3 cm. mellem hvert indstiksted



3 cm. fra navlen



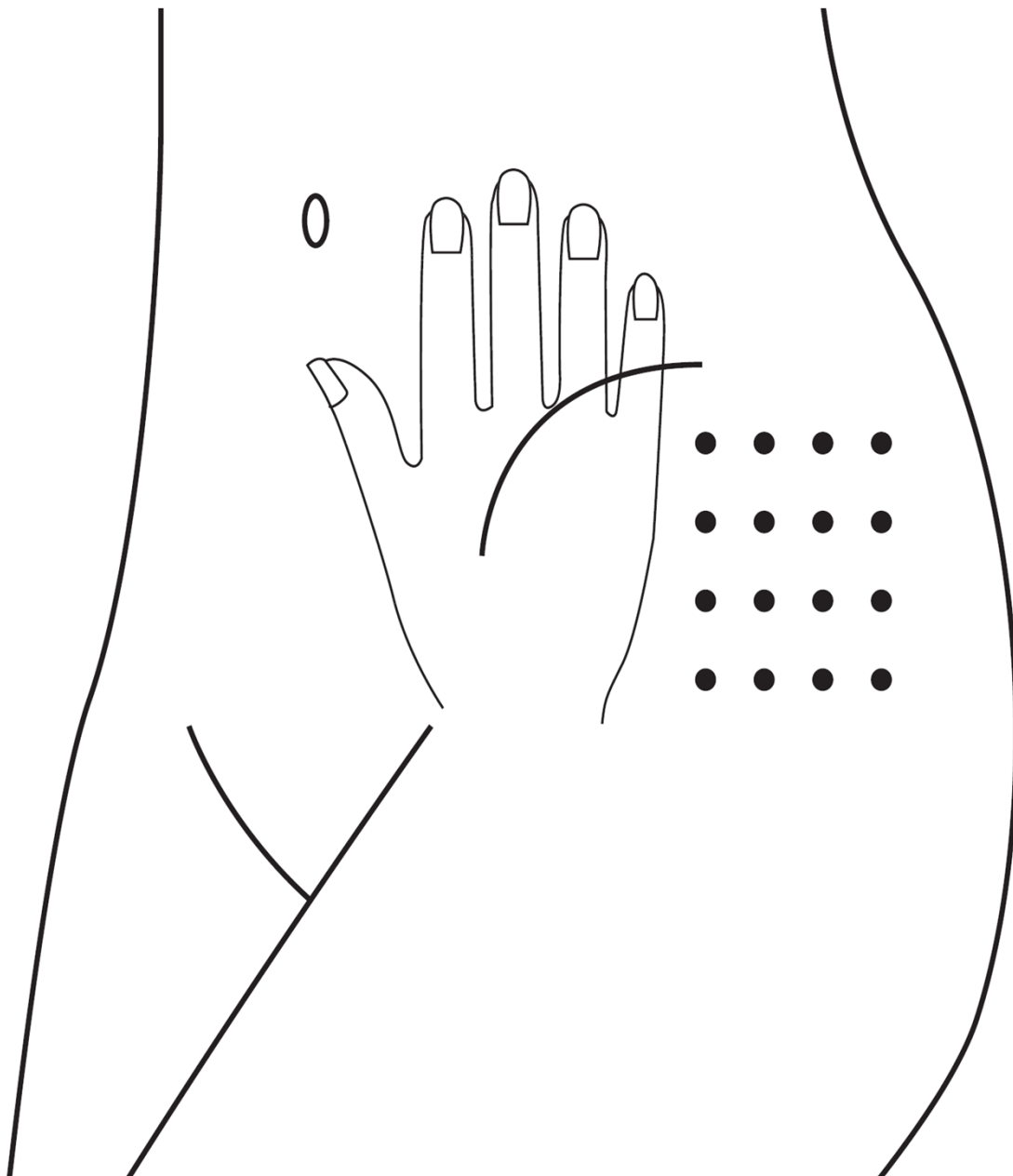
Insulin skema – mave og lår

Arbejdsskema, skal ikke arkiveres i journalen

Navn: _____ Blodglukosemåling (ugedag): _____

Insulinordination: _____ Kanyletype: _____ Injektionsvinkel: _____

Ny kanyle hver gang
3 cm. mellem hvert indstiksted



Venstre

Bilag: 8.5. Medicinske plastre

Udvalg: Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder

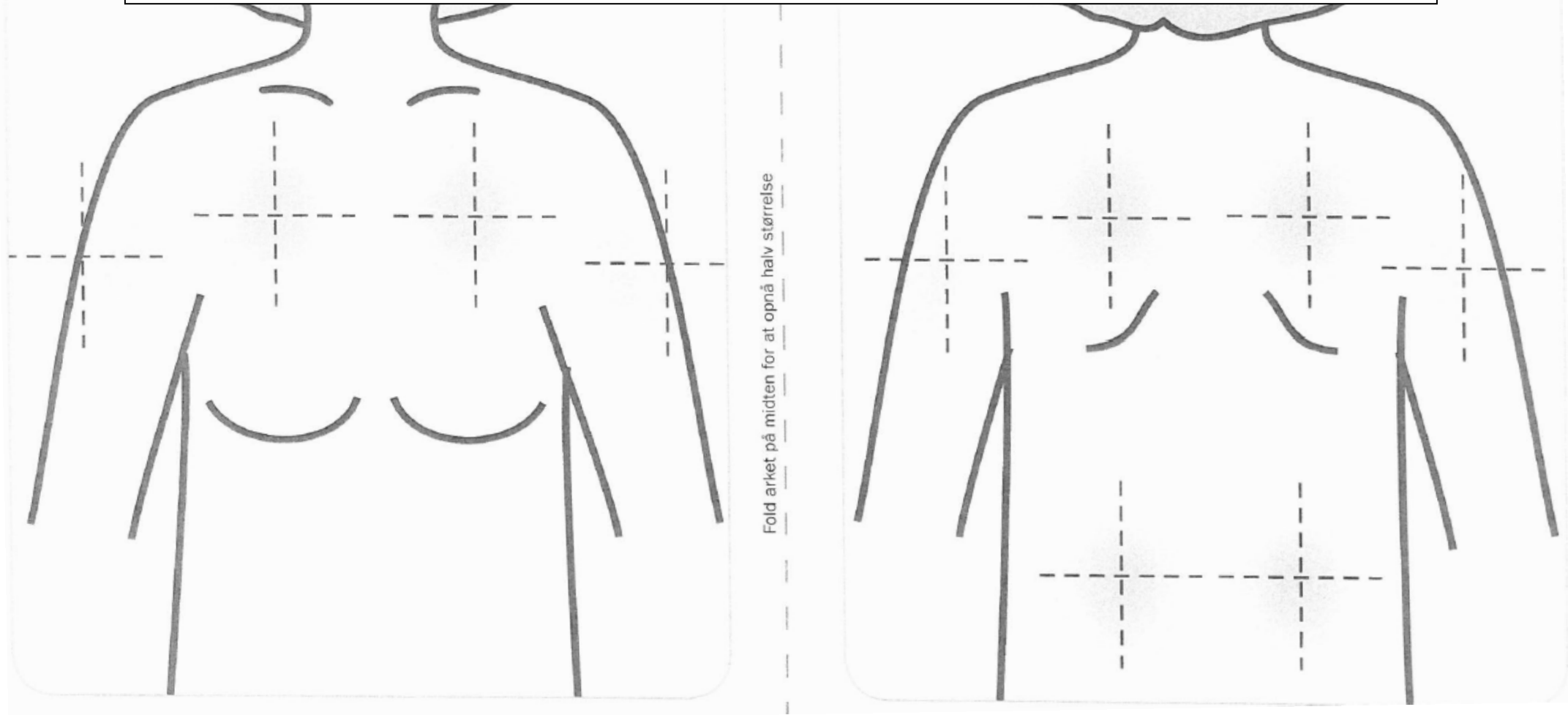
Mødedato: 25. november 2015 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 124428/15



Ordination:



Anbringes på tør hud uden behåring - Anbringes på overkroppen (overarme, ryggen eller brystet)
Anbringes på et nyt sted hver dag – Skriv dato på skema og plaster

Bilag: 8.6. Vendeskema

Udvalg: Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder

Mødedato: 25. november 2015 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 124371/15

Bilag: 10.1. Gantt diagram

Udvalg: Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder

Mødedato: 25. november 2015 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 96046/15

Opgave	August		September						Oktober				November				December			
	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	
Arbejdsgruppemøde	Green																			
Beskrivelse af arbejdsgange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow														
Risikoanalyse ifht. de beskrevne udfordringer	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow														
Overblik over opsætning i Avaleo	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow														
Forberede gennemgang af de borgere, som er visiteret til sygeplejeindsatser	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow														
Leverance til ledermøde: - Status på arbejdet		Blue																		
Arbejdsgruppemøde			Green																	
Leverance til ledermøde: ▶ Beskrivelse af arbejdsgange ▶ Risikoanalyse ▶ Notat om gennemgang og omvisitering af borgere som modtager sygeplejeindsatser.							Blue													
Arbejdsgruppemøde								Green												
Tilpasning af materialer efter ledermødet								Yellow												
Planlægge demotest								Yellow												
Arbejdsgruppemøde (d. 23. okt.)										Green										
Tilpasning af arbejdsgangsbeskrivelserne										Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow					
Leverancer til ledermøde: (d. 28. okt.) ▶ Status på arbejdsgangsbeskrivelsen ▶ Orientering om det kommende demoforløb											Blue									
Gennemfører demotest												Yellow								
Arbejdsgruppemøde (d. 10. nov.)													Green							
Tilpasning af materiale efter demotest													Yellow	Yellow						
Sammenskrivning af indsatskataloget og kompetenceprofilerne, heri ligger også opgaven med revidering og tilpasning.													Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	
Leverancer til ledermøde ▶ Orientering om demotest samt arbejdsgangsbeskrivelse for Avaleo ▶ Orientering om arbejdet med at revideret indsatskatalog og kompetenceprofiler															Blue					

	August		September					Oktober				November				December			
Opgave	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
► Orientering om den videre proces med omvisitering og uddannelse																			
Arbejdsgruppemøde																			
Tilpasning af materiale efter arbejdsgruppemøde og ledermøde																			
Planlægning af uddannelsesforløb																			
Opsætning af Avaleo																			

	Januar				Februar				Marts					April				Maj	
Opgave	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Planlægning af uddannelsesforløb	■	■																	
Opsætning af Avaleo	■	■																	
Arbejdsgruppemøde		■																	
Uddannelsesforløb			■	■															
Leverance til ledermøde: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Opsamling på uddannelsesforløb ▶ Orientering om den kommende gennemgang og omvisitering af borgere ▶ Orientering omkring implementeringen 				■															
Gennemgang og omvisitering af borgere som modtager sygeplejeindsatser, se notat fra ledermødet i september					■	■	■												
Implementering og drift									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Arbejdsgruppemøde									■										

Bilag: 12.1. Retningslinje vedr. akutte midlertidige ophold

Udvalg: Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder

Mødedato: 25. november 2015 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 22343/15



Titel Beskrivelse af overgange ved akutte midlertidige ophold	
Målgruppe	Alle medarbejdere på sundheds- og Ældreområdet
Formål	Formålet er at sikre overblik samt enighed om, hvem der har hvilket ansvar, når en borger flytter ind på et akut midlertidigt ophold.
Før opholdet/ starten af opholdet	<p>Forud for en indstilling til et akut ophold skal det, jf. Kvalitetsstandarden, være afklaret, at borgeren ikke kan forblive i egen bolig trods max. hjælp og tilsyn – herunder at der er udarbejdet en sygeplejefaglig udredning.</p> <p>Sygeplejen Hverdage ml 8.00-15.30: Sygeplejersken kontakter Visitationen på tlf. 79 94 72 32 mhp dialog om den konkrete sag og visitation til midlertidigt ophold.</p> <p>Udenfor åbningstiden: Sygeplejersken vurderer selv situationen, og hvis situationen ikke kan løses i hjemmet, eller, hvis borger ikke skal indlægges, igangsætter sygeplejersken et akut ophold.</p> <p>Visitationen oplyser forud for weekend og helligdage, om der er ledige boliger ved at sende en avis til Akutfunktionen.</p> <p>Når sygeplejen sender en borger på midlertidigt ophold: Avis sendes til visitationen. Avisgruppe: visitation sygepl.</p> <p>Sygeplejen har ansvaret for planlægningen af opholdet, og for at der tages telefonisk kontakt til aktive samarbejdspartnere, som f.eks. Frit Valg, madleverandør, daghjem og træning.</p> <p>Sygeplejersken har ansvar for at:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Udarbejde/opdatere en sygeplejefaglig udredning i forbindelse med at opholdet planlægges. - Sikre en opdateret funktionsvurdering. - Ved skift til anden sygeplejegruppe sendes særskilt besked i Avaleo til den modtagne gruppe. Sygeplejeindsatser varetages på vanlig vis. - Afgivende sygeplejegruppe tilknytter den organisation/plejecenter, som borgeren flytter ind på. Ændre status på sygeplejefanebladet i Avaleo. - Sikre at borgeren har de relevante hjælpemidler til rådighed. - Sikre observation og opfølgning på opholdet den 1. hverdag efter, at opholdet er påbegyndt. Herunder avis til øvrige relevante samarbejdspartner, som f.eks. daghjem, træning mv. - Akut ophold afsluttes efter 3 dage. Der skal gives en tilbagemelding til visitatorvagten vedr. status/plan senest 2 hverdage efter indlæggelse til akut ophold, gerne inden

<p>Før opholdet/ starten af opholdet</p>	<p>middag. Ved behov for forlængelse kontaktes Visitationen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oplyse borgeren om, at en evt. flytning til et andet plejecenter kan komme på tale, hvis det akutte ophold skal forlænges ud over de tre hverdage, der kan bevilges iht. Kvalitetsstandarden. - Udlevere pjece vedr. de praktiske forhold omkring opholdet til borgeren. Herunder orienterer borgerne om, at transport til og fra et akut ophold betales af borgeren. Der betales endvidere for kost, sengelinned og rengøringsartikler efter gældende takst. <p>Plejecentrene Der laves navneskilt til stuen og centrets kalender/whiteboard vedr. boliger til midlertidige ophold ajourføres.</p> <p>Handler på aftalte indsatser og borgerens behov.</p> <p>OBS Forlænges opholdet således at opholdet bliver "et planlagt forløb" – følges procedure for planlagte midlertidige ophold</p> <p>For at undgå dobbelt bookinger kan plejecentret kun modtage akutte borgere, hvis stuen er ledig minimum 4 hverdage.</p>	
<p>Afslutning på akut ophold</p>	<p>Et akut ophold afsluttes oftest med at opholdet overgår til et midlertidigt planlagt ophold. Se retningslinje for dette i den elektroniske håndbog eller i dok. nr. 22310-15.</p> <p>Hvis borgeren inden for tre døgn kan overgå til eget hjem, afsluttes det akutte ophold. Overgangen til eget hjem foregår som beskrevet i afsnittet om "afslutning på ophold" i retningslinjen vedr. planlagte midlertidige ophold. Se dokumentet i den elektroniske håndbog eller i dok. nr. 22310-15.</p>	
<p>Ansvar</p>	<p>Ledelsen har ansvaret for at medarbejderne kender vejledningen omkring overgange.</p>	
<p>Dokumentation</p>	<p>Kravene omkring dokumentation ved overgangene er beskrevet under før ophold/start på opholdet.</p>	
<p>Kvalitetsovervågning og kvalitetsforbedring</p>	<p>Kommentar sendes løbende til Anette Filtenborg anfi@varde.dk. Arbejdsgruppen vil herefter indarbejde kommentarerne.</p>	
<p>Udarbejdet</p>	<p>Udarbejdet den Maj 2015</p>	<p>Udarbejdet af Arbejdsgruppen: - Lilian Bertelsen - Vibeke Bilstoft - Jeanette Christensen - Anette Filtenborg</p>

Godkendt	Godkendelsesdato	Godkendt af Ledergruppen på Sundheds og Ældreområdet
Revidering	Kommende revidering senest September 2015	Ansvarlig for revidering Arbejdsgruppen
Udgave nr.	Acadre dok nr. 22343-15	



Bilag: 12.2. Retningslinje vedr. planlagte midlertidige ophold

Udvalg: Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder

Mødedato: 25. november 2015 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 22310/15



Titel Beskrivelse af overgange ved planlagte midlertidige ophold	
Målgruppe	Alle medarbejdere på Sundheds- og Ældreområdet
Formål	Formålet er at sikre overblik samt enighed om, hvem der har hvilket ansvar, når en borger flytter ind på et planlagt midlertidigt ophold.
Før opholdet	<p>Visitationen</p> <p>Der bevilges et midlertidigt ophold ud fra gældende kriterier. Telefonvagten administrerer/formidler alle midlertidige pladser iht. SEL § 84. Alle forespørgsler vedr. ledige pladser skal derfor gå til telefonvagten. Tlf. 79 94 68 34.</p> <p>Det tilstræbes, at borgeren tilbydes et midlertidigt ophold i nærområdet. Reservation/booking af stuer sendes til plejecentret pr. avis fra visitationen – med henvisning til Samlet Faglig Vurdering eller Notat fra Myndighed til Leverandør.</p> <p>Det sikres, at der foreligger en opdateret funktionsvurdering og Sygepleje Faglig Udredning. Hvis denne ikke foreligger, skal den bestilles, så de sundhedsfaglige indsatser inkl. medicinordinationer er beskrevet/visiteret.</p> <p>Hvis borger kommer på midlertidigt ophold efter sygehusindlæggelse bevilges endvidere et Opfølgende og Koordinerende Hjemmebesøg (§2)</p> <p>Hvis behov for træning eller terapeut faglig udredning skal dette bestilles.</p> <p><u>Besked til samarbejdsparter</u> Visitationen informerer nuværende og relevante leverandører om flytningen til midlertidigt ophold. Visitationen stopper de visiterede § 83 indsatser fra starten af det midlertidige ophold (skifter leverandør). Formålet med det midlertidige ophold noteres i borgerens journal, så det efterfølgende kan læses i Fælles Borgerjournal.</p> <p><u>Besked til borgeren</u> Visitationen skriver et bevillingsbrev til borgeren med dato for Målsamtale/Opfølgende visitationssamtale. I bevillingsbrevet skal det tydeligt fremgå, hvad formålet med det midlertidige ophold er.</p> <p>Der informeres som udgangspunkt for forventet varighed af opholdet.</p> <p>Brochure vedr. "Midlertidigt ophold i Varde Kommune" sendes med brevet. Heri anføres bl.a. at borger selv skal medbringe egne hjælpemidler. Herudover fremgår øvrige praktiske informationer f.eks. pris for opholdet.</p>

<p>Før opholdet</p>	<p>Betaling for forplejning fremgår af bevillingsbrev.</p> <p>Plejecentrene Plejecentret er selv ansvarlig for at have en opdateret bookingliste.</p> <p>Teamleder ændrer gruppetilknytning til de gældende organisatoriske enheder i Avaleo.</p> <p>Information og viden om ny borger gives til frontmedarbejdere. Teamleder udskriver evt. bevillingsbrev og Samlet Faglig Vurdering eller orienterer sig via Avaleo.</p> <p>Borgeren tilknyttes en kontaktperson med ansvar for koordinering og kontakt. Denne skal så vidt mulig være en social- og sundhedsassistent.</p> <p>Borgerens stue klargøres, velkomsthilsen og dato for indflytningssamtale og udskrivningssamtale noteres. Denne dato fastsættes af visitationen ved målsamtalen eller ved bevilling af ophold. Velkomst pjecen lægges frem.</p> <p>Hjemmeplejen Ved kendte borgere skal hjemmeplejen have udarbejdet/ajourført funktionsvurderingen, herunder have beskrevet og vurderer boligens fysiske adgang og indretning. I et omsorgsnotat beskrives de udfordringer der har været i hjemmet, forud for bevilling af det midlertidige ophold.</p> <p>OBS Transport til og fra et midlertidigt ophold betales af borgeren, Hjemmeplejen kan være behjælpelig med at bestille transport til midlertidige ophold. Der betales endvidere for kost, sengelinned og rengøringsartikler efter gældende takst.</p>
<p>Start på opholdet</p>	<p>Hjemmeplejen Når borgeren overgår til det midlertidige ophold stopper Visitationen § 83 indsatser. Disse håndteres af teamleder i Hjemmeplejen i Avaleo Omsorg.</p> <p>Sygeplejen Ved skift til anden sygeplejegruppe skal der være særlig opmærksomhed på overlevering. Den afgivende gruppe sender en særskilt Advis i Avaleo til den modtagende sygeplejegruppe. Den modtagende gruppe sætter eget kalendernavn på.</p> <p>Sygeplejen laver en sygeplejefaglig udredning, hvis denne ikke er opdateret hjemmefra.</p> <p>Sygeplejen rekvirerer som hovedregel altid et opfølgende hjemmebesøg ved indflytning på et midlertidigt ophold efter udskrivelse fra sygehus. Jf. indsats 0.4. Opfølgende hjemmebesøg i Indsatskataloget for Sundhedslovsindsatser samt dokument nr. 122321/13 om opfølgende hjemmebesøg.</p>

<p>Start på opholdet</p>	<p>De bevilligede sygeplejeindsatser fortsætter under opholdet.</p> <p>Specielt på Døgnrehabiliteringen deltager sygeplejersken også i mål- og udskrivelsessamtaler.</p> <p>Terapeuter Ved skift til en anden terapeutgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - laver distriktsterapeuten et kort statusnotat i Avaleo. Det lægges på træningsforløbet. I statusnotatet informeres der om træningen og hvad status på overleveringstidspunktet er. - Terapeuten der modtager borgeren, orienterer sig ifht. Testresultater der er beskrevet i startnotatet og evt. status, herefter kobles nye kontaktherapeuter på. - Er der behov for yderligere oplysninger kontakter den nye terapeut den tidligere. <p>Plejecentrene Plejepersonalet er ansvarligt for modtagelse af borgeren og indflytningssamtale.</p> <p>Den fagperson, som modtager borgeren, skal udarbejde et journalnotat, der skal indeholde beskrivelse af aktuell situation/forløb samt forventede observationer og handlinger.</p> <p>Kontaktpersonen deltager i indflytningssamtalen og er ansvarlig for at relevant information og instruktion formidles til kollegaer, samt udarbejdelse af handleplan/døgnrytmeplan.</p> <p>Vær opmærksom på om;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hjælpemidler er bestilt - Forplejning er bestilt ved kostmedarbejder. - Borgerbogen er oprettet, hvis borgeren ikke har en sådan, oprettes den. - Medicin særlig opmærksomhed på dokumentation af hvem der har ansvar for medicinhåndtering - Der er konsulenter fra CfS, som kan inddrages i forløbet, særligt demens og misbrug. <p>På et døgnrehabiliterings ophold afholdes målsamtale, hvor terapeuten, visitator, sygeplejerske og kontaktpersonen på afdelingen deltager.</p> <p>OBS Lægekontakt/betjening ved midlertidige ophold: Varde Kommune har fra Region Syddanmark fået oplyst, at det i henhold til Landsoverenskomst om almen lægegerning er patientens egen læge, der skal tilse beboere på midlertidige ophold - dog kan beboeren opsøge det lokale lægehus ved behov for akut lægebetjening. Der er i Region Syddanmark ikke indgået specielle aftaler, der fraviger landsoverenskomsten på dette område.</p>
---------------------------------	---

<p>Afslutning på ophold</p>	<p>Visitationen</p> <p>Datoen for afslutningssamtalen er fastsat ved opholdets begyndelse. Datoen for afslutningssamtalen fastholdes. Ved afslutningssamtalen vurderes det, om borgeren er klar til at afslutte opholdet. Hvis borgeren ikke er klar til at afslutte opholdet forlænges opholdet, og der sættes nye mål for opholdet.</p> <p>Forud for afslutningssamtalen danner visitator sig med afsæt i døgnrytmeplanen og handleplaner et overblik over de tværfaglige oplysninger, der er om borgeren, samt de tværfaglige aftaler der er med borgeren. Visitator er ordstyrer ved afslutningssamtalen, hvor der gøres status på forløbet.</p> <p>I en dialog mellem borger, pårørende og fagpersoner vurderes, hvad der er behov for efter det midlertidige ophold mht. hjælp i hjemmet f.eks. træning, hjemmepleje og sygepleje jf. gældende lovgivning og Varde Kommunes kvalitetsstandarder.</p> <p>Ved overgangen til eget hjem har Visitationen ansvaret for at sygeplejeindsatserne er tilkoblet rette leverandør på. Er situationen uændret i forhold til inden det midlertidige ophold forsætter indsatserne uændret med samme leverandør. I forbindelse med udskrivelsessamtalen vurderer visitator dog om der er væsentlige ændringer, der betyder behov for en sygeplejefaglig opfølgning på, hvem der skal levere sygeplejen efter hjemsendelse. Visitator bestiller denne i en avis.</p> <p>Når slutdatoen for borgerens ophold er kendt, bestiller Visitationen de korrekte § 83 indsatser hos Hjemmeplejen med startdato fra den dag, borgeren flytter hjem. Dette gøres så tidligt som muligt.</p> <p>Visitator udarbejder en funktionsvurdering samt dokumenterer, opsætter mål og bestiller fremtidig indsats.</p> <p>Sygeplejen</p> <p>Egne handleplan(er) er udfyldt og beskrevet inden afholdelse af afslutningssamtalen.</p> <p>Konkret opfølgning på mulig avis fra visitationen med anmodning om vurdering af leverandør efter hjemsendelse.</p> <p>Ved skift til anden sygeplejegruppe skal der være særlig opmærksomhed på overlevering.</p> <p>Terapeuter</p> <p>Ved fortsat træning/skift til anden terapeutgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Når afleverende terapeuten kender udskrivningsdato sendes avis til modtageteamet. Der oplyses om dato for overlevering samt forslag til det videre træningsforløb. (ergoterapeut/fysioterapeut/begge) - Når det i hjemmeteamet er besluttet, hvem der overtager træningen, sendes avis til afleverende terapeut med oplysninger om kommende terapeut, samt dato og tidspunkt for første træningsgang efter udskrivelse. - Afleverende terapeuten laver et kort statusnotat i Avaleo. Det lægges på træningsforløbet. Der informeres om, hvad
------------------------------------	--

<p>Afslutning på ophold</p>	<p>der har været trænet og hvad status på overleveringstidspunktet er.</p> <ul style="list-style-type: none"> - I forbindelse med første træning efter udskrivelse, ændrer modtagende terapeuter organisationsenhed og sætter de nye kontaktherapeuters navne på forløbet og fjerner afleverende. - Såfremt der ved overleveringstidspunktet er mindre end 6 træningsgange tilbage, søger afleverende terapeut om tillægsbevilling. <p><u>Særligt for ophold på døgnrehabilitering:</u> Terapeuter deltager ved afslutningssamtalen. Handleplaner evalueres og opdatere inden afholdelse af afslutningssamtalen.</p> <p>Terapeuterne tager ved behov kontakt til APV teamet og team hjælpemidler.</p> <p>Når borgeren har været indlagt på et midlertidigt ophold, vurderer fagpersonalet (forud for afslutningssamtalen), om der er et behov for, at hjemmeplejen inviteres ind på afdelingen. Formålet er at hjemmeplejen modtager vejledning, forud for at borgeren afsluttes til eget hjem. Er der behov for direkte overlevering til kommende træningsterapeut aftales besøg på afdelingen.</p> <p>Hvor der er behov for vejledning i hjemmet ifht. træning/hverdagsrehabilitering aftaler terapeuten dette med teamleder i hjemmeplejen.</p> <p>Plejecentrene Døgnrytmeplan og handleplan(er) er udfyldt og beskrevet inden afholdelse af afslutningssamtalen.</p> <p>Der skal være udarbejdet en opdateret funktionsbeskrivelse. Plejepersonalet kan hente hjælp ved sygeplejersker og terapeuter, så beskrivelsen bliver så kvalificeret som mulig.</p> <p>Der skal være opmærksomhed på overgangen til eget hjem. Når borgeren er på vej hjem varsles hjemmeplejen og andre relevante samarbejdsparter herom via avis.</p> <p>Ved komplekse borgere tilbydes hjemmeplejen at deltage i relevante sammenhænge med borgeren i afdelingen. Det er kontaktpersonen, som har hovedansvaret for, at der tages kontakt til hjemmeplejen.</p> <p>Borgerens medbragte tøj, ting og sager pakkes, altid efter aftale med borgeren eller dennes pårørende – husk borgermappe, medicin og evt. hjælpemidler.</p> <p>Tager borgere hjem før aftalt tid underrettes visitationen telefonisk eller via avis, afhængig af tidsperspektivet Visitationen tager kontakt til relevante samarbejdspartnere.</p> <p>Tager borgere uventet hjem efter visitationens lukketid er plejecentret forpligtet til telefonisk at underrette relevante samarbejdspartnere eks. Hjemmeplejen og Sygeplejen samt sende notat herom til visitationen.</p>
------------------------------------	---

Afslutning på ophold	<p>Hjemmeplejen Forud for udskrivelse har hjemmeplejen ved komplekse borgere mulighed for at besøge afdelingen mhp. vejledning og instruktion i konkrete opgaver omkring borgeren.</p> <p>Kontaktperson deltager i afslutningssamtalen på afdelingen i forbindelse med overgangen til eget hjem.</p> <p>Teamleder modtager borgerens visiterede indsatser, vælger en kontaktperson og planlægger/koordinerer indsatserne på plejepersonalets ruter.</p> <p>Gruppetilknytning i Avaleo - ændring foretages af virksomheden, som modtager borgeren.</p> <p>OBS Den der modtager borgeren har ansvaret for korrekt tilknytning i Avaleo. Transport – borgeren har egen betaling</p>	
Ansvar	Ledelsen har ansvaret for at medarbejderne kender vejledningen omkring overgange.	
Dokumentation	Kravene omkring dokumentation ved overgangene er beskrevet under før ophold, start på opholdet og afslutning på opholdet.	
Kvalitetsovervågning og kvalitetsforbedring	Kommentar sendes løbende til Anette Filtenborg anfi@varde.dk . Arbejdsgruppen vil herefter indarbejde kommentarerne.	
Udarbejdet	Udarbejdet den Maj 2015	Udarbejdet af Arbejdsgruppen: - Lilian Bertelsen - Vibeke Bilstoft - Jeanette Christensen - Anette Filtenborg
Godkendt	Godkendelsesdato	Godkendt af Ledergruppen på Sundheds og Ældreområdet
Revidering	Kommende revidering senest September 2015	Ansvarlig for revidering Arbejdsgruppen
Udgave nr.	Acadre dok nr. 22310-15	

Bilag: 13.1. Gantt diagram

Udvalg: Ældre- og Sundhedsområdet - ledermøder

Mødedato: 25. november 2015 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 96046/15

	August		September						Oktober				November				December			
Opgave	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	
Arbejdsgruppemøde	Green																			
Beskrivelse af arbejdsgange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow														
Risikoanalyse ifht. de beskrevne udfordringer	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow														
Overblik over opsætning i Avaleo	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow														
Forberede gennemgang af de borgere, som er visiteret til sygeplejeindsatser	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow														
Leverance til ledermøde: - Status på arbejdet		Blue																		
Arbejdsgruppemøde			Green																	
Leverance til ledermøde: ▶ Beskrivelse af arbejdsgange ▶ Risikoanalyse ▶ Notat om gennemgang og omvisitering af borgere som modtager sygeplejeindsatser.							Blue													
Arbejdsgruppemøde								Green												
Tilpasning af materialer efter ledermødet								Yellow												
Planlægge demotest								Yellow												
Arbejdsgruppemøde (d. 23. okt.)										Green										
Tilpasning af arbejdsgangsbeskrivelserne										Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow					
Leverancer til ledermøde: (d. 28. okt.) ▶ Status på arbejdsgangsbeskrivelsen ▶ Orientering om det kommende demoforløb											Blue									
Gennemfører demotest												Yellow								
Arbejdsgruppemøde (d. 10. nov.)													Green							
Tilpasning af materiale efter demotest													Yellow	Yellow						
Sammenskrivning af indsatskataloget og kompetenceprofilerne, heri ligger også opgaven med revidering og tilpasning.													Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	
Leverancer til ledermøde ▶ Orientering om demotest samt arbejdsgangsbeskrivelse for Avaleo ▶ Orientering om arbejdet med at revideret indsatskatalog og kompetenceprofiler															Blue					

	August		September					Oktober				November				December			
Opgave	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
► Orientering om den videre proces med omvisitering og uddannelse																			
Arbejdsgruppemøde																			
Tilpasning af materiale efter arbejdsgruppemøde og ledermøde																			
Planlægning af uddannelsesforløb																			
Opsætning af Avaleo																			

	Januar				Februar				Marts					April				Maj	
Opgave	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Planlægning af uddannelsesforløb	■	■																	
Opsætning af Avaleo	■	■																	
Arbejdsgruppemøde		■																	
Uddannelsesforløb			■	■															
Leverance til ledermøde: ▶ Opsamling på uddannelsesforløb ▶ Orientering om den kommende gennemgang og omvisitering af borgere ▶ Orientering omkring implementeringen				■															
Gennemgang og omvisitering af borgere som modtager sygeplejeindsatser, se notat fra ledermødet i september					■	■	■												
Implementering og drift									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Arbejdsgruppemøde									■										