

Tilsynsrapport Køge Kommune

Velfærdsforvaltningen - Ældre og Sundhed
Kommunale leverandører
Hverdagsrehabilitering

Anmeldt tilsyn
Maj 2023



Forord

Dette er afrapporteringen af et anmeldt tilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om tilbuddet.

Anden del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og de individuelle undersøgelser. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. Vurderingsskala findes sidst i rapporten

Tilsynets form, indhold, metode og afvikling er afstemt med kommunen.

På bagsiden findes information om BDO.

Med venlig hilsen



Birgitte Hoberg Sloth

Partner

Mobil: 28 10 56 80

Mail: bsq@bdo.dk

Partneransvarlig



Margit Kure

Senior Manager

Mobil: 24 29 50 72

Mail: mku@bdo.dk

Projektansvarlig

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

1. Oplysninger

Oplysninger om enheden og tilsynet

Adresse: Hverdagsrehabilitering, Rådhusstræde 10C, 4600 Køge

Leder: Katrine Kragbak

Målgruppe: Tilsynet vedrører borgere, der modtager indsatser efter Serviceloven SEL og Sundhedsloven SUL, herunder medicin gennemgang.

Dato for tilsynsbesøg: Den 23. maj 2023

Tilsynet er indledt og tilrettelagt sammen med: Teamleder og leder

Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag:

- Interview med leverandørens ledelse
- Tilsynsbesøg hos tre borgere, hvor en pårørende deltog i interview sammen med borgeren
- Gruppeinterview med tre medarbejdere
- Gennemgang af dokumentation for Serviceloven (SEL) for tre borgere
- Gennemgang af dokumentation for Sundhedsloven (SUL) og medicingennemgang for tre borgere.

Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen og leder af kvalitetsenheden.

Tilsynsførende:

Manager Else Marie Seehusen, sygeplejerske, SD/DSH

2. Anmeldt tilsyn hjemmepleje

2.1 Overordnet vurdering

BDO har på vegne af Køge Kommune foretaget et anmeldt tilsyn hos Hverdagsrehabilitering, leverandør af rehabiliteringsindsatser SEL og SUL. BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem interviews, observationer og skriftligt materiale.

Det er tilsynets overordnede vurdering, at Hverdagsrehabilitering er en velfungerende enhed, som har engagerede medarbejdere og ledelse, der medvirker til trivsel for borgerne. Tilsynet vurderer, at leverandøren lever op til Køge Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau.

Vurderingen er, at borgerne er særdeles tilfredse med de RH-indsatser (rehabiliterende indsatser), som de er visiterede til. Borgene er ligeledes meget tilfredse med kvaliteten, hvor alle tilkendegiver fremgang. Det vurderes, at RH-indsatser og pleje og omsorg, som borgerne modtager, leveres med en høj faglig kvalitet. Leverandøren har fokus på kerneopgaven, herunder at der arbejdes systematisk med rehabiliterende og sundhedsfremmende indsatser.

Medarbejderne er organiserede i selvstyrende teams, og tilsynets vurdering er, at der i høj grad er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at hjælpen ydes fleksibelt og tilrettelægges på borgernes præmisser. Medarbejderne kan på relevant vis reflektere over, hvordan de arbejder med rehabilitering samt sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

Der er ved årsskiftet igangsat implementering af et nyt omsorgssystem, og det er vurderingen, at leverandøren har iværksat en målrettet og fokuseret implementering. Tilsynet vurderer, at der i den samlede journalføring for SEL og SUL er en del mangler, hvor det aktuelle fokus på dokumentationspraksis forventes at ville kunne rette op på de fundne mangler.

Tilsynet vurderer, at der i forhold til medicin håndtering er flere mangler i forhold til dokumentation, opbevaring og administration, som vil kræve en fortsat målrettet indsats for at kunne afhjælpes.

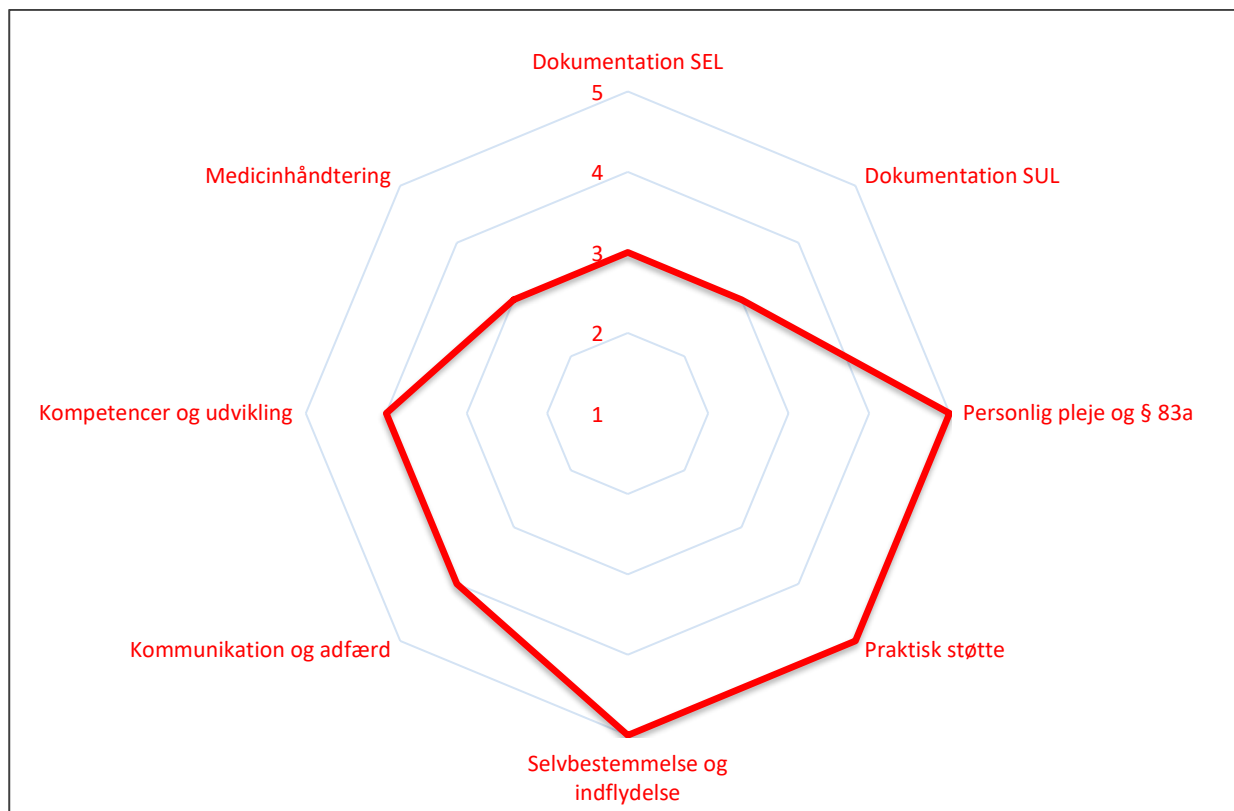
Borgerne er generelt meget tilfredse med medarbejderne, og vurderingen er, at enheden har en imødekomende kultur, fraset at en borger/pårørende har oplevet episoder med uhensigtsmæssig kommunikation fra en konkret medarbejder. Medarbejderne tilkendegiver, at de har en feedbackkultur i forhold til uhensigtsmæssig kommunikation, samt at kommunikation og adfærd er et tema, der tages op på personalemøder.

Ledelsen redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx dokumentationspraksis, og med en styrket tværfaglig tilgang til helhedsindsatser med fuld implementering af, at enheden varetager alle SUL opgaver.

2.2 Score

For hvert overordnet tema, der undersøges i tilsynet, opnår tilbuddet en score fra 1-5, hvor 5 er den bedste. Således fremgår det af nedenstående figur, i hvor høj grad tilbuddet opfylder indikatorerne for hvert tema. (Temaer, som ikke er relevante for det pågældende tilbud, tæller ikke med i den samlede vurdering).

Figurens størrelse er et udtryk for kvaliteten målt på de valgte temaer og indikatorer. Jo større figur, jo højere kvalitet.



2.3 Tilsynets bemærkninger og anbefalinger

Bemærkninger:

Dokumentation SEL

Tilsynet bemærker, at der i dokumentation vedr. SEL er en del mangler i forhold til:

- At helbredsoplysninger i alle tilfælde mangler enkelte opdateringer.
- At generelle oplysninger i tre journaler kun er delvist udfoldet.
- At funktionstilstande i et tilfælde mangler opdatering, og i to journaler mangler der beskrivelse af borgers forventninger og mål.
- At døgnrytmeplanen i et tilfælde mangler opdatering.
- At der ikke konsekvent anvendes samme systematik og opbygning af døgnrytmeplanen.

Anbefalinger:

Dokumentation SEL

Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder det igangværende fokus på dokumentationspraksis, og at ledelsen sikrer, at alle journaler er fyldestgørende, opdaterede og opbyggede efter en fælles systematik.

Dokumentation SUL

Tilsynet bemærker, at der i dokumentation vedr. SUL er en del mangler i forhold til:

- At der i alle journaler mangler dokumentation fra behandlingsansvarlig læge samt dokumentation for samtykke.
- At der i en journal mangler enkelte opdateringer af helbredstilstande og tilhørende handlingsanvisninger.
- At journalens delområder ikke konsekvent er indbyrdes relaterede.
- At der er anført navne på medicinske præparater, fx i handlingsanvisninger.

Dokumentation SUL

Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder det igangværende fokus på dokumentationspraksis.

Kommunikation og adfærd

Tilsynet bemærker, at en borger/pårørende har oplevet episoder med en konkret medarbejder med uhensigtsmæssig kommunikation og adfærd.

Kommunikation og adfærd

Tilsynet anbefaler, at leder følger op med den konkrete medarbejder i forhold til at sikre professionel kommunikation og adfærd.

Medicinhåndtering

Tilsynet bemærker, at der er en del mangler i medicinhåndteringen i forhold til:

- At der generelt ikke er sammenhæng mellem medicinoplysninger i FMK og helbredstilstande.
- At der generelt mangler tilstande og handlingsanvisninger på behandling med risikosituationslægemidler.
- At der hos to borgere er ekstra dagsæsker til dosering, som ikke er mærket med ugedag.
- At der i et tilfælde ikke ses systematisk adskillelse af aktuel, ikke aktuel og pn medicin.

Medicinhåndtering

Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at medarbejderne har kendskab til og efterlever gældende instruks og vejledning for medicinhåndtering.

Tilsynet anbefaler, at alle dagsæsker er mærket med ugedag, samt at der i hver ugeæske kun anvendes syv dagsæsker.

2.4 Aktuelle vilkår

Leder oplyser, at det overordnet er besluttet, at der fra 2023 skal intensiveres i forhold til rehabiliterende indsatser. Det indebærer, at enheden nu er tværfagligt sammensat med sygeplejersker, terapeuter og social- og sundhedsassistenter, og at RH-indsatser har et længere forløb. Sideløbende med, at der er ansat sygeplejersker i enheden, er der igangsat en opkvalificering af social- og sundhedsassistenterne. Aktuelt har enheden overtaget SUL-indsatser i fem af hjemmeplejens syv områder. Enheden dækker alle opgaver hos borgere, der er visiterede til RH-indsatser dag og aften, fraset at Servicekorpset har de praktiske opgaver i hjem, hvor de allerede løser opgaven. Ud over SEL §83a og SUL §138 varetager enheden den udekørende træning for SUL §140 og SEL §86, dog er der undtagelser ift. borgere med neurologiske sygdomme.

Enheden deltager i et projekt, hvor de er organiseret i to selvstyrende teams. Enheden har ansat en planlægger, som modtager henvendelser og fordeler borgere til de to teams. Planen er, at denne funktion fordeles på flere medarbejdere, hvor leders forventning er, at ca. halvdelen af medarbejderne skal kunne

varetage den koordinerende funktion. I de respektive teams er der dagligt et tværfagligt møde med gennemgang og evaluering af alle borgerne. Alle forløb har en fast grundstruktur, som fleksibelt tilpasses den enkelte borgers tilstand, mål og behov. Alle forløb dokumenteres særskilt i Nexus.

Enheden har en samarbejdsaftale med hjemmeplejen i forhold til overdragelse af borgerne. Aftalen indebærer blandt andet, at alle borgere skal via Visitationen, hvor overleveringen hertil sker skriftligt, fulgt op af dialog.

2.5 Opfølgning

Ledelsen redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx dokumentationspraksis, en styrket tværfaglig tilgang til helhedsindsatser med fuld implementering af, at enheden varetager alle SUL opgaver.

2.6 Vurdering i forhold til temaer

2.6.1 Dokumentation SEL

Score: 3

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at leverandøren i middel grad lever op til indikatorerne.

Gennemgang af dokumentation

Dokumentationen fremstår med en god faglig standard, men med mangler.

Dokumentationen fremstår delvist opdateret og fyldestgørende. På alle borgere er der generelle oplysninger, hvor ressourcer og mestring kun er delvist udfoldet, og i alle journaler mangler der enkelte opdateringer af helbredsoplysninger. Der er funktionstilstande og tilhørende indsatser, hvor en enkelt mangler opdatering, og hvor der i to tilfælde generelt mangler borgernes forventninger og mål. På alle borgerne ses der systematisk dokumentation for borgerens RH-indsatser, herunder borgers mål, status og løbende evalueringer. Borgernes behov for pleje og omsorg er beskrevet handlevejledende i døgnrytmeplaner, hvor der i et tilfælde mangler opdatering, og ligeledes ses der ikke ensartet systematik. Der er lagt vægt på at beskrive borgernes kognitive udfordringer, og hvorledes der støttes op om disse samt særlige opmærksomhedspunkter.

Tilsynet er efterfølgende oplyst, at dokumentationspraksis er ændret, så pleje og omsorg beskrives i døgnrytmeplanen og ikke som først udmeldt i specifikke handlingsanvisninger.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør fagligt reflekteret for, hvordan de arbejder målrettet med dokumentationen, så den understøtter kvaliteten i daglig praksis, hvor det er koblet op funktionsspecifikt i forhold til, hvem der har ansvar for hvilke opgaver. Den forløbsansvarlige har det overordnede ansvar for, at journalen er opdateret. Medarbejderne tilkendegiver, at de samarbejder tværfagligt, og at de alle har ansvar for den løbende opdatering.

Medarbejderne kender og følger GDPR-regler, og de giver konkrete eksempler på, hvordan de overholder reglerne.

2.6.2 Sundhedsfaglig dokumentation SUL

Score: 3

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at leverandøren i middel grad lever op til indikatorerne.

Dokumentation

Dokumentationen fremstår med en god faglig standard, men med mangler. Dokumentationen fremstår generelt opdateret og fyldestgørende. Der er udarbejdet helbredstilstande, svarende til aktuelle helbredsmæssige problemstillinger, hvor der er indsatser, indsatsmål og handleanvisninger, men i en journal mangler der enkelte opdateringer af tilstand/handlingsanvisning. Der ses løbende notater med opfølgning og evaluering, og der ses relevante målinger, fx vægt og BT.

I alle tre journaler mangler der dokumentation for behandlingsansvarlig læge og dokumentation for samtykke.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for, hvordan de med afsæt i den sundhedsfaglige instruks sikrer, at den sundhedsfaglige dokumentation er opdateret og fyldestgørende. Sygeplejersken udfylder den sygeplejefaglige udredning og handlingsanvisninger hos alle nye borgere inden for den første uge. Der er et tværfagligt ansvar for løbende opdatering og oprettelse af nye handlingsanvisninger. Ergoterapeuten er ansvarlig for udarbejdelse og dokumentation af ADL vurdering, og der er et tværfagligt samarbejde og ansvar for at dokumentere RD-indsatser.

2.6.3 Personlig pleje og § 83a

Score: 5

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at leverandøren i meget høj grad lever op til indikatorerne.

Interviews med borgere

De tre borgere er alle meget tilfredse med RH-indsatsen og med pleje og omsorg. Borgerne oplever alle fremgang af deres funktionsniveau, hvor to borgere særligt fremhæver, at der er god fremgang efter, at de er startet i Hverdagsrehabilitering, og en borger nævner, at nu kan borger igen selv gå med rollator, hvor borgeren før var sengeliggende. Alle borgerne nævner, at medarbejderne er gode til at presse dem til at gøre så meget som muligt selv. Borgerne er alle meget tilfredse med kvaliteten i hjælpen, og de tilkendegiver, at de får hjælp til det, de har brug for.

Observation

Borgerne fremstår alle velsoignerede, svarende til egen habitus.

Interview med medarbejder

Medarbejderne redegør fagligt reflekteret for den tværfaglige rehabiliteringsindsats, samt for sundhedsfremmende og forebyggende tilgange. Enheden har fokus på, at borgerne får hjælp af så få medarbejdere som muligt, hvor alle borgerne har en forløbsansvarlig medarbejder tilknyttet. Enheden er organiseret i to selvstyrende teams, hvor alle medarbejderne har blandede vagter. Der er dagligt morgenmøde, hvor der følges op fra dagen før, og hvor dagen tilrettelægges. Efter frokost er der fælles møde, hvor alle borgerne gennemgås ift. mål og fremdrift. Alle borgere, der visiteres, bliver ADL vurderede, og ud fra en grundlæggende struktur planlægges forløb og medarbejdere for den enkelte borger, hvor der også indgår en forventningsafstemning med borgeren/evt. pårørende. Aktuelt er der ikke implementeret triagering som metode, men det tætte tværfaglige samarbejde og de daglige borgergennemgange og teamets akutfunktion understøtter de sundhedsfaglige indsatser.

2.6.4 Praktisk støtte

Score: 5

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at leverandøren i meget høj grad lever op til indikatorerne.

Interviews med borgere

Ingen af de besøgte borgere får hjælp til praktisk støtte fra Hverdagsrehabilitering.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, at de kun har borgere midlertidigt til afklaring af rehabiliteringspotentiale med ADL-vurdering og evt. bevilling af hjælpemidler. Borgere, der ikke visiteres til en RH-indsats, forbliver som regel hos leverandøren.

2.6.5 Selvbestemmelse og indflydelse

Score: 5

Tilsynet vurderer, at leverandøren i meget høj grad lever op til indikatorerne.

Interviews med borgere

Borgerne oplever i høj grad at have indflydelse på hverdagen og eget liv, fx oplever alle borgerne, at medarbejderne altid spørger ind til deres dag, og selv om alle tre borgere oplever, at medarbejderne presser dem, respekterer medarbejderne også, når borgerne siger stop. Ligeledes oplever borgerne at have indflydelse på levering af hjælpen, hvor en borger nævner, at der er en god dialog, fx i forhold til at ændre på dage og tidspunkter, så det passer sammen med, at borgeren skal i dagcenter.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for, hvordan borgerne har medbestemmelse og indflydelse. Medarbejderne har fokus på det gode samarbejde og på de mål, borgerne har for indsatsen, hvor de lægger op til, at det er borgere, der træffer beslutninger, når der bliver sat mål for indsatsen. Ligeledes er der fokus på at imødekomme borgerne, når de har ønske om/brug for at ændre besøg.

2.6.6 Kommunikation og adfærd

Score: 4

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at leverandøren i høj grad lever op til indikatorerne.

Interviews med borgere

Borgerne er generelt meget tilfredse med medarbejderne, og de oplever, at medarbejdere møder dem med en god omgangstone og en respektfuld og anerkendende tilgang, fraset at en borger/pårørende har oplevet episoder med uhensigtsmæssig kommunikation fra en konkret medarbejder. Borgeren/pårørende understreger, at alle andre medarbejdere er ualmindeligt søde og flinke.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for, at de i kommunikationen med borgerne vægter en individuel tilgang, og at de afstemmer forventninger med borgerne. Ligeledes vægtes det at lytte til borgernes historie, engagere sig, udvise empati og have opmærksomhed på, at borgerne/pårørende kan være i en krisesituation. Hos borgere, hvor der er særlige hensyn, dokumenteres dette. Medarbejderne tilkendegiver, at det gode er, at de har mere tid til at sætte sig hos borgerne til en lille snak.

Medarbejderne redegør for, at de er et team, hvor der er tillid til, at uhensigtsmæssig kommunikation tages op, enten individuelt eller i et åbnet forum, hvor de har en professionel tilgang til feedback. Kommunikation og adfærd har været taget op som tema på personalemøde.

Observation

Ved observation og under interview med medarbejderne omtales borgerne anerkendende og respektfuldt.

2.6.7 Kompetencer og udvikling

Score: 4

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at leverandøren i høj grad lever op til indikatorerne.

Til grund for vurderingen ligger, at der under temaer dokumentation og medicin kun ses delvis udmøntning af de faglige kompetencer.

Interview med leder

Ledelsen redegør for, at medarbejdergruppen er bredt tværfaglig sammensat, og at den består af medarbejdere sygeplejersker, terapeuter og social- og sundhedsassistenter samt enkelte sygepleje-/ergoterapeutstuderende, som er ansat som timelønnede afløser. Leder vurderer, at medarbejderne har relevante faglige kompetencer og erfaring med målgruppen. Enheden arbejder systematisk med kompetenceafklaring med brug af kompetencekatalog og kompetenceskemaer, hvor sygeplejerskerne fremadrettet vil være ansvarlige for kompetenceafklaring af alle medarbejdere.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for gode muligheder for faglig sparring og løbende kompetenceudvikling og for, at retningslinjer og vejledninger tilgås via DOKKEN og VAR. Der arbejdes systematisk med kompetenceprofil og kompetencekort. Ud over tværfaglig sparring i de faste mødefora er der ligeledes tværfaglig sparring og læring i borgernær praksis. Enheden kan trække på tværfaglige specialister, fx inkontinens- og demenskoordinator, diætist og hjerneskadekoordinator. Hver måned har enheden et sygeplejefagligt problemområde som fokuseret tema.

2.6.8 Medicinhåndtering og administration

Score: 3

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at leverandøren i middel lever op til indikatorerne.

Tilsynet har gennemgået tre borgeres medicin.

Medicinalgennemgang

Borgernes medicin opbevares i boligen efter aftale med den enkelte borger.

Dokumentation

Der foretages en struktureret gennemgang af de udvalgte borgeres dokumentation, herunder handlingsanvisninger på medicin og medicinskema:

- Medicinlisten tilgås elektronisk, og listen er opdateret.
- Generelt ses der ikke sammenhæng mellem medicinoplysninger i FMK og helbredstilstande.

- I to tilfælde mangler der tilstande og handlingsanvisninger til behandling med risikosituationslægemidler.
- Hos alle borgere ses helbredstilstand og en samlet handlingsanvisning på medicindispensering.

Opbevaring

- Medicinen hos alle borgerne er opbevaret forsvarligt efter aftale med borgerne. Der ses hos to borgere systematisk anvendelse af farvede poser til adskillelse af medicin, hvor der hos en borger ikke er tydelig adskillelse af aktuel, ikke aktuel og pn medicin.
- Uge- og dagsdoseringsæsken er hos alle borgerne mærket med borgers navn og CPR-nummer.
- Hos to borgere er ekstra dagsæsker til dosering ikke mærket med ugedag.
- Der er ikke medicinske salver, dråber mv. med begrænset holdbarhed efter åbning i borgernes medicinbeholdninger.

Risikosituationslægemidler

- Enheden har en igangværende implementering af ny instruks for håndtering af risikomedicin.

Dispensering af medicin

- Medicin ses korrekt dispenseret i alle doseringsæsker.

Administration af medicin og ikke dispenserbare præparater

- Alle borgere varetager selv medicinadministration.

Pn medicin

- Der er medicinskema på ordineret pn medicin.
- Pn medicin er mærket med navn og CPR-nummer.
- Der ikke er ophældt pn medicin.

Interview med leder

Leder redegør for, at instrukser/vejledning for medicin håndtering indgår fast i et introduktionsprogram, herunder at der for alle medarbejdere er obligatorisk e-learning. Sygeplejerskerne er ansvarlige for oplæring af medarbejderne i forbindelse med kompetenceafklaring og opgaveoverdragelse.

Interview med borgere

Borgerne er alle meget tilfredse med hjælpen til at få doseret medicin, hvor en borger har et håb om igen selv at kunne varetage opgaven. Alle borgerne varetager selv den daglige medicinadministration, den ene borger med støtte fra pårørende.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for gældende retningslinjer og instrukser for medicin håndtering, fx dokumentation, opbevaring, dispensering og administration. De tilgår alt på DOKKEN, hvor der også ligger obligatorisk e-learning. Medarbejderne oplyser samtidig, at de er i gang med at overtage SUL-opgaver, og dermed også medicin håndtering, hvor der er en igangværende oplæring, herunder også håndtering af risikosituationslægemidler. Medarbejdere, fx terapeuter, der ikke har medicin som en del af deres grunduddannelsen, gennemgår obligatorisk medicinkursus.

Medarbejderne redegør for medicinadministration, hvor de sikrer, at det er den rette borger ved at de tjekker navn og CPR-nummer, og de tæller antal af tabletter, som afstemmes med medicinlisten før udlevering. Medarbejderne kvitterer for, at medicinen ses indtaget. Er der mangler, fx i dosering, rettes der henvendelse til en sygeplejerske eller en social-og sundhedsassistent.

3. Vurderingskema

I tilsynene i Køge Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	<p>Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
Score: 4	<p>Indikatorerne er i høj grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 3	<p>Indikatorerne er i middel grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne • En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 2	<p>Indikatorerne er i lav grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne • Få elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. <p>Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.</p>
Score: 1	<p>Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne • Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. <p>Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.</p>

Om BDO

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

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

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

