



Tilsynsrapport Køge Kommune

Velfærdsforvaltningen - Ældre og Sundhed
Kommunal leverandør
Hjemme-/sygeplejen Område, Syd Lerbæk Torv

Anmeldt tilsyn
Juni 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 plejecentret og tilsynet

Adresse: Hjemme-/sygeplejen Område Syd, Lerbæk Torv, Lerbæk Torv 42, 4600 Køge

Leder: Helle Wehres

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

Dato for tilsynsbesøg: Den 13. juni 2023

Tilsynet er indledt og tilrettelagt sammen med: Teamleder

Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag:

- Interview med leverandørens leder
- Tilsynsbesøg hos fire borgere, hvor en pårørende deltog under interview hos en borger
- Gruppeinterview med tre medarbejdere
- Gennemgang af dokumentationen for Serviceloven (SEL) for fire borgere
- Gennemgang af dokumentationen for Sundhedsloven (SUL) og medicingennemgang for fire borgere

Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til teamleder og leder af kvalitetsenheden om tilsynsforløbet.

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 Hjemme-/sygeplejen Område Syd, Lerbæk Torv. 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 Hjemme-/sygeplejen Område Syd, Lerbæk Torv er en velfungerende hjemmeplejeenhed, som har engagerede medarbejdere og ledelse, der medvirker til trivsel for borgerne. Tilsynet vurderer, at leverandøren overordnet lever op til Køge Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau.

Det er tilsynets samlede vurdering, at leverandøren er en hjemmeplejeenhed, som har engagerede medarbejdere og ledelse, der medvirker til trivsel for borgerne. Vurderingen er, at borgerne generelt er meget tilfredse med hjælpen og med kvaliteten af hjælpen, og at de får hjælp til det, de har brug for, dog udtrykker en pårørende ønske om hjælp til, at borgeren støttes i at drikke. Tilsynet vurderer, at pleje, omsorg og praktisk støtte, som borgerne modtager i hjemmeplejen, leveres med en god faglig kvalitet.

Hjemmeplejen har fokus på kerneopgaven, herunder at der også arbejdes med sundhedsfremmende og hverdagsrehabiliterende indsatser. Vurderingen er, at der er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at de leverede indsatser tilrettelægges på borgernes præmisser, og borgerne oplever at have indflydelse på og medbestemmelse i hverdagen. Medarbejderne kan på relevant vis reflektere over, hvordan de arbejder med metoder, som understøtter sundhedsfremmende og forebyggende indsatser samt den rehabiliterende tilgang.

Der er ved årsskiftet igangsat implementering af et nyt omsorgssystem, og det er vurderingen, at leverandøren har iværksat en målrettet og fokuseret implementering, dog vurderes det, at dokumentationen, relateret til SEL og SUL, fremstår med mangler, som forventes at ville kunne afhjælpes med den igangsatte målrettede indsats.

Tilsynet vurderer, at medicinhåndteringen har flere mangler i forhold til dokumentation, opbevaring og administration.

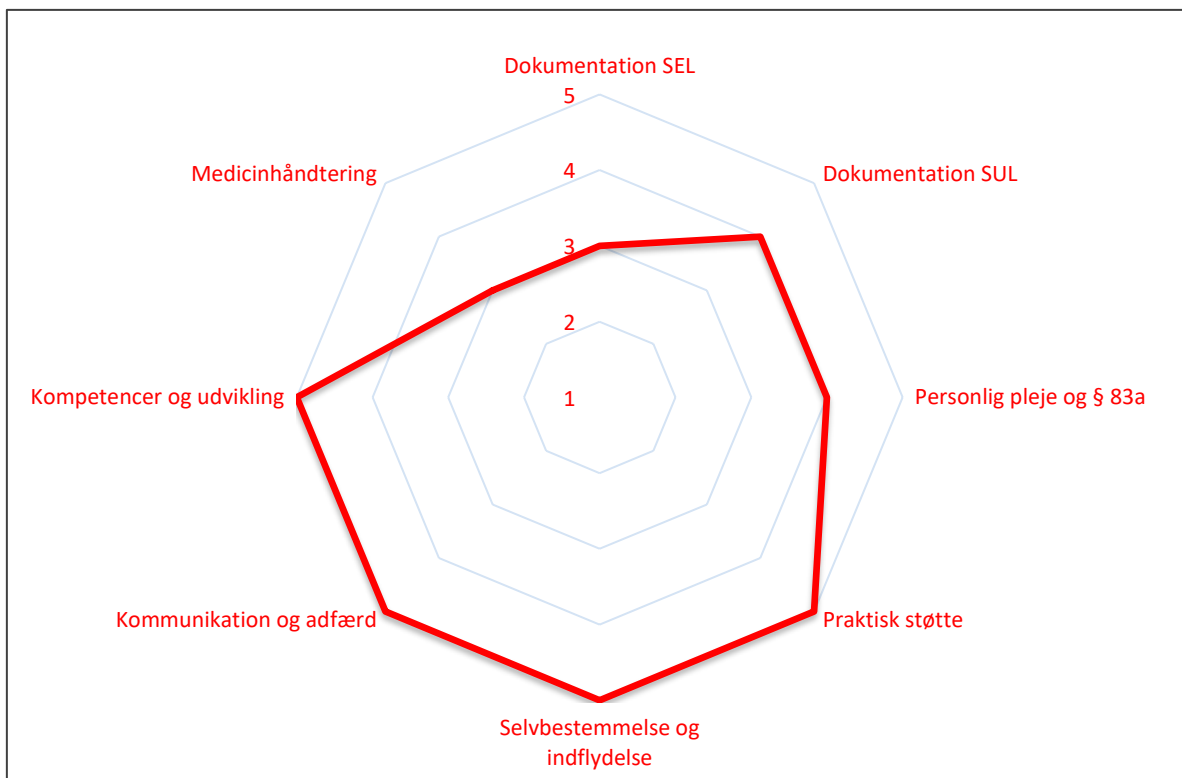
Borgerne er meget tilfredse med medarbejderne, og flere borgere italesætter den gode relation. Det vurderes, at der i hjemmeplejeenheden er en imødekommende kultur, hvor medarbejderne indbyrdes har en feedbackkultur i forhold til uhensigtsmæssig kommunikation.

Leder redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx dokumentationspraksis, kompetenceafklaring og organisering i mindre teams for at øge kontinuiteten.

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 er flere mangler i forhold til:

- At der i fire journaler mangler delvis sammenhæng mellem helbredsoplysninger og FMK, herunder en ensartet systematik.
- At der i to journaler kun er delvis beskrivelse af mestring, ressourcer og motivation.
- At funktionstilstande i to journaler mangler opdatering efter robotkonvertering, herunder at der i fagligt notat er indskrevet observationsnotater.
- At der i fire journaler under funktionstilstande mangler beskrivelse af borgerens forventninger og mål.

Anbefalinger:

Dokumentation SEL

Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at det igangværende fokus fastholdes, og at det fremadrettet sikres, at alle journaler er fyldestgørende og opdaterede.

Dokumentation SUL

Tilsynet bemærker, at der er mangler i forhold til:

- At der i en journal mangler en enkelt opdatering af helbredstilstande.
- At der i to journaler mangler dokumentation for borgerens samtykke.
- At der i fire journaler mangler oplysning om behandlingsansvarlig læge.

Dokumentation SUL

Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at det igangværende fokus fastholdes, og at det fremadrettet sikres, at alle journaler er fyldestgørende og opdaterede.

Personlig pleje og § 83a

Tilsynet bemærker, at der er mangler i forhold til:

- At en pårørende under interview giver udtryk for et ønske om, at medarbejderne følger op på, om borgeren drikker det, der bliver sat frem.

Personlig pleje og § 83a

Tilsynet anbefaler ledelsen, at borger revurderes i forhold til hjælp til at spise/drikke.

Medicinhåndtering

Tilsynet bemærker, at der er flere mangler vedr. medicinhåndtering i forhold til:

- At der i to journaler mangler enkelte helbredstilstande, svarende til FMK.
- At der hos to borgere ikke er kvitteret for tidstro udlevering af medicin.
- At der hos fire borgere ikke ses systematisk adskillelse af aktuel, ikke aktuel og pn medicin
- At der hos tre borgere er et eller flere tilfælde, hvor der ikke er overensstemmelse mellem handelsnavn på medicinliste og handelsnavn på præparat i beholdningen.
- At der hos to borgere ikke konsekvent er navn og CPR-nummer på uge- og dagsdoseringsæsker.

Medicinhåndtering

Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at medarbejderne kender og følger gældende medicininstruks og vejledning.

2.4 Aktuelle vilkår

Leder oplyser, at der er implementeret nyt omsorgssystem ultimo 2022, og at der fortsat er en igangværende proces med opdatering af alle journaler. Der er særligt fokus på, at døgnrytmeplaner er opdaterede, hand-
levejledende og opbyggede efter ny fælles systematik. Derudover er der fokus på den sygeplejefaglige udredning, og sygeplejerskerne er i gang med at gennemgå alle journaler samt løbende gennemgang, når der er behov for ændringer. Planen er, at social-og sundhedsassistenterne efter sommerferien skal undervises, så de kan udarbejde sygeplejefaglig udredning hos borgere i stabile forløb og hos borgere, der i forvejen er kendt i systemet. Enheden er organiseret med Nexus ressourcepersoner, der er ansvarlige for den løbende oplæring af kolleger, herunder introduktion af nye medarbejdere.

Primo januar er enheden flyttet i nye lokaler, som ligger uden for distriktet, og leder oplyser, at det har krævet tid for enheden at omstille sig til dette, hvilket har givet anledning til, at nogle af de faglige udviklingstiltag gik delvist i stå. Derfor er der nu fokus på at genopfriske TOBS og at implementere triagering, herunder dokumentationen i Nexus.

2.5 Opfølgning

Leder redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx dokumentationspraksis, kompetenceafklaring og organisering i mindre teams for at øge kontinuiteten.

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. <u>Gennemgang af dokumentation</u> Dokumentationen fremstår delvist opdateret og fyldestgørende. På alle borgere er der generelle oplysninger med helbredsoplysninger, hvor der i fire journaler mangler delvis sammenhæng til FMK. Der er beskrivelse af ressourcer, mestring og motivation, fraset at dette kun er delvist beskrevet i to tilfælde. Der er funktionstilstande, hvor der i to tilfælde mangler opdatering efter robotkonvertering, herunder at der i fagligt notat er indskrevet observationsnotater. I fire journaler mangler der beskrivelse af borgernes forventninger og mål. Borgernes behov for pleje og omsorg er beskrevet handlevejledende i døgnrytmeplanen, og der tages udgangspunkt i borgernes helhedssituation og ressourcer. Der er lagt vægt på at beskrive borgernes kognitive udfordringer, og hvorledes der støttes op om disse samt særlige opmærksomhedspunkter. Der ses relevante målinger på borgerne. <u>Interview med medarbejdere</u> Medarbejderne redegør fagligt reflekteret for, hvordan de arbejder målrettet med dokumentationen, så den understøtter kvaliteten i daglig praksis, hvor der arbejdes ud fra eget kompetenceområde. Medarbejderne tilkendegiver, at de er gode til at sparre med hinanden. Medarbejderne redegør for, at der løbende dokumenteres, samt at døgnrytmeplanen og tilstande tilrettes, fx på triagemøde, og når der ellers er ændringer. Medarbejderne kender og følger GDPR-regler, og de giver konkrete eksempler på, hvordan de overholder reglerne. Emnet tages jævnlige op, og der er løbende undervisning.
-----------------	---

2.6.2 Sundhedsfaglig dokumentation SUL

Score: 4	Vurdering: <u>Dokumentation</u> Dokumentationen fremstår med en faglig og professionel standard, men har mangler. Dokumentationen fremstår generelt opdateret og fyldestgørende. Der er udarbejdet helbredstilstande, indsatser, indsatsmål og handleanvisninger, hvor der i en journal mangler opdatering af en enkelt tilstand. I to journaler mangler der dokumentation for borgerens samtykke, og i fire journaler mangler der oplysning om behandlingsansvarlige læge.
-----------------	--

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for, hvordan de sikrer, at den sundhedsfaglige dokumentation er opdateret og fyldestgørende, hvor det er sygeplejerskerne, der er ansvarlige for udredning og handlingsanvisninger hos alle nye borgere, og sygeplejersker og assistenter har et fælles ansvar for den løbende opdatering og oprettelse af nye handlingsanvisninger. Aktuelt er sygeplejerskerne i gang med en systematisk gennemgang og opdatering af alle journaler. Fremadrettet er planen, at social- og sundhedsassistenter også skal udarbejde sygeplejefaglig udredning, og der planlægges med fast opfølgning hver tredje måned.

2.6.3 Personlig pleje og § 83a

Score: 4

Vurdering:

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

Interview med borgere

Borgerne er generelt meget tilfredse med kvaliteten af den personlige støtte og pleje, og de oplever, at de får tilstrækkelig hjælp, og at de modtager den hjælp, de er visiterede til, fraset at en borger tilkendegiver, at borgeren ikke alle dage får den visiterede hjælp, samt at borgeren udtrykker tvivl om, hvorvidt medarbejderne følger det, lægen har skrevet til hjemmeplejen. Tilsynet er oplyst, at borgeren kan afvise hjælpen fx hvis borgeren er på vej ud ad døren, når medarbejderne kommer, og ligeledes oplyses det, at borgeren presser medarbejderne til at levere hjælp, som borgeren ikke er visiteret til. Derudover er der en pårørende, som under interview, giver udtryk for et ønske om, at støtte borgeren i at drikke det, der bliver sat frem til borgeren, da borgeren, grundet kognitiv funktion, ikke drikker, når pårørende beder borgeren om det.

Observation

Borgerne fremstår alle velsoignerede, svarende til egen habitus.

Interview med medarbejder

Medarbejderne redegør fagligt reflekteret for en sundhedsfremmende og forebyggende tilgang, hvor der er tværfagligt fokus på kerneopgaven og på rehabilitering, herunder observationer og forandringer. Kontinuiteten til borgerne sikres blandt andet ved, at enheden er organiseret i teams, der bliver udvidet til tre teams efter sommerferien. Der bliver tilknyttet sygeplejersker i alle teams. Der arbejdes med kontaktpersonordning, og borgerne ligger på faste ruter. Medarbejderne har løbende dialog med planlægger i forhold til tilretning af kørelister. Der arbejdes igen systematisk med triage ved indmøde, hvor tilstande bliver gennemgået og opdateret efter behov. Medarbejderne tilkendegiver, at alle opgaver udføres med en rehabiliterende tilgang, og at de fx har fokus på borgernes rehabiliteringspotentiale og får dem vurderet/visiteret til et rehabiliteringsforløb. Derudover er der fokus på at følge op på træning, når borgerne har program fra fysioterapeut, fx hos borgere, der får vedligeholdende træning.

2.6.4 Praktisk støtte

Score: 5

Vurdering:

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

Interview med borgere

Borgerne får praktisk støtte leveret af Servicekorpset eller De Glade Vikarer, og alle borgere giver udtryk for at være tilfredse med hjælpen.

Interview medarbejdere

Medarbejderne redegør for, at de borgere, der visiteres til praktisk støtte, for det meste, får hjælp af en anden leverandør, og at de kun leverer til borgere, hvor borgerne har særlige behov, fx på grund af kognitive problemstillinger.

Medarbejderne har ansvaret for den daglige oprydning i forbindelse med de daglige opgaver, herunder fx hjælp til opvask og daglig toiletrengøring.

Observation

Der er en hygiejnemæssig forsvarlig standard i boliger, og hjælpemidler er rengjorte.

2.6.5 Selvbestemmelse og indflydelse

Score: 5

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

Interview med borgere

Alle borgerne oplever, at de har indflydelse og selvbestemmelse, og at de bliver inddragede i hverdagen, fx udtrykker en borger/pårørende, at det hele bare faldt på plads fra starten, og en anden borger fortæller, at medarbejderne taler med borgeren om fx, hvad borgeren ønsker at få at spise.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for, hvordan borgerne har medbestemmelse og indflydelse, herunder at det er vigtigt at tage udgangspunkt i den enkelte borgers ønsker og vaner. Medarbejderne har dialog med borgerne, og de mærker efter, hvad borgerne har brug for, og det vægtes, at borgerne har oplevelsen af selv at være med. Medarbejderne redegør desuden for, at det fx i rygerhjem er vigtigt at få den rette balance mellem arbejdsmiljø og hensyntagen til borgerens ønsker og vaner.

2.6.6 Kommunikation og adfærd

Score: 5

Vurdering:

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

Interview med borgere

Borgerne er alle meget tilfredse med medarbejderne, og de oplever omgangstone og adfærd som anerkendende og respektfuld, og to borgere fremhæver den fortrolighed, der er særligt med de faste medarbejdere. Alle borgerne tilkendegiver, at medarbejderne er søde og flinke, og især de tre af borgerne oplever imødekommenhed fra alle medarbejdere. En af borgerne oplever, at medarbejderne er gode til at hjælpe hinanden, og at de har en god indbyrdes omgangstone.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for, hvad de vægter i kommunikation og adfærd. Det er vigtigt at være observerende i første møde med borgeren. Ligeledes er det vigtigt at møde borgerne individuelt og positivt. Medarbejderne har fokus på at være lyttende, at engagere sig i borgernes liv, at give noget af sig selv og samtidigt at være professionelle.

Medarbejderne tilkendegiver, at de har en feedbackkultur i forhold til uhensigtsmæssig kommunikation, hvor de i vagtlaget kan tage en fælles refleksion.

Observation

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

2.6.7 Kompetencer og udvikling

Score: 5**Vurdering:**

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

Interview med leder

Leder redegør for, at medarbejdergruppen er tværfagligt sammensat, og at den består af sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere. Leder vurderer, at medarbejderne har relevante faglige kompetencer og erfaring med målgruppen. Leder oplyser, at alle faste stillinger er besat med faglærte medarbejdere, dog kan der ind imellem ansættes ufaglærte i vikariater, hvor forudsætningen er, at de indgår aftale om uddannelse inden for området. Medarbejdergruppen er planlagt organiseret i tre mindre teams, og der er planlagt med, at der i alle teams er tilknyttet sygeplejersker.

Leder oplyser, at alle medarbejdere er kompetenceafklarede, fraset enkelte medarbejdere, der er/var fraværende. Der er udarbejdet en oversigt over medarbejdernes kompetencer, som dels anvendes i den daglige planlægning og dels i forhold til planlægning af praksisnær oplæring i forbindelse med opgaveroverdragelse. Fremadrettet vil leder kombinere MUS og kompetenceafklaring.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for, at de har gode muligheder for faglig sparring og kompetenceudvikling i faglige mødefora i daglig praksis og gennem tematiseret undervisning. Medarbejderne har desuden mulighed for at trække på kommunens specialkompetencer, når der er behov for dette, fx demensteam, sårsygeplejerske og diætist.

Medarbejderne oplyser, at de bliver kompetenceafklaret, og at de har dokumentation for det, de er oplært i. Instrukser og vejledninger ligger på DOKKEN, hvor der også er adgang til e-learningprogrammer.

2.6.8 Medicinhåndtering og administration

Score: 3**Vurdering:**

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

Tilsynet har gennemgået fire 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 dels elektronisk, og i de enkelte hjem ligger der en printet version. Medicinlister er opdaterede.
- I to journaler mangler der enkelte helbredstilstande, svarende til FMK.
- Hos alle borgere ses handlingsanvisninger på medicindispensering og medicinadministration.

- Hos tre borgere er der et eller flere tilfælde, hvor der ikke er overensstemmelse mellem handelsnavn på medicinliste og handelsnavn på præparat i beholdningen.

Opbevaring

- Medicinen opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.
- Hos fire borgere ses der ikke systematisk adskillelse af aktuel, ikke aktuel og pn medicin.
- Hos to borgere er uge- og dagsdoseringsæsken mærket med borgerens navn og CPR-nummer, hvor der hos to borgere ikke konsekvent er navn og CPR-nummer på uge- og dagsdoseringsæsker.
- Der er angivet anbrudsdato på medicinske salver, dråber mv. med begrænset holdbarhed efter åbning.
- Der opbevares ikke medicin, hvor udløbsdatoen er overskredet.

Dispensering af medicin

- Der er korrekt medicin i doseringsæskerne.

Administration af medicin og ikke dispenserbare præparater

- Medicinen er uddelt til tiden.
- At der hos to borgere ikke er kvitteret for tidstro udlevering af medicin.

Pn medicin

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

Interview med leder

Leder redegør for, at instrukser/vejledning for medicinhandling 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.

Leder oplyser, at der fortsat anvendes printede medicinlister i udvalgte hjem i de tilfælde, hvor der ikke er sikker digital adgang. Der arbejdes på en teknisk løsning.

Interview med borgere

Borgerne er alle meget tilfredse med hjælpen til at få doseret medicin, og de tilkendegiver, at de får hjælpen til at tage medicinen til tiden. En borger fremhæver, at hjælpen er med til at gøre borgeren tryk, da borgeren ikke længere oplever at have overblikket.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for gældende retningslinjer og instrukser for medicinhandling, fx dokumentation, opbevaring, dispensering og administration. De anvender VAR, og de tilgår alt på DOKKEN, hvor der også ligger obligatorisk e-learning. Sygeplejerskerne er ansvarlige for AK-behandling og for, at der oprettet tilstand i forhold til AK-behandling og behandling med Methotrexat.

Medarbejderne redegør for medicinadministration, hvor de sikrer, at det er den rette borger ved at tjekke 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, som vurderer betydning og evt. tiltag.

3. Vurderingsskema

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.

