



# Tilsynsrapport Albertslund Kommune

Sundhed, Pleje og Omsorg  
Rehabiliteringsafdelingen

Uanmeldt helhedstilsyn  
Juni 2020

# INDHOLD

<b>1.</b>	<b>VURDERING .....</b>	<b>4</b>
1.1	TILSYNETS SAMLEDE VURDERING .....	4
1.2	TILSYNETS ANBEFALINGER .....	5
<b>2.</b>	<b>OPLYSNINGER OM REHABILITERINGSAFDELINGEN .....</b>	<b>6</b>
<b>3.</b>	<b>DATAGRUNDLAG .....</b>	<b>7</b>
3.1	OPFØLGNING PÅ FOREGÅENDE TILSYN .....	7
3.2	SUNDHEDSFAGLIG DOKUMENTATION .....	7
3.3	MEDICINHÅNDTERING OG ADMINISTRATION .....	8
3.4	HVERDAGENS PRAKSIS .....	9
3.4.1	Personlig pleje .....	9
3.4.2	Praktisk hjælp .....	9
3.4.3	Træning, aktiviteter og fysiske rammer .....	10
3.4.4	Mad og måltider .....	10
3.4.5	Omgangsform og sprogbrug .....	11
3.5	ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE.....	11
3.5.1	Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling .....	11
3.5.2	Tværfagligt samarbejde.....	11
<b>4.</b>	<b>TILSYNETS FORMÅL OG METODE.....</b>	<b>13</b>
4.1	FORMÅL .....	13
4.2	METODE .....	13
4.3	VURDERINGSSKALA.....	14
4.4	TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE.....	14
<b>5.</b>	<b>OM BDO.....</b>	<b>15</b>

## Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering af plejecentret og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete plejecenter.

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 den indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

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

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

*Med venlig hilsen*

**Partneransvarlig**  
Birgitte Hoberg Sloth  
Partner  
Mobil: 28 10 56 80  
Mail: bsq@bdo.dk

**Projektansvarlig**  
Gitte Ammundsen  
Senior Manager  
Mobil: 41 89 04 06  
Mail: gia@bdo.dk

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



# 1. VURDERING

## 1.1 TILSYNETS SAMLEDE VURDERING

Det overordnede indtryk af Rehabiliteringsafdelingen er, at der er tale om et tilbud med:

### **Meget tilfredsstillende forhold**

Det er tilsynets samlede vurdering, at der er arbejdet med de givne anbefalinger fra sidste tilsyn, og at der fortsat foregår udvikling af den samlede kvalitet.

Vurderingen er, at dokumentationen overordnet er tilfredsstillende og overvejende fyldestgørende, dog med mangler i generelle oplysninger, herunder helbredsoplysninger. Desuden vurderes det mindre hensigtsmæssigt at opføre medicins præparatnavn, dosis og administration i handlingsanvisninger. Ligeledes vurderes et fortsat behov for videns- og erfaringsopsamling i forhold til dokumentationspraksis.

Medicinhåndtering, dispensering og administration er meget tilfredsstillende med undtagelse af et tilfælde, hvor der ikke ses anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed efter anbrud, samt at der i et tilfælde opbevares medicin med overskredet udløbsdato.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt kan redegøre for retningslinjer i forhold til medicindispensering, medicinadministration og medicinhåndtering. Medarbejderne er bekendte med, hvor retningslinjer kan søges. De har ligeledes fokus på, hvorledes der sikres systematiske arbejdsgange, så medicinen doseres korrekt.

Det vurderes, at der arbejdes systematisk med delegering af sundhedslovsopgaver, og at der foregår en udviklingsproces i arbejdet med UTH'er, som vil styrke kvaliteten yderligere.

Borgerne er meget tilfredse med hjælpen og er trygge ved den samlede indsats. Medarbejderne kan tilfredsstillende og reflekteret redegøre for faglige overvejelser omkring rehabilitering.

Tilsynet vurderer, at borgerne er tilfredse med rengøringen, og at den hygiejniske standard i boligerne svarer til borgernes ønsker og habitus, samt at fællesarealer fremstår renholdt, og at der er fokus på forebyggelse af smittespredning.

Vurderingen er, at borgerne er særdeles tilfredse med opholdet og træningsforløbet og oplever fremgang. Medarbejderne kan reflekteret redegøre for afdelingens struktur og praksis for forløb.

Borgerne er særdeles tilfredse med maden, og medarbejderne kan på tilfredsstillende måde redegøre for det gode måltid og opfølgning på borgernes ernæringstilstand.

Kommunikation og adfærd generelt er meget tilfredsstillende, dog er der fortsat enkelte medarbejdere, der oplever uhensigtsmæssig intern kommunikation.

Tilsynet vurderer, at ledelse og medarbejdere oplever, at organiseringen giver gode rammer for at sikre det tværfaglige samarbejde omkring borgerne. Medarbejderne er reflekterede omkring det tværfaglige samarbejde, og der er en fælles oplevelse af, at organisering i teams er positivt.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation og observationer. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

## 1.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger i forhold til områdecentrenets fremadrettede udvikling:

### Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at det igangværende fokus på dokumentationspraksis fastholdes med oplæring og vidensdeling, samt at det herunder sikres, at der på alle borgere oprettes generelle oplysninger med relevante helbredsoplysninger.
2. Tilsynet anbefaler, at oplysninger om medicinordinationer udelukkende fremgår af medicinkortet, og at der i handlingsanvisningen henvises til dette.
3. Tilsynet anbefaler, at der noteres anbrudsdato på medicinske præparater med begrænset holdbarhed efter åbning, samt at det aftales med borger, at udløbet medicin sikres afleveret på rette sted.
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder fokus på trivsel, blandt andet på kommunikation og information i vagtskifter.

## 2. OPLYSNINGER OM REHABILITERINGSADFDELINGEN

Oplysninger om Rehabiliteringsafdelingen og tilsynet
Navn og adresse: Rehabiliteringsafdelingen, Stationsporten 4, 2620 Albertslund
Leder: Mette Christensen
Antal boliger: 12 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 4. juni 2020
Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: <ul style="list-style-type: none"><li>• Interview med afdelingsleder</li><li>• Rundgang på afdelingen, herunder dialog med medarbejdere</li><li>• Tilsynsbesøg hos tre borgere</li><li>• Gruppeinterview med tre medarbejdere (En social- og sundhedsassistent, en sygeplejerske og en fysioterapeut)</li></ul>
Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Manager Else Marie Seehusen, sygeplejerske, SD/DSH

## 3. DATAGRUNDLAG

### 3.1 OPFØLGNING PÅ FOREGÅENDE TILSYN

<b>Data</b>	<p>Leder oplyser, at de seneste måneder har været præget af omorganisering, da afdelingen skulle indrette tre pladser til Corona-beredskabet, som nu igen er ved at lukke ned. Omlægningen skabte i starten bekymring blandt medarbejderne, indtil rammerne var på plads.</p> <p>I forlængelse af en analytisk proces af dokumentationspraksis er der indført ændrede arbejdsgange, som netop er implementeret. Der arbejdes fortsat med vidensdeling og indlæring af de ændrede rutiner, hvor leder oplever, at medarbejderne er på forskellige niveauer.</p> <p>Siden sidste tilsyn er der indført nye arbejdsgange i forhold til medicin håndtering og UTH. Der er indført kontrol ved kollega på alle dispenseringer samt fast praksis for dokumentation af ikke dispenserbar medicin, fx øjendråber. Samtidig er der udarbejdet nye lokale retningslinjer/medicinprocedurer, som alle medarbejdere gennemgår og efterfølgende underskriver, at de har læst og forstået. I forhold til UTH er en sygeplejerske udpeget til sagsbehandler med ansvar for opsamling og læring i praksis. Der er i år sat særligt fokus på sektorovergange, da afdelingen har oplevet mange fejl ved overgang fra hospitalet til Rehabiliteringsafdelingen. Endelig er der ansat en ny teamkoordinator, som blandt andet får ansvar for systematisk audit på medicin og dokumentation.</p> <p>Leder oplyser, at de organisatoriske processer, fx budget, omorganisering og trivsel, overordnet ligger i personalemøder med MED-status, men ud over dette har der været temaeftermiddag om kommunikation, hvor der fortsat er fokus på den daglige kommunikation.</p> <p>Ud over arbejdet med at opbygge Corona-afsnittet har det været nødvendigt at ændre praksis for, hvordan forløb afvikles, fx har pårørende ikke kunnet deltage fysisk i opstarts- og opfølgingsmøder, hvilket har krævet et tydeligt koordineringsfokus for at sikre sammenhæng for borgerne.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	
Tilsynet vurderer, at der er arbejdet med de givne anbefalinger fra sidste tilsyn, og at der fortsat foregår udvikling af den samlede kvalitet.	

### 3.2 SUNDHEDSFAGLIG DOKUMENTATION

<b>Data</b>	<p>Tilsynet har gennemgået dokumentationen for tre borgere.</p> <p>Der er udfyldt generelle oplysninger på to borgere, f.eks. omkring borgernes motivation, ressourcer og mestringsevne samt helbredsoplysninger, hvor dette mangler på den tredje borger. Helbredsoplysninger fremgår delvis under de konkrete tilstande.</p> <p>Hos alle tre borgere er der oprettet funktionstilstande og helbredstilstande med opfølgingsdato og dato for næste opfølgning, og der er oprettet handlingsanvisninger, som er individuelle og handlevejledende. Behovet for træning, hjælp og støtte er beskrevet med afsæt i borgerens fysiske og mentale ressourcer.</p> <p>Hos to borgere er beskrevet mål og plan for opholdet, hvor den tredje borgers ophold er begrundet i borgers kognitive funktionsevne, hvor der i en periode er behov for daglig støtte til et hjælpemiddel. Desuden har alle borgere en tavle i boligen, hvor plan og mål kortfattet er listet op. Hos alle tre borgere ses løbende opfølgning med notater.</p>
-------------	--

Hos en borger bemærker tilsynet, at der i en handlingsanvisning er anført medicinpræparater og dosis på medicin, som borger skal have. Afdelingen har et samlet overblik over aktuelle borgere og deres forløb på en oversigtstavle på kontoret og i en elektronisk oversigt, som er fælles med tværfaglige samarbejdspartnere, blandt andet visitationen.

Medarbejderne fortæller, at der er fast praksis og ansvarsfordeling for, hvem der er ansvarlig for at opdatere dokumentationen og redegør for, at der aktuelt er indført nye arbejdsgange. Her oplever en enkelt medarbejder, at det fortsat opleves tidskrævende at finde de rette informationer ved indmøde i en vagt, og medarbejder oplever desuden at savne viden og erfaring i, hvordan omsorgssystemet understøtter praksis. Dokumentationsarbejdet indgår som en integreret del af de daglige opgaver omkring borger.

Alle medarbejdere kan redegøre for den faglige indsats og det tværfaglige samarbejde i forbindelse med opfølgning og evaluering af de opstillede mål.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at dokumentationen overordnet er tilfredsstillende og overvejende fyldestgørende med mangler i generelle oplysninger, herunder helbredsoplysninger. Desuden vurderes det mindre hensigtsmæssigt at opføre medicins præparatnavn, dosis og administration i handlingsanvisninger. Ligeledes vurderes et fortsat behov for videns- og erfaringsopsamling i forhold til dokumentationspraksis.

### 3.3 MEDICINHÅNDTERING OG ADMINISTRATION

#### Data

Tilsynet har gennemgået medicin hos tre borgere.

Der observeres:

- Medicinlisten er opdateret hos alle tre borgere
- Ugedoseringsæsker ses i alle tilfælde korrekt mærket med navn og CPR-nummer.
- Dagsdoseringsæsker er alle mærket med navn og CPR-nummer
- Aktiv medicin, inaktiv medicin og pn medicin er opbevaret adskilt på særskilte og mærkede hylder i aflåst skab
- Hos en borger er der observeret manglende anbrudsdato på medicinske præparater med begrænset holdbarhed efter åbning
- Hos en ud af tre borgere er der observeret medicin i beholdningen med overskredet udløbsdato
- Medicindoseringen er korrekt hos de tre borgere
- Der er givet den medicin, der skal være givet på tilsynstidspunktet med korrekt dokumentation for, at medicin er givet

Borgerne udtrykker stor generelt tryghed ved den hjælp, de får til medicin håndtering, og samtidig beskriver en borger blandt andet selv at være inddraget i opgaven.

Medarbejderne redegør reflekteret og detaljeret for de ændrede arbejdsgange omkring dispensering og administration og følger gældende procedure for medicin håndtering, som de har adgang til på intranettet. Der dispenseres som udgangspunkt i borgernes lejligheder.

Alle medarbejdere kan indberette UTH i systemet, fx i forbindelse med medicin, der ikke er givet. Der bliver løbende samlet op, og planen er fortsat, at en sygeplejerske fremadrettet har ansvar for at skabe læring og udvikling på baggrund af indberetningerne. Medarbejderne oplever, at de nye arbejdsgange med dobbelttjek af doseringer har minimeret antallet af UTH'er.

Der arbejdes systematisk med delegering og overdragelse af sundhedslovsopgaver, hvor der arbejdes med afsæt i kompetenceprofil og kompetencekort. De delegerede opgaver på den enkelte borger fremgår på ark i borgermappen.



Medarbejder redegør for, at der i det konkrete tilfælde ikke har været opmærksomhed på at følge op på borgers medicin, da borger forud for indlæggelse på hospital/rehabiliteringsafdeling hjemme var selvadministrerende. Medarbejderne tilkendegiver samlet, at fundet vil skærpe deres opmærksomhed på den medicin, borgerne medbringer, når de ankommer.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at medicinhåndtering, dispensering og administration er meget tilfredsstillende med undtagelse af et tilfælde, hvor der ikke ses anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed efter anbrud, samt at der i et tilfælde opbevares medicin med overskredet udløbsdato.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt kan redegøre for retningslinjer i forhold til medicindispensering, medicinadministration og medicinhåndtering. Medarbejderne er bekendte med, hvor retningslinjer kan søges. De har ligeledes fokus på, hvorledes der sikres systematiske arbejdsgange, så medicinen doseres korrekt.

Tilsynet vurderer, at der arbejdes systematisk med delegering af sundhedslovsopgaver, og at der foregår en udviklingsproces i arbejdet med UTH'er, som vil styrke kvaliteten yderligere.

### 3.4 HVERDAGENS PRAKSIS

#### 3.4.1 Personlig pleje

##### Data

Tilsynet observerer, at borgere støttes i selv at være aktive, men også at borgere pædagogisk guides og motiveres til den nødvendige hjælp.

De borgere, som kan udtrykke sig, er særdeles tilfredse med hjælpen til personlig pleje og fortæller, at de selv er aktive og gør meget muligt selv og kommer med eksempler på, hvordan de selv klarer toiletbesøg og personlig hygiejne med let støtte. Ligeledes oplever de, at de får hjælp til det, de har brug for. To borgere er meget optaget af at blive bedre, så de kan komme videre og klare så meget som muligt selv. Borgerne oplever, at der bliver taget hånd om deres sundhedsmæssige problemstillinger, f.eks. er en borger meget tryk ved, at medarbejderne har overtaget medicinhåndteringen.

Medarbejderne beskriver reflekteret, at der indgår rehabilitering i de daglige opgaver omkring borgerne, og at der arbejdes aktivt på, at de bliver så selvhjulpne som muligt. Mange borgere ankommer i kørestol, som straks bliver taget fra og erstattet med målrettet træning. Ligeledes redegør medarbejderne for, at borgerne (sammen med pårørende) inddrages i at sætte mål for ophold, som løbende justeres på de tværfaglige opfølgings- og statusmøder.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at borgerne er meget tilfredse med hjælpen og er trygge ved den samlede indsats. Medarbejderne kan tilfredsstillende og reflekteret redegøre for faglige overvejelser omkring rehabilitering.

#### 3.4.2 Praktisk hjælp

##### Data

Tilsynet observerer, at boliger og fællesarealer er renholdt. Der er opsat spritdispensere ved alle boliger og strategisk på alle fællesarealer. Der er ligeledes opsat information i forhold til at forebygge smittespredning, og der er tydelig markering på overgangen til Corona-afsnittet, og ud for en enkelt bolig er der markeret, at der er særlig rengøring grundet øget smitterisiko.

Borgerne er tilfredse med hjælpen til rengøring og praktiske opgaver. Ingen af borgerne deltager aktivt i rengøringsopgaven, som varetages af fast team.

**Tilsynets vurdering**

Tilsynet vurderer, at borgerne er tilfredse med rengøringen, og at den hygiejniske standard i boligerne svarer til borgernes ønsker og habitus. Fællesarealer fremstår renholdt, og der er fokus på forebyggelse af smittespredning.

**3.4.3 Træning, aktiviteter og fysiske rammer****Data**

Alle tre borgere er særdeles tilfredse med opholdet i Rehabiliteringsafdelingen. To borgere har kendskab til formål og plan for opholdet og oplever til fulde at være medinddraget i fastlæggelsen af individuelle mål og følger aktivt med i forløbet. Den tredje borger kan grundet kognitivt funktionsniveau ikke huske, hvorfor hun er her. Borgerne oplever alle, at de får fantastisk hjælp og støtte, og at de selv er aktive for at blive bedre. De to borgere, som kan redegøre for eget forløb, oplever sammenhæng og kontinuitet i forløbet, samt at de får relevant træning, og begge angiver, at de har opnået betydelig forbedring under forløbet. Under Coronakrisen trænes borgerne i afdelingen i hverdagen, men i weekenden er der mulighed for at benytte træningssalen.

Vedrørende mål og plan for opholdet fortæller medarbejderne, at der afholdes et opstartsmøde inden for 48 timer, og der afholdes systematisk opfølgingsmøde/status på den enkelte borger. Møderne er skemalagte, og som det sidste nye er afdelingen delt op i to teams, som holder tværfaglige borgermøder hver for sig. En gang om ugen er der fælles tværfagligt møde, hvor visitationen og øvrige samarbejdspartner deltager, og en gang om ugen har afdelingen et fælles statusmøde.

Rehabiliteringsafdelingens fysiske rammer er lyse og overordnet velindrettede, og i et afsnit af afdelingen ses det midlertidige Corona-afsnit. Tilsynet bemærker, at der ud for to boliger er opmagasineret en række hjælpemidler og dermed smal passage til boligerne. Hjælpemidlerne er til afhentning dels fra hospitalet og dels fra hjælpemiddelafsnittet. Afdelingen består af en række boliger samt et fælles opholdsrum, der er opdelt i spise-stue og dagligstue med udgang til terrasse. På fællesarealer er opstillet forskellige træningsredskaber. Der er meget stille på fællesarealer, da borgerne overvejende opholder sig i egen bolig, og der grundet Corona-situationen ikke er planlagte fælles aktiviteter.

**Tilsynets vurdering**

Tilsynet vurderer, at borgerne er særdeles tilfredse med opholdet og træningsforløbet og oplever fremgang. Medarbejderne kan reflekteret redegøre for afdelingsstruktur og praksis for forløb.

**3.4.4 Mad og måltider****Data**

Der er ikke foretaget observation af mad og måltid. I øjeblikket indtager de fleste borgere maden i egne boliger.

Borgerne er særdeles tilfredse med maden. Maden er i øjeblikket portionsanrettet, og borgerne er ikke aktive i forhold til afvikling af måltidet.

Aktuelt er mad og måltider omlagt, så borgerne generelt får maden portionsanrettet og serveret i boligerne. Der er fokus på at sikre en ernæringsrigtig kost, og den kolde mad produceres og anrettes af kostfaglig medarbejder i afdelingen. F.eks. er der tilbud om hjemmelavet proteindrik som supplement til evt. lægeordineret proteindrik på grøn recept. Der følges løbende op på borgernes ernæringsstilstand, og der udarbejdes handleplan ved utilsigtet vægtændring.

**Tilsynets vurdering**

Tilsynet vurderer, at borgerne er særdeles tilfredse med maden, og at medarbejderne tilfredsstillende redegør for det gode måltid og opfølgning på borgernes ernæringsstilstand.

### 3.4.5 Omgangsform og sprogbrug

<b>Data</b>	<p>Under rundgang og ved interview med borgere observerer tilsynet overalt respektfuld og anerkendende kommunikation.</p> <p>Borgerne er meget tilfredse med medarbejderne og tilkendegiver alle, at de er søde og flinke, og at de bliver medinddraget og kommunikation og adfærd er omsorgsfuld og med respekt for den enkelte.</p> <p>Medarbejderne redegør for, at en god kommunikation er anerkendende, imødekommende og respektfuld. Det er vigtigt at møde borgerne individuelt og respektere den enkeltes levevis. Medarbejderne oplever, at de generelt har et positivt fagligt refleksionsrum i de tværfaglige møder, og at der i det daglige er god mulighed for tværfaglig sparring. Enkelte medarbejdere oplever, at der specielt vagterne imellem kan være u hensigtsmæssig kommunikation.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	
Tilsynet vurderer, at kommunikation og adfærd generelt er meget tilfredsstillende, dog er der fortsat enkelte medarbejdere, der oplever u hensigtsmæssig intern kommunikation.	

## 3.5 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

### 3.5.1 Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling

<b>Data</b>	<p>Leder fortæller, at Rehabiliteringsafdelingen nu er i mål med de seneste års budgettilpasninger med tilpasning af ressourcerne i forhold til kerneopgaven. Leder oplever, at der nu er ro i medarbejdergruppen, og der er skabt stabilitet, blandt andet er der ansat tre nye terapeuter og en ny sygeplejerske. Der arbejdes systematisk med opfølgning på sygefravær, som er faldet under Corona-krisen, men også at fraværet forud var stabiliseret og faldet til et acceptabelt niveau.</p> <p>Der arbejdes strategisk med rekruttering, fx opfordres i stillingsopslag til at komme på besøg i afdelingen forud for en eventuel ansøgning, hvilket opleves positivt af leder.</p> <p>Medarbejdergruppen er tværfagligt sammensat med sygeplejersker, fysio-og ergoterapeuter, social-og sundhedsassistenter og kostfaglig medarbejder.</p> <p>Medarbejderne oplever, at de rette kompetencer er til stede, og at der er mulighed for faglig udvikling, blandt andet senest med etablering af Coronaafsnit.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	
Tilsynet vurderer, at ledelse og medarbejdere oplever, at organiseringen giver gode muligheder for at sikre det tværfaglige samarbejde omkring borgerne.	

### 3.5.2 Tværfagligt samarbejde

<b>Data</b>	<p>For yderligere at understøtte det tværfaglige samarbejde og den samlede kvalitet har ledelsen iværksat en mindre tilretning af medarbejdernes organisering, så afdelingen er opdelt i to teams med faste medarbejdere og med en sygeplejerske og fysioterapeut i hvert team og en ergoterapeut til deling. Ligeledes er der fokus på at fastholde den faste forløbsstruktur, som blandt andet understøttes af en tjekliste.</p> <p>Medarbejderne redegør reflekteret for et tværfagligt samarbejde, som dels udspilles i de faste tværfaglige mødefora internt og med deltagelse af relevante samarbejdspartnere, men ligeledes i tilknytning til hverdagens opgaver. Enkelte medarbejdere oplever, at der kan være lang/tung sagsbehandlingstid i forhold til f.eks. bevilling af hjælpemidler.</p>
-------------	---

Alle oplever, at der er god mulighed for sparring i forhold til de konkrete borgere, men også i forhold til videns- og erfaringsudveksling.

Ledelsen oplyser efterfølgende, at de er bekendt med, at der kan være ventetid på sagsbehandling og er i dialog med forvaltningen omkring dette for at sikre hensigtsmæssige arbejdsgange og rutiner.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at medarbejderne er reflekterede omkring det tværfaglige samarbejde, og at der er en fælles oplevelse af, at organisering i teams er positivt.

## 4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

### 4.1 FORMÅL

Tilsynene skal bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, enhedens referenceramme og den pleje- og træningsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- træningsmæssige forhold på den enkelte enhed. Tilsynet sætter fokus på træningsindsatsen for borgerne og således også på, hvordan hjælpen efter deres og eventuelle pårørendes opfattelse fungerer. De fysiske rammers egnethed i forhold til borgernes behov indgår ligeledes i tilsynet.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

*Det økonomiske tilsyn* dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

### 4.2 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourcer, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes og eventuelle pårørendes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er strukturet og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, fokusgruppeinterviews, observation og gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten af de ydelser, som borgerne modtager.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

## 4.3 VURDERINGSSKALA

BDO arbejder ud fra nedenstående vurderingsskala:

Samlet vurdering
<p>1 - Særdeles tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedømmelsen særdeles tilfredsstillende opnås, når forholdene kan karakteriseres som fremragende og eksemplariske, og hvor tilsynet har konstateret ingen, få eller mindre væsentlige mangler, som let vil kunne afhjælpes.</li> <li>• Det særdeles tilfredsstillende resultat kan følges op af tilsynets anbefalinger.</li> </ul>
<p>2 - Meget tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedømmelsen meget tilfredsstillende opnås, når forholdene kan karakteriseres ved at være gode og tilstrækkelige, og hvor tilsynet har konstateret få mangler, som relativt let vil kunne afhjælpes.</li> <li>• Det meget tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger.</li> </ul>
<p>3 - Tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedømmelsen tilfredsstillende opnås, når forholdene kan karakteriseres som tilstrækkelige, og hvor der er konstateret flere mangler, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats.</li> <li>• Det tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger.</li> </ul>
<p>4 - Mindre tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedømmelsen mindre tilfredsstillende opnås, når forholdene på flere områder kan karakteriseres som utilstrækkelige, og hvor der er konstateret en del og/eller væsentlige mangler, som det vil kræve en bevidst og målrettet indsats at afhjælpe.</li> <li>• Det mindre tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger, fx anbefaling om udarbejdelse af handleplan.</li> </ul>
<p>5 - Ikke tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedømmelsen ikke tilfredsstillende opnås, når forholdene generelt kan karakteriseres som utilstrækkelige og uacceptable, og hvor der er konstateret mange og/eller alvorlige mangler, som det vil kræve en radikal indsats at afhjælpe.</li> <li>• Det ikke tilfredsstillende tilsynsresultat følges op af tilsynets anbefalinger om, at problemområderne håndteres i umiddelbar forlængelse af tilsynet samt at der udarbejdes handleplan, eventuelt i samarbejde med forvaltningen.</li> <li>• Det ikke tilfredsstillende tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.</li> </ul>

## 4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynsforløbet besluttet og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår. Så vidt muligt foregår tilsynet på et tidspunkt, hvor der er mulighed for dialog eller samvær med flere af borgerne.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra områdecenrets egen hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sygepleje- og/eller socialfaglig baggrund.

## 5. OM BDO

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

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

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