



Tilsynsrapport Holbæk Kommune

Aktiv hele livet
Kildehaven

Uanmeldt tilsyn
Juli 2023



Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt tilsyn kombineret med et socialfagligt tilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider finder 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 den 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



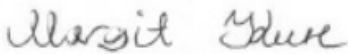
Birgitte Hoberg Sloth

Partner

Mobil: 28 10 56 80

Mail: bsq@bdo.dk

Partneransvarlig



Margit Kure

Senior Manager

Mobil: 24 29 5072

Mail: kmq@bdo.dk

Projektansvarlig

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

1. Oplysninger

Tabel med oplysninger om tilsynet centret

Navn og Adresse: Kildehaven, Hovedgaden 95, 4520 Svinninge

Leder: Konstitueret direktør Majbritt Nyholm

Målgruppebeskrivelse: Tilsynet vedrører borgere, der modtager indsatser efter Serviceloven SEL og Sundhedsloven SUL, herunder medicingennemgang samt socialpædagogisk bistand efter Servicelovens § 85.

Antal boliger: 46 plejeboliger

Dato for tilsynsbesøg: Den 5. juli 2023

Tilsynet er indledt og tilrettelagt sammen med: Direktør, to centerledere, kvalitets- og udviklingsansvarlig sygeplejerske og to faglige ledere.

Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag:

- Interview med centrets ledelse
- Tilsynsbesøg hos fem borgere
- Gruppeinterview med fire medarbejdere
- Telefoninterviews af fire pårørende - en pårørende træffes ikke hjemme
- Gennemgang af dokumentation, jf. Serviceloven SEL og Sundhedsloven SUL for fem borgere

Tilsynet havde endvidere dialog med medarbejdere og borgere på fællesarealerne undervejs gennem tilsynet.

Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til leder om tilsynsforløbet.

Tilsynsførende:

Senior Manager Margit Kure, sygeplejerske, MHM

Manager Else Marie Seehusen, sygeplejerske, SD/DSH

Senior Manager Lene Sørensen, pædagog

2. Kommunalt tilsyn

2.1 Overordnet vurdering

BDO har på vegne af Holbæk Kommune foretaget et uanmeldt tilsyn på Kildehaven. BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem interviews, observationer og skriftligt materiale. BDO har efter aftale med kommunen uvildigt udtrykt fem borgere til interview, gennemgang af dokumentation og medicin. Derudover har BDO uvildigt udtrykt fem andre borgere, hvis pårørende har deltaget i telefoninterviews. Tilsynet omfatter desuden interview med ledelse, fokusgruppeinterview med medarbejdere samt rundgang og observation.

Det er tilsynets samlede vurdering, at Kildehaven er et tilbud, som har medarbejdere og ledelse, der medvirker til trivsel for borgerne. Vurderingen er, at tilbuddet overordnet lever op til Holbæk Kommunes kvalitetsstandards og vedtagne serviceniveau, dog er der vurderet mangler under flere temaer.

Tilsynet vurderer, at de sundhedsfaglige ydelser, som borgerne modtager i tilbuddet, overordnet leveres med en god faglig kvalitet. Der er fokus på kerneopgaven og den hverdagsrehabiliterende indsats, men der ses ikke en systematisk tilgang til sundhedsfremmende indsatser. Borgerne er generelt meget tilfredse med hjælpen, og de tilkendegiver, at de får hjælp til det, de har behov for og ligeledes, at de har mulighed for at være aktive i relation til de daglige opgaver, hvor en borger dog tilkendegiver, at der indimellem kan være ventetid på kald.

Tilsynets vurdering er, at der er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at hverdagslivet på stedet tilrettelægges på borgernes præmisser, herunder mad og måltider samt en bred række af aktiviteter, som borgerne er meget tilfredse med.

Medarbejderne er optagede af borgernes livskvalitet og trivsel, og de kan på relevant vis redegøre for, hvordan de arbejder metodisk ud fra en pædagogisk og individuel tilgang, dog indgår borgernes livshistorie ikke som et aktivt værktøj.

Det vurderes, at tilbuddet har et velorganiseret samarbejde med de pårørende, og de pårørende finder inddragelsen og samarbejdet/kommunikationen med tilbuddet meget tilfredsstillende.

Borgerne er meget tilfredse med medarbejderne, og de oplever generelt imødekommenhed og respektfuld og anerkendende kommunikation, hvor der dog er to borgere, der indimellem har oplevet uhensigtsmæssig kommunikation. Tilsynet bemærker under interviewet, at der er en opfattelse blandt medarbejderne af, at det kan være nødvendigt for dem at tale sammen i tredje person i borgeres nærvær. Ligeledes observerer tilsynet en konkret situation, hvor en borger omtales i tredje person i borgerens nærvær. Medarbejderne tilkendegiver, at de har en feedbackkultur, og at de løbende drøfter professionel kommunikation.

Det vurderes, at den samlede journalføring på SEL og på SUL har en faglig og professionel standard med få mangler, som vil kunne afhjælpes med en mindre indsats.

Tilsynet vurderer, at organiseringen og arbejdsgangen omkring indrapportering, opfølgning og læring på UTH er systematisk, og at de er forankrede i ledelsesstrukturen. Ligeledes vurderes det, at der er implementeret arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse, og medarbejderne kan redegøre for metoder og anvendelse i praksis.

Tilsynet bemærker, at halvdelen af medarbejderne ikke er sundhedsfagligt eller pædagogisk uddannet, og det er vurderingen, at der er et behov for at styrke fokus på fastholdelse og rekruttering af faguddannet personale.

Det er tilsynets vurdering, at den pædagogisk faglige indsats i tilbuddet ikke er systematisk og kontinuerlig, henset til kompleksiteten i målgruppen og de heraf følgende behov for specialpædagogisk viden og indsats. Således vurderes det, at tilbuddets neuropædagogiske viden ikke ses fuldt udmøntet i praksis gennem implementering af metodiske værktøjer, der kan sikre en ensartet og målrettet indsats. Herunder vurderes det, at der ikke i tilstrækkelig grad er implementeret faglig viden og metodiske værktøjer, der er målrettet den del af målgruppen, der har ASF (Autisme Spektrum Forstyrrelser)

Det vurderes, at tilbuddets skriftlige socialfaglige dokumentation er mangelfuld og ikke i tilstrækkelig grad understøtter den pædagogiske indsats, der skal ydes til borgerne. Ligeledes vurderes det, at tilbuddets faglige tilgang ikke kan aflæses i den skriftlige dokumentation. Det vurderes, at dokumentationen generelt er sparsom og kortfattet, hvilket betyder, at det ikke er muligt at aflæse sammenhængen imellem borgernes

indsatsmål, den pædagogiske indsats og borgerens udvikling. Yderligere er dokumentationen ikke anvendelig til vurdering og løbende justering af den indsats, der ydes borgerne.

Tilsynet vurderer, at der under medicinbehandlingen er mangler i forhold til dokumentation og opbevaring, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats.

Ledelsen redegør for, at der har været udarbejdet handleplan og opfølgning på anbefalinger på sidste års tilsyn, hvilket blandt andet har ændret praksis i dokumentationspraksis og kompetenceafklaring, herunder oplæring til sundhedsopgaver af sundhedsfaglige medarbejdere. Derudover redegør leder for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx den neuropædagogiske tilgang.

2.2 Tilsynets bemærkninger og anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende bemærkninger og anbefalinger i forhold til tilbuddets fremadrettede udvikling:

Bemærkninger:

Pleje, omsorg og praktisk støtte

Tilsynet bemærker vedr. pleje, omsorg og støtte, at en borger tilkendegiver at der indimellem kan være ventetid efter kald, fx i forhold til toiletbesøg.

Tilsynet bemærker, at der ikke arbejdes systematisk med sundfremmende indsatser og opfølgning, fx triagering.

Anbefalinger:

Pleje, omsorg og praktisk støtte

Tilsynet anbefaler, at ledelsen følger op hos den konkrete borger.

Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsat har fokus på, at der implementeres systematiske sundhedsfremmende indsatser.

Selvbestemmelse og indflydelse

Tilsynet bemærker, at livshistorie ikke indgår systematisk som værktøj i forhold til borgernes selvbestemmelse og indflydelse.

Selvbestemmelse og indflydelse

Tilsynet anbefaler, at ledelsen sætter fokus på en systematisk praksis for brug/dokumentation af borgernes livshistorie som en del af at understøtte borgernes selvbestemmelse og medindflydelse.

Kommunikation og adfærd

Tilsynet bemærker i forhold til kommunikation og adfærd:

- At en borger tilkendegiver, at borgerens oplevelse indimellem er at blive afvist, når borger efterspørger hjælp.
- At samme borger indimellem oplever, at der bliver talt hen over hovedet på borger, når der er to medarbejdere, der hjælper borgeren.
- At en borger tilkendegiver, at borgeren har oplevet at få voksenskældud.

Tilsynet bemærker under interview med medarbejderne, at der er en opfattelse blandt medarbejderne af, at det kan være nødvendigt, at de taler sammen i tredje person i borgeres nærvær. Ligeledes bemærker tilsynet en konkret situation, hvor en borger i dennes nærvær omtales i tredje person.

Kommunikation og adfærd

Tilsynet anbefaler, at ledelsen følger op i den konkrete sag og fortsat har fokus på pædagogiske indsatser til borger.

Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at alle medarbejdere tilgår borgerne med en professionel kommunikation og adfærd.

Dokumentation SEL

Tilsynet bemærker vedrørende dokumentationen:

- At helbredsoplysninger i tre journaler mangler opdatering.
- At basisoplysninger i en journal mangler opdatering, og i anden kan de fysiske ressourcer udfoldes yderligere.
- At der i tre journaler mangler livshistorie.

Dokumentation SEL

Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at alle journaler er fyldestgørende og opdaterede, og at borgernes livshistorie dokumenteres.

Kompetencer og udvikling

Tilsynet bemærker, at ledelse og medarbejdere udtrykker, at der er et stort medarbejderflow.

Tilsynet bemærker, at ledelsen udtrykker et ønske om, at der ansættes flere medarbejdere med pædagogisk og sundhedsfaglig uddannelse.

Kompetencer og udvikling

Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsat har fokus på fastholdelse og rekruttering og med et fokus på at ansætte medarbejdere, der styrker den sundhedsfaglige og pædagogiske tilgang.

Socialt fagligt område, SUL og medicin**Bemærkninger:****Socialfaglig dokumentation**

Tilsynet bemærker vedrørende den socialfaglige dokumentation:

- At den skriftlige dokumentation fremstår mangelfuld og usystematisk.
- At der ikke er udarbejdet delmål i forlængelse af indsatsmålene.
- At der ikke kan aflæses sammenhæng imellem indsatsen og borgerens udvikling.
- At der ikke foretages evalueringer og opfølgning inden for de fastlagte rammer.
- At borgerinddragelsen ikke er tydeligt beskrevet

Anbefalinger**Socialfaglig dokumentation**

Tilsynet anbefaler, at der fortsat er ledelsesmæssigt fokus på at sikre ensartethed og systematik i den skriftlige dokumentation med henblik på at tydeliggøre borgernes progression i direkte relation til indsatserne, der ydes.

Tilsynet anbefaler, at der udarbejdes delmål i relation til indsatsmålene for alle borgere.

Tilsynet anbefaler, at der er ledelsesmæssigt fokus på, at evaluering og opfølgning finder sted i overensstemmelse med de rammer, der er fastlagt af ledelsen.

Tilsynet anbefaler, at borgerinddragelsen fremgår tydeligt af den skriftlige dokumentation.

Målgruppe, metoder og resultater

Tilsynet bemærker, at medarbejderne fortsat ikke kan redegøre for sammenhængen mellem tilbuddets faglige tilgang og den indsats, der ydes til borgerne.

Tilsynet bemærker, at der savnes et fælles fagligt sprog samt systematik i udmøntningen af neuropædagogikken til metodiske værktøjer.

Målgruppe, metoder og resultater

Tilsynet anbefaler, at der fortsat er ledelsesmæssigt fokus på implementering af et fælles fagligt sprog og fælles metodiske værktøjer med afsæt i tilbuddets faglige tilgang.

Dokumentation SUL

Tilsynet bemærker vedrørende dokumentationen:

- At helbredstilstande i en journal mangler en enkelt opdatering.
- At der i to journaler mangler dokumentation for samtykke.
- At der generelt mangler dokumentation for vægt, og i et tilfælde mangler der dokumentation for opfølgning på vægtændring.
- At der i alle journaler mangler helbredstilstand, som relaterer sig til borgerens behov for dispensering og medicinadministration.

Dokumentation SUL

Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at alle journaler er fyldestgørende og opdaterede, og at der er dokumentation for vægt samt opfølgning på vægttab.

Medicinhåndtering

Tilsynet bemærker, at der under medicinhåndtering er enkelte mangler i forhold til:

- At der hos to borgere i et tilfælde ikke er overensstemmelse mellem handelsnavn på medicinliste og handelsnavn på medicin i borgers beholdning.
- At der ikke sker tydelig adskillelse af aktuel, ikke aktuel og pn medicin.
- At der hos to borgere mangler borgerens navn på en eller flere pakninger.
- At der i et tilfælde er doseret pn medicin, hvor der ikke er angivet holdbarhedsdato.

Tilsynet bemærker, at medarbejderne under interview udtrykker usikkerhed i forhold til kendskab til risikosituationslægemidler.

Medicinhåndtering

Tilsynet anbefaler, at leder sikrer, at medarbejderne efterlever gældende instruks og vejledning for medicinhåndtering.

Tilsynet anbefaler, at leder sikrer, at medarbejderne har kendskab til og arbejder ud fra gældende instruks for risikomedicin.

2.3 Aktuelle vilkår

Ledelsen redegør for, at den nye organisering med en direktør, to centerledere og fire faglige ledere er designet for at styrke en mere nærværende ledelse og tættere opfølgning i hverdagen samt øget fokus på kompetencer og faglighed. Der er blevet ansat en kvalitetssygeplejerske, som blandt andet skal støtte implementeringen af sundhedsmodulet, der stadig er under implementering. Desuden har en assistent som hovedopgave at undervise og sidemandsoplære personalet i dokumentation og medicin. Der er blevet udarbejdet vejledninger, og der arbejdes med faste redskaber og systematik i dokumentationen i Sensum. Der arbejdes også på at sikre udførlige beskrivelser i døgnrytmeplanen samt oprettelse af delmål for indsatser og socialpædagogiske handleplaner.

Ledelsen informerer desuden om, at aflastningspladserne blev lukket ned i juni, og der er samtidig blevet ansøgt om at åbne to nye friplejeboliger. Som opfølgning på sidste års tilsyn blev der udarbejdet en handleplan med identificerede problemområder, som der er blevet arbejdet på.

Når det kommer til UTH (uønsket hændelse) er medarbejderne blevet mere opmærksomme på at dokumentere UTH. Der arbejdes med samlerapportering og risikomanager i Holbæk Kommune, og kvalitetssygeplejersken samarbejder om indrapporteringen. Kvalitetssygeplejersken giver individuelle tilbagemeldinger, og der er opfølgning på faste møder.

Forebyggelse af magtanvendelse drøftes på personalemøder, og medarbejderne får kurser om magtanvendelse via e-læring. Ledelsen oplyser, at de foretager forhåndsgodkendelser af blød stofsele og sengehest. Der har været to episoder med magtanvendelse, hvor medarbejderne har modtaget supervision, og der er blevet udarbejdet handleplaner. Ledelsen arbejder på forebyggelse og risikovurderinger, og de forsøger som udgangspunkt at undgå magtanvendelse.

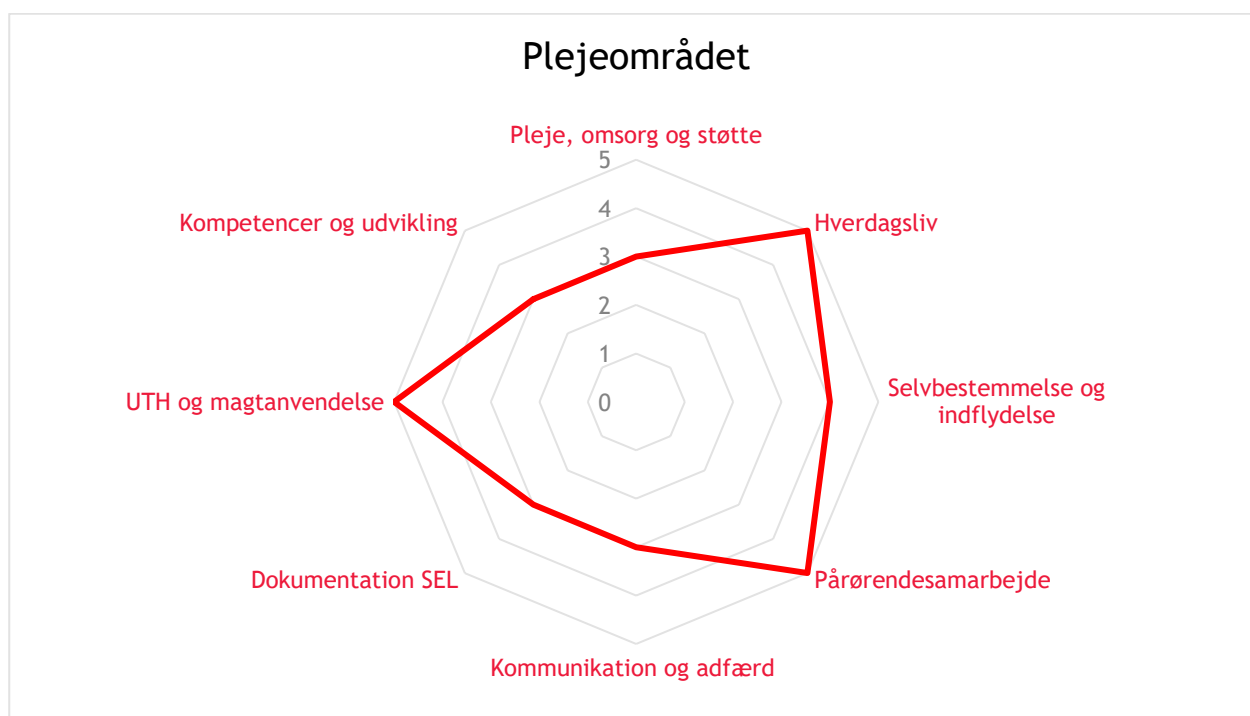
Opfølgning fra sidste tilsyn

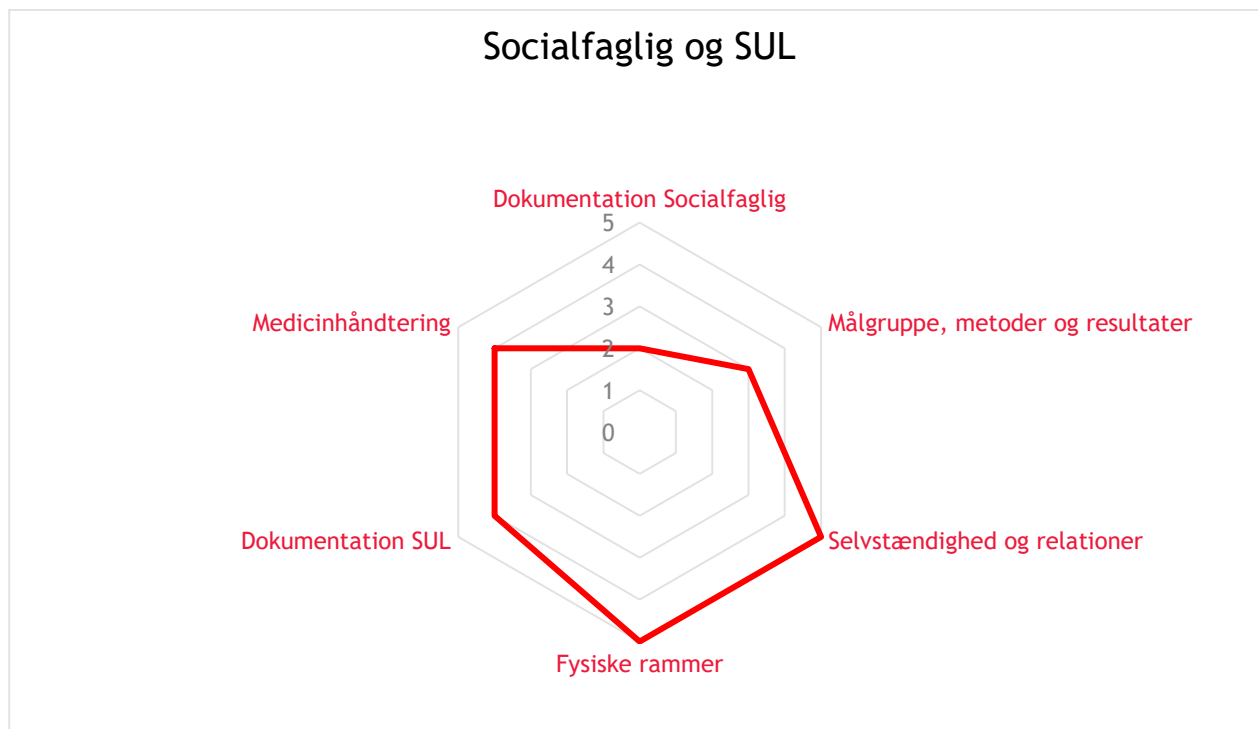
Ledelsen redegør for, at der har været udarbejdet handleplan og opfølgning på anbefalinger på sidste års tilsyn, hvilket blandt andet har ændret praksis i dokumentationspraksis og kompetenceafklaring, herunder oplæring til sundhedsopgaver af sundhedsfaglige medarbejdere. Derudover redegør leder for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx den neuropædagogiske tilgang.

2.4 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 figurer, i hvor høj grad tilbuddet opfylder indikatorerne for hvert tema.

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





2.5 Vurdering i forhold til temaer Plejeområdet

2.5.1 Pleje, omsorg og støtte

Score: 3

Vurdering:

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

Interview med borgere

Borgerne kan i varierende omfang udtrykke sig konkret om den hjælp, de modtager, så ud over borgernes tilkendegivelser beror vurderingen på observation.

Borgerne er overordnet meget tilfredse med hjælpen, og de bekræfter, at deres oplevelse er at de modtager relevante pleje- og omsorgsydelser, som svarer til deres behov. Dog er der en borger, der indimellem oplever ventetid ved kald. Borgerne bekræfter, at de er trygge ved hjælpen og ligeledes, at de har indflydelse på levering af hjælpen, fx at kunne sove længe i weekenden og på hjemmedage. En af borgerne redegør for, at borgeren har to kontaktpersoner, og at de er hos borgeren på skift, hvilket betyder meget for, at borger er tryk.

Observation

Alle borgerne fremstår veltilpasse og i godt humør under tilsynet. Borgerne er velsoignerede, og der er en hygiejnemæssig forsvarlig standard i boliger, og hjælpemidler er rengjorte.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, at den faglige leder dagligt udarbejder en plan over borgerne og opgaverne til dem. Tildelingen af borgere sker ud fra borgernes behov og kontaktpersoner. Borgernes behov for personlig pleje og praktisk hjælp beskrives i en døgnrytmeplan, som også opbevares i papirform i borgerens bolig.

Den enkelte afdeling er opdelt i mindre teams med få borgere og faste medarbejdere, der er tværfagligt sammensat. Medarbejderne fungerer som kontaktpersoner for en borger, og i tilfælde af fravær træder resten af teamet til.

Flere af borgerne skal tidligt op og være klar, da de skal videre til værkstedet. Medarbejderne spiser morgenmad sammen med borgerne.

Medarbejderne har løbende møder flere gange om dagen, hvor de følger op på planlægningen og drøfter borgerne. Ved ændringer i borgernes tilstand inddrages assistenten, og hvis nødvendigt inddrages den praktiserende læge. Der afholdes ikke faste opfølgingsmøder om borgernes sundhedsmæssige problemstillinger, men medarbejderne fortæller, at det er planen at implementere triagering. Der afholdes enhedsmøder hver 14. dag med borgerdrøftelser, hvor centerlederen deltager.

Medarbejderne arbejder rehabiliterende, og de motiverer og støtter borgerne til at gøre alt, hvad de selv kan, og til at deltage i diverse daglige gøremål. Flere af borgerne modtager fysioterapi, og flere borgere går til ridefysioterapi.

2.5.2 Hverdagsliv

Score: 5

Vurdering:

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

Aktiviteter

Interview med borgere

Borgerne er alle meget tilfredse med udbud af aktiviteter, og de deltager i det, de kan rumme, og den ene af borgerne trives bedst med at hygge sig hjemme og i det nære miljø. En borger fortæller om flere af de aktiviteter, borgeren deltager i, herunder arbejdet på gården. En anden borger er ved at blive gjort klar til at tage på musikfestival, men også i hverdagen deltager borgeren i aktiviteter, hvor det fælles for alle borgere er et hit med sang og musik.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, at det er deres ansvar at sikre, at borgerne får hjælp og støtte til at deltage i aktiviteter, og at medarbejderne deltager efter behov. Medarbejderne beskriver, at der er mange ture ud af huset, og at borgerne deltager i en række aktiviteter og f.eks. festivaler, hvor medarbejderne følger med. Borgerne har også mulighed for at benytte centrets motionsrum, og altid i samarbejde med medarbejderne.

Mad og måltid

Interview med borgere

Borgerne udtrykker stor tilfredshed med maden og måltidernes kvalitet.

Borgerne oplever, at der tages hensyn til deres individuelle ønsker og behov for ernæring. En borger bryder sig ikke om fisk, men borgeren fortæller, at borgeren tilbydes alternativ menu. En anden borger udtrykker, at borgerne selv er med til at lave maden, og at borgere og medarbejdere samarbejder om menuen.

Interview med medarbejde

Medarbejderne reflekterer over, at de har et tæt samarbejde med køkkenpersonalet angående menuen og særlige kostbehov. Flere borgere følger individuelle kostplaner, som bliver fulgt nøje. De er opmærksomme på at skabe forskel mellem hverdage og weekenden, da der ofte sker forskellige aktiviteter i weekenden.

Borgerne bliver strategisk fordelt ved forskellige borde for at minimere uro, og nogle borgere har behov for at være afskærmet fra andre i fællesskabet. Medarbejderne har

pædagogiske måltider, hvor de støtter og hjælper borgerne, og de fremmer hygge og dialog under måltiderne.

Borgerne tilbydes månedlig vejning. Hvis der opstår utilsigtede vægtændringer, foretages der en vurdering i samarbejde med en sygeplejerske, og ernæringskonsulenter og læger inddrages ved behov. Medarbejderne noterer i dokumentationen, hvis borgerne ikke ønsker at blive vejlet, eller hvis de vurderer, at det ikke længere er formålstjenligt.

Borgerne vejes fast en gang om måneden eller hyppigere ved vægttab. Medarbejderne informerer om, at der findes en ernæringsplan for alle borgerne, som er udarbejdet af en kost- og ernæringsvejleder.

2.5.3 Selvbestemmelse og indflydelse

Score: 4

Vurdering:

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

Interview med borgere

Borgerne bekræfter på hver deres måde, at de er meget tilfredse med at bo på centret, og at de selv har indflydelse på hverdagen. En af borgerne fortæller, at borgeren har fået en aftale om selv at kunne vælge de medarbejdere, der kommer hos borgeren, hvilket borgeren er særligt tilfreds med.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, hvordan de understøtter borgerne i selvbestemmelse og indflydelse, herunder deres døgnrytme. I en afdeling afholdes der beboermøder, hvor borgerne har mulighed for at fremsætte ønsker. Borgerne motiveres til at være aktive, og deres valg respekteres. Medarbejderne oplyser, at de generelt har et godt kendskab til borgerne, men der ikke arbejdes systematisk med borgernes livshistorie.

2.5.4 Pårørendesamarbejde

Score: 5

Vurdering:

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

Interview med pårørende

De pårørende beskriver samarbejdet i hverdagen som meget tilfredsstillende. Alle de pårørende oplever at blive tilstrækkeligt inddraget, og at indgåede aftaler altid overholdes. En pårørende oplyser, at der har været få aftaler, der ikke har kunnet overholdes, hvilket tilbuddet altid har oplyst dem om.

De pårørende beskriver medarbejderne som imødekommende, lydhøre og opmærksomme, både når de kommer i tilbuddet, eller når de henvender sig på mail eller telefon.

Flere pårørende beskriver, at deres pårørende har boet andre steder, hvor de ikke rigtig har kunnet falde til, hvilket er anderledes på Kildehaven, hvor de trives og endda har udviklet sig positivt.

De pårørende beskriver tilbuddet som et rart sted at komme, hvor de altid oplever at være velkomne og blive godt modtaget - selv om medarbejderne har travlt.

Interview med ledelse

Ledelsen redegør for, at der findes et aktivt pårørenderåd, og ledelsen sender løbende nyhedsbreve til de pårørende. Der er også blevet indført formøder, inden indflytning, for at afstemme forventninger, og de pårørende opfordres til at henvende sig, hvis de har noget, de undres over og ønsker at drøfte. Der afholdes et årligt handleplansmøde med borgernes hjemkommuner, hvor de nu også indleder med et formøde med de pårørende, og der er positive erfaringer med disse møder.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, at de har et kontinuerligt samarbejde med de pårørende. Medarbejderne kommunikerer med de pårørende via e-mails, og hvis der opstår et behov, inviteres de pårørende til møder. Medarbejderne inddrager også de pårørende, når der afholdes møder med eksterne samarbejdspartnere.

2.5.5 Kommunikation og adfærd

Score: 3

Vurdering:

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

Interview med borgere

Borgerne er generelt meget tilfredse med medarbejderne, og de bekræfter, at de er søde og flinke og imødekommende, dog er der en borger, der tilkendegiver indimellem at opleve at blive afvist, når borgeren efterspørger hjælp, og borgeren fortæller, at borgeren får besked på selv at finde den medarbejder, "der har borger". Derudover har samme borger indimellem oplevet at blive talt hen over hovedet på, når der er to medarbejdere, der hjælper borgeren. En anden borger tilkendegiver, at borgeren har oplevet at få voksenskældud.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, at de møder borgerne med respekt, og at de betoner vigtigheden af at lytte til borgerne. De udtrykker, at kendskabet til borgerne spiller en afgørende rolle. Et eksempel på dette er, når der udarbejdes en plan for hjælp og støtte i forhold til en borgers kommunikative og sociale adfærd. Medarbejderne har også en rolle i at hjælpe borgerne med at kommunikere indbyrdes.

Medarbejderne understreger vigtigheden af at anerkende og hjælpe borgerne i stedet for at afvise dem. Medarbejderne nævner også, at der kan være situationer, hvor to medarbejdere er involverede i plejen af borgerne, og i disse tilfælde kan det være nødvendigt for medarbejderne at tale sammen om borgeren i tredje person i borgerens nærvær.

Medarbejderne oplever, at de er opmærksomme på at tale anerkendende til hinanden, og de drøfter eventuelle episoder med uhensigtsmæssig kommunikation individuelt med deres kollegaer. Der er også opfølgning på god kommunikation under de regelmæssige møder.

Observation

Tilsynet bemærker under interview med medarbejderne, at der er en opfattelse blandt medarbejderne af, at det kan være nødvendigt, at de taler sammen i tredje person i en borgers nærvær. Derudover bemærker tilsynet en konkret situation, hvor en borger i borgerens nærvær omtales i tredje person.

2.5.6 Dokumentation SEL

Score: 3

Vurdering:

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

Gennemgang af dokumentation

Dokumentationen fremstår med en god faglig og standard, men med mangler. På alle borgerne er der basisoplysninger, som indeholder systematiske beskrivelser af borgerens kommunikation, funktionsniveau, særlige hensyn, interesser, praktiske informationer, evne til samtykke, diverse værdier og helbredsoplysninger. Dog ses der i en journal, at basisoplysninger mangler opdatering, og i anden journal, at borgerens ressourcer kun delvist er udfoldet. I tre journaler mangler helbredsoplysninger opdatering på et eller flere områder. I to journaler er borgernes livshistorie beskrevet, mens den mangler i tre journaler.

Der er udarbejdet døgnrytmeplan for alle borgerne, som er handlevejledende beskrevet. Døgnrytmeplanen opdateres dagligt i systemet, og planen viser de konkrete opgaver på den konkrete dag i ugen. Borgernes inddragelse i de praktiske opgaver samt borgernes kognitive ressourcer, og hvorledes der støttes op om disse, er beskrevet under de enkelte indsatser.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør fagligt for, hvordan de arbejder målrettet med dokumentationen for at sikre kvaliteten i den daglige praksis. Der er en tydelig ansvarsfordeling, hvor kontaktpersonen og teamet som helhed har ansvaret for udarbejdelsen af døgnrytmeplanen og delmålene. Kontaktpersonen har også ansvaret for løbende opdatering af døgnrytmeplanen, herunder i borgerens bolig.

Medarbejderne er bekendt med og følger GDPR-reglerne, og de giver konkrete eksempler på, hvordan de overholder disse regler, fx ved at gennemføre e-læringskurser for alle medarbejdere.

2.5.7 UTH og magtanvendelse

Score: 5

Vurdering:

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

Interview med medarbejdere

UTH

Medarbejderne redegør kompetent for arbejdsgangene vedrørende indrapportering af UTH (utilsigtede hændelser). Nogle UTH drøftes med det samme på dagen, mens andre følges op på møder for at sikre læring i hverdagen.

Magtanvendelse

Medarbejderne redegør for, at de arbejder forebyggende med magtanvendelse, og de har implementeret faste arbejdsgange for systematisk opfølgning og læring. De anvender pædagogiske tiltag, og de har fokus på at være proaktive, fx ved at være opmærksomme på at give borgerne pauser, når borgerne har behov for det. Særlige hensyn beskrives enten i borgerens døgnrytmeplan eller i delmålene. Risikovurderinger er endnu ikke implementeret, men der anvendes et adfærdsskema til vurdering af borgernes adfærd.

Medarbejderne fortæller, at de altid indhenter informeret samtykke ved brug af bløde seler og sengeheste. De nævner også, at hvis en borger ønsker at gå, tilbageholdes de

ikke, men medarbejderne følger med. Skemaer udfyldes, når der anvendes magtanvendelse.

2.5.8 Kompetencer og udvikling

Score: 3

Vurdering:

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

Interview med leder

Ledelsen redegør for, at medarbejdersammensætningen er bred og inkluderer pædagoger, pædagogiske assistenter, sundhedsfaglige medarbejdere samt medarbejdere med andre relevante faglige baggrunde. Der er ansat to sygeplejersker, som er ansat i andre stillinger, - men som træder til ved behov for sygeplejefaglige vurderinger. Derudover er der eksterne sygeplejerske som bruges til den sundhedsfaglig kompetenceudvikling af personalet både teoretisk og i praksis. Der er fokus på at ansætte medarbejdere med relevante faglige uddannelser, men centret oplever vanskeligheder med at rekruttere, og for øjeblikket har blot cirka halvdelen af medarbejderne en relevant faglig baggrund. Ledelsen oplyser desuden, at de er godkendt som praktiksted, og at de har elever inden for social- og sundhedshjælper/-assistent-uddannelsen. De faglige kompetencer er fordelt i de enkelte afdelinger, og der arbejdes ud fra kompetenceprofiler og oplæring af assistenter og sygeplejerske til specifikke opgaver.

Alle nye medarbejdere gennemgår en kompetenceafklaring, og de modtager grundig oplæring fra de forskellige faggrupper. Alle tilbydes AMU-kurser med undervisning i relevante områder, som fx hygiejne. Medarbejderne har deltaget i AMU-kurser, og der har været undervisning og sidemandsoplæring i medicinhåndtering. Alle medarbejderne deltager i neuropædagogiske kurser, og der arbejdes med tilgangen til borgerne samt planer om at strømline de pædagogiske tilgange og metoder i fremtiden.

Interview med medarbejder

Medarbejderne redegør for muligheden for faglig sparring og løbende kompetenceudvikling. De har mulighed for at udveksle viden og erfaringer på de regelmæssige enhedsmøder, og assistenterne har faste møder. Der er kontinuerlig undervisning og sparring inden for faglige emner, og alle medarbejdere gennemgår medicin- og hygiejnekurser. Der er også mulighed for at deltage i kurser, som fx medicinkurser og efteruddannelseskurser.

Der arbejdes med kompetenceprofiler, og medarbejderne bliver instrueret og oplært til individuelle opgaver med hjælp og vejledning fra assistenterne.

2.6 Vurdering af temaer socialfagligt tilsyn

Tilsynet på Bostedet Kildehaven til voksne med handicap suppleres med et socialfagligt fokus med afsæt i følgende temaer: Målgruppe, metoder og resultater, selvstændighed og relationer, fysiske rammer samt gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation og medicinhåndtering.

2.6.1 Socialfaglig dokumentation

Score: 2

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at centret i lav grad lever op til indikatorerne

Interview med ledelsen

Ledelsen redegør for, at der er igangsat et udviklingsarbejde med fokus på at målrette og systematisere tilbuddets skriftlige dokumentation. Der er således ansat en kvalitets- og udviklingskonsulent, der skal forestå den overordnede implementering samt sikre ensartethed og systematik, herunder undervisning af medarbejderne. Dette understøttes yderligere af de faglige ledere, der skal forestå den daglige opfølgning og kvalitets-sikring af den skriftlige dokumentation. Ledelsen understreger, at dette fortsat er i proces, hvilket betyder, at den skriftlige dokumentation fortsat mangler systematik og ensartethed på flere områder.

Gennemgang af socialfaglig dokumentation

Tilsynet gennemgår den socialfaglige dokumentation sammen med den faglige leder, der oplyser, at intentionen er, at der, med afsæt i indsatsmålene fra visiterende myndighed, skal udarbejdes delmål for alle borgere. Disse skal beskrives med metodevalg samt succeskriterier og konkrete handlinger for både borger og medarbejder. Yderligere skal beskrivelsen af indsatsen relateres til tilbuddets neuropædagogiske tilgang. Derudover skal der foretages løbende opfølgning og evaluering af både indsatsmål og delmål.

Tilsynet gennemgår fem stikprøver, der alle afspejler den beskrivelse, som ledelsen har givet af de aktuelle forhold. Således foreligger der et eller flere indsatsmål for alle borgere, hvoraf flere indsatsmål er flere år gamle, og flere indsatsmål er udløbet, uden at der er foretaget opfølgning eller evaluering på indsatsmålene. Der er oprettet delmål i én stikprøve, hvor også beskrivelse, succeskriterier og konkrete handlinger er udfyldt. I en anden stikprøve er der oprettet et delmål, men ingen af de øvrige felter er udfyldt.

Der er generelt ikke foretaget hverken evaluering eller opfølgning i nogen af stikprøverne. Dog ses der en evaluering i en stikprøve, men denne er ikke relateret til hverken delmålet eller de opstillede succeskriterier, hvilket betyder, at der ikke kan aflæses en sammenhæng imellem indsatsen og borgerens udvikling.

2.6.2 Målgruppe, metoder og resultater

Score: 3

Vurdering:

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

Tilbuddets målgruppe er borgere med kognitive og/eller fysiske funktionsnedsættelser, fx udviklingshæmning eller erhvervet hjerneskade. Derudover rummer målgruppen borgere med gennemgribende udviklingsforstyrrelser, fx ASF. Borgerne har derudover forskellige udfordringer i relation til kommunikation.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne beskriver målgruppen, som meget bred, men fælles for målgruppen er et længerevarende behov for omfattende pædagogisk støtte, pleje og sundhedsfaglige ydelser.

Medarbejderne oplyser, at de anvender den neuropædagogiske forståelsesramme som afsæt til den indsats, der ydes til borgerne. De beskriver kendskabet til borgerne og relationsdannelse, som vigtige elementer i det daglige arbejde, der yderligere understøttes gennem anvendelse af forskellige former for understøttende kommunikation, som fx strukturtavler og pegeplader. Både ledelse og medarbejdere oplyser, at der er udført neuropsykologiske udredninger for næsten alle borgerne, hvilket ikke i alle tilfælde er indarbejdet i den indsats, der ydes til borgerne. Det er ikke umiddelbart muligt for medarbejderne at beskrive, hvordan den neuropædagogiske tilgang metodisk udmøntes i praksis, hvilket efterlader indtryk af, at metodevalget er personafhængigt i højere grad end en fælles målrettet indsats. Medarbejderne beskriver, at de tilpasser

tilgangen til den enkelte borger efter borgerens dagsform, og de forsøger at inddrage borgeren løbende. Medarbejderne oplyser, at de alle har et tre dages kursus i neuro-pædagogik, hvilket giver dem en fælles forståelse af målgruppens behov. Medarbejderne oplyser yderligere, at de oplever ikke at have tilstrækkelig viden og metodiske værktøjer til den del af målgruppen, der omfatter borgere med ASF.

Interview med ledelsen

Ledelsen oplyser, at der er iværksat tiltag, der skal målrette og højne kvaliteten af den faglige indsats, der ydes i tilbuddet. Der er således ansat to faglige ledere, en pædagogisk og en sundhedsfaglig, der skal understøtte implementering af tilbuddets faglige tilgange og metoder samt et fælles fagligt sprog, gennem deltagelse i den daglige praksis i enhederne. Derudover oplyser ledelsen, at der er ansat en kvalitetskonsulent, der skal sikre sammenhæng og fremdrift i udmøntningen af den handleplan, der er udarbejdet med henblik på at højne kvaliteten generelt i tilbuddet.

2.6.3 Selvstændighed og relationer

Score: 5

Vurdering:

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

Interview med borgere

Borgerne udtrykker, at de oplever, at der er et godt fællesskab i tilbuddet, hvor de samles omkring alle måltiderne og i forbindelse med de mange aktiviteter, der udbydes

Interview med medarbejdere

Tilbuddet har relevant fokus på at udvikle borgernes selvstændighed, hvilket medarbejderne oplyser gøres gennem opmærksomhed på, hvad borgerne selvstændigt mestrer, hvad de er tæt på at mestre, og hvad de fortsat skal guides og støttes i. Medarbejderne uddyber, at de arbejder med afsæt i, hvad der motiverer borgerne i relation til udvikling af selvstændighed, hvilket understøtter borgernes interesse og energi for at prøve at arbejde med nye mål. Medarbejderne understreger, at der for flere borgere kan være tale om at vedligeholde de færdigheder, som de allerede har, i højere grad end at udvikle nye. Medarbejderne oplyser yderligere, at der generelt er fokus på, at borgerne skal inddrages i og bidrage til løsning af praktiske opgaver i tilbuddet, både i deres private bolig og i fællesskabet, hvilket er afstemt efter borgernes kompetencer og interesser.

Medarbejderne redegør for, at de arbejder med borgernes selvstændighed og selvbestemmelsesret ved at guide borgerne gennem synliggørelse af konsekvenser ved forskellige valg, fx brugte en medarbejder de økonomiske konsekvenser ved at købe meget slik og sodavand som motivation til at begrænse borgerens forbrug, hvilket afstedkom, at borgeren satte sit forbrug ned, og borgeren derved fik råd til at komme med på en ønsket ferie.

Borgernes sociale kompetencer understøttes gennem tilbuddets grundstruktur, hvor fællesskab er en væsentlig værdi. Medarbejderne oplyser, at borgerne støttes i at deltage i fællesskabet i det omfang, de ønsker det og har behov for det. Medarbejderne uddyber, at flere borgere har behov for støtte til at facilitere fællesskab og relationer, idet de kan være udfordrede på deres kommunikation eller kontaktform, hvilket betyder, at borgerne kan have svært ved at aflæse og forstå hinanden. Ligeledes har borgerne svært ved at tage initiativer selv, hvilket betyder, at medarbejderne oftest er de igangsættende, når der skal være aktiviteter eller samvær. Medarbejderne understreger, at samværet mellem borgerne generelt fungerer bedst, når de kan være sammen om en konkret aktivitet eller opgave - det fælles tredje. Medarbejderne forsøger at tilpasse deres tilstedeværelse, så borgerne får mulighed for at udvikle deres sociale

kompetencer, hvilket gøres ved, at medarbejderne trækker sig, når en aktivitet er sat i gang, og det vurderes, at borgerne godt selv kan gennemføre den.

Medarbejderne oplyser, at borgerne har mulighed for at indgå i aktiviteter i det omgivende samfund i det omfang, de ønsker det. Således vægtes det, at borgerne har mulighed for at deltage i fx musikfestivaler, ridning, ferieture mm. Derudover oplyser medarbejderne, at de fleste borgere har pårørende eller andet netværk, som de besøger, og som besøger dem i tilbuddet.

2.6.4 Fysiske rammer

Score: 5

Vurdering:

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

Interview med ledelsen

Ledelsen oplyser, at tilbuddet er indrettet med fokus på, at det er borgernes hjem, hvilket også er vægtet på tilbuddets fællesarealer, der afspejler mangfoldigheden i målgruppen.

Interview med borgere

De borgere, tilsynet taler med, er både glade for deres private bolig og for fællesfaciliteterne i tilbuddet.

Observation

Tilbuddet er opdelt i mindre bo-enheder, hvor borgerne har deres egen lejlighed, der er individuelt indrettet, og som afspejler borgernes ønsker og interesser. Både de private boliger og fællesarealerne er velegnede til borgere med fysiske funktionsnedsættelser og til borgere, der har behov for god plads og for at kunne trække sig fra fællesskabet.

Tilbuddets fællesarealer fremtræder rummelige og velegnede til at understøtte tilbuddets formål ved at danne en god ramme om borgernes dagligdag. Tilbuddet råder over træningsfaciliteter, spabad og flere udeområder til samvær og aktiviteter.

2.6.5 Dokumentation SUL

Score: 4

Vurdering:

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

Gennemgang af dokumentation

Dokumentationen fremstår med en faglig og professionel standard og med få mangler.

Den sundhedsfaglige dokumentation er aktuel og generelt opdateret. Der er overensstemmelse mellem oplysninger i FMK og helbredstilstande. Der er taget stilling til alle sygeplejefaglige områder. Der er udarbejdet helbredstilstande på alle borgerne, og der er beskrevet indsatser, indsatsmål og handlevejledende beskrivelser i helbredstilstande eller delmål. I en journal ses der manglende opdatering af en enkel helbredstilstand. I alle journaler ses der dokumentation fra behandlingsansvarlig læge og for samtykke, fraset i to journaler, hvor der mangler dokumentation for samtykke. Der ses løbende opfølgning og evaluering. Hos relevante borgerne ses der dokumentation for stillingtagen til HLR.

I alle journaler mangler der helbredstilstand, som relaterer sig til borgerens behov for dispensering og medicinadministration. I alle journaler ses der delmål i forhold til medicindispensering, og medicinadministration er beskrevet i døgnrytmeplanen.

Der ses manglende systematisk dokumentation for borgernes vægt på alle borgere, og i et tilfælde ses manglende dokumentation for opfølgning på vægttab.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, hvordan de sikrer en opdateret og fyldestgørende sundhedsfaglig dokumentation. Sygeplejersker og assistenter opretter helbredstilstande og delmål, og alle medarbejdere er ansvarlige for at dokumentere opfølgning og at sikre den løbende opdatering.

2.6.6 Medicinhåndtering

Score: 4

Vurdering:

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

Tilsynet har gennemgået fem borgers medicin.

Medicingennemgang

I gennemgangen foretages en kontrol efter gældende kvalitetsstandarder svarende til Styrelsens for patientsikkerheds retningslinjer.

Dokumentation

- Hos alle borgere tilgås medicinlisten elektronisk, og den er opdateret. Derudover hænger der i alle boliger en opdateret medicinliste, der udskiftes ved hver dispensering.
- Hos to borgere ses et tilfælde, hvor der ikke er overensstemmelse mellem handelsnavn på medicinlisten og handelsnavn på præparat i beholdningen.

Opbevaring

- Medicinen opbevares i borgernes boliger i aflåst skab.
- Hos alle borgere er der ikke tydelig adskillelse af aktuel, ikke aktuel og pn medicin.
- Hos alle borgere er uge-dagsæsker korrekt mærket med navn og CPR-nummer.
- Der ses angivet anbrudsdato på medicinske salver, dråber m.v. med begrænset holdbarhed efter åbning.
- Holdbarhedsdatoen ses ikke overskredet på medicinske salver, dråber mv.

Dispensering af medicin

- Medicinen er korrekt dispenseret hos alle borgere.

Administration af medicin og ikke dispensérbare præparater

- Medicinen er er uddelt til tiden.
- Der er kvitteret korrekt for administration i omsorgssystemet på tilsynstidspunktet.

PN-medicin

- Der ses medicinskema på ordineret pn medicin.
- Hos to borgere mangler der navn på pakning.
- I et tilfælde ses ophældt pn medicin, som er mærket med præparatets navn, styrke og dosis.

- I et tilfælde er ophældt pn medicin ikke mærket med dato for ophældning og udløbsdato.

Interview med leder

Ledelsen redegør for, at der er udarbejdet instrukser og retningslinjer for medicinbåndtering, som findes i kvalitetshåndbogen. Medarbejderne deltager også i AMU-kurser (Arbejdsmarkedsuddannelser) om lægemidler.

Interview med borgere

Borgerne føler sig trygge ved hjælpen til deres medicin, og alle borgerne oplever at få deres medicin til tiden.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, at de er bekendt med den gældende medicininstruks, og de kan beskrive korrekt opbevaring, samt hvordan de sikrer overholdelse af de gældende retningslinjer, fx at borgerne får deres medicin på faste tidspunkter.

Medarbejderne forklarer, at borgernes medicin opbevares sikkert i aflåste skabe i deres boliger, og der er tydelige markeringer på de enkelte hylder.

Medarbejderne har adgang til medicinlisten i skabet i borgerens bolig, og de beskriver, hvordan de ved udlevering af medicin tjekker antallet af tabletter i dagsæskan og ser til, at borgeren tager deres medicin. Medarbejderne dokumenterer også tidspunktet for udlevering. Medarbejderne giver udtryk for en generel usikkerhed omkring risikosituationslægemidler

2.7 Vurderingsskema

I tilsynene i Holbæk Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt • 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	Indikatorerne er i høj grad opfyldt • 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.

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 3	Indikatorerne er i middel grad opfyldt • 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	Indikatorerne er i lav grad opfyldt • 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. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
Score: 1	Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt • 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. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

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.

