

Tilsynsrapport  
**Ringsted Kommune**

**Omsorg og Sundhed**

**Sundhed og træning**

Uanmeldt tilsyn  
September 2018

# INDHOLD

<b>1.0</b>	<b>Vurdering</b>	<b>3</b>
1.1	Tilsynets samlede vurdering	3
1.2	Tilsynets anbefalinger	3
<b>2.0</b>	<b>Oplysninger om træningsenheden</b>	<b>4</b>
<b>3.0</b>	<b>Datagrundlag</b>	<b>5</b>
3.1	Generel information og opfølgning på sidste tilsyn	5
3.2	Sundhedsfaglig dokumentation	6
3.3	Træningsydelser	6
3.4	Fysiske rammer og træningsfaciliteter	7
3.5	Organisatoriske rammer	8
3.6	Tværfagligt samarbejde	9
3.7	Medarbejderkompetencer og -udvikling	9
<b>4.0</b>	<b>Tilsynets formål, metode og tilgang</b>	<b>10</b>
4.1	Formål	10
4.2	Metode og tilgang	10
4.3	Vurderingsskala	11
4.4	Tilsynets tilrettelæggelse	11
<b>5.0</b>	<b>Præsentation af BDO</b>	<b>12</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.



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

# VURDERING

## 1.1 TILSYNETS SAMLEDE VURDERING

Det overordnede indtryk af Sundhed og Træning er, at der er tale om et tilbud med:

Meget tilfredsstillende forhold.

Tilsynet vurderer, at Sundhed og Træning har arbejdet målrettet med anbefalingerne fra 2017 og har løbende fokus på at udvikle og optimere daglige arbejds gange og afstemme kompetencebehov.

Sundhed og Træning overholder kvalitetsmålene for både Sundhedsloven og Serviceloven og efterlever kommunens retningslinjer på området. Ligeledes er alle indkomne henvisninger på begge områder behandlet og taget hånd om, og tilsynet bemærker, at ventetiden er henholdsvis 4,3 dage på sundhedslovsydelser og 6,25 dage ift. servicelovsydelser.

Tilsynet vurderer, at dokumentationen generelt understøtter de faglige indsatser i hverdagen, men har sporadiske mangler, som vil kunne afhjælpes med en mindre indsats.

Tilsynet vurderer, at Sundhed og Træning indfrier kommunens kvalitetsstandard på området. Det bemærkes, at der er en del aflysninger på tilsynsdagen, men at der arbejdes på en elektronisk løsning.

Borgerne oplever sig inddraget og er meget tilfredse med træningen/indsatsen og modtager individuel rådgivning og vejledning i forhold til at supplere deres træning med hjemmetræning.

Tilsynet vurderer, at rammerne i høj grad understøtter målgruppen. Sundhed og Træning er indrettet på en sådan måde, at de imødekommer borgernes individuelle behov og formålet med indsatsen, ligesom der er gode muligheder for at tilbyde træning både indendørs og udendørs.

Tilsynet vurderer, at tilbuddet er organiseret med velfungerende, strukturelle arbejds gange og med fast mødeaktivitet, som understøtter den daglige træningsindsats, og der sikres løbende udviklingstiltag.

Det tværfaglige samarbejde fungerer tilfredsstillende, og det er tilsynets vurdering, at samarbejdet kan blive yderligere styrket i takt med, at den rehabiliterende organisation implementeres

Tilsynet vurderer, at der er strategisk fokus på at sikre de rette faglige medarbejderkompetencer i træningsteamet og gode muligheder for kompetenceudvikling. Tilsynet bemærker, at ledelsen i forhold til konkret forløbsprogram vurderer, at der er et behov for at få præciseret forventninger til niveau for opgaveløsning samt muligheder for tværfaglig sparring internt i Sundhed & Træning.

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

### Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at der fortsat holdes fokus på at sikre, at dokumentationen fremstår fyldestgørende og indeholder beskrivelse af plan og mål for borgerens træningsforløb.
2. Tilsynet understøtter, at ledelsen i forhold til konkret forløbsprogram får præciseret forventninger til niveau for opgaveløsning samt muligheder for tværfaglig sparring internt i Sundhed & Træning.

# OPLYSNINGER OM TRÆNINGSENHEDEN

<b>Adresse</b>
Eksercerpladsen 1, 4100 Ringsted
<b>Leder</b>
Pia Kragh
<b>Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg</b>
Tirsdag den 11. september 2018, kl. 8.30
<b>Tilsynets deltagerkreds</b>
<p>Tilsynet blev tilrettelagt i samarbejde med leder.</p> <p>Tilsynet interviewede fire medarbejdere (to fysioterapeuter, en ergoterapeut og en social og sundhedsassistent) og fire borgere.</p> <p>Tilsynet havde endvidere dialog med medarbejdere undervejs gennem tilsynet.</p> <p>Tilsynet har gennemgået dokumentation på fire borgere, som modtager træning efter Sundhedsloven og fem borgere, som modtager træning efter Serviceloven.</p> <p>Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer til lederen.</p>
<b>Tilsynsførende</b>
Margit Kure, Seniormanager, sygeplejerske og MHM Else Marie Seehusen, Manager, sygeplejerske SD/DSH

# DATAGRUNDLAG

## 3.1 GENEREL INFORMATION OG OPFØLGNING PÅ SIDSTE TILSYN

<b>Data</b>	<p>Leder oplever, at træningsenheden kontinuerligt arbejder på at løfte kvaliteten og sikrer optimal ressourceudnyttelse. Der har været foretaget en analyse af afbud og udeblivelser. Med forbehold for en vis usikkerhed i registreringen viser den en tendens til, at det overvejende er de unge, som udebliver, og der arbejdes på at implementere en elektronisk løsning for at øge borgerens fremmødeprocent.</p> <p>Den nye lov om syv kalenderdage til at igangsætte genoptræning på sundhedsområdet bliver overholdt. (GOP)</p> <p>Der er indført central koordinering og planlægning, og der har været arbejdet fokuseret og målrettet med nedsættelse af ventetid på genoptræning. Der er kommet flere borgere på hold, og holdtilbud er et dynamisk tilbud, som varierer efter målgruppens træningsbehov, fysiske og mentale funktionsniveau samt borgergrundlag. Det kræver både en struktureret og stringent planlægning i hverdagen at sikre, at ressourcer matcher holdstørrelser og behov og samtidig indpasse den individuelle træning.</p> <p>Træningsenheden udfordres af borgere, som udskrives med højere grad af kompleksitet end tidligere. Den ændrede lovgivning har medført en opnormering, og man er i øjeblikket ved at ansætte nye medarbejdere.</p> <p>Udviklingsterapeuten har haft fokus på dokumentationen, og der er i den forbindelse blevet udarbejdet standardtekster, således at der er mere ensartethed i tilbuddet, og dokumentationsprocessen forenkles. Start og slutnotater er kvalificeret, og der foretages løbende audit.</p> <p>Træningsenheden skal overgå til FSIII, men udfordres på, at systemet aktuelt kun favner servicelovsydelser på træningsområdet og ikke sundhedslovsydelser.</p> <p>Træningscentret er en del af Den rehabiliterende organisation på lige fod med øvrige institutioner og er med til at udarbejde fælles rehabiliteringsplan og fælles mål for borgerne. De trænende terapeuter samarbejder med sygeplejersker og terapeuter fra myndighedsenheden (DTR enheden), deltager i ugentlige møder samt i læringsværksteder. Leder vurderer, at der er et yderligere potentiale, som ikke i tilstrækkelig grad udnyttes over døgnet. Det vil kræve flere terapeuter samt et øget kompetenceniveau hos medarbejdere at sikre fuld understøttelse af borgernes ressourcer og træningspotentiale.</p> <p>I forhold til samarbejdet med myndigheden har træningsenheden som noget nyt fået rammevisiteret ydelser, som giver træningsenheden mulighed for en øget fleksibilitet i borgernes træningsforløb. Den nye rammebevilling er under implementering.</p> <p>Grundet opdateringer i EOJ er deres ledelsesinformation pt. ikke optimalt fungerende, og de kan derfor ikke generere data automatisk, som derfor samles manuelt.</p> <p>Der ses generelt en tendens til, at antallet af GOP og aktive træningsforløb er stagneret. Enheden har netværkssamarbejde med Sorø Kommune samt de omkringliggende kommuner. Der meldes emner ind, og mødeafvikling går på skift fra de deltagende kommuner. Der har eksempelvis været drøftet emner som hjerneskade, dysfagi og skulderproblematikker.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	<p>Tilsynet vurderer, at træningsenheden har arbejdet målrettet med anbefalingerne fra 2017 og har løbende fokus på at udvikle og optimere daglige arbejdsgange og afstemme kompetencebehov.</p>

## 3.2 SUNDHEDSFAGLIG DOKUMENTATION

<b>Data</b>	<p><b>Genoptræning efter Sundhedslovens § 140</b></p> <p>Tilsynet har gennemgået fire journaler på dette område.</p> <p>I forhold til opstart af træningsforløb kan det konstateres, at kvalitetsmålet om, at træningen starter inden for syv dage efter modtagelse af genoptræningsplanen(GOP), er opfyldt i alle fire sager.</p> <p>Der foreligger startsamtale på alle borgere, som er udarbejdet efter en fast skabelon og med generel fyldestgørende udfyldelse af alle felter, som eksempelvis test, konklusion, plan og træningsmål. Hos en borger mangler der at blive udarbejdet træningsmål. En sag er fejlagtigt ikke bliver lukket efter afsluttet træningsforløb. Tilsynet bliver oplyst, at der er løbende audit med det formål at sikre opfølgning og afslutning af sager. Der foreligger løbende opfølgingsnotater på alle borgere.</p> <p>Tilsynet har i forlængelse heraf undersøgt alle indkomne henvisninger på det pågældende område og finder, at alle henvisninger er behandlet og taget hånd om.</p> <p><b>Genoptræning efter Servicelovens § 86,1 og 2</b></p> <p>Tilsynet har gennemgået fem journaler på dette område.</p> <p>Tilsynet konstaterer, at kommunens kvalitetsmål for opstart af træning med indledende samtale inden for 10 hverdage efter modtagelse af borgerens ansøgning er overholdt i alle fem undersøgte journaler.</p> <p>Tilsynet har i forlængelse heraf undersøgt alle indkomne henvisninger på det pågældende område og finder, at alle henvisninger er behandlet og taget hånd om.</p> <p>Der foreligger startsamtale på alle borgere, som er udarbejdet efter en fast skabelon og med generel fyldestgørende udfyldelse af alle felter, som fx test, konklusion, plan og træningsmål. Hos en borger mangler der at blive udarbejdet test samt en mere specifik beskrivelse af plan og mål for træningen.</p> <p>Der arbejdes med standardskabeloner til startsamtale på alle træningsborgere, og der foretages løbende opfølgning på træningsforløb, som dokumenteres.</p> <p>Medarbejderne dokumenterer løbende i borgerens journal ift. de individuelle træningsforløb. I forhold til holdtræning dokumenteres der på manuelle skemaer, som knyttes op på den enkelte borger for på denne måde at leve op til dokumentationspligten iht. sundhedsloven. Afvisninger dokumenteres altid på den enkelte borger.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	<p>Tilsynet vurderer, at træningsenheden efterlever kommunens retningslinjer på området, da kvalitetsmålene for både Sundhedsloven og Serviceloven er overholdt. Ligeledes er alle indkomne henvisninger på begge områder behandlet.</p> <p>Tilsynet vurderer, at dokumentationen generelt understøtter de faglige indsatser i hverdagen, men har samtidig sporadiske mangler, som vil kunne afhjælpes med en mindre indsats.</p>

## 3.3 TRÆNINGSYDELSER

<b>Data</b>	<p>Alle borgere tilbydes startsamtale, og der arbejdes med træningsforløb efter fastlagte standarder, herunder også regionale forløbsprogrammer. Borgeren medinddrages i at sætte mål for forløbet. Disse omsættes efterfølgende til faglige mål med fast systematik og struktur for træningsforløb.</p> <p>Koordinator sørger for den overordnede fordeling ift. specialer, og terapeuten vurderer borger med henblik på behovet for individuel- eller holdtræning.</p>
-------------	--

	<p>Alle terapeuter kan tilgå en samlet holdoversigt, som angiver ansvarlig terapeut, samt hvilke borgere og antal der er på det pågældende hold. Oversigten opdateres løbende.</p> <p><u>Tilsynet observerer individuel træning på maskiner og holdtræning.</u></p> <p>Tilsynet bliver oplyst, at et træningsforløb ofte starter med, at borgeren selvtræner efter et individuelt træningsprogram på centrets træningsmaskiner.</p> <p>Der observeres flere borgere, som selv sidder og træner, mens andre borgere får individuel støtte og vejledning af terapeut. Der er synlige medarbejdere til stede, som løbende kan støtte og vejlede borger efter behov. Tilsynet bliver oplyst, at et af holdene kun har et fremmøde på 5 borgere af de tilmeldte 12 borgere, men at de udnytter deres medarbejderressourcer til at udføre andre faglige opgaver.</p> <p>I et andet lokale er der et hold i gang med at træne på ca. 10 borgere. Der deltager terapeuter og studerende, som aktivt er med, således at borgerne kan spejle sig samt modtage støtte og vejledning undervejs i træningsprogrammet.</p> <p>Tilsynet observerer, at terapeuterne færdes fleksibelt i de forskellige træningslokaler for at sikre en dynamisk anvendelse af de tilstedeværende ressourcer.</p> <p>Tilsynet har talt med fire borgere, hvoraf tre borgere er visiteret efter Sundhedsloven og den sidste borger efter Serviceloven. To af borgerne er visiteret til individuelle forløb, mens de øvrige to borgere er visiteret til holdtræning.</p> <p>Borgerne oplever sig medinddraget, og deres træningsforløb er tilrettelagt efter deres ønsker og behov. To af borgerne husker, at de har deltaget i startsamtale og har kendskab til træningsmål og træningsplan, mens to andre borgere har svært ved at huske, om de har deltaget i en startsamtale med drøftelse af deres træningsmål. Alle borgere giver dog udtryk for, at de er meget tilfredse med omfanget af træningsydelse, og alle har oplevet en mærkbar effekt og forbedring af funktionsniveau.</p> <p>Alle borgere har modtaget individuel rådgivning og vejledning i forhold til at kunne overføre træningsresultatet til de hjemlige omgivelser, som eksempelvis stavgang, gåture, daglige opgaver i hjemmet og selvtræning. Borgerne præciserer dog ikke nærmere, hvor ofte de selvtræner hjemme.</p> <p>Ingen af borgerne har oplevet aflysninger, og kun en af borgerne har selv aflyst træning en enkel gang på grund af sygdom.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	<p>Tilsynet vurderer, at Sundhed og Træning indfrier kommunens kvalitetsstandard på området.</p> <p>Der bemærkes dog, at der på tilsynsdagen er en del aflysninger på et af holdene, men at der arbejdes på en elektronisk løsning.</p> <p>Tilsynet vurderer, at borgerne modtager individuel rådgivning og vejledning i forhold til at supplere deres træning med hjemmetræning. Borgerne oplever sig inddraget og er meget tilfredse med træningen/indsatsen.</p>

### 3.4 FYSISKE RAMMER OG TRÆNINGSFACILITETER

<b>Data</b>	<p>Tilbuddet består af flere sammenhængende træningssale og enkelte små træningsrum. Lokalerne fremtræder lyse og venlige og med frisk luft og fremstår rene og ryddelige. Rummene har hver deres funktion, fx et stillerum til borgere med kognitive problemstillinger, behandlingsrum og redskaber er placeret målrettet og efter en faglig overvejelse.</p> <p>Fællesarealerne er indrettet med stole, borde og sofaer. Der ses vandvogne opstillet med afkølet vand, således at borgerne kan forsyne sig løbende.</p> <p>Tilsynet bemærker, at der er en harmonisk og rolig atmosfære trods det, at der er mange borgere i gang med træning, og medarbejdere bevæger sig rundt imellem de forskellige træningslokaler.</p>
-------------	--

	<p>Lokalerne er handicapvenlige og tilgængelige, og der forefindes træningsredskaber udendørs.</p> <p>Borgerne er meget tilfredse med de fysiske faciliteter både inde og ude.</p> <p>To af borgerne kommer til træning med flextrafik og er tilfredse med deres kørselsordning. De to andre borgere sørger selv for transport.</p> <p>Medarbejderne oplever, at de har gode faciliteter både i forhold til lokaler, maskiner og træningsredskaber. Der er tre gode sale til holdtræning, hvor den ene sal er særlig skærmet til borgere med kognitive problemstillinger. Derudover har de værksteder, udendørs arealer, sansehaver og mange kreative muligheder og helt generelt gode muligheder for at få de rette træningsredskaber. Medarbejderne oplever, at der er en god energi i huset og fremhæver særligt samspillet med Café Ingeborg.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	<p>Tilsynet vurderer, at rammerne i høj grad understøtter målgruppen og er indrettede på en sådan måde, at de imødekommer borgernes individuelle behov og formålet med indsatsen. Der er gode muligheder for at tilbyde træning både indendørs og udendørs.</p>

### 3.5 ORGANISATORISKE RAMMER

<b>Data</b>	<p>Træningsteam er organiseret i to faglige teams, medicinske, herunder borgere med neurologiske problemstillinger, og et team med ortopædkirurgiske problemstillinger. Der er ansat souschef, som også er teamleder. Teamleder er driftsansvarlig og har det faglig og personalemæssige ansvar, herunder MUS, hvor funktionsleder er økonomisk ansvarlig. Medarbejdergruppen består af enkelte social- og sundhedsassistenter (træningsassistent) samt ergo - og fysioterapeuter.</p> <p>Som noget nyt arbejdes der med en central koordinering og planlægning af opgaverne. Medarbejder fortæller, at når henvisningen modtages i træningsenheden, bliver alle borgere, som henvises med en GOP, kontaktede samme dag, de modtager genoptræningsplan. Ved øvrige henvisninger bliver borgeren kontaktede inden for 24 timer. Borgerne kontaktes gerne telefonisk, da der er mulighed for at afstemme forventninger, herunder dato evt. Det opleves som tidsbesparende, og de undgår på denne måde udeblivelser fra opstart.</p> <p>Der er i øjeblikket 446 aktive borgere, hvoraf de fleste er borgere i forhold til sundhedslovsydelse. Ventetiden er henholdsvis 4,3 dage på sundhedslovsydelse og 6,25 dage ift. servicelovsydelse.</p> <p>Målgruppen kan groft opdeles i almindelige borgere med træningsbehov og den komplekse borger, som har andre behov end træning, men som også modtager hjemmepleje /hjemmesygepleje. Holdene sammensættes og afpasses, så borgerne funktionsmæssigt matcher hinanden, og de mere friske borgere kommer til træning tidligt på dagen.</p> <p>Der afholdes faste fagmøder og gruppemøder en gang ugentligt samt løbende daglig sparring med kollegaer og teamleder.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	<p>Tilsynet vurderer, at tilbuddet er organiseret med velfungerende, strukturelle arbejdsgange og med fast mødeaktivitet, som understøtter den daglige træningsindsats. Tilbuddet sikrer ligeledes, at der er løbende udviklingstiltag.</p> <p>Tilsynet bemærker, at ventetiden er henholdsvis 4,3 dage på sundhedslovsydelse og 6,25 dage ift. servicelovsydelse.</p>

### 3.6 TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

<b>Data</b>	<p>Medarbejderne oplever, at de arbejder rehabiliterende og har et velfungerende samarbejde ift. kompleksitet i borgernes forløb allerede fra opstarten. Øvrige relevante fagligheder inddrages efter behov, som eksempelvis hjerneskade koordinator og talepædagoger. Derudover har de samarbejde med akutafsnittet, visitationens hverdagsrehabiliteringsterapeuter samt personalet på kommunens plejecentre og i hjemmeplejen før, under og ved forløbets afslutning. Samarbejdet er dog fortsat i proces og forventes yderligere udviklet i forbindelse med, at rehabiliteringsindsatsen styrkes. Træningsenheden har ligeledes opstartet samarbejde med arbejdsmarkedscenter, som er under udvikling.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	<p>Tilsynet vurderer, at det tværfaglige samarbejde fungerer tilfredsstillende og vil yderligere styrkes i takt med, at Den rehabiliterende organisation implementeres.</p>

### 3.7 MEDARBEJDERKOMPETENCER OG -UDVIKLING

<b>Data</b>	<p>Leder oplyser, at de har fået ekstra midler til kompetenceudvikling, og at de via udarbejdelse af kompetenceprofiler på alle medarbejdere vil arbejde strategisk med kompetenceudvikling.</p> <p>Medarbejderne fortæller, at der er udarbejdet kompetenceprofiler på alle medarbejdere i den medicinske gruppe.</p> <p>Medarbejderne oplever, at der generelt er gode muligheder for kompetenceudvikling, eksempelvis er en terapeut startet på neurorehabiliterings- og pædagogisk uddannelse.</p> <p>En medarbejder nævner, at regionens forløbsprogrammer på et enkelt område ikke efterleves og oplever, at der mangler specifikke kompetencer på området.</p> <p>Ledelsen har efterfølgende oplyst vedrørende udtalelsen omkring savnet af konkrete kompetencer til at screene for angst og depression i forbindelse med genoptræning af borgere med kronisk hjertesygdom. I forløbsprogram for kroniske hjertesygdomme er anført vedr. rehabilitering efter Sundhedslovens § 119 (og altså ikke for genoptræning efter §140), at den rehabiliterende indsats "kan indeholde" screening for depression. Det er således ikke et krav. Den konkrete medarbejder arbejder med genoptræning efter § 140 for målgruppen og aktuelt er rehabilitering efter § 119 varetaget af deres sundhedskonsulenter. Grænserne kan være flydende mellem genoptræning og rehabilitering - og derfor arbejdes der sammen omkring borgernes forløb. Denne kompetence er derfor til stede i Sundhed &amp; Træning. Ledelsen vurderer, at der med baggrund i ovenstående er et behov for at få præciseret forventninger til niveau for opgaveløsning samt muligheder for tværfaglig sparring internt i Sundhed &amp; Træning.</p> <p>Medarbejderne er imødekomende og giver sig tid at lytte og tale med borgerne. Borgerne oplever endvidere medarbejderne som dygtige og faglige kompetente.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	<p>Tilsynet vurderer, at der er strategisk fokus på at sikre de rette faglige medarbejderkompetencer i træningsteamet og gode muligheder for kompetenceudvikling.</p> <p>Tilsynet bemærker, at ledelsen i forhold til konkret forløbsprogram vurderer, at der er et behov for at få præciseret forventninger til niveau for opgaveløsning samt muligheder for tværfaglig sparring internt i Sundhed &amp; Træning.</p>

# TILSYNETS FORMÅL, METODE OG TILGANG

## 4.1 FORMÅL

Overordnet er formålet med BDO's tilsyn at kontrollere om kvaliteten af den service/indsats, som borgerne modtager, er i overensstemmelse med gældende lovgivning og Kommunes kvalitetsstandard.

Samtidig kontrollerer tilsynet om der på de enkelte tilbud udføres forsvarligt fagligt arbejde i forhold til borgerne, samt identificerer styrker og udviklingsområder i forhold til løsningen af opgaverne.

Der sikres og bidrages til en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne gennem en anerkendende og konstruktiv tilgang til medarbejdere og ledelse.

Ligeledes skabe basis for at indsamle og dele viden med henblik på løsning af fælles udfordringer på tværs af de kommunale tilbud.

## 4.2 METODE OG TILGANG

BDO's tilsynskoncept tager udgangspunkt i gældende lovgivning på området og øvrige bestemmelser, retningslinjer samt kommunens kvalitetsstandarder.

Tilsynskonceptet kombinerer to centrale aspekter i tilsynsmetoden - kontrol og læring - som er lige væsentlige.

Kontrollen skal sikre, at regler og normer overholdes, og at borgerne modtager de ydelser, de har krav på ud fra de faglige og etiske standarder, der kan sættes for en ydelse. Samtidig kan kontrollen være medvirkende til at skærpe medarbejdernes fokus på netop at leve op til de centrale krav til arbejdet.

Læringsaspektet udvikles og indtræder på flere måder. Dette sker dels gennem de interviews, der foretages med de enkelte medarbejdere, hvor der stilles spørgsmål til den specifikke praksis, dels gennem interview med ledelsen om de administrative og ledelsesmæssige forhold. Spørgsmålene giver grundlag for videre refleksion hos både medarbejdere og ledelse. Endelig vil tilsynsrapporten, på baggrund af indtrykkene fra tilsynsbesøget, give relevante anbefalinger og udviklingspunkter til praksis på det enkelte tilbud.

Tilsynskoncepterne 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 den enkelte enhed. 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 pårørendes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskonceptet, 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, observation og gennemgang af dokumentation.

## 4.3 VURDERINGSSKALA

BDO arbejder ud fra nedenstående vurderingsskala ved tilsyn.

Samlet vurdering	Samlet vurdering
Særdeles tilfredsstillende	Bedømmelsen <i>særdeles tilfredsstillende</i> 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. Det særdeles tilfredsstillende resultat kan følges op af tilsynets anbefalinger.
Meget tilfredsstillende	Bedømmelsen <i>meget tilfredsstillende</i> opnås, når forholdene kan karakteriseres ved at være gode og tilstrækkelige, og hvor tilsynet har konstateret få mangler, som relativt let vil kunne afhjælpes. Det meget tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger.
Tilfredsstillende	Bedømmelsen <i>tilfredsstillende</i> opnås, når forholdene kan karakteriseres som tilstrækkelige, og hvor der er konstateret flere mangler, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats. Det tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger.
Mindre tilfredsstillende	Bedømmelsen <i>mindre tilfredsstillende</i> 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 afhjælpes. Det mindre tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger, fx anbefaling om udarbejdelse af handleplan.
Ikke tilfredsstillende	Bedømmelsen <i>ikke tilfredsstillende</i> 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 afhjælpes. Det ikke tilfredsstillende tilsynsresultat følges op af tilsynets anbefalinger om, at problemområderne håndteres i umiddelbar fortlængelse af tilsynet samt at der udarbejdes handleplan, eventuelt i samarbejde med forvaltningen. Det ikke tilfredsstillende tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

## 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 borgere.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag og oplysninger fra kommunens hjemmeside.

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

# PRÆSENTATION AF BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner, herunder tilsyn på ældreområdet og socialområdet.

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 mm.

Partneransvarlig  
BIRGITTE HOBERG SLOTH  
Partner  
m: 2810 5680  
e: [bsq@bdo.dk](mailto:bsq@bdo.dk)

Projektansvarlig  
MARGIT KURE  
Manager  
m: 24295072  
e: [mku@bdo.dk](mailto:mku@bdo.dk)

*BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab, danskejet rådgivnings- og revisionsvirksomhed, er medlem af BDO International Limited - et UK-baseret selskab med begrænset hæftelse - og del af det internationale BDO netværk bestående af uafhængige medlemsfirmaer. BDO er varemærke for både BDO netværket og for alle BDO medlemsfirmaerne. BDO i Danmark beskæftiger godt 1.100 medarbejdere, mens det verdensomspændende BDO netværk har ca. 74.000 medarbejdere i mere end 160 lande.*

*Copyright - BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab, cvr.nr. 20 22 26 70.*

[www.bdo.dk](http://www.bdo.dk)

