

# Tilsynsrapport Lejre kommune

Center for velfærd og omsorg  
Fritvalgsområdet - Kommunal leverandør af pleje og praktisk hjælp - Ammershøj Hjemmepleje

Uanmeldt tilsyn  
Juni 2021

## Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt 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 de indsamlede data og øvrige indtryk. Vurderingsskala findes sidst i rapporten

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

På bagsiden findes information om BDO.

Med venlig hilsen



Birgitte Hoberg Sloth  
Partner  
Mobil: 2810 5680  
Mail: [bsq@bdo.dk](mailto:bsq@bdo.dk)  
Partneransvarlig



Margit Kure  
Senior Manager  
Mobil: 2429 5072  
Mail: [mku@bdo.dk](mailto:mku@bdo.dk)  
Projektansvarlig

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



# 1. OPLYSNINGER

<b>Generelle oplysninger om tilsynet og hjemmeplejen</b>
Navn og Adresse: Ammershøj Hjemmepleje, Ammershøjparken 51,4070 Kirke Hyllinge
Leder: Kristina Jensen
Antal besøgte borgere: Tre
Dato for tilsynsbesøg: Den 1. juli 2021
Tilsynet er indledt og tilrettelagt sammen med: Teamleder
Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: <ul style="list-style-type: none"><li>• Interview med hjemmeplejens teamleder</li><li>• Tilsynsbesøg hos tre borgere</li><li>• Gruppeinterview med to medarbejdere</li><li>• Gennemgang af dokumentation for tre borgere</li></ul>
Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til teamleder om tilsynsforløbet.
Tilsynsførende: Senior Manager Margit Kure, sygeplejerske, MHM

## 2. UANMELDT TILSYN HJEMMEPLEJE

### 2.1 OVERORDNET VURDERING

BDO har på vegne af Lejre Kommune foretaget et uanmeldt tilsyn hos den kommunale leverandør af hjemmepleje, Ammershøj. BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem interviews, observationer og skriftligt materiale.

Det er tilsynets samlede vurdering, at leverandøren har engagerede medarbejdere og ledelse, som medvirker til trivsel for borgerne.

Vurderingen er, at leverandøren generelt lever op til Lejre Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau. Dog vurderes den samlede journalføring at være mangelfuld, hvor en fokuseret og målrettet indsats er påkrævet, og ligeledes er der mangler i forhold til kvalitet og til levering af ydelser.

Tilsynet vurderer, at indsatser, som borgerne modtager i hjemmeplejeenheden, overordnet leveres med en tilfredsstillende faglig kvalitet. Men der er dog flere mangler i opfyldelsen. Alle borgere har kritikpunkter i forhold til hjælpen, dels aftenhjælpen i forhold til leveringstidspunkt samt svingende kvalitet og dels, at morgenhjælpen ofte kun delvist leveres. Medarbejderne har fokus på kerneopgaven med en sundhedsfremmende og hverdagsrehabiliterende indsats, dog anvender medarbejderne ikke dokumentationen i tilstrækkeligt omfang til at understøtte kvaliteten i daglig praksis.

Tilsynet vurderer, at medicin håndtering ikke er tilfredsstillende i forhold til gældende instruks, og medicin håndteringen har væsentlige mangler, f.eks. dispenseringsfejl og manglende mærkning med gul label "Risikolægemiddel".

Tilsynets vurdering er, at der generelt er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at hjælpen tilrettelægges på borgernes præmisser. Ligeledes afspejler medarbejdernes adfærd/kommunikationsform under interview, at der i hjemmeplejeenheden bliver lagt vægt på en respektfuld og imødekommende kultur.

Ledelsen redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, herunder pleje og omsorg til borgere med demens.

### 2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger i forhold til den fremadrettede udvikling hos leverandøren:

Bemærkninger	Anbefalinger
<p>Tilsynet bemærker vedr. dokumentationen under SEL, at de generelle oplysninger ikke er udfyldt, at der mangler handleanvisninger, og at handleanvisninger er mangelfuldt beskrevet. Funktions-tilstande er ikke opdateret, ligesom der konsekvent ikke er oprettet indsatsmål.</p> <p>Tilsynet bemærker vedr. dokumentation for SUL, at der på forskellig vis i de respektive journaler er mangler i forhold til tilstande, indsatser, indsatsmål og handlingsanvisninger og eksempler på manglende dokumentation for samtykke, behandlende læge og relevante målinger.</p>	<p>Tilsynet anbefaler, at ledelsen målrettet og fokuseret styrker arbejdet på dokumentationspraksis, og at journalføringen for såvel SEL som SUL fremstår opdateret og fyldestgørende med generelle oplysninger, aktuelle tilstande, indsatser, indsatsmål, handlingsanvisninger og med relatering til journalens forskellige delområder.</p>



Ligeledes ses flere mangler i relateringer til journalens delområder, f.eks. mellem tilstande, indsatser, handlingsanvisninger og observationer.	
Tilsynet bemærker, at alle borgere har kritikpunkter relateret til den personlige pleje, herunder leveringstidspunkt af aftenhjælpen, kvalitet i opgaven under aftenbesøget eller manglende levering af bevilgede ydelser, herunder morgenmad og udlevering af aftenmedicin.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at borgerne modtager de visiterede ydelser og med en tilfredsstillende kvalitet.
Tilsynet bemærker, at medarbejderne ikke altid tilgår dokumentationen i tilknytning til opgaveløsningen.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at medarbejderne anvender dokumentationen til at understøtte daglig praksis.
Tilsynet bemærker, at en borger oplever, at afløsere ikke i tilstrækkelig grad kender til opgaverne.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at afløsere har et grundigt kendskab til borgerne og til de opgaver, de skal løse.
Tilsynet bemærker, at en borger omtaler medarbejderne som mindre imødekommende og respektfulde i deres adfærd.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen har en opmærksomhed på, at alle medarbejdere udviser en imødekommen og professionel kommunikation og adfærd over for borgerne.
Tilsynet bemærker vedr. medicin håndtering: <ul style="list-style-type: none"> <li>• At der i et tilfælde ses manglende overensstemmelse mellem præparatets handelsnavn og det generiske navn på medicinlisten.</li> <li>• At der hos en borger ligger en medicinliste, som ikke er opdateret.</li> <li>• At der hos en borger konstateres doseringsfejl i alle dagsæsker.</li> <li>• At der i et aktuelt tilfælde mangler mærkning med gul label "Risikolægemiddel".</li> <li>• At der i et tilfælde ses medicin med begrænset holdbarhed, hvor der mangler anbrudsdato.</li> <li>• At der i et tilfælde udleveres medicin, som ikke er i overensstemmelse med ordineret og angivet tidspunkt på medicinlisten.</li> <li>• At der hos to borgere mangler korrekt mærkning med navn og CPR-nummer af ugedoseringsæsker, og hos en borger er dagsdoseringsæsker ligeledes ikke korrekt mærket.</li> </ul>	Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at medicin håndtering efterlever gældende instruks på området.
Tilsynet bemærker, at medarbejder ikke har dokumentation for delegerede sundhedsydelser.	Tilsynet anbefaler, at leder implementerer brug af f.eks. kompetencekort på alle medarbejdere som dokumentation for oplæring i delegerede opgaver.
Tilsynet bemærker, at medarbejderne udtrykker et behov for kompetenceudvikling.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen i dialog med medarbejderne afdækker behovet for kompetenceudvikling, og at leder igangsætter undervisning.

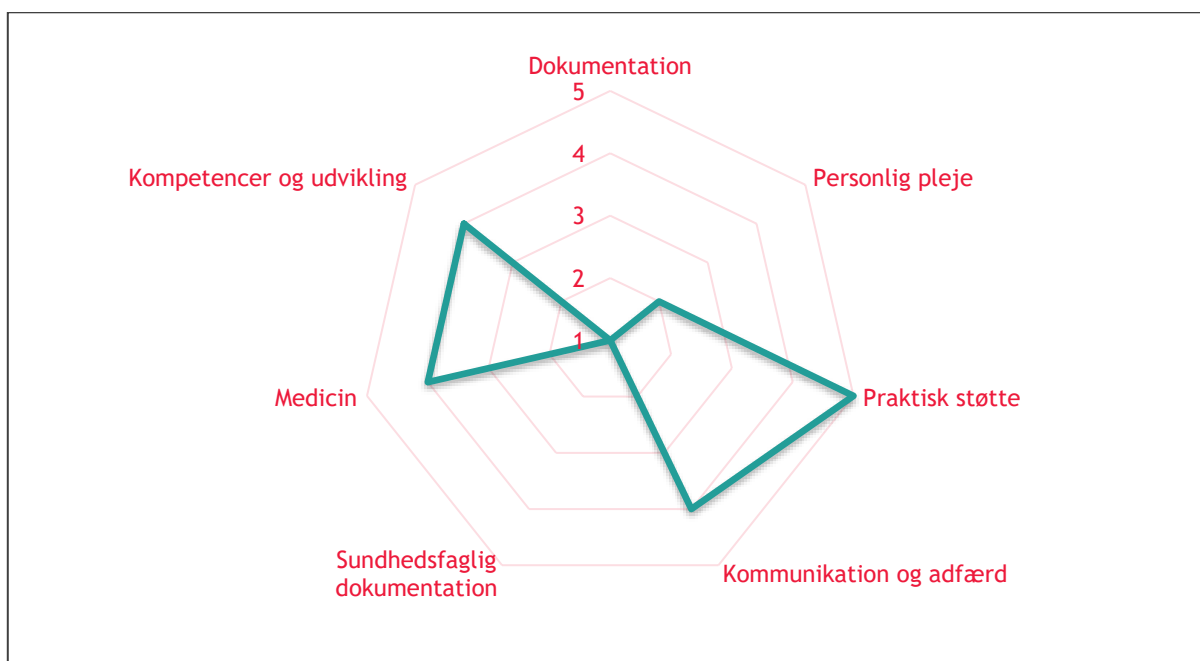
## 2.3 AKTUELLE VILKÅR

Aktuelle vilkår
<p>Teamleder oplyser, at gruppen har arbejdet målrettet på at styrke dokumentationen gennem et dagligt fokus og mulighed for sidemandsoplæring fra superbruger i Nexus og der planlægges med tid til dokumentation. Gruppen har fokus på pleje og omsorg til borgere med demens. Der arbejdes med pædagogiske indsatser for at forebygge magtanvendelse. I samarbejde med gruppens demensambassadør tages særlige borgersituationer op ad hoc på tværfaglige borgerkonferencer med inddragelse af demenskoordinator. Demenskoordinator har tidligere undervist i magtanvendelse, men medarbejderne er endnu ikke undervist i de nye retningslinjer.</p> <p>Der arbejdes med samlerapporter på UTH, og medarbejderne øver sig i at anvende og udfylde skemaer. UTH er et af deres fokusområder, som drøftes på gruppe- og personalemøder, hvor der udarbejdes skriftligt referat efter møderne for at sikre informationen til alle.</p> <p>Teamleder oplyser, at der har været en skriftlige klage inden for det sidste år. De har fast arbejdsgang for håndtering af klager, og i den konkrete sag havde teamleder telefonisk kontakt med borgeren og visitationen, og der var efterfølgende et møde med borger. Derudover arbejdes der med ny organisering på tværs af området for at styrke kendskabet til og samarbejdet med borgerne.</p>
Opfølgning fra sidste tilsyn
<p>Ledelsen redegør for, at der arbejdes med temaer i kvalitetsarbejdet til udvikling af den samlede kvalitet.</p>

## 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 figur, i hvor høj grad tilbuddet opfylder indikatorerne for hvert tema. (Temaer, som ikke er relevante for det pågældende tilbud, tæller ikke med i den samlede vurdering).

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



## 2.5 VURDERING I FORHOLD TIL TEMAER

Tema	Vurdering
<p>Tema 1: Dokumentation</p> <p>Score: 1</p>	<p>Tilsynet vurderer, at leverandøren i meget lav grad lever op til indikatorerne. Dokumentation er ikke tilfredsstillende, og den lever på flere områder ikke op til gældende lovgivning og retningslinjer på området, og den har omfattende mangler i opfyldelsen. Dokumentationen er dog beskrevet i et fagligt og professionelt sprog.</p> <p>Dokumentationen fremstår i mindre grad opdateret. Der er udfyldt funktionstilstande på alle borgere, som ikke konsekvent er opdaterede. Borgernes behov for pleje og omsorg er i mindre grad beskrevet specifikt og handlevejledende i handleanvisningerne, og for en borger mangler handleanvisning for dag. Hos alle borgere mangler der beskrivelser af borgernes kognitive funktionsniveau og udfordringer, og hvorledes der støttes op om disse. Hos alle borgere er der beskrevet særlige opmærksomhedspunkter i forhold til praktiske oplysninger med betydning for borgerne.</p> <p>På alle borgere ses relevante helbredsoplysninger, fraset en enkel manglende opdatering, men der mangler helt generelle oplysninger med beskrivelse af ressourcer, mestrings, motivation og livshistorie. Der ses manglende vægt hos to borgere. Der ses i mindre grad relateret imellem journalens elementer, og ligeledes ses der et generelt behov for oprydning i handleanvisninger.</p> <p>Medarbejderne har kendskab til, hvordan dokumentationen kan understøtte kvaliteten i daglig praksis, men de får ikke altid anvendt dokumentationen som tiltænkt. Overordnet arbejder medarbejderne ud fra en klar ansvarsfordeling, hvor sygeplejerskerne er ansvarlige for at oprette helbredsoplysninger, og alle medarbejdere er ansvarlige for oprettelse af handlingsanvisninger. Alle medarbejdere er ansvarlige for den løbende opdatering, og der bliver planlagt med tid til opdatering af dokumentationen. Medarbejderne giver dog udtryk for, at de ikke altid får læst og brugt dokumentationen i hverdagen, og de oplyser, at når en handleanvisning ikke er relateret, er den ikke synlig på deres telefoner. Medarbejderne læser og dokumenterer på iPads og telefoner.</p>
<p>Tema 2: Personlig pleje</p> <p>Score: 2</p>	<p>Tilsynet vurderer, at leverandøren i lav grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Borgerne udtrykker, at de generelt er tilfredse med kvaliteten af den personlige pleje, og de oplever, at den tildelte hjælp, når den leveres generelt, svarer til deres behov. En borger er dog ikke tilfreds med at blive tilbudt opvarmning af den varme mad kl. 16 på grund af travlhed i aftenvagten. Anden borger udtrykker ligeledes fortravlede medarbejdere om aftenen, som ikke altid sikrer, at maden er tilstrækkelig varm, inden den serveres, og når der er afløsere, må borgeren ofte selv bede om hjælpen til fx udlevering af medicin. Tredje borger er visiteret til tilberedning af morgenmad, men borger får ikke altid leveret ydelsen. To borgere oplever nogenlunde faste medarbejdere, mens en borger oplever, at der kommer mange forskellige medarbejdere, som dog efterhånden er genkendelige. En borger oplever, at afløsere ikke i tilstrækkelig grad har kendskab til de opgaver, de skal løse. Borgerne oplever at have indflydelse på hjælpen, samt at de får hjælpen som aftalt. Borgerne er på forskellig vis aktive i de daglige opgaver, og medarbejderen giver borgerne tid til at deltage.</p> <p>Borgerne er soignerede, svarende til levevis/behov og livsstil.</p>

	<p>Medarbejderne kan på en reflekteret måde redegøre for pleje og omsorg til borgerne, og hvor der er fokus på den rehabiliterende samt sundhedsfremmende og forebyggende tilgang. Medarbejderne giver dog udtryk for, at de ikke altid anvender dokumentationen i hverdagen, idet de ikke når at læse alle oplysninger før borgerbesøg, og alle oplysninger desuden ikke er tilgængelige.</p> <p>Planlægningen taget afsæt i geografi, kompetencebehov samt aftaler med borgerne. Kontinuiteten sikres gennem faste ruter og en fast flyver, som dækker fravær. Medarbejderne fortæller, at de er i løbende dialog med borgerne omkring hjælpen, som leveres fleksibelt inden for servicerammen.</p> <p>Sygeplejersken kontaktes ved tilstandsændringer, og der afholdes daglig triagering med sygeplejerske som tovholder. Medarbejderne arbejder rehabiliterende, og terapeuten besøger alle nye borgere for at vurdere deres træningspotentiale. Der er faste tværfaglige møder med borgergennemgang med deltagelse af visitator, ergoterapeut og kontaktperson, og der laves aftaler for opfølgning.</p> <p>Borgerne er velsoignerede, og deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats svarer til borgernes behov.</p>
<p>Tema 3: Praktisk støtte</p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at leverandøren i meget høj grad lever op til indikatorerne. To borgere får leveret rengøring af gruppen, mens en tredje borger får leveret ydelsen fra privat leverandør.</p> <p>Begge borgere er tilfredse med omfanget, som svarer til deres behov, og begge er tilfredse med kvaliteten af hjælpen.</p> <p>Medarbejderne kan reflekteret redegøre for den praktiske hjælp til borgerne. Opgaverne løses med afsæt i visitationen, som beskriver, hvilke opgaver der ligger hos den enkelte borger, og medarbejderne giver tilbagemeldinger ved ændringer. Den daglige oprydning ligger i direkte tilknytning til opgaven, og i hjem med særlige behov udviser medarbejderne fleksibilitet og samarbejder ofte med de pårørende om opgaven.</p> <p>Der er en hygiejnemæssig forsvarlig standard i boliger, og hjælpemidler er rengjorte.</p>
<p>Tema 4: Kommunikation og adfærd</p> <p>Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at leverandøren i høj grad lever op til indikatorerne. Borgerne er tilfredse med medarbejderne, og de finder deres kommunikation og adfærd respektfuld og anerkendende. Borgerne udtrykker, at medarbejderne generelt taler ordentligt, dog oplever en borger, at flere medarbejdere ved aftenbesøget ikke altid udviser imødekommenhed, og ved levering af aftenhjælpen har en afløser udvist en ikke respektfuld og anerkendende adfærd.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for, hvad der lægges vægt på i kommunikationen med borgerne ved at møde dem, der hvor de er. De vægter kendskabet til den enkelte borger, og de er opmærksomme på at udvise en professionel adfærd i hjemmet, fx ikke at italesætte travlhed. Der kan dog være en tendens til, at medarbejderne indbyrdes ikke altid omtaler borgerne respektfuldt, hvilket de er opmærksomme på og korrigerer hinanden og inddrager ledelsen.</p>
<p>Tema 5: Sundhedsfaglig dokumentation</p> <p>Score: 1</p>	<p>Tilsynet vurderer, at leverandøren i meget lav grad lever op til indikatorerne. Den sundhedsfaglige dokumentation er mindre tilfredsstillende, og den lever på et eller flere områder i mindre omfang op til gældende lovgivning og retningslinjer på området. Dokumentationen har flere mangler i opfyldelsen.</p> <p>Den sundhedsfaglige dokumentation er delvis aktuel og delvist opdateret. Der er overensstemmelse mellem oplysninger i FMK og helbredsoplysninger, fraset enkelte områder. Der er delvist oprettet relevante helbredstilstande med tilhørende indsatser.</p>



	<p>Indsatsmål og handlingsanvisninger er opdaterede, men der mangler flere relevante indsatsmål og handleanvisninger. Der er delvist arbejdet med at relatere journalens delområder. Der ses delvis dokumentation fra behandlende læge, og der mangler dokumentation for samtykke i alle journaler. Hos to borgere mangler relevante målinger. Triagering fremgår på overblikstavle.</p> <p>Medarbejderne redegør for, hvordan de arbejder med dokumentationen, så den kan understøtte kvaliteten i daglig praksis. Overordnet er sygeplejerskerne ansvarlige for at oprette helbredsoplysninger og helbredstilstande. Indsatsmål og handlingsanvisninger oprettes i samarbejde med social- og sundhedsassistenter. Sygeplejerskerne har det overordnede ansvar for opdatering, mens social- og sundhedsassistenter er løbende ansvarlige for opfølgning på de delegerede sundhedsydelse. Medicinlisten tilgås elektronisk, hvor der kvitteres for besøget.</p>
<p>Tema 6: Medicinhåndtering</p> <p>Score: 1</p>	<p>Tilsynet vurderer, at leverandøren i meget lav grad lever op til indikatorerne. Medicinhåndteringen er ikke tilfredsstillende, har væsentlige mangler og lever ikke op til gældende instruks og vejledning på området.</p> <p>Medicinen er gennemgået for to borgere, tredje borger er selvadministrerende. For begge borgere ses overensstemmelse mellem ordineret medicin, og medicinlisten er opdateret, dog ses i et tilfælde manglende overensstemmelse mellem præparatets handelsnavn og det generiske navn på medicinlisten. Der foreligger medicinaftaler på begge borgere. Medicinlisten tilgås elektronisk, dog findes hos en borger en udprintet medicinliste, som ikke er opdateret. Hos en borger er medicinen korrekt dispenseret, mens der hos en borger konstateres doseringsfejl i alle dagsæsker. Hos begge borgere er medicinen givet på tilsynstidspunktet.</p> <p>Medicinen opbevares i en kurv eller stående på hylde i et skab i borgernes hjem. Hylde i skabet og kurven indeholder udelukkende aktuel medicin. I et aktuelt tilfælde mangler der mærkning med gul label "Risikolægemiddel". I et tilfælde ses der medicin med begrænset holdbarhed, hvor der mangler en anbrudsdato.</p> <p>Hos begge borgere mangler der korrekt mærkning med navn og CPR-nummer af ugedoseringsæsker, og hos en borger er dagsdoseringsæsker ligeledes ikke korrekt mærket.</p> <p>I et tilfælde oplyser borger, at dispenseret medicin i dagsæsker kl. 20 og kl. 22 efter borgers ønske udleveres på et og samme tidspunkt.</p> <p>Medarbejderne redegør for korrekt opbevaring samt for, hvordan de sikrer overholdelse af gældende retningslinjer. Sygeplejersken besøger nye borgere og opstarter sundhedsydelsen, herunder medicindispensering, som i stabile forløb delegeres til social- og sundhedsassistenten.</p>
<p>Tema 7: Kompetencer og udvikling</p> <p>Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at leverandøren i høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Leder oplyser, at gruppen dækker dag og aften, mens nattevagten dækkes af en tværgående enhed. Gruppens teamkoordinator varetager opgaveplanlægning, og teamkoordinator er superbruger i Nexus. De ansatte er social- og sundhedsmedarbejdere med få social- og sundhedsassistenter i dagvagt, og social- og sundhedshjælpere i aftenvagter sammen med faste ufaglærte afløsere. Leder oplever rekrutteringsudfordringer i forhold til social- og sundhedsassistenter, og leder arbejder løbende på at få ansat flere i både dag- og aftenvagten. Alle nyansatte er igennem et fast introduktionsprogram, og det vurderes individuelt, hvornår de er parate til selv at varetage opgaver.</p> <p>Sygeplejerskerne bor på samme matrikel, og de deltager sammen med terapeuter på faste møder, og der samarbejdes med kommunens specialistfunktioner, som er placeret i en fælles stab i kommunen.</p>

	Leder og medarbejderne oplyser, at de anvender kompetenceskema, som er tilgængeligt på medarbejderportalen, men at der ikke anvendes kompetencekort, og at medarbejderne ikke har dokumentation for delegering af sundhedsydelse. Medarbejderne redegør for, at de har relevante faglige kompetencer og mulighed for faglig sparring på de faste møder. De udtrykker samtidig et behov for løbende kompetenceudvikling med undervisning i faglige temaer.
--	---

## 2.6 VURDERINGSSKEMA

I tilsynene i Lejre Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
<b>SCORE: 5</b>	<p><b>Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler</li> <li>• Tilsynet har ingen anbefalinger</li> <li>• Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten</li> </ul>
<b>SCORE: 4</b>	<p><b>Indikatorerne er i høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne</li> <li>• Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger</li> </ul>
<b>SCORE: 3</b>	<p><b>Indikatorerne er i middel grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne</li> <li>• En del af elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul>
<b>SCORE: 2</b>	<p><b>Indikatorerne er i lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne</li> <li>• Få af elementer i indikatorerne er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul> <p>Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen</p>

<b>SCORE: 1</b>	<p><b>Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes</li><li>• Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne</li><li>• Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind</li><li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li></ul> <p>Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen</p>
-----------------	--

## OM BDO

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

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene 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.