



# Tilsynsrapport Viborg Kommune

Pleje- og omsorgscenter  
Rehabiliteringscenter Viborg

Uanmeldt tilsyn - April 2024

# Forord

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

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om plejecentret.

Anden del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og de individuelle undersøgelser. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. Vurderingsskala findes sidst i rapporten.

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

På bagsiden findes information om BDO.

Med venlig hilsen



Birgitte Hoberg Sloth

Partner

Mobil: 28 10 56 80

Mail: bsq@bdo.dk

Partneransvarlig



Dorte Karlskov

Senior Manager

Mobil: 30 63 47 05

Mail: dokar@bdo.dk

Projektansvarlig

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



# 1. Oplysninger

Tabel med oplysninger om pleje- og omsorgscentret og tilsynet

Navn og Adresse: RCV Viborg, Klosterhaven 1 og Søndermarksvej 18, 8800 Viborg

Leder: Bente Christensen

Antal boliger: 64 midlertidige døgnrehabiliteringspladser, fordelt med 30 pladser i Klosterskoven og 35 pladser i Klosterhaven, hvoraf tre borgere bor permanent på centeret

Dato for tilsynsbesøg: Den 22. april 2024, kl. 08.00 - 14.15

Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag:

Interview med:

- Leder og to teamledere
- Fem medarbejdere
- Fire borgere

Tilsynet foretog endvidere observationer på fællesarealerne, hvor tilsynet talte med øvrige medarbejdere. Tilsynet blev afrundet med leder og den ene teamleder, der fik en tilbagemelding om tilsynsforløbet og foreløbige vurderinger.

Tilsynsførende:

Senior Manager Dorte Karlskov, sygeplejerske

## 1.1 Aktuelle vilkår

Tilsynet indledes med to af rehabiliteringscentrets tre teamledere, og efter kort tid tilstøder leder tilsynet. Den tredje teamleder afvikler på tilsynsdagen temadag for medarbejdere tilknyttede et team.

Ledelsen redegør for den ledelsesmæssige organisering, hvor ledelsen første april blev fuldtallig efter en længere periode med to vakante teamlederstillinger. Den anden teamleder tiltrådte i oktober måned. Ledelsen, som er tværfagligt sammensat, har fordelt opgaverne og de fem teams samt akutteamet imellem sig, og de oplyser i den forbindelse, at de tre teamledere fremadrettet skal have ansvaret for den tværgående monofaglige udvikling i relation til terapeut-, sygepleje- og sosu-gruppen.

Ledelsen oplyser at være godt i gang med at finde deres faglige fodfæste, og de redegør for igangsatte og kommende udviklingsindsatser, hvoraf flere indsatser, grundet begrænset ledelsesunderstøttelse sidste år, har været udsat til indeværende år. Af faglige fokusområder nævnes implementering af arbejdsgange vedrørende arbejdsmiljøet, sikring af korrekt journalføring i Nexus, medicinhåndtering samt opstarten af et nyt vagtplanssystem, som skal understøtte en mere fleksibel arbejdsplan for medarbejderne. Derudover er leder aktivt deltagende i flere tværgående styregrupper, omhandlende blandt andet den samlede rehabiliterende indsats i Viborg Kommune samt vedrørende revidering af fagprofiler og indsatskataloget for sygeplejen.

En aktuell ombygning af centerets kontormiljøer er igangsat efter henstilling fra brandtilsynet, hvortil renoeringen, ifølge ledelsen, er blevet mere omfangsrig end forventet, grundet nødvendig inddragelse af omkringliggende lokaler.

Ifølge ledelsen er medarbejdersituationen stabil. Ingen stillinger er vakante, og sygefraværet, som i vinterperioden var stigende, grundet årstidsbestemte infektioner, er nedadgående, og det vurderes af ledelsen at være i den lave ende. Ledelsen oplyser om tre langtidssygemeldte medarbejderes fravær af private årsager, hvoraf to medarbejdere er opsagte. Rekruttering er ikke en udfordring, og ledelsen har netop ansat to kompetente social- og sundhedsassistenter. Ledelsen arbejder fokuseret på at sikre medarbejdernes trivsel, og de afholder løbende omsorgssamtaler, hvortil de forsøger at imødekomme medarbejdernes individuelle ønsker i det omfang, rammerne og den meget komplekse og uforudsigelige hverdag, i relation til målgrupperne og kerneydelsen, tillader det. Ledelsen beskriver et konstant stort flow af borgere, ligesom der er stor efterspørgsel til pladserne.

Ledelsen tilkendegiver ikke at have modtaget klager i en længere periode, hvilket tilskrives stor opmærksomhed fra både medarbejdere og ledelse ift. den gode modtagelse med fokus på forventningsafstemning samt en hurtig ledelsesindsats, såfremt det vurderes, at borgere eller pårørende har behov for en opfølgende samtale.

## 1.2 Opfølgning

Tilsynet vurderer, at der er fulgt relevant op på sidste tilsyns anbefalinger vedrørende overholdelse af håndhygiejniske principper, rengøring af borgernes stuer samt medarbejdernes ansvar ift. at bære synlige navneskilte. Tilsynet vurderer samtidigt, at anbefalingerne vedrørende dokumentationen i Nexus fortsat, i mere eller mindre omfang, er aktuelle at arbejde videre med.



## 2. Kommunalt tilsyn

### 2.1 Overordnet vurdering

BDO har på vegne af Viborg Kommune foretaget et uanmeldt tilsyn på Rehabiliteringscenter Viborg. BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem interviews, observationer og skriftligt materiale.

Der er foretaget stikprøver hos fire borgere.

Det er tilsynets overordnede vurdering, at Rehabiliteringscenter Viborg er en velfungerende organisation, hvortil den nye sammensatte ledelse og den tværfagligt sammensatte medarbejdergruppe arbejder engagerede og målrettede med at løfte den komplekse rehabiliterende indsats, som ofte strækker sig ud over rutinemæssige opgaver. Tilsynet vurderer, at de faste medarbejdere løfter opgaven i tæt samarbejde med relevante samarbejdspartnere, som inddrages i relation til borgergrupperne, hvortil flere er multisyge, og har meget komplekse og varierende plejebehov. Det er samtidigt tilsynets vurdering, at medarbejderne har behov for en fokuseret ledelsesretning vedrørende forebyggelse af omsorgstræthed, som udgør en potentiel risiko, grundet høje følelsesmæssige krav i arbejdet og en uforudsigelig hverdag.

Tilsynet vurderer desuden, at Rehabiliteringscenter Viborg lever op til Viborg Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau, fraset elementer af den sundhedsfaglige dokumentation og dokumentation ifm. delegering af sundhedslovsydelser.

Tilsynet har givet anledning til fire anbefalinger inden for samtlige temaer, fraset pårørendesamarbejdet, hvortil anbefalinger vedrørende dokumentationen er udfoldede i fem anbefalinger. Tilsynet vurderer, at anbefalingerne kan imødekommes igennem en målrettet og vedvarende ledelses- og medarbejderindsats.

### 2.2 Tilsynets bemærkninger og anbefalinger

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

#### 2.2.1 Bemærkninger

Tilsynet har ingen bemærkninger.

#### 2.2.2 Anbefalinger

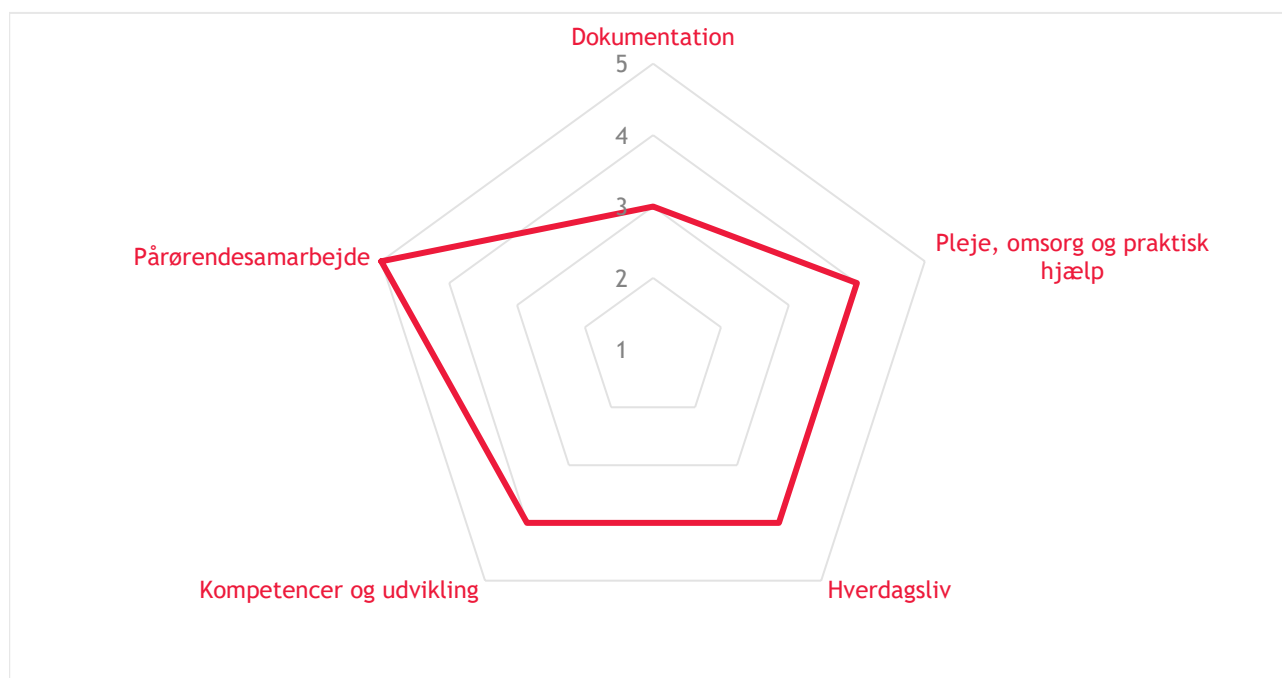
1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter en målrettet indsats på dokumentationsområdet i tæt samarbejde med sygeplejersker og medarbejdere, så det sikres, at dokumentationen overholder gældende krav inden for følgende områder:
  - At døgnrytmeplaner udfoldes med tydelige beskrivelser af den rehabiliterende indsats og hjælpen til bad.
  - At krav til ajourføring af generelle oplysninger og løbende opdatering af funktionsevnetilstande afklares med henblik på en ensartet og systematisk journalføring.
  - At den sundhedsfaglige dokumentation, herunder helbredsoplysninger og helbredstilstande, opdateres, jf. gældende krav på området og kommunens retningslinjer.
  - At handleanvisninger på SUL-ydelser konsekvent oprettes og udfoldes med fyldestgørende beskrivelser af den konkrete borgerindsats og referenceværdier i relevante tilfælde.
  - At observationsnotater for hele døgnnet relateres til tilstande i relevante tilfælde.
2. Tilsynet anbefaler ledelsen at implementere systematiske arbejdsgange, så rettidig levering og evaluering af faglige indsatser sikres, fx igennem opgavefunktionen i Nexus.

3. Tilsynet anbefaler ledelsen et øget fokus på at forebygge omsorgstræthed blandt medarbejderne ved at implementere relevante tiltag, fx daglig debriefing ved afslutning af en vagt.
4. Tilsynet anbefaler ledelsen at sikre den skiftelige dokumentation for delegering af sundhedsfaglige indsatser, jf. kommunens retningslinjer.

## 2.3 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.



## 2.4 Vurdering i forhold til temaer

### 2.4.1 Dokumentation

Score: 3

**Vurdering:**

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

Tilsynet har gennemgået dokumentationen hos fire borgere sammen med to forskellige sygeplejersker, der oplyser om arbejdsgange i relation til journalføring. Sygeplejefaglig koordinator opretter, efter henvendelse fra visitator, første notat i "Til og fra skemaet", som er det gennemgående dokument, der anvendes som overblik over borgernes forløb og mål, aftaler og fremtidige opfølgingsdatoer, efterfulgt af oprettelse af relevante tilstande og helbredsoplysninger. Når borgerne indskrives, er det, ifølge sygeplejerskerne, de øvrige medarbejders ansvar at sikre en opdateret dokumentation, hvilket medarbejderne dog tilkendegiver i perioder kan være udfordret af manglende tid samt indsigt i krav til journalføring på det sundhedsfaglige område.

Medarbejderne oplyser, at dokumentationen fungerer som et aktivt redskab for hverdagens praksis, hvortil en stor del af dokumentationen foregår via iPads.

Dokumentationen fremstår delvist opdateret og fyldestgørende udfyldt.

Generelle oplysninger er kun i begrænset omfang opdaterede, og ifølge medarbejderne anvendes der kun helbredsoplysninger. Borgernes behov for pleje og omsorg er beskrevet handlingsvejledende over hele døgnet i døgnrytmeplaner, fraset enkelte manglende beskrivelser af hjælpen til bad samt den rehabiliterende indsats, som kan udfoldes mere tydeligt.

Funktionsevnetilstande ses opdaterede med stor variation. Flere ikke aktuelle funktionsevnetilstande er oprettede, men ikke udfyldte, mens andre mangler opdatering. Ifølge medarbejderne anvendes funktionsevnetilstande ikke som et dynamisk redskab under borgernes forløb, men opdateres altid inden udskrivelse, hvilket tilsynet ser et meget tydeligt eksempel på.

Den sundhedsfaglige dokumentation er i alle fire tilfælde usystematisk opdateret, og der mangler ajourførte helbredsoplysninger, jf. FMK og lægeoplyste diagnoser. Helbredstilstande mangler overvejende opfølgingsdatoer, og flere ikke aktuelle tilstande er oprettede, ligesom flere helbredstilstande mangler ajourføring, jf. kommunens retningslinjer og krav til sundhedsfaglig journalføring. Handleanvisninger på sundhedslovsindsatser foreligger ikke konsekvent, fx vedrørende medicin håndtering, mens andre mangler beskrivelse af den konkrete indsats. Handleanvisninger ses i flere tilfælde med korrekt henvisning til VAR-portalen. Tilsynets fund er videregivet til ledelsen, der oplyser at være bekendte med den mangelfulde sundhedsfaglige dokumentation, hvorfor 30 medarbejdere er tilmeldt kommunens nyoprettede dokumentationskursus.

Opfølgning på faglige indsatser sker, ifølge medarbejderne, i observationsnotater og ved planlægning af ydelser i borgernes kalender. Til grund for vurderingen tillægges det betydning, at tilsynet finder en mangelfuld sundhedsfaglig dokumentation, hvortil det ikke er muligt for tilsynet af få det fulde overblik over borgernes helbreds situation og opfølgning på afledte faglige indsatser. Dertil mangler enkelte observationsnotater for nattevagten relation til relevante tilstande.

Dokumentationen er beskrevet i et fagligt og anerkendende sprog.

## 2.4.2 Pleje, omsorg og praktisk hjælp

Score: 4

### Vurdering:

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

Borgerne modtager pleje- og omsorgsydelser, som svarer til deres individuelle behov, og de udtrykker tilfredshed med den samlede indsats vedrørende deres rehabilitering. Borgerne tilkendegiver stor medinddragelse i måden, hvorpå den daglige pleje og omsorg leveres, og hvor deres ønsker og behov respekteres af de fagligt kompetente medarbejdere. Borgerne oplyser desuden at have opnået tilfredsstillende resultater, ligesom to borgere udtrykker fortsat motivation og tro på, at den igangsatte rehabiliterende indsats vil medvirke til, at borgerne på sigt kan udskrives til eget hjem.

Rehabiliteringscentret skaber kontinuitet, der sikrer borgerne den nødvendige pleje, omsorg og genoptræning igennem fastlagte arbejdsgange, hvortil medarbejderne primært er tilknyttede en afdeling, fraset sygeplejerskerne, der arbejder mere tværgående i hele huset. Dagens sygeplejeopgaver koordineres og fordeles hver morgen på det monofaglige morgenmøde, hvorefter sygeplejerskerne leverer sundhedsfaglige ydelser samt tilbyder faglig sparring til de øvrige medarbejdere. Over middag afholdes daglige fokuspå møder med deltagelse af samtlige faggrupper og med ledelsen, hvortil medarbejderne oplyser om varierende ledelsesdeltagelse. På mødet drøftes borgerne, og mindst en gang om ugen gennemgås samtlige borgere. Medarbejderne introduceres desuden på mødet til nye borgere, ligesom borgere med afvigende habituel tilstand evalueres.

Ifølge medarbejderne anvendes der ikke aktuelt triage, hvortil ledelsen efterfølgende oplyser, at triage er i sin spæde opstart i et team. Ledelsen forventer metoden implementeret i alle teams i indeværende år.

Den rehabiliterende indsats leveres med en høj faglig standard, hvortil medarbejderne skriver borgernes mål på en whiteboard-tavle i borgernes stuer. Fysioterapeuter og ergoterapeuter, tilknyttede afdelingen, har ofte det overordnede overblik over borgerne, grundet deres gennemgående tilstedeværelse i hverdagen, hvilket samlet set, ifølge medarbejderne, understøtter kontinuitet og kvalitet i den samlede rehabiliterende indsats.

Medarbejderne kan kompetent redegøre for sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, fx i relation til ernæringsvurdering og Bradenscore, som tilsynet positivt bemærker foreligger ved samtlige borgere.

Til grund for vurderingen tillægges manglerne i dokumentationen betydning, hvortil tilsynet ikke kan få det fulde overblik over opfølgning på faglige indsatser, ligesom tilsynet ved en borger observerer manglende vægtmåling, jf. planlagt ydelse.

### 2.4.3 Hverdagsliv

Score: 4

#### Vurdering:

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

Borgerne tilkendegiver mulighed for et aktivt og individuelt tilrettelagt hverdagsliv, som er centreret om den daglige træning sammen med medarbejdere og terapeuter, hvortil flere borgere træner i de dertil indrettede træningslokaler. Borgerne udtrykker stor tilfredshed med medarbejdernes understøttende og motiverende indsats, som, ifølge borgerne, positivt bidrager til, at de enten har eller er på vej til at genvinde deres normale funktionsniveau. Samlet for borgerne gør det sig gældende, at de oplever inklusion og medinddragelse vedrørende deres rehabiliteringsforløb, herunder definering af realistiske mål, som er beskrevet, efter borgernes samtykke, på tavler i deres stuer. Borgerne udtrykker stort håb for fremtiden, og en borger oplyser, at på dage med begrænset "lys for enden af tunnelen" understøttes motivationen af søde og imødekomende medarbejdere.

Af aktiviteter nævner medarbejderne, at flere frivillige arrangerer og tilbyder et varierende udbud af aktiviteter, som i mere eller mindre grad imødekommer borgernes behov, som svinger meget alt efter borgersammensætningen på dagen. Den daglige træning og medarbejdernes målrettede indsatser mod borgernes målopfyldelse er, ifølge medarbejderne, ofte tilstrækkelig aktivitet for de fleste borgere, som ofte har begrænsede ressourcer efter sygdom, svækkelse eller længerevarende indlæggelser.

Borgerne udtrykker tilfredshed med maden og med måltiderne, som for de fleste borgere indtages i fællesrummet, hvortil samtalen og hyggen med medborgere og medarbejdere fremhæves som særlig betydningsfuld.

Medarbejderne kan kompetent redegøre for, hvordan de følger op på borgernes ernæringsindsatser, hvilket sker i et tæt tværfagligt samarbejde med kommunens diætist, sygeplejersker og ergoterapeuterne, der gennemfører synkefunktionsvurderinger. Dertil sikrer medarbejderne "rammerne for det gode måltid" igennem implementerede arbejdsgange, hvor maden til borgere, der spiser på egen stue, anrettes på et bord udenfor køkkenet, så andre borgere har ro i spisesituationen. Der er altid mindst en deltagende medarbejder, fx en måltidsvært omkring måltiderne, der sikrer dialogen og borgerne den nødvendige hjælp og støtte til at indtage sufficient ernæring.

Borgerne beskriver samstemmigt en meget god og respektfuld omgangstone, som er kendetegnet af stor medarbejderomsorg og forståelse for deres situation. En borger oplyser, at medarbejderne ofte kommer ind og sidder ved borgeren, hvilket borgeren



finder stor tryghed i. En anden borger beskriver et meget velfungerende samarbejde med samtlige medarbejdere, der altid er smilende og imødekommende.

Medarbejderne beskriver med eksempler, hvordan de tilpasser deres kommunikation og adfærd samt tager hensyn og respekterer den enkelte borgers dagsform, humør eller manglende psykiske overskud. Medarbejderne oplever langt overvejende - særligt i relation til eget team - at der anvendes en respektfuld og anerkendende omgangstone, hvortil det ligeledes er relativt nemt at give og modtage feedback. Medarbejderne oplever det samtidigt mere udfordrende at italesætte uhensigtsmæssig kommunikation, når medarbejderne hjælper i andre teams, hvilket medarbejderne dog løbende øver sig på. Medarbejderne oplyser om fokus på at forebygge omsorgstræthed på trods af travle dage med mange komplekse opgaver, og de anerkender, at det altid er muligt at få kompetent kollegial- eller ledelsesopbakning til at bytte en opgave, hvis overskuddet eller kompetencerne mangler på dagen. Medarbejderne reflekterer samtidigt over, at høje følelsesmæssige krav er en del af deres arbejde, ligesom hverdagen ofte er uforudsigelig og indeholder mange komplekse opgaver. Medarbejderne oplever indimellem, at deres psykiske overskud er påvirket, hvortil en begyndende omsorgstræthed mærkes. Medarbejderudsagn er drøftet med ledelsen, der er opmærksomme på udfordringen.

Tilsynet observerer flere dialoger mellem borgere og medarbejdere, som er kendetegnet af stor omsorg og gensidig respekt, ligesom tilsynet i et team overværer frokosten, hvor flere borgere sidder sammen, og selv servicerer sig fra de dertil pænt anrettede fade med pålæg og brød.

#### 2.4.4 Kompetencer og udvikling

**Score: 4**

**Vurdering:**

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

Ledelsen beskriver en stabil og velfungerende tværfagligt sammensat medarbejdergruppe, hvor flere medarbejdere har mange års erfaring med målrettet rehabilitering. Medarbejdergruppen består af cirka 110 medarbejdere, fordelt med 12 sygeplejersker, fem fysioterapeuter, fem ergoterapeuter og cirka 60 Sosu-medarbejdere med en overvægt af social- og sundhedsassistenter. Dertil har ledelsen ansvaret for akutteamets 12 sygeplejersker, ligesom flere medarbejdere i flexjob varetager praktiske funktioner, såsom rengøring og madværtsskab. Rehabiliteringscentret har eget afløserkorps, bestående af faglærte medarbejdere og studerende inden for faget, der hjælper til ved ferieafvikling og sygdom, ligesom flere afløserer har faste vagter i weekenderne.

Ifølge ledelsen ses målgrupperne af borgere med stigende kompleksitet, og flere borgere beskrives som multimorbide eller med causa sociales, hvilket, ifølge ledelsen, stiller høje krav til medarbejdergruppens kompetenceniveau. Ledelsen redegør for indeværende års kompetenceudvikling, som omfatter samtlige monofaglige medarbejdergrupper, hvilket ledelsen har prioriteret efter foregående års manglende muligheder, grundet rehabiliteringscentrets økonomiske situation, som nu har stabiliseret sig.

Ledelsen oplyser desuden om deres forventning om gennemførelse af MUS-samtaler senere på året, hvortil det på lokal- MED er besluttet at afvikle skiftevis TUS og MUS. MUS-samtaler blev ikke afholdt sidste år. Derudover ser ledelsen frem til implementering af flere andre udviklingstiltag, hvilket er muligt nu, hvor ledelsen er fuldtallig. Trivslen i de fem teams vurderes af ledelsen som generelt velfungerende, men de tilkendegiver samtidigt, at et team har været mindre stabilt, hvorfor tilknyttet teamleder på tilsynsdagen afholder temadag med fokus på trivsel og arbejdsmiljøet.

Medarbejderne oplever sig generelt kompetente til opgaverne, og de kan med eksempler redegøre for inddragelse af relevante samarbejdspartnere, såsom hjerneskadeområdet og kommunens psykiatriteam, som særligt fremhæves for kompetent sparring og

supervision i komplekse borgerforløb. Derudover nævner medarbejderne et velfungerende samarbejde med øvrige eksterne samarbejdspartnere, såsom borgernes egne læger, sygehusafdelinger samt primærsektor, hvortil medarbejderne ofte har et omfattende arbejde med at planlægge og koordinere borgernes forløb og deraf mange ekstra administrative opgaver, som indimellem ligger ud over medarbejdernes kompetenceområde. Medarbejderne kan redegøre for anvendelsen af VAR, som anvendes systematisk i kvalitetssikringen af opgaver. Medarbejderne anerkender langt overvejende ledelsen igangsatte kompetenceudvikling, hvortil en sygeplejerske er tilmeldt diplom i sår, mens udvalgte terapeuter skal deltage i undervisning målrettet deres fagområde. En social- og sundhedsassistent er i gang med fem moduler i konflikthåndtering, ligesom flere medarbejdere skal introduceres til dokumentationsområdet.

Afløserne er, ifølge medarbejderne, dygtige, og de har et godt kendskab til opgaverne, men medarbejderne tilkendegiver samtidigt, at kompetenceniveauet i weekenderne ofte er påvirket, hvortil medarbejderne efterspørger oplæring af afløserne til den rehabiliterende tilgang og indsats. Tilsynet oplyses af en ufaglært afløser om introduktionsprogrammet, som omfatter forflytningskursus og medicin håndtering samt fem følgedage med faste medarbejdere, hvortil afløseren oplyser om en tilstrækkelig introduktion og meget søde og hjælpsomme kollegaer, der altid stiller kompetent hjælp og sparring til rådighed.

Til grund for vurderingen tillægges det betydning, at tilsynet oplyses om, at delegering af sundhedsfaglige ydelser fra sygeplejersker til social- og sundhedsassistenter sker igennem oplæring og mundtlig overdragelse, hvortil medarbejderne ikke kan redegøre for den skriftlige dokumentation af delegerede ydelser, hvilket er drøftet med ledelsen.

#### 2.4.5 Pårørendesamarbejde

**Score: 5**

**Vurdering:**

Tilsynet vurderer, at rehabiliteringscentret i meget høj grad lever op til indikatorerne. Tilsynet har ikke talt med pårørende, men borgerne oplever et velfungerende samarbejde mellem deres pårørende og medarbejderne. Dertil oplyser borgerne, at deres pårørende er inddragede i drøftelser ifm. opstarten af borgernes forløb, ligesom pårørende har været inviterede med til fremtidsmøder vedrørende vurdering og planlægningen af borgernes fremtid, fx ift. ansøgning om en plejehjemsplads.

Medarbejderne kan med flere eksempler redegøre for, hvordan de inddrager pårørende i samarbejdet og planlægningen af borgernes forløb i det omfang, borgerne ønsker det, fx ift. afhentning af medicin, tøj og andre praktiske ydelser, ligesom pårørende indtænkes som vigtige ressourcer vedrørende borgernes livshistorier og sygdomshistorik. Medarbejderne oplyser, at pårørendes ressourcer ofte er begrænsede efter forudgående længerevarende kontakt med det offentlige system, gentagne indlæggelser eller grundet krise ifm. borgernes sygdomsforløb eller ændrede livsvilkår. Medarbejderne forsøger at favne de pårørendes behov for tryk og omsorg igennem tillid, en ligeværdig kommunikation samt forståelse for familiens samlede situation, hvilket medarbejderne dog ikke altid lykkes med, hvortil ledelsen inddrages og løbende inviterer til dialogmøder. Medarbejderne anerkender ledelsen for at være klar til at støtte dem i svære situationer, fx når pårørende mangler indsigt i borgernes samlede situation eller vedrørende manglende forventningsafstemning af rehabiliteringscentrets ansvarsområder.

Medarbejderne oplyser desuden, at flere borgere har et sparsomt netværk eller ingen kontakt med pårørende, hvortil medarbejderne fungerer som "professionelle pårørende", og derfor hjælper med mange ekstra praktiske opgaver og koordinering mellem primær og sekundær sektor.

## 3. Vurderingsskema

I tilsynene i Viborg Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	<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>
Score: 4	<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>
Score: 3	<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 elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul>
Score: 2	<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 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>
Score: 1	<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 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.