



# Tilsynsrapport Sønderborg Kommune

Omsorg og Udvikling  
Privat leverandør af hjemmepleje  
CaRas I/S

Uanmeldt kommunalt- samt sundhedsfagligt tilsyn  
Marts 2023

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

Kirsten Marquardsen  
Senior Manager  
Mobil: 4189 0436  
Mail: [kmq@bdo.dk](mailto:kmq@bdo.dk)  
Projektansvarlig

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



# 1. OPLYSNINGER

Generelle oplysninger om tilsynet
Navn og Adresse: CaRAS I/S, Fynsgade 16, 6400 Sønderborg
Direktør og indehaver: Anette Eg Koch
Tilbudstype og juridisk grundlag: Uanmeldt kommunalt samt sundhedsfagligt tilsyn med privat leverandør af hjemmepleje
Målgruppe: Fire borgere visiterede til hjemmepleje efter SEL samt sygeplejeydelser efter SUL
Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg: Den 9. marts 2023, kl. 09.00 - 16.30
<p>Deltagere i interviews:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direktøren</li> <li>• Seks daglige ledere</li> <li>• En administrativ medarbejder</li> <li>• Fire medarbejdere</li> <li>• Fire borgere</li> <li>• Tre pårørende</li> </ul> <p>Tilsynet blev afrundet sammen med ledelsen og den administrative medarbejder, som fik en tilbagemelding om tilsynets forløb og foreløbige vurderinger.</p>
<p>Tilsynsførende:</p> <p>Manager Dorte Karlskov, sygeplejerske</p> <p>Manager Helle Charlotte Nielsen, sygeplejerske, cand.cur.</p>

## 1.1 AKTUELLE VILKÅR

Aktuelle vilkår
<p>Tilsynet indledes med direktør og indehaver af virksomheden, en administrativ medarbejder samt fem ud af seks daglige ledere. Den sidste daglige leder tilstøder senere. Ledelsen oplyser, at virksomheden i 2022 vandt kommunens udbud på ældreområdet, og aktuelt er de den eneste private aktør på fritvalgsområdet. I den forbindelse oplevede organisationen en stor tilgang af borgere, og leverandøren betjener cirka 640 borgere, fordelt på 35 daglige ruter, 11 ruter om aftenen samt 1 nat-rute, inklusiv en rådighedsvagt. Distriktet er opdelt i fire geografiske områder, og de dækker hele Als. Ledelsen oplyser, at det seneste år derfor har været hektisk, dels grundet et efterslæb ifm. pandemien, dels pga. rekruttering og introduktion af mange nye medarbejdere i relation til stigningen i borgergrundlaget.</p> <p>Grundet den øgede vækst er ledergruppen ligeledes udvidet med tre nye daglige ledere, så medarbejdergrupperne hver har en daglig leder. Hensigten er at sikre øget kontinuitet hos borgerne, samt at ledelsen er tættere på medarbejderne og borgerne i hverdagen, idet de daglige ledere også planlægger køreruter, og de afholder opstartsmøder med nye borgere. Ledelsen erkender, at sikring af den daglige drift længe har været det altoverskyggende fokus, hvorfor den nyetablerede ledergruppe ser frem til i højere grad at arbejde med faglig udvikling.</p> <p>Ledelsen oplyser, at aktuelle indsatsområder omhandler optimering af samarbejdet med hjemmesygeplejen samt opkvalificering af leverandørens dokumentationspraksis. Begge områder udvikles i tæt samarbejde med repræsentanter fra Sønderborg Kommune. I den forbindelse er de indledende møder afviklede, og der er planlagt undervisning, sparring og oplæring for leverandørens ledelse og flere nøglemedarbejdere i omsorgssystemet.</p>

Yderligere har ledelsen til hensigt at arbejde med optimering af planlægningen med henblik på at kvalitetssikre kerneydelsen, fx er leverandøren i gang med at revidere den tidligere anvendte lommebog med kontaktoplysninger til relevante samarbejdspartnere samt beskrivelser af procedurer og redskaber til faglige observationer.

Af udfordringer nævner ledelsen rekruttering af faglærte medarbejdere, og aktuelt er 21 % af den samlede medarbejderstab ufaglærte, hvilket kommunen er informeret om. Leverandøren har i alt 140 ansatte, hvoraf 70 er fastansatte medarbejdere.

En anden udfordring, som ledelsen nævner, er sektorovergange, hvor borgere, som udskrives fra sygehuset til hjælp i eget hjem, er stillet et serviceniveau i udsigt, som ikke modsvarer de visiterede ydelser. Omvendt tilkendegiver ledelsen, at det er sjældent, at borgerne fravælger den private leverandør, og leverandøren oplever tilfredse borgere, fraset enkeltstående tidligere og behandlede klagesager.

Medarbejdersituationen har været, og er fortsat, præget af stor medarbejdertilgang. Ledelsen oplyser, at ti vakante stillinger dækkes af ufaglærte samt faste medarbejdere. Sygefraværet er ifølge ledelsen lavt, men det er aktuelt påvirket af tre medarbejders langtidssygemeldinger.

## 2. TILSYN HJEMMEHJÆLP

### 2.1 OVERORDNET VURDERING

BDO har på vegne af Sønderborg Kommune foretaget et uanmeldt kommunalt tilsyn hos privat leverandør af hjemmepleje CaRas I/S. BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det data-materiale, som er indsamlet gennem interviews, observationer og skriftligt materiale.

Det er tilsynets overordnede vurdering, at leverandøren CaRas I/S er en organisation, som pga. stor borger-tilgang i 2022 har haft store udfordringer med at sikre tilstrækkelige personaleressourcer og kompetencer til at løfte kerneydelsen. Den nyligt udvidede ledergruppe og engagerede medarbejdere arbejder dog dagligt på at sikre kvaliteten af kerneopgaven. Den borgeroplevede kvalitet er helt overvejende god, men mangler på dokumentationsområdet påvirker kvalitet og sammenhæng i de visiterede ydelser.

Tilsynet vurderer på den baggrund, at det vil kræve en meget målrettet og systematisk ledelsesmæssig indsats at sikre medarbejderne den nødvendige oplæring i dokumentation og at sikre de nødvendige rammer og vilkår for dokumentationsarbejdet med opfølgning på de faglige indsatser. Derudover vurderer tilsynet, at ledelsen fortsat bør arbejde målrettet med fastholdelse samt rekruttering af tilstrækkeligt med faglærte medarbejdere.

Det er desuden tilsynets vurdering, at der ledelsesmæssigt bør sættes ind på at understøtte og sikre, at medarbejderne har de rette faglige, personlige og kommunikative kompetencer til at varetage pleje og støtte, svarende til målgruppernes problemstillinger og kompleksitet. Herunder, at medarbejderne introduceres til begrebet rehabilitering, og til at de kan omsætte den rehabiliterende tankegang i samarbejdet med borgerne.

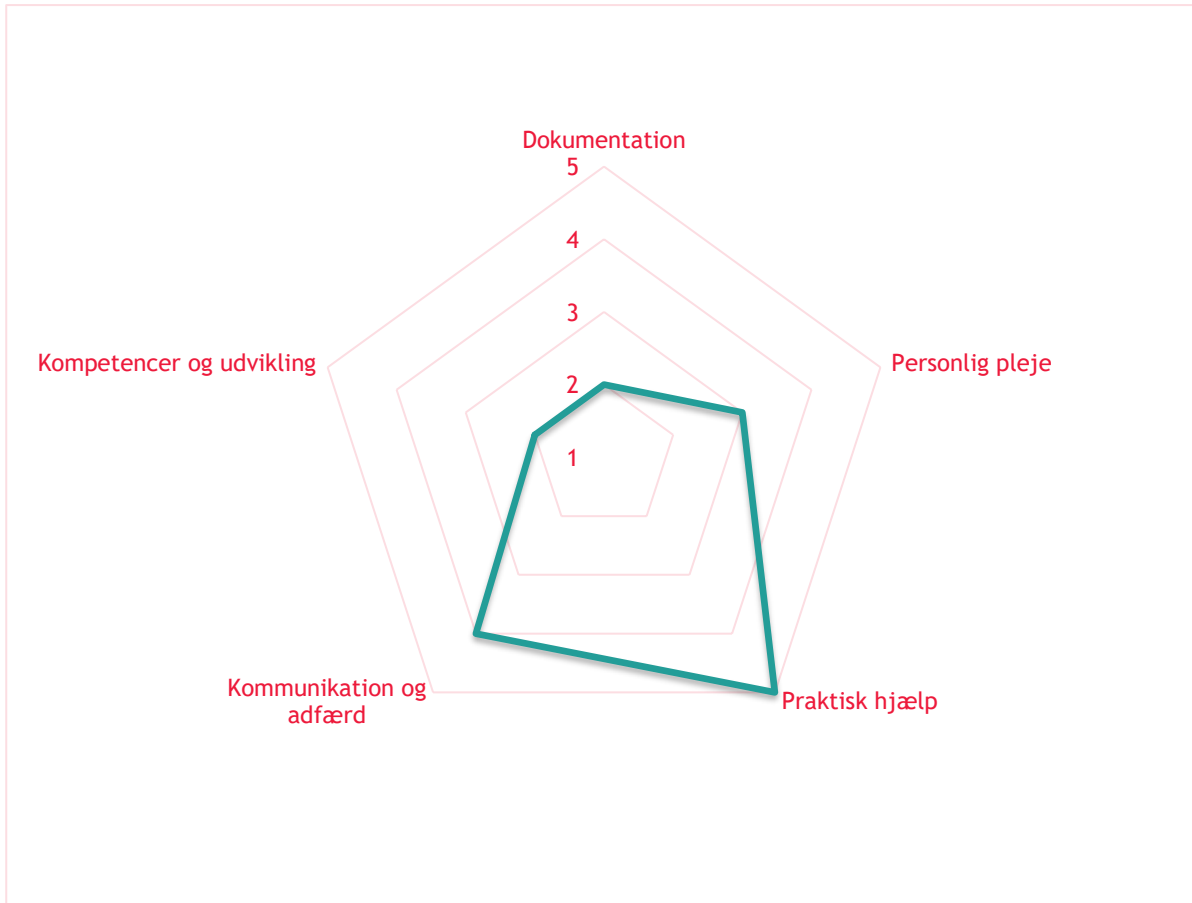
Tilsynet har givet anledning til i alt ni anbefalinger, som er rettet mod alle temaer, fraset den praktiske hjælp.

### 2.2 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.

## 2.3 VURDERING



## 2.4 VURDERING I FORHOLD TIL TEMAER

Tema	Vurdering
Dokumentation Score: 2	Tilsynet vurderer, at leverandøren i lav grad lever op til indikatorerne. Medarbejderne oplyser, hvordan de arbejder med dokumentationen i daglig praksis, hvor de har udprintede kørelister med beskrivelser af borgernes ydelser. Medarbejderne noterer ændringer, først på den fysiske køreliste, og herefter i Vitae-systemet, når de returnerer til kontoret. Medarbejderne tilkendegiver, at der generelt er forbedringspotentiale vedrørende deres dokumentationspraksis, idet ikke alle medarbejdere dokumenterer i Vitae, hvilket påvirker de øvrige medarbejders muligheder for at orientere sig om borgerne.

	<p>Derudover oplever medarbejderne, at de ikke altid har den nødvendige tid til at dokumentere, særligt i forhold til borgere i SEL §83a forløb, hvor daglig dokumentation forventes. Medarbejderne ytrer ønske om muligheden for at tage en iPad med ud på ruterne.</p> <p>Dokumentationen er gennemgået med ledelsen og en administrativ medarbejder. Ledelsen kan ikke tydeligt redegøre for leverandørens rolle og ansvar vedrørende dokumentationspraksis, og ledelsen henviser til det indledte samarbejde med kommunen, hvor drøftelser aktuelt foregår ift. systematisk opdatering af borgernes journaler. Tilsynet oplyses om praksis vedrørende overholdelse af GDPR-regler i forbindelse med, at medarbejderne dagligt modtager fysiske kørelister. Kørelisterne makuleres dagligt. Ledelsen oplyser desuden, at samtlige medarbejdere er oplærte i og har adgang til omsorgssystemet.</p> <p>Dokumentationen er gennemgået for fire borgere.</p> <p>Den socialfaglige dokumentation fremstår med flere mangler, og generelt savnes der en rød tråd og sammenhæng imellem dokumentationen, de visiterede ydelser og kørelisterne. Borgernes visiterede ydelser savner dog i flere tilfælde både på kørelister og i dokumentationssystemet udførlige og handlingsvejledende beskrivelser af borgernes plejeydelser og praktiske hjælp, fx vedrørende et nattilsyn, medarbejdernes faglige tilgange i relevante tilfælde samt oplysning om, hvordan borgernes ressourcer inddrages i pleje- og omsorgsydelser. Hos en borger i SEL 83a forløb savnes der desuden beskrivelse af mål samt den rehabiliterende tilgang, mens observationsnotater løbende er udfyldt med beskrivelser af borgerens progression. Generelle oplysninger ses overvejende ajourførte, dog savnes der fyldestgørende livshistorie hos to borgere. Funktionsevnetilstande er vurderede, fraset hos en borger.</p> <p>Dokumentationen er beskrevet i et fagligt sprog.</p>
<p>Personlig pleje</p> <p>Score: 3</p>	<p>Tilsynet vurderer, at leverandøren i middel grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Borgerne modtager relevante pleje- og omsorgsydelser, som svarer til deres behov. Borgerne udtrykker tilfredshed med de ydelser, de modtager, men de oplever, at besøgene leveres af mange forskellige medarbejdere. En borger, som har været i SEL §83a forløb, har genvundet meget af sit tidligere funktionsniveau, hvorfor flere ydelser er afsluttede. Dog er borgeren stadig usikker og utryk ved badesituationer uden opsyn, og borgeren føler sig ikke velinformeret om den fremtidige levering af hjælpen. Borgerudsagnet er adresseret til ledelsen.</p> <p>Leverandøren har fokus på at sikre kontinuitet og den rette daglige pleje og omsorg til borgerne i form af udarbejdede kørelister, hvor de daglige ledere tilstræber at koordinere opgaverne i relation til medarbejdernes kompetencer og erfaringsgrundlag. Medarbejderne har dagligt fælles morgen-indmøde i de enkelte teams, hvor kørelister udleveres, ligesom medarbejderne orienterer sig i advis-systemet. Ifølge medarbejderne er det dog primært mundtlig overlevering og begrænset orientering i dokumentationen, som foregår i forhold til indføring i borgeropgaver. Medarbejderne orienterer sig desuden på en fælles tavle, som retter sig mod borgere, som afviger fra deres vanlige adfærd. Medarbejderne beskriver, at borgerne kategoriseres som gule eller røde, fx ved hjemkomst fra sygehus, eller ved terminale forløb. Oftest er det faglærte medarbejdere, som varetager plejeopgaver hos borgere, som er kategoriserede røde, men medarbejderne tilkendegiver, at også ufaglærte medarbejdere eller en pædagog kan udføre plejeopgaverne hos terminale borgere i sidste fase af forløbet. Tilsynet bemærker desuden, at medarbejderne ikke tydeligt kan redegøre for tavlens anvendelse. Ved ændringer hos borgerne er det desuden ikke tydeligt for medarbejderne, hvornår de skal kontakte en social- og sundhedsassistent eller hjemmesygeplejen, hvis der er afvigelser.</p>

	<p>Medarbejderne beskriver med flere eksempler, hvordan de via dialog og et godt borgerkendskab har fokus på at inddrage borgernes ressourcer i det omfang, det er muligt. Samtidig tilkendegiver medarbejderne, at manglende kontinuitet i planlægningen medvirker til, at det til tider kan være svært at følge op på faglige indsatser. Medarbejderne oplyser dog om løbende telefonisk og mundtlig kollegial sparring, fx har en medarbejder for nyligt inddraget leverandørens demsnøgleperson ift. vejledning af tilgange til en kognitivt svækket borger. Medarbejderne kan desuden relevant beskrive, hvordan de har fokus på sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, fx ved observationer af tryksår samt i forbindelse med hudpleje og lejrning.</p> <p>Et rehabiliteringsteam, hvor daglig leder er uddannet ergoterapeut, varetager pt. opgaverne hos borgere i § SEL 83a forløb, men en omorganisering er forestående, så alle teams fremadrettet skal kunne varetage den målrettede rehabilitering. Aktuelt gennemgås borgere i rehabiliteringsforløb en gang ugentligt i teamet med henblik på opfølgning. Samarbejdet med kommunens terapeuter foregår ad hoc. I relation til borgere i vedvarende forløb er medarbejderne opmærksomme på at inddrage borgernes ressourcer i plejen og vedrørende mobilisering. Omvendt tilkendegiver medarbejderne, at der ikke sker oplæring eller undervisning i rehabilitering til ufaglærte medarbejdere.</p> <p>Tilsynet observerer, at borgerne er velsoignerede, svarende til vaner og livsstil.</p>
<p>Praktisk hjælp</p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at leverandøren i meget høj grad lever op til indikatorerne. Borgerne er tilfredse med hjælpen til rengøring og den praktiske støtte, såsom tøjvask og anretning af mad.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for, hvordan de inddrager borgernes ressourcer i den praktiske hjælp, fx ved at deles om opgaver i forbindelse med tøjvask eller at tørre støv af. Medarbejderne oplyser, at de ligeledes udfører rengøring hos borgerne, men at ydelserne primært udføres af et særskilt team af medarbejdere. Yderligere redegør medarbejderne for indsatser, som relaterer sig til hygiejniske risikofaktorer hos borgerne, og de oplyser, at de anvender handsker, og at de spritter af, ligesom de er bevidste om arbejdsgange i forhold til rengøringen, som udføres fra rent til urent.</p> <p>Tilsynet observerer på besøg i borgernes hjem en hygiejnemæssig tilfredsstillende standard, herunder borgernes hjælpemidler.</p>
<p>Kommunikation og adfærd</p> <p>Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at leverandøren i høj grad lever op til indikatorerne. Borgerne oplever overvejende, at medarbejderne anvender en respektfuld og anerkendende kommunikation og adfærd. En borger udtrykker dog utilfredshed med, at ikke alle medarbejdere, som aftalt, konsekvent låser borgerens dør, når de går. Borgeren fortæller ligeledes om en enkeltstående episode med en medarbejder, som ikke anvendte en ordentlig omgangstone. Borgerudsagnet er videreformidlet til ledelsen. De pårørende beskriver medarbejderne som venlige og lydhøre, ligesom det generelle samarbejde i hverdagen med leverandøren anerkendes.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for, hvad de lægger vægt på i kommunikationen med borgerne, og de er opmærksomme på at tilpasse deres tilgang individuelt til den enkelte borger, fx vedrørende den sproglige jargon. Yderligere oplyser medarbejderne, at de altid banker på borgernes døre, og at de præsenterer sig ved ankomst. Medarbejderne reflekterer relevant over vigtigheden af at skabe tillid og trykthed i samspillet med borgerne for at fremme et velfungerende samarbejde i relation til opgaveløsningen.</p>



	<p>Ledelse og medarbejdere oplever, at de generelt er gode til at forebygge omsorgstræthed indbyrdes i medarbejdergruppen, bl.a. ved at spørge ind til og drage omsorg for hinanden samt ved at have muligheden for at sige til og fra. Medarbejderne har tillid til at drøfte oplevet uhensigtsmæssig adfærd og kommunikation indbyrdes og med ledelsen, hvis det skulle forekomme.</p>
<p>Kompetencer og udvikling:</p> <p>Score: 2</p>	<p>Tilsynet vurderer, at leverandøren i lav grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Ledelsen vurderer, at medarbejderne samlet set har de rette kompetencer i forhold til målgrupperne. Ledelsen tilkendegiver dog samtidig, at der i et omfang har været et kompetencetab efter pandemien, grundet den længerevarende periode med begrænset kompetenceudvikling, ligesom leverandøren oplever udfordringer med rekruttering af faglærte medarbejdere. De daglige ledere har ansvar for at afvikle MUS-samtaler for eget team, ligesom de årligt udfører ledelsestilsyn på 20 procent af borgerne. Medarbejdergruppen består af 15 social- og sundhedsassistenter, hvor yderligere tre tiltræder første april, social- og sundhedshjælpere, pædagoger og pædagogiske assistenter samt ufaglærte medarbejdere. Derudover er to afdelingsledere og direktøren uddannede sygeplejersker.</p> <p>Ledelsen oplyser, at de understøtter medarbejderne i dagligdagen med afsæt i kommunens kompetenceprofiler. Ledelsen oplever, at medarbejderne selv er opsøgende ift. at erhverve sig ny viden og kompetencer, og at teammøder hver 14. dag med borgergennemgang understøtter muligheden for vidensdeling om borgerne. Alle medarbejderne er for nyligt undervist i førstehjælp, ligesom vejlederuddannelsen til enkelte medarbejdere har været prioriteret, ud over den aktuelle indsats ift. sidemandsoplæring i dokumentation. Nyansatte kompetenceafklares ved ansættelse, og de introduceres med følgedage ud fra en tjekliste, og de tilknyttes en mentor.</p> <p>Medarbejderne oplever generelt gode muligheder for at udvikle sig fagligt og personligt, bl.a. via den indbyrdes sparring på morgenmøderne og telefonisk. Samtidig tilkendegiver medarbejderne, at der er begrænset mulighed for at dele viden eller erfaringer på tværs af de forskellige teams. Hver anden måned afholdes der personalemøde, ligesom teammøder afvikles kontinuerligt, men medarbejderne reflekterer over, at de i højere grad kan blive bedre til at opsøge og opnå viden fra forskellige faggrupper, hvis de havde et forum for tværfaglige drøftelser. Yderligere efterspørger en medarbejder øget viden om sygdomslære og demens, grundet stigning i borgernes kompleksitet.</p> <p>I relation til kurser og undervisning fortæller medarbejderne, at en sygeplejerske netop har undervist medarbejderne vedrørende bevilling af bleer, ligesom medarbejderne oplyser, at førstehjælpskurset var fagligt udviklende. Introduktion af nyansatte beskrives af medarbejderne som lidt tilfældigt, hvor nye medarbejdere har følgedage i den gruppe, som på dagen har tid. Medarbejderne beskriver en tjekliste ved introduktion af nyansatte, og de oplyser, at et nyt introduktionsforløb er under implementering.</p> <p>Til grund for tilsynets samlede vurdering tillægges de vakante stillinger og andelen af ufaglærte medarbejdere betydning, ligesom leverandøren har et aktuelt kompetencetab, grundet sparsom kompetenceudvikling igennem længere tid. Resultatet af det sundhedsfaglige tilsyn tæller også i den samlede vurdering af temaet.</p>



## 2.5 TILSYNETS BEMÆRKNINGER OG ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende bemærkninger og anbefalinger:

### Bemærkninger

Tilsynet har ingen bemærkninger.

### Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler ledelsen at iværksætte en målrettet indsats for at sikre medarbejderne de nødvendige dokumentationskompetencer og samtidigt sikre, at medarbejderne har de nødvendige rammer og vilkår ift. at opdatere og vedligeholde den daglige dokumentation.
2. Tilsynet anbefaler ledelsen et meget skærpet fokus på at sikre, at den socialfaglige dokumentation opdateres, jf. Sønderborg Kommunes retningslinjer.
3. Tilsynet anbefaler ledelsen at følge op på en konkret borger i § SEL 83a forløb for at afstemme borgerens fremadrettede hjælp, og for at sikre borgeren trykthed herved.
4. Tilsynet anbefaler de daglige ledere en øget opmærksomhed på, at planlægningen sikrer kontinuiteten hos borgerne.
5. Tilsynet anbefaler ledelsen en meget skærpet opmærksomhed på, at medarbejdere, som udfører plejeopgaver hos terminale borgere, har tilstrækkelig faglig viden og erfaring til at observere og reagere på forandringer, som kræver handling.
6. Tilsynet anbefaler ledelsen at systematisere og ensrette arbejdsgange i relation til opfølgning på faglige indsatser samt vedrørende medarbejdernes behov for faglig sparring med social- og sundhedsassistenter og hjemmesygeplejen.
7. Tilsynet anbefaler ledelsen at sikre, at samtlige medarbejdere udviser en professionel tilgang og adfærd hos borgerne, og at de følger op på en konkret borgers ønsker om en låst dør.
8. Tilsynet anbefaler en øget ledelsesmæssig opmærksomhed på at skabe overblik over medarbejdernes individuelle og samlede kompetenceudvikling, herunder at sikre mødefora til tværfaglige drøftelser, som kan løfte medarbejdernes faglige viden og understøtte helhedsperspektivet på borgerne.
9. Tilsynet anbefaler ledelsen at sikre en grundig og systematisk introduktion og opfølgning for alle nyansatte medarbejdere, så de bliver rustede til opgaverne.

## 3. SUNDHEDSFAGLIGT TILSYN

### 3.1 OVERORDNET VURDERING

BDO har på vegne af Sønderborg Kommune foretaget et sundhedsfagligt tilsyn hos fire borgere, der modtager delegerede sygeplejeydelser (SUL-ydelser) fra CaRas I/S.

Der er udført medicinkontrol hos tre borgere. 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 vurdering, at privat leverandør af hjemmepleje, CaRas I/S delvist lever op til gældende retningslinjer vedrørende det sundhedsfaglige område.

Det er tilsynet vurdering, at medarbejderne har opmærksomhed på at varetage borgerne sundhedsfaglige problemstillinger. Samarbejdet med hjemmesygeplejen har været udfordret, men leverandøren arbejder nu med forskellige tiltag sammen med kommunen og hjemmesygeplejen med henblik for at forbedre samarbejdet omkring levering af indsatser.

Leverandøren varetager forskellige opgaver inden for borgernes medicinbehandling, og det er tilsynets vurdering, at leverandøren lever op til retningslinjerne på området i den forbindelse.

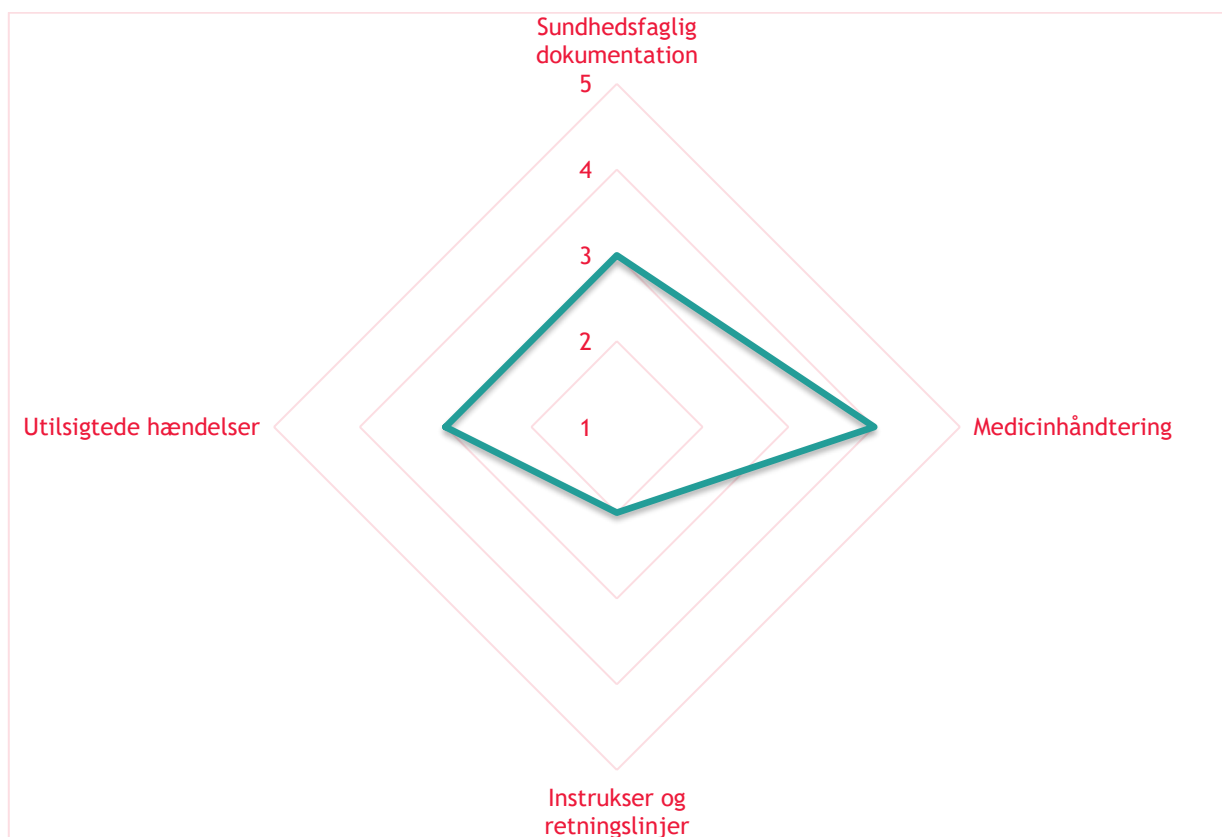
Det er tilsynets vurdering, at manglerne vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation kalder på en afklaring med Sønderborg Kommune om leverandørens rolle og ansvar i den forbindelse. Tilsynet vurderer desuden, at leverandøren kun i begrænset omfang har implementeret en praksis for anvendelse af instrukser og retningslinjer i kvalitetsarbejdet, hvilket også gør sig gældende for UTH-området. Tilsynet vurderer derfor et skærpet behov for, at ledelsen indfører og introducerer medarbejderne til gældende faglige retningslinjer og procedurer, og at de sikrer, at medarbejderne kender og efterlever disse - med særligt fokus på uddelegeringspraksis.

Det sundhedsfaglige tilsyn har givet anledning til syv anbefalinger, der fordeler sig på samtlige temaer.

### 3.2 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.



### 3.3 AKTUELLE VILKÅR

Aktuelle vilkår
<p>Ifølge ledelsen leveres sundhedslovsydelser i både stabile og komplekse borgerforløb. Ledelsen oplyser i den forbindelse, at de ved planlægningen forsøger at imødekomme borgernes ønsker om, at hjælpen i den sidste tid leveres af medarbejdere, som ofte kender borgerne godt efter flere års samarbejde.</p> <p>Ledelsen har på sidste uges ledermøder drøftet ledelsens samlede opgaveportefølje, og opgaver er fordelt, så ansvaret for fx opfølgning på UTH og opdatering af lommebøger etc. er fordelt imellem de daglige ledere. Ledelsen oplyser, at samarbejdet med den kommunale hjemmesygepleje ifm. pandemien var meget begrænset og svært, men at leverandøren netop har genoptaget de tværfaglige møder, som afvikles teamvis hver måned. Leverandøren er i dialog med hjemmesygeplejen, da leverandøren har et ønske om at øge mødekadencen til hver 14. dag, hvilket det fra hjemmesygeplejens side dog ikke har været muligt at imødekomme.</p> <p>Der henvises i øvrigt til aktuelle vilkår under den socialfaglige rapport.</p>

### 3.4 VURDERING I FORHOLD TIL TEMAER

Tema	Vurdering
<p>Sundhedsfaglig dokumentation</p> <p>Score: 3</p>	<p>Tilsynet vurderer, at leverandøren i middel grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Tilsynet har gennemgået den sundhedsfaglige dokumentation for fire borgere sammen med fem daglige ledere og en administrativ medarbejder, som oplyser, at social- og sundhedsassistenter dagligt har afsat to timer til at dokumentere.</p> <p>Ledelsen kan ikke tydeligt redegøre for leverandørens roller og ansvar ifm. den sygeplejefaglige dokumentation, og de daglige ledere kan kun i begrænset omfang fremfinde dokumentation for opfølgning på faglige indsatser. Ledelsen er ikke bekendt med kommunens retningslinjer på dokumentationsområdet, men de oplyser at være i dialog med kommunens kvalitetsmedarbejdere ift. introduktion til "Kvalitet og forenkling." Kørelisterne anvendes til at sikre leveringen af de visiterede sundhedsfaglige ydelser, og medarbejderne opretter observationsnotater ved afvisninger i borgernes habituelle tilstand.</p> <p>Den sundhedsfaglige dokumentation fremstår delvist opdateret. Helbredsoplysninger, som ifølge leverandøren stadig anvendes, ses mangelfuldt opdaterede, og i et tilfælde er helbredsoplysninger forsøgt opdateret ved en ikke sundhedsfaglig medarbejder, som har copypastet et tidligere ikke opdateret notat, hvorfor helbredsoplysninger på den konkrete borger fortsat ikke er opdateret.</p> <p>Helbredstilstande er vurderede, og faglige mål på indsatser er oprettede, men kun i varierende grad opdaterede. Tilsynet finder eksempler på manglende dokumentation for opfølgninger, fx vedrørende en borgers hudpleje, som ikke er evalueret som foreskrevet efter tre måneder, og ved en anden borger mangler der opfølgning vedrørende sårpleje. I begge tilfælde har borgerne modtaget ydelserne som planlagt på kørelisten. Handleanvisninger på indsatser skrives ifølge ledelsen ligeledes på kørelisten. Tilsynet kan dog kun i begrænset omfang se fyldestgørende beskrivelser af den sundhedsfaglige indsats, fx mangler der i et tilfælde beskrivelse af hjælpemiddel til kompressionsstrømper.</p> <p>Medarbejderne oplyser, at borgerne sygeplejemæssige problemstillinger varetages i samarbejde med leverandørens social- og sundhedsassistenter, som understøtter de øvrige medarbejdere med faglig sparring over telefonen og på morgenmødet.</p>

	<p>Hjemmesygeplejen inddrages ved behov, og medarbejderne beskriver, at samarbejdet kun er delvist velfungerende, idet medarbejderne oplever det personafhængigt, om de får brugbar hjælp og sparring, når hjemmesygeplejen kontaktes. Medarbejderne har dog tiltro til, at samarbejdet bedres i takt med, at de lærer hinanden at kende igennem de nyopstartede møder. Ikke alle medarbejdere har deltaget på de få afholdte møder, ligesom hjemmesygeplejen, grundet travlhed, aflyste det senest planlagte møde.</p> <p>Til grund for vurderingen tillægges det desuden betydning, at tilsynet hos en borger finder, at ydelsen på medicinadministration ikke er afsluttet, efter at borgeren har overtaget opgaven.</p>
<p>Medicinhåndtering</p> <p>Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at leverandøren i høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Borgerne oplever tryghed i måden, hvorpå medarbejderne håndterer deres medicin, og en pårørende oplyser, at medarbejderne kommer som aftalt, og at ægteparret aldrig har oplevet fejl i den doserede medicin.</p> <p>Medarbejderne oplyser om praksis vedrørende medicinhåndtering, og de beskriver, at nye medarbejdere sidemandsoplæres til opgaven som en del af introduktionen.</p> <p>Tilsynet finder få mangler i relation til medicinhåndteringen, og fejlene omfatter manglende navn, CPR-nummer og anbrudsdato på en borgers medicinske præparat med begrænset holdbarhedsdato, og i et andet tilfælde er afkrydsningsskemaet for udleveret medicin overskrevet på bagsiden.</p> <p>Tilsynet møder en nytiltrådt medarbejder, som oplyser at være godt introduceret til medicinhåndtering, og medarbejderen kan redegøre for praksis i relation hertil.</p>
<p>Instrukser og retningslinjer</p> <p>Score: 2</p>	<p>Tilsynet vurderer, at leverandøren i lav grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Medarbejderne har kun i begrænset omfang kendskab til gældende instrukser og retningslinjer, og to medarbejdere oplyser desuden, at sidemandsoplæring af kolleger primært foregår ved mundtlig oplæring og ikke med afsæt i de kliniske retningslinjer og beskrevne procedurer.</p> <p>Medarbejderne oplyser, at de i planlægningen af dagens opgaver har blik for ikke at levere opgaver, som ligger ud over eget kompetenceområde, og at de anvender kommunens udarbejdede kompetenceoversigt ved tvivl. Ledelsen kompetenceafklarer medarbejderne ifm. ansættelsen, og medarbejderne oplyses om, at der løbende udarbejdes kompetencekort, hvor begge medarbejdere og ledelsen ifm. uddelegering underskriver, hvorefter ledelsen journaliserer kortene elektronisk.</p> <p>Tilsynet bemærker, at medarbejderne i meget begrænset omfang kender til de af ledelsen beskrevne faglige metoder, såsom ISBAR, HOME og triage-tavlen.</p> <p>Til grund for scoren tillægges det desuden betydning, at tilsynet i to tilfælde oplyses om, at faglærte medarbejdere har oplært ufaglærte kolleger i sundhedslovsydelse, som ligger ud over deres basiskompetencer, hvilket er videregivet til ledelsen.</p>
<p>Indberetning og opfølgning på UTH</p> <p>Score: 3</p>	<p>Tilsynet vurderer, at leverandøren i middel grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Medarbejderne oplyser, at de indberetter UTH, når disse opdages, og medarbejderne henviser til samlerapporteringskemaer, som hænger i et depotrum tilgængeligt for samtlige medarbejdere. Medarbejderne kan ikke redegøre for, hvordan og hvornår der følges op på de indberettede UTH, og de er ikke oplyste om tendenser, eller om der er sket praksisændringer efter indberettede hændelser.</p> <p>Ledelsen oplyser, at de netop har ændret praksis vedrørende samlerapporteringskemaerne ved medicinfejl og fald, så skemaerne nu hænger mere synlige i afdelingen med henblik på at motivere flere medarbejdere til at indberette de fundne fejl og hændelser.</p>

	<p>Ledelsen erkender, at de i den seneste tid ikke systematisk har evalueret de indberettede UTH, og tilsynet kan ikke oplyses om antal indberettede UTH for 2022, da dette endnu ikke er opgjort. Ledelsen vurderer umiddelbart, at de månedlige indberetninger i gennemsnit ligger mellem 10 til 15 for medicinfejl og på 8 til 10 for fald. Ansvar for UTH-arbejdet er netop overgået til anden daglig leder, som oplyser om leverandørens hensigter vedrørende UTH arbejdet, hvor opfølgning fremadrettet vil få en langt større opmærksomhed.</p> <p>Tilsynet bemærker, at medarbejderne har noteret enkelte UTH på samlerapporteringsskemaer for marts måned, og at skemaet vedrørende medicinfejl for februar måned er helt udfyldt, men endnu ikke ledelsesmæssigt fulgt op.</p>
--	--

### 3.5 TILSYNETS BEMÆRKNINGER OG ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende bemærkninger og anbefalinger:

#### Bemærkninger

Tilsynet har ingen bemærkninger.

#### Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at leverandøren og Sønderborg Kommune sammen afklarer deres rolle- og ansvarsfordeling vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation, så kvalitet og systematik i den sundhedsfaglige dokumentation sikres.
2. Tilsynet anbefaler ledelsen at sikre, at ydelser afsluttes ved ændringer i borgernes behov.
3. Tilsynet anbefaler ledelsen og Sønderborg Kommune et fortsat øget fokus på, at de tværfaglige møder med hjemmesygeplejen afholdes som planlagt.
4. Tilsynet anbefaler ledelsen at sikre, at medarbejderne efterlever retningslinjer vedrørende korrekt medicinbehandling.
5. Tilsynet anbefaler ledelsen at introducere medarbejderne til kommunens Infonet og VAR-portalen samt at sikre, at disse anvendes i kvalitetssikringen af det daglige arbejde.
6. Tilsynet anbefaler ledelsen et meget skærpet fokus på, at medarbejderne konsekvent efterlever regler for oplæring i delegerede sundhedslovsydelser.
7. Tilsynet anbefaler leverandøren en øget opmærksomhed på deres ansvar ifm. UTH-arbejdet og på, at medarbejderne inddrages i drøftelser vedrørende de indberettede UTH med henblik på læring og udvikling af praksis.

## 4. VURDERINGSSKEMA

I tilsynene i Sønderborg 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 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 kunne 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.