



Tilsynsrapport Roskilde Kommune

Pleje og Omsorg
Sct. Jørgensbjerg Plejecenter

Uanmeldt tilsyn
November 2021

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 Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Else Marie Seehusen
Manager
Mobil: 4189 0179
Mail: ems@bdo.dk
Projektansvarlig

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



1. GENERELLE OPLYSNINGER

Oplysninger om plejecentret og tilsynet
Navn og Adresse: Sct. Jørgensbjerg Plejecenter, Møllehusvej 118, 4000 Roskilde
Leder: Katrine Juul Kofoed
Antal boliger: 47 plejeboliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 8. november 2021
Tilsynet er indledt og tilrettelagt sammen med: Centerleder
Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejecentrets leder • Tilsynsbesøg hos tre borgere • Telefoninterview med tre pårørende • Gruppeinterview med fire medarbejdere • Gennemgang af dokumentation for tre borgere Tilsynet havde endvidere dialog med medarbejdere og borgere på fællesarealerne undervejs gennem tilsynet. Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til leder om tilsynsforløbet.
Tilsynsførende: Manager Else Marie Seehusen, sygeplejerske, SD/DSH

2. UANMELDT TILSYN

2.1 OVERORDNET VURDERING

BDO har på vegne af Roskilde Kommune foretaget et uanmeldt tilsyn på Sct. Jørgensbjerg Plejecenter. 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 overordnede vurdering, at Sct. Jørgensbjerg Plejecenter er et center, som har engagerede medarbejdere og ledelse, der medvirker til trivsel for borgerne, hvor der er igangsat en række processer til at styrke den samlede indsats og kvalitet. Tilsynet vurderer, at plejecentret lever op til Roskilde Kommunes kvalitetsstandards og vedtagne serviceniveau. Dog vurderes den samlede journalføring at være mangelfuld, men også at den forestående systematiske udvikling af dokumentationspraksis vil kunne afhjælpe de fundne mangler og højne kvaliteten. Tilsynet vurderer, at de sundhedsfaglige ydelser, som borgerne modtager på plejecentret, leveres med en god faglig kvalitet, herunder at der er fokus på en sundhedsfremmende og rehabiliterende indsats. Vurderingen er dog, at både borgere og medarbejdere har oplevet manglende kontinuitet i opgaveløsningen, men at det nu går bedre.

Tilsynet vurderer, at der er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at hverdagslivet på stedet tilrettelægges på borgernes præmisser. Medarbejderne kan redegøre for, at der aktuelt er en omlægning i gang, hvor aktiviteter og træning fremadrettet kobles op på den enkelte afdeling i sammenhæng med kerneopgaven og med de daglige opgaver.

Det vurderes, at der på centret generelt er en imødekommende kultur, hvor der er fokus på udvikling af kultur og hensigtsmæssig kommunikation. Medarbejderne tilkendegiver, at de har en feedback kultur i forhold til uhensigtsmæssig kommunikation.

Det vurderes, centret har fået etableret et velorganiseret samarbejde med de pårørende, og de pårørende finder, at inddragelsen og kommunikationen på centret generelt er tilfredsstillende.

Leder oplyser, at flere klagesager er håndteret, før leders ansættelse. Ledelsen redegør for, at der siden sommeren er igangsat en genopretningsindsats, hvor processerne understøttes af ekstern konsulent og forvaltningen. Der har ikke været skriftlige klager siden 1. august 2021.

2.2 TILSYNETS BEMÆRKNINGER OG ANBEFALINGER

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

Bemærkninger	Anbefalinger
Tilsynet bemærker, at den samlede dokumentation er mangelfuld. Der ses flere mangler i opfyldelsen i forhold til generelle oplysninger, døgnrytmeplaner, tilstande, indsatsmål og handlingsanvisninger. Ligeledes mangler relateringer mellem journalens forskellige delområder. Tilsynet bemærker, at medarbejderne delvist kan redegøre for dokumentationspraksis, blandt andet er der ændret i ansvarsfordelingen, og medarbejderne er ikke opdateret på de nytilkomne ansvarsområder.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsat har fokus på en systematisk udvikling af dokumentationspraksis, og på en målrettet indsats i forhold til, at dokumentationen er fyldestgørende og opdateret i alle journaler, herunder at journalens delområder relateres indbyrdes. Ligeledes anbefales, at der indføres fast praksis for opfølgning på dokumentationen, f.eks. implementering af journalaudit. Tilsynet anbefaler, at leder i dialog med medarbejderne aftaler ansvarsfordeling og sikrer, at medarbejderne snarest genopfrisker dokumentationspraksis.

Tilsynet bemærker, at borgerne alle tilkendegiver, at der kommer mange forskellige medarbejdere, og ligeledes tilkendegiver medarbejderne, at de har været udfordret på at sikre kontinuitet i opgaveløsningen.	Tilsynet anbefaler, at leder fortsætter den igangværende genopretningsindsats i forhold til at sikre kontinuitet i opgaveløsningen.
Tilsynet bemærker, at der er uro omkring afvikling af måltidet i den fælles spisestue.	Tilsynet anbefaler, at leder i dialog med medarbejderne aftaler struktur og rammer for mad og måltider, herunder at der dagligt er plan for, hvem der har hvilke opgaver under måltidet.
Tilsynet bemærker, at en borger har oplevet ikke at være blevet imødekommet i forhold til ønsker om tidspunkt for sengelægning, og borger fortæller, at borger nu har trumfet et tidspunkt igennem, men hvor oplevelsen så er, at medarbejderne ikke overholder det aftalte tidspunkt.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen følger op hos konkret borger i forhold til borgerens ønsker til sengetid, og samtidig sikrer at alle medarbejdere er imødekomende og tager hensyn til borgernes individuelle ønsker.
Tilsynet bemærker, at centret aktuelt har ledige stillinger på centrale poster. Tilsynet bemærker, at medarbejderne i nogen grad savner tværfaglig sparring med sygeplejerske og terapeuter, og at deres kompetencer på delegerede opgaver ikke har været bragt i spil, samt at enkelte medarbejdere er usikre på egne kompetencer i forhold til delegerede opgaver.	Tilsynet anbefaler, at leder fortsat har fokus på rekruttering målrettet de centrale stillinger til den koordinerende/udviklende og ledende sundhedsfaglige indsats. Tilsynet anbefaler, at leder understøtter, at medarbejderne får genopfrisket deres kompetencer i forhold til delegerede opgaver.
Tilsynet bemærker, at en pårørende savner relevante kontaktoplysninger.	Tilsynet anbefaler, at leder sikrer, at der er tydelig information til pårørende om, hvordan de kan kontakte centret.

2.3 AKTUELLE VILKÅR

Aktuelle vilkår
Leder er konstitueret centerleder fra 1. august 2021 frem til ultimo januar 2022. Leder redegør for, at hun er blevet bedt om at overtage ledelsen med henblik på at stabilisere og genoprette centrets funktioner. Samtidig hermed er der blevet tilknyttet ekstern konsulent, og i samarbejde med forvaltningen er der udarbejdet handleplan. Planen rummer en række tiltag og processer målrettet kultur og kommunikation, herunder tilgangen til pleje og omsorg, på organisering og samarbejde, rekruttering og fastholdelse/evt. afvikling af medarbejdere. Ligeledes er der sat fokus på pårørendesamarbejdet. Leder oplyser, at planen for nylig er præsenteret for byrådet. Som en del af processen er der ugentligt statusmøde og opfølgning med forvaltningen, hvor der vurderes på fremdrift. Aktuelt er det lykkedes at rykke fra 10 vakante stillinger ud af 12 i aftenvagten, til nu at have 10 fastansatte kvalificerede medarbejdere i aftenvagten. Leder har allerede inviteret til, og afholdt individuelle møder med alle pårørende, hvor mange valgte at deltage. På personalemøder er der arbejdet med temaer ud fra de resultater som en spørgeskemaundersøgelse i juni afdækkede, f.eks. har der været et tema om besvarelse af nødkald, og om at overholde borgernes aftalte toilettider. Her er midlet, at medarbejderne organiseres, så der er en naturlig sammenhæng og samarbejde de to etager imellem. Samtidig er medarbejderne blevet introduceret til personcentreret omsorg, og det at løse opgaverne i et borgerperspektiv, herunder brug af Marte Meo som metode. For at styrke samspil og sammenhæng mellem de to etager, er der nu fælles morgenmøde og fælles frokost sidst på formiddagen, hvor medarbejderne gives et frirum til kollegial snak. Derudover er der igangsat personalesager i forhold til enkelte medarbejdere.

I forhold til dokumentationspraksis er leder i dialog med IT- Omsorg om opkvalificering af medarbejdernes dokumentationspraksis. Ligeledes er leder i proces med en plan for udvikling/opfriskning af medarbejdernes sundhedsfaglige kompetencer, blandt andet i forhold at kunne varetage forløb med større kompleksitet.

Centret er som et nyt tiltag startet op med samlerapportering på UTH og tager temaer op til fælles læring, hvor leder indtænker, at en af assistenterne fremover kunne være tovholder på opgaven. Derudover er centret påbegyndt implementering af kommunens nye kompetencekatalog, hvor målet er, at der på hver enhed skabes et samlet overblik over medarbejdernes kompetencer og på hvilket niveau, den enkelte kan udføre opgaven.

Leder oplyser, at der har været reaktivt tilsyn fra Styrelsen for patientsikkerhed, men at de endnu ikke har modtaget rapporten.

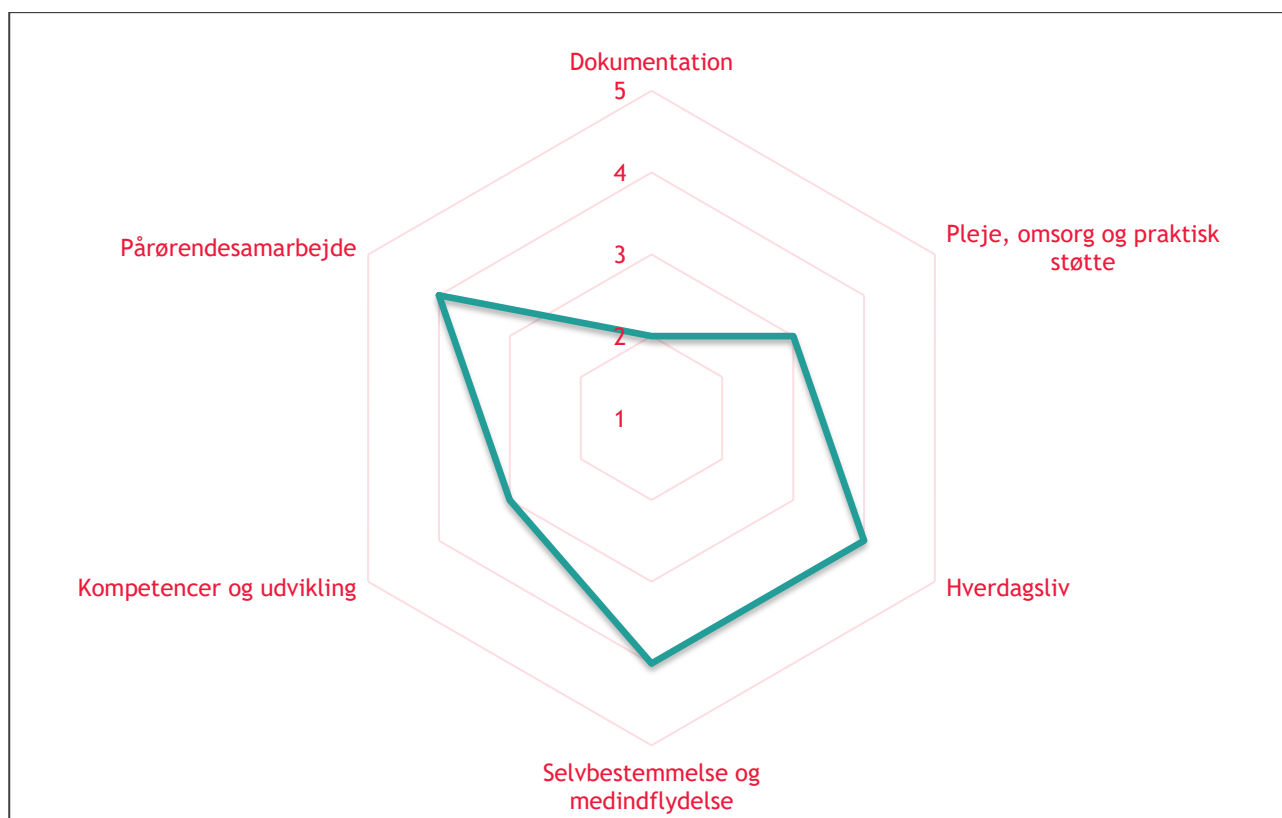
Opfølgning på sidste tilsyn

Der blev ikke givet anbefalinger ved sidste tilsyn.

2.4 SCORE

For hvert overordnet tema, der undersøges i tilsynet, opnår centret en score fra 1 til 5, hvor 5 er den bedste. En grafisk figur indikerer, i hvor høj grad tilbuddet opfylder indikatorerne for hvert tema. Jo flere høje scorere, tilbuddet opnår, jo større bliver figuren, og dermed kvaliteten.

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
Tema 1: Dokumentation Score: 2	Tilsynet vurderer, at plejecentret i lav grad lever op til indikatorerne. Dokumentationen er mindre tilfredsstillende og lever på flere områder i mindre omfang op til gældende lovgivning og retningslinjer på området, hvor dokumentation har væsentlige mangler. Dokumentationen fremstår delvis opdateret og delvist fyldestgørende. På alle borgere ses helbredsoplysninger, hvor de generelle oplysninger med oplysninger om ressourcer, mestring og motivation og livshistorie generelt mangler på alle borgere. Borgernes behov for pleje og omsorg er beskrevet systematisk og handlevejledende i døgnrytmeplanen, og der tages udgangspunkt i borgerens helhedssituation og ressourcer, hvor der dog mangler enkelte opdateringer, og på en borger kunne beskrivelsen for hjælp om natten udfoldes yderligere. Der er lagt vægt på at beskrive borgernes kognitive udfordringer, og hvorledes der støttes op om disse samt særlige opmærksomhedspunkter. Der er tilstande med indsatser, indsatsmål og handlingsanvisninger, hvor der på alle borgere mangler opdateringer/oprettelse/afslutning, og desuden mangler der generelt relateringer mellem journalens delområder. Der ses målinger på alle borgere, fraset en borger hvor der ikke er dokumentation for borgers vægt siden maj. Alle borgerne er triagerede, og der ses dokumentation for borgernes stillingtagen til hjertelungeredning. Medarbejderne har delvis forståelse og faglig indsigt i arbejdet med dokumentationen. Medarbejderne redegør for, hvordan de forsøger at arbejde med dokumentationen, så den understøtter kvaliteten i daglig praksis. De tilkendegiver samtidig, at praksis indtil nu har været, at det var sygeplejerskerne, der stod for al dokumentation vedr. generelle oplysninger, og ligeledes var sygeplejerskerne ansvarlige for helbredstilstande mv., hvor deres praksis udelukkende var målrettet døgnrytmeplaner. Medarbejderne er derfor nu i proces med at få defineret klar ansvarsfordeling for opgaven fremadrettet, og bliver ligeledes opdateret/oplært i dokumentationspraksis. Alle dokumenterer løbende observationer, dog uden at kunne relatere journalens forskellige delområder.
Tema 2: Pleje, omsorg og praktisk støtte Score: 3	Tilsynet vurderer, at plejecentret i middel grad lever op til indikatorerne. Borgerne er meget tilfredse med kvaliteten af den personlige støtte og pleje, og de oplever, at de modtager relevante pleje- og omsorgsydelser, som svarer til deres behov, samt at det også er muligt at få mere hjælp i perioder, hvis der er øget behov. Borgerne fortæller, at de på forskellig vis er med i de daglige opgaver, og at de også har indflydelse på, hvornår de får hjælpen. Borgerne oplever, at de generelt får hjælpen som aftalt, hvor en borger dog tilkendegiver, at der kan være ventetid ved planlagte toiletbesøg, eller at medarbejderne ikke kommer til aftalt sengetid. Alle borgere oplever, at der kommer mange forskellige medarbejdere og nævner i den forbindelse, at der har været stor udskiftning af medarbejdere, og derfor har de nye medarbejdere brug for tid til at komme ind i opgaverne. To af borgerne mener dog, at det er blevet bedre i den senere tid. De er alle trygge ved hjælpen, f.eks. til medicinhåndtering og oplever, at der bliver taget hånd om deres sundhedsmæssige problemstillinger. Borgerne er tilfredse med rengøringsstandarden. Borgerne er velsoignerede, og der er en hygiejnemæssig forsvarlig standard i bolig, og hjælpemidler er rengjorte.

	Tilsynet er efterfølgende oplyst, at leder arbejder på at sikre forventningsafstemning med borgerne, samtidig med at der er en proces i gang for at styrke kultur, samarbejde og opgavefordeling medarbejderne imellem, blandt andet for at borgerne ikke skal opleve uacceptabel ventetid. Medarbejderne kan redegøre for pleje og omsorg til borgerne, og har fokus på kerneopgaven. Ligeledes arbejdes med en rehabiliterende og sundhedsfremmende tilgang. Medarbejderne tilkendegiver, at medarbejdersituationen har været ustabil med mange vikarer og uens ressource og kompetencefordeling. De har over tid været udfordret på kontinuitet i opgaveløsningen og haft vanskeligt ved at tilgodese borgernes og pårørendes krav, f.eks. i forhold til faste toilettider. Aktuelt er medarbejdernes grundplan tilrettet, og de oplever nu, at der er bedre sammenhæng og mulighed for at tilgodese borgernes ønsker og sikre kontinuitet i opgaveløsningen. De kan dog fortsat være udfordret ved fravær af planlagte medarbejdere. Grundprincippet for den daglige planlægning er dels hvem der er kontaktperson og dels borgernes aktuelle tilstand. Som et nyt tiltag kan hjælperne også være kontaktperson. Planen lægges dagen før og finjusteres ved indmøde, i forhold til evt. ændringer i fremmøde eller borgernes tilstande. Den rehabiliterende indsats indgår som en naturlig del i den daglige opgaveløsning, hvilket fremgår i borgernes døgnrytmeplaner. Delegerede opgaver ligger på køreliste og varetages af social- og sundhedsassistenterne. Der arbejdes med TOBS og triagering, hvor det tidligere var en af sygeplejerskerne, der var tovholder på triagemødet, ligesom det var sygeplejersken, der varetog al kontakt til læge/sygehus og borgers pårørende. I dag er social- og sundhedsassistenterne tovholdere på triagemødet, og alle faste medarbejdere er nu kontaktpersoner.
Tema 3: Hverdagsliv Score: 4	Tilsynet vurderer, at plejecentret i høj grad lever op til indikatorerne. <i>Aktiviteter</i> Borgerne er tilfredse med de tilbudte aktiviteter, hvor de alle samtidig tilkendegiver, at de hygger sig i eget selskab med TV, læse i bøger og avis, og en borger er selv flittig med gymnastik dagligt. Alle borgere deltager dog i udvalgte aktiviteter, hvor en borger er særligt glad for at gå til kor. Alle borgere kender til centrets aktiviteter, og en borger henviser til, at det er listet op på en seddel. Medarbejderne redegør reflekteret for, at aktiviteter nu er knyttet op på plejepersonalet, hvor der tidligere var ansat en aktivitetsmedarbejder. Medarbejdernes opgave bliver fremover at have fokus på den enkelte borgers ønsker til aktiviteter. Der er netop blevet introduceret til dette på et personalemøde, og medarbejderne kommer med et eksempel på, at de har grebet initiativet og allerede planlagt udflugt til Tivoli for de borgere, der ønsker dette. <i>Mad og måltid</i> To af borgerne er meget tilfredse med maden, som de oplever er veltillavet og varieret, hvor den tredje borger ikke altid synes, at maden falder i borgers smag. To af borgerne søger det sociale fællesskab i forbindelse med måltidet og nyder at have nogen at tale med, hvor den sidste borger mest synes, at det er praktisk at spise i spisestuen. Tilsynet bemærker, at der er en del uro under afvikling af måltidet. Medarbejderne redegør reflekteret for principperne for det gode måltid, men erkender, at de nu, hvor der ikke længere er måltidsvært, ikke får planlagt, hvem der har hvilke opgaver. Der arbejdes systematisk med opfølgning på borgernes ernæringsmæssige tilstand, hvor alle tilbydes at blive vejlet hver fjerde uge, eller hyppigere ved behov.

	Observeres uhensigtsmæssige vægtændringer samarbejdes tværfagligt med diætist og andre relevante specialister. Der er altid mulighed for særkoster fra køkkenet. <i>Kommunikation og adfærd</i> Borgerne er meget tilfredse med medarbejderne, og de oplever omgangstone og adfærd som anerkendende og respektfuld, dog fortæller en borger at have oplevet en medarbejder være højlydt irettesættende over for andre borgere. Tilsynet er efterfølgende oplyst, at der pågår personalemæssig håndtering af sagen, da der har været andre klager over pågældende medarbejder. Medarbejderne redegør reflekteret for, at kommunikation og adfærd er på borgernes præmisser. De har fokus på at skabe den gode relation til borgene og en individuel tilgang, men også at være professionelle i mødet, hvor det også er legalt at trække sig, hvis man mærker, at relationen ikke er tilpas. Medarbejderne vægter en rolig og nærværende adfærd, hvor de også har fokus på at skærme borgerne, hvis de har uhensigtsmæssig kommunikation og adfærd indbyrdes. Ligeledes tilkendegiver medarbejderne, at de har en feedback kultur i forhold til uhensigtsmæssig kommunikation.
Tema 4: Selvbestemmelse og indflydelse Score: 4	Tilsynet vurderer, at plejecentret i høj grad lever op til indikatorerne. Borgerne er meget tilfredse med at bo på centret, når det nu ikke kan være anderledes. Borgerne tilkendegiver alle, at de selv bestemmer og har indflydelse på dagligdagen, og at de oplever, at de bliver behandlet respektfuldt og har livskvalitet på trods af egne skavanker og begrænsninger, dog er der en borger, der oplever ikke at være blevet imødekommet i forhold til sengetid, hvor borger forklarer, at borger nu har fået trumfet et tidspunkt igennem, men hvor oplevelsen så er, at medarbejderne ikke overholder det aftalte tidspunkt. Borgerne oplever, at de har deres privatliv, f.eks. at de kan have gæster, når de ønsker det. Medarbejderne redegør for, hvordan borgerne har medbestemmelse og indflydelse. De arbejder med en individuel tilgang til borgerne og medinddrager borgernes pårørende, hvis det er det, borger ønsker. Medarbejderne fortæller, at centret arbejder med indflytningssamtaler, men at det er nyt, at de deltager som kontaktpersoner, hvor det før var sygeplejersken, der stod for dette.
Tema 5: Kompetencer og udvikling Score: 3	Tilsynet vurderer, at plejecentret i middel grad lever op til indikatorerne. Leder redegør for, at centret er organiseret med centerleder, afdelingsleder og gruppe sekretær(planlægger), men at stillingerne som afdelingsleder og gruppesekretær ikke er besatte. Centrets medarbejdere udgøres aktuelt af social- og sundhedsmedarbejdere, hvor de fleste er assistenter, og desuden er der ansat enkelte ufaglærte i vikariater og desuden trækkes på faste timelønnede afløsere, heriblandt sygeplejersker. Aktuelt er sygeplejerskestillingerne i opslag, og leder forventer at kunne besætte de ledige stillinger, og indtil da disponerer leder over en sygeplejerske fra et andet center to dage om ugen. Leder har derudover tilkøbt en sygeplejerske freelance nogle dage om ugen. Fysio- og ergoterapeut stillingerne er ikke besat, og indtil videre får centret hjælp af terapeuter fra andre centre ved særlige behov. Leder oplyser, at centrets medarbejdere har supervisionstilbud til at understøtte medarbejdertrivslen under den igangværende genopretningsproces.

	Medarbejderne redegør for, at de har relevante faglige kompetencer og mulighed for faglig sparring indbyrdes, hvor de dog i nogen grad mangler den tværfaglige sundhedsfaglige sparring med sygeplejersker og terapeuter. Medarbejderne tilkendegiver, at de har været frataget opgaver, som normalt ligger i deres grundkompetencer. Social- og sundhedsassistenterne oplever at være blevet degraderede til hjælperopgaver og social- og sundhedshjælperne til det ufaglærte niveau, da den tidligere ledelse prioriterede ansættelse af sygeplejersker, hvilket betyder, at flere medarbejdere er usikre på egne kompetencer i forhold til f.eks. delegerede opgaver.
Tema 6: Pårørendesamarbejde Score: 4	Tilsynet vurderer, at plejecentret høj grad lever op til indikatorerne. Leder redegør for organiseringen af pårørendesamarbejdet, hvor der er sat fokus på dette som en del af den igangværende genopretning. Leder har haft inviteret alle borgers pårørende til individuelle samtaler og arbejder nu med en inviterende tilgang til løbende dialog og samarbejde. Mange af de pårørende benyttede sig af det individuelle tilbud om en samtale. Der arbejdes systematisk med indflytningssamtaler, hvor fokus blandt andet vil være at sikre forventningsafstemning med borgere og pårørende, og som et nyt tiltag kan alle social- og sundhedsmedarbejdere være kontaktpersoner. De pårørende tilkendegiver alle, at der er fint samarbejde med centret, hvor en pårørende først fandt ud af, at der var problemstillinger på centret, da pårørende blev inviteret til møde med leder. Anden borger fremhæver det positive samarbejde med centrets sygeplejerske og er ked af, hun er rejst, og samtidig også i tvivl om hvem der nu er kontaktperson, og hvordan vedkommende kan kontaktes. En anden pårørende fremhæver deres oplevelse af, at der nu er en synlig ledelse, som er let at træffe. Den tredje pårørende oplever, at der er faldet ro på centret efter, at der har været en del udskiftning blandt medarbejdere og ledere. De pårørende oplever alle at blive kontaktet relevant ved behov. Ligeledes er det de pårørendes oplevelse, at aftaler med ledelse og medarbejdere bliver overholdt. Alle pårørende oplever stor imødekommenhed, når de færdes på centret.
Tema 7: Klagesager Scores ikke	Tilsynet er tilsendt og har gennemgået tre klagesager fra det seneste år. Leder oplyser, at alle klagesager er håndteret, inden leder er tiltrådt. I forlængelse heraf er der igangsat en genopretningsplan med en række initiativer og processer, som leder er i gang med at implementere. Leder oplyser, at der har ikke været skriftlige klager siden 1. august 2021.

2.6 VURDERINGSSKEMA

I tilsynene i Roskilde Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
SCORE: 5	Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen. • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler. • Tilsynet har ingen anbefalinger. • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
SCORE: 4	Indikatorerne er i høj grad opfyldt • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats. • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne. • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt. • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
SCORE: 3	Indikatorerne er i middel grad opfyldt • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats. • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne. • En del af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt. • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
SCORE: 2	Indikatorerne er i lav grad opfyldt • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen, med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes. • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne. • Få af elementer i indikatorerne er opfyldt. • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
SCORE: 1	Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes. • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne. • Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind. • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.



OM BDO

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

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