



Tilsynsrapport Roskilde Kommune

Pleje og Omsorg
Plejecenter Trekroner

Uanmeldt tilsyn
2022

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: Plejecenter Trekroner, Trekroner Centervej 41, 4000 Roskilde
Leder: Sisse Skjødt
Antal boliger: 107
Målgruppe: Tilsynet vedrører indsatser efter Serviceloven (SEL) samt medicingennemgang efter Sundhedsloven (SUL).
Dato for tilsynsbesøg: Den 8. februar 2023. Tilsynet vedrører 2022
Tilsynet er indledt og tilrettelagt sammen med: Centerleder, tre afdelingsledere
Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: <ul style="list-style-type: none">• Interview med plejecentrets ledelse• Tilsynsbesøg hos fem borgere• Telefoninterview med tre pårørende• Gruppeinterview med fem medarbejdere• Gennemgang af dokumentation for fem borgere
Tilsynet havde endvidere dialog med medarbejdere og borgere på fællesarealerne undervejs gennem tilsynet.
Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen om tilsynsforløbet.
Tilsynsførende: Senior Manager Margit Kure, sygeplejerske, MHM 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 Plejecenter Trekroner. 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 Plejecenter Trekroner er et meget velfungerende plejecenter, som har engagerede medarbejdere og ledelse, der medvirker til trivsel for borgerne. Tilsynet vurderer, at plejecentret overordnet set lever op til Roskilde Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau. Vurderingen er, at der er enkelte mangler i journalføringen. De sundhedsfaglige ydelser, som borgerne modtager på plejecentret, leveres med en god faglig kvalitet, og borgerne er meget tilfredse med hjælpen. Plejecentret har fokus på kerneopgaven, og der arbejdes systematisk med sundhedsfremmende og hverdagsrehabiliterende indsatser samt pædagogiske værktøjer, fx i forhold til demenssygdomme. Ligeledes vurderes det, at der i høj grad er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at hverdagslivet på stedet tilrettelægges på borgernes præmisser. Medarbejderne kan på relevant vis reflektere over, hvordan de arbejder metodisk med kerneopgaven, mad-og måltider og aktiviteter.

Det vurderes, at der på plejecentret er en imødekommende kultur, hvor medarbejderne har en feedbackkultur i forhold til uhensigtsmæssig kommunikation

Det vurderes, at plejecentret har et velorganiseret samarbejde med de pårørende. De pårørende er overordnet tilfredse med samarbejdet med plejecentret, hvor de alle oplever, at aftaler overholdes. Dog er der en pårørende, der savner let adgang til kommunikation med borgerens kontaktperson samt en bekymring omkring medarbejdernes kompetencer i forhold til borgere med demenssygdomme. En anden pårørende efterspørger opfølgende møder i forhold til borgerens situation.

Tilsynet vurderer, at der ved medicineftersyn er fundet flere mangler i forhold til dokumentation og opbevaring, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats.

Ledelsen redegør for, hvordan der er fulgt op på anbefalinger på sidste års tilsyn, samt at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx kompetenceudvikling af alle medarbejdere samt rekruttering af medarbejdere og organisering med ledere, der er tæt på medarbejderne.

2.2 TILSYNETS BEMÆRKNINGER OG ANBEFALINGER

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

Bemærkninger	Anbefalinger
<p><u>Dokumentation</u></p> <p>Tilsynet bemærker, at der er mangler i journalføringen i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At der i to journaler mangler enkelte opdateringer af helbredsoplysninger, og at der generelt mangler fælles systematik for beskrivelse af helbredsoplysninger. • At der på en borger mangler beskrivelse af mestring, motivation, ressourcer og livshistorie, og på en borger mangler der opdatering af generelle oplysninger. 	<p>Tilsynet anbefaler, at det aktuelle fokus på dokumentationspraksis fastholdes, så der sikres fyldestgørende og opdateret dokumentation.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • At beskrivelsen af hjælpen i nattevagt i to tilfælde kun er delvis beskrevet. • At der hos en borger mangler systematisk dokumentation for borgerens vægt. 	
<p><u>Medicineftersyn</u></p> <p>Tilsynet bemærker, at der ved medicingennemgang er flere mangler i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At der i et tilfælde mangler et præparat i aktuel beholdning. • At i to tilfælde stemmer handelsnavn på præparat i beholdningen ikke overens med navnet på medicinlisten. • At der i flere journaler mangler handlingsanvisninger på medicindispensering/medicinadministration, herunder at der ikke er fælles systematik for dette. • Tilsynet konstaterer under gennemgang af dokumentationen, at der i medarbejdergruppen er usikkerhed om, hvor i journalen oplysninger omkring medicinhandling søges. 	<p>Tilsynet anbefaler at ledelsen sikrer, at medarbejderne følger gældende medicininstruks/vejledning, herunder at der arbejdes med en ensartet systematik. Derudover anbefales det, at ledelsen sikrer, at alle medarbejdere er fortrolige med dokumentation tilknyttet medicinhandling.</p>
<p><u>Pårørendesamarbejde</u></p> <p>Tilsynet bemærker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At der er en pårørende, der savner let adgang til kommunikation med borgerens kontaktperson, og at pårørende har en bekymring omkring medarbejdernes kompetencer i forhold til borgere med demenssygdomme. • At en pårørende efterspørger opfølgende møder i forhold til borgerens situation. 	<p>Tilsynet anbefaler, at ledelsen kontakter de konkrete pårørende og afstemmer forventninger i forhold til kommunikationsveje og evt. aftaler møder med de pårørende.</p>

2.3 AKTUELLE VILKÅR

Aktuelle vilkår

Centerleder er startet i stillingen i november 2021. Siden sidste tilsyn er der ansat flere ny afdelingsledere, hvor fokus er at få ledelsen tæt på medarbejderne. Aktuelt og helt grundlæggende er ledelsen optagede af kompetenceudvikling af alle medarbejdere for at sikre et ensartet kompetenceniveau inden for de respektive faggrupper. Derudover er der arbejdet med rekruttering af medarbejdere.

Plejecentret har fokus på dokumentationspraksis, hvor der er en klar ansvarsbeskrivelse i forhold til opgaver i journalføringen. Planen er, at der hver tredje måned bliver kvartalsgennemgang af alle journaler samtidig med, at en konsulent fra kommunen sammen med afdelingsledere og sygeplejersker trækker enkelte journaler ud, som gennemgås med henblik på tværgående læring.

Der har ikke været skriftlige klager det seneste år. Kommunen har fast praksis for håndtering af klagesager. Der arbejdes aktivt med pårørendesamarbejdet, hvor fokus er på, at kulturen på plejecentret er, at pårørende er en samarbejdspartner.

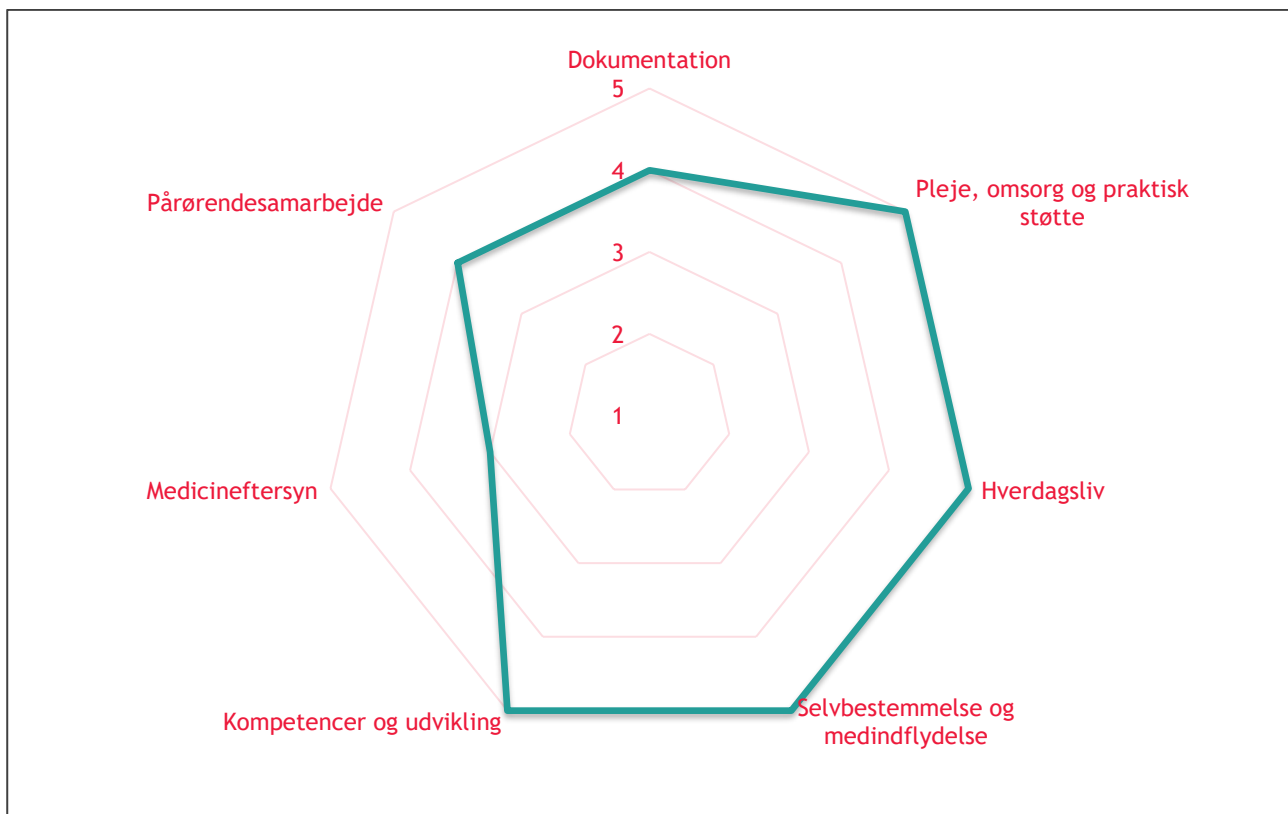
Opfølgning på sidste tilsyn

Ledelsen redegør for, hvordan der er fulgt op på anbefalinger på sidste års tilsyn, samt at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx kompetenceudvikling af alle medarbejdere samt rekruttering af medarbejdere og organisering med ledere, der er tæt på medarbejderne.

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
<p>Tema 1: Dokumentation</p> <p>Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Gennemgang af dokumentation</u></p> <p>Dokumentationen fremstår med en faglig og professionel standard, men med mangler. Dokumentationen fremstår overordnet opdateret og fyldestgørende, med generelle oplysninger. I to journaler mangler der enkelte opdateringer af helbredsoplysninger, og generelt mangler der en fælles systematik i beskrivelse af helbredsoplysninger. På en borger mangler der beskrivelse af mestring, motivation, ressourcer og livshistorie, og på en anden borger mangler der opdatering af disse. Der er funktionstilstande, som er opdaterede, og i en journal er borgernes forventninger og mål beskrevet, hvor dette mangler i de øvrige journaler. Borgernes behov for pleje og omsorg er beskrevet handlevejledende i døgnrytmeplanen, og der tages udgangspunkt i borgerens helhedssituation og ressourcer, dog er beskrivelsen af hjælpen i nattevagt i to tilfælde kun delvist beskrevet. Der er lagt vægt på at beskrive borgernes kognitive udfordringer, og hvorledes der støttes op om disse samt særlige opmærksomhedspunkter. Der ses relevante målinger, fraset, at der i en journal mangler systematisk dokumentation for borgerens vægt. Borgerne er triagerede, og der er systematisk dokumentation for borgernes stillingtagen til HLR.</p> <p><u>Interview med medarbejderne</u></p> <p>Medarbejderne redegør fagligt reflekteret for, hvordan de arbejder målrettet med dokumentationen, så den understøtter kvaliteten i daglig praksis. Der er en tydelig ansvarsfordeling, og praksis bliver løbende italesat, blandt andet med kollegial sparring. Medarbejderne redegør for, at der løbende dokumenteres, samt at døgnrytmeplanen og tilstande tilrettes, fx på borgerkonferencer, og når der ellers er ændringer.</p> <p>Medarbejderne kender GDPR-reglerne, og de redegør for opbevaring af personoplysninger. Obligatorisk e-learning foretages en gang årligt.</p>
<p>Tema 2: Pleje, omsorg og praktisk støtte</p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i meget høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Interview med borgerne</u></p> <p>Borgerne er meget tilfredse med kvaliteten af den personlige støtte og pleje. De oplever alle, at de modtager relevante pleje- og omsorgsydelser, hvor to af borgerne fortæller, at de selv er aktive, og at de ikke får så meget hjælp, mens en anden borger ikke oplever at have brug for hjælpen, men borgeren tager den, når den nu er der. En borger fremhæver, at borgeren fast får ordnet fødder og får neglelak på. Borgeren oplever, at deres ønsker og vaner i forhold til pleje imødekommes, og at de får hjælpen som aftalt. Borgerne er trygge ved hjælpen, hvor flere borgere nævner, at det er kendte medarbejdere, der hjælper dem.</p> <p><u>Observation</u></p> <p>Borgerne fremstår alle velsoignerede, svarende til egen habitus, og der er en hygiejnemæssig forsvarlig standard i boligerne, og hjælpemidler er rengjorte.</p>

	<p><u>Interview med medarbejderne</u></p> <p>Medarbejderne redegør reflekteret for en sundhedsfremmende og rehabiliterende indsats, herunder indsatser til borgere med kognitive problemstillinger. Den daglige planlægning sker på fælles morgenmøde i de respektive afdelinger. Borgerne gennemgås, og planlægningen tager afsæt i kompleksitet, kompetencebehov og relationer. SUL- opgaver fordeles og fremgår på overblikstavlen. Der arbejdes systematisk med triagering, hvor der dagligt er triagemøde. Det er enten afdelingens sygeplejerske eller en assistent, der er tovholder, og afdelingsledere deltager ad hoc. Der arbejdes med Marte Meo forløb, og den grundlæggende tilgang til alle borgerne er Tom Kitwoods teori og metode med personcentreret omsorg. Rehabilitering indgår integreret i den daglige opgaveløsning, hvor fokus er at inddrage og bevare borgernes ressourcer, men borgernes ressourcer prioriteres også, så de har overskud til fx selv at spise eller at deltage i en aktivitet.</p>
<p>Tema 3: Hverdagsliv</p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i meget høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Aktiviteter</p> <p><u>Interview med borgerne</u></p> <p>Borgerne er alle meget tilfredse med de aktiviteter, der tilbydes. En borger fremviser husavisen, som omdeles hver måned, og borgeren deltager i flere aktiviteter, og borgeren fremhæver plejecentrets aktivitetsmedarbejdere. Andre borgere er mere optagede af egne aktiviteter, hvor det er fælles for borgerne, at de tilkendegiver, at tiden går fint for dem.</p> <p><u>Interview med medarbejderne</u></p> <p>Medarbejderne redegør reflekteret for, hvordan der arbejdes med at imødekomme borgernes ønsker for aktiviteter. Plejecentrets aktivitetsmedarbejdere er tovholdere, og de planlægger de faste aktiviteter. I de enkelte afdelinger er der plads til spontane aktiviteter, hvor der er fokus på, at eleverne får ansvar for at tilrettelægge og afvikle aktiviteter. Plejecentret har samarbejde med flere frivillige, blandt andet er der frivillige, der kommer og cykler med borgerne.</p> <p>Mad og måltid</p> <p><u>Interview med borgerne</u></p> <p>Borgerne er meget tilfredse med maden og madens kvalitet, hvor de blandt andet nævner, at maden er varieret og veltillavet. De spiser alle i fællesskabet, og en borger vælger selv dette til eller fra, afhængigt af, hvordan borgeren har det.</p> <p><u>Interview med medarbejderne</u></p> <p>Medarbejderne redegør reflekteret for, hvordan de arbejder med at skabe gode måltider for borgerne. Opgaver for måltidet planlægges fra vagtens start, hvor en medarbejder står for servering, og de øvrige medarbejdere hjælper efter behov. Der er fokus på ro, hygge og gode sociale oplevelser under måltidet. Der tages relevant hensyn til borgernes differentierede behov for ernæring. Borgerne tilbydes månedlig vejning og ernæringscreening ved vægttab, og der holdes fast møde med ernæringsteamet hver måned. I hver afdeling er der en ernæringsansvarlig, der koordinerer med køkken, diætist og ergoterapeut.</p>

	<p><i>Kommunikation og adfærd</i></p> <p><u><i>Interview med borgerne</i></u></p> <p>Borgerne oplever alle, at omgangstone og adfærd er anerkendende og respektfuld, og en borger tilkendegiver, at det er forbavsende godt. De er alle meget tilfredse med medarbejderne, som de opleves som meget søde og imødekommende, og en borger nævner også, at det samme gælder for leder.</p> <p><u><i>Interview med medarbejderne</i></u></p> <p>Medarbejderne redegør reflekteret for, at kommunikation og adfærd sker med afsæt i kendskabet til borgernes liv og vaner, og at den individuelle tilgang sikres gennem dialog med borgerne/pårørende. Medarbejderne vægter ligeværdighed, inddragelse, at være nærværende, banke på og at præsentere sig. Ligeledes er det væsentligt at være inviterende i tilgangen til borgere med kognitive udfordringer.</p> <p>Medarbejderne tilkendegiver, at de undres, hvis en kollega ikke udviser respekt og anerkendelse i sin kommunikation og adfærd, og der er tillid i medarbejdergruppen til at tage dette op med hinanden.</p> <p><u><i>Observation</i></u></p> <p>Under rundgang på plejecentret, og ved interview med medarbejderne, observeres der en respektfuld og anerkendende kommunikation.</p>
<p>Tema 4: Selvbestemmelse og indflydelse Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i meget høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u><i>Interview med borgerne</i></u></p> <p>Alle borgerne er meget tilfredse med at bo på plejecentret, og de tilkendegiver alle, at de har et liv på egne præmisser. Borgerne oplever, at de selv bestemmer og har indflydelse, og enkelte borgere tilkendegiver samtidig, at det er naturligt, at der er rammer, som man indordner sig efter. En borger fremviser en aftaleliste, som er udarbejdet sammen med leder, og borgeren oplever, at de indgåede aftaler hjælper borgeren i hverdagen.</p> <p><u><i>Interview med medarbejderne</i></u></p> <p>Medarbejderne redegør reflekteret for, hvorledes borgerne sikres selvbestemmelse og medindflydelse ved at tage afsæt i deres livshistorie og ved at tilgå borgerne individuelt samt ved at inddrage de pårørende ved behov. I forhold til borgere med kognitive problemstillinger tages der afsæt i en pædagogisk tilgang til borgerne. Der arbejdes systematisk med indflytningssamtaler med borgerne og deres pårørende. Borgernes ønsker til livets afslutning tages op i forbindelse med indflytning, eller når det falder naturligt, og det er fx ikke alle borgere/pårørende, der er klar til at tage dialogen, når de lige er flyttet ind.</p>
<p>Tema 5: Kompetencer og udvikling Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i meget høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u><i>Interview med ledelsen</i></u></p> <p>Ledelsen redegør for, at plejecentret er organiseret i fire afdelinger med fire afdelingsledere samt to koordinatore til vagtplanlægning. Medarbejdergruppen er tværfagligt sammensat med sygeplejersker, social-og sundhedsuddannede, ergoterapeuter samt enkelte ufaglærte medarbejdere ansat i vikariater med henblik på merituddannelse.</p>

	<p>Fremadrettet er det planen, at der skal arbejdes med audit på medicin og ernæring. Som et led i det målrettede fokus på kompetenceudvikling afholder sygeplejerskerne workshops i forhold til aktuelle temaer, og der ligger læringsforløb i en fast kadence.</p> <p>Der arbejdes med fagprofiler for alle medarbejdere, og der udarbejdes kompetencekort til alle medarbejdere efter en kompetenceafklaring af medarbejderne.</p> <p><i>Interview med medarbejderne</i></p> <p>Medarbejderne redegør reflekteret for, at de har gode muligheder for kompetenceudvikling, dels i de respektive mødefora, men også i forbindelse med oplæring i nye opgaver. Der er løbende tematiseret undervisning, fx er der workshops hver 14. dag, hvor medarbejderne bliver planlagt til at deltage. Instruktions og vejledninger tilgås via "intra" og VAR.</p> <p>Aktuelt er plejecentret ved at etablere en studieunit, hvor elever og studerende er ansvarlige for driften i afdelingen under supervision af vejledere.</p>
<p>Tema 6: Medicineftersyn Score: 3</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i middel grad lever op til indikatorerne.</p> <p><i>Medicینگennemgang</i></p> <p>Plejecentret har indrettet medicinrum i alle afdelinger, hvor der er plads til, at medarbejderne kan dosere uforstyrret. Rummene er indrettede med reoler med tydelig mærkning af bolignummer. Dertil er der i alle huse medicinvoage, hvor ugens/dagens medicin opbevares.</p> <p>Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicinlisten tilgås elektronisk, og den er opdateret. • I flere journaler mangler handlingsanvisninger på medicindispensering/medicinadministration, herunder er der ikke fælles systematik for dette. • I to tilfælde stemmer handelsnavn på pn medicin i beholdningen ikke overens med medicinlisten. • Tilsynet konstaterer under gennemgang af dokumentationen, at der blandt medarbejderne er usikkerhed om, hvor oplysninger omkring medicinbehandling søges i journalen. <p>Opbevaring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicinen opbevares forsvarligt og utilgængeligt for andre. • Alle doseringsæsker og beholdere er mærket med navn og CPR-nummer. • Der ses korrekt adskillelse af aktuel og ikke aktuel medicin og pn medicin, fraset at der i et tilfælde opbevares ikke aktuel medicin en i pn beholdning. • I et tilfælde mangler et præparat i aktuel beholdning. <p>Medicinbehandling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der ses overensstemmelse mellem medicinliste og dispenseret medicin. • Medicin er givet korrekt og udleveret, herunder er der tidstro kvittering. • Der er ikke dispenseret pn medicin.

	<ul style="list-style-type: none"> • Anbrudsdato på medicinske salver mm. er ikke overskredet. • Udløbsdatoer på ikke aktuel medicin er ikke overskredet.
<p>Tema 8: Pårørendesamarbejde Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Lederinterview</u></p> <p>Ledelsen redegør for, at der arbejdes strategisk og systematisk med pårørendesamarbejdet, fx er der fokus på, at kulturen på plejecentret er, at de pårørende er en samarbejdspartner, hvor der arbejdes med imødekommenhed. Der arbejdes systematisk med indflytningssamtaler. Plejecentret er med i et projekt "Kintella", som er en app til at styrke information/kommunikation mellem plejecenter, pårørende og borger. Projektet evalueres løbende.</p> <p><u>Pårørendeinterview</u></p> <p>De pårørende er overordnet tilfredse med samarbejdet med plejecentret, hvor de alle oplever at aftaler overholdes. Dog er der en pårørende, der savner let adgang til kommunikation med borgerens kontaktperson, samt at pårørende har en bekymring omkring medarbejdernes kompetencer i forhold til borgere med demenssygdomme. En anden pårørende efterspørger opfølgende møder i forhold til borgerens situation.</p>

2.6 VURDERINGSSKEMA

I tilsynene i Roskilde Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
SCORE: 5	<p>Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>Indikatorerne er i høj grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none">• 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 <ul style="list-style-type: none">• 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 elementerne 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 <ul style="list-style-type: none">• 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.