



# Tilsynsrapport Roskilde Kommune

Pleje og Omsorg  
Demenscenter Kristiansminde

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](mailto:bsq@bdo.dk)  
Partneransvarlig

Else Marie Seehusen  
Manager  
Mobil: 4189 0179  
Mail: [ems@bdo.dk](mailto:ems@bdo.dk)  
Projektansvarlig

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



# 1. GENERELLE OPLYSNINGER

Oplysninger om centret og tilsynet
Navn og adresse: Demenscenter Kristiansminde, Margrethekær 2, 4000 Roskilde
Leder: Anders Christensen
Antal boliger: 100 plejeboliger, heraf 9 midlertidige boliger, der ikke er en del af tilsynet
Målgruppe: Målgruppe: Tilsynet vedrører indsatser efter Serviceloven (SEL) samt medicin gennemgang efter Sundhedsloven (SUL)
Dato for tilsynsbesøg: Den 2. marts 2023. Tilsynet vedrører 2022
Tilsynet er indledt og tilrettelagt sammen med: Centerleder, souschef og tre afdelingsledere
Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: <ul style="list-style-type: none"><li>• Interview med centrets ledelse</li><li>• Tilsynsbesøg hos fem borgere</li><li>• Telefoninterview med tre pårørende</li><li>• Gruppeinterview med fire medarbejdere</li><li>• Gennemgang af dokumentation for fem borgere</li></ul>
Tilsynet havde endvidere dialog med medarbejdere og borgere på fællesarealerne undervejs gennem tilsynet.
Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelse om tilsynsforløbet.
Tilsynsførende: Senior Manager Pia Elsner, DP i ledelse 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 Demenscenter Kristiansminde. 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 Demenscenter Kristiansminde er et velfungerende center, som har engagerede medarbejdere og ledelse, der medvirker til trivsel for borgerne. Tilsynet vurderer, at centret overordnet lever op til Roskilde Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau, dog er der mangler i journalføringen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats.

Tilsynet vurderer, at de sundhedsfaglige ydelser, som borgerne modtager på centret, leveres med god faglig kvalitet, fraset at der i en bolig ses et snavset hjælpemiddel. Demenscentret har fokus på kerneopgaven, og de arbejder med fx Marte Meo og personcentreret omsorg som fundament, og tillige arbejdes der systematisk med sundhedsfremmende og hverdagsrehabiliterende indsatser. Ligeledes vurderes det, at der 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 centret er en imødekommende kultur, hvor medarbejderne har en feedback-kultur i forhold til uhensigtsmæssig kommunikation.

Det vurderes, centret har et velorganiseret samarbejde med de pårørende, og de pårørende finder, at inddragelse og kommunikation på centret generelt er meget tilfredsstillende.

Vurderingen er, at der ved medicineftersyn er fundet enkelte mangler i forhold til dokumentation og opbevaring.

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 dokumentationspraksis og medicin håndtering.

### 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 flere mangler i dokumentationen i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At der i to tilfælde mangler enkelte opdateringer af helbredsoplysninger.</li> <li>• At der ikke ses ensartet systematik for dokumentation af helbredsoplysninger.</li> <li>• At der i fire tilfælde mangler opdatering af funktionstilstande.</li> <li>• At hjælpen om natten i et tilfælde kun er delvis beskrevet i døgnrytmeplanen.</li> <li>• At der generelt ikke er beskrevet borgerens forventninger og mål.</li> </ul>	<p>Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder det igangværende fokus på dokumentationspraksis, og at de sikrer, at alle journaler er opdaterede.</p>

<p><u>Pleje, omsorg og praktisk støtte</u></p> <p>Tilsynet bemærker i forhold til praktisk støtte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At der i et tilfælde ses et snavset hjælpemiddel.</li> <li>• At medarbejderne oplyser, at der ikke er fast praksis for renholdelse.</li> </ul>	<p>Tilsynet anbefaler, at ledelsen i dialog med medarbejderne aftaler praksis for renholdelse af hjælpemidler.</p>
<p><u>Medicineftersyn</u></p> <p>Tilsynet bemærker, at der er enkelte mangler i medicinhåndtering i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At der i to tilfælde mangler enkelte handlingsanvisninger.</li> <li>• At der i et tilfælde opbevares udløbet medicin i beholdningen.</li> </ul>	<p>Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder det igangværende fokus på medicinhåndtering, og at de sikrer, at gældende retningslinjer efterleves.</p>

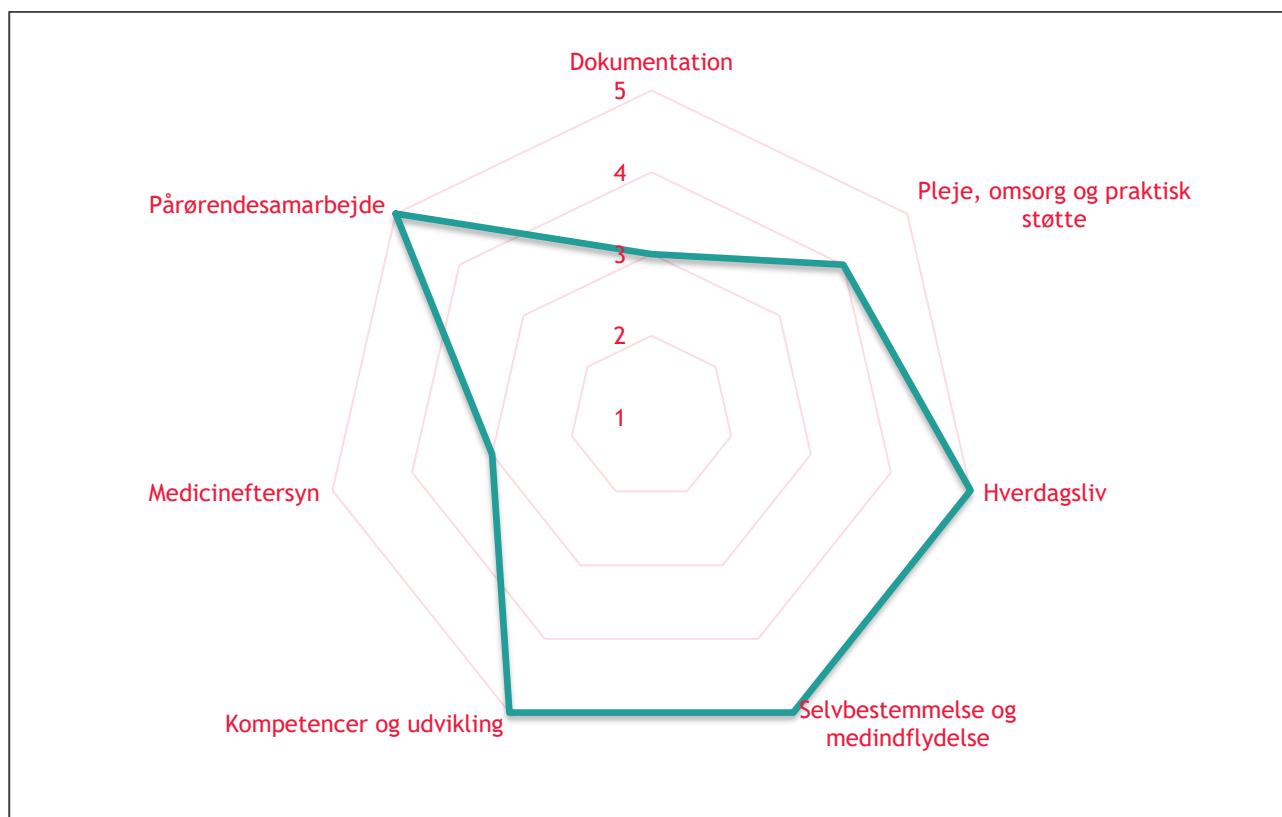
## 2.3 AKTUELLE VILKÅR

<p><b>Aktuelle vilkår</b></p>
<p>Ledelsen oplyser, at der har været stor udskiftning af medarbejdere efter indflytning og omdannelse til demenscenter, men at de nu har opnået en stabil og kompetent medarbejderstab. Ledelsen arbejder desuden på at ansætte faste faglærte medarbejdere i stedet for ufaglærte timelønnede vikarer.</p> <p>Siden sidste tilsyn er et af husene på centret under udvikling til at være et tilbud til yngre borgere med tidligt opdaget demens.</p> <p>I forhold til sidste tilsyn, og i forlængelse af tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed, er der arbejdet intensivt med forbedring af dokumentationspraksis og medicinhåndtering. Ledelsen oplever, at det, at de nu har opnået en stabil medarbejderstab, samt at de har opnormeret med en afdelingsleder, har styrket kvalitetsarbejdet på centret. Alle journaler er gennemgåede, og der arbejdes på at skabe en ny fælles systematik for dokumentationspraksis, blandt andet ved hjælp af tematiseret undervisning og sidemandsoplæring samt ved at skabe rammer og vilkår for medarbejderne, der skal understøtte arbejdet med at sikre løbende opdatering af dokumentation. Ledelsen redegør for, hvordan de arbejder på at styrke medarbejdernes kendskab til og anvendelse af de pædagogiske metoder som redskab, og at der arbejdes med triagering og tværfaglige borgerkonferencer.</p> <p>Leder oplyser, at der har været en skriftlig klagesag inden for det seneste år, som er håndteret. Ledelsen redegør for et opsøgende samarbejde med de pårørende, blandt andet i forhold til at forebygge klagesager.</p>
<p><b>Opfølgning på sidste tilsyn</b></p>
<p>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 dokumentationspraksis og medicinhåndtering. Der arbejdes ligeledes med tiltag til fortsat udvikling af den samlede kvalitet i indsatsen til borgere med demens, fx er centret i gang med at blive certificeret som Marte Meo center.</p>

## 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	Tilsynet vurderer, at centret i middel grad lever op til indikatorerne.
Score: 3	<p><u>Gennemgang af dokumentation</u></p> <p>Dokumentationen fremstår med en overordnet god faglig standard, men med mangler. Dokumentationen fremstår delvist opdateret og fyldestgørende. På alle borgere er der generelle oplysninger med helbredsoplysninger, ressourcer, mestring og motivation og livshistorie, hvor der i to tilfælde mangler opdatering af enkelte helbredsoplysninger. Derudover ses der ikke ensartet systematik for opbygning af helbredsoplysninger. Der er funktionstilstande, hvor der i fire tilfælde mangler enkelte opdateringer, og generelt mangler der beskrivelse af borgernes forventninger og mål. Borgernes behov for pleje og omsorg er beskrevet handlevejledende i døgnrytmeplanen, og der tages udgangspunkt i borgerens helhedssituation og ressourcer, hvor hjælpen i et tilfælde kun er delvis beskrevet for nat. Der er lagt vægt på at beskrive borgernes kognitive udfordringer, og hvorledes der støttes op om disse samt særlige opmærksomhedspunkter. Der ses relevante målinger, borgerne er triagerede, og på enkelte borgere ses der dokumentation for 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 fast praksis i forhold til dokumentation, og der er en klar ansvarsfordeling. Medarbejderne redegør for, at en gruppe medarbejdere har gennemgået al dokumentation, og at der nu er igangsat intern undervisning i dokumentationspraksis til social- og sundhedshjælpere og ufaglærte.</p> <p>Tilsynet har efterfølgende drøftet dokumentation for HLR og den sidste tid med ledelsen, som tilkendegiver, at de har planer om at få det struktureret i forbindelse med de årlige lægesamtaler.</p> <p>Tilsynet vurderer, at medarbejderne har kendskab til håndtering af personfølsomme oplysninger, og de giver konkrete eksempler på, hvordan de overholder reglerne. Medarbejderne fortæller, at de alle skal gennemgå e-learning i GDPR.</p>
<p>Tema 2: Pleje, omsorg og praktisk støtte</p> <p>Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at centret i høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Interview med borgerne</u></p> <p>De borgere, der har deltaget i interviews, er tilfredse med kvaliteten af den personlige støtte og pleje, og de oplever, at få hjælp til det, de har brug for. Borgere, der ikke deltager i interviews grundet kognitive begrænsninger, observeres på fællesarealet i samvær med medarbejdere eller i egen bolig, og de virker trygge, veltilpasse og velsoignerede i situationen.</p> <p>De borgere, der kan, deltager alle på forskellig vis i de daglige opgaver, og de oplever, at de har mulighed for at være aktive i plejen.</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, med undtagelse i en af boligerne, hvor der observeres et snavset hjælpemiddel.</p> <p><u>Interview med medarbejderne</u></p> <p>Medarbejderne kan fagligt reflekteret redegøre for pleje og omsorg til borgerne, og de har målrettet fokus på den sundhedsfremmende og forebyggende samt rehabiliterende tilgang og plejen til demente borgere.</p> <p>Medarbejderne redegør for, hvordan de arbejder på at sikre kontinuiteten og på at skabe tryghed i pleje og støtte med kontaktpersonsordning. Ved indmøde planlægges dagen blandt andet ud fra borgernes døgnrytme og aktuelle tilstand, kompetencer og relationer.</p> <p>Medarbejderne redegør for, hvordan der systematisk arbejdes med triagering, og at der afholdes triagemøder to gange dagligt. Medarbejderne beskriver, at de anvender Marte Meo som tilgang i den daglige praksis hos borgerne, og at de arbejder med Tom Kitwoods teori og blomstringsmodel som værktøj til borgere med demens. Medarbejderne har målrettet fokus på hverdagsrehabilitering, herunder hvordan de kan motivere og træne borgerne i hverdagen.</p> <p>Som opfølgning på observation af et snavset hjælpemiddel oplyser medarbejderne, at der ikke er fast praksis for renholdelse.</p>

<p>Tema 3: Hverdagsliv</p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at centret i meget høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><b>Aktiviteter</b></p> <p><u>Interview med borgerne</u></p> <p>To borgere kan i varierende omfang svare på spørgsmål omkring aktiviteter på centret. En borger deltager i forskellige aktiviteter på Seniorhøjskolen. En borger har tidligere deltaget, men borgeren hygger sig på afdelingen, og borgeren går ture til det lokale indkøbscenter.</p> <p><u>Interview med medarbejderne</u></p> <p>Medarbejderne fortæller, at borgerne har gode muligheder for deltagelse i aktiviteter, både aktiviteter i Seniorhøjskolen og nære aktiviteter, såsom banko, puslespil, musik og film, der foregår i afdelingerne. Medarbejderne redegør reflekteret for, at aktiviteterne skal være tilpasset målgruppen.</p> <p><b>Mad og måltid</b></p> <p><u>Interview med borgerne</u></p> <p>Borgerne kan i varierende omfang svare på spørgsmål, og de giver udtryk for at være tilfredse med maden og madens kvalitet. En borger fortæller at have indflydelse på, hvor maden indtages, og at der tages hensyn til borgerens behov og ønsker til maden.</p> <p><u>Interview med medarbejderne</u></p> <p>Medarbejderne redegør reflekteret for, hvordan de arbejder med at skabe gode måltider for borgerne, herunder hvordan de arbejder med at skabe ro og hygge omkring måltidet. De planlægger måltiderne i forhold til fx roller og ansvar, og de oplyser, at de som udgangspunkt sidder med til måltiderne.</p> <p>Ved måltiderne arbejdes der med rehabilitering af de borgere, der fx selv kan smøre deres mad.</p> <p>Medarbejderne redegør for, at der følges op på borgernes ernæringstilstand med vægtkontrol hver måned eller oftere ved behov. Ved u hensigtsmæssig vægtændring iværksættes der tiltag, fx i samarbejde med en sygeplejerske eller med kommunens diætist.</p> <p><b>Kommunikation og adfærd</b></p> <p><u>Interview med borgerne</u></p> <p>To borgere kan i varierende omfang svare. De er begge meget tilfredse med medarbejderne, og de oplever medarbejderne som flinke og hjælpsomme. En borger tilkendegiver, at medarbejderne udviser respekt for privatliv og personlige grænser, fx banker medarbejderne på døren, inden de går ind i boligen.</p> <p><u>Interview med medarbejderne</u></p> <p>Medarbejderne redegør reflekteret for, at de i kommunikationen med borgerne vægter en individuel tilgang både ud fra, at borgerne er forskellige, men også ud fra den givne situation. Medarbejderne har fokus på at skabe tryghed hos den enkelte borger og på at være nærværende i deres kommunikation og adfærd.</p> <p>Medarbejderne har opmærksomhed på at foregribe forråelse, og medarbejderne har indbyrdes fokus på omgangstone og adfærd, og de har tillid til at drøfte brud på omgangstone indbyrdes og i fælles fora.</p>
--	--



	<p><u>Observation</u></p> <p>Ved observation og under interview med medarbejderne omtales borgerne anerkendende og respektfuldt. Ved rundgang i boligerne og afdelingerne observeres det, at medarbejderne tilgår borgerne respektfuldt. Medarbejderne opleves som værende meget nærværende over for borgerne, og at de benytter kropssprog og kropskontakt i deres omgang med borgerne.</p>
<p>Tema 4: Selvbestemmelse og indflydelse Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at centret i meget høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Interview med borgerne</u></p> <p>De borgere, der er i stand til det, udtrykker, at de er tilfredse med at bo på centret, og en borger nævner, at borgeren selv har indflydelse på hverdagen og eget liv. Borgeren fortæller, at der tages hensyn til borgerens vaner og ønsker, og borgeren oplever medarbejderne som værende meget søde og imødekommende.</p> <p>De borgere, som ikke kan svare under interview, observeres at være trygge og veltilpasse.</p> <p><u>Interview med medarbejderne</u></p> <p>Medarbejderne redegør reflekteret for, hvordan borgerne har medbestemmelse og indflydelse og for, hvordan de bruger relevant viden fra borgernes livshistorie og fra de pårørende. Herunder også, hvordan der arbejdes med medbestemmelse og indflydelse hos de borgere, der ikke kan udtrykke sig.</p> <p>Ved indflytning på centret afvikles der indflytningssamtale med borgere og deres pårørende, hvor der spørges ind til borgernes livshistorie, rutiner og vaner. Medarbejderne er opmærksomme på, også efter indflytning, løbende at inddrage borgerne og eventuelle pårørende i planlægningen af borgernes pleje/forløb.</p> <p>Medarbejderne oplyser, at der spørges ind til borgernes stillingtagen til HLR og ønsker til den sidste tid, når der er en naturlig anledning til dette.</p>
<p>Tema 5: Kompetencer og udvikling Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at centret i meget høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Interview med leder</u></p> <p>Ledelsen redegør for, at medarbejdere har relevante sundhedsfaglige og pædagogiske kompetencer og erfaring med den målgruppe, der bor på centret. Medarbejdergruppen er tværfagligt sammensat, og den består af sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, pædagoger, pædagogiske assistenter og psykomotoriske terapeuter. Der er ansat husassistenter til udelukkende at varetage rengøringen i boligerne, på fællesarealer samt tøjvask. En del social- og sundhedsassistenter er blevet uddannede til Marte Meo terapeuter, og som et led i processen med at blive certificeret som Marte Meo skal alle medarbejdere igennem et undervisningsforløb.</p> <p>Ledelsen oplyser, at der er få ufaglærte medarbejdere ansat i faste stillinger. Ledelsen satser på, at de ufaglærte på sigt vil igangsætte uddannelse inden for det sundhedsfaglige område, og dermed være med til at skabe grundlag for den fremtidige rekruttering af faglærte medarbejdere.</p> <p>Der er udpeget ernæringsansvarlige medarbejdere i hvert hus, som har et tæt samarbejde med kommunens diætist, der kommer fast på centret.</p>

	<p>Der arbejdes struktureret med kompetenceprofil og kompetencekort. Ledelsen har stort fokus på faglighed og kompetenceudvikling hos medarbejderne. Ledelsen redegør for, at der er igangsat forskellige læringsforløb, herunder også for de ufaglærte medarbejdere.</p> <p>Centret arbejder blandt andet med et fagligt årshjul, hvor hver måned har et fagligt tema med undervisning, der er obligatorisk for alle medarbejdere. Der er opstillet kvalitetsparametre, så man kan udføre audit på den interne kompetenceudvikling.</p> <p><u>Interview med medarbejderne</u></p> <p>Medarbejderne redegør for muligheden for løbende kompetenceudvikling både i daglig praksis og gennem tematiseret undervisning, herunder inddragelse af andre faggrupper i tværfaglige samarbejder. Medarbejderne oplever, at der er mange relevante kursus- og undervisningstilbud, herunder det faglige årshjul med månedens tema.</p> <p>Medarbejderne har mulighed for tværfaglig sparring med sygeplejerskerne i borgernær praksis og for monofaglig sparring samt mulighed for fælles sparring og refleksion i tværfaglige mødefora - herunder på de daglige triagemøder og på fagligt forum, der afvikles hver anden uge med deltagelse af sygeplejersker og assistenter. Der er desuden mulighed for at trække på kommunens specialkompetencer, når der er behov for dette.</p> <p>Medarbejderne tilkendegiver, at de systematisk får udfyldt kompetencekort ved oplæring i delegerede sundhedslovsopgaver.</p>
<p>Tema 6: Medicineftersyn Score: 3</p>	<p>Tilsynet vurderer, at centret i middel grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Medicingennemgang</u></p> <p>Centret har en meget systematisk tilgang til medicin håndtering, hvor der er indrettet et medicinrum med plads til, at medarbejderne kan dispensere uforstyrrede. Rummet er indrettet med reoler med tydelig mærkning af bolignummer. Dertil er der i alle huse aflåste medicin vogne, hvor hver borgers ugemedicin opbevares adskilt fra de øvrige borgers medicin.</p> <p><b>Opbevaring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicinen opbevares forsvarligt og utilgængeligt for andre i medicindepot i blå kasser, og der anvendes farvede poser til at adskille aktuel/ikke aktuel medicin osv.</li> <li>• Alle blå kasser, uge- og dagsdoseringsæsker og beholdere er mærkede med navn og CPR-nummer.</li> <li>• Der ses korrekt adskillelse af aktuel og ikke aktuel medicin og pn medicin.</li> <li>• I et tilfælde opbevares der udløbet medicin i beholdningen.</li> </ul> <p><b>Medicin håndtering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er oprettet relevante handlingsanvisninger i forhold til dispensering og administration af medicin, fraset at dette mangler på et enkelt præparat hos to borgere.</li> <li>• For alle borgere er der overensstemmelse mellem medicinliste og dispenseret medicin.</li> <li>• Medicin er korrekt udleveret, herunder at der er tidstro kvittering.</li> <li>• Der er ikke dispenseret pn medicin.</li> </ul>

<p>Tema 8: Pårørendesamar- bejde Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at centret i meget høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Lederinterview</u></p> <p>Ledelsen redegør for, at de arbejder strategisk og systematisk med pårørendesamarbejdet, herunder på at sikre, at individuelle aftaler med pårørende dokumenteres. Ledelsen arbejder målrettet med involvering af de pårørende. Arbejdet starter allerede, når borgeren tilbydes en bolig på centret, og her tages der den første kontakt til borgeren og pårørende. Ved indflytning afvikles der indflytningssamtale, hvor der blandt andet er fokus på at afdække borgerens/pårørendes behov og forventninger til opholdet. Kontaktpersonordningen er blevet udvidet, så der er kontaktperson i både dag- og aftenvagte, og den enkelte borgers kontaktpersoner fremgår af opslag ved hver bolig, så det er synligt for både pårørende og andre besøgende. Ledelsen oplyser, at der er fokus på løbende at beskrive borgernes vaner, ønsker og livshistorie, og der er særligt fokus på at få det beskrevet i borgernes døgnrytmeplan, så brugen af denne viden understøtter borgerne selvbestemmelse.</p> <p>Ledelsen redegør for, hvordan centret aktivt inddrager de pårørende, fx ved et aktivt bruger- og pårønderåd, ved udsendelse af månedlig husavis samt ved løbende tilbud om fællesarrangementer, hvor de pårørende kan deltage. Ledelsen har desuden styrket kontaktpersonordningen, så der er udpeget kontaktperson i både dag- og aftenvagte.</p> <p><u>Pårørendeinterview</u></p> <p>De pårørende er overvejende tilfredse med samarbejdet med centret, og de oplever medarbejderne som imødekomende, når de kommer på besøg.</p> <p>En pårørende oplever, at aftaler ikke altid overholdes, men den pårørende tilkendegiver dog, at dette formentligt skyldes borgerens kognitive vanskeligheder.</p> <p>En anden pårørende, der ikke er primær kontakt til borgeren, oplever indimellem ikke at føle sig informeret. Tilsynet er oplyst, at der er en løbende dialog mellem ledelsen og denne pårørende.</p> <p>Tilsynet har efterfølgende drøftet med ledelsen, at de skal tage en dialog med borgerens primære pårørende om, hvem der skal være borgerens primære kontakt og få en forventningsafstemning om, hvad man kan forvente som pårørende.</p>
---	--

## 2.6 VURDERINGSSKEMA

I tilsynene i Roskilde 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>

<b>SCORE: 4</b>	<p><b>Indikatorerne er i høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne</li> <li>• Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger</li> </ul>
<b>SCORE: 3</b>	<p><b>Indikatorerne er i middel grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne</li> <li>• En del af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul>
<b>SCORE: 2</b>	<p><b>Indikatorerne er i lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen, med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne</li> <li>• Få af elementerne i indikatorerne er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul> <p>Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.</p>
<b>SCORE: 1</b>	<p><b>Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes</li> <li>• Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne</li> <li>• Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul> <p>Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.</p>

## OM BDO

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

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejecentre, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.