

Tilsynsrapport  
**Jammerbugt Kommune**

Sundheds- og Seniorafdelingen  
Kaas Plejecenter

Uanmeldt tilsyn  
December 2017

# INDHOLD

1.0	Vurdering	2
1.1	Tilsynets samlede vurdering	2
1.2	Tilsynets anbefalinger	2
2.0	Indledende oplysninger	3
3.0	Datagrundlag	4
3.1	Aktuelle vilkår og status	4
3.2	Det skriftlige grundlag	4
3.3	Pleje, omsorg og praktisk støtte	5
3.4	Mad og måltider	6
3.5	Kommunikation og adfærd	6
3.6	Aktiviteter og eventuelle frivillige indsatser	7
3.7	Kompetencer og udvikling	7
4.0	Tilsynets formål og metode	8
4.1	Formål	8
4.2	Metode	8
4.3	Vurderingsskala	9
4.4	Tilsynets tilrettelæggelse	9
4.5	Præsentation af BDO	10

---

## Forord

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

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering af plejecentret og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete ældrecenter.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og gennemgang af skriftligt grundlag. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra den indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

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

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.



“

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

# VURDERING

## 1.1 TILSYNETS SAMLEDE VURDERING

Det overordnede indtryk af Plejecenter Kaas er, at forholdene på plejecentret kan karakteriseres som

### *Meget tilfredsstillende*

- Det er tilsynets vurdering, at dokumentationen kan karakteriseres som meget tilfredsstillende og anvendes som et dynamisk arbejdsredskab af medarbejderne. Det er tilsynets vurdering, at plejecentret i den fremadrettede implementeringsproces skal sikre ajourføring af de sygeplejefaglige udredninger, således at der sikres en rød tråd til beboernes aktuelle pleje- og omsorgsbehov.
- Tilsynet vurderer, at kvaliteten af pleje, omsorg og praktisk støtte er meget tilfredsstillende og tager udgangspunkt i en respektfuld og rehabiliterende tankegang. Tilsynet bemærker samtidig, at der er brug for en afklaring af kontaktpersonordningens rolle og ansvar, herunder sikring og opfølgning på aftaler og beboernes tilstande.
- Det er tilsynets vurdering, at plejecentrets indsats i forbindelse med beboernes mad, måltider og ernæringstilstand kan betegnes som meget tilfredsstillende. Der er fokus på faktorer, der har betydning for den enkelte beboers livskvalitet i relation til måltidet.
- Tilsynet vurderer, at kommunikation og adfærd på plejecentret er særdeles tilfredsstillende og respektfuld.
- Tilsynet vurderer, at tilbud om aktiviteter er meget tilfredsstillende og tager udgangspunkt i de forskellige målgruppers differentierede behov. Beboerne har ud fra deres funktionsniveau indflydelse på aktiviteterne, som både retter sig mod beboernes fysiske, psykiske og sociale behov.
- Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne har et godt fagligt fundament og besidder de nødvendige kompetencer. De har gode muligheder for faglig sparring og fokus på kompetenceudvikling i 2018.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation og observationer. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

## 1.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

### Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at plejecentret i deres implementeringsproces sikrer ajourføring af de sygeplejefaglige udredninger, således at der sikres en rød tråd til beboernes aktuelle pleje- og omsorgsbehov.
2. Tilsynet anbefaler, at leder og fagligkoordinator sammen med medarbejderne afklarer rolle- og ansvarsfordeling i kontaktpersonordningen, evt. udarbejder en funktionsbeskrivelse, samt hvordan der sikres opfølgning på aftaler og beboernes tilstande.

# INDLEDENDE OPLYSNINGER

<b>Adresse</b>
Gammelgaardsvej 44, Kaas, 9490 Pandrup
<b>Leder</b>
Marianne Sønderby Christensen
<b>Antal boliger</b>
22 boliger
<b>Dato for tilsynsbesøg</b>
Den 14. december 2017
<b>Tilsynets deltagerkreds</b>
<p>Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Interview med plejecentrets ledelse</li><li>• Tilsynsbesøg hos tre beboere</li><li>• Gennemgang af dokumentation</li><li>• Observationer</li><li>• Gruppeinterview med tre medarbejdere (To social- og sundhedshjælpere, en social- og sundhedsassistent)</li></ul> <p>Beboere, der indgår i individuelle interview, har givet deres accept til at indgå i tilsynet samt givet samtykke til, at den tilsynsførende gennemgår personlige data.</p> <p>Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsføreløb og foreløbige udfordringer.</p>
<b>Tilsynsførende</b>
Manager, Niels-Ulrik Poulsen ergoterapeut, cand. soc.

# DATAGRUNDLAG

## 3.1 AKTUELLE VILKÅR OG STATUS

<b>Data</b>	<p>Leder orienterer tilsynet om, at man på plejecentret er optaget af, hvordan man bruger ressourcerne bedst. Bl.a. har man organiseret overlap mellem vagterne. Ifølge leder og medarbejdere har det øget muligheden for faglig sparring og vidensdeling samt større forståelse for beboerens kompleksitet gennem døgnet.</p> <p>Ligeledes er medarbejderne optaget af at overføre dokumentationen fra Nexus til Fællessprog III.</p> <p>Af udfordringer nævnes dørsøgende beboere, som giver medarbejderne udfordringer gennem døgnet i forhold til beboernes selvbestemmelsesret og til at færdes frit. Leder er i dialog med konsulent og demenskoordinator i kommunen i forhold til indretning og udsmykning af udgangsdør som mulig løsning.</p> <p>I samarbejde med centersygeplejersken triageres der to dage i dagvagten og to andre dage i aftenvagten. Samarbejdet med Regionsklinik og centersygeplejerske beskrives af leder som positivt. Leder ytrer ønske om, at hun på sigt kan fastansætte sin egen sygeplejerske og samarbejde med en kommunal plejecenterlæge.</p> <p>Pr. første januar starter to social- og sundhedsassistenter, og leder angiver, at medarbejdergruppen nu består af 16 social- og sundhedshjælpere og 8 social- og sundhedsassistenter.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	Tilsynet har ingen bemærkninger.

## 3.2 DET SKRIFTLIGE GRUNDLAG

<b>Data</b>	<p>Tilsynet gennemgår tre stikprøver i dokumentationen i samarbejde med fagligkoordinator, som også fungerer som superbruger. Ifølge faglig koordinator er det forskelligt, hvor langt de er kommet med overføring af data fra Nexus til FSIII. Man har prioriteret serviceydelse, og faglig koordinator erkender, at de er lidt bagefter med de sundhedsfaglige ydelser.</p> <p>Dokumentationen, som tilsynet får kendskab til, er generelt opdateret og indeholder fyldestgørende beskrivelser af beboerens samlede helbredssituation, ressourcer, mål og plejebehov.</p> <p><b>Helbredsoplysninger:</b></p> <p>Alle tre stikprøver er opdateret, men i et tilfælde mangler medarbejderne ifølge faglig koordinator at få ajourført og overført flere oplysninger fra Nexus til de helbredsmæssige oplysninger.</p> <p>I forhold til FSIII kan det være svært at vurdere, om medarbejderne har forholdt sig til samtlige punkter i den sygeplejefaglige udredning. Faglig koordinator erkender, at de ikke er kommet så langt i processen med at få det registreret (markeret) i FSIII</p> <p><b>Tilstande:</b></p> <p>Der er oprettet relevante tilstande ud fra de sygeplejefaglige udredninger, som fx cirkulationsproblemer og fødeindtagelse, og disse er fulgt systematisk op.</p>
-------------	--

	<p><b>Døgnrytmeplaner:</b></p> <p>Døgnrytmeplanerne fremstår opdateret og retningsgivende og tager udgangspunkt i beboernes ressourcer, og hvordan medarbejderne kan guide eller støtte beboerne gennem døgnet ud fra en rehabiliterende tankegang. Der ses ligeledes løbende ændringsdatoer i døgnrytmeplanen, hvilket vidner om et dynamisk værktøj, der justeres, jf. beboernes aktuelle behov.</p> <p>Dokumentationen er formuleret i et fagligt og professionelt sprog.</p> <p>Medarbejderne kan i relevant omfang redegøre for, hvordan dokumentationen anvendes i dagligdagen og understøtter de faglige overvejelser og sikrer en ensartet pleje og omsorg. De bruger tablets ude hos beboerne, og ifølge faglig koordinator har de i implementeringsprocessen af FSIII udpeget kontaktpersoner og udarbejdet egenkontrol-skemaer til at sikre kontinuitet, således at de kommer rundt i samtlige punkter i dokumentationen. På teammøderne en gang om måneden gennemgås samtlige beboere ud fra skemaerne, og fagligkoordinator og medarbejderne koordinerer, hvem som gør hvad i forhold til opfølgning af dokumentationen.</p>
Tilsynets vurdering	<p>Det er tilsynets vurdering, at dokumentationen kan karakteriseres som meget tilfredsstillende og anvendes som et dynamisk arbejdsredskab af medarbejderne. Det er tilsynets vurdering, at plejecentret fremadrettet i deres implementeringsproces skal sikre ajourføring af de sygeplejefaglige udredninger, således at der sikres en rød tråd til beboernes aktuelle pleje- og omsorgsbehov.</p>

### 3.3 PLEJE, OMSORG OG PRAKTISK STØTTE

Data	<p>Beboerne oplever i høj grad, at den tildelte hjælp svarer til deres behov, og at medarbejderne tager udgangspunkt i deres ressourcer, ønsker og vaner i forbindelse med pleje og praktisk støtte.</p> <p>Beboerne er trygge ved den indsats, der ydes i forhold til deres sundhedsmæssige problemstillinger. De fortæller, at medarbejderne kommer og er undersøgende, hvis der er ændringer i deres habituelle tilstand. En beboer fremhæver, at medarbejderne er opmærksomme på hendes albue, og centersygeplejersken tilser den jævnligt. En anden beboer fortæller, at han gangtræner en gang om ugen med fysioterapeut.</p> <p>Medarbejderne redegøre for, hvordan de sikrer, at borgerne modtager den nødvendige pleje og omsorg, fx gennem dokumentationen, kalenderen i FSIII og møder som triage-, morgen- og teammøder. De bruger tablets og har indført kontaktpersonordningen for at sikre kontinuitet i plejen. På morgenmøderne mødes medarbejderne på tværs af plejecentret og fordeler opgaverne, alt efter kompetencer og beboernes behov.</p> <p>Medarbejderne giver udtryk for, at faglig koordinator er ansvarlig for at registrere tilstande og opfølgingsdatoer i kalenderen, hvilket de er bekymret for i forhold til ferie og sygdom. De er ligeledes lidt usikre på rolle- og ansvarsfordeling internt i forhold til opfølgning på de oprettede tilstande. Samarbejdet med centersygeplejersken beskrives som positivt.</p> <p>Medarbejderne redegør for, hvordan de med afsæt i beboernes dagsform og funktionsniveau arbejder ud fra en rehabiliterende tankegang, hvor beboerne motiveres eller guides til at gøre det, de selv kan. De ønsker at møde beboerne, der hvor beboerne er, og de giver eksempler på, hvordan de afventer, accepterer eller kommer igen, hvis beboerne fx ikke ønsker at modtage hjælp til eksempelvis et bad.</p> <p>Der er taget hånd om alle observerbare risici - fysiske, psykiske mentale og sociale.</p>
Tilsynets vurdering	<p>Tilsynet vurderer, at kvaliteten af pleje, omsorg og praktisk støtte er meget tilfredsstillende og med udgangspunkt i en respektfuld og rehabiliterende tankegang.</p> <p>Tilsynet bemærker også, at der er brug for en afklaring af kontaktpersonordningens rolle og ansvar, herunder sikring og opfølgning på aftaler og beboernes tilstande.</p>

### 3.4 MAD OG MÅLTIDER

<b>Data</b>	<p>Beboerne er særdeles tilfredse med madens og måltidernes kvalitet. De giver udtryk for, at de kan indtage måltiderne i egen bolig eller i fællesskabet, og medarbejderne er tilgængelige og hjælpsomme, uanset hvor de ønsker at indtage måltidet. I fællesskabet beskrives en god stemning med dialog og humor, og medarbejderne sidder med ved bordet og hjælper dem, som har behov.</p> <p>Under rundgangen observeres bl.a., hvordan flere af beboerne, medarbejderne og ledelsen sidder sammen i fællesarealerne og hyggesnakker.</p> <p>Medarbejderne har relevante overvejelser vedrørende deres rolle under måltidet og sikring af "Det gode måltid". De fortæller, at de har samarbejdet med ergoterapeut omkring dysfagi og fået anvisninger på siddestillinger og specialkost, som er fremmende for beboernes madindtag og ernæringsbehov. Medarbejderne fortæller bl.a., hvordan de har trænet en beboer med PEG sonde til at spise normalt igen.</p> <p>To gange om ugen forbereder den køkkenansvarlige frokost samt bager, og en gang om måneden kommer "Vennekredsen" og laver fællesspisning på tværs i plejecentret med stor succes. Samarbejdet med køkkenansvarlig og køkkenet beskrives positivt, og det er altid muligt at få fx hjemmelavet proteindrik eller is.</p> <p>Medarbejderne angiver, at beboerne vejes minimum en gang om måneden i forbindelse med bad, og der udarbejdes screening og bliver lagt ernæringsplaner, hvor der er behov, jf. screeningsresultat.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	<p>Det er tilsynets vurdering, at plejecentrets indsats i forbindelse med beboernes mad, måltider og ernæringstilstand kan betegnes som meget tilfredsstillende. Der er fokus på faktorer, der har betydning for den enkelte beboers livskvalitet i relation til måltidet.</p>

### 3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD

<b>Data</b>	<p>Beboerne vurderer, at der er en god omgangstone på plejecentret og beboerne i mellem. Medarbejderne beskrives som søde og venlige, og beboerne oplever, at medarbejderne lytter til dem og accepterer deres til- og fravalg.</p> <p>Medarbejderne finder omgangstonen god, og de tilstræber at være synlige, imødekomende og gøre dagligdagen for beboerne så hjemlig som mulig.</p> <p>Medarbejderne redegør for, hvordan de er opmærksomme på kemien mellem beboerne ved fx at aflede eller matche beboerne ud fra dagsform og aktuelle funktionsniveau.</p> <p>Der beskrives en god tone og åbenhed i medarbejdergruppen til at bytte indbyrdes eller sige fra ved uhensigtsmæssig sprogbrug.</p> <p>Ved observation kan der konstateres en omsorgsfuld dialog, bl.a. i forhold til servering af formiddagskaffen samt medarbejdernes organisering af interviewet med tilsynet, som tilrettelægges på beboernes præmisser.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	<p>Tilsynet vurderer, at kommunikation og adfærd på plejecentret er særdeles tilfredsstillende og respektfuld.</p>



### 3.6 AKTIVITETER OG EVENTUELLE FRIVILLIGE INDSATSER

<b>Data</b>	<p>Beboerne oplever, at der er tilstrækkelige tilbud om aktiviteter, og tilsynet observerer aktivitetsprogram på beboernes køleskabe. Beboerne giver udtryk for, at medarbejderne kommer og spørger dem i dagligdagen, og herudover nævner de bl.a. gudstjeneste eller ture ud med bussen, hvor de får kaffe eller spiser en god middag.</p> <p>Andre holder sig i gang med daglige gåture eller praktiske opgaver som at dække bord eller rydde op efter måltiderne. En beboer fortæller, at han spiller harmonika, hvilket ofte bidrager til fællessang og glæde i fællesarealet.</p> <p>Beboerne erindrer ikke at være orienteret om Klippekursordningen. Medarbejderne fortæller efterfølgende, at pårørende bl.a. har været inddraget.</p> <p>Af aktiviteter på plejecentret nævnes besøgshund, erindringsdans og musikterapi, og medarbejderne giver udtryk for, at det giver motivation og glæde, at se stjernestunder, hvor beboerne trives i fællesskabet eller individuelt.</p> <p>Leder samarbejder og koordinerer med de frivillige.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	<p>Tilsynet vurderer, at tilbud om aktiviteter er meget tilfredsstillende og tager udgangspunkt i de forskellige målgruppers differentierede behov. Beboerne har ud fra deres funktionsniveau indflydelse på aktiviteterne, som både retter sig mod beboernes fysiske, psykiske og sociale behov.</p>

### 3.7 KOMPETENCER OG UDVIKLING

<b>Data</b>	<p>Leder og medarbejderne giver udtryk for, at plejecentret har de rette og nødvendige kompetencer, og at de kan løfte opgaven gennem hele døgnet i samarbejde med den udekørende hjemmepleje og andre tværfaglige aktører.</p> <p>Medarbejdergruppen beskrives af leder som stabil og med lavt sygefravær. Medarbejderne udtrykker, at de har udviklet deres faglighed i processen fra at være somatisk plejecenter til nu at være kvalificeret som demensplejecenter. De tager i højere grad udgangspunkt i beboernes behov og reflekterer over deres egen adfærd i samarbejdet med beboerne.</p> <p>I overgangen fra somatisk plejecenter til demensplejecenter har flere af medarbejderne deltaget på demenskursus, og enkelte har erfaring med neuropædagogik.</p> <p>Ifølge arbejdsmiljørepræsentanten har hun og lederen drøftet muligheden for mere undervisning og systematik i afholdelse af personalemøder i 2018.</p> <p>En medarbejder fortæller, at hun netop er blevet introduceret til kommunens faglige instrukser "VIP", og alle medarbejdere har kendskab til PPS (Praktiske Procedurer i Sygepleje). Ellers udveksler medarbejderne erfaring og faglig sparring på de forskellige mødefora eller i overlap mellem vagterne.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	<p>Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne har et godt fagligt fundament og besidder de nødvendige kompetencer. De har gode muligheder for faglig sparring og fokus på kompetenceudvikling i 2018.</p>

# TILSYNETS FORMÅL OG METODE

## 4.1 FORMÅL

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 148a er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet.
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og økonomisk forsvarlig måde.
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer.

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

## 4.2 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets resurser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes og pårørendes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observation og gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som beboerne modtager på plejecentret.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

## 4.3 VURDERINGSSKALA

BDO arbejder ud fra nedenstående vurderingsskala ved helhedstilsyn.

Samlet vurdering	Samlet vurdering
Særdeles tilfredsstillende	Bedømmelsen <i>særdeles tilfredsstillende</i> opnås, når forholdene kan karakteriseres som fremragende og eksemplariske, og hvor tilsynet har konstateret ingen, få eller mindre væsentlige mangler, som let vil kunne afhjælpes. Det særdeles tilfredsstillende resultat kan følges op af tilsynets anbefalinger.
Meget tilfredsstillende	Bedømmelsen <i>meget tilfredsstillende</i> opnås, når forholdene kan karakteriseres ved at være gode og tilstrækkelige, og hvor tilsynet har konstateret få mangler, som relativt let vil kunne afhjælpes. Det meget tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger.
Tilfredsstillende	Bedømmelsen <i>tilfredsstillende</i> opnås, når forholdene kan karakteriseres som tilstrækkelige, og hvor der er konstateret flere mangler, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats. Det tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger.
Mindre tilfredsstillende	Bedømmelsen <i>mindre tilfredsstillende</i> opnås, når forholdene på flere områder kan karakteriseres som utilstrækkelige, og hvor der er konstateret en del og/eller væsentlige mangler, som det vil kræve en bevidst og målrettet indsats at afhjælpe. Det mindre tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger, fx anbefaling om udarbejdelse af handleplan.
Ikke tilfredsstillende	Bedømmelsen <i>ikke tilfredsstillende</i> opnås, når forholdene generelt kan karakteriseres som utilstrækkelige og uacceptable, og hvor der er konstateret mange og/eller alvorlige mangler, som det vil kræve en radikal indsats at afhjælpe. Det ikke tilfredsstillende tilsynsresultat følges op af tilsynets anbefalinger om, at problemområderne håndteres i umiddelbar forlængelse af tilsynet samt at der udarbejdes handleplan, eventuelt i samarbejde med forvaltningen. Det ikke tilfredsstillende tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

## 4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynsforløbet besluttet og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår. Så vidt muligt foregår tilsynet på et tidspunkt, hvor der er mulighed for dialog eller samvær med flere af beboerne.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra plejecentrets egen hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende. De tilsynsførende har sygeplejefaglig og/eller socialfaglig baggrund

## 4.5 PRÆSENTATION AF BDO

BDO er den største uafhængige private leverandør af rådgivning til de danske kommuner, herunder tilsyn på ældreområdet og socialområdet.

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 60 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering mm.

## KONTAKT

Partneransvarlig

BIRGITTE HOBERG SLOTH

Partner

m: 2810 5680

e: bsq@bdo.dk

Projektansvarlig

GITTE AMMUNDSEN

Senior Manager

m: 4189 0406

e: gja@bdo.dk

[www.bdo.dk](http://www.bdo.dk)

*BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab, en danskejet rådgivnings- og revisionsvirksomhed, er medlem af BDO International Limited - et UK-baseret selskab med begrænset hæftelse - og del af det internationale BDO netværk bestående af uafhængige medlemsfirmaer. BDO er varemærke for både BDO netværket og for alle BDO medlemsfirmaerne. BDO i Danmark beskæftiger godt 1.100 medarbejdere, mens det verdensomspændende BDO netværk har godt 64.000 medarbejdere i 154 lande.*

*Copyright - BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab, cvr.nr. 20 22 26 70.*

