



Tilsynsrapport Skive Kommune

Pleje og Visitation
Plejecenter Marienlyst

Uanmeldt tilsyn
September 2020

INDHOLD

1.	INDLEDENDE OPLYSNINGER	4
2.	VURDERING	5
2.1	TILSYNETS SAMLEDE VURDERING	5
2.2	TILSYNETS ANBEFALINGER	5
3.	DATAGRUNDLAG	6
3.1	AKTUELLE VILKÅR OG STATUS.....	6
3.2	DET SKRIFTLIGE GRUNDLAG	7
3.3	PLEJE, OMSORG OG PRAKTISK HJÆLP	7
3.4	MAD OG MÅLTIDER.....	8
3.5	KOMMUNIKATION OG ADFÆRD	8
3.6	SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE	9
3.7	KOMPETENCER OG UDVIKING	9
3.8	FYSISKE RAMMER	9
4.	TILSYNETS FORMÅL OG METODE.....	10
4.1	FORMÅL	10
4.2	METODE	10
4.3	VURDERINGSSKALA.....	11
4.4	TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE.....	12

Forord

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

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget samt om det konkrete center.

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 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.

Med venlig hilsen

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

Projektansvarlig
Mette Norré Sørensen
Senior Manager
Mobil: 4189 0475
Mail: meo@bdo.dk

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



1. INDLEDENDE OPLYSNINGER

Oplysninger om tilsynet
Navn og Adresse: Plejecenter Marienlyst, Marienlystvej 11, 7800 Skive
Leder: Annette Toft
Antal boliger: 37
Dato for tilsynsbesøg: Den 16. september 2020
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynet blev indledt og tilrettelagt i samarbejde med leder. Tilsynet interviewede: Leder, tre beboere og tre medarbejdere. Tilsynet havde desuden dialog med medarbejdere og beboere på fællesarealerne undervejs gennem tilsynet. Tilsynet har gennemgået dokumentation for to beboerne. Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til leder om tilsynsforløbet.
Else Marie Seehusen, Manager, sygeplejerske SD/DSH

2. VURDERING

2.1 TILSYNETS SAMLEDE VURDERING

Det overordnede indtryk af Marienlyst Plejecenter er, at der er tale om et center med:

Meget tilfredsstillende forhold.

Tilsynets samlede vurdering er, at der siden sidste tilsyn er arbejdet målrettet med de givne anbefalinger, og at der til stadighed iværksættes en række tiltag til fortsat udvikling og optimering af den gode kvalitet. Det er tilsynets vurdering, at dokumentationen samlet kan karakteriseres som meget tilfredsstillende, men at der ses mangler, som vil kræve en fortsat indsats at udbedre. Medarbejderne redegør reflekteret for dokumentationspraksis, som samlet anvendes som et dynamisk arbejdsredskab af medarbejderne. Endelig vurderes, at de igangsatte initiativer vil rette op på de fundne mangler.

Beboerne er særdeles tilfredse med hjælpen og trykke ved den samlede indsats. Tilsynet vurderer, at beboerne modtager relevante pleje- og omsorgsydelser, som leveres efter en meget tilfredsstillende faglig standard og med et rehabiliterende sigte.

Vurderingen er, at beboerne er særdeles tilfredse med maden, og at centrets 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.

Kommunikation og adfærd på plejecentret er meget tilfredsstillende, og medarbejderne er reflekterede omkring adfærd og kommunikation og en værdig tilgang til beboerne.

Det vurderes, at beboerne er særdeles tilfredse med at bo på centret, samt at de i høj grad har mulighed for medindflydelse og selvbestemmelse i hverdagen. Medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter beboernes selvbestemmelse i hverdagen.

Tilsynet vurderer, at ledelse og medarbejdere har relevante faglige kompetencer og mulighed for faglig sparring, vidensdeling på tværs og løbende kompetenceudvikling.

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.

2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger i forhold til Plejecentrets fremadrettede udvikling:

Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at den igangsatte strukturerede indsats med gennemgang af journaler og beboere prioriteres i hverdagen, med fokus på at sikre, at tilstande, indsatser, handlingsanvisninger og døgnrytmeplaner er opdaterede, herunder at journalens funktioner relateres indbyrdes.

3. DATAGRUNDLAG

3.1 AKTUELLE VILKÅR OG STATUS

Data	<p>Tilsynet er indledt med leder.</p> <p>Leder oplyser, at der efter de seneste tilsyn er iværksat en systematisk og målrettet indsats for frem over at sikre, at dokumentationen er fyldestgørende. Derudover er der opnormeret med en sygeplejerske yderligere. Den målrettede proces indeholder blandt andet, at der nu skemasættes tid til, at sygeplejerske og sundhedsmedarbejdere sammen gennemgår de enkelte beboere og deres journal. Alle social- og sundhedsassistenter er genundervist i Nexus, og der er i hverdagen mulighed for sidemandsoplæring. Social- og sundhedshjælperne skal ligeledes genundervises i Nexus. Derudover er der indført journalaudit.</p> <p>Overordnet har centret arbejdet på at styrke pårørendesamarbejdet, blandt andet med nyhedsbreve og en øget synlighed og tilgængelighed til ledelsen. Der er f.eks. opsat laminerede opslag med billeder og telefonnumre på leder, teamkoordinator og sygeplejersker. Derudover er der fokus på at være mere opsøgende i forhold til pårørende og få skabt den gode relation allerede ved indflytning. I forhold til nogle pårørende er der fastlagt kontinuerlige møder.</p> <p>Centret har ikke haft beboere, som har været smittet med COVID-19. Ledelsen har overordnet stået for implementering af anbefalinger, vejledninger og instrukser under COVID-19 situationen. Der er prioriteret en hyppigere kontakt til pårørende i forbindelse med tilstandsændringer. Aktiviteter har været omlagt under COVID-19 situationen, og den faste aktivitetsmedarbejder er gået på pension. Med afvikling af to andre plejecentre overflyttede to aktivitetsmedarbejdere, så aktiviteter kan genoptages.</p> <p>Leder fortæller, at for at kunne imødegå den stigende kompleksitet i opgaverne er der et behov for at styrke de sundhedsfaglige kompetencer, så ud over en opnormering af sygeplejerskerne, er der omlagt social- og sundhedshjælperstillinger til assistentstillinger. Som en del af rekruttering- og fastholdelsesstrategien tilbydes nye medarbejdere som udgangspunkt en fast stilling. Overordnet har ledergruppen fokus på, hvordan medarbejdere med anden etnisk baggrund integreres sprogligt og kulturelt, så de kan indgå kvalificeret i arbejdsstyrken.</p> <p>Der arbejdes systematisk med TOBS, og der er indført triageringsmøder, hvor der også er fokus på beboernes ernæringstilstand med EVS og vægtkontroller. Overblikket over beboerne ses dels i Nexus, men også på tavler i de respektive afdelinger i grupperummet, hvor også fokusområder for enkelte beboere er noteret.</p> <p>Leder oplyser efterfølgende, at det er påtænkt at genoptage implementering af personcentreret omsorg med beboerkonferencer, og at der allerede er taget kontakt til demensspecialister med henblik på at genstarte processen.</p>
Tilsynets vurdering	<p>Tilsynet vurderer, at der siden sidste tilsyn er arbejdet målrettet med de givne anbefalinger, og at der til stadighed iværksættes en række tiltag til fortsat udvikling og optimering af den gode kvalitet.</p>

3.2 DET SKRIFTLIGE GRUNDLAG

Data	<p>Dokumentationen indeholder overordnet fyldestgørende beskrivelser af beboerens samlede helbredssituation, ressourcer og plejebehov. På alle beboere er der relevante generelle oplysninger, herunder helbredsoplysninger. Hos alle beboere er døgnrytmeplanen handlevejledende beskrevet med systematisk beskrivelse af beboers og medarbejders indsats, samt hvor det er aktuelt, er der beskrevet oplysninger omkring beboers evt. kognitive problemstillinger, disse kunne i et tilfælde udfoldes tydeligere under aftenvagten. Tilstande, indsatser, indsatsmål, handlingsanvisninger og faglige notater er hos to beboere aktuelle og opdaterede, hvor der hos tredje beboer mangler opdateringer i tilstande i forhold til f.eks. udskillelse. Fælles for alle tre journaler er, at relateringsfunktionen ikke er fuldt benyttet. På alle beboere ses aktuelle observationsnotater, og der er løbende målinger, f.eks. vægtkontroller. Ligeledes ses dokumentation for brug af klippekort. Dokumentationen er formuleret i et fagligt og professionelt sprog. Dokumentationen indeholder oplysninger om beboers ønsker til livets afslutning, hvor der er taget stilling til dette.</p> <p>Medarbejderne redegør fagligt reflekteret for, hvordan de arbejder målrettet med dokumentationen, så den understøtter kvaliteten i daglig praksis. Der er skemalagt tid til opfølgning og opdatering. Der er klar ansvarsfordeling for, hvem der gør hvad, hvor det er sygeplejerske, som opretter helbredstilstande, og social- og sundhedsmedarbejderne har ansvar for funktionstilstande. Kontaktpersonen har ansvar for døgnrytmeplanen. Alle er ansvarlige for løbende at dokumentere afvigelser, samt for at dokumentationen sker i et tværfagligt samarbejde. Alle medarbejdere har mobil adgang til omsorgssystemet, og der kvitteres for medicin.</p> <p>Tilsynet bemærker, at der i faglige notater er opført præparatnavne på medicinsk behandling og har efterfølgende drøftet med ledelsen, at der ved medicinsk behandling henvises til FMK.</p>
Tilsynets vurdering	<p>Tilsynet vurderer, at dokumentationen samlet kan karakteriseres som meget tilfredsstillende, men at der ses mangler, som vil kræve en fortsat indsats at udbedre. Medarbejderne redegør reflekteret for dokumentationspraksis, som samlet anvendes som et dynamisk arbejdsredskab af medarbejderne. Endelig vurderes, at de igangsatte initiativer vil rette op på de fundne mangler.</p>

3.3 PLEJE, OMSORG OG PRAKTISK HJÆLP

Data	<p>Beboerne oplever, at den tildelte hjælp svarer til deres behov, og at hjælpen udføres med afsæt i deres ønsker og vaner. De er særdeles tilfredse med kvaliteten i hjælpen, hvor de oplever stor fleksibilitet. Alle beboere tilkendegiver, at de selv er medinddraget i forskellige daglige opgaver, og en beboer, som er svagtseende, oplever god støtte til opgaverne. De er ligeledes trygge ved den indsats, der ydes i forhold til deres sundhedsmæssige problemstillinger, og flere nævner, at der er hurtig respons på kald og hjælp. En beboer udtrykker specifikt, at medarbejderne er veluddannede.</p> <p>Beboerne er soignerede, svarende til habitus, og boligerne fremstår med tilfredsstillende hygiejnisk standard</p> <p>Medarbejderne redegør for, hvordan de arbejder med at sikre kontinuitet, og at beboerne får den nødvendige pleje og omsorg. Der arbejdes med kontaktpersonordning, og den daglige planlægning tager afsæt i relationer, kompetencer og beboerens aktuelle tilstand - alle indsatser fremgår af køreplan. Ved indmøde er der gennemgang af fælles beboerjournal. TOBS og triagering er en del af den daglige dialog vedrørende beboerne og dokumenteres i journal og på oversigtstavlen. Der er fast arbejdsgang for, hvordan der reageres og handles på ændringer i beboernes tilstand.</p>
-------------	---

Beboerne understøttes til at bruge egne ressourcer og inddrages mest muligt i den daglige opgaveløsning, alt efter deres aktuelle tilstand. Medarbejderne fortæller, at de før COVID-19 situationen var startet op med beboerkonferencer og implementering af personcentreret omsorg, men grundet Corona situationen er processen på standby. Der er taget hånd om observerbare fysiske, psykiske mentale og sociale risici.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at beboerne modtager relevante pleje- og omsorgsydelser, som leveres efter en meget tilfredsstillende faglig standard og med et rehabiliterende sigte. Beboerne er særdeles tilfredse med hjælpen og trygge ved den samlede indsats

3.4 MAD OG MÅLTIDER

Data

Beboerne er meget tilfredse med mad og måltider, hvor de alle fremhæver, at maden er veltillavet og varieret, og en synes, at den er næsten for god. To af beboerne spiser i fællesskabet og oplever, at det er positivt at spise sammen med andre og nævner den gode snak og de sociale kontakter. Den tredje beboer, som er forholdsvis ny og lige har mistet ægtefælle, er ikke klar til at spise i fællesskabet, og spiser derfor i egen bolig. Medarbejderne kan fagligt reflekteret redegøre for arbejdet med at sikre det gode måltid, hvor spisesituationen er tilpasset COVID-19 situationen. Der er fast struktur omkring måltidet og plan for, hvem der gør hvad. Medarbejderne sidder med ved bordene, hvor beboerne har behov for hjælp, og hvor der er behov for at understøtte rehabilitering og sociale kontakter. Beboerne bliver tilbudt EVS ved indflytning og ud fra en individuel vurdering aftales intervaller for vægtkontroller, og er der behov, tilbydes beboerne relevante særkoster. Der er et tæt samarbejde med køkken og diætist og løbende gennemgang af de mange forskellige særkoster. Der holdes løbende møder med beboerne om madplanen.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at beboerne er særdeles tilfredse med maden, og at centrets 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.

3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD

Data

Beboerne er meget tilfredse med medarbejderne, som de synes er hjælpsomme, søde, flinke og imødekommende. Omgangstone og adfærd er anerkendende og respektfuld. Medarbejderne kan redegøre fagligt og reflekteret for, at kommunikation og adfærd er på beboernes præmisser, og at den individuelle tilgang sikres gennem dialog med beboer/pårørende og kendskab til beboers ønsker og vaner, f.eks. deres livshistorie. Tilsynet bemærker under rundgang og interview med medarbejderne overalt en respektfuld og anerkendende kommunikation og adfærd.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at kommunikation og adfærd på plejecentret er meget tilfredsstillende, og medarbejderne er reflekterede omkring adfærd og kommunikation og en værdig tilgang til beboerne.

3.6 SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE

Data	<p>Beboerne er særdeles tilfredse med at bo på centret, og alle giver udtryk for, at de har frihed til leve, som de vil, og har god livskvalitet med de begrænsninger, deres helbred giver. En af beboerne er særlig glad for frit at kunne færdes i området, og en anden er glad for at kunne bruge klippekortet til ledsagelse. De tilkendegiver alle i høj grad at have indflydelse på hverdagen og eget liv, f.eks. aktiviteter, mad og måltid.</p> <p>Medarbejderne redegør reflekteret for, hvordan de medinddrager beboerne og sikrer, at de får indflydelse og medbestemmelse i hverdagen, blandt andet ved at prioritere det individuelle kendskab og anvende værktøjer, såsom indflytningsamtaler og det årlige kvalitetsmøde, hvor også pårørende kan deltage.</p>
Tilsynets vurdering	
Tilsynet vurderer, at beboerne er særdeles tilfredse med at bo på centret, og at de oplever, at de i høj grad har mulighed for medindflydelse og selvbestemmelse i hverdagen. Medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter beboernes selvbestemmelse i hverdagen.	

3.7 KOMPETENCER OG UDVIKING

Data	<p>Leder oplyser, at centret er dækket ind med sygeplejersker, social-og sundhedsmedarbejdere og faste afløsere. Derudover fortæller leder, at plejecentret profiterer af, at der er flere funktioner under samme tag med andre fagligheder, hvor man kan hjælpes ad på tværs af funktioner.</p> <p>Medarbejderne tilkendegiver, at de i hverdagen har rig mulighed for løbende kompetenceudvikling, såvel i de tværfaglige mødefora som i beboernær praksis, hvor sygeplejersken underviser i delegerede sundhedslovsopgaver. Der er ligeledes mulighed for at få temaundervisning af inkontinenssygeplejerske, ernæringsplejerske, diætist osv.</p> <p>Der arbejdes med kompetenceprofil og kompetencekort, hvor det overordnet er sygeplejerskens ansvar at sikre delegationspraksis.</p>
Tilsynets vurdering	
Tilsynet vurderer, at ledelse og medarbejdere har relevante faglige kompetencer og mulighed for faglig sparring, vidensdeling på tværs og løbende kompetenceudvikling.	

3.8 FYSISKE RAMMER

Data	<p>De fysiske rammer er tilfredsstillende, og indretningen på de to afdelinger er imødekomende og hjemligt indrettet med områder, der indbyder til socialt ophold. En af beboerne fremhæver centrets omgivelser og beliggenhed. Ligeledes er der udgang til afskærmet gårdhave, så alle har mulighed for at færdes sikkert og frit. Beboerne tilbydes demenssikring efter individuel vurdering.</p> <p>Der er god stemning og atmosfære samt et aktivt miljø, hvor flere beboere i løbet af formiddagen ses optaget af forskellige aktiviteter.</p>
Tilsynets vurdering	
Tilsynet har ingen bemærkninger.	

4. 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 beboernes 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:

Samlet vurdering
<p>1 - Særdeles tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none">• Bedømmelsen særdeles tilfredsstillende 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.
<p>2 - Meget tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none">• Bedømmelsen meget tilfredsstillende 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.
<p>3 - Tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none">• Bedømmelsen tilfredsstillende 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.
<p>4 - Mindre tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none">• Bedømmelsen mindre tilfredsstillende 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.
<p>5 - Ikke tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none">• Bedømmelsen ikke tilfredsstillende 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 en sundhedsfaglig baggrund.

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.