



Tilsynsrapport Skive Kommune

Pleje og Visitation
Jebjerg Ældrecenter

Uanmeldt tilsyn
3. december 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	6
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	8
3.7	KOMPETENCER OG UDVIKING	9
3.8	FYSISKE RAMMER	10
4.	TILSYNETS FORMÅL OG METODE.....	11
4.1	FORMÅL	11
4.2	METODE	11
4.3	VURDERINGSSKALA.....	12
4.4	TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE.....	13

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: Jebjerg Ældrecenter, Søndergade 20, Jebjerg, Roslev
Leder: Anne Mette Lynge Sørensen
Antal boliger: 36 boliger, heraf 2 midlertidige pladser
Dato for tilsynsbesøg: Den 3. december 2020
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynet blev indledt og tilrettelagt i samarbejde med leder og teamkoordinator.
Tilsynet interviewede: Leder, teamkoordinator, 2 beboere og 2 medarbejdere. Tilsynet havde endvidere dialog med medarbejdere og beboere på fællesarealerne undervejs gennem tilsynet. Tilsynet har gennemgået dokumentation for 2 beboere. Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til leder om tilsynsforløbet.
Pernille Hansted, Senior Manager, Økonoma og DP i ledelse

2. VURDERING

2.1 TILSYNETS SAMLEDE VURDERING

Det overordnede indtryk af Jebjerg Ældrecenter er, at der er tale om et center med

Meget tilfredsstillende forhold

Tilsynet vurderer, at der er fulgt op på tilsynets seneste anbefaling.

Det er tilsynets vurdering, at dokumentationen kan karakteriseres som mindre tilfredsstillende, og at der ses mangler, som vil kræve en målrettet indsats at udbedre.

Tilsynet vurderer, at kvaliteten af pleje, omsorg og praktisk hjælp er særdeles tilfredsstillende og med udgangspunkt i en rehabiliterende tilgang og med et sundhedsfremmende og forebyggende aspekt.

Det er tilsynets vurdering, at ældrecentrets indsats i forbindelse med beboernes mad, måltider og ernæringstilstand kan betegnes som særdeles 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 ældrecentret er særdeles tilfredsstillende, samt at beboerne medinddrages og har indflydelse på hverdagen og eget liv på særdeles tilfredsstillende vis.

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

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 Ældrecentrets fremadrettede udvikling:

Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at der sættes fokus på, at dokumentationen for alle beboere er opdateret, udarbejdet med beskrivelser af beboernes egen ressourcer og indsats, indeholder handleanvisende beskrivelse af hjælpen til den personlige pleje og praktiske hjælp, som beboer skal modtage, samt at der henvises til relevante handlingsanvisninger.
2. Tilsynet anbefaler, at der arbejdes med systematik i forhold til vejning af beboerne, så instruks fra Skive Kommune følges, og at der sker refleksion over dokumenterede målinger.

3. DATAGRUNDLAG

3.1 AKTUELLE VILKÅR OG STATUS

Data	<p>I forhold til Covid-19 epidemien har der ingen smittede beboere været på ældrecentret, dog har nogle beboere været i isolation. Der udføres systematisk test hver 14. dag.</p> <p>Beboerne på det somatiske afsnit har reageret mest på nedlukningen, ligesom pårørende til beboere på demensafsnittene har oplevet, at nedlukningen var vanskelig. Det opleves, at beboere med demens har profiteret af, at der er i perioden har været mere ro i afdelingen. Der er afholdt aktiviteter afdelingsvis.</p> <p>Der har været skærpet opmærksomhed på hygiejne under hele forløbet med Covid-19. Besøgstellene har ikke været optimale, og der etableres nu besøgsrum.</p> <p>Der er fulgt op på seneste anbefalinger i forhold til dokumentation ved, at der er afholdt følgedage med sygeplejerske både i plejen og i dokumentation dag, aften og nat.</p> <p>Der er arbejdet med, hvordan dokumentationen udfyldes korrekt og handleanvisende.</p> <p>Der har været arbejdet med demensrejseholdet og afholdes beboerkonference, og der er fokus på den faglige tilgang, og at blomstringsteoretiske begreber anvendes.</p> <p>Triagering er indført på ældrecentret med tavlemøder i dagvagt, ligesom aften- og nattevagter orienterer sig på tavlen. Der triageres afdelingsvis tre dage ugentlig og for hele huset to dage om ugen. Der triageres ikke i weekender.</p> <p>Der er plan for at arbejde med fokusemner for en periode ad gangen. Emnerne tages op ved triagering og under sygeplejerskens kontakt til medarbejderne.</p> <p>Ældrecentret har en fast læge tilknyttet, og samarbejdet er velfungerende. Det er en fordel, at lægen kommer fast på centret, og det opleves, at der er hurtigere hjælp fra lægen ved behov for dette.</p>
Tilsynets vurdering	
Tilsynet vurderer, at der er fulgt op på tilsynets seneste anbefaling.	

3.2 DET SKRIFTLIGE GRUNDLAG

Data	<p>Tilsynet gennemgår to journaler.</p> <p>Dokumentationen fremstår med mangler på forskellige områder.</p> <p>Generelle oplysninger har for begge beboere mangler. Hos den ene beboer mangler udfyldelse af motivation, vaner og livshistorie, og der mangler opdatering af mestring, som i øvrigt er udfyldt detaljeret. For den anden beboer er motivation, mestring, netværk og livshistorie udfyldt, mens vaner ikke er udfyldt. For begge beboere er Helbredstilstande udfyldt.</p> <p>For den ene beboer er Døgnrytmeplan Dag udarbejdet med beskrivelser af beboers egne ressourcer og handlevejledende beskrivelser af medarbejdernes støtte og hjælp til den daglig personlige pleje. Der er beskrivelser af beboers mad, væske og måltider, GPS brug, aktiviteter, daglige vaner og toiletbesøg. Der mangler beskrivelse af beboers bad og den praktiske hjælp. Der mangler henvisning til handlingsanvisning, og der er angivet telefonnumre til leverandør af hjælpemidler under særlig opmærksomhed, disse bør flyttes til et andet sted i dokumentationen. Hvorimod der med fordel i feltet kunne angives en konkret helbredsmæssig problemstilling, som beboer kan have brug for hjælp til.</p> <p>Både plan for Aften og Nat mangler opdatering.</p>
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Der er foretaget vejning regelmæssigt. Der er ikke reageret på en måling med registrering af vægttab på 6 kilo, og det er tilsynets vurdering, at der er tale om en fejlmåling, da beboer i øvrigt er vægtstabil.

For den anden beboer gælder, at Døgnrytmeplan Dag er utydeligt og utilstrækkeligt udarbejdet i forhold til beboers ressourcer og egen indsats i forhold til personlig pleje

Der er ingen beskrivelse af bad, og planen er generelt ikke handleansivende skrevet.

Der er fyldestgørende beskrivelser af beboer mad og måltider. Der mangler henvisning til handlingsanvisning for øjendrypning. Hjælp til aktivitet/gåtur er ikke tilstrækkelig handleansivende. Praktisk hjælp og beboers ønsker og vaner omkring aktiviteter er ikke beskrevet.

For Aften gælder, at der kan arbejdes med en bedre systematik i planen, men at der er en bedre beskrivelse af beboers aktiviteter om aftenen. Der mangler handleansivende beskrivelser af hjælp til den personlig pleje.

Plan for Nat er kort, men tilstrækkelig og handleansivende i forhold til beboers uro.

Beboer er vejet inden for den senest måned, men ellers ikke siden august måned. Beboer er vægtstabil. Sygeplejerske oplyser, at der generelt pt. er fokus på arbejdet med vejning af beboerne og deres ernæringstilstand.

Begge beboers triageringsniveau er korrekt markeret. For en beboer i gul markering ses notater med observationer.

Medarbejderne kan i relevant omfang redegøre for, hvordan dokumentationen anvendes i dagligdagen, og hvordan den understøtter de faglige overvejelser. Alle målinger og afvigelser fra normalen dokumenteres. Døgnrytmeplanen anvendes især i forhold til afløserne, så der sikres kontinuitet i plejen. Ifølge medarbejderne er en god plan kort og konkret beskrevet.

Tilsynets vurdering

Det er tilsynets vurdering, at dokumentationen kan karakteriseres som mindre tilfredsstillende, men at der ses mangler, som vil kræve en målrettet indsats at udbedre.

3.3 PLEJE, OMSORG OG PRAKTISK HJÆLP

Data

Beboerne er tilfredse med at bo på ældrecentret og med den tildelte hjælp, begge har dog vanskeligt ved at svare på tilsynets spørgsmål pga. kognitive udfordringer. Beboerne fremstår trygge og veltilpasse.

Den ene beboer er soigneret, mens den anden er mindre soigneret. Medarbejder oplyser efterfølgende, at beboer har fået hjælp til rent tøj ved dagens start, men at beboer hurtigt kommer til at fremstå mindre soigneret.

Begge boliger er rene.

Medarbejderne sikrer, at beboerne modtager den nødvendige pleje og omsorg. Der arbejdes ud fra værdigrundlaget, gældende retningslinjer og døgnrytmeplanen. Der er arbejdes med relationen mellem medarbejder og beboer.

Medarbejderne beskriver betydningen af hverdagsrehabilitering, og hvordan beboernes funktionsniveau understøttes og evt. udvikles. Der er fokus på, hvordan beboers ressourcer bedst udnyttes i løbet af dagen.

Medarbejderne kan med støtte forklare om sundhedsstøtte og forebyggelse.

Medarbejderne fortæller, at det er nyt at arbejde med triagering, og at dette giver overblik.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at kvaliteten af pleje, omsorg og praktisk hjælp er særdeles tilfredsstillende og med udgangspunkt i en rehabiliterende tilgang og med et sundhedsfremmende og forebyggende aspekt.

3.4 MAD OG MÅLTIDER**Data**

Beboerne er tilfredse med madens og måltidernes kvalitet. En beboer fortæller, at maden er almindelig, men beboer synes, at der er for mange grøntsager. Beboer spiser med de øvrige beboere og synes det er hyggeligt, og at man slapper af. Den anden beboer er meget glad for dagens kage.

Medarbejderne har relevante overvejelser vedrørende "det gode måltid" og kan redegøre for deres rolle og ansvar i forhold til måltiderne. Der arbejdes med at sikre en indbydende anretning, og der er fokus på den enkelte beboers ernæringsmæssige behov, fx ved småtspisende. Pga. Covid-19 og beboernes nuværende funktionsniveau anrettes maden på tallerken til den enkelte beboer. Beboerne vises fadene, så beboerne kan være selvbestemmende i forhold til maden. Medarbejderne har en god dialog med ernæringsassistenterne. Der er tidligere arbejdet med ernæringscreening, men dette sker ikke lige pt. Medarbejderne kender indholdet af instruks for ernæring fra Skive Kommune - herunder interval for vejning.

Tilsynets vurdering

Det er tilsynets vurdering, at ældrecentrets indsats i forbindelse med beboernes mad, måltider og ernæringstilstand kan betegnes som særdeles 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 har svært ved at svare på tilsynets spørgsmål om kommunikation. En beboer fortæller, at medarbejderne er flinke og høflige.

Tilsynet observerer, at en beboer taler med en medarbejder. Der er god forståelse og tilsynet bemærker, at beboer responderer positivt på medarbejders kommunikation.

Medarbejderne kan relevant redegøre for en god omgangstone og kan i høj grad redegøre for, hvad der lægges vægt på i kommunikationen med beboerne. Medarbejderne beskriver en anerkendende tilgang, hvor medarbejderne er aktivt lyttende, ser beboerne i øjnene, og hvor kommunikation og tilgang sker med fokus på den enkelte beboers behov og funktionsniveau. I forhold til beboere med demens er der særligt fokus på at anvende korte sætninger og på kropssproget.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at kommunikation og adfærd på ældrecentret er særdeles tilfredsstillende.

3.6 SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE**Data**

Beboerne svarer på lidt forskelligt vis om deres oplevelser af selvbestemmelse. En beboer oplever at bestemme i egen bolig, mens den anden beboer giver udtryk for, at det er et dejligt hjem, hvor beboer kan se tv og høre radio, som beboer ønsker det.

Medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der arbejdes med beboernes selvbestemmel-
sesret, og at beboerne spørges til deres ønsker, ligesom der for nogle beboere er samar-
bejde med beboers værge.

Medarbejderne er opmærksomme på regler om magtanvendelse.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at borgerne medinddrages og har indflydelse på hverdagen og eget liv på særdeles tilfredsstillende vis.

3.7 KOMPETENCER OG UDVIKING

Data

Leder oplyser, at der er ansat teamkoordinator, centersygeplejerske samt social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere med en overvægt af social- og sundhedsassistenter. Ligeledes er ansat ergoterapeut, pædagog og ernæringsassistenter. Der er social- og sundhedsassistenter i både aften- og nattevagt. Det er leders opfattelse, at medarbejdernes kompetencerne passer til målgruppens behov.

Onlineforløb med ABC Demens for medarbejderne er afholdt, og det er leders oplevelse, at det har betydning for den pleje, der udføres over for beboere med demens.

Ernæringssygeplejersken har undervist i ernæringscreening, og fra januar skal der være undervisning i omsorgssystemet. Der er pt. vejledere på farmakologikursus, og forflytningsvejlederne har løbende opkvalificering af deres viden. Dertil har der været afholdt inkontinens undervisning, undervisning i at foretage Covid-19 test og temaundervisning for hygiejneressourcepersoner.

Der er ikke overlap imellem vagtlag. Teamkoordinator overlapper dog i forhold til nattevagten. Teamkoordinatorer, centersygeplejersker, køkkenmedarbejdere samt social- og sundhedsassistent/sygeplejersker deltager normalt alle i netværksmøder i område 1, disse har dog været aflyst på grund af Covid-19.

Medarbejderne har en meget positiv tilgang til læring og udtaler, at der altid er noget, man kan blive dygtigere til. Medarbejderne oplever at have den nødvendige kompetence i forhold til målgruppen. Der er altid hjælp og sparring at få hos sygeplejersker og kollegaer også på tværs af afdelinger.

Der er triageringsmøder på alle hverdage, og beboermøder hver 6. uge, hvor man afdelingsvis drøfter beboerne. Medarbejderne beskriver, at der under normale forhold er netværksmøder i område 1 for social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker. På disse møder drøftes blandt andet nye retningslinjer.

Der er under normale forhold personalemøder for hele huset, disse er for tiden aflyst.

Tilsynets vurdering

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

3.8 FYSISKE RAMMER

Data	<p>Indretning af de fysiske rammer er hensigtsmæssig og under hensyntagen til beboerne på de to afdelinger, som tilsynet besøger. Der er dertil indrettet reminiscensstue og en stue med flere former for aktivitetsmuligheder.</p> <p>Medarbejderne oplever, at de fysiske rammer fungerer udmærket i forhold til målgruppen.</p> <p>Der er få beboere på fællesarealerne under tilsynets besøg.</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 borgerne 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, ældrecentrets 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 ressourcer, 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 Borgerne modtager på ældrecentret.

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 beslattes 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 ældrecentrets 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.