



Tilsynsrapport Skive Kommune

Pleje og Visitation
Skovbakkehjemmet

Uanmeldt tilsyn
2. 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	9
3.7	KOMPETENCER OG UDVIKING	9
3.8	FYSISKE RAMMER	9
4.	TILSYNETS FORMÅL OG METODE.....	11
4.1	FORMÅL	11
4.2	METODE	11
4.3	VURDERINGSSKALA.....	12
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: Skovbakkehjemmet, Skovbakken 89, 7800 Skive
Leder: Mette Palshøj
Antal boliger: 39 boliger, heraf 3 gæstestuer
Dato for tilsynsbesøg: Den 2. december 2020
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynet blev indledt og tilrettelagt i samarbejde med leder
Tilsynet interviewede: Leder, 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 Skovbakkehjemmet er, at der er tale om et plejecenter med

Meget tilfredsstillende forhold

Tilsynet vurderer, at der er fulgt op på tilsynets anbefalinger, og at der er kvalitetsudviklingstiltag på plejecentret, men at der udestår at komme i mål med dokumentationen.

Tilsynet vurderer, at kvaliteten af pleje, omsorg og praktisk hjælp er meget tilfredsstillende og tilpasset målgruppen, dog er et hjælpemiddel ikke rengjort. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for pleje og omsorg for beboerne og en sundhedsfremmende og forebyggende tilgang i plejen.

Tilsynet vurderer, at kommunikation og adfærd på plejecentret er særdeles tilfredsstillende, og det er tilsynets vurdering, at beboerne i høj grad 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 Plejecentrets fremadrettede udvikling:

Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at det sikres, at dokumentationen til enhver tid er opdateret, og indeholder handleanvisende beskrivelser på hjælpen til fx bad. Ligeledes, at planen omfatter praktisk hjælp, samt at behandlende læger er angivet for alle diagnoser
2. Tilsynet anbefaler, at alle beboere tilbydes vejning i henhold til Skive Kommunes ernæringsinstruks, og at målingerne registres i dokumentationen, samt at medarbejderne kender til indholdet af instruks om ernæring fra Skive Kommune

3. DATAGRUNDLAG

3.1 AKTUELLE VILKÅR OG STATUS

Data	<p>I forhold til Covid-19 epidemien har der ingen smittede beboere været på plejecentret. Det er leders oplevelse, at beboerne ikke har reageret meget på nedlukningen, mens de pårørende har været mere påvirket, og der er afholdt forventningsafstemningsmøder med de pårørende.</p> <p>Det er oplevelsen, at den rolige daglig dag med faste rutiner har haft en positiv effekt på beboerne. For at fastholde dette, er det nu aftalt med pårørende, at der ikke aflægges besøg mellem klokken 11.30 og 15.00, dette for at sikre ro omkring beboernes måltider og middagshvil. Ligeledes kommer udefrakommende behandlere ikke på afdelingerne i dette tidsrum.</p> <p>Aktiviteter er i perioden afholdt i afdelingerne, hvilket ikke er en stor forandring på plejecentret, da dette ligner hverdagen meget.</p> <p>Leder oplyser, at der er arbejdet med tilsynets anbefalinger fra seneste tilsyn i forhold til at sikre struktur i dokumentationen, og at dokumentationen handleanvisninger sikres gennem hele døgnet. Leder oplever, at der fortsat er mangler i dokumentationen. Der er netop lavet plan for ansvarsfordeling i forhold til dokumentationen. Dette i relation til et kursus i Nexus, der er afholdt i område 4 for Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter.</p> <p>Der har i den seneste periode været udfordringer i forhold til en konkret beboer, og der er samarbejdet med VISO.</p> <p>Der er fokus på hygiejne i forhold til fx nedre toilette, og der er fokus på, hvordan der kan arbejdes med indretning på badeværelserne, så rent og urent adskilles. Dette skal der udvikles på i den nærmeste fremtid.</p> <p>Sygeplejerskerne har sidemandsoplært social- og sundhedsassistenterne i forhold til medicin håndtering. Medicinopgaven er trukket ud af beboernes boliger og til lokaler med medicinmåtter til dispensering, dette for at sikre ro om opgaven.</p> <p>Der er netop opstartet arbejde med at implementere triagering på plejecentret. Det er leder og sygeplejerskerne, der har forestået implementeringen. Der er udarbejdet justeringer til triagen, så Skive Kommunes triageringsmateriale er tilpasset plejecentrets målgruppe, så indsatsen giver mening i hverdagen.</p> <p>I samarbejde med Viborg Kommune, Aalborg kommune og Japan indgår plejecentret i et projekt om sociale robotter. Det afprøves, hvordan beboerne reagerer på robotterne, og plejecentret afrapporterer til Aalborg Universitet.</p>
Tilsynets vurdering	<p>Tilsynet vurderer, at der er fulgt op på tilsynets anbefalinger, og at der er kvalitetsudviklingstiltag på plejecentret, men at der udestår at komme i mål med dokumentationen.</p>

3.2 DET SKRIFTLIGE GRUNDLAG

Data	<p>Der er gennemgået to beboere journaler med sygeplejersken.</p> <p>Dokumentationen fremstår med lidt varierende kvalitet og med mangler på forskellige områder.</p>
-------------	---

For begge journaler er Generelle oplysninger udfyldt i forhold til motivation, netværk, mestring, vaner og helbredsoplysninger samt livshistorie. I den ene journal kunne motivation med fordel udfoldes yderligere.

I den ene beboers journal er Døgnrytmeplanen opdateret og beskriver for Dag beboers ressourcer, ligesom den daglige pleje er handleanvisende beskrevet, mens der udestår handleanvisende beskrivelse af hjælp til beboers bad. Der ses sammenhæng til beboers helbredsstatus i Døgnrytmeplanen. Der er beskrevet oplysninger om fodterapeut og købmand under særlige oplysninger, disse oplysninger bør flyttes.

For Aften er der henvisning til relevant handlingsanvisning for behandling, og der ses beskrivelse af beboers ressourcer og medarbejdernes kompenserende hjælp. For Nat ses beskrivelse af, at beboer klarer sig selv og ikke ønsker tilsyn.

Der mangler beskrivelse af den praktiske hjælp i Døgnrytmeplanen for den del af hjælpen, der hører under plejen. Tilstande er relevant udfyldt. Behandlende læge er ikke konsekvent angivet under tilstande. Der er udført jævnlige vejning, og beboer har taget ca. 5 kilo på siden maj 2019, der er dokumenteret drøftelse af dette med lægen.

For den anden beboer gælder, at Døgnrytme Dag er udfyldt i forhold til beboers ressourcer og medarbejdernes kompenserende hjælp. Der er beskrivelse af, at beboer ikke altid ønsker hjælp til pleje, og at dette skal accepteres. Der mangler handlevejledende anvisning på beboers bad.

Der er under Særlige oplysninger relevant angivet, at beboer har behov for at blive bestyrket i sin oplevelse af virkeligheden, og hvorledes dette bedst gøres i praksis. Der ses en enkelt beskrivelse af praktisk hjælp, som med fordel kunne suppleres.

Døgnrytmeplan Aften er ikke opdateret, ligesom der ses modstridende oplysninger om beboers mad. Der ses henvisning til handlingsanvisning for forflytning. Sygeplejerske oplyser, at denne forflytning ikke er relevant, og bør fjernes.

Døgnrytmeplan for Nat er opdateret.

Tilstande er udarbejdet og opdateret. Der mangler konsekvent oplysninger om behandlende læge.

Der er ikke foretaget vægtmålinger på beboer, og der er ikke notat om, at beboer har frasagt sig vejning.

Medarbejderne kan i relevant omfang redegøre for, hvordan dokumentationen anvendes i dagligdagen og understøtter de faglige overvejelser. Medarbejderne beskriver, at døgnrytmeplanen skal vise beboeres habituelle tilstand, planen skal kunne understøtte plejen, selv om man ikke kender beboer. Medarbejderne finder, at det til tider kan være svært at finde tid til at dokumentere, men at der findes en løsning.

Tilsynets vurdering

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

3.3 PLEJE, OMSORG OG PRAKTISK HJÆLP

Data

Beboerne har lidt vanskeligt ved at indgå i interviewet, men udtrykker tilfredshed med den hjælp, de modtager, og virker trygge og veltilpasse under tilsynet. En beboer er velsoigneret, mens den anden beboer er mindre soigneret i tøjet. Leder oplyser, at medarbejderne støtter beboer bedst mulig i soigneringen.

Begge boliger er rene, mens et hjælpemiddel er snavset.

Medarbejderne fortæller, at man anvender døgnrytmeplanen til at orientere sig, om hvilken pleje beboer har behov for. Man anvender livshistorien til at orientere sig i forhold til beboers vaner.

Beboere der selv kan tage stilling til deres behov, inddrages i dialog om pleje og støtte. Medarbejderne kan redegøre for, hvordan der arbejdes med hverdagsrehabilitering og vedligeholdende tilbud. Beboerne understøttes i at anvende egne ressourcer i videst muligt omfang, og der anvendes i høj grad verbal guidning. Medarbejderne oplever, at der er god forståelse i den samlede medarbejdergruppe for, at det kan tage tid at hjælpe en beboer i en given situation.

Der arbejdes med sundhedsfremme og forebyggelse, fx arbejdes med trykafloadende madrasser, og der er fokus på forebyggelse af UVI ved at sikre rigelig væske og god hygiejne. Medarbejderne redegør for arbejdet med TOBS. Der er netop opstartet arbejde med triagering.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at kvaliteten af pleje, omsorg og praktisk hjælp er meget tilfredsstillende og tilpasset målgruppen, dog er et hjælpemiddel ikke rengjort.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre relevant for pleje og omsorg for beboerne og en sundhedsfremmende og forebyggende tilgang i plejen.

3.4 MAD OG MÅLTIDER

Data

Beboerne er tilfredse med madens og måltidernes kvalitet. En beboer spiser i egen bolig - det kan beboer godt lide. Ved tilsynets besøg har beboer fået serveret kaffe og hjemmebak - beboer fortæller, at beboer sidder og kigger ud ad vinduet, når der spises og nyder udsigten.

Medarbejderne har relevante overvejelser vedrørende "det gode måltid". Der arbejdes med måltidet med fokus på, at maden serveres indbydende. Der sikres en ansvarsfordeling omkring måltidet mellem medarbejderne på dagen, men det er meget forskelligt fra afdeling til afdeling, hvordan måltiderne afvikles. På en afdeling sidder flere beboere sammen, mens der på en anden afdeling er mange der spiser i boligen.

Medarbejderne kender til ernæringscreening, som det er sygeplejerskerne, der foretager. Medarbejderne mener, at vægtkontrol sker hver 3. måned og kender ikke til vejningsfrekvensen som beskrevet i instruks for ernæring i Skive Kommune. Medarbejderne kender til forskellige muligheder for proteinberiget mad.

Tilsynets vurdering

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. Medarbejderne kender ikke til indholdet i instruks om ernæring fra Skive Kommune.

3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD

Data

Beboerne beskriver en god omgangstone på centret, og at medarbejdernes adfærd er respektfuld. Beboerne fortæller, at medarbejderne altid er flinke.

Medarbejderne kan relevant redegøre for en god omgangstone og kan i høj grad redegøre for, hvad der lægges vægt på i kommunikationen med beboerne, som fx at være åben, lyttende og anerkendende i mødet med hver enkelt beboer.

Ved observation kan der konstateres en venlig omgangstone og adfærd.

Tilsynets vurdering

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

3.6 SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE**Data**

Beboerne vurderer, at de har selvbestemmelse - en beboer fortæller, at det er beboer, der bestemmer i boligen. I øvrigt har beboerne vanskeligt ved at drøfte emnet med tilsynet på grund af deres kognitive funktionsniveau.

Medarbejderen kan redegøre for, hvorledes der arbejdes med beboernes selvbestemmelser, fx kan beboere blive i sengen, hvis de ikke ønsker at stå op. Der har været arbejdet med demensrejseholdet, som medarbejderne oplever er en virksom metode.

Tilsynets vurdering

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

3.7 KOMPETENCER OG UDVIKING**Data**

Leder fortæller, at medarbejdergruppen består af to sygeplejersker og hertil en fordeling med ca. 50% social- og sundhedshjælpere og 50 % social- og sundhedsassistenter. Leder oplever, at der er behov for flere sygeplejersketimer. Beboernes kompleksitet er stor, og der er behov for et helhedssyn på beboerne.

Lige før Covid-19 epidemien havde plejecentret et forløb med demensrejseholdet. Der er implementeret beboerkonferencer og personcentret omsorg. Leder oplever, at dette er med til at løfte den samlede kompetence i medarbejdergruppen.

Der er pt. medarbejdere på kurset: Demens 2, og der har været afholdt Nexus undervisning. Der er plan for, at nogle medarbejdere skal på kursus i Værdighed i ældreplejen. En sygeplejerske har været på kursus i borgernær sygepleje. Der er superbruger i Nexus. Medarbejderne oplever at have de fornødne kompetencer i forhold til opgaverne, og at der er et godt samarbejde med sygeplejerskerne, som giver relevant sparring, ligesom de underviser i fx hygiejne og medicinhåndtering. Der afholdes sygeplejerske og social- og sundhedsassistentmøder, hvor man drøfter forskellige faglige problematikker og metoder.

Der er ikke overlap i vagten, men man mødes alligevel kort i vagtskiftet.

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**

De fysiske rammer er tilfredsstillende. Der er indrettet i forhold til målgruppen, og der ses enkelte beboere på fællesarealerne i eftermiddagstimerne.

Leder oplyser, at de fysiske rammer er indrettet og gjort egnet til målgruppen, så beboerne trygt og frit kan bevæge sig rundt.

Der er på halvdelen af plejecentret skiftet farver på vægge og dørkarme, så arealerne er mere demensvenlige, dvs. der er fokus på orientering og farvens indflydelse på sindstemning. Der er nu etableret vægmalerier på fællesarealerne til glæde for beboerne.

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, 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 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 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	
1 - Særdeles tilfredsstillende	<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.
2 - Meget tilfredsstillende	<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.
3 - Tilfredsstillende	<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.
4 - Mindre tilfredsstillende	<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.
5 - Ikke tilfredsstillende	<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.