



# Tilsynsrapport Skive Kommune

Pleje og Visitation  
Plejecenter Gammelgaard

Uanmeldt tilsyn  
December 2020

# INDHOLD

<b>1.</b>	<b>INDLEDENDE OPLYSNINGER .....</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>VURDERING .....</b>	<b>5</b>
2.1	TILSYNETS SAMLEDE VURDERING .....	5
2.2	TILSYNETS ANBEFALINGER .....	5
<b>3.</b>	<b>DATAGRUNDLAG .....</b>	<b>6</b>
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 .....	10
<b>4.</b>	<b>TILSYNETS FORMÅL OG METODE.....</b>	<b>11</b>
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](mailto:bsq@bdo.dk)

**Projektansvarlig**  
Mette Norré Sørensen  
Senior Manager  
Mobil: 4189 0475  
Mail: [meo@bdo.dk](mailto: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 Gammelgaard, Egerisvej 12-14, 7800 Skive
Leder: Birgitte Kassow
Antal boliger: 74 (Her af 14 demenspladser)
Dato for tilsynsbesøg: Den 4. december 2020
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynet blev indledt og tilrettelagt i samarbejde med leder og sygeplejerske.
Tilsynet interviewede: Leder, 2 beboere og 3 medarbejdere
Tilsynet havde endvidere dialog med medarbejdere og beboere på fællesarealerne undervejs gennem tilsynet. Tilsynet har gennemgået dokumentation for 2 beboerne.
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 Gammelgaard 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 relevante kvalitetsudviklingstiltag på plejecentret.

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 arbejdet med dokumentationen.

Tilsynet vurderer, at kvaliteten af pleje, omsorg og praktisk hjælp er tilfredsstillende og med udgangspunkt i en rehabiliterende tankegang og med et sundhedsfremmende og forebyggende aspekt. Det er tilsynets vurdering, at der er en mindre ren bolig, samt at begge beboere oplever problemstillinger ved anvendelse af nødkaldet.

Tilsynet vurderer, at plejecentrets 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 plejecentret er særdeles tilfredsstillende, og 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 er opdateret og udfyldt med tilstrækkelige og handleanvisende beskrivelser af den hjælp, som beboeren skal modtage.
2. Tilsynet anbefaler, at der følges op på beboernes oplevelser omkring ventetider ved anvendelse af nødkaldet.
3. Tilsynet anbefaler, at der sikres tilstrækkelig rengøring af en konkret beboers bolig.



## 3. DATAGRUNDLAG

### 3.1 AKTUELLE VILKÅR OG STATUS

<b>Data</b>	<p>Under Covid-19 epidemien har der ingen smittede beboere været på plejecentret. Beboerne har været påvirket af situationen, og pårørende har haft mange spørgsmål til medarbejderne. Medarbejderne har taget et stort ansvar for deres egen adfærd, og beboere enkelte har været urolige under epidemien. Der er nu opnået en mere rolig hverdag, og på tilsynsdagen er der åbnet op for, at beboerne igen kan modtage besøg af pårørende. Leder har arbejdet med at sikre en god hverdag for både beboere, pårørende og medarbejdere.</p> <p>I forhold til anbefalingerne fra seneste tilsyn er der arbejdet med, at det sikres, at dokumentationen er udfyldt gennem hele døgnet, og at den fremstår handlevejledende og afspejler beboernes aktuelle situation. Der har været fokus på FSIII og at sikre sammenhæng i dokumentationen. I forhold til anbefaling om ernæringsproblematikker er dette drøftet i medarbejdergruppen, og der er samarbejdet med køkkenet omkring beboernes mad og ernæring, så køkkenets medarbejdere er kommet tættere på beboerne. Køkkenpersonalet deltager i teammøder.</p> <p>I kvalitetsarbejdet er der arbejdet med triagering, hvor medarbejderne mødes dagligt i teams efter morgenplejen og triagerer sammen. Triageringen understøtter, at den rette kompetence anvendes til den enkelte beboere.</p> <p>I demensafsnittet har der været fagligt fokus på forebyggelse af vold, og det er besluttet, at alle skal tage ABC Demens for at sikre viden på området. Derudover har 11 medarbejdere deltaget i Demens 2.</p> <p>Der er afholdt beboerkonferencer på klyngemøderne. Der har ikke været demensrejsehold på centret, men en sygeplejerske har haft viden og erfaring på området, og metoden er taget i anvendelse på hele centret.</p> <p>Der har været undervisning i risikosituationsmedicin, og der skal 5 social- og sundhedsassistenter på medicinkursus på SOSU skolen.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	<p>Tilsynet vurderer, at der er fulgt op på tilsynets anbefalinger, og at der er relevante kvalitetsudviklings tiltag på plejecentret.</p>

### 3.2 DET SKRIFTLIGE GRUNDLAG

<b>Data</b>	<p>Tilsynet gennemgår to journaler med i alt fire medarbejdere.</p> <p>Dokumentationen har forskellige mangler, som dog ikke er sammenfaldende imellem de to journaler.</p> <p>For den ene beboer er Generelle oplysninger udfyldt i forhold til mestring, motivation, vaner og netværk. Tilsynet vurderer, at beboers mestring og helbredsoplysninger kan udfoldes mere.</p> <p>Tilstande er generelt relevante og opdaterede. For en tilstand er angivet behandlende læge, for en anden mangler dette.</p> <p>Døgnrhythmeplan Dag er udfyldt meget overskueligt og tydeligt opdelt i beboers egne ressourcer og medarbejders indsats. Ligeledes er det relevant beskrevet, hvordan beboers ressourcer svinger fra dag til dag.</p>
-------------	--

Der er angivelse af behov for praktisk hjælp, og Særlig opmærksomhed er udfyldt meget relevant med oplysninger om beboers situation og behov for en overskuelig hverdag. Der er i dette felt oplyst en række kontaktdata, som skal flyttes til andet sted i journalen. Plan for Aften er meget overskueligt udformet, dog kan beboers behov for hjælp svinge, og dette kan med fordel beskrives under beboers egne ressourcer. Der er fin beskrivelse af beboers aktiviteter.

Plan for Nat er tydelig og handlingsanvisende.

Der er vejret regelmæssigt i tre måneder siden august, men der mangler registrering af vejning i den seneste måned. Det ses, at der er noteret vejning, men at vægten ikke er ført ind.

I den anden journal ses et tilfælde af mindre fagligt sprog. Under Generelle oplysninger er udfyldt netværk og motivation, som dog er mangelfuld udfyldt. Der mangler udfyldelse af mestring og vaner. Beboers helbredstilstande er udfyldt.

Under tilstande er den behandlingsansvarlige læge angivet under de enkelte tilstande.

Tilstande er ikke opdateret, og ikke alle relevante tilstande er anvendt.

Døgnrytmeplan Dag: Under beboers ressourcer er beskrevet medarbejders indsats. Aktiviteter er lidt utydeligt beskrevet.

Plan for Aften: Mangler beskrivelse af, at beboer klarer sig selv med afklædning og personlig pleje.

Plan for Nat: Er meget kort, men tilstrækkelig.

Generelt mangler Døgnrytmeplanen beskrivelse af beboers behov for psykisk støtte i hverdagen.

Medarbejderne kan i relevant omfang redegøre for, hvordan dokumentationen anvendes i dagligdagen og understøtter de faglige overvejelser.

Medarbejderne dokumenterer enten løbende, eller der tages notater med efterfølgende dokumentation på pc, dog dokumenteres målinger med det samme. Medarbejderne fortæller, at dokumentationen giver overblik over opgaver ved den enkelte beboer og over beboers forløb og status. Dokumentationen er også et værktøj til overdragelse til kollegaer. Medarbejderne kan redegøre for daglige observationer ved gul triage.

#### 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 arbejdet med dokumentationen.

### 3.3 PLEJE, OMSORG OG PRAKTISK HJÆLP

#### Data

Beboerne er tilfredse med at bo på plejecentret og oplever, at den tildelte hjælp svarer til deres behov. En beboer beskriver et svingende behov for hjælp, og at medarbejderne forstår dette. Beboernes ønsker og vaner efterkommes i forbindelse med pleje og praktisk hjælp. Dog oplyser begge beboere, at de oplever problemstillinger ved anvendelse af nødkaldet. En beboer oplever lidt lang ventetid, mens den anden beboer beskriver problemer med anvendelse af kaldet om natten op til tilsynet, hvor beboer to gange i løbet af natten oplever, at der ikke reageres på kaldet ved flere forgæves forsøg. Tilsynet drøfter dette med leder, der oplyser, at kaldesystemet er nyt. Leder kan ikke umiddelbart finde årsag til beboers oplevelse, men vil iværksætte undersøgelse af problemet.

Beboerne er trygge ved den indsats, der ydes i forhold til deres sundhedsmæssige problemstillinger.

Begge beboere er soignerede, og deres hjælpemidler er rene. Den ene bolig fremstår ren, mens den anden bolig har snavsede gulve og møbler.

Medarbejderne sikrer, at beboerne modtager den nødvendige pleje og omsorg. Medarbejderne fortæller, at der afholdes indflytningssamtale med pårørende, og at der optages livshistorie på demensafsnittet. På de andre afdelinger anvendes livshistorien ikke så meget. Plejen foretages med udgangspunkt i døgnrytmeplanen og ud fra kørelisten.

Medarbejderne kan redegøre for, hvordan der arbejdes med hverdagsrehabilitering og vedligeholdende tilbud. Der er fokus på, at beboers ressourcer kan svinge.

Medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der arbejdes sundhedsfremmende og forebyggende. Der er fokus på at forebygge dehydrering, beboers afføringsmønster, trykaflastning og beboernes psykiske tilstand, særligt under Covid-19 epidemien.

Medarbejderne oplever, at triagering bidrager til det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at kvaliteten af pleje, omsorg og praktisk hjælp er tilfredsstillende og med udgangspunkt i en rehabiliterende tankegang og med et sundhedsfremmende og forebyggende aspekt. Tilsynet vurderer, at der er mindre rent i en bolig, samt at begge beboere oplever problemstillinger ved anvendelse af nødkaldet.

### 3.4 MAD OG MÅLTIDER

#### Data

Beboerne er tilfredse med maden og måltidernes kvalitet. En beboer fremhæver, at man kan få noget andet, hvis man ikke bryder sig om dagens ret. Beboer spiser både i fællesskab med de øvrige beboere og i egen bolig. Beboer kan lide at skifte. Den anden beboer spiser altid i selskab med andre beboere og nyder samtalen ved måltidet.

Medarbejderne har relevante overvejelser vedrørende "Det gode måltid" i forhold til at sikre ro, samt at medarbejderne skal bidrage til det sociale omkring måltiderne. På nogle afdelinger aftales rollerne mellem medarbejderne, mens dette ikke sker på en tredje afdeling.

Der bliver udarbejdet ernæringscreening, og medarbejderne kender til rette frekvens i forhold til vejning af beboerne.

Medarbejderne beskriver, at der er et godt samarbejde med køkkenet, og der er mulighed for beriget mad.

#### Tilsynets vurdering

Det er tilsynets vurdering, at plejecentrets 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 vurderer, at der er en god omgangstone på centret, og at medarbejdernes adfærd er respektfuld. En beboer er særlig glad for, at medarbejderne også anvender humor i deres kommunikation. Beboerne oplever, at medarbejderne udviser respekt for deres privatliv.

Medarbejderne kan relevant redegøre for en god omgangstone og for, hvad der lægges vægt på i kommunikationen med beboerne. Medarbejderne fortæller, at de i kommunikationen anvender:

- Kontakt før handling
- Kropssprog



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Korte sætninger</li> <li>• Positiv og ligeværdig tilgang</li> <li>• Øjenkontakt</li> <li>• At skjule travlhed</li> <li>• At fortælle, hvad man gør</li> </ul> <p>Tilsynet observerer en formiddagsstund i en afdeling, hvor flere beboere opholder sig på fællesarealet. Der er en rolig stemning, og en medarbejder er i nærheden af beboerne. Medarbejder taler stille og beroligende med en beboer, der er lidt urolig. En anden beboer taler med en medarbejder, som venligt og professionelt korrigerer beboers adfærd, beboer accepterer medarbejders udsagn.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	
Tilsynet vurderer, at kommunikation og adfærd på plejecentret er særdeles tilfredsstillende.	

### 3.6 SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE

<b>Data</b>	<p>Beboerne vurderer, at de har selvbestemmelse. En beboer fortæller, at Corona påvirker, hvilke aktiviteter der er mulige på plejecentret. Beboer har savnet familien meget. En beboer oplever, at medarbejderne bakker beboer op i hverdagen.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der arbejdes med beboernes selvbestemmelser, der vægtes højt. En beboers nej til fx hjælp dokumenteres, og man prøver igen senere at motivere beboer til at tage imod hjælpen.</p> <p>Der afholdes faste møder om maden i klyngerne, om hvad beboerne ønsker at spise, ligesom beboerne kan bestemme maden på deres fødselsdag.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	
Tilsynet vurderer, at beboerne i høj grad medinddrages og har indflydelse på hverdagen og eget liv på særdeles tilfredsstillende vis.	

### 3.7 KOMPETENCER OG UDVIKING

<b>Data</b>	<p>Der er ansat en sygeplejerske i hver klynge, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere, hvor der er en ligelig fordeling af de to faggrupper. Der er social- og sundhedsassistenter om aftenen, heraf har en springerfunktion fra klokken 16-22 med ansvar for de sundhedsfaglige opgaver. Dette for at give social- og sundhedsassistenten på afdelingen tid til de øvrige opgaver.</p> <p>Leder oplever, at der er de nødvendige kompetencer til rådighed, og man hjælper gerne på tværs af klyngerne, hvis der er behov for det.</p> <p>Der er ikke overlap i vagtplanerne, men dette kan etableres ved akut behov. Vagtplanen er fleksibel, og fx har der været mødt vagter ind midt på natten, når der har været behov.</p> <p>Der er ressourcepersoner for inkontinens, demensområdet, køkkenmedarbejdere og forflytningsinstruktører i hver klynge. Der er en superbruger i dokumentationssystemet.</p> <p>Medarbejderne oplever at have de fornødne kompetencer, ellers bliver man oplært i det nødvendige. Medarbejderne oplever, at der er et eget ansvar i forhold til at holde sig opdateret fagligt, og man kan sagtens spørge om hjælp. Det er medarbejdernes oplevelse, at man er blevet meget bedre til at opfatte plejecentret som et helt hus.</p>
-------------	---

Der arbejdes ud fra personcentret omsorg og blomstringsteorien, og der har været demenskurser på alle afdelinger. Der afholdes beboerkonference, når der er personalemøder.

Medarbejderne oplever, at ledelsen bakker op, når der er behov for støtte og supervision.

#### 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

Fællesarealerne fremstår indbydende og indrettet i henhold til målgruppen

Det er ikke længere tilladt at have pc'er på afdelingerne af hensyn til brandsikkerhed. Der er adgang til tablet og mobiler i forhold til dokumentationsarbejdet, og der er mulighed for at arbejde ved pc i det fælles lokale Oasen.

Tilsynet observerer, at der er beboere på fællesarealerne i formiddagstimerne og medarbejdere omkring 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
<p>1 - Særdeles tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• Det særdeles tilfredsstillende resultat kan følges op af tilsynets anbefalinger.</li></ul>
<p>2 - Meget tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• Det meget tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger.</li></ul>
<p>3 - Tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bedømmelsen tilfredsstillende opnås, når forholdene kan karakteriseres som tilstrækkelige, og hvor der er konstateret flere mangler, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats.</li><li>• Det tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger.</li></ul>
<p>4 - Mindre tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• Det mindre tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger, fx anbefaling om udarbejdelse af handleplan.</li></ul>
<p>5 - Ikke tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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.</li><li>• Det ikke tilfredsstillende tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.</li></ul>

## 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 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.