

Tilsynsrapport  
**Tønder Kommune**

Pleje og Omsorg  
Richtsens Plejecenter

Uanmeldt helhedstilsyn  
August 2017

# INDHOLD

1.0	Vurdering	2
1.1	Tilsynets samlede vurdering	2
1.2	Tilsynets anbefalinger	2
2.0	Indledende oplysninger	3
3.0	Datagrundlag	4
3.1	Aktuelle vilkår og status	4
3.2	Pleje, omsorg og praktisk bistand	4
3.3	Dokumentation	5
3.5	Hverdagens praksis	6
3.6	Kompetencer og udvikling	7
4.0	Tilsynets formål og metode	8
4.1	Formål	8
4.2	Metode	8
4.3	Vurderingsskala	9
4.4	Tilsynets tilrettelæggelse	9
4.5	Præsentation af BDO	10

---

## Forord

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

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

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

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

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.



“

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

# VURDERING

## 1.1 TILSYNETS SAMLEDE VURDERING

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

### Meget tilfredsstillende

Beboerne udtrykker meget stor tilfredshed med hjælpen til personlig pleje og praktisk hjælp.

Tilsynet vurderer, at kvaliteten af pleje og omsorg er meget tilfredsstillende, og at hjælpen ydes med god faglig standard og et rehabiliterende sigte. Det er ligeledes tilsynets vurdering, at der er stort fokus på triagering og systematisk beboergennemgang samt inddragelse af relevante samarbejdspartnere.

Det er tilsynets vurdering, at dokumentationen kan karakteriseres som mindre tilfredsstillende. Dokumentation af pleje og praktisk hjælp er fyldestgørende beskrevet med afsæt i beboernes resurser og ønsker, mens de sygeplejefaglige udredninger fremstår delvist udfyldte og i et tilfælde mangler at blive udfyldt. Det er samtidig tilsynets vurdering, at det iværksatte ledelsestilsyn og den løbende individuelle opfølgning på dokumentationen understøtter udvikling af korrekt praksis på området.

Tilsynet vurderer, at der på plejecentret er stort og kreativt fokus på madens og måltidets betydning for beboernes livskvalitet. Medarbejderne er engagerede i deres rolle og ansvar i forhold til at skabe hyggelige og sociale rammer med beboerne under måltidet. Medarbejderne kan endvidere redegøre for den individuelle faglige indsats i relation til beboernes situation og ernæringstilstand.

Det er tilsynets vurdering, at hverdagen på plejecentret i høj grad tilrettelægges ud fra de enkelte målgruppers behov og med udgangspunkt i den enkelte beboers fysiske og psykiske funktionsniveau og aktuelle udfordringer. Tilsynet vurderer ligeledes, at beboerne tilbydes relevante aktiviteter både i fællesskabet og med en-til-en kontakt.

Det er endvidere tilsynets vurdering, at der overordnet er en god sammenhæng mellem beboernes behov og medarbejdernes kompetencer, og at ledelsen løbende iværksætter relevant kompetenceudvikling for medarbejderne med udgangspunkt i målgruppernes behov. BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation og observationer. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

## 1.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

### Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at den sygeplejefaglige udredning anvendes systematisk og aktivt hos alle beboere med henblik på et samlet overblik over beboerens situation og de sundhedsfaglige indsatser
2. Tilsynet anbefaler, at det sikres, at der sker en systematisk opfølgning på iværksatte handleplaner.
3. Tilsynet anbefaler, at der fortsat ydes en systematisk pædagogisk indsats i forhold til medarbejdernes korrekte anvendelse af Nexus.

# INDLEDENDE OPLYSNINGER

<b>Adresse</b>
Plantagevej 16, 6270 Tønder
<b>Plejecenterleder</b>
Jette Marie Nissen
<b>Antal boliger</b>
69 pladser til borgere med somatiske og demenssygdomme
<b>Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg</b>
Den 10. august 2017, kl. 9.00 - 13.00
<b>Tilsynets deltagerkreds</b>
Leder, gruppeleder, tre borgere og tre medarbejdere. Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til leder om tilsynsforløbet.
<b>Tilsynsførende</b>
Manager Kirsten Marquardsen, Sygeplejerske, MHM Sussi Egelund Schmidt, Sygeplejerske, ML

# DATAGRUNDLAG

## 3.1 AKTUELLE VILKÅR OG STATUS

<b>Data</b>	<p>Tilsynet indledes med et kort interview med en gruppeleder, indtil leder ankommer. Følgende oplyses til tilsynet om det forgangne år:</p> <p>Pr. 1. januar er der indført servering af varm mad om aftenen, som tilberedes af medarbejderne selv i samarbejde med beboere, der ønsker at deltage. Aftenvagten er i forbindelse hermed opnormeret med midler fra Værdighedspuljen.</p> <p>Værdighedspuljen bliver desuden anvendt til udvikling af flere aktiviteter; bl.a. indførelse af erindringsdans for beboere og pårørende - en stor succes ikke mindst for demente beboere. Klippekortordningen betegnes som et godt tiltag, omend det samtidigt opleves lidt administrationstungt af medarbejderne.</p> <p>Demensenheden blev nedlagt 1. juli, og plejecentret har frem over status som somatisk plejehjem. De demente beboerne forbliver på stedet, mens færre økonomiske midler tilføres plejecentret. Pt. arbejdes med yderligere demenssikring af alle udgange fra plejecentret.</p> <p>Af øvrige udviklingsområder oplyser leder, at en demenskonsulent netop har været rundt på plejecentret med henblik på at udvikle demensvenlig indretning. Desuden renoveres de ni køkkener i efteråret 2017 med midler, som leder har søgt hjem. Derfor pågår der pt. et stort arbejde med implementeringsplanen for dette.</p> <p>Aktuelt søges endnu en gruppeleder til plejecentret efter dannelse af fem teams, så der fremover er tre gruppeledere til varetagelse af personalemæssige og administrative opgaver i forhold til de ca. 80 ansatte samt beboerne.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	Tilsynet har ingen bemærkninger.

## 3.2 PLEJE, OMSORG OG PRAKTISK BISTAND

<b>Data</b>	<p>Beboerne udtrykker stor tilfredshed med den pleje og omsorg, de ydes, og oplever, at det sker ud fra deres særlige ønsker og behov. Tilsynet taler med to yngre beboere, hvor den ene beskriver, hvordan medarbejderne meget respektfuldt understøtter hans langsomt stigende behov for hjælp. En anden beboer overvejer at flytte til et sted med andre yngre ligestillede og oplever hjælp til at undersøge dette.</p> <p>Medarbejderne redegør for, hvordan kontinuitet i beboernes indsatser sikres bl.a. via fælles morgenmøder for alle med elektronisk triagering, på faste assistentmøder samt teammøder med borgergennemgang og fokus på UTH. Sygeplejersker ansat for midler fra Værdighedspuljen deltager med faglig sparring på morgenmødet to gange om ugen.</p> <p>Medarbejderne oplever en stigende kompleksitet i fysiske og mentale plejebenhov hos de nyankomne beboere som en konsekvens af, at beboerne er blevet "længst muligt i eget hjem". De oplever endvidere pårørende, der er fysisk og mentalt slidte som følge af en stor og langvarig plejeindsats i hjemmet. Medarbejdere redegør for, hvordan de anerkender de pårørende og samtidig lytter til deres frustration over, at "måtte give op". En medarbejder beskriver, hvordan det derfor er en fornem opgave at sikre pårørende gode stunder med deres kære efter indflytning på plejecentret.</p> <p>Før en beboer flytter ind afholdes hjemmebesøg, og den nye bolig forsøges indrettet på forhånd, så beboeren oplever genkendelighed i rammerne. Der er ansat medarbejdere til at varetage rengøring hos beboerne og på fællesarealer.</p>
-------------	--

**Tilsynets vurdering**

Tilsynet vurderer, at kvaliteten af pleje og omsorg er meget tilfredsstillende, og at hjælpen ydes med god faglig standard og et rehabiliterende sigte. Det er ligeledes tilsynets vurdering, at der er stort fokus på triagering og systematisk beboergennemgang, samt inddragelse af relevante samarbejdspartnere

### 3.3 DOKUMENTATION

**Data**

Medarbejderne anvender iPads til dokumentation og medicindosering. Nexus blev indført omkring 1. jan. 2017, og den fulde anvendelse af omsorgssystemet giver stadig udfordringer. Superbrugere i Nexus har derfor udarbejdet en lokal manual til medarbejderne, og der afsættes ind imellem ekstra tid til dokumentation i det enkelte team sammen med gruppeleder. Beboernes kontaktperson har hovedansvaret for dokumentationen, mens alle skal dokumentere relevante forhold og ændringer hos beboerne. Der føres ledelsestilsyn på dokumentationen på tre beboere/måned og gives efterfølgende individuel feedback til medarbejderne. Leder beskriver endvidere, at "Den blå bog", som er en kommunikationsbog for den enkelte beboer, er blevet systematiseret, da den er et vigtigt arbejdsredskab for især afløserne i plejen.

I forhold til den gennemgæede sundhedsfaglige dokumentation observerer tilsynet følgende:

**Sygeplejefaglig vurdering**

En af de sygeplejefaglige udredninger er udfyldt i alle felter og opdateret. I en anden mangler enkelte felter at blive udfyldt, mens felterne i udredningen hos den tredje borger fremstår helt blanke.

**Døgnrytmeplan**

Der er udarbejdet døgnrytmeplan for alle beboere. Døgnrytmeplanerne fremstår generelt handlingsvejledende beskrevet ud fra beboernes særlige ønsker, vaner og behov. De indeholder desuden beskrivelser af beboernes fysiske, mentale og sociale ressourcer, samt hvordan der samarbejdes med beboerne i plejen ud fra disse.

**Handleplaner**

Tilsynet observerer, at der generelt er udarbejdet handleplaner, hvor det skønnes relevant ud fra den beskrevne dokumentation, og alle beboere er ernæringsvurderet.

Tilsynet observerer hos en beboer med seks handleplaner, at der sidst er evalueret på en sårplejeplan i april.

**Tilsynets vurdering**

Det er tilsynets vurdering, at dokumentationen kan karakteriseres som mindre tilfredsstillende. Dokumentation af pleje og praktisk hjælp er fyldestgørende beskrevet med afsæt i beboernes ressourcer og ønsker, mens den sygeplejefaglige vurdering fremstår delvist udfyldt og i ét tilfælde mangler at blive udfyldt. Det er samtidig tilsynets vurdering, at det iværksatte ledelsestilsyn og den løbende individuelle opfølgning på dokumentationen, understøtter udvikling af korrekt praksis på området.

### 3.4 MAD OG MÅLTIDER

**Data**

Beboerne ytrer alle stor tilfredshed med maden og måltiderne på plejecentret.

Medarbejdere redegør for, hvordan de har et individuelt fokus på måltidsvariation i forhold til beboernes døgnrytme. Alle beboere ernæringsvurderes ved indflytning med henblik på en målrettet ernæringsindsats, og medarbejderne beskriver, at beboerne ofte tager på de følgende måneder. Der lægges vægt på, at maden anrettes indbydende og pyntet, samt afpasset den enkelte beboers appetit.

	<p>Medarbejderne sidder med til bords - men spiser ikke med. De er opmærksomme på deres rolle i forhold til at skabe en inkluderende og hyggelig atmosfære under måltidet.</p> <p>Efter indførelse af varm aftensmad oplever medarbejderne, at beboerne generelt spiser mere, og der falder ro over måltidet. Borgerne inddrages, i det omfang de ønsker det, i madlavningen. En beboer fortæller endvidere, at han er særdeles godt tilfreds med servering af varm mad om aftenen, da det giver gode rester og ofte lidt lunt til frokost næste dag.</p> <p>Tilsynet observerer en fin morgenmads servering til en beboer i dagligstuen med maden anrettet i små skåle og kander.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	<p>Tilsynet vurderer, at der på plejecentret er et stort og kreativt fokus på madens og måltidets betydning for beboernes livskvalitet. Medarbejderne er engagerede i deres rolle og ansvar i forhold til at skabe hyggelige og sociale rammer sammen med beboerne under måltidet. Medarbejderne kan endvidere redegøre for den individuelle faglige indsats i relation til beboernes situation og ernæringstilstand.</p>

### 3.5 HVERDAGENS PRAKSIS

<b>Data</b>	<p>Ledelsen og medarbejdere beskriver, at der foregår mange aktiviteter på plejecentret, og at disse skal tilgodese målgrupper, der spænder fra meget demente ældre med behov for skærmet kontakt til yngre beboere. Et fælles samlingspunkt er bl.a. stolegymnastik og især erindringsdansen, hvor alle danser med alle, og som en yngre borger med en fortid som danser er medarrangør af. En medarbejder beskriver, hvordan en pårørende under erindringsdansen oplever at få sin demente mand "tilbage" for en stund.</p> <p>Plejecentrets store vennekreds er en værdifuld samarbejdspartner i forhold til aktiviteter. På tilsynstidspunktet er en pølsevogn på besøg, som vennekredsen er medarrangør for, og der serveres hotdogs, øl og isvafler for alle i en festlig og afslappet stemning. Desuden arrangeres bl.a. gåture og hyggestunder med beboerne.</p> <p>Medarbejderne oplyser, at rehabiliteringsteamet afholder "Motiverende samtaler" med samtlige beboerne. Samtalerne kan være svære at afholde med de meget demente beboere, og medarbejderne kunne derfor ønske sig en prioritering af, hvilke beboere der især profiterer af samtalerne.</p> <p>Tilsynet observerer, at kommunikationen mellem beboere og medarbejdere er venlig og imødekommende. Medarbejderne beskriver i denne forbindelse, hvordan de er opmærksomme på et ligeværdigt samvær med beboerne.</p> <p>Tilsynet observerer, at alle beboere er velsoignerede, og at boliger og fællesarealer fremstår velindrettede og rengjorte.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	<p>Det er tilsynets vurdering, at hverdagen på plejecentret i høj grad tilrettelægges ud fra de enkelte målgruppernes behov og med udgangspunkt i den enkelte beboers fysiske og psykiske funktionsniveau og aktuelle udfordringer. Tilsynet vurderer ligeledes, at beboerne tilbydes relevante aktiviteter både i fællesskabet og med en-til-en kontakt.</p>



## 3.6 KOMPETENCER OG UDVIKLING

<b>Data</b>	<p>Leder skønner, at plejecentret generelt har de nødvendige kompetencer med et samtidigt fokus på kontinuerlig kompetenceudvikling begrundet i beboernes stigende plejebæhov og tiltagende kompleksitet. Ifølge leder er opkvalificering af den sundhedsfaglige dokumentation et vigtigt led heri og et udviklingsområde med fortsatte udfordringer. Der er desuden løbende behov for ny viden på demensområdet, og medarbejderne udtrykker, at faglig sparring om demente beboere med ældrepsykiatrien i Aabenraa og distriktssygeplejersken er meget lærerigt. Desuden er plejecentret påbegyndt udarbejdelse af risikoprofil på beboere med voldelige adfærdsændringer.</p> <p>Hjemmesygeplejersken fra Sundhedsklinikken inddrages på initiativ fra medarbejderne, og der trækkes på diabetes- og kontinenssygeplejerskens faglige viden efter behov.</p> <p>Medarbejderne vurderer selv at have kompetencerne til at varetage borgernes stigende og komplekse behov med gode muligheder for faglig sparring, kurser og temadage, som bl.a. aftales til MUS.</p> <p>Der har været undervisning i forflytning og lejring af beboere, og medarbejderne er opmærksomme på at anvende de mange gode hjælpemidler, der er til rådighed.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	<p>Det er tilsynets vurdering, at der overordnet er en god sammenhæng mellem beboernes behov og medarbejdernes kompetencer, og at ledelsen løbende iværksætter relevant kompetenceudvikling for medarbejderne med udgangspunkt i målgruppernes behov.</p>

# TILSYNETS FORMÅL OG METODE

## 4.1 FORMÅL

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

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at 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 ved helhedstilsyn.

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

## 4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

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

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 sygeplejefaglig og akademisk baggrund.

## 4.5 PRÆSENTATION AF BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner, herunder tilsyn på ældreområdet og socialområdet.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet). På ældreområdet omfatter tilsynene plejehjem, 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 mm.

## KONTAKT

Partneransvarlig

BIRGITTE HOBERG SLOTH

Partner

m: 2810 5680

e: bsq@bdo.dk

Projektansvarlig

KIRSTEN MARQUARDSEN

Manager

m: 4189 0436

e: kmq@bdo.dk

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

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

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

