

Tilsynsrapport fra uanmeldt tilsyn

Aldersro Plejecenter

Uanmeldt tilsynsbesøg d. 13.06.2025

Indholdsfortegnelse

1. Baggrund for tilsynet	side 2
2. Læsevejledning	side 2
3. Tilsynsdato, tidspunkt og tilsynsførende	side 2
4. Samlet konklusion og anbefalinger.....	side 3
5. Aktuelle forhold på tilsynsdagen.....	side 4
1 Kvalitetsforbedrende opfølgning siden sidste tilsyn	
2 Kort beskrivelse af boligenheden	
3 Ændringer i beboersammensætning	
4 Ændringer i personalesituation	
5 "Tonen" / dialogen på stedet, herunder vurdering af, om der arbejdes værdibaseret	
6. Ledelse	side 6
1 Ansvars- og kompetenceforhold	
2 Utiliserte hændelser	
3 Egenkontrol af sundhedsfaglig dokumentation	
4 Værdighed i plejen	
5 Måltider	
7. Personale	side 9
1 Smittespredning og hygiejne	
2 Rammer for pleje og omsorg	
3 Trivsel på arbejdspladsen	
4 Værdighed i plejen	
8. Borgere	side 11
1 Borgerens tilfredshed med kontaktperson/personale samt kontinuiteten i opgavevaretagelsen	
2 Nødkald	
3 Udbud af aktiviteter	
4 Værdighed i plejen	
5 Måltider	
6 Boligforhold og fysiske rammer	

1. Baggrund for tilsynet

Med baggrund i lov om social service § 151 om tilsyn på plejehjem og i plejeboliger, gennemføres årligt et uanmeldt tilsyn i samtlige plejeboligheder i Svendborg Kommune. Svendborg Kommune har valgt også at føre tilsyn i ældre- og handicapvenlige boliger med fælleshus eller dag- og træningscenter. Desuden er det valgt at opretholde dialogbaserede tilsyn selvom det siden 2010 ikke længere er et lovkrav.

2. Læsevejledning

Rapporten indledes med en samlet konklusion, anbefalinger fra tilsynet samt begrundelser herfor.

Alle oplysninger i rapporten er tilvejebragt gennem interview af leder, personale og borgere, samt tilsynets observationer.

Alle spørgsmål i rapporten tager udgangspunkt i Svendborg Kommunes værdier – helhed i opgaveløsningen, borgeren i centrum, læring og udvikling, trivsel – samt i principper for rehabilitering og kulturen i forbindelse med pleje af borgeren.

Ved rehabilitering forstås en tværfaglig indsats, hvor borgeren trænes for at modvirke funktionstab eller genvinde tabte færdigheder.

Træningen foregår i dagligdagen ved personalet og/eller rehabiliteringsterapeut eller træningsterapeut og tager altid udgangspunkt i det, der giver mening for borgeren.

Ved kulturen forstås respekten for at personalet arbejder i borgerens hjem, omgangstone og dialogen omkring og med borgeren og de pårørende.

Derefter gennemgås de overordnede ansvarsområder.

- Ledelsesmæssige i form af bl.a. opfølgning, introduktion, ansvars- og kompetence, instrukser, egenkontrol og værdighed i plejen.
- Personalemæssige i form af bl.a. kendskab til smittespredning, hygiejne, trivsel og værdighed i plejen.

Der interviewes borgere i forhold til deres oplevelse af bl.a. deres tilfredshed med kontinuitet, personaletilknytning, mulighed for brug af nødkald, udbud af aktiviteter værdighed i plejen og måltider.

Tilsynet observerer ydelserne i relation til lovgivning, kvalitetsstandarder og tildeling.

Der vil blive udført tilsyn stikprøvevis af min. 3 borgere. Under tilsynet gøres observationer hos langt flere borgere, for eksempel under ophold på fællesarealer, hvor flere borgere er til stede.

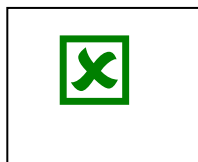
3. Tilsynsdato, tidspunkt og tilsynsførende

Tilsynet blev gennemført d. 13.06.2025 af tilsynsførende sygeplejerske Hanne Martinussen.

4. Samlet konklusion og anbefalinger

Ingen bemærkninger

Dette betyder, at det observerede, lever op til lovgivning, forvaltningens regler, instrukser, rutiner, værdier, kvalitetsstandarder og almen faglig standard.



Mindre mangler

Dette betyder, at det observerede overordnet lever op til lovgivning, forvaltningens regler, instrukser, værdier, rutiner, kvalitetsstandarder og almen faglig standard. Dog er der forhold, som kan give anledning til råd og vejledning fra Tilsynet, som kan evalueres ved det efterfølgende anmeldte tilsyn. Det kan eksempelvis dreje sig om, at der ikke foreligger introduktionsprogram for nye medarbejdere eller at der ikke foretages systematisk egenkontrol af den sundhedsfaglige dokumentation.

I forhold til dokumentationen blev der foretaget stikprøvekontrol hos 3 tilfældig udvalgte borgere.

Generelt ses dokumentationen meget udførligt og beskrivende udfyldt på alle 3 tilfældigt udvalgte borgere.

Hos 2 borgere mangler opdatering af dato nederst på skemaet til samtykke ift udveksling af oplysninger, SGO15.

Hos 1 borger mangler en enkelt tilstand borgerens forventninger og mål.

Ved tilsynet var der generelt en god stemning både blandt borgere, personale og ledelse. Borgerne, der medvirkede ved tilsynet, var meget tilfredse med at bo på Aldersro Plejecenter og personalet gav overordnet udtryk for god trivsel på arbejdspladsen.

Tilsynsførende blev mødt med venlighed og imødekommenhed og der var en positiv tilgang til tilsynet.

Rapporten er d. 15.06.2025 sendt til høring hos områdeleder og sektionsleder. Endelig rapport er d. 16.06.2025 sendt til sektionsleder.

Betydende mangler

Dette betyder, at det observerede på flere områder ikke lever op til lovgivning, forvaltningens regler, instrukser, værdier, rutiner, kvalitetsstandarder og almen faglig standard. På baggrund af tilsynets anbefalinger udarbejder plejecentret/ældreboligerne en tids- og handlingsplan for at få rettet op på de påpegede mangler indenfor **10 dage**. Handlingsplanen sendes til tilsynsførende, som herefter kan foretage de nødvendige opfølgingsbesøg.

5. Aktuelle forhold på tilsynsdagen

- **5.1. Kvalitetsforbedrende opfølgning siden sidste tilsyn**

Ledelsen oplyser, om der er foretaget kvalitetsforbedrende opfølgning af fokusområder på baggrund af sidste års tilsyn. Hvordan er der fulgt op på eventuelle kritikpunkter?



Ledelsen oplyser at der er konstant fokus på dokumentationen.
Ledelsen oplyser at der, fra september 2024 frem til foråret 2027, er igangværende kompetenceudvikling som bl.a inkluderer psykiatri samt en temadag omhandlende seksualitet for alle personaler, på tværs af afsnittene.
Ledelsen oplyser at al personalet ligeledes gennemgår kurset "Ræk mig lige samarbejdet", alle udfylder DISC-model og der tages udgangspunkt i denne i årets MUS-samtaler ift personlig udvikling og samarbejde.
Ledelsen oplyser at være kommet langt med at skabe 1 enhed på Aldersro, dette ift at styrke samarbejdet.
Der er udarbejdet farver i vagtplan så medarbejderne er forberedte på hvilken afdeling de skal være på inden de møder på arbejde.
Ledelsen oplyser, der kontinuerligt er fokus på det gode arbejdsmiljø og hvordan man gør hinanden fagligt gode.
Ledelsen oplyser at der er oprettet Plejecenterråd som skal mødes på tilsynsdagen.
Plejecenterrådet består af kasser fra dartklub, 2 frivillige, 2 pårørende, 3 borgere, 1 medarbejder samt leder.

- **5.2. Kort beskrivelse af boligenheden**

Herunder indtrykket af boligen, rengøring af boligen i forhold til sundhedsfaglig standard



Aldersro er et plejecenter med demens-, ældre- og gæsteboliger.
Aldersro 8 har pt. 16 lejligheder fordelt på 2 etager med 8 lejligheder på hver etage. Stuen er til borgere med demens eller demenslignende tilstande.
1 salen er gæsteboliger.
2. etage er i gang med brandsikring i øjeblikket hvorfor der er 8 aflukkede gæstepladser i øjeblikket.
Hver etage har en fælles opholdsstue indrettet med hyggelige møbler. Der er desuden fælles spisestue /køkkenafdeling på hver etage. Boligerne fremstår lyse og venlige.
Der er 58 ældreboliger på Aldersro. Alle er 2-rums boliger med udgang til overdækket svalegang. Boligerne fordeler sig i flere boligblokke med 3 etager. Der er elevator i alle boligblokke.
Der er 6 tomme ældreboliger i øjeblikket som er planlagt til genhusning fra august 2025 ift den videre brandsikring.
I blok 6 er der desuden 2 gæstelejligheder med 3 sovepladser, som bl.a. kan benyttes af pårørende.
Der er dagcenterfunktion samt træningsfaciliteter tilknyttet Aldersro, som benyttes af borgere der på Aldersro og andre borgere fra kommunen.
Alle boliger og fællesarealer ses på tilsynsdagen rengjorte og ryddelige.

- **5.3. Ændringer i borgersammensætning**

Ledelsen oplyser, om der er sket væsentlige ændringer i beboersammensætningen siden sidste tilsyn.

	Ledelsen oplyser, at der ikke er sket væsentlige ændringer i beboersammensætning siden sidste tilsyn
☒	Ledelsen oplyser, at beboersammensætningen er ændret således at der er: A. Flere plejekrævende borgere B. Flere selvhjulpne borgere C. Flere demente borgere D. Andre <i>Ledelsen oplyser at det primært er borgere med psykiske lidelser og misbrug der bor i ældreboligerne.</i> <i>Der er ingen væsentlige ændringer på demensafsnittet i blok 8.</i> <i>Ledelsen oplyser at der fortsat kommer tungere og mere komplekse borgere i Gæsteboligerne, hvor der i øjeblikket er en specielt, kognitivt udfordret borger om har krævet handleplan.</i> <i>Der er bestilt overfaldsalarmer til meget smalle køkkener på afdelingerne.</i>

- **5.4. Ændringer i personalesituation**

Ledelsen oplyser, om der er sket væsentlige ændringer i personalesammensætningen siden sidste tilsyn.

	Ledelsen oplyser, at der ikke er sket væsentlige ændringer i personalesammensætningen siden sidste tilsyn
☒	A. Flere hjælpere B. Færre hjælpere C. Flere assistenter D. Færre assistenter E. Flere sygeplejersker F. Færre sygeplejersker G. Et større vikarforbrug H. Et mindre vikarforbrug I. Andet <i>Ledelsen oplyser at der, på trods af nedlukkede gæstepladser/ældreboliger ikke har været behov for omrokering/afskedigelse af personaler.</i> <i>Der har været afviklet afspadserings-/6. ferieuge pukkel og der har ikke været genansættelse ved stillingsledighed.</i> <i>Ledelsen oplyser, at der er SSA i alle vagter i grundvagtplanen og i fremmøde. Der er ingen ledige stillinger og ledelsen oplyser at det ikke er svært at rekruttere faglært personale.</i> <i>Der er ca. 40 personaler hvoraf 4-5 afløsere er ufaglært (heraf 3 sygeplejestuderende).</i> <i>Der er lige ansat en fritidsjobber til Demensafsnittet.</i>

- **5.5. "Tonen" / dialogen på stedet, herunder vurdering af, om der arbejdes værdibaseret**

	Ledelsens beskrivelse af, hvordan ledelsen sikre, at der er en åben, ærlig og respekt fyldt dialog mellem ledelse, personale, borgere og pårørende på plejecentre, og hvordan der værnes om tavshedspligten: <i>Ledelsen oplyser, at der er fokus på den gode tone og blandt personalet arbejdes der på at man kan føre en god og åben dialog, hvor tillid og respekt for hinanden er bærende.</i> <i>Ledelsen oplyser at tonen indimellem kan være hård, men at den er blevet meget bedre.</i> <i>Ledelsen oplyser at tonen afspejler en retningsvisende dialog, der er givende for opgaveløsningen ved borgeren.</i> <i>Der opleves en god kontakt til borgere og pårørende.</i> <i>Ledelsen oplyser at have vanvittig dygtige medarbejdere.</i> <i>Ledelsen oplyser at der værnes om tavshedspligten som bl.a italesættes ved ansættelse og at samtykke indhentes fra borgerne ved indflytningssamtale som afholdes af leder i demensafsnit og ældreboliger.</i>
	Personalet udtrykker enighed ift. ledelsens oplysninger <i>Personalet oplyser, at ledelsen går foran ift. den gode tone.</i> <i>Personalet oplyser, at alle kan være pressede på forskellige parametre og tonen derfor lidt hård.</i> <i>Personalet oplyser at det er væsentligt at kunne sige tingene højt til hinanden, så kolleger/ledelse har mulighed for at støtte og hjælpe, så håndteringen af de enkelte opgaver i relation til borgerne løses fagligt og professionelt.</i> <i>Kurset "Ræk mig lige samarbejdet" er rigtig godt og alle har ansvar for et godt arbejdsmiljø.</i> <i>Personalet oplyser at der generelt er en god kontakt til borgerne og de fleste pårørende.</i>
	Personalet udtrykker ikke enighed ift. ledelsens oplysninger, men oplyser at:

6. Ledelse

- **6.1. Ansvars- og kompetenceforhold**

Ledelsen oplyser om ansvars- og kompetenceforhold for personalegrupper tilknyttet pleje, praktisk hjælp og sygepleje.

	Ledelsen oplyser, at der er overensstemmelse mellem borgersammensætning og personalets ansvars- og kompetenceforhold. <i>Ledelsen oplyser, at der er overensstemmelse mellem borgersammensætningen og personalets ansvars- og kompetenceforhold. Der flyttes evt. rundt med personale ift. at sikre fagligheden.</i> <i>Leder og planlægger møder ind sammen med personalet hver morgen kl. 7.</i> <i>Leder mødes fast med aften- og nattevagter hver 14. dag.</i> <i>Ledelsen oplyser at alle personaler har kompetenceskema.</i>
---	---

	<i>Ledelsen oplyser, at der er SSA i alle vagttag i grundrullet for at sikre faglighed i alle døgnets timer.</i>
☒	Hvordan arbejder I for at minimere risikoen for, at faglig viden og information om borgerne ikke går tabt mellem personalet i de forskellige vagttag og i/på tværs af teams? <i>Ledelsen oplyser at der ikke er overlap imellem vagttag, men at leder, planlægger og medarbejderne møder ind fælles om morgenen, hvor nattevagterne kan give korte mundtlige beskeder og evt. ændringer på dagen kan planlægges. Aftenvagterne møder i de forskellige enheder, men slutter vagten af fælles ift. at møde nattevagterne for kort overlevering.</i> <i>Ledelsen oplyser, at der dokumenteres afvigelser i Nexus, og alle personaler læser i Nexus ved vagtens begyndelse.</i> <i>Ledelsen oplyser, at ved komplekse forløb drøftes disse på TO, tværfaglige møder og/eller borgerkonferencer, hvor aftenvagter er gode til at deltage.</i> <i>Ledelsen oplyser, at der nu er lavet en kontinuerlig plan for gennemgang af borgernes dokumentation minimum hver 3. måned.</i> <i>Der laves audit. Der er 3 nøglepersoner i dagvagt og 2 i aftenvagt.</i> <i>Ledelsen oplyser, at alle personaler er gode til at hjælpe hinanden på tværs.</i>
☒	Hvordan arbejder I for at personalet har de rette kompetencer i forhold til borgernes behov hele døgnet og på alle ugens dage? <i>Ledelsen oplyser, at alle medarbejdere har et kompetenceskema, som kontinuerligt opdateres og bruges i praksis.</i> <i>Ledelsen og sygeplejerskerne er i tæt dialog ift. sikring af de rette kompetencer til den enkelte borger.</i> <i>Ledelsen oplyser at der er igangværende kompetenceudvikling som varetages af INKU.</i>
☒	Foreligger der introduktionsprogram for nye personaler der tager udgangspunkt i den enkeltes faglighed og kompetencer? <i>Der er udarbejdet eget introduktionsprogram og on-boardingprogrammet benyttes ved introduktion af nye personaler. Der er lige startet ny Mentor.</i> <i>Alle nye personaler er altid i introduktion i de forskellige typer af boliger/afdelinger.</i>

• 6.2. Utilsigtede hændelser

☒	Ledelsen oplyser, at utilsigtede hændelser indrapporteres elektronisk, og at der følges op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring. <i>Ledelsen oplyser, at planlægger indberetter UTH'er elektronisk ud fra skema som personalet udfylder og at ledelse/planlægger følger op på de UTH'er der er indberettet.</i>
	Ledelsen oplyser, at utilsigtede hændelser endnu ikke rapporteres elektronisk, og at der ikke følges op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring.
☒	Personalet oplyser, at de rapporterer utilsigtede hændelser elektronisk og at ledelsen følger op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring. <i>Personalet oplyser, at planlægger indberetter UTH'er elektronisk og at der følges op på disse bl.a som fast punkt på tværfaglige møder.</i>
	Personalet oplyser, at de endnu ikke rapporterer utilsigtede hændelser elektronisk og at ledelsen ikke følger op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring.

- **6.3. Egenkontrol af sundhedsfaglig dokumentation**

☒	Ledelsen oplyser, at der foretages systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation jf. gældende instruks/auditskema. <i>Ledelsen oplyser, at der er fokus på dokumentationen og at audit skemaerne benyttes jf. årshjul for kvalitet og udvikling.</i>
☒	Ledelsen oplyser, at der efter en systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation gives en tilbagemelding til personalet, hvor det bl.a. drøftes, hvad der eventuelt skal iværksættes af tiltag, for at forbedre dokumentationen. <i>Ledelsen oplyser, at der er lavet plan for kontinuerlig gennemgang af dokumentation på hver enkelt borger hver 3. måned.</i> <i>Der vurderes kontinuerligt på behov for evt. tiltag/ undervisning.</i> <i>Der gøres brug af Nexus nøglepersoner.</i>
	Ledelsen oplyser, at der ikke foretages systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation. OBS: Begrundelse herfor:
☒	Personalet udtrykker enighed ift. ledelsens oplysninger <i>Personalet oplyser, at der dokumenteres ved afvigelser og løbende følges op på dokumentationen i Nexus.</i> <i>Personalet oplyser at der sættes tid af til dokumentation og opfølgning.</i> <i>Der kan bedes om tid hos planlægger ved behov.</i> <i>Man hjælper hinanden hvis der er behov.</i>
	Personalet udtrykker ikke enighed ift. ledelsens oplysninger, men oplyser at:

- **6.4. Værdighed i plejen**

Ledelsen beskriver, hvorvidt og hvordan der i det rehabiliterende arbejde i dagligdagen er fokus på at sikre, hvad der er vigtigt og meningsfyldt for den enkelte borger. Værdighed i plejen defineres ud fra, om den enkelte borger oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.

☒	Ledelsen oplyser, at der arbejdes med ovenstående på følgende måde: <i>Ledelsen oplyser, at der altid er fokus på borgeres værdighed og hvad er værdigt for den enkelte borger. Det er ikke ledelsen eller personalets behov der er retningsgivende for opgaverne ved borgerne, men den enkelte borgers behov.</i> <i>Der afholdes indflytningssamtale med borger og pårørende for at klarlægge behov og ressourcer samt forventningsafstemme.</i> <i>Der arbejdes rehabiliterende ud fra hvad der er meningsfyldt for den enkelte borger og ud fra dennes behov og ressourcer.</i>
☒	Ledelsen oplyser, at der er en handlingsplan/vision i forhold til implementerings- og læringsforløbet i forebyggelse, håndtering og læring af voldsomme episoder i sektionen <i>Ledelsen oplyser at handlingsplan foreligger og at der, på den igangværende uddannelse, er 2 moduler omkring psykiatri i praksis hvor forebyggelse, håndtering og læring af voldsomme episoder i sektionen er et af omdrejningspunkterne.</i>
	Ledelsen oplyser, at der endnu ikke er en handlingsplan/vision i forhold til implementerings- og læringsforløbet i forebyggelse, håndtering og læring af voldsomme episoder i sektionen.

- **6.5. Måltider**

Ledelsen beskriver indsats omkring måltiderne, herunder beskrivelse af hvordan der serveres, skabes hygge og hjemlig stemning samt om pårørendes mulighed for at deltage i måltidet.

☒	Ledelsen beskriver indsatsen omkring måltiderne, på følgende måde: <i>Ledelsen oplyser, at der er fokus på at skabe ro og god stemning omkring det gode måltid i hverdagen i afdelingerne og i dagcenteret. Borgerne i ældreboligerne spiser i egne lejligheder, hvor borgerne kan få visiteret hjælp, hvis der er behov for dette. Der er en del af borgerne i ældreboligerne der spiser den varme mad i dagcenteret i hverdagene.</i>
☒	Ledelsen oplyser, at borgerne har indflydelse på udarbejdelse af menuen, og at borgernes individuelle ønsker og behov i forhold til kosten tilgodeses / respekteres. <i>Ledelsen oplyser, at borgerne på afsnittene involveres i beslutninger vedrørende menuen og der ses på muligheder ift. borgernes ønsker og behov. Borgere i ældreboligerne bestiller selv deres menuer, hvor personalet er behjælpelige hvis der er behov for dette.</i>

7. Personale

- **7.1. Smittespredning og hygiejne**

Personalet beskriver kendskab til instrukser for forebyggelse af smittespredning samt hygiejne.

☒	Er personalet bekendt med instrukser for forebyggelse af smittespredning (f.eks. i forbindelse med NOVO-virus)? <i>Personalet redegør fint for instrukser for forebyggelse af smittespredning, ligeledes for den praktiske håndtering af smitteforebyggelse.</i>
☒	Hvem er ansvarlig for at kontrollere holdbarhed på f.eks. håndsprit, handsker og forklæder? <i>Personalet redegør fint for, hvem som har ansvaret for kontrol af holdbarhed på diverse produkter.</i>
☒	Er der en arbejdsgang for, hvordan der arbejdes med hygiejne (f.eks. hygiejneugen, samarbejde med hygiejnekoordinator o.lign)? <i>Personalet redegør fint for systematisk opfølgning og fokus på relevante hygiejniske emner. Sygeplejersken har ofte hygiejnen på dagsorden på personalemøder, SSA møder og som små fokus punkter i dagligdagen.</i>

- **7.2. Rammer for pleje og omsorg**

Personalets oplevelser af at kunne yde den optimale og individuelle pleje og omsorg til hver enkelt borger indenfor de rammer og vilkår, der er til stede.

☒	Personalet beskriver, at rammerne er gode
-------------------------------------	--

	Personalet oplever, at rammerne generelt er gode og at der, i det store hele, er kommet ro efter der er kommet ny leder, ny stedfortræder/planlægger samt ændring af vagtplan. Personalet oplyser at der er en tydelighed ift. hvilke opgaver der skal løses indenfor de givne rammer. Personalet oplever generelt at ledelsen er lydhør ift. organiseringen af de daglige opgaver jf. de vilkår der er for plejecenteret. Personalet giver udtryk for at de har tid til at gøre lidt ekstra sammen med borgerne, og tid til dokumentation.
	Personalet giver udtryk for, at rammerne kunne være bedre. Konkret beskrivelse:

- 7.3. Trivsel på arbejdspladsen**

Personalets oplevelser af, hvordan eventuelle påvirkninger af trivsel/arbejdsglæde, tackles på arbejdspladsen, herunder samarbejde med TR/AMR.

☒	Personalet giver udtryk for trivsel og godt samarbejde på arbejdspladsen. Personalet giver udtryk for at der er kommet mere ro på trivsel og samarbejde. Der er blevet bedre, fordi de er blevet bedre til at snakke med hinanden om tingene. Der er Trivselsagent som man kan gå til og AMR kan involveres ved behov for dette. Alle har ansvar for et godt arbejdsmiljø.
☒	Personalet giver udtryk for, at følgende har indflydelse på trivslen/arbejdsglæden på arbejdspladsen under de givne vilkår: Personalet oplyser, at deres leder er tydelig ift. retning og vilkår. At ledelsen vil det bedste for Aldersro, borgerne og personalet. Dette giver overordnet en ro og tryghed ift. en faglig og professionelle omsorg for borgerne. Igangværende uddannelse/undervisning har været medvirkende til at se sig selv og hinanden på en anden måde.

- 7.4. Værdighed i plejen**

Personalet beskriver, hvorvidt og hvordan der i det rehabiliterende arbejde i dagligdagen er fokus på at sikre, hvad der er vigtigt og meningsfyldt for den enkelte borger. Værdighed i plejen defineres ud fra, om den enkelte borger oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.

☒	Personalet oplyser at der arbejdes med ovenstående på følgende måde: Personalet oplyser, at relationen til borgerne og deres pårørende er vigtig, for at kunne arbejde med borgerens ønsker, behov og for hvad der er det bedste for den enkelte borger. Personalet oplyser, at respekten for det andet menneske er i fokus og det respekteres, at ikke alle borgere er ens, men alle har deres egne behov og egen adfærd.
	Personalet er bekendt med at der er en handlingsplan/vision i forhold til implementerings- og læringsforløbet i forebyggelse, håndtering og læring af voldsomme episoder i sektionen
☒	Personalet er ikke bekendt med at der er en handlingsplan/vision i forhold til implementerings- og læringsforløbet i forebyggelse, håndtering og læring af voldsomme episoder i sektionen

8. Borgere

- **8.1. Borgerens tilfredshed med kontaktperson/personale samt kontinuiteten i opgavevaretagelsen.**

Ud fra borgerinterview afdækkes, om der er tilfredshed med ovenstående.
Vurdering foretaget hos 3 borgere.

	De adspurgte borgere giver udtryk for tilfredshed med personaletilknytningen, og der opleves kontinuitet i varetagelsen af de forskellige borgerrelaterede opgaver. Dialogen med personalet fungerer fint. <i>Alle 3 adspurgte borger udtrykker stor tilfredshed med at bo på Aldersro, med personalet og den hjælp de får. Alle 3 borgere oplyser der er en god og fri tone som gør at dialogen med personalet er rigtig god.</i>
	Flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med den personalemæssige tilknytning grundet meget skiftende personale. Der opleves dog kontinuitet i opgavevaretagelsen. Dialogen med personalet fungerer fint.
	Flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med den personalemæssige tilknytning grundet meget skiftende personale. Der opleves ingen kontinuitet i opgavevaretagelsen. Dialogen med personalet opleves utilfredsstillende.

- **8.2. Nødkald**

Ud fra borgerinterview og tilsynets observationer vurderes det, om borgeren har mulighed for at tilkalde hjælp.
Vurdering foretaget hos 2 borgere.

Har borgerne muligheden for at få hjælp - anvende nødkald eller er der indlejret hensigtsmæssige tilsyn til borgere der ikke kan anvende kaldet?
Fungerer nødkaldet efter hensigten – oplever borgerne at hjælpen kommer efter tryk på nødkald? Evt. afprøves kald.

	De adspurgte borgere giver udtryk for tilfredshed med muligheden for at tilkalde hjælp. Borgere har mulighed for at anvende nødkald, og der er indlejret hensigtsmæssige tilsyn til borgere, der ikke kan anvende nødkaldet. Tilsynets observationer understøtter dette. <i>Det er ikke alle borgere der har nødkald og det vurderes i hvert enkelt tilfælde om borgeren har behov for og/eller er i stand til at benytte et nødkald. Har borgeren ikke nødkald vurderes på evt. tilsyn. Nødkald er afprøvet hos 2 borgere hvor hjælpen kom med det samme.</i>
	Flere af de adspurgte borgere udtrykker kun delvis tilfredshed med mulighederne for at tilkalde og få den fornødne hjælp. Tilsynets observationer understøtter dette. Evt. afprøves nødkald.
	Flere af de adspurgte borgere udtrykker utilfredshed med muligheden for at tilkalde hjælp. Hos borgere, der ikke kan anvende nødkaldet er der ikke indlejret alternative løsninger (f.eks. i form af hyppige tilsyn). Tilsynets observationer understøtter dette. Evt. afprøves nødkald.

- **8.3. Udbud af aktiviteter**

Tilsynet vurderer gennem borgerinterview, om der er et tilpas udbud af hverdagsaktiviteter, samt mulighed for deltagelse i disse. Hverdagsaktiviteter kan også ses som deltagelse i almindelige daglige hverdagsgøremål. Vurdering foretaget hos 3 borgere.

	De adspurgte borgere angiver tilfredshed med tilbud og mulighed for deltagelse i hverdagsaktiviteter/gøremål. <i>Alle 3 adspurgte borgere giver udtryk for at der er fint med aktiviteter. Nogle af de aktiviteter der kan nævnes er, banko, gudstjenester, sang m. Mette Mai, kortspil, gymnastik, højtlesning, busture, cykelture, besøgshund og arrangementer til højtider. Lige nu har borger fra demensafsnittet malerier udstillede i dagcenteret og der planlægges fernisering. Kommende arrangement er St. Hans arrangement.</i>
	Flere af de adspurgte borgere angiver, at der er for få hverdagsaktivitet- og gøremålstilbud.

- **8.4. Værdighed i plejen**

Tilsynet vurderer gennem borgerinterview, om den enkelte borger oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv. Er der i dagligdagen fokus på, hvad der er vigtigt og giver mening for den enkelte borger.

	De adspurgte borgere oplever at have selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv. <i>Alle 3 adspurgte borgere oplever at der tages individuelle hensyn, også på den enkelte dag. Alle 3 adspurgte borgere oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.</i>
	Flere af de adspurgte borgere oplever kun delvist at have selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.
	Ingen af de adspurgte borgere oplever at have selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.

- **8.5. Måltider**

Gennem interview og observation vurderes det, om borgerne oplever tilfredshed med den valgte kost, og om borgerne får den hjælp, der evt. er behov for til indtagelse af mad.

Borgernes oplevelse af måltiderne, herunder hvordan der serveres, skabes hygge og hjemlig stemning samt om pårørendes mulighed for at deltage i måltidet, beskrives. Vurdering foretaget hos 3 borgere.

	De adspurgte borgere udtrykker tilfredshed med den valgte kost, oplevelsen af måltiderne og med den hjælp, der evt. er behov for til indtagelse af mad. Tilsynets observationer og faglige vurdering understøtter dette. <i>2 adspurgte borgere oplever at maden generelt er god. 1 adspurgt borger synes maden er lidt kedelig.</i>
---	--

	<i>Flere af borgerne i ældreboligerne sørger selv for den varme mad. Borgerne i ældreboligerne oplever, at de støttes til selv helt / delvist at kunne tilberede egen mad.</i>
	En eller flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med den valgte kost, oplevelsen af måltiderne og med den hjælp, der evt. er behov for til indtagelse af mad. Tilsynets observationer og faglige vurdering understøtter dette.
☒	De adspurgte borgere giver udtryk for, at individuelle ønsker og behov i forhold til kosten tilgodeses / respekteres.
	En eller flere af de adspurgte borgere giver udtryk for, at individuelle ønsker og behov i forhold til kosten ikke tilgodeses / respekteres.

- **8.6. Boligforhold og fysiske rammer**

Ud fra borgerinterview afdækkes, om der er tilfredshed med boligforholdene og de fysiske rammer for hverdagen samt om borgerne oplever selvbestemmelse i eget hjem. Vurdering foretaget hos 3 borgere.

☒	De adspurgte borgere udtrykker tilfredshed med nuværende boligforhold, fysiske rammer for hverdagen samt selvbestemmelse i eget hjem. <i>Alle 3 adspurgte borgere er yderst tilfredse med at bo på Aldersro. Dagcenteret og muligheden for at sidde på altanerne har stor betydning. 1 borger i demensafsnittet giver dog udtryk for at være ked af at bolig er blevet 3 m2 mindre ifm flytning af demensafsnit pga brandsikring.</i>
	Flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med nuværende boligforhold, fysiske rammer for hverdagen samt manglende mulighed for selvbestemmelse i eget hjem på baggrund af følgende forhold: