

# Tilsynsrapport fra uanmeldt tilsyn

## Bryghus Nord Plejecenter

Uanmeldt tilsynsbesøg d. 26.10.2021

### 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 Utilisgtede hændelser	
3 Egenkontrol af sundhedsfaglig dokumentation	
4 Værdighed i plejen	
5 Måltider	
7. Personale .....	side 8
1 Smittespredning og hygiejne	
2 Rammer for pleje og omsorg	
3 Trivsel på arbejdspladsen	
4 Værdighed i plejen	
8. Borgere .....	side 9
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, omgangstonen 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. 26.10.2021 af tilsynsførende faglig kvalitet og udviklingskonsulent Janne Ditlevsen.

## 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 flot udfyldt og beskrivende ift. borgeren.*

*Hos alle tre borger er samtykke til indhentelse og videregivelse ikke opdateret siden 21.12.19, 15.07.20 og 09.09.20, hvilket bevirker at de ikke længere er gældende.*

*Hos én borger er helbredsoplysninger ikke fyldestgørende og skal opdateres.*

*Hos to borger er skemaet "generelle oplysninger" ikke fyldestgørende udfyldt.*

*Hos én borger er døgnrytmerne ikke fyldestgørende og skal opdateres.*

*Ved tilsynet var der en god stemning både blandt borgere, pårørende, personale og ledelse. Borgerne, der medvirkede ved tilsynet, var meget tilfredse med at bo på Bryghuset og personalet gav udtryk for god trivsel på arbejdspladsen. Tilsynsførende blev mødt med venlighed og imødekommenhed og der var en meget positiv tilgang til tilsynet.*

*Rapporten er d. 27.10.2021 sendt til høring hos områdeleder og 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 fokus områder på baggrund af sidste års tilsyn. Hvordan er der fulgt op på eventuelle kritikpunkter?

	<p><i>Ved tilsynet i 2020 blev der konstateret mindre mangler ift. dokumentationen. Ledelsen oplyser, at der siden sidste tilsyn er arbejdet kontinuerligt med dokumentation, hvor der følges op 1 x om måneden og strategien for brug af audit skemaer følges.</i></p> <p><i>Ledelsen oplyser, at der er lavet en handlingsplan ift. implementering af brugen af kørelister i alle bo-enheder, så borger sikkerheden højnes.</i></p> <p><i>Ledelsen oplyser, at der er iværksat en kvalificering af introduktionsprogram ift. at alle nye personaler bliver introduceret til eks. Demens i praksis, magt og tavshedspligten.</i></p>
---	---


- **5.2. Kort beskrivelse af boligenheden**

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

	<p><i>Bryghuset blev d. 21/11-16 indviet til Bryghuset – Svendborg Demensby.</i></p> <p><i>Den tilhørende have med forskellige aktivitetsmuligheder blev indviet i sommeren 2019. Der har været en arkitekt tilknyttet haven for indretning. Her er nu både høns, kaniner og et drivhus i haven, som alle beboerne nyder godt af.</i></p> <p><i>Sektion Bryghuset Nord har 46 demensboliger, fordelt i 6 bo-enheder på 3 etager. Alle bo-enheder har egen fælles dagligstue og køkken/alrum. Boligerne fremstår lyse og pæne og er godt indrettede. Fra boligenhederne er der udgang til overdækket svalegang, og nogle beboere nyder at sidde ude på svalegangen og nyde udsigten, når vejret tillader det. På to etager er der tilbygget altan. Der er planlagt tilbygning af altaner på alle etager.</i></p> <p><i>Til Bryghuset er der også tilknyttet dagcenterfaciliteter og café.</i></p> <p><i>Alle boliger og fællesarealer ses på tilsynsdagen rengjorte og ryddelige.</i></p>
---	--

- **5.3. Ændringer i borgersammensætning**

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

	<p>Ledelsen oplyser, at der ikke er sket væsentlige ændringer i beboersammensætning siden sidste tilsyn</p>
	<p>Ledelsen oplyser, at beboersammensætningen er ændret således at der er:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>A. Flere plejkrævende borgere</li><li>B. Flere selvhjulpne borgere</li><li>C. Flere demente borgere</li><li>D. Andre</li></ul> <p><i>Ledelsen oplyser, at de demente borgere opleves fortsat at have tiltagende behov for en til en kontakt med personale. Her er der ansøgt om tyngdetilpasning. Når der er tomme lejligheder, oplever ledelsen, at der er et godt samarbejde med demenskonsulenterne ift. nye borgere.</i></p>

- **5.4. Ændringer i personalesituation**

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

<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Ledelsen oplyser, at der ikke er sket væsentlige ændringer i personalesammensætningen siden sidste tilsyn</p> <p><i>Ledelsen oplyser, at der i 2020 blev arbejdet med justering af normeringen jævnført budgettet. Justeringen har medført, at der er implementeret en "springer funktion" i hele sektionen. Der arbejdes fortsat med fokus på ekstra hænder ved involvering af frivillige og personer i jobprøvning. De ekstra hænder giver mulighed for ekstra gåture, højtlesning, spille kort eller bage eksempelvis en æggekage.</i></p>
	<p>Ledelsen oplyser, at personalesammensætningen er ændret således at der er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Flere hjælpere</li> <li>B. Færre hjælpere</li> <li>C. Flere assistenter</li> <li>D. Færre assistenter</li> <li>E. Flere sygeplejersker</li> <li>F. Færre sygeplejersker</li> <li>G. Et større vikarforbrug</li> <li>H. Et mindre vikarforbrug</li> <li>I. Andet</li> </ul>

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

<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Ledelsens beskrivelse af, hvordan ledelsen sikrer, at der er en åben, ærlig og respektfyldt dialog mellem ledelse, personale, borgere og pårørende på plejecentre, og hvordan der værnes om tavshedspligten:</p> <p><i>Ledelsen oplyser, at der generelt opleves en god tone på Bryghuset og der er en konstant fokus på at have en god tone.</i></p> <p><i>Ledelsen oplyser, at der er fokus på den gode, åbne, imødekomende og respektfulde relation til borger, pårørende, personale og ledelse. Dette ved at ledelsen og personale er tilgængelige, synlige og stedet fremstår indbydende.</i></p> <p><i>Ledelsen oplyser at der værnes om tavshedspligten og samtykke indhentes fra borgerne.</i></p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Personalet udtrykker enighed ift. ledelsens oplysninger</p> <p><i>Personalet oplyser, at alle personaler er opmærksomme på, at hjælpe hinanden. Personalet oplever, at der er synlig ledelse, som er gavnlige for det gode samarbejde og kommer borgerne til gode.</i></p>
	<p>Personalet udtrykker ikke enighed ift. ledelsens oplysninger, men oplyser at:</p>

## 6. Ledelse

### • 6.1. Ansvars- og kompetenceforhold

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

<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Ledelsen oplyser, at der er overensstemmelse mellem borgersammensætning og personalets ansvars- og kompetenceforhold.</p> <p><i>Ledelsen oplyser, at alle personaler inviteres til MUS 1 x årligt, hvor den fælles kompetenceplan for alle personaler opdateres.</i></p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Hvordan arbejder I for at minimere risikoen for, at faglig viden og information om borgerne ikke går tabt mellem personalet i de forskellige vagtlag og i/på tværs af teams?</p> <p><i>Ledelsen oplyser, at der dokumenteres afvigelser i Nexus, og alle personaler læser i Nexus ved vaktens begyndelse. Det er vigtigt, at alle personaler kender alle borgere. Ledelsen oplyser, at personaler flyttes alt efter behov for faglighed. Ledelsen oplyser, at der arbejdes med at ensrette arbejdsgange for alle afsnit på Bryghuset.</i></p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Hvordan arbejder I for at personalet har de rette kompetencer i forhold til borgernes behov hele døgnet og på alle ugens dage?</p> <p><i>Ledelsen oplyser, kompetenceskemaet over alle personaler giver et overblik over hvilke kompetencer der er til rådighed til at varetage borgernes behov. Borgernes behov/udfordringer afstedkommer uddannelse og kompetenceløft ved personalerne. Ved behov underviser og oplærer sygeplejen personale. Ledelsen oplyser, at der blandt personalet er nøglepersoner indenfor flere områder, for at sikre den rette faglighed blandt personalet.</i></p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Foreligger der introduktionsprogram for nye personaler der tager udgangspunkt i den enkeltes faglighed og kompetencer?</p> <p><i>Der er udarbejdet introduktionsmateriale, som benyttes til alle nyansatte personaler. Generelt for alle nye personaler laves der et introduktionsforløb ud fra en individuel vurdering.</i></p>

### • 6.2. Utsigtede hændelser

<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Ledelsen oplyser, at utilsigtede hændelser indrapporteres elektronisk, og at der følges op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring.</p> <p><i>Ledelsen oplyser, at UTH indberettes elektronisk. Ledelsen følger op på de UTH der er indberettet, hvor der iværksættes individuel læring og vurderes ift. behov for mere generel kompetenceudvikling. Ledelsen efterlyser en mere systematisk og overordnet struktur for UTH området.</i></p>
	<p>Ledelsen oplyser, at utilsigtede hændelser endnu ikke rapporteres elektronisk, og at der ikke følges op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring.</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Personalet oplyser, at de rapporterer utilsigtede hændelser elektronisk og at ledelsen følger op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring.</p>
	<p>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.</p>

- **6.3. Egenkontrol af sundhedsfaglig dokumentation**

<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Ledelsen oplyser, at der foretages systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation jf. gældende instruks/auditskema.</p> <p><i>Ledelsen oplyser, at der kontinuerligt følges op på dokumentationen 1 x om måneden og der følges op med personalet ved behov. Der arbejdes på et årshjul, hvor emner som dokumentation, døgnrytmer og medicin bl.a. skal fremgå.</i></p> <p><i>Ledelsen oplyser at følger strukturen for brug af audit.</i></p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>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.</p>
	<p>Ledelsen oplyser, at der ikke foretages systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation. <b>OBS: Begrundelse herfor:</b></p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Personalet udtrykker enighed ift. ledelsens oplysninger</p> <p><i>Personale oplyser at kunne hente hjælp ved behov ift. dokumentationen i Nexus og at der er udarbejdet superbrugere i Nexus. Personale oplever at få den nødvendige undervisning ift. dokumentation.</i></p>
	<p>Personalet udtrykker ikke enighed ift. ledelsens oplysninger, men oplyser at:</p>

- **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.

<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Ledelsen oplyser, at der arbejdes med ovenstående på følgende måde:</p> <p><i>Ledelsen oplyser, at der arbejdes ud fra et princip omkring meningsfuld beskæftigelse i dagligdagen, hvor borgerne inddrages hvor de kan, og hvor det giver mening for borgeren. Der er fokus på at borgerne føler sig medinddraget og har indflydelse på eget liv. Ledelsen oplyser at der i den forbindelse er fokus på at inddrage borgernes livshistorie og det der har betydning og værdi for den enkelte borger. Ledelsen oplyser, at der ved indflytning altid afholdes indflytningssamtaler med borger og evt. pårørende, og at borger tilknyttes en fast kontaktperson. Ledelsen oplyser at der er meget fokus på at det er borgernes hjem og respekten ift. dette italesættes i personalegruppen. Ledelsen oplyser, at mange borgere har glæde af de mange aktivitetstilbud i dagcenteret samt bruger haven. Ledelsen oplever godt samarbejde med dagcenterpersonale ift. støtte borgerne i at kunne deltage i ønskede aktiviteter.</i></p>
-------------------------------------	--

- **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.

<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Ledelsen beskriver indsatsen omkring måltiderne, på følgende måde:</p>
-------------------------------------	---

	<i>Ledelsen oplyser, at bruger/pårørende råd involveres ift. de overordnede beslutninger. Det er en tovholder for madplan i henholdsvis dag- og aftenvagten. Der er fokus på at tilbyde varieret kost og mere involvering af borgerne ift. indflydelse på menuen.</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	Ledelsen oplyser, at borgerne har indflydelse på udarbejdelse af menuen, og at borgernes individuelle ønsker og behov i forhold til kosten tilgodeses / respekteres.

## 7. Personale

- **7.1. Smittespredning og hygiejne**

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

<input checked="" type="checkbox"/>	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>
<input checked="" type="checkbox"/>	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>
<input checked="" type="checkbox"/>	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 - eksempelvis personalemøder, hvor der drøftes personlig hygiejne, uniformsetikette og brug af håndsprit. Personalet kan tilmed redegøre for hygiejne ugerne og nødvendigheden af tværfagligt samarbejde ifm. opretholdelse af korrekt hygiejne.</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.

<input checked="" type="checkbox"/>	Personalet beskriver, at rammerne er gode  <i>Personale oplever at arbejdsgangen ift. dokumentation er forenklet. Personalet oplyser at bruge kvalitetstiden 1:1 ifm. morgenplejen og forsøger at planlægge opgaverne efter borgernes behov. Personale oplever det positivt at have elever, da det giver mulighed for at gøre lidt ekstra for borgerne. Personalet mener det giver god mening, at der arbejdes på tværs af afdelingerne, så der sikres kendt personale på afdelingerne</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	Personalet giver udtryk for, at rammerne kunne være bedre. <b>Konkret beskrivelse:</b>  <i>Personalet beskriver at de har fokus på, altid at være ét personale til stede i dagligstuen. Dette opleves til tider at være udfordrende, da der kan være andre borgere, som har behov for deres tilstedeværelse et andet sted i afdelingen. Hvis tiden er knap oplyser personalet at nedprioritere de praktiske opgaver frem for de personlige.</i>



- **7.3. Trivsel på arbejdspladsen**

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Personalet giver udtryk for trivsel og godt samarbejde på arbejdspladsen.
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Personalet giver udtryk for, at følgende har indflydelse på trivslen/arbejdsglæden på arbejdspladsen under de givne vilkår:</p> <p><i>Personalet oplyser, at en åben dialog ift. hvordan opgaver og omsorg for beboerne planlægges, har indflydelse på trivsel og arbejdsglæde. Det opleves at TR/AMR er synlig i vagtskifte og på tværs af afdelingerne, og at de følger op på sager, hvis der aftales at der er behov for dette.</i></p> <p><i>Personalet oplyser at det har stor betydning, at nuværende leder er så synlig og informativ. Ligeledes at det altid er muligt at føre en konstruktiv og åben dialog med lederen.</i></p>

- **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.

<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Personalet oplyser at der arbejdes med ovenstående på følgende måde:</p> <p><i>Personalet oplyser, at det er vigtigt at borgerne og pårørende føler sig velkomne – at det er borgernes hjem. Der er fokus på information til pårørende efter individuelt behov. Personalet forsøger at fastholde stjernestunder, involvere borgerne i daglige gøremål, og bruge de muligheder som der er i Demensbyen.</i></p>
-------------------------------------	---

## 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.

<input checked="" type="checkbox"/>	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.
	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 3 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.

<input checked="" type="checkbox"/>	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.
	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.

<input checked="" type="checkbox"/>	De adspurgte borgere angiver tilfredshed med tilbud og mulighed for deltagelse i hverdagsaktiviteter/gøremål.  <i>Borgerne oplever at der er mange muligheder for aktiviteter, særligt i aktivitetscenteret. Der er forskellige spil, social hygge i aktivitetscenteret/i opholdsstuen, ture ud af huset, fælles spisning, cykelture og gåture over i parken. Der har eksempelvis lige været afholdt kartofflens dag, hvor bo-enhederne mødtes og spiste sammen. Borgerne fortæller, at hvis de har en god ide, modtages den med glæde og personalet gør deres for at opfylde borgernes ønsker.</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.

<input checked="" type="checkbox"/>	De adspurgte borgere oplever at have selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.  <i>Flere borgere fortæller, at personalet og lederen på stedet er gode til at involvere borgerne i de beslutninger der skal træffes.</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.

<input checked="" type="checkbox"/>	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.
	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.
<input checked="" type="checkbox"/>	De adspurgte borgere giver udtryk for, at individuelle ønsker og behov i forhold til kosten tilgodeses / respekteres.  <i>Flere borgere fortæller, at de hvis de ønsker noget bestemt at spise, gør personalet hvad de kan for at tilgodesø ønskerne.</i>
	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.

<input checked="" type="checkbox"/>	De adspurgte borgere udtrykker tilfredshed med nuværende boligforhold, fysiske rammer for hverdagen samt selvbestemmelse i eget hjem.
	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: