

Tilsynsrapport fra uanmeldt tilsyn

Stenstrup Plejecenter

Uanmeldt tilsynsbesøg d. 05.05.2025

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 10
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 plejeboligenheder 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. 05.05.2025 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 tilfældigt udvalgte borgere – 1 borger i Demensafsnit, 1 borger i Plejeafsnit samt 1 borger i Ældrebolig.

Dokumentationen ses generelt fyldestgørende og beskrivende udfyldt.

Hos 1 borger er dato på skema til samtykke SGO15 ikke opdateret.

Enkelte tilstande mangler helt eller delvist at blive udfyldt.

1 borger har, i generelle oplysninger, givet udtryk for ikke at ønske livsforlængende behandling men skema ift dette ønske ikke udfyldt.

Ved tilsynet var der en god stemning både blandt borgere, personale og ledelse. Borgerne, der medvirkede ved tilsynet, gav udtryk for at være yderst tilfredse med at bo på Stenstrup plejecenter 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. 07.05.2025 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 fokusområder på baggrund af sidste års tilsyn. Hvordan er der fulgt op på eventuelle kritikpunkter?



Ved tilsynet i 2024 var der ingen bemærkninger.

Ledelsen oplyser, at faglighed, kompetenceudvikling og korrekt dokumentation fortsat er i fokus. Der er løbende drøftelser herom på bl.a. ugentlige møder og i form af undervisning.

Der er udarbejdet et skema så der på hver afdeling, hver 3. måned, følges op på alle borgere i Nexus på afdelingsmøder. Skemaet kaldes Stenstrupmodellen og vil blive implementeret på andre plejecentre. Skemaet er også en hjælp til at få nøglepersonerne mere i spil.

Der er Nexusnøglepersoner i hvert afsnit i dagvagt og 1 Nexusnøgleperson i aftenvagt. Sygeplejerske er også Nexusnøgleperson.

Der tilbydes kurser og sidemandsoplæring til personalet ved behov.

Der er, siden sidste tilsyn, iværksat plejecenterråd med stor deltagelse af bl.a. brugsuddeleger, frivillige, medlem fra Ældrerådet i Svendborg, frivillige, repræsentanter fra Ældreboliger, beboere på plejecenteret samt leder.

Der planlægges i øjeblikket stort høstmarked hvor de handelsdrivende i nærmiljøet alle har boder. Dette er planlagt til at foregå i september måned.

• 5.2. Kort beskrivelse af boligheden

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



Stenstrup Plejecenter består af:

-2 plejeboligheder, med plads til i alt 20 beboere med forskellige plejebehov.

-2 demensenheder, med plads til i alt 18 beboere med demens eller demenslignede sygdomme.

- 1 boligenhed med 8 gæsteboliger.

- 12 ældreboliger tilknyttet plejecenteret.

- dagcenterfaciliteter, café og træningsfaciliteter.

Kommunens borgere med erhvervet sen-hjerneskrade samles også på dette aktivitetscenter.

Ved tilsynet er der 1 ledig lejlighed i demensafsnit, som fremvises d.d.

Stenstrup Plejecenter fremstår flot, lyst og venligt. Alle boliger er 2-rumsboliger og fremtræder alle lyse og venlige – alle med egen udgang til lille terrasse. Der er i hver boligenhed stort fælles køkkenalrum og spise/dagligstue.

Ældreboligerne er alle separate lejligheder med lille entré, køkken, stue, soveværelse og badeværelse. Der er justerbare vægge og mulighed for installering af hjælpemidler.

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 der stadig er udfordringer ift 3-4 misbrugere i et af plejeafsnittene.</i> <i>Der har her været gjort brug af supervision af misbrugskonsulent og gadesygeplejerske.</i> <i>Der er 3 lejligheder med ægtepar.</i> <i>Ledelsen oplyser, at der i en af Ældreboligerne er 1 borger der har personlig hjælper men hvor plejecenterpersonalet står for den personlige pleje samt dækning ved akut sygdom.</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 <i>Ledelsen oplyser der er fokus på hvilke kompetencer der er behov for ved ansættelser.</i> <i>Der er SSA dækning i alle vagter i grundrullet på nær det ene nathold.</i> <i>Der er fokus på oplæring af SSH og i at planlægge så udekørende Sygeplejerske kaldes mindst muligt.</i> <i>Alle faste stillinger er besat med uddannet personale og der er ikke stor udskiftning blandt personalet.</i> <i>3 afløsere er uddannede og en del uuddannede afløsere har været tilknyttet plejecenteret i lang tid.</i> <i>Der har været flere langtidssyge samt rigtig mange influenzatilfælde blandt personalet i foråret.</i>
	Ledelsen oplyser, at personalesammensætningen er ændret således at der er: 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

- **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 i gruppen altid er fokus på faglige drøftelser ift. dialogen på Stenstrup plejecenter bl.a. på afdelingsmøder, Tidlig Opsporingsmøder samt Tværfaglige møder. Ledelsen oplever en god tone på stedet og oplyser at være opmærksom på en respektfuld og god dialog. Ligeledes er der en opmærksomhed på at, at der tages hånd om evt. udfordringer og behov.</i> <i>Ledelsen oplyser at der afholdes indflytningssamtaler med borger og pårørende, både før og efter indflytning, hvor der er fokus på forventningsafstemning, den gode dialog og et godt samarbejde. Ved indflytning i demensafsnit er borgeren dog kun med hvis det giver mening.</i> <i>Ledelsen oplyser at der altid er fokus på at værne om tavshedspligten.</i> <i>Ved indflytningssamtaler efter indflytning indhentes altid samtykkeerklæringer.</i>
	Personalet udtrykker enighed ift. ledelsens oplysninger <i>Personalet oplever en god tone på stedet og oplyser altid at være opmærksomme på en respektfuld dialog. Personalet oplever også en god dialog med de pårørende og at ledelsen tager hånd om de uoverensstemmelser der evt. måtte opstå.</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 det dagligt vurderes om der er de rette kompetencer i afsnittene. Personalet flyttes hvis der er behov for dette. Leder / planlægger er med på morgenmøder men personalet er også gode til selv at foreslå ændringer ift. kompetancer.</i> <i>Personalet oplyser at de er meget gode til at hjælpe hinanden på tværs af afsnittene samt gøre brug af nøglepersoner.</i>
	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? <i>Ledelsen oplyser at personalet mødes kortvarigt i alle 3 daglige vagtskifter. Der finder Tidlig Opsporingsmøder sted hver dag, hvor alle borgernes behov drøftes. Ledelsen oplyser at der dokumenteres i Nexus i alle vagtlag og at der hver uge afholdes afdelingsmøder og tværfaglige møder, evt. incl. undervisning, med personalet. Ledelsen oplyser at være opmærksom på at alle vagtlag er deltagende i faglige drøftelser med henblik på at sikre at faglig viden om borgerne ikke går tabt mellem personalet i de forskellige vagtlag.</i> <i>Der afholdes beboerkonferencer ved behov.</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 der er fokus på at personalets kompetencer afspejler borgernes behov og at personalet tilbydes relevante kurser og uddannelse ved behov. Det oplyses at alle medarbejdere som minimum har demenskursus I. Nøglepersoner involveres/inviteres med til beboerkonferencer alt efter borgernes behov. Der afholdes årlige MUS-samtaler – disse afholdes i år fra juni måned og alle vil blive inviteret. Ledelsen oplyser at ledelsen og sygeplejen løbende (ca. hver 14. dag) planlægger undervisning af personalet. Alle medarbejdere har udfyldt kompetenceskema.</i>
☒	Foreligger der introduktionsprogram for nye personaler der tager udgangspunkt i den enkeltes faglighed og kompetencer? <i>Ledelsen oplyser at der er udarbejdet et skriftligt introduktionsmateriale indeholdende et introduktionsprogram, generel information om stedet samt diverse politikker ol. Nyt personale tilknyttes altid kontaktperson/mentor. Der finder løbende opfølgning sted med leder samt mentor jvf. Ældreområdets Onboarding retningslinier.</i>

• 6.2. Utilsigtede hændelser

☒	Ledelsen oplyser, at utilsigtede hændelser indrapporteres elektronisk, og at der følges op på hændelserne sammen med personalet med henblik på læring. <i>Ledelsen oplyser at al personalet er forpligtet til at indberette UTH'er. UTH'er drøftes på møder eller individuelt ift. læring. Sygeplejerske / nøgleperson er meget OBS på opfølgning og udarbejdelse af handleplan, da der nu kommer rapport ud på UTH'er hver måned. UTH er fast på afdelingsmødernes dagsorden.</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 der generelt er fokus på UTH også ift. om der er et mønster i de UTH'er der sker. UTH'er bruges til læring. Personalet oplyser at ikke alle afdelinger er lige gode til at indberette UTH'er men leder er god til at tage hånd om dette.</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 dokumentationen gennemgås på alle borgere på hver afdeling hver 3. måned (Stenstrupmodellen) og følges op med personalet. Ved behov afsættes tid til den enkelte medarbejder til opfølgning/ajourføring. Ledelsen oplyser at sygeplejen har ansvar for indhentelse af samtykkeerklæringer, som altid indhentes ved</i>
-------------------------------------	--

	<i>indflytningssamtalen efter borgeren er flyttet ind. Ledelsen oplyser at følge strukturen for brug af audit. Der er nu Nexusnøglepersoner i hvert enkelt afsnit samt i aftenvagte.</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.
	Ledelsen oplyser, at der ikke foretages systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation. OBS: Begrundelse herfor:
☒	Personalet udtrykker enighed ift. ledelsens oplysninger <i>Personalet oplever der følges op på den sundhedsfaglige dokumentation og oplever ved behov, at få den nødvendige hjælp til dokumentationen bl.a fra sygeplejerske eller Nexusnøgleperson. Personalet udtrykker at det kan være svært at få tid til dokumentationen i en travl hverdag.</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 have fokus på borgernes individuelle behov i hverdagen og at inddrage borgerne efter evne, og hvor det giver mening. Der tages højde for borgernes individuelle ønsker og behov – f.eks. ift. ernæring, sengetider og ønske om deltagelse i aktiviteter.</i> <i>Ledelsen oplyser at der altid er fokus på borgerens selvbestemmelse, og at der ofte er drøftelser med borger og pårørende omkring borgernes behov ift. ønsker og ressourcer.</i> <i>Der arbejdes altid rehabiliterende i det omfang det er muligt ift den enkelte borgeres ønsker, behov og ressourcer.</i>
-------------------------------------	--

- **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 gøres meget ud af skabe en hyggelig stemning ved måltiderne eks. med friske blomster, servietter og en indbydende servering af maden. Personalet bager af og til med borgerne og den varme mad bestilles sammen med borgerne ift. deres individuelle ønsker hvor det er muligt. Der er altid personale til stede under måltiderne og der er fokus på borgernes ernæringstilstand. Ledelsen oplyser at have en køkkenmedarbejder ansat, som bidrager til madlavningen og en god duft af mad i huset.</i> <i>Der serveres varm mad om aftenen.</i> <i>Der er fokus på maden da leder er med i madgruppe på tværs af Ældreområdet.</i> <i>I forbindelse med tilsynet opleves smøring af mad der pyntes med forskelligt samt friske blomster og grene på bordene i de enkelte afsnit.</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>På en af afdelingerne er der flere borgere med egne ønsker ift mad og en borger indkøber og varmer selv sin egen mad.</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> <i>Der har været enkelt tilfælde af Novo virus i et af afsnittene siden sidste tilsyn men ikke i de andre afsnit.</i>
☒	Hvem er ansvarlig for at kontrollere holdbarhed på f.eks. håndsprit, handsker og forklæder? <i>Ledelsen oplyser at rengøringsmedarbejder kontrollerer holdbarhed generelt.</i> <i>Personalet oplyser de alle er ansvarlige og er opmærksomme herpå.</i>
☒	Er der en arbejdsgang for, hvordan der arbejdes med hygiejne (f.eks. hygiejneugen, samarbejde med hygiejnekordinator o.lign)? <i>Ledelsen oplyser at der er systematisk opfølgning og fokus på relevante hygiejniske emner - f.eks. ved undervisning.</i> <i>Der er ekstra fokus i hygiejneugerne.</i> <i>Der er uddannet Hygiejnenøglepersoner.</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 <i>Personalet oplyser at rammerne generelt er gode men at det, grundet meget sygdom, indimellem har været svært at nå de daglige opgaver. Personalet oplyser at være opmærksomme på borgernes individuelle behov og at inddrage borgerne, hvor dette er muligt. Personalet oplyser at det på travle dage, er det de praktiske ting som nedprioriteres. Personalet oplever at der generelt er et godt samarbejde og en god dialog med borgerne og de pårørende.</i>
	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 følgende har indflydelse på trivslen/arbejdsglæden på arbejdspladsen under de givne vilkår: <i>Personalet oplyser samstemmende at det er et godt sted at være.</i> <i>Personalet oplyser at have indflydelse på trivsel og arbejdsglæde og at føle sig hørt og inddraget af ledelsen. Personalet udtrykker stor omsorg for beboerne som påvirker deres arbejdsglæde meget.</i> <i>Personalet oplyser at de løber stærkt pga dårligere borgere, sygdom blandt personale og mere dokumentation og giver også udtryk for at de har nogle fantastiske afløsere som de skal passe godt på.</i> <i>Personalet oplyser de har gode relationer og er rigtig gode til at hjælpe hinanden, også på tværs af afsnit.</i> <i>Nye medarbejdere får god introduktion af mentor samt af medarbejdere i de forskellige afdelinger + aften og nattevagt.</i>

- **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: <i>Personalet oplyser at inddrage de pårørende og borgerne ift. at tage udgangspunkt i, det der betyder mest for borgeren.</i> <i>Personalet oplyser at være opmærksomme på, at skabe en god og rar stemning.</i> <i>Personalet oplyser at respektere den enkelte borgers behov og ønsker, og er opmærksomme på disse i kontakten med borgeren, men har samtidig fokus på at arbejde rehabiliterende. Personalet oplyser ofte at have drøftelser med borgerne omkring deres ønsker og behov.</i> <i>Personalet oplyser at være opmærksomme på deres egen fremtræden og væremåde.</i> <i>Personalet oplyser at de er gode til at snakke med hinanden om situationer der ikke har været hensigtsmæssige.</i>
---	---

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 borgere roser personalet og udtrykker stor tilfredshed ift at få den hjælp de har behov for. Der opleves fra alle 3 kontinuitet i opgavevaretagelsen. 1 borger mener dog at der er for få medarbejdere på arbejde i aftenvagte.</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>Alle 3 adspurgte borgere gjorde brug af nødkaldet af og til og gav udtryk for at det fungerede godt og hjælpen var hurtigt fremme. Nødkald afprøvet hos 1 borger på plejecenteret og 1 borger i Ældrebolig, hvor der blev reageret hurtigt. 1 borger ønskede ikke at have nødkald på men havde det hængende ved sin seng.</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>Borgerne oplever der er rigtig mange aktivitetstilbud og deltager i de tilbud de ønsker. Der er et godt team af frivillige der kommer og hjælper til i dagcenteret og er med til at arrangere loppemarked, bierfest, høstfest, påskefrokost, julefrokost, ture med bussen samt meget andet. En frivillig har etableret en lille købmandsvogn der kører rundt x 1 ugentl. med varer fra Brugsen hvilket beboerne er rigtig glade for. Der er planlagt aktiviteter alle hverdage samt 1 søndag om måneden i dagcenteret.</i>
--	--

	Flere af de adspurgte borgere angiver, at der er for få hverdagsaktivitet- og gøremålstilbud.
--	---

- **8.4. Værdighed i plejen**

Tilsynet vurderes 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 have den selvbestemmelse og medindflydelse de ønsker.</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>Alle 3 borgere giver udtryk for en god stemning omkring måltiderne og til at få den nødvendige hjælp. Borgerne udtrykker stor tilfredshed med maden som tilberedes af køkkenmedarbejder og tilfredshed med den mad som kommer fra Det gode Madhus hvor de selv kan være med til at vælge retter. 1 af de adspurgte borgere efterlyser dog lidt flere grøntsager.</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. <i>De adspurgte borger oplyser, at kosten varierer og at de også selv har mulighed for at have medindflydelse.</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.

☒	De adspurgte borgere udtrykker tilfredshed med nuværende boligforhold, fysiske rammer for hverdagen samt selvbestemmelse i eget hjem.
-------------------------------------	---

	<i>De 3 adspurgte borgere er glade for omgivelserne og naturen omkring og på Stenstrup Plejecenter.</i> <i>Alle 3 adspurgte er tilfredse med deres bolig og glæder sig til at det atter bliver vejr til at benytte egne små terrasser.</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: