**Svendborg Kommune**

Myndighedsafdelingen



**Tilsynsrapport fra uanmeldt tilsyn**

Plejecenter Øst, Frøavlen

Uanmeldt tilsynsbesøg d. 20. maj 2015

**Indholdsfortegnelse**

1. Baggrund for tilsynet........................................................................................................ side 2

2. Læsevejledning ............................................................................................................... side 2

3. Tilsynsdato, tidspunkt og tilsynsførende ............................................................................. side 2

4. Samlet konklusion og anbefalinger…………………………………………………………………………………………………….side 2

5. Aktuelle forhold på tilsynsdagen......................................................................................... side 3

1 Kvalitetsforbedrende opfølgning siden sidste tilsyn

2 Kort beskrivelse af boligenheden, herunder rengøring af boligen

3 Ændringer i beboersammensætning

4 Ændringer i personalesituation

5 ”Tonen” / dialogen på stedet, herunder vurdering af, om der arbejdes værdibaseret

6. Ledelse .......................................................................................................................... side 4

1 Implementering og opdatering af instrukser / procedurer

2 Instrukser for ansvar- og kompetenceforhold

3 Oplæring og introduktion til nyansatte og afløsere

4 Specifik oplæring til personalet

5 Utilsigtede hændelser

6 Egenkontrol af sundhedsfaglig dokumentation, herunder kostscreening

7 Rehabilitering som velfærdsstrategi/vurdering af hvorvidt der arbejdes ud fra en rehabiliterende tankegang

8 Det Gode Måltid

9 Vurdering af kulturen ifht. borgerens eget hjem

7. Personale ....................................................................................................................... side 7

1 Hygiejne

2 Forholdende for borgere med særlige behov

3 Sundhedsfaglig dokumentation

4 Utilsigtede hændelser

5 Samarbejde med ledelsen

6 Trivsel på arbejdspladsen

7 Samarbejde og dialog med borgere og pårørende

8. Rehabilitering som velfærdsstrategi/vurdering af hvorvidt der arbejdes ud fra en rehabiliterende tankegang

9 Vurdering af kulturen ifht. borgerens eget hjem

8. Borgere .........................................................................................................................side 10

1 Borgerens tilfredshed med personaletilknytning samt kontinuitet

2 Leveringen af ydelser

3 Nødkald

4 Udbud af aktiviteter

5 Borgerens tilfredshed med kost og med evt. hjælp i spisesituationer. Fokus på Det Gode Måltid

6 Boligforhold og fysiske rammer

**1. Baggrund for tilsynet**

Med baggrund i lov om social service § 151 og bekendtgørelse nr. 805 af 29. juni 2007, om tilsyn på plejehjem og i plejeboliger m.v., gennemføres årligt et uanmeldt tilsyn i samtlige plejeboligenheder i Svendborg Kommune.

**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.

Derefter gennemgås de overordnede data indsamlings områder.

* Ledelsesmæssige opgaver i form af bl.a. opfølgning, oplæring, procedurer, instrukser,

formidlingsansvar.

* Personalemæssige opgaver i form af bl.a. kendskab til hygiejne, sundhedsfaglig dokumentation, praktisk udførelse af arbejdet.
* Borgernes oplevelse af bl.a. de leverede ydelser og den faktiske kvalitet samt dialog og tilfredshed med kontinuitet, aktivitet og personalestabilitet.

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. 20.05.2015 af tilsynsførende sygeplejerske Therese Jakobsen

**4. Samlet konklusion og anbefalinger**

**Ingen bemærkninger**

Dette betyder, at det observerede lever op til lovgivning, forvaltningens

regler, instruktioner, rutiner, værdier, kvalitetsstandarder og almen faglig

standard.

**Mindre mangler**

🗷

Dette betyder, at det observerede lever op til lovgivning, forvaltningens

regler, instruktioner, 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.

*Tilsynets bemærkninger og kommentarer*

*Som nævnt lever det observerede op til lovgivning, regler, rutiner m.m. Generelt kan fremhæves at der i forhold til dokumentationen blev fundet at borgeraftalerne er fint beskrivende og at det samlede indtryk er et godt overblik over borgernes sundhedsmæssige situation.*

*Der blev ved tilsynet konstateret mindre mangler, idet der er uoverensstemmelser mellem den enkelte borgers helhedsvurdering og de borgerplaner, der oprettes på baggrund af helhedsvurderingen. Hos 1 af de 3 borgere, hvor dokumentationen er gennemgået er der stor divergens mellem helhedsvurdering og oprettede borgerplander. Generelt er der i de opstillede borgerplaner sparsom evaluering op mod det opstillede eller manglende mål.*

*Ved Tilsynet d. 20.05.2015 var der en god stemning både blandt borgere, personale og ledelse. Borgerne, der medvirkede ved tilsynet, var meget glade og tilfredse med at bo på Frøavlen, og personalet gav udtryk for god trivsel på arbejdspladsen. Tilsynsførende blev mødt med stor venlighed og imødekommenhed og der var en meget positiv tilgang til tilsynet.*

Rapporten har været sendt til høring hos afdelingschef og sektionsleder.

Der er efter høringsfasen foretaget en mindre omformulering under punktet utilsigtede hændelser ift personalet, for sikring af tydeligt svar.

**Betydende mangler**

Dette betyder, at det observerede på flere områder ikke lever op til

lovgivning, forvaltningens regler, instruktioner, værdier, rutiner,

kvalitetsstandarder og almen faglig standard. På baggrund af Tilsynets

anbefalinger udarbejder Plejecenteret/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 opfølgningsbesøg.

**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?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🗶 |  | Ledelsen oplyser at der fortsat holdes stort fokus på den sundhedsfaglige dokumentation. Sygeplejerskerne er tovholdere på dette og udfører egenkontrol. |

* **5.2. Kort beskrivelse af boligenheden**

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

|  |
| --- |
| Plejecenter Frøavlen har 48 boliger for mennesker med behov for tæt pleje og omsorg. De 48 boliger er fordelt på 4 etager. Der er aktuelt 51 beboere, idet 3 plejeboliger er beboet af ægtepar. Der er på hver etage fælles spise- og dagligstue. Lejlighederne fremtræder lyse og pæne. Der er træningsfaciliteter.  Der er til Frøavlen endvidere tilknyttet 6 ældreboliger, der er godt indrettede. Det er let at komme rundt – også hvis der benyttes kørestol/rollator. Boligerne ligger tæt på bymidten og havnen.  Der er ved Tilsynet ikke fundet rengøringsmæssige forhold, som personalet bør tage sig af.  Øverste etage i bygningen er private boliger. Hjælp og pleje til beboere i de private boliger kan forekomme. |

* **5.3. Ændringer i beboersammensætning**

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

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der ikke er sket væsentlige ændringer i beboersammensætningen siden sidste tilsyn, men at der er forskel på plejetyngde og klientel i de forskellige afdelinger. |
|  | Ledelsen oplyser, at beboersammensætningen er ændret således at der er:   1. Flere plejekrævende beboere 2. Flere selvhjulpne beboere 3. Flere demente beboere 4. andre |

* **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.  Der er ændret på vagtplanerne ift forskudte mødetidspunkter, for at sikre en bedre døgndækning med overlap af vagtlagene, med det formål at søge kontinuitet og dialog mellem vagterne. |
|  | Ledelsen oplyser, at personalesammensætningen er ændret således at der er:   1. Flere hjælpere 2. Færre hjælpere 3. Flere assistenter 4. Færre assistenter 5. Flere sygeplejersker 6. Færre sygeplejersker 7. Et større vikarforbrug 8. Et mindre vikarforbrug 9. Andet |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Tilsynet vurderer, at der er en åben, ærlig og respektfyldt dialogform mellem ledelse, personale og borgere, og at der værnes om tavshedspligten. Det er ligeledes Tilsynets vurdering, at der arbejdes værdibaseret i forhold til kommunens 4 overordnede værdier. |

**6. Ledelse**

* **6.1. Implementering og opdatering af instrukser / procedurer**

Ledelsens formidlingsansvar (ny lovgivning, procedurer, instrukser, kvalitetsstandarder).

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ledelsen oplyser, at når der indføres nye instrukser/procedurer informeres personalet på personalemøder. |
|  | Ledelsen oplyser, at når der indføres nye instrukser/procedurer informeres personalet via nyhedsbreve. |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at når der indføres nye instrukser/procedurer informeres personalet på personalemøder, teammøder og via nyhedsbreve, også på mail. |

* **6.2. Instrukser for ansvars- og kompetenceforhold**

Ledelsen oplyser, om der er instrukser for ansvars- og kompetenceforhold (stillings- og funktionsbeskrivelse) for personalegrupper tilknyttet pleje, praktisk hjælp og sygepleje. Det anføres, om det forespurgte personale er enigt i ledelsens oplysninger.

Beskrivelse af personalets kompetencer/ sammensætning i forhold til beboerne.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der er instrukser for ansvars- og kompetenceforhold for personalegrupper tilknyttet pleje, praktisk hjælp og sygepleje. Der er udarbejdet kompetenceoversigt for alle ansatte, hvoraf fremgår, hvad der forventes af hver enkelt. |
|  | Ledelsen oplyser, at der mangler instrukser for ansvars- og kompetenceforhold for personalegrupper tilknyttet pleje, praktisk hjælp og sygepleje |
| 🗶 | Personalet udtrykker enighed med ledelsens oplysninger |
|  | Personalet udtrykker uenighed med ledelsens oplysninger |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der er god overensstemmelse mellem beboersammensætning og personalets kompetence |
|  | Ledelsen oplyser, at der på følgende områder ikke er overensstemmelse mellem beboersammensætning og personalets kompetencer |

* **6.3. Oplæring og introduktion til nyansatte og afløsere**

Ledelsen oplyser, om der iværksættes oplæring / introduktion til nyansatte og afløsere, til sikring af, at medarbejderne er bekendt med gældende lovgivning, procedurer, instrukser og kvalitetsstandarder. Det anføres, om det forespurgte personale er enigt i ledelsens oplysninger.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der iværksættes oplæring/introduktion til nyansatte og afløsere, således at disse er bekendt med gældende lovgivning, procedurer, instrukser og kvalitetsstandarder samt lærer huset og borgerne at kende. |
|  | Ledelsen oplyser, at der ikke iværksættes oplæring/introduktion til nyansatte og afløsere, således disse er bekendt med gældende lovgivning, procedurer, instrukser og kvalitetsstandarder. |
| 🗶 | Personalet udtrykker i store træk enighed med ledelsens oplysninger. |
|  | Personalet udtrykker uenighed med ledelsens oplysninger. |

* **6.4. Specifik oplæring til personalet**

Ledelsen oplyser, om der i situationer hvor der er behov for specifikke sundhedsfaglige

opgaver, foretages specifik oplæring af personalet. Om der aftales / oplyses, hvor personalet kan hente hjælp. Det anføres, om det forespurgte personale er enigt i ledelsens oplysninger.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der foretages specifik oplæring af personalet i de situationer hvor der er behov for specifikke sundhedsfaglige opgaver. Ledelsen er opmærksom på at der altid er personale på arbejde, der har de specifikke kompetencer der fordres i forhold til borgerne. |
|  | Ledelsen oplyser, at der ikke/sjældent foretages specifik oplæring af personalet i de situationer hvor der er behov for specifikke sundhedsfaglige opgaver. |
|  | Ledelsen oplyser, at der er klare aftaler for hvor personalet kan hente hjælp hvis de står i en situation, som fordrer specifik sundhedsfaglig viden. |
|  | Ledelsen oplyser, at der mangler klare aftaler for hvor personalet kan hente hjælp, hvis de står i en situation som fordrer specifik sundhedsfaglig viden. |
| 🗶 | Personalet udtrykker enighed med ledelsens oplysninger og giver udtryk for ønske om at personalet i større grad selv melder ind, hvis de mangler specifikke kompetencer. |
|  | Personalet udtrykker uenighed med ledelsens oplysninger. |

* **6.5. Utilsigtede hændelser**

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at utilsigtede hændelser indrapporteres elektronisk, og at der følges op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring i organisationen. Ledelsen er bevidst om at der aktuelt ikke har været stort fokus på utilsigtede hændelser og vil sikre dette fremadrettet. |
|  | Ledelsen oplyser, at utilsigtede hændelser endnu ikke rapporteres elektronisk, og at der ikke følges op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring i organisationen. |

* **6.6. Egenkontrol af sundhedsfaglig dokumentation**

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | 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 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 er foretaget en systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation. |

* **6.7. Rehabilitering som velfærdsstrategi/vurdering af hvorvidt der arbejdes ud fra en rehabiliterende tankegang**

Ledelsen beskriver, hvorvidt og hvordan der arbejdes ud fra en rehabiliterende tankegang for at opretholde borgernes funktionsniveau samt genoptræne evt. tabt funktionsniveau

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der arbejdes ud fra en rehabiliterende tankegang som en naturlig arbejdsgang i hverdagen. Der er stor gavn af rehabiliteringsterapeut samt at flex-medarbejdere arbejder med rehabilitering som fokus. Der arbejdes med Triage-tavle for fastholdelse af processen. |
|  | Ledelsen oplyser, at der endnu ikke arbejdes ud fra en rehabiliterende tankegang. |

* **6.8. Det Gode Måltid**

Ledelsen beskriver om der prioriteres indsats omkring Det Gode Måltid og hvordan dette gøres, herunder beskrivelse af hvordan der serveres, skabes hygge og hjemlig stemning samt om pårørendes mulighed for at deltage i måltidet.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen beskriver at der arbejdes for at fremme Det Gode Måltid, på følgende måde: Det beskrives at der tilstræbes hjemlig hygge ved duften af mad eller bagværk og det er muligt for pårørende at deltage i måltider, når dette planlægges i tide. Det oplyses desuden at den varme mad efter beboernes ønske serveres aften.  Stedet har arbejdet med projektet i Svendborg Kommune ”fod under eget køkkenbord”, hvor der søges at inddrage beboerne i og omkring måltiderne i større grad. Ifølge ledelsen har det vist sig at beboerne ikke har ønske om denne inddragelse i måltiderne og der arbejdes nu mere på at de pårørende inddrages ved at de motiveres til at komme og være en aktiv del af måltiderne.  Ledelsen oplyser at beboerne har smagt mad fra ny lokal leverandør af varmholdt mad og der arbejdes aktuelt på at denne leverandør overtager leveringen til stedet. |
|  | Ledelsen oplyser at følgende forhold gør det vanskeligt at fremme Det Gode Måltid: |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at borgerne har indflydelse på udarbejdelse af menuen, og at borgernes individuelle ønsker og behov i forhold til kosten tilgodeses / respekteres. F.eks. at der overvejes ny leverandør af varm mad. |
|  | Ledelsen oplyser, at borgerne ikke har indflydelse på menuen, og at borgernes individuelle ønsker og behov i forhold til kosten ikke tilgodeses / respekteres, på grund af følgende |

* **6.9 Vurdering af kulturen ifht. borgerens eget hjem**

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Hvilke overvejelser har I på stedet gjort Jer:   * ift at I er på arbejde i borgers eget hjem? * Ikke at gøre hjemmet (for meget) til en arbejdsplads (ift handsker, hjælpemidler etc)   Ledelsen oplyser, at emnet ikke har været italesat og arbejdet med som fokusområde. Ledelsen giver udtryk for at hun oplever stor respekt fra personale til beboerne og deres pårørende. Ledelsen giver udtryk for at det er et emne der bør være mere fokus på fremadrettet. |
| 🗶 | Hvordan håndterer I, hvis borger selv el. en ægtefælle giver udtryk for ikke at ønske ommøblering ift hjælpemidler?  Ledelsen oplyser, at beboere og pårørende altid tages med på råd og informeres omkring nødvendigheden af et evt. hjælpemiddel. Der har ifølge ledelsen ikke været problemer omkring dette emne, da ledelsen oplever en respektfuld motiverende samtale personale og beboer imellem. |
| 🗶 | Respekterer I at ringe på døren og afvente svar/at der lukkes op, eller går I bare ind? (kobles også til rehabilitering)  Det oplyses, at det ofte er beboeren selv der siger ”kom I bare ind, når det passer”, men emnet bør italesættes også når henses til, at det for beboeren kan være nyttigt ift rehabilitering, selv at rejse sig, lukke døren op og invitere indenfor eller ej.  Der gives udtryk for at dette emne skal i fokus. |

**7. Personale**

* **7.1. Hygiejne**

Er personalet bekendt med sektionens hygiejne koordinator og hygiejnemappen?

Er f.eks. instruksen ’Håndhygiejne’ kendt og tilgængelig blandt plejepersonalet? Er personalet bekendte med de skærpede hygiejniske forholdsregler, som skal indføres ved eksempelvis borgere som er smittet med Norovirus, MRSA eller E-coli bakterier? Bærer plejepersonalet smykker (ure/ringe)?

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ovennævnte instrukser er kendte og tilgængelige for personalet. (OBS Kendskab til hygiejnekoordinator og hygiejnemappen) |
|  | Ovennævnte instrukser er ikke kendte og tilgængelige for personalet. (OBS Kendskab til hygiejnekoordinator og hygiejnemappen) |
| 🗶 | Det observeres, at plejepersonalet ikke bærer smykker (ure/ringe).  Personalet oplyser at de alle er meget bevidste omkring emnet, også når der er nye personaler/elever/studerende i huset. Det er ifølge personalet ok at minde hinanden om vigtigheden af god hygiejne og derved sikre at fagligheden er i top. |
|  | Det observeres, at personalet bærer smykker (ure/ringe). |

* **7.2. Forholdene for borgere med særlige behov**

Personalets oplevelser af forholdene og mulighederne for at yde den optimale hjælp i forhold til borgere med særlige behov, f.eks. borgere med demenssygdomme.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Personalet beskriver, at forholdene er nogenlunde. Der opleves muligheder for at kunne yde pleje- og omsorgsopgaver. (Borgere med **SÆRLIGE BEHOV:** demens, udadreagerende adfærd, dårlig ernæringstilstand osv. Hvad gøres der konkret for, at stedet kan rumme disse borgere?)  Personalet oplever at de er der for hinanden og støtter, hvis en beboer har brug for at personalet forbliver hos dem, frem for at gå videre til næste beboer. Personalet hjælper hinanden. Dog ønskes at der var mere tid til rådighed generelt til at gøre mere for den enkelte, og derved forebygge en ”mindre god dag” for beboeren. |
|  | Personalet giver udtryk for, at forholdene kunne være bedre. Der er ikke optimale muligheder i forhold til pleje- og omsorgsopgaverne.  **Konkret beskrivelse:** |

* **7.3. Sundhedsfaglig dokumentation**

Foreligger der ajourførte borgeraftaler og borgerplaner for borgeren, der indeholder alle relevante pleje- og omsorgsindsatser, eller henvisninger hertil.

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Hos de vurderede borgere foreligger der ajourførte borgeraftaler og borgerplaner, der indeholder alle relevante pleje- og omsorgsindsatser, eller henvisninger hertil. |
| 🗶 | Hos de vurderede borgere er der oprettet borgeraftaler og borgerplaner. Der er ikke overensstemmelse mellem borgeraftaler og de oprettede borgerplaner. (Se i øvrigt konklusion) |
|  | Hos de vurderede borgere foreligger der ajourførte borgerplaner, der indeholder alle relevante pleje- og omsorgsindsatser, eller henvisninger hertil. Borgeraftalerne findes mangelfulde. |
|  | Hos de vurderede borgere foreligger der ajourførte borgeraftaler. Borgerplanerne findes mangelfulde. |
|  | I et eller flere tilfælde hos de vurderede borgere foreligger ingen borgeraftaler eller borgerplaner. |

* **7.4. Utilsigtede hændelser**

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Personalet oplyser, at de rapporterer utilsigtede hændelser elektronisk, og at ledelsen følger op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring i organisationen. Der har gennem de seneste år været prøvet forskellige måder at håndtere utilsigtede hændelser på. |
|  | 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 i organisationen. |

* **7.5. Samarbejde med ledelsen**

Personalets oplevelser i forhold til samarbejdet med daglig leder.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Personalet udtrykker tilfredshed med samarbejdet med den daglige leder. Personalet oplever at leder har stor energi og sætter meget nyt i værk. Personalet ønsker dog større tilbagemelding på det iværksatte. Personalet ønsker at leder dagligt er informeret omkring nyt hos den enkelte beboer, således at personalet kan sparre med leder om den enkelte situation, hvis der er brug for dette. Personalet giver udtryk for et ønske om at leder, trods dennes store arbejdsmængde, i hverdagen bliver mere synlig og tilgængelig for personalet |
|  | Personalet giver udtryk for, at samarbejdet med den daglige leder ikke opleves tilfredsstillende. |

* **7.6. Trivsel på arbejdspladsen**

Personalet skal give udtryk for, om de trives på arbejdspladsen.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Personalet giver udtryk for, at de trives på arbejdspladsen. Der udtrykkes ønske om gennemførelse af MUS-samtaler. |
|  | Personalet giver udtryk for, at følgende forhold påvirker trivslen på arbejdspladsen: |

* **7.7. Samarbejde og dialog med borgere og pårørende**

Personalets oplevelser i forhold til samarbejdet og dialogen med borgerne og de pårørende. Imødekommenhed i forhold til borgersamarbejdet.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Personalet udtrykker tilfredshed med samarbejdet og dialogen med borgerne og de pårørende.  Det oplyses at der afholdes indflytningssamtale, før beboeren flytter ind, hvor der afstemmes forventninger mellem beboer, pårørende og personale og at der afholdes løbende individuel dialog med pårørende. Personalet giver udtryk for, at kommunikationen med pårørende rykker sig fra kun at være personligt tilstede eller på telefon, til nu også at være via SMS, mail, via skype etc. |
|  | Personalet giver udtryk for, at samarbejdet og dialogen med borgerne og de pårørende ikke opleves tilfredsstillende.   * **Konkret beskrivelse:** * **Hvordan kan man evt. udvikle måden at samarbejde på?** |

* **7.8. Rehabilitering som velfærdsstrategi/vurdering af hvorvidt der arbejdes ud fra en rehabiliterende tankegang**

Personalet beskriver, hvorvidt og hvordan der arbejdes ud fra en rehabiliterende tankegang for at opretholde borgernes funktionsniveau samt genoptræne evt. tabt funktionsniveau.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Personalet oplyser, at der arbejdes ud fra en rehabiliterende tankegang. |
|  | Personalet oplyser, at der endnu ikke arbejdes ud fra en rehabiliterende tankegang |

* **7.9 Vurdering af kulturen ifht. borgerens eget hjem**

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Hvilke overvejelser har I på stedet gjort Jer:   * ift at I er på arbejde i borgers eget hjem? * Ikke at gøre hjemmet (for meget) til en arbejdsplads (ift handsker, hjælpemidler etc)   Personalet har ikke haft de store overvejelser ift dette emne, men giver klart udtryk for at naturligvis tænker man over at man er på besøg og respekterer den enkelte borgers ønsker omkring sit hjem.  Personalet giver udtryk for at dette emne er vigtigt og der er ønske om at arbejde videre med øget fokus på dette. |
| 🗶 | Hvordan håndterer I, hvis borger selv el. en ægtefælle giver udtryk for ikke at ønske ommøblering ift hjælpemidler?  Personalet giver udtryk for at de altid informerer beboer og pårørende samt argumenterer fagligt for ommøbleringen. Personalet har ingen oplevelser af at det ikke fungerer i hverdagen. |
| 🗶 | Respekterer I at ringe på døren og afvente svar/at der lukkes op, eller går I bare ind? (kobles også til rehabilitering)  Personalet giver udtryk for at beboeren ofte selv siger at de blot skal komme ind. Men personalet giver også her udtryk for at en god dialog om dette emne vil være godt. Der er ifølge personalet enkelte beboere der ift rehabilitering både fysisk og psykisk vil have gavn af at rejse sig og åbne døren, da dette ikke kun er træning men også giver beboeren en mulighed for at invitere indenfor eller bede om at personalet kommer igen senere. |

**8. Borgere**

* **8.1. Borgerens tilfredshed med den personalemæssige tilknytning samt kontinuiteten i opgavevaretagelsen, herunder dialogen med personalet**

Ud fra borgerinterview afdækkes, om der er tilfredshed med den personalemæssige

tilknytning og kontinuiteten i opgavevaretagelsen.

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. |
|  | 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. Leveringen af ydelser**

Ud fra borger interview afdækkes, om borgeren er tilfreds med den tildelte pleje og hjælp.

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | De adspurgte borgere angiver, at være tilfredse med den tildelte pleje og hjælp. |
|  | Flere af de adspurgte borgere angiver kun delvist at få behovet for hjælp og pleje tilgodeset. |
|  | Flere af de adspurgte borgere angiver ikke at få behovet for hjælp og pleje tilgodeset. |

* **8.3. Nødkald**

Ud fra borger interview og Tilsynets observationer vurderes det om borgeren har

mulighed for, via nødkaldet, at tilkalde og få den fornødne 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.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | 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). |
|  | 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. |

* **8.4. Udbud af aktiviteter**

Tilsynet vurderer gennem borger interview, om der opleves at der er et tilpas udbud af aktiviteter, samt mulighed for deltagelse i disse. Aktiviteter kan også ses som deltagelse i almindelige daglige gøremål.

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | De adspurgte borgere angiver tilfredshed med tilbud og mulighed for deltagelse i aktiviteter. 2 adspurgte beboere nævner Hyggestuen som en god mulighed for socialt samvær. |
|  | Flere af de adspurgte borgere angiver, at der er for få aktivitetstilbud. |
|  | Flere af de adspurgte borgere angiver, at der er for få aktivitetstilbud, og der tilbydes ikke deltagelse i aktiviteter. |

* **8.5. Fokus på Det Gode Måltid.**

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

Borgerens oplevelse af indsatsen omkring Det Gode Måltid og hvordan dette gøres, herunder beskrivelse af hvordan der serveres, skabes hygge og hjemlig stemning samt om pårørendes mulighed for at deltage i måltidet.

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | De adspurgte borgere udtrykker tilfredshed med den valgte kost, oplevelsen af Det Gode Måltid og med den hjælp, der evt. er behov for til indtagelse af mad. Tilsynets observationer og faglige vurdering understøtter dette. (OBS beskrivelse omkring Det Gode Måltid) Alle er enige i, at maden er lidt ensformig og oplyser samtidig, at det på stedet er besluttet at en anden leverandør skal levere mad til stedet. Beboerne udtrykker stor forventning til dette. |
|  | En eller flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med den valgte kost, oplevelsen af Det Gode Måltid og med den hjælp, der evt. er behov for til indtagelse af mad. Tilsynets observationer og faglige vurdering understøtter dette. (OBS svaret uddybes med antal af tilfredse/utilfredse) (OBS beskrivelse omkring Det Gode Måltid) |
| 🗶 | De adspurgte borgere giver udtryk for, at individuelle ønsker og behov i forhold til kosten tilgodeses / respekteres, herunder også at ny leverandør skal prøves af. |
|  | En eller flere af de adspurgte borgere giver udtryk for, at individuelle ønsker og behov i forhold til kosten ikke tilgodeses / respekteres (OBS svaret uddybes med antal af tilfredse/utilfredse). |

* **8.6. Boligforhold og fysiske rammer**

Ud fra borgerinterview afdækkes, om der er tilfredshed med boligforholdende og de fysiske rammer for hverdagen.

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | De adspurgte borgere udtrykker tilfredshed med nuværende boligforhold og fysiske rammer for hverdagen. |
|  | Flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med nuværende boligforhold og fysiske rammer for hverdagen på baggrund af følgende forhold: |