

Tilsynsrapport fra uanmeldt tilsyn

Bryghus – Svendborg Demensby

Uanmeldt tilsynsbesøg d.23.06.2025

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 7
1 Ansvars- og kompetenceforhold	
2 Utilisgtede hændelser	
3 Egenkontrol af sundhedsfaglig dokumentation	
4 Værdighed i plejen	
5 Måltider	
7. Personale	side 10
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 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. 4 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. 23.06.2025 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 tilfældigt udvalgte borgere.

Borger 1: Tilstande mangler at blive udfyldt ift. udførelse, betydning af udførelse samt borgers forventninger og mål.

Borger 2: Tilstande mangler at blive udfyldt ift. borgers forventninger og mål. Aftendøgnrytme mangler at blive udfyldt.

Enkelte felter i generelle oplysninger mangler at blive udfyldt.

På skema SGO15 ift. samtykke til indhentelse og/eller videregivelse af oplysninger mangler beskrivelse af hvilke "andre" der må indhentes oplysninger fra.

Borger 3: Døgnrytmer dag mangler i "hjulet" men er fint udfyldt andet steds i Nexus. Aften- og natdøgnrytmer mangler i "hjulet" og mangler at blive udfyldt. Skema SGO15 ift. samtykke til indhentelse og/eller videregivelse af oplysninger mangler at blive opdateret, med dato for opdatering står i generelle oplysninger.

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 – Svendborg Demensby 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. 26.06.2025 sendt til høring hos områdeleder og sektionsledere. Endelig rapport er d. 05.07.2025 sendt til sektionsledere.

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?

	<i>Bryghus Syd fik ny sektionsleder pr. 01.06.2024 og Bryghus Nord fik ny sektionsleder pr. 01.05.2025.</i> <i>Bryghuset Syd og Bryghuset Nord har og har det seneste år haft et fælles fokus i forhold til at samle hele huset som en enhed. Der arbejdes stadig med dette og pårørende til borgere fra hele Bryghuset har været inviteret til et møde for at give input.</i> <i>Ledelsen oplyser at der fortsat er og har der været fokus på arbejdsmiljø og trivsel.</i> <i>Bryghus Syd : har været på Arbejdsmiljøuddannelse, temadag ift arbejdsglæde og alle medarbejdere er nu i gang med kurset "Ræk mig lige samarbejdet". Triogrupper fungerer rigtig godt. Der er lavet nye vagtplaner i 2 afdelinger som træder i kraft efter sommerferien</i> <i>Bryghus Nord : Ny sektionsleder er i gang med mini MUS-samtaler med alle medarbejdere, er ved at planlægge triomøders form, planlægger Arbejdsmiljøuddannelse til efteråret og alle medarbejdere herfra er også i gang med kurset "Ræk mig lige samarbejdet". Nye vagtplaner afventer færdiggørelsen af udvidelsen af sektionen.</i> <i>Der er nedsat Plejecenterråd med deltagelse af plejecenterlæge, præst, repræsentant fra seniorrådet, repræsentant fra SOSU-skolen, 1 beboer, 4 pårørende, 2 medarbejdere, leder for dagcenter samt sektionsledere for Bryghus Syd og Nord.</i> <i>Det seneste år har der været arbejdet med nedbringelse af brugen af antipsykotisk medicin – dette nedbragt med 50%.</i> <i>Der arbejdes fortsat med sundere kost og økologi.</i> <i>Der arbejdes kontinuerligt med Tidlig Opsporing, Nøglepersonernes rolle samt Nexus opfølgning.</i>
--	---

- **5.2. Kort beskrivelse af boligenheden**

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

	<i>Bryghuset blev i efteråret 2016 indviet til Bryghuset – Svendborg Demensby. 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> <i>Der er senest doneret en pølsevogn til Bryghuset-Svendborg Demensby.</i> <i>Bryghuset – Svendborg Demensby er i praksis ledelsesmæssigt forankret i 2 sektioner, Bryghus Nord og Bryghus Syd samt dagcenter/cafe ´ med egen leder.</i> <i>Sektion Bryghuset Nord har 46 demensboliger, fordelt i 6 bo-enheder på 3 etager. Demensboligerne er til mennesker med demens eller demenslignende sygdomme</i> <i>Alle bo-enheder har egen fælles dagligstue og køkken/alrum. Lejlighederne er 2-rums lejligheder. 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>
--	--

	<i>Sektion Bryghuset Syd har 36 ældreboliger, 20 demensboliger og 3 pensionat / 4 gæsteboliger, samt 9 støttecenterboliger, hvor der leveres personlig pleje, praktisk bistand og sygepleje.</i> <i>De 36 ældreboliger, er alle 2-rums boliger. Boligerne fordeler sig på 4 etager. Der er svaegang uden for boligerne, hvor der er mulighed for at sidde og nyde udsigten. Boligerne er primært til borgere, som lider af let- og moderat demenssygdom.</i> <i>Gæsteboligerne/Pensionatet der ligger i stueetagen, er alle 1 rums boliger og med mulighed for at gå ud på fælles terrasse.</i> <i>Der er i alt nedlagt 9 ældreboliger i Bryghus syd. Disse ombygges i øjeblikket til plejeboliger som kommer til at tilhøre Bryghus Nord. Ombygningen forventes færdig marts/april 2026.</i> <i>Til Bryghuset – Svendborg Demensby er der tilknyttet dagcenterfaciliteter og café.</i> <i>Alle boliger ses på tilsynsdagen rengjorte og ryddelige.</i> <i>Fællesarealer: svaegange og lamper på svaegange trænger til rengøring hvilket er boligselskabets opgave.</i> <i>Der er for nuværende 2 ledige boliger i Bryghus Nord ud over de 9 boliger der er øremærket til ombygning.</i>
--	--

- **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 borgerne generelt er dårligere når de flytter ind.</i> <i>Der er i øjeblikket, i Bryghus Syd, en ekstra kort vagt om aftenen grundet 3 borgere med store udfordringer hvilket kræver tæt opfølgning af personalet.</i> <i>Der er opfølgning af demenskonsulent. Der har været Marte Meo forløb. Der er beboerkonference v. behov. Der er udarbejdet handleplaner.</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
☒	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 <i>Ledelsen oplyser at personalet er tilknyttet henholdsvis ældreboligerne, demensboligerne eller gæsteboligerne. Størstedelen af personalet er faglært personale. Ledelsen oplyser at der er SSA i grundrullet i alle vagtlag. Bryghus Syd og Bryghus Nord hjælper hinanden ift SSA dækning Bryghus Nord har haft en del udskiftning og har et par langtidssyge der er på vej tilbage igen. Der er opslået 1 dagvagsstilling og 1 aftenvagsstilling. Det er svært at rekruttere SSA. Bryghus Syd er i gang med at ansætte sygeplejerske og har lige ansat 2 SSA for 2 opsagte medarbejdere. Sommerferieafløser ser ud til at være på plads. Der samarbejdes med jobcenter ift folk i jobprøvning m.m. Der er ansat 2 fritidsjobbere.</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 generelt opleves en god tone på Bryghuset. Ledelsen Bryghus Syd oplyser at der har været drøftelser med enkelte medarbejdere ift attitude mgv. Ledelsen Bryghus Nord oplyser at tonen er god og at ledelsen vil reagere hvis der opleves andet. Ledelsen oplyser, at der er fokus på kulturen, hvor den gode dialog er væsentlig. Ledelsen oplyser, at der er fokus på den gode, åbne, imødekommende og respektfulde relation til borger, pårørende, personale og ledelse Ledelsen oplyser, at det er vigtigt med en god indflytningssamtale ift forventningsafstemning.</i> <i>Ledelsen oplyser at der værnes om tavshedspligten og samtykke indhentes fra borgerne. Tavshedspligten italesættes ved ansættelsessamtaler og når/hvis der opleves behov.</i>
☒	Personalet udtrykker enighed ift. ledelsens oplysninger <i>Personalet oplever, at alle er opmærksomme på den gode relation til borgere, pårørende, hinanden og ledelsen. Personalet oplever, at den nuværende ledelse er synlige og tydelige i rammer, vilkår og muligheder, der er gavnligt for et godt samarbejde og derved kommer borgerne til gode.</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 tilbydes relevante kurser ud fra personalets behov. Ledelsen oplyser at der, til nye medarbejdere og elever, tilbydes 2-3 timers undervisning i Demens, medicinhåndtering, forflytning og nexus i eget regi. Ledelsen oplyser, at kompetenceskemaer på alle personaler er opdateret og at alt nyt personale udfylder et kompetenceskema som noget af det første. Personalet er rigtig gode til selv at følge op på kompetenceskemaerne. Ledelsen oplyser at der findes App hvor kompetencer kan registreres – dette vil der blive undersøgt videre på. Ledelsen oplyser at ingen medarbejdere overskrider deres kompetencer. Sygeplejersker er meget opmærksomme på dette.</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 dokumenteres afvigelser i Nexus, og alle personaler læser i Nexus ved vagtens begyndelse. Det er vigtigt, at alle personaler læser i Nexus, da det er her det overordnede kendskab omkring borgeren findes. Ledelsen oplyser, at der ikke er overlap ved vagtskifte, men at der mundtligt overleveres korte, vigtige beskeder. Ledelsen oplyser, at personaler flyttes mellem grupperne og borgerne, alt efter behov for faglighed.</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 afholdes Tidlig Opsporingsmøder ad hoc hvor det er meningen personale fra aften/nattevagt på sigt kan deltage på teams. Der holdes ugentlige tværfaglige møder hvor dagcenterpersonale inviteres med, Teammøder, borgerkonferencer, sygepleje/assistentmøder hver 2. måned, Trio-møder og personalemøder, hvor der er fokus på kvalificering af de rette kompetencer ift. opgaveløsningen. Flere møder holdes på tværs af Bryghuset – Svendborg Demensby. Foruden de faste møder, er sygeplejersken rundt på alle afdelinger hver formiddag. Ledelsen oplyser, kompetenceskemaet over alle personaler giver et godt overblik over hvilke kompetencer der er til rådighed til at varetage borgernes behov. Hver uge planlægges der faglig undervisning ved sygepleje, ledelse eller nøglepersoner. Der er elevundervisning hver 14. dag. Personalet inviteres til MUS. Ledelsen oplyser, at der blandt personalet er Nøglepersoner indenfor mange områder, for at sikre den rette faglighed blandt personalet. Af Nøglepersoners områder kan nævnes: Demens, Inkontinens, Nexus/VAR, Diabetes, Palliation, Ernæring, Hygiejne, Sår, Idræt. Derud over Er der Mentorere, Trivselsagenter, Elevvejleder, Forflytningsinstruktører, servicepakke-ansvarlige og ansvarlige for kemi-mappe.</i>
	Foreligger der introduktionsprogram for nye personaler der tager udgangspunkt i den enkeltes faglighed og kompetencer? <i>Der er udarbejdet introduktionsmateriale i forhold til den gode on-boarding.</i>

	<i>Introduktionsmaterialet benyttes til alle nyansatte personaler. Introduktionsforløbet planlægges ud fra en individuel vurdering, hvor den ny ansatte tilknyttes en mentor, der, sammen med leder, aftaler opfølgning med den nyansatte.</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 UTH indberettes elektronisk af nøglepersoner. Samlerapportering fungerer godt. Ledelsen, sygeplejen og nøglepersoner følger op på de UTH der er indberettet, UTH gennemgås på Trio-møder og der iværksættes individuel/fælles læring og vurderes ift. behov for mere generel kompetenceudvikling.</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>Personale oplever, at der ved åben dialog følges op på utilsigtede hændelser og årsagen hertil drøftes med henblik på læring.</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 kontinuerligt følges op på dokumentationen. Ledelsen oplyser at følge strukturen for brug af audit. Personalet er deltagende i at lave audit.</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>Nøgleperson følger op med personalet hver 3. måned så opfølgning sker.</i>
	Ledelsen oplyser, at der ikke foretages systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation. OBS: Begrundelse herfor:
☒	Personalet udtrykker enighed ift. ledelsens oplysninger <i>Personale oplyser altid at kunne hente hjælp ved behov ift. dokumentationen i Nexus og at der er nøglepersoner i Nexus.</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 tænkes rehabiliterende og der arbejdes ud fra et princip omkring en meningsfuld dagligdag, hvor borgerne inddrages i det de kan og vil, 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 hvor livshistorie ofte er udfyldt. Alle borgere tilknyttes en fast kontaktperson. Ledelsen oplyser at pårørende inddrages så meget som muligt. Ledelsen oplyser, at mange borgere, især i ældreboliger, har glæde af de mange aktivitetstilbud i dagcenteret samt bruger haven. Ledelsen oplever godt samarbejde med dagcenterpersonale ift. at støtte borgerne i at kunne deltage i ønskede aktiviteter.</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 der er lavet individuelle handlingsplaner hos de borgere, hvor der er særligt brug for ensrettede rammer og præcisering af mulighedsrummet ved den enkelte borger. Det er ledelsens oplevelse, at handlingsplanerne understøtter det forebyggende arbejde i relationen til borgerne samt ift forebyggelse af voldsomme episoder.</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 i bo-enhederne involveres Plejecenterråd ift. de overordnede beslutninger. Der 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. Ledelsen oplyser at der er fokus på sund kost og økologi efter projekt med Meyers Madhus. Der er ligeledes fokus på indtag af sukker sidst på dagen. Der undervises i kost- og ernæring med fokus på at mange indtager for lidt proteiner. Der er opmærksomhed på tilberedningstider ift den varme mad. Ledelsen oplyser, at sygeplejen inddrages ved behov hos borgere i ernæringsrisiko. Ledelsen oplyser at personalet i Demens- og gæsteboligerne sidder med ved bordet til måltiderne, og hjælper ved behov for hjælp til udskæring eller indtagelse af måltidet. Der er fokus på at inddrage borgerne mest muligt – f.eks. ved selv at smøre brød, være med i køkkenet o.lign. Ønsker borgerne at spise i deres egen lejlighed, respekteres dette. Borgere i ældreboligerne spiser morgen og aftensmad i egen lejlighed og mange indtager deres varme mad i dagcenteret hvor der også 2 x ugentl. er mulighed for at indtage aftensmåltid.</i>
	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.

☒	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. Der bruges forklæder ved vask forneden.</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.</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 der generelt er tid til at yde optimal og individuel pleje og omsorg til de enkelte borgere. Personalet forsøger at planlægge og prioritere opgaverne efter borgernes ønsker, behov og ressourcer. Personalet 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>
	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. <i>Personalet giver udtryk for, at der generelt er god trivsel og et godt arbejdsmiljø i afdelingerne. Medarbejderne er gode til at sige tingene til hinanden eller tage fat i AMR. Bryghus Nord haft en periode hvor arbejdsmiljøet har været presset grundet sygdommeldinger, men oplyser at de er glade og gode til at prioritere opgaverne, give hinanden plads til evt. dokumentation og hjælpe hinanden – ingen er færdige før alle er færdige.</i>
☒	Personalet giver udtryk for, at følgende har indflydelse på trivslen/arbejdsglæden på arbejdspladsen under de givne vilkår:

	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 og Trivselsagenter er synlige og følger op på sager, hvis der er behov for dette. Personalet oplyser at samarbejdet med begge ledere betyder rigtig meget, at begge ledere er lydhøre, handlekraftige og at det altid er muligt at føre en konstruktiv og åben dialog med lederne.
--	--

• 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 det er vigtigt at borgerne og pårørende føler sig velkomne og at det er borgernes hjem. Der er fokus på information til pårørende så pårørende føler sig medinddraget. Personalet oplyser at de inddrager borgernes livshistorie i plejen ift. at kunne tage udgangspunkt i, hvad der betyder mest for den enkelte borger. Der arbejdes med fokus på rehabilitering ud fra den enkelte borgers ønsker, behov og ressourcer.
☒	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 oplyser, at de er bekendte med handlingsplan for forebyggelse, håndtering og læring voldsomme episoder. Personalet oplyser at der er lavet individuelle handleplaner hos de borgere, hvor der er særligt brug for ensrettede rammer og præcisering af mulighedsrummet ved den enkelte borger hvilket fungerer rigtig godt. De individuelle handleplaner er medvirkende til at der ikke er behov for så mange beboerkonferencer. Der gøres evt. brug af MarteMeo, Trykmassage, Tyngdedyner / veste m.m.
	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 2 borgere i Bryghus Syd, 1 borger i Bryghus Nord og 1 pårørende.

☒	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. De 3 adspurgte borgere føler sig alle involverede, informerede og mødt af dedikeret personale og ledelse. Der er en god dialog mellem borgere, pårørende, personale og ledelse.
-------------------------------------	---

	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 borgere i Ældreboligerne har nødkald. I Demensboligerne vurderes det om den enkelte kan benytte et nødkald. I Demensboligerne benyttes tilsyn eller GPS ved behov. Der er, ved besøget, afprøvet 2 nødkald 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 oplever at der er nok muligheder for aktiviteter. Der er forskellige spil, social hygge i aktivitetscenteret/i opholdsstuen, ture ud af huset, fælles spisning, busture, cykelture og gåture i parken. Der er tilknyttet en musikpædagog og alle 3 adspurgte borgere giver udtryk for at være glad for sang og musik. Der har, i Corona-tiden, været fællessang udenfor og der er tale om at afprøve dette igen.</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 fortæller, at personalet er gode til at involvere borgerne så de bliver medinddraget og oplever selvbestemmelse og indflydelse i eget liv, i den udstrækning det er muligt og giver mening for den enkelte.</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 adspurgte borgere giver udtryk for at være tilfredse med maden fra DGM. 1 borger fra Ældreboligerne sørger selv for sin varme mad og spiser af og til i cafeen som har aftenåbent x 2 ugentl.</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 oplever deres lejligheder som gode og giver udtryk for at omgivelserne er dejlige. 1 borger i ældrebolig er lidt ked af at der i længere tid, grundet ombygningen, skal stå en stor skurvogn udenfor hendes vinduer.</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:

