

Tilsynsrapport fra uanmeldt tilsyn

Caroline Amalie Plejecenter

Uanmeldt tilsynsbesøg d. 02.04.2025

Indholdsfortegnelse

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

1. Baggrund for tilsynet

Med baggrund i lov om social service § 151 om tilsyn på plejehjem og i plejeboliger, gennemføres årligt et uanmeldt tilsyn i samtlige 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. 02.04.2025 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.

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

Dokumentationen er fyldestgørende og rigtig godt beskrevet.

Dokumentationen afspejler den enkelte borger.

Skema SGO15, til indhentelse og videregivelse af personoplysninger, er hos alle 3 borgere udfyldt og opdaterede.

Ved tilsynet var der en god stemning både blandt borgere, personale og ledelse. Borgerne, der medvirkede ved tilsynet, var meget tilfredse med at bo på Caroline Amalie og personalet gav udtryk for travlhed men god trivsel på arbejdspladsen.

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

Rapporten er d.03.04.2025 sendt til høring hos områdeleder og sektionsleder. Endelig rapport er d. 09.04.2025 sendt til sektionsleder.

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.

Betydende mangler

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

Handlingsplanen sendes til tilsynsførende, som herefter kan foretage de nødvendige opfølgingsbesøg.

5. Aktuelle forhold på tilsynsdagen

• 5.1. Kvalitetsforbedrende opfølgning siden sidste tilsyn

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



Der arbejdes med følgende fokusområder:

- *Nexus – implementering af nye fraser – opfølgning.*
- *Aktiviteter – struktur på aktiviteter i afdelingerne ift de borgere der ikke kommer i dagcenteret – dagcentermedarbejder kan evt. dele timer imellem dagcenter og afdelinger.*
- *Flere frivillige – der er nu 2 og arbejdes på at få i alt 5 inden årets udgang.*
- *Flere erhvervsdrivende i plejecenterråd hvor der pt. kun leder af børnehaven ved siden af plejecenteret deltager.*

Der er fortsat også fokus på bl.a :

- *Psykologisk tryghed, brugen af nøglepersoner, UTH - leder, sygeplejerske og nøgleperson mødes x 1 mdl., medicin håndtering og onboarding..*

• 5.2. Kort beskrivelse af boligenheden

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



Carline Amalie er et plejecenter med demens- pleje- ældre- og gæsteboliger. Caroline Amalie er planlagt til at lukke i 2027 hvor nyt plejecenter skulle være færdigt.

Carolinebo og Amaliebo er boliger for borgere med en demenslidelse eller en lignende sygdom. Der er i alt 16 demensboliger fordelt på de 2 demensafsnit. Plejecenteret er beliggende i en grøn have omgivet af skov og sø. Lejlighederne er godt indrettet og fremtræder lyse og pæne. På begge afsnit er der en hyggelig fælles spise- og dagligstue.

Der er desuden 14 ældreboliger hvoraf 7 af dem er beboede.

Der resterer 7 ældreboliger og ved fraflytning fra ældreboliger bliver disse ikke udlejet da der ikke er ældreboliger på det nye plejecenter.

Alle lejligheder er 2-rums boliger og fremtræder lyse og pæne. Boligerne er godt indrettede, og det er let at komme rundt – også hvis der benyttes kørestol/rollator. Der er fra nogle lejligheder udgang til en svalegang, og der er en skøn udsigt ud mod søen fra mange af lejlighederne.

På øverste etage er der 6 gæsteboliger. Gæsteboligerne er mindre boliger, alle med skråvægge og loftlift i de fleste.

Der er dagcenter og træningsfaciliteter tilknyttet Caroline Amalie.

Alle boliger fremtræder rengjorte og ryddelige og lever op til den sundhedsfaglige standard.

Der er i øjeblikket ingen tomme boliger.

- **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>En enkelt ny borger har forårsaget ændring af personalesammensætning i huset, grundet kompleksitet.</i> <i>Der er i øjeblikket et igangværende Marte Meo forløb hos borger med betydelig ændret adfærd.</i> <i>Generelt er en del borgere blevet "tungere"</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 at der er sygeplejerske i dagvagt fra mandag til fredag. Sygeplejerske skal på barsel og ny kommer til samtale d.d.</i> <i>Ledelsen oplyser at der er SSA i alle vagter i grundrullet med undtagelse af den ene halvdel nattevagt.</i> <i>Der er rigtig god SSA – dækning idet også 2 afløsere der læser til sygeplejersker er uddannede SSA.</i> <i>Ved evt. mangel på SSA i aftenvagt samarbejdes med Frøavlén men dette yderst sjældent</i> <i>Ift opgaver i nattevagt benyttes akutsygeplejerske eller udekørende sygeplejerske.</i> <i>Der sørges så vidt muligt for at oplære og uddelegere til SSH.</i> <i>Akutsygeplejerskerne kigger forbi gæstepladserne hver aften.</i> <i>Der opleves ikke rekrutteringsproblemer.</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 sikrer, at der er en åben, ærlig og respekt fyldt dialog mellem ledelse, personale, borgere og pårørende på plejecentre, og hvordan der værnes om tavshedspligten: <i>Ledelsen oplyser, at der er en god tone og at der er fokus på den faglige, professionelle tilgang til borgerne, samt samarbejde, indbyrdes og på tværs af afdelingerne.</i> <i>Alle borgere samt deres pårørende inviteres til en indflytningssamtale, hvor individuelle behov drøftes og der laves en forventningsafstemning ift. samarbejde mellem borger, pårørende, personale og ledelse. Det er dog ikke altid de meget demente borgere kan være med, men så afholdes indflytningssamtale med pårørende.</i> <i>Ledelsen oplyser, at den værdige tilgang/henvendelse til borger og pårørende er væsentlig. Den gode dialog er generelt i fokus og i juni måned skal alle medarbejdere på 2 timers tema "Ræk mig lige samarbejdet"</i> <i>Ledelsen oplyser at samarbejdet på tværs er blevet bedre efter de 2 afdelinger deles om at varetage plejen i de sidste Ældreboliger.</i> <i>Planlægger/ stedfortræder gør meget ud af perspektivskifte når medarbejdere italesætter uenigheder hvilket ofte afstedkommer at uenigheder bliver løst på en god og rationel måde.</i>
	Personalet udtrykker enighed ift. ledelsens oplysninger <i>Personalet oplyser, at ledelsen har et konstant fokus på, at vi er en' sektion hvor alle hjælper hinanden.</i> <i>Personale oplever at samarbejdet med personalet i gæsteboliger kunne være bedre men siger også i samme åndedrag at det er blevet meget bedre end det var.</i> <i>Der er et godt samarbejde med ledelsen som er synlig og tydelig i forhold til retning og vilkår i sektionen.</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, kontinuerligt at have fokus på personalets kompetencer.</i> <i>Leder, planlægger, sygeplejerske og ansvarlige SSA sikrer overensstemmelsen i ansvars- og kompetenceforhold.</i> <i>Alle personaler har en individuel kompetenceplan ift. at sikre oplæring i de opgaver vedkommende skal løse. Nyt personale følger on-boarding materialet og Mentor er ansvarlig for opfølgning på nyt personale og på at tilmelde til relevante kurser.</i> <i>Der er en synlig oversigt over, hvilke kompetencer den enkelte medarbejder har.</i> <i>Personalet inviteres i år alle til MUS på den anden side af sommerferien.</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?

	Der er ikke overlap imellem vagtlagene men er der noget specielt er personalet gode til lige at give en kort briefing inden de går hjem. Hver morgen mødes alle kl. 7.00 hvor der er mulighed for en mundtlig information. Her planlægges det ligeledes, hvis der er ændringer for dagen f.eks. i forhold til bemanning eller hos borgerne. Der planlægges altid så ressourcer og kompetencer følger borgernes behov. Der er altid 1 SSA der er ansvarlig for uddelegering i dagvagt. Ledelsen oplyser, at der dokumenteres afvigelser i Nexus, og alle personaler læser i Nexus ved vagtens begyndelse. Det er vigtigt, at alle personaler kender alle borgere. Ledelsen oplyser, at personaler flyttes alt efter behov for faglighed. Ledelsen oplyser, at der dagligt følges op ifm. Tidlig Opsporing, på ugentlige tværfaglige møder samt enkelte beboerkonferencer. Tværfaglige møder er ændret for de 2 demensafsnit så de ligger imellem kl. 13.15 og 14.45 hvilket muliggør deltagelse fra aften / nat personale. I gæsteboligerne har dette ikke fungeret så her ligger møderne kl. 11. På møderne laves en faglig vurdering ift. behov for opfølgning og hvilke indsatser der skal iværksættes.
☒	Hvordan arbejder I for at personalet har de rette kompetencer i forhold til borgernes behov hele døgnet og på alle ugens dage? Ledelsen oplyser, at det er borgernes udfordringer der afstedkommer uddannelse og kompetenceløft individuelt ved personalerne. Ledelsen oplyser, at der arbejdes efter en fast mødestruktur, hvor ledelsen ønsker at kvalificere nøglepersonerne, lave vidensdeling og undervisning. Sygeplejersken er tovholder på den sundhedsfaglige undervisning.
☒	Foreligger der introduktionsprogram for nye personaler der tager udgangspunkt i den enkeltes faglighed og kompetencer? Der foreligger en skriftlig introduktionsmappe der indeholder henholdsvis generel introduktion og afkrydsningsskema for den praktiske opgavehåndtering. Der er individuel planlagt introduktion ud fra den enkelte medarbejders kompetencer. Der er en fast struktur som stedets Mentor følger.

• 6.2. Utsigtede hændelser

☒	Ledelsen oplyser, at utilsigtede hændelser indrapporteres elektronisk, og at der følges op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring. Leder, sygeplejerske og nøgleperson afholder møde x 1 mdl. hvor de gennemgår UTH (samlerrapportering) og planlægger opfølgning, evt. fokuspunkter og evt. undervisning. Af fokuspunkter der har været kan nævnes : dispensering og PN-medicin. Sygeplejen har ligeledes fokus på om der er overensstemmelse mellem det der dokumenteres og de UTH'er der indberettes, dette også med fokus på opfølgning og læring. Ved behov tages eksemplerne op på møder med henblik på læring, og med fokus på fremtidig forebyggelse.
	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. Personalet oplever, de er gode til at hjælpe hinanden med at udfylde UTH, hvis der er nogle der ikke er helt sikre i metoden. Planlægger hjælper også gerne.

	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 løbende vurderes på dokumentationen og lægges opgaver ind i Nexus for at der minimum hver 3. måned følges op på døgnrytmer m.m. Sygeplejerskerne har indlagt system så skemaer SGO15 til samtykke til videregivelse af personoplysninger bliver ajourført x 1 årligt. Audit skemaerne benyttes jf. årshjul for kvalitet og udvikling. På tværfaglige møder tjekkes dokumentationen ofte, men ledelsen oplyser det kunne blive bedre.</i>
☒	Ledelsen oplyser, at der efter en systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation gives en tilbagemelding til personalet, hvor det bl.a. drøftes, hvad der eventuelt skal iværksættes af tiltag, for at forbedre dokumentationen. <i>Ledelsen oplyser løbende at have fokus på korrekt dokumentation og kørelister i Nexus og følger op med personalet ved at sende en opgave til kontaktpersonen ift at få fulgt op på f.eks døgnrytme, generelle oplysninger o.lign. Kan personalet ikke nå opgaven skal de melde dette tilbage til planlægger så der kan afsættes tid til dette. Ledelsen oplyser der ved behov tilbydes undervisning af medarbejderne.</i>
	Ledelsen oplyser, at der ikke foretages systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation. OBS: Begrundelse herfor:
☒	Personalet udtrykker enighed ift. ledelsens oplysninger <i>Personalet oplyser, at det er kontaktpersonen der har ansvaret for at døgnrytmer er opdaterede og disse opdateres minimum hver 3 måned og altid ved ændringer i borgerens tilstand. Personalet oplyser at det kan være svært at nå i en travl hverdag men at de forsøger at give hinanden tid til dette eller bede om tid til det hos planlægger. Hvis nok personale til kl. 15 benyttes eftermiddagen ofte da der er ro til det.</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 borgernes ønsker og behov inddrages i deres hverdag så vidt det overhovedet er muligt og med respekt for det enkelte menneske. Værdighed italesættes på TO, tværfaglige møder og beboerkonferencer. Borgerne varetager de opgaver de kan, det kan være at hente mad, at dække bord, vaske op m.m. Borgere der kan/vil deltager i gymnastik / yoga i dagcenteret. En del borgere magter ikke at være i dagcenter med mange mennesker omkring sig så der er ved at blive arbejdet på aktiviteter på afdelingerne ved evt. at dele</i>
-------------------------------------	---

	<i>aktivitetsmedarbejder imellem dagcenter og afdelinger. Pårørende ses som en central ressource ift. værdighed i plejen.</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 en tavle, hvor personalet sætter en rød prik hvis det har været en dårlig dag ift. borgere/kolleger.</i> <i>Er der rød prik kontaktes personalet af lederen der spørger ind til årsag og sammen med personalet aftaler evt. tiltag.</i> <i>Leder oplyser at der er blevet lang tid imellem røde prikker.</i>
	Ledelsen oplyser, at der endnu ikke er en handlingsplan/vision i forhold til implementerings- og læringsforløbet i forebyggelse, håndtering og læring af voldsomme episoder i sektionen

• 6.5. Måltider

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

	Ledelsen beskriver indsatsen omkring måltiderne, på følgende måde: <i>Ledelsen oplyser, at der er fokus på at skabe ro og god stemning omkring måltiderne og at der er opmærksomhed på borgernes individuelle behov for ernæring.</i> <i>Ledelsen oplyser at der løbende sættes fokus på hvordan borgerne involveres i maden. Dette f.eks. i forhold til smører borgerne selv eller smøres der til borgerne og i givet fald hvorfor og hvordan sikres det at de borgere der skal nødes til væske, får den mængde der er behov for.</i> <i>Der spises varm mad om aftenen og smøres fade med mad til middag til de der spiser fælles.</i>
☒	Ledelsen oplyser, at borgerne har indflydelse på udarbejdelse af menuen, og at borgernes individuelle ønsker og behov i forhold til kosten tilgodeses / respekteres. <i>Ledelsen oplyser at borgerne, hvis de er i stand til det, kan involveres i beslutninger vedrørende ønsker til menu.</i>

7. Personale

• 7.1. Smittespredning og hygiejne

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

☒	Er personalet bekendt med instrukser for forebyggelse af smittespredning (f.eks. i forbindelse med NOVO-virus)? <i>Personalet redegør fint for instrukser for forebyggelse af smittespredning, ligeledes for den praktiske håndtering af smitteforebyggelse.</i>
☒	Hvem er ansvarlig for at kontrollere holdbarhed på f.eks. håndsprit, handsker og forklæder? <i>Personalet redegør fint for, at de selv 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 er travlt men at de prioriterer at yde optimal pleje og omsorg til hver enkelt borger. Personalet oplever, at hvis personale/afløser/elev ikke føler sig kompetent til at håndtere en opgave, iværksættes oplæring så opgaver i plejen udføres kompetent eller også hjælper man hinanden. Sygeplejerske og SSA involveres ved ændringer/utryghed ift borgerne tilstand. Sygeplejerske og planlægger er ansvarlig for kompetenceløft og oplæring, så der sikres at de rette kompetencer, så vidt muligt, er til stede i alle døgnet timer.</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 oplyser, at de er blevet bedre til at samarbejde på tværs af afdelingerne, men at samarbejdet med personalet i Gæsteboligerne kunne blive bedre. Der ses på evt. ændringer/roking af personale på morgenmødet ud fra faglig vurdering. Personalet oplever at ledelsen er lyttende, går foran og involverer sig i de udfordringer der måtte opstå. Der er godt samarbejde med TR men i øjeblikket ingen AMR. Personalet oplyser de har det godt på Caroline Amalie plejecenter og siger at ellers var de ikke blevet der.</i>
	Personalet giver udtryk for, at følgende har indflydelse på trivslen/arbejdsglæden på arbejdspladsen under de givne vilkår:

- **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 det er vigtigt at borgerne og pårørende føler sig set og hørt.</i>
---	--

	Værdigheden sikres ved at være der for borgeren og sikre den enkelte borger har det så godt som muligt. Der er fokus på godt samarbejde med pårørende. Personale oplyser at inddrage borgernes livshistorie i plejen ift. at kunne tage udgangspunkt i, hvad der betyder mest for borgeren.
☒	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. Der har været en enkelt episode hvor borger har slået ud efter personale, men ellers ingen udadreagerende borgere pt.
	Personalet er ikke bekendt med at der er en handlingsplan/vision i forhold til implementerings- og læringsforløbet i forebyggelse, håndtering og læring af voldsomme episoder i sektionen

8. Borgere

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

Ud fra borgerinterview afdækkes, om der er tilfredshed med ovenstående.

Vurdering foretaget hos 3 borgere samt 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. Alle 3 adspurgte borgere giver udtryk for at de er tilfredse med og glade for personalet og med den hjælp der ydes. Der gives fra alle 3 borgere udtryk for en god tone og dialog med personalet.
	Flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med den personalemæssige tilknytning grundet meget skiftende personale. Der opleves dog kontinuitet i opgavevaretagelsen. Dialogen med personalet fungerer fint.
	Flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med den personalemæssige tilknytning grundet meget skiftende personale. Der opleves ingen kontinuitet i opgavevaretagelsen. Dialogen med personalet opleves utilfredsstillende.

- 8.2. Nødkald**

Ud fra borgerinterview og tilsynets observationer vurderes det, om borgeren har mulighed for at tilkalde hjælp.

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

Har borgerne muligheden for at få hjælp - anvende nødkald eller er der indlejret hensigtsmæssige tilsyn til borgere der ikke kan anvende kaldet?

Fungerer nødkaldet efter hensigten – oplever borgerne at hjælpen kommer efter tryk på nødkald? Evt. afprøves kald.

☒	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>2 ud af de adspurgte borgere har nødkald – disse afprøvet m.g.v. Der vurderes på hver enkelt borger hvad der er behov for – evt. GPS o.lign.</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 giver udtryk for at de ikke har behov aktiviteter og at de jo kan deltage i dagcenter hvis de har lyst. Der er af og til mulighed for en gåtur med personalet.</i>
	Flere af de adspurgte borgere angiver, at der er for få hverdagsaktivitet- og gøremålstilbud.

- **8.4. Værdighed i plejen**

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

☒	De adspurgte borgere oplever at have selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv. <i>Alle 3 adspurgte borgere oplever at der tages individuelle hensyn, at de bliver medinddraget og at de har bibeholdt deres selvbestemmelse.</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>De 3 adspurgte borgere oplever ikke at blive involveret i maden men har heller ikke behov for eller ønske om dette.</i> <i>En enkelt borger giver udtryk for at den kolde mad er for ensidig.</i>
	En eller flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med den valgte kost, oplevelsen af måltiderne og med den hjælp, der evt. er behov for til indtagelse af mad. Tilsynets observationer og faglige vurdering understøtter dette.
☒	De adspurgte borgere giver udtryk for, at individuelle ønsker og behov i forhold til kosten tilgodeses / respekteres.
	En eller flere af de adspurgte borgere giver udtryk for, at individuelle ønsker og behov i forhold til kosten ikke tilgodeses / respekteres.

- **8.6. Boligforhold og fysiske rammer**

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

☒	De adspurgte borgere udtrykker tilfredshed med nuværende boligforhold, fysiske rammer for hverdagen samt selvbestemmelse i eget hjem. <i>Alle 3 adspurgte borgere er yderst tilfredse med at bo på Caroline Amalie og de dejlige omgivelser har stor betydning i hverdagen.</i> <i>1 af de adspurgte borgere går næsten dagligt tur sammen med ægtefælle i nærmiljøet.</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: