

Tilsynsrapport fra uanmeldt tilsyn

Vindeby Pilevej Plejecenter

Uanmeldt tilsynsbesøg d. 19.05.2024

Indholdsfortegnelse

1. Baggrund for tilsynet	side 2
2. Læsevejledning	side 2
3. Tilsynsdato, tidspunkt og tilsynsførende	side 2
4. Samlet konklusion og anbefalinger.....	side 3
5. Aktuelle forhold på tilsynsdagen.....	side 4
1 Kvalitetsforbedrende opfølgning siden sidste tilsyn	
2 Kort beskrivelse af boligenheden	
3 Ændringer i beboersammensætning	
4 Ændringer i personalesituation	
5 "Tonen" / dialogen på stedet, herunder vurdering af, om der arbejdes værdibaseret	
6. Ledelse	side 6
1 Ansvars- og kompetenceforhold	
2 Utiliserte hændelser	
3 Egenkontrol af sundhedsfaglig dokumentation	
4 Værdighed i plejen	
5 Måltider	
7. Personale	side 9
1 Smittespredning og hygiejne	
2 Rammer for pleje og omsorg	
3 Trivsel på arbejdspladsen	
4 Værdighed i plejen	
8. Borgere	side 10
1 Borgerens tilfredshed med kontaktperson/personale samt kontinuiteten i opgavevaretagelsen	
2 Nødkald	
3 Udbud af aktiviteter	
4 Værdighed i plejen	
5 Måltider	
6 Boligforhold og fysiske rammer	

1. Baggrund for tilsynet

Med baggrund i lov om social service § 151 om tilsyn på plejehjem og i plejeboliger, gennemføres årligt et uanmeldt tilsyn i samtlige plejeboligenheder i Svendborg Kommune. Svendborg Kommune har valgt også at føre tilsyn i ældre- og handicapvenlige boliger med fælleshus eller dag- og træningscenter.

Desuden er det valgt at opretholde dialogbaserede tilsyn selvom det siden 2010 ikke længere er et lovkrav.

2. Læsevejledning

Rapporten indledes med en samlet konklusion, anbefalinger fra tilsynet samt begrundelser herfor.

Alle oplysninger i rapporten er tilvejebragt gennem interview af leder, personale og borgere, samt tilsynets observationer.

Alle spørgsmål i rapporten tager udgangspunkt i Svendborg Kommunes værdier – helhed i opgaveløsningen, borgeren i centrum, læring og udvikling, trivsel – samt i principper for rehabilitering og kulturen i forbindelse med pleje af borgeren.

Ved rehabilitering forstås en tværfaglig indsats, hvor borgeren trænes for at modvirke funktionstab eller genvinde tabte færdigheder.

Træningen foregår i dagligdagen ved personalet og/eller rehabiliteringsterapeut eller træningsterapeut og tager altid udgangspunkt i det, der giver mening for borgeren.

Ved kulturen forstås respekten for at personalet arbejder i borgerens hjem, omgangstonen og dialogen omkring og med borgeren og de pårørende.

Derefter gennemgås de overordnede ansvarsområder.

- Ledelsesmæssige i form af bl.a. opfølgning, introduktion, ansvars- og kompetence, instrukser, egenkontrol og værdighed i plejen.
- Personalemæssige i form af bl.a. kendskab til smittespredning, hygiejne, trivsel og værdighed i plejen.

Der interviewes borgere i forhold til deres oplevelse af bl.a. deres tilfredshed med kontinuitet, personaletilknytning, mulighed for brug af nødkald, udbud af aktiviteter værdighed i plejen og måltider.

Tilsynet observerer ydelserne i relation til lovgivning, kvalitetsstandarder og tildeling.

Der vil blive udført tilsyn stikprøvevis af min. 3 borgere. Under tilsynet gøres observationer hos langt flere borgere, for eksempel under ophold på fællesarealer, hvor flere borgere er til stede.

3. Tilsynsdato, tidspunkt og tilsynsførende

Tilsynet blev gennemført d. 19.05.2024 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.

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.



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

Hos borger 1 ses dokumentationen flot udfyldt, beskrivende og afspejler den enkelte borger.

Der mangler notat i samlet faglig vurdering efter indflytningssamtale.

Hos borger 2, der er flyttet ind for mindre end 1 måned siden, mangler størstedelen af generelle oplysninger samt døgnrytmer at blive udfyldt.

Generelle oplysninger og døgnrytmer er ikke synlige i "hjulet".

Tilstandsoverblik er ikke opdaterede efter indflytning.

Dato for samtykke til indhentelse og/eller videregivelse af oplysninger er ikke den samme i generelle oplysninger som på skema SGO15, og på skema SGO15 mangler nederst på skemaet at samtykket er givet mundtligt.

På samme skema står ligeledes borgerens fraflyttede adresse.

Der mangler notat i samlet faglig vurdering efter indflytningssamtale.

Hos borger 3, der bor i Ældrebolig, mangler generelle oplysninger i "hjulet" og er kun delvist udfyldt andet steds i Nexus.

Døgnrytmer aften og nat er kun beskrevet ift særlig opmærksomhed omkring medicin og ikke ift hvilken hjælp der ydes i hjemmet.

Dato for samtykke til indhentelse og/eller videregivelse af oplysninger er opdateret i generelle oplysninger, men skema SGO15 er ikke oprettet.

Tilstandsoverblik mangler at blive opdateret.

Der mangler notat i samlet faglig vurdering efter indflytningssamtale.

Ved tilsynet var der en god stemning både blandt borgere, personale og ledelse. Borgerne, der medvirkede ved tilsynet, var generelt meget tilfredse med at bo på Vindeby Pileveje Plejecenter og personalet gav udtryk for god trivsel på arbejdspladsen.

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

Rapporten er d. 23.05.2024 sendt til områdeleder og sektionsleder.

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?



Ledelsen oplyser, at der siden sidst, har været fokus det faste personales planlagte kompetenceløft der startede i efteråret 2024 og varer i alt 2½ år. Kompetenceløftet indeholder bl.a supervision, coaching, teambuilding og psykiatri. Psykiatridelen starter i næste måned. Personalet er blandet fra de forskellige afdelinger og vagttag hvilket har gjort at alle nu kender hinanden og arbejdsmiljøet er derved blevet markant bedre.

Der har, siden sidst tilsyn, været grundlæggende ændringer i sektionen og i den forbindelse er der etableret faste teams og kontaktpersonsordning ift den enkelte borger. Kontaktpersonerne har ansvar for opdatering i Nexus og leder oplyser at der følges op med kontaktpersonerne ift mangler i Nexus.

Ledelsen oplyser at ift. Nexus, tages dokumentationen løbende op på teammøder i afdelingerne.

Der er, efter sidste personalemøde, fokus på alle nøglepersonernes rolle og om den enkelte ønsker at fortsætte med opgaven så brugen af nøglepersonerne kan optimeres.

Der er, siden sidste tilsyn, etableret plejecenterråd som har møde d.d.

Der planlægges undervisning i palliation for Social-og sundhedsassistenterne.

Der har, siden sidste tilsyn, været tilsyn fra fødevarerstyrelsen som udmøntede sig i en Smiley.

Der er, siden sidste tilsyn, installeret nyt brandanlæg.

- **5.2. Kort beskrivelse af boligenheden**

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



Vindeby Pilevej er et plejecenter med demens- gæste- og ældreboliger.

Vindeby Pilevej er ombygget i 2011.

Der er i alt 20 demensboliger, 8 ældreboliger og 8 gæsteboliger.

Demensboligerne er delt op i 2 bo-enheder, Pilelunden og Pilehaven, med henholdsvis 12 og 8 lejligheder. I hver bo-enhed er der fælles køkken og dagligstue. Pilelunden er opdelt i 2 mindre enheder med hvert sit køkken og dagligstue.

Der er anlagt en stor have med særlig fokus på rehabilitering og stimulering af beboernes sanser og motorik. Der er indrettet særlige områder i haven med forskellige 'sanserum', værksted og orangeri.

På Vindeby Pilevej er der enkelte aktiviteter for beboerne da de fleste ikke rummer ret mange ændringer i hverdagen.

Boligerne er ved det uanmeldte tilsyn fundet i rengøringsmæssigt fin standard og der er ikke fundet forhold i boligerne, som kræver ekstra opmærksomhed.

Der er, ved tilsynet, ingen ledige 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>Ledelsen oplyser at borgerne generelt dårligere når de flytter ind og der er en øget kompleksitet. Kompleksiteten er med baggrund i flere diagnoser indenfor det mentale og psykologiske.</i> <i>En stor del af borgerne har værgemål og flere har specifikke behov for kontakt og støtte. 2 borgere kræver 2 personer ved kontakt. Hos 1 borger anvendes tillige overfaldsalarm. 1 borger er verbalt udadreagerende og 1 borger er dørsøgende.</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 SSA i alle vagter i grundplanen og det er muligt at vagtplanlægge med SSA i alle vagter ved afholdelse af ferie og anden fravær. Ledelsen oplyser at der kontinuerligt er SSA elever i praktik. Eleverne oplæres så vidt det er muligt i alle opgaverne hos konkrete borgere, så der er mest kontinuitet og stabilitet for borgerne. Der er altid mulighed for vejledning og hjælp hos det faste personale.</i> <i>Der er ansat 32-34 uddannede medarbejdere hvoraf 20 er social-og sundhedsassistenter.</i> <i>Der er pt. 6 uddannede timelønnede personer ansat resten af afløserne i sektionen er uddannet personale.</i> <i>Der er 4 flexjob medarbejdere hvoraf de 3 er i afdelingskøkkener og den sidste varetager forskellige arbejdsområder.</i> <i>Der er ansat 4 Social-og sundhedsassistenter det sidste år. Det er ikke så nemt at rekruttere social-og sundhedsassistenter som det har været.</i>
	Ledelsen oplyser, at personalesammensætningen er ændret således at der er: A. Flere hjælpere B. Færre hjælpere C. Flere assistenter D. Færre assistenter E. Flere sygeplejersker F. Færre sygeplejersker G. Et større vikarforbrug H. Et mindre vikarforbrug I. Andet

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

	Ledelsens beskrivelse af, hvordan ledelsen sikre, at der er en åben, ærlig og respekt fyldt dialog mellem ledelse, personale, borgere og pårørende på plejecentre, og hvordan der værnes om tavshedspligten: <i>Ledelsen oplyser, at der er fokus på den værdige omgang og dialog med borgere og pårørende.</i> <i>Ledelsen oplyser at have fokus på synlig ledelse, åben dialog og lydhørhed som afstedkommer en god trivsel med deraf følgende afsmittende effekt på arbejdsglæden i arbejdet med borgerne.</i> <i>Ledelsen oplyser at have meget lidt kontakt til pårørende ud over afholdelse af indflytningssamtaler.</i> <i>Ledelsen oplever at personalet er trygge ift. at bringe evt. problematikker op.</i> <i>Ledelsen oplyser at der værnes om tavshedspligten og samtykke indhentes fra borgerne.</i>
	Personalet udtrykker enighed ift. ledelsens oplysninger <i>Personalet oplyser at der på Vindby Pilevej er en åben dialog, hvor det er muligt at gå til hinanden og til ledelsen.</i> <i>Der er en meget synlig, lydhør ledelse der gør at personalet føler sig set og hørt.</i> <i>Personalet gør alt for at værne om tavshedspligten.</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 sammen med sygeplejerske og planlægger, at have fokus på personalets kompetencer. Alle har kompetenceskemaer hvor personalets individuelle kompetencer fremgår.</i> <i>Ledelsen oplyser, at der i efteråret 2024 er startet stort kompetenceløft til alle faste medarbejdere som strækker sig over 2½ år.</i>
	Hvordan arbejder I for at minimere risikoen for, at faglig viden og information om borgerne ikke går tabt mellem personalet i de forskellige vagtlag og i/på tværs af teams? <i>Ledelsen oplyser, at der dokumenteres afvigelser i Nexus, og alle personaler læser i Nexus ved vagtens begyndelse.</i> <i>Alle mødes, på tværs af afsnit, ved vagtskifte, så der kan udveksles vigtig information. Sygeplejerske er synlig på de enkelte afsnit flere gange i løbet af dagen ift sparring og daglig tidlig opsporing.</i> <i>Leder og/eller planlægger møder kl. 7 og er med ift dagens planlægning ved sygdom m.m.</i>

	Der afholdes teammøder hver 14 dag på de enkelte afsnit. Der har ikke været behov for afholdelse af borgerkonferencer i lang tid.
☒	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 det er borgernes udfordringer der afstedkommer uddannelse og kompetenceløft individuelt ved personalerne. Der er sygeplejerske og nøglepersoner på forskellige områder der kan sparres med. Kompetenceløft generelt planlagt til alle faste personaler.</i>
☒	Foreligger der introduktionsprogram for nye personaler der tager udgangspunkt i den enkeltes faglighed og kompetencer? <i>Ledelsen oplyser at benytte on-boardingmaterialet samt tjekliste. Det opleves at nye personaler tages godt imod og at det sikres at det enkelte personale introduceres til de forskellige funktioner og til hvilke personaler der har de forskellige funktioner. Mentor er tovholder og der planlægges introduktion ift den enkelte nye medarbejders kompetencer og kendskab til området.</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 der løbende arbejdes med utilsigtede hændelser og læring ift disse. Ledelsen og primært sygeplejersken vurderer behovet for læring, generelt og individuelt. Ledelsen oplyser, at de samlede kvartalsrapporter, gennemgås og giver et samlet overblik ift. indsatsområder. Ledelsen oplyser at der, siden sidste tilsyn, har været en alvorlig UTH grundet manglende dokumentation. Denne afstedkom skriftlig redegørelse.</i>
	Ledelsen oplyser, at utilsigtede hændelser endnu ikke rapporteres elektronisk, og at der ikke følges op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring.
☒	Personalet oplyser, at de rapporterer utilsigtede hændelser elektronisk og at ledelsen følger op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring. <i>Personalet oplyser at de er gode til at indberette og nøglepersonen er god til at følge op på UTH'ere.</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 er en fast struktur på teammøder for vurdering af dokumentationen. Audit skemaerne benyttes jf. årshjul for kvalitet og udvikling.</i>
☒	Ledelsen oplyser, at der efter en systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation gives en tilbagemelding til personalet, hvor det bl.a. drøftes, hvad der eventuelt skal iværksættes af tiltag, for at forbedre dokumentationen.

	Ledelsen oplyser, at der ikke foretages systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation. OBS: Begrundelse herfor:
☒	Personalet udtrykker enighed ift. ledelsens oplysninger <i>Personalet oplyser, at det er kontaktpersonen der har ansvaret for at døgnrytmer er opdaterede, nøglepersoner er behjælpelige ift. opdatering.</i> <i>Personalet oplyser at det kan være svært at nå at dokumentere og at dokumentationen tager længere og længere tid da der hele tiden kommer nye tiltag og det derfor er svært at følge med.</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 er fokus på den værdige omgang med borgerne. Den værdige omgang er individuel for den enkelte borger.</i> <i>Der arbejdes rehabiliterende ift at bibeholde det niveau borgeren har ved indflytning.</i> <i>Ledelsen afholder indflytningssamtale med borgere, pårørende samt opfølgende samtaler ved behov, dette for at sikre et meningsfyldt liv så borger oplever selvbestemmelse og medinddragelse i eget liv.</i> <i>Pårørende opfordres til at skrive livshistorie og til at lave en kasse med 5 ting som borgeren kender og som har haft betydning for den enkelte borger.</i> <i>Ledelsen oplyser, at pårørende informeres og involveres i de behandlingsplaner, der fagligt udarbejdes ift. borgerne. Pårørende involveres også ofte i beslutninger.</i> <i>Information og involvering sker som oftest ved kontaktperson eller sygeplejerske.</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>Der arbejdes med og snakkes rigtig meget om ovenstående, da der har været flere voldsomme episoder.</i> <i>Der er udarbejdet handleplaner og etableret overfaldsalarmer. Der har været supervision og episoder er jævnligt drøftet både på daglige tidlige opsporings møder og på teammøder.</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:
-------------------------------------	--

	Ledelsen oplyser, at der er fokus på at skabe ro og god stemning omkring måltiderne. Den varme mad bestilles ved "Det Gode Madhus". Der er ansat 3 personer i flexjob (1 i hvert afsnit) til at varetage smøring af den kolde mad, lave lune retter, bage, handle, hygge m.m. Flexjob medarbejder tager af og til borgere med i Brugsen for at handle. Leder er med i arbejdsgruppe ift kost og ernæring med fokus på dysphagi-kost.
☒	Ledelsen oplyser, at borgerne har indflydelse på udarbejdelse af menuen, og at borgernes individuelle ønsker og behov i forhold til kosten tilgodeses / respekteres. Ledelsen oplyser, at borgerne på afsnittene involveres i hvad de har lyst til at spise og i beslutninger vedrørende den varme mad, så vidt det er muligt. Om aftenen laves der af og til mad der ikke er fra Det gode Madhus. Denne uge er der f.eks grillaften for alle beboere.

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)? Personalet redegør fint for instrukser for forebyggelse af smittespredning, ligeledes for den praktiske håndtering af smitteforebyggelse.
☒	Hvem er ansvarlig for at kontrollere holdbarhed på f.eks. håndsprit, handsker og forklæder? Personalet redegør fint for, den der har ansvaret for kontrol af holdbarhed på diverse produkter.
☒	Er der en arbejdsgang for, hvordan der arbejdes med hygiejne (f.eks. hygiejneugen, samarbejde med hygiejnekoordinator o.lign)? Personalet redegør fint for systematisk opfølgning og fokus på relevante hygiejniske emner - f.eks. personalemøder.

- 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 Personalet oplever, at der kan være tidspunkter, hvor der er behov for at prioritere i opgaverne oftest grundet sygemelding eller ændringer i kompleksiteten hos borgerne. Det er altid en faglig vurdering der ligger bag en prioritering og borgernes behov der prioriteres frem for andre praktiske opgaver. Personalet oplever, at de er gode, men kan blive endnu bedre, til at hjælpe hinanden på tværs af afsnit. Ved evt. sygemeldinger i dagvagt fordeler personalet selv hvem der hjælper der hvor der er sygemelding.
	Personalet giver udtryk for, at rammerne kunne være bedre. Konkret beskrivelse:

- **7.3. Trivsel på arbejdspladsen**

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

☒	Personalet giver udtryk for trivsel og godt samarbejde på arbejdspladsen.
☒	Personalet giver udtryk for, at følgende har indflydelse på trivslen/arbejdsglæden på arbejdspladsen under de givne vilkår: <i>Personalet oplyser, at alle har et ansvar for det gode arbejdsmiljø, at der er en åben dialog både personalet imellem og med leder.</i> <i>Leder er god til at komme rundt i afdelingerne, er lydhør og god til at informere.</i> <i>Ny sygeplejerske er til stede og følger op på tingene. Tidlig opsporings møderne fungerer rigtig godt grundet sygeplejerskes daglige tilstedeværelse.</i> <i>I gæsteboligerne deles alle opgaver ligeligt imellem dag-og aftenvagter.</i> <i>Der tales med hinanden og ikke til/om hinanden. Ift. arbejdsmiljøet handler det også om at hjælpe hinanden Der er en kultur for, at eventuelle udfordringer drøftes internt med den kollega, det drejer sig om eller ledelsen.</i> <i>Personalet oplever, at det kompetenceløft de er i gang med, har givet rigtig meget, specielt ift at kende hinanden/hjælpe hinanden.</i>

- **7.4. Værdighed i plejen**

Personalet beskriver, hvorvidt og hvordan der i det rehabiliterende arbejde i dagligdagen er fokus på at sikre, hvad der er vigtigt og meningsfyldt for den enkelte borger.

Værdighed i plejen defineres ud fra, om den enkelte borger oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.

☒	Personalet oplyser at der arbejdes med ovenstående på følgende måde: <i>Personalet oplyser, at det er vigtigt at der dannes en god relation til borgerne, hvor borgernes behov, normer og levevilkår tilgodeses.</i> <i>Personalet oplyser, at borgerne deltager i daglige aktiviteter så vidt det er muligt og borgeren selv ønsker det.</i>
☒	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. <i>Personalet er bekendt med handlingsplaner m.m.</i> <i>Der har ikke været brugt Marte Meo.</i>
	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.

	Alle 3 adspurgte borgere giver udtryk for tilfredshed med personaletilknytningen, og der opleves kontinuitet i varetagelsen af de forskellige borgerrelaterede opgaver. <i>Dialogen med personalet fungerer fint og der er en afslappet, humoristisk tone. Der opleves kontinuitet ift varetagelse af opgaverne.</i>
	Flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med den personalemæssige tilknytning grundet meget skiftende personale. Der opleves dog kontinuitet i opgavevaretagelsen. Dialogen med personalet fungerer fint.
	Flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med den personalemæssige tilknytning grundet meget skiftende personale. Der opleves ingen kontinuitet i opgavevaretagelsen. Dialogen med personalet opleves utilfredsstillende.

• 8.2. Nødkald

Ud fra borgerinterview og tilsynets observationer vurderes det, om borgeren har mulighed for at tilkalde hjælp.
Vurdering ikke foretaget da ingen af de adspurgte borgere havde nødkald.

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 3 af de adspurgte borgere havde ikke nødkald på sig, men sensor i deres lejlighed. Hos borger i ældrebolig er nødkaldet afprøvet og der er hurtig response fra personalet.</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 2 borgere.

	De adspurgte borgere angiver tilfredshed med tilbud og mulighed for deltagelse i hverdagsaktiviteter/gøremål. <i>Borgerne oplever at ugentlige gåture, muligheden for at være i haven, små hverdagsaktiviteter, cykelture, busture ud i det grønne og indkøb er rigeligt. Det er ligeledes muligt at deltage i dagcenteraktiviteter, gymnastik og træning på naboplejecenteret men ingen gør brug af dette. Der afholdes også forskellige større fællesarrangementer i løbet af året. I denne uge er der planlagt grillfest for alle.</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>Borgerne oplever den grad af selvbestemmelse de har behov for og oplever at blive respekteret og involveret.</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 2 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 2 adspurgte borgere på plejeafdelingerne giver udtryk for at maden er god. Adspurgte borger i ældrebolig giver udtryk for at maden ikke er som vor mor laver den.</i>
	En eller flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med den valgte kost, oplevelsen af måltiderne og med den hjælp, der evt. er behov for til indtagelse af mad. Tilsynets observationer og faglige vurdering understøtter dette.
☒	De adspurgte borgere giver udtryk for, at individuelle ønsker og behov i forhold til kosten tilgodeses / respekteres. <i>Alle 3 adspurgte borgere oplever, at de får lov at bestemme/ønske og at ønsker så vidt det er muligt efterleves.</i>
	En eller flere af de adspurgte borgere giver udtryk for, at individuelle ønsker og behov i forhold til kosten ikke tilgodeses / respekteres.

- **8.6. Boligforhold og fysiske rammer**

Ud fra borgerinterview afdækkes, om der er tilfredshed med boligforholdene og de fysiske rammer for hverdagen samt om borgerne oplever selvbestemmelse i eget hjem. Vurdering foretaget hos 2 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 Vindeby Pilevej/Ældrebolig og de grønne omgivelser har stor betydning i hverdagen.</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: