

Tilsynsrapport fra uanmeldt tilsyn

Frøavlen Plejecenter

Uanmeldt tilsynsbesøg d. 08.10.2020

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|--------|
| 1. Baggrund for tilsynet | side 2 |
| 2. Læsevejledning | side 2 |
| 3. Tilsynsdate, 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 Utilsigtede hændelser | |
| 3 Egenkontrol af sundhedsfaglig dokumentation | |
| 4 Værdighed i plejen | |
| 5 Måltider | |
| 7. Personale | side 8 |
| 1 Smittespredning og hygiejne | |
| 2 Rammer for pleje og omsorg | |
| 3 Trivsel på arbejdspladsen | |
| 4 Værdighed i plejen | |
| 8. Borgere | side 9 |
| 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 plejeboligheder 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. 08.10.2020 af tilsynsførende faglig kvalitets- og udviklingskonsulent Janne Ditlevsen.

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 stikprøve kontrol hos 3 tilfældig udvalgte borgere. Dokumentationen er yderst flot udfyldt og beskrivende ift. borgeren. Dokumentationen afspejler den enkelte borger.

Ved en borger er samtykket ift. helbredsoplysninger ikke opdateret siden 04.06.2019, hvilket bevirker, at det ikke længere er gældende.

Ved en borger er der brugt latinsk udtryk i dag døgnrytmen. Hvilket kan bevirke en tvivl ved personalet, da der ikke er lavet en dansk oversættelse. Ved samme borger er der ikke overensstemmelse mellem dag og aften døgnrytme. Alt i aften døgnrytmen, skrevet under medarbejder indsatsen. De særlige opmærksomhedspunkter, der er i dag døgnrytme er ikke beskrevet i aften døgnrytme.

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 Frøavlen 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. 13.10.20 sendt til høring hos områdeleder og sektionsleder


Betydende mangler

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

5. Aktuelle forhold på tilsynsdagen


- **5.1. Kvalitetsforbedrende opfølgning siden sidste tilsyn**

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

| | |
|---|---|
|  | <p>Ledelsen oplyser, at være indtrådt som ny ledelse fro 6 måneder siden.</p> <p>Ledelsen oplyser, at Frøavlens de sidste 6 måneder har arbejdet med 3 fokus områder:</p> <ul style="list-style-type: none">- Stedets udtryk. At rammer og rum er kendte. At der er struktur på møder og tavler.- Kommunikation. Internt og til borgere og pårørende. Hvordan håndteres og indgår man i en ordentlig kommunikation med den anden. At der forventningsafstemmes med borgere og pårørende. At være tilgængelig/synlig.- Faglighed. At personalet får/har de rette kompetencer ift. opgaverne og der er en systematik ift. korrekt og opdateret dokumentation. Ligeledes at medicinhåndteringen er korrekt. <p>Ledelsen oplyser og fremviser et årshjul, der viser en systematik for personalemøder, medarbejder udviklingssamtaler, tidlig opsporingsmøder, budget opfølgning, dialogbaseret tilsyn og flere andre tilbagevendende punkter.</p> |
|---|---|


- **5.2. Kort beskrivelse af boligenheden**

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

| | |
|---|---|
|  | <p>Plejecenter Frøavlens har 48 boliger for mennesker med behov for tæt pleje og omsorg. De 48 boliger er fordelt på 4 etager. Der bor periodevis ægtepar i boligerne. Der er på hver etage fælles spise- og dagligstue. Lejlighederne fremtræder lyse og pæne. Der er træningsfaciliteter.</p> <p>Der er til Frøavlens endvidere tilknyttet 6 ældreboliger, som er godt indrettede. Det er let at komme rundt i boligerne – også hvis der benyttes kørestol/rollator. Boligerne ligger tæt på bymidten og havnen.</p> <p>Boligerne og fællesarealerne fremstår rene og ryddelige og der er ved Tilsynet ikke fundet rengøringsmæssige forhold, som personalet bør tage sig særligt af.</p> |
|---|---|

- **5.3. Ændringer i borgersammensætning**

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

| | |
|---|--|
|  | <p>Ledelsen oplyser, at der ikke er sket væsentlige ændringer i beboersammensætning siden sidste tilsyn</p> |
| | <p>Ledelsen oplyser, at beboersammensætningen er ændret således at der er:</p> <ul style="list-style-type: none">A. Flere plejekrævende borgereB. Flere selvhjulpne borgereC. Flere demente borgereD. Andre |

- **5.4. Ændringer i personalesituation**

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

| | |
|-------------------------------------|--|
| | Ledelsen oplyser, at der ikke er sket væsentlige ændringer i personalesammensætningen siden sidste tilsyn |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <p>Ledelsen oplyser, at personalesammensætningen er ændret således at der er:</p> <p>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 J.</p> <p><i>Ledelsen oplyser, at der er ansat SSA, når en ansat er stoppet. Forsøger at skabe kontinuitet ved at have mest muligt fast personale og et minimum af afløsere. Ledelsen oplyser, at dette har betydning for fagligheden.</i></p> |

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

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <p>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:</p> <p><i>Ledelsen oplyser, at der er fokus på samarbejde, indbyrdes og på tværs af afdelingerne. Ledelsen oplyser, der arbejdes struktureret med kommunikation internt og til borgere og pårørende. Dette ift. hvordan indgår man i en ordentlig og åben kommunikation med den anden. At der forventningsafstemmes med borgere og pårørende. At ledelsen og personale er tilgængelige, synlige og stedet fremstår indbydende. Ligeledes at ledelsen involveres i de situationer der måtte være, at der er en åbenhed ift. det der kan være svært.</i></p> <p><i>Ledelsen oplyser at der værnes om tavshedspligten og samtykke indhentes fra borgerne.</i></p> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <p>Personalet udtrykker enighed ift. ledelsens oplysninger</p> <p><i>Personalet oplyser, at de oplever en kulturændring efter der er kommet ny leder. At der er et konstant fokus på den gode og åbne dialog, hvor der tales til hinanden. Personalet oplyser, at der arbejdes med en kultur ift. at gå direkte til den anden og involverer trivselsagenter, AMR, TR og ledelsen. Personalet oplyser, at ledelsen er meget synlig. Ledelsen stiller undrende og reflekterende spørgsmål til personalet, så personalet derved har/får fokus på egen og den andens tilgang til opgaverne.</i></p> |
| | 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.

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <p>Ledelsen oplyser, at der er overensstemmelse mellem borgersammensætning og personalets ansvars- og kompetenceforhold.</p> <p><i>Ledelsen oplyser, at der i grundplanen er SSA i alle vagter. Der arbejdes i teams, så der sikres den rette faglighed og kompetencer i alle vagtlag.</i></p> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <p>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?</p> <p><i>Ledelsen oplyser, at der dokumenteres afvigelser i Nexus, og alle personaler læser i Nexus ved vaktens begyndelse.</i></p> <p><i>Ledelsen oplyser, at der er en fast mødestruktur hvor borgernes her og nu situations, funktionsniveau og videre forløb drøftes.</i></p> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <p>Hvordan arbejder I for at personalet har de rette kompetencer i forhold til borgernes behov hele døgnet og på alle ugens dage?</p> <p><i>Ledelsen oplyser, kontinuerligt at have fokus på personalets kompetencer. Planen er, at alle personaler inviteres til medarbejder udviklingssamtale, hvor der laves en individuel kompetence plan. Der laves efterfølgende en oversigt ift. den enkeltes personalets funktioner, således alles funktioner er synlige for alle.</i></p> <p><i>Ledelsen oplyser, at det er borgernes udfordringer der afstedkommer uddannelse og kompetenceløft individuelt ved personalerne. Ledelsen oplyser, at der arbejdes efter et årshjul, hvor der er fast lagte møde med nøglepersoner, planlægges undervisning og fokusområder for og med hele sektionen. Ledelsen er startet på planlægningen af en temadag vedrørende misbrug/alkoholisme.</i></p> <p><i>Ledelsen oplyser, at sygeplejersken er tovholder på de sundhedsfaglige områder i undervisningen.</i></p> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <p>Foreligger der introduktionsprogram for nye personaler der tager udgangspunkt i den enkeltes faglighed og kompetencer?</p> <p><i>Der foreligger en introduktionsmappe, men denne trænger til opdatering. Ledelsen oplyser, at der fra ledelsen er et ønske ift., at lave en proces hvor nyansatte involveres i opdatering, da de vil kunne bidrage med ny og god viden ift. behovet for introduktion.</i></p> <p><i>Generelt for alle nye personaler 3 introduktionsdage i dagvagt og der laves en individuel vurdering ift. behovet for introduktion til aftenvagt.</i></p> |

• 6.2. Utsigtede hændelser

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <p>Ledelsen oplyser, at utilsigtede hændelser indrapporteres elektronisk, og at der følges op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring.</p> <p><i>Ledelsen oplyser, at der hver måned trækkes en liste med utilsigtede hændelser, som lederen sammen med sygeplejersken gennemgår ift. behov for læring. Ved behov tages eksemplerne op på møder med henblik på læring, og med fokus på fremtidig forebyggelse. Af møder nævnes TO, SSA møder og personalemøder.</i></p> <p><i>Ledelsen oplyser, at der ønskes en mere systematisk strategi for opfølgning på UTH.</i></p> |
|-------------------------------------|---|

| | |
|-------------------------------------|---|
| | Ledelsen oplyser, at utilsigtede hændelser endnu ikke rapporteres elektronisk, og at der ikke følges op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <p>Personalet oplyser, at de rapporterer utilsigtede hændelser elektronisk og at ledelsen følger op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring.</p> <p><i>Personalet oplyser, at de er gode til at hjælpe hinanden med at udfylde UTH, hvis der er nogle der ikke er helt sikre i metoden.</i></p> |
| | 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**

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <p>Ledelsen oplyser, at der foretages systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation jf. gældende instruks/auditskema.</p> <p><i>Ledelsen oplyser, at de i sektionen igennem det sidste halve år har været alle journaler igennem og der fremadrettet løbende vurderes på dokumentationen. Sygeplejersken har lagt opfølgning ind i kalender for hver enkelte borger, så der sikres opdatering.</i></p> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <p>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.</p> <p><i>Ledelsen oplyser at dokumentation altid er på dagsorden på ugentlige møder og på personalemøder. I hverdagen tales der dagligt om, hvor dokumentationen kan gøres kvalificeres, hele tiden med det i fokus, at hjælpe hinanden og i sidste nede borgeren.</i></p> |
| | Ledelsen oplyser, at der ikke foretages systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation. OBS: Begrundelse herfor: |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <p>Personalet udtrykker enighed ift. ledelsens oplysninger</p> <p><i>Personalet oplyser, at det er kontaktpersonen der har ansvaret for at døgnrytmer er opdaterede og at borgerens ønsker og behov er beskrevet. Det er almindelig praksis, at personalet læser hinandens dokumentation igennem og giver mundtlig tilbagemelding til hinanden.</i></p> <p><i>Personalet oplyser, at der dokumenteres og opdateres ved væsentlige ændringer ved borgeren.</i></p> |
| | 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.

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <p>Ledelsen oplyser, at der arbejdes med ovenstående på følgende måde:</p> <p><i>Ledelsen oplyser, at borgerne opfordres til at gøre det de selv kan, hele tiden med værdighed for øje. Det er væsentligt, at borgernes selvbestemmelse respekteres og borgerne involveres.</i></p> |
|-------------------------------------|---|

| | |
|--|---|
| | <i>Ledelsen oplyser, at der kommer 8 frivillige på Frøavlen, der laver aktiviteter på afdelingerne eller går ture med borgerne. Der er 3 fleksjobbere i hyggestuen hvor der laves aktiviteter mandag, tirsdag, torsdag og fredag. Foruden de faste aktiviteter, er der eksempelvis på skolernes aktivitetsdag, aktiviteter på alle afdelinger i form af dart, stoledans og bowling.</i> |
|--|---|

- **6.5. Måltider**

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

| | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ledelsen beskriver indsatsen omkring måltiderne, på følgende måde: <i>Ledelsen oplyser, at der er fokus på at skabe ro og god stemning omkring måltiderne.</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 borgernes på afsnittene involveres i beslutninger vedrørende menuen og ønsker så vidt det er muligt efterkommes. Der tilberedes altid en varm ret i weekender. Borgere i ældreboligerne bestiller selv deres menuer, hvor personalet er behjælpelige der er behov for dette.</i> |

7. Personale

- **7.1. Smittespredning og hygiejne**

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

| | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Hvem er ansvarlig for at kontrollere holdbarhed på f.eks. håndsprit, handsker og forklæder? <i>Personalet redegør fint for, at der en gang årligt følges op på datoer på diverse på hele Frøavlen. Personalet fortæller, at ledelsen er ved at lave en systematik ift. løbende opfølgning og hvem der er ansvarlig for hvilke områder.</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 - eksempelvis personalemøder. Personalet redegør for hygiejne uger og nødvendigheden af tværfagligt samarbejde ifm. opretholdelse af korrekt hygiejne. Personalet fortæller, at der løbende er undervisning i hygiejne, da der bor flere borgere med MRSA på Frøavlen.</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.

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <p>Personalet beskriver, at rammerne er gode</p> <p><i>Personalet oplever, at der altid er tid til plejen og der er enighed ift. at prioritere stjernestunder med den enkelte borger.</i></p> <p><i>Personalet oplever, at når der er elever, er der flere muligheder for at kunne give en ekstra omsorg.</i></p> |
| | <p>Personalet giver udtryk for, at rammerne kunne være bedre.</p> <p>Konkret beskrivelse:</p> |

- **7.3. Trivsel på arbejdspladsen**

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

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <p>Personalet giver udtryk for trivsel og godt samarbejde på arbejdspladsen.</p> <p><i>Personaler oplever, at de er gode til at hjælpe hinanden. Bruger MED systemet. Har et møde fora, ift. punkter til det lokale MED. AMR, TR og leder følger efterfølgende op og har dialog med personalet. Ligledes gives der information på TO.</i></p> |
| | <p>Personalet giver udtryk for, at følgende har indflydelse på trivslen/arbejdsglæden på arbejdspladsen under de givne vilkår:</p> |

- **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.

| | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <p>Personalet oplyser at der arbejdes med ovenstående på følgende måde:</p> <p><i>Personalet oplyser, at borgerne og pårørende involveres i ønsker og behov. Der skal ses udover de vante rammer ift. mulige muligheder. Der er eksempelvis sponsoreret kylling og pomfrittes en gang i oktober, november og december måned, af professionelle udfører kommer på Frøavlen.</i></p> <p><i>Der er fokus på samarbejde med pårørende efter individuelt behov, hvor borgerne bestemmer hvad de ønsker at spise og ønsker hjælp til .</i></p> |
|-------------------------------------|--|

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.

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | De adspurgte borgere giver udtryk for tilfredshed med personaletilknytningen, og der opleves kontinuitet i varetagelsen af de forskellige borgerrelaterede opgaver. Dialogen med personalet fungerer fint. |
| | Flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med den personalemæssige tilknytning grundet meget skiftende personale. Der opleves dog kontinuitet i opgavevaretagelsen. Dialogen med personalet fungerer fint. |
| | Flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med den personalemæssige tilknytning grundet meget skiftende personale. Der opleves ingen kontinuitet i opgavevaretagelsen. Dialogen med personalet opleves utilfredsstillende. |

- **8.2. 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.

| | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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. |
| | 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.

| | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | De adspurgte borgere angiver tilfredshed med tilbud og mulighed for deltagelse i hverdagsaktiviteter/gøremål. <i>Borgerne oplever at der er mange muligheder for aktiviteter. Der er stolegymnastik, banko, social hygge i hyggestuen og bold. Hvis en borger har en god ide, modtages den men glæde. En borger fortæller, at personalet gør alt for at opfylde vores ønsker.</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.

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | De adspurgte borgere oplever at have selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv. <i>Borgerne oplever at der tages individuelle hensyn, også på den enkelte dag. Pårørende oplyser, at være tilfredse og føler sig 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 3 borgere.

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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>Borgerne oplever at blive involveret i tilberedning og smøring af maden.</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. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | De adspurgte borgere giver udtryk for, at individuelle ønsker og behov i forhold til kosten tilgodeses / respekteres. <i>Hvis der er pårørende på besøg, er det muligt at man kan spise sammen med de pårørende, hvilket har stor betydning.</i> |
| | En eller flere af de adspurgte borgere giver udtryk for, at individuelle ønsker og behov i forhold til kosten ikke tilgodeses / respekteres. |

- **8.6. Boligforhold og fysiske rammer**

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

| | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | De adspurgte borgere udtrykker tilfredshed med nuværende boligforhold, fysiske rammer for hverdagen samt selvbestemmelse i eget hjem. <i>Borgerne er yderst tilfredse med at bo på Frøavlén og er sikre på, at de har den flotteste udsigt.</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: |

