**Tilsynsrapport fra uanmeldt tilsyn**

**Svendborg Kommune**

Myndighedsafdelingen



Plejecenter Vest – Ollerup Plejecenter

Uanmeldt tilsynsbesøg d. 22. april 2015

**Indholdsfortegnelse**

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

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

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

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

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

1 Kvalitetsforbedrende opfølgning siden sidste tilsyn

2 Kort beskrivelse af boligenheden, herunder rengøring af boligen

3 Ændringer i beboersammensætning

4 Ændringer i personalesituation

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

6. Ledelse .......................................................................................................................... side 5

1 Implementering og opdatering af instrukser / procedurer

2 Instrukser for ansvar- og kompetenceforhold

3 Oplæring og introduktion til nyansatte og afløsere

4 Specifik oplæring til personalet

5 Utilsigtede hændelser

6 Egenkontrol af sundhedsfaglig dokumentation, herunder kostscreening

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

8 Det Gode Måltid

9 Vurdering af kulturen ifht. borgerens eget hjem

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

1 Hygiejne

2 Forholdende for borgere med særlige behov

3 Sundhedsfaglig dokumentation

4 Utilsigtede hændelser

5 Samarbejde med ledelsen

6 Trivsel på arbejdspladsen

7 Samarbejde og dialog med borgere og pårørende

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

9 Vurdering af kulturen ifht. borgerens eget hjem

8. Borgere ......................................................................................................................... side 9

1 Borgerens tilfredshed med personaletilknytning samt kontinuitet

2 Leveringen af ydelser

3 Nødkald

4 Udbud af aktiviteter

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

6 Boligforhold og fysiske rammer

**1. Baggrund for tilsynet**

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

**2. Læsevejledning**

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

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

Derefter gennemgås de overordnede data indsamlings områder.

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

formidlingsansvar.

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

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

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

**3. Tilsynsdato, tidspunkt og tilsynsførende**

Tilsynet blev gennemført d. 22. april 2015 af tilsynsførende sygeplejerske Marianne Lauritsen.

**4. Samlet konklusion og anbefalinger**

**Ingen bemærkninger**

🗷

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

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

standard.

*Tilsynets bemærkninger eller kommentarer:*

*Som angivet lever det observerede op til lovgivning, regler, rutiner m.m.*

*Hos de beboere, hvor der blev foretaget stikprøver, vidnede dokumentationen om et godt fagligt overblik over beboernes sundheds- og sygdomsmæssige situation. Der blev observeret enkelte forhold omkring redigering af overskrifter i borgerplaner samt manglende udfyldelse af ugeplaner. Ovenstående kunne dog ikke forstyrre det samlede billede af godt overblik.*

*Der blev ved tilsynet givet ros for de meget flotte og veldokumenterede helhedsvurderinger.*

*Ved Tilsynet den 22. april 2015 var der en god og varm stemning både blandt borgere, personale og ledelse. Borgerne der medvirkede ved tilsynet var glade og tilfredse med at bo på Ollerup Plejecenter, og personalet gav udtryk for god trivsel på arbejdspladsen. Tilsynsførende blev mødt med stor venlighed og imødekommenhed og der var en meget positiv tilgang til tilsynet.*

Sektionslederen er orienteret om ovenstående ved tilsynets afslutning.

Rapporten er den 22. april 2015 sendt til høring hos afdelingschef og sektionsleder. Der er i høringsfasen ikke indkommet bemærkninger til rapporten.

**Mindre mangler**

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

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

standard. Dog er der forhold, som kan give anledning til råd og vejledning

fra Tilsynet, som kan evalueres ved det efterfølgende anmeldte tilsyn.

**Betydende mangler**

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

lovgivning, forvaltningens regler, instruktioner, værdier, rutiner,

kvalitetsstandarder og almen faglig standard. På baggrund af Tilsynets

anbefalinger udarbejder Plejecenteret/ældreboligerne en tids- og handlingsplan

for at få rettet op på de påpegede mangler indenfor **10 dage**.

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

**5. Aktuelle forhold på tilsynsdagen**

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ved sidste års tilsyn blev der angivet mindre mangler ift. den sundhedsfaglige dokumentation. Ledelsen oplyser, at der arbejdes kontinuerligt med dokumentationen. |

* **5.2. Kort beskrivelse af boligenheden**

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Der er 30 plejeboliger på Ollerup Plejecenter. Boligerne er fordelt på 4 boligenheder, hvoraf den ene boligenhed er en skærmet enhed med plads til 8 borgere med demens eller demenslignende sygdomme. Der er i alle 4 boligenheder fælles spise- og dagligstue. Lejlighederne varierer i størrelse, men er alle lyse og venlige. Ollerup Plejecenter har været under større ombygning og fremstår i pæn og vedligeholdt stand med en hyggelig atmosfære.  Der er tilknyttet 12 ældreboliger til plejecenteret. Der er fast tilknyttet personale i dag/aften/nat timerne. Ældreboligerne er fordelt på 3 etager (der er elevator) med 4 boliger på hver etage. Boligerne i stueplan har udgang til lille terrasse. Boligerne på 1. og 2. sal har fransk altan og udgang til overdækket svalegang. Boligerne fremtræder lyse og rummelige.  Der er efter nedlæggelse af dagcenter i tilknytning til plejecentret, etableret en aktivitetsklub, med aktivitetstilbud til borgerne i ældre- og plejeboligerne. Der udgives tilmed Klub-Avis månedligt, indeholdende aktivitetskalender. Desuden afholdes aktiviteter i samråd med ’Husets Venner’, hvor lokalområdet indbydes til deltagelse og hvorfra der er stor opbakning.  Plejecentret har eget køkken som servicerer plejecentrets og ældreboligernes borgere. |

* **5.3. Ændringer i beboersammensætning**

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

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der ikke er sket væsentlige ændringer i beboersammensætning siden sidste tilsyn. Dog opleves en ændret plejetyngde som betyder, at der ofte er behov for 2 personaler ift. plejeopgaverne. |
|  | Ledelsen oplyser, at beboersammensætningen er ændret således at der er:   1. Flere plejekrævende beboere 2. Flere selvhjulpne beboere 3. Flere demente beboere 4. andre |

* **5.4. Ændringer i personalesituation**

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

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der ikke er sket væsentlige ændringer i personalesammensætningen siden sidste tilsyn. Der er nyligt ansat ny sygeplejerske og 1 sygeplejerske er aktuelt tilknyttet aftenvagten. |
|  | Ledelsen oplyser, at personalesammensætningen er ændret således at der er:   1. Flere hjælpere 2. Færre hjælpere 3. Flere assistenter 4. Færre assistenter 5. Flere sygeplejersker 6. Færre sygeplejersker 7. Et større vikarforbrug 8. Et mindre vikarforbrug 9. andet |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Tilsynet vurderer, at der er en meget åben, ærlig og respektfyldt dialogform mellem ledelse, personale og borgere, og at der værnes om tavshedspligten. Det er ligeledes tilsynets vurdering, at der arbejdes værdibaseret i forhold til kommunens 4 overordnede værdier, som alle fremstår tydelige som en del af udsmykningen på væggene. |

**6. Ledelse**

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ledelsen oplyser, at når der indføres nye instrukser/procedurer informeres personalet på personalemøder. |
|  | Ledelsen oplyser, at når der indføres nye instrukser/procedurer informeres personalet via nyhedsbreve. |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at når der indføres nye instrukser/procedurer informeres personalet på personalemøder/ugemøder og via nyhedsbreve. Desuden ligger alle procedurer/instrukser på s-drevet. |

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

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

Beskrivelse af personalets kompetencer/ sammensætning i forhold til beboerne.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der er instrukser for ansvars- og kompetenceforhold for personalegrupper tilknyttet pleje, praktisk hjælp og sygepleje |
|  | Ledelsen oplyser, at der mangler instrukser for ansvars- og kompetenceforhold for personalegrupper tilknyttet pleje, praktisk hjælp og sygepleje |
| 🗶 | Personalet udtrykker enighed med ledelsens oplysninger |
|  | Personalet udtrykker uenighed med ledelsens oplysninger |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der er god overensstemmelse mellem beboersammensætning og personalets kompetence |
|  | Ledelsen oplyser, at der på følgende områder ikke er overensstemmelse mellem beboersammensætning og personalets kompetencer: |

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

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

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

* **6.4. Specifik oplæring til personalet**

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der foretages specifik oplæring af personalet i de situationer hvor der er behov for specifikke sundhedsfaglige opgaver. |
|  | Ledelsen oplyser, at der ikke/sjældent foretages specifik oplæring af personalet i de situationer hvor der er behov for specifikke sundhedsfaglige opgaver. |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der er klare aftaler for hvor personalet kan hente hjælp hvis de står i en situation, som fordrer specifik sundhedsfaglig viden. |
|  | Ledelsen oplyser, at der mangler klare aftaler for hvor personalet kan hente hjælp, hvis de står i en situation som fordrer specifik sundhedsfaglig viden. |
| 🗶 | Personalet udtrykker enighed med ledelsens oplysninger. |
|  | Personalet udtrykker uenighed med ledelsens oplysninger. |

* **6.5. Utilsigtede hændelser**

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at utilsigtede hændelser indrapporteres elektronisk, og at der følges op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring i organisationen. |
|  | Ledelsen oplyser, at utilsigtede hændelser endnu ikke rapporteres elektronisk, og at der ikke følges op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring i organisationen. |

* **6.6. Egenkontrol af sundhedsfaglig dokumentation**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ledelsen oplyser, at der er foretaget systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation. |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der efter en systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation gives en tilbagemelding til personalet, hvor det bl.a. drøftes, hvad der eventuelt skal iværksættes af tiltag, for at forbedre dokumentationen. |
|  | Ledelsen oplyser, at der ikke er foretaget en systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation. |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der arbejdes ud fra en rehabiliterende tankegang. Det oplyses at der er tilknyttet rehabiliteringsterapeut, som sammen med personalet vurderer alle beboere løbende. Der er meget fokus på træning og der er tilknyttet synlighedsterapeut (trænende terapeut). |
|  | Ledelsen oplyser, at der endnu ikke arbejdes ud fra en rehabiliterende tankegang. |

* **6.8. Det Gode Måltid**

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

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen beskriver, at der arbejdes for at fremme Det Gode Måltid ved, at der bages og tilberedes mad i eget køkken. Personalet er til stede ved måltiderne og sikrer god stemning, ro og hygge ved måltiderne. Der oplyses tilmed stor mulighed for individuelle ønsker, og der tages ofte hensyn til særlige madønsker ved særlige lejligheder.  Plejecentret har deltaget i projektet: ”Fod under eget køkkenbord”, som netop er ved at blive evalueret. Her har der været endnu mere fokus på inddragelse af beboeren før, under og efter måltiderne, ift borddækning, mulighed for mellemmåltider m.v., og der er blevet skabt en større bevågenhed omkring dette. Eksempelvis er der indkøbt nye lette fade, som beboerne nemmere kan håndtere. |
|  | Ledelsen oplyser at følgende forhold gør det vanskeligt at fremme Det Gode Måltid: |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at borgerne har indflydelse på udarbejdelse af menuen, og at borgernes individuelle ønsker og behov i forhold til kosten tilgodeses / respekteres. Ledelsen oplyser, at der er nedsat et panel, hvor nogle af beboerne sammen med stedets økonoma drøfter maden. |
|  | Ledelsen oplyser, at borgerne ikke har indflydelse på menuen, og at borgernes individuelle ønsker og behov i forhold til kosten ikke tilgodeses / respekteres, på grund af følgende |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Hvilke overvejelser har I på stedet gjort Jer:   * ift at I er på arbejde i borgers eget hjem? * Ikke at gøre hjemmet (for meget) til en arbejdsplads (ift handsker, hjælpemidler etc)   Det oplyses at personalet er meget bevidste om balancen mellem borgerens eget hjem og personalets arbejdsplads. |
| 🗶 | Hvordan håndterer I, hvis borger selv el. en ægtefælle giver udtryk for ikke at ønske ommøblering ift hjælpemidler?  Der arbejdes altid imod at imødekomme individuelle behov og der opleves ikke problematikker omkring dette. |
| 🗶 | Respekterer I at ringe på døren og afvente svar/at der lukkes op, eller går I bare ind? (kobles også til rehabilitering).  Ja, altid. |

**7. Personale**

* **7.1. Hygiejne**

Er personalet bekendt med sektionens hygiejne koordinator og hygiejnemappen?

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

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ovennævnte instrukser er kendte og tilgængelige for personalet. |
|  | Ovennævnte instrukser er ikke kendte og tilgængelige for personalet. ( |
| 🗶 | Det observeres, at plejepersonalet ikke bærer smykker (ure/ringe). |
|  | Det observeres, at personalet bærer smykker (ure/ringe). |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Personalet beskriver, at forholdene er gode. Der opleves gode muligheder for at kunne yde individuelle pleje- og omsorgsopgaver, og at der er hyppig inddragelse af interne og eksterne konsulenter i løsningen af problemstillinger omkring borgerne.  Personalet giver udtryk for at der gives plads til at personale kan være dèr, hvor der er brug for dem, så klares deres øvrige opgaver af kollegerne. |
|  | Personalet giver udtryk for, at forholdene kunne være bedre. Der er ikke optimale muligheder i forhold til pleje- og omsorgsopgaverne.  Konkret beskrivelse: |

* **7.3. Sundhedsfaglig dokumentation**

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

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

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

* **7.4. Utilsigtede hændelser**

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Personalet oplyser, at de rapporterer utilsigtede hændelser elektronisk, og at ledelsen følger op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring i organisationen. |
|  | Personalet oplyser, at de endnu ikke rapporterer utilsigtede hændelser elektronisk, og at ledelsen ikke følger op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring i organisationen. |

* **7.5. Samarbejde med ledelsen**

Personalets oplevelser i forhold til samarbejdet med daglig leder.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Personalet udtrykker tilfredshed med samarbejdet med den daglige leder. Personalet beskriver, at daglig leder udviser forståelse og respekt for det enkelte menneske, at der er god støtte fra lederen, at leder er der for både beboere og personale. |
|  | Personalet giver udtryk for, at samarbejdet med den daglige leder ikke opleves tilfredsstillende. |

* **7.6. Trivsel på arbejdspladsen**

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

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Personalet giver udtryk for, at de trives på arbejdspladsen. Det oplyses, at der blandt personalet er udpeget trivselsagenter (både i dag-, aften- og nattevagt) og at der afholdes trivselsmøder hver 3. måned. Det er medvirkende til, at eventuelle problemer/konflikter tages i opløbet. |
|  | Personalet giver udtryk for, at følgende forhold påvirker trivslen på arbejdspladsen: |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Personalet udtrykker tilfredshed med samarbejdet og dialogen med borgerne og de pårørende. Tiden til dialog med de pårørende prioriteres, og der afholdes møder/samtaler ved behov. |
|  | Personalet giver udtryk for, at samarbejdet og dialogen med borgerne og de pårørende ikke opleves tilfredsstillende.  Konkret beskrivelse:  Hvordan kan man evt. udvikle måden at samarbejde på? |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Personalet oplyser, at der arbejdes ud fra en rehabiliterende tankegang. Der er uddannet hjemmetrænere og der er godt samarbejde med rehabiliteringsterapeut. |
|  | Personalet oplyser, at der endnu ikke arbejdes ud fra en rehabiliterende tankegang |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Hvilke overvejelser har I på stedet gjort Jer:   * ift at I er på arbejde i borgers eget hjem? * Ikke at gøre hjemmet (for meget) til en arbejdsplads (ift handsker, hjælpemidler etc).   Der oplyses stort fokus og respekt omkring balancen mellem beboerens hjem og personalet arbejdsplads. Man kan fx også godt have sin egen seng med på plejehjem (med mindere der er behov for pleje i sengen). |
| 🗶 | Hvordan håndterer I, hvis borger selv el. en ægtefælle giver udtryk for ikke at ønske ommøblering ift hjælpemidler?  Der oplyses at der altid arbejdes med individuelle overvejelser og dialog. |
| 🗶 | Respekterer I at ringe på døren og afvente svar/at der lukkes op, eller går I bare ind?  Ja, altid. |

**8. Borgere**

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

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

tilknytning og kontinuiteten i opgavevaretagelsen.

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

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

* **8.2. Leveringen af ydelser**

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

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

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

* **8.3. Nødkald**

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

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

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

Har borgerne muligheden for at få hjælp - anvende nødkald eller er der

indlejret hensigtsmæssige tilsyn til borgere der ikke kan anvende kaldet?

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

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | De adspurgte borgere giver udtryk for tilfredshed med muligheden for at tilkalde hjælp (Borgere har mulighed for at anvende nødkald, og der er indlejret hensigtsmæssige tilsyn til borgere, der ikke kan anvende nødkaldet). 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. |

* **8.4. Udbud af aktiviteter**

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

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | De adspurgte borgere angiver tilfredshed med tilbud og mulighed for deltagelse i aktiviteter. Der fortælles med stor begejstring om deltagelse i borddækning, pasning af blomsterkrukker og deltagelse i køkkenaktiviteter. |
|  | Flere af de adspurgte borgere angiver, at der er for få aktivitetstilbud. |
|  | Flere af de adspurgte borgere angiver, at der er for få aktivitetstilbud, og der tilbydes ikke deltagelse i aktiviteter. |

* **8.5. Fokus på Det Gode Måltid.**

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

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

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | De adspurgte borgere udtrykker tilfredshed med den valgte kost, oplevelsen af Det Gode Måltid og med den hjælp, der evt. er behov for til indtagelse af mad. Tilsynets observationer og faglige vurdering understøtter dette. |
|  | En eller flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med den valgte kost, oplevelsen af Det Gode Måltid og med den hjælp, der evt. er behov for til indtagelse af mad. Tilsynets observationer og faglige vurdering understøtter dette. |
| 🗶 | 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 boligforholdende og de fysiske rammer for hverdagen.

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

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