

# Tilsynsrapport fra uanmeldt tilsyn

## Aldersro Plejecenter

Uanmeldt tilsynsbesøg d. 16.06.2024

### 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 Utilsigtede 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 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. 14.06.2024 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.

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

*Generelt ses dokumentationen meget udførligt og beskrivende udfyldt på alle 3 tilfældigt udvalgte borgere.*

*På 2 borgere mangler betydning af udførelse og borgers forventninger og mål på en del af sygeplejeindsatserne.*

*På 1 borger mangler Døgnrytmer i "hjulet". Disse er beskrevet andet steds i Nexus, men mangler opdatering.*

*På 1 borger mangler dato nederst på skemaet til samtykke SGO15.*

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

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

*Rapporten er d. 16.06.2024 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 fokusområder på baggrund af sidste års tilsyn. Hvordan er der fulgt op på eventuelle kritikpunkter?



Ledelsen oplyser at have været leder på Aldersro siden 1.januar 2024. Der er samtidig med leder skiftet planlægger / stedfortræder.

Der har siden januar været fokus på at lære hinanden at kende, på nye vagtplaner, på rammer og vilkår ift vagtplaner samt arbejdstidsaftaler.

Aldersro har, for kort tid siden, haft tilsyn af Styrelsen for patientsikkerhed og der har, i den forbindelse, været fokus på dokumentation.

På tilsynet var der få bemærkninger som efterfølgende er tilrettet.

Ledelsen oplyser at der er lavet handleplan for gennemgang af sygeplejerskernes dokumentation, hvor alle borgere skal være gennemgået inden udgangen af oktober 2024.

Ledelsen oplyser at der, fra september 2024, er planlagt 1½ års kompetenceudvikling incl. psykiatri samt en temadag omhandlende seksualitet for alle personaler på tværs af afsnittene.

Ledelsen oplyser at der arbejdes med at skabe 1 enhed på Aldersro, for at styrke samarbejdet, og i den forbindelse er alle dagvagter, som noget nyt, begyndt kortvarigt at mødes fælles om morgenen.

Ledelsen oplyser, der kontinuerligt har været og er fokus på det gode arbejdsmiljø og hvordan man gør hinanden fagligt gode.

- **5.2. Kort beskrivelse af boligenheden**

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



Aldersro er et plejecenter med demens-, ældre- og gæsteboliger.

Aldersro 8 har 24 lejligheder fordelt på 3 etager med 8 lejligheder på hver etage.

1. sal er til borgere med demens eller demenslignende tilstande.

Stuen og 2 salen er gæsteboliger.

Hver etage har en fælles opholdsstue indrettet med hyggelige møbler. Der er desuden fælles spisestue /køkkenafdeling på hver etage. Boligerne fremstår lyse og venlige.

Der er 58 ældreboliger på Aldersro. Alle er 2-rums boliger med udgang til overdækket svalegang. Boligerne fordeler sig i flere boligblokke med 3 etager. Der er elevator i alle boligblokke.

I blok 6 er der desuden 2 gæstelejligheder med 3 sovepladser, som bl.a. kan benyttes af pårørende.

Der er dagcenterfunktion samt træningsfaciliteter tilknyttet Aldersro, som benyttes af borgere der på Aldersro og andre borgere fra kommunen.

Alle boliger og fællesarealer ses på tilsynsdagen rengjorte og ryddelige.

Der er på tilsynsdagen 2 ledige Ældreboliger.

- **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
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Ledelsen oplyser, at beboersammensætningen er ændret således at der er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Flere plejekrævende borgere</li> <li>B. Flere selvhjulpne borgere</li> <li>C. Flere demente borgere</li> <li>D. Andre</li> </ul> <p><i>Ledelsen oplyser at det primært er borgere med psykiske lidelser og misbrug der bor i ældreboligerne.</i>  <i>Der er ingen væsentlige ændringer på demensafsnittet i blok 8.</i>  <i>Ledelsen oplyser at der kommer tungere og mere komplekse borgere i Gæsteboligerne.</i></p>

- **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"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Flere hjælpere</li> <li>B. Færre hjælpere</li> <li>C. Flere assistenter</li> <li>D. Færre assistenter</li> <li>E. Flere sygeplejersker</li> <li>F. Færre sygeplejersker</li> <li>G. Et større vikarforbrug</li> <li>H. Et mindre vikarforbrug</li> <li>I. Andet</li> </ul> <p><i>Ledelsen oplyser at der har været stor personaleudskiftning lige inden ny leder trådte til men at der ikke har været dette siden da.</i>  <i>Ledelsen oplyser, at der er SSA i alle vagter i grundvagtplanen og i fremmøde. Der er ingen ledige stillinger og ledelsen oplyser at det ikke har været svært at rekruttere faglært personale til de ledige stillinger der har været.</i>  <i>Der er ca. 50 personaler hvoraf 3 afløsere er ufaglært og 2 er sygeplejestuderende.</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 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:</p> <p><i>Ledelsen oplyser, at der er fokus på den gode tone og blandt personalet arbejdes der på at man kan føre en god og åben dialog, hvor tillid og respekt for hinanden er bærende.</i></p>
-------------------------------------	--

	<p><i>Ledelsen oplyser at tonen afspejler en retningsvisende dialog, der er givende for opgaveløsningen ved borgeren. Der opleves en god kontakt til pårørende.</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 ledelsen går foran ift. den gode tone. Personalet oplyser, at alle kan være pressede på forskellige parametre. Personalet oplyser at det er væsentligt at kunne sige tingene højt så kolleger/ledelse har mulighed for at støtte og hjælpe, så håndteringen af de enkelte opgaver i relation til borgerne løses fagligt og professionelt. Personalet oplyser at der generelt er en god kontakt til de fleste pårørende.</i></p>
	<p>Personalet udtrykker ikke enighed ift. ledelsens oplysninger, men oplyser at:</p>

## 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 er overensstemmelse mellem borgersammensætningen og personalets ansvars- og kompetenceforhold. Der flyttes evt. rundt med personale ift. at sikre fagligheden. Ledelsen oplyser at alle personaler har kompetenceskema. Ledelsen oplyser, at der er SSA i alle vagtlag i grundrullet for at sikre faglighed i alle døgnets timer.</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 ikke er overlap imellem vagtlagene men at medarbejderne er begyndt at møde ind fælles om morgenen, hvor nattevagterne kan give korte mundtlige beskeder og evt. ændringer på dagen kan planlægges. Aftenvagterne møder i de forskellige enheder, men slutter vagten af fælles ift. at møde nattevagterne for kort overlevering. Ledelsen oplyser, at der dokumenteres afvigelser i Nexus, og alle personaler læser i Nexus ved vagnens begyndelse. Ledelsen oplyser, at ved komplekse forløb drøftes disse på TO og/eller tværfaglige møder hvor aftenvagter er gode til at deltage. Der har endnu ikke været behov for afholdelse af borgerkonferencer. Ledelsen oplyser, at der nu er lavet en kontinuerlig plan for gennemgang af borgernes dokumentation minimum hver 3. måned og den sygeplejefaglige del af dokumentation skal være gennemgået på alle borgere senest oktober 2024. Der er endnu ikke lavet audit men dette også planlagt snarest på 3-4 borgere. Ledelsen oplyser, at alle personaler er gode til at hjælpe hinanden på tværs.</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, at alle medarbejdere har et kompetenceskema, som kontinuerligt opdateres og bruges i praksis. Ledelsen og sygeplejerskerne er i tæt dialog ift. sikring af de rette kompetencer til den enkelte borger. Der er løbende personale på forskellige kurser. Ledelsen oplyser at der, fra september 2024, er planlagt 1½ års kompetenceudvikling incl. psykiatri samt en temadag omhandlende seksualitet for alle personaler på tværs af afsnittene. Der er søgt kompetencefond om dette forløb og forløbet varetages af INKU.</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>Generelt introduktionsprogram og on-boarding programmet benyttes ved introduktion af nye personaler. Der er tilknyttet Mentor. Alle nye personaler er altid i introduktion i de forskellige typer af boliger/afdelinger.</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 planlægger indberetter UTH'er elektronisk ud fra skema som personalet udfylder og at Ledelsen følger op på de UTH'er der er indberettet.</i></p>
<input type="checkbox"/>	<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.</p>
<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 planlægger indberetter UTH'er elektronisk og at der følges op på disse.</i></p>
<input type="checkbox"/>	<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.</p>

- **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 der er fokus på dokumentationen og at audit skemaerne fremadrettet skal benyttes jf. årshjul for kvalitet og udvikling.</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>Ledelsen oplyser, at der er lavet plan for kontinuerlig gennemgang af dokumentation på hver enkelt borger hver 3. måned. Der er ligeledes lavet en plan for revurdering af sygeplejefaglige udredninger og den sygeplejefaglig dokumentation generelt på alle borgere senest oktober 2024.</p> <p>Der vurderes kontinuerligt på behov for evt. tiltag/ undervisning.</p> <p>Der gøres brug af Nexus nøglepersoner.</p>
	<p>Ledelsen oplyser, at der ikke foretages systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation. <b>OBS: Begrundelse herfor:</b></p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Personalet udtrykker enighed ift. ledelsens oplysninger</p> <p>Personalet oplyser, at der dokumenteres ved afvigelser og løbende følges op på dokumentationen i Nexus.</p> <p>Personalet oplyser at der sættes tid af til dokumentation og opfølgning.</p> <p>Man hjælper hinanden hvis der er behov.</p>
	<p>Personalet udtrykker ikke enighed ift. ledelsens oplysninger, men oplyser at:</p>

- **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>Ledelsen oplyser, at der altid er fokus på borgeres værdighed og hvad er værdigt for den enkelte borger. Det er ikke ledelsen eller personalets behov der er retningsgivende for opgaverne ved borgerne, men den enkelte borgers behov.</p> <p>Der afholdes indflytningssamtale med borger og pårørende for at klarlægge behov og ressourcer.</p> <p>Der arbejdes rehabiliterende ud fra hvad der er meningsfyldt for den enkelte borger og ud fra dennes behov og ressourcer.</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Ledelsen oplyser, at der er en handlingsplan/vision i forhold til implementerings- og læringsforløbet i forebyggelse, håndtering og læring af voldsomme episoder i sektionen</p> <p>Ledelsen oplyser at handlingsplan foreligger og at der, på den uddannelse der påbegyndes i september, er 2 moduler omkring psykiatri i praksis hvor forebyggelse, håndtering og læring af voldsomme episoder i sektionen vil være et omdrejningspunkt.</p>
	<p>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.</p>

- **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"/>	<p>Ledelsen beskriver indsatsen omkring måltiderne, på følgende måde:</p> <p>Ledelsen oplyser, at der er fokus på at skabe ro og god stemning omkring det gode måltid i hverdagen i afdelingerne og i dagcenteret. Borgerne i ældreboligerne spiser i</p>
-------------------------------------	---



	<i>egne lejligheder, hvor borgerne kan få visiteret hjælp, hvis der er behov for dette. Der er en del af borgerne i ældreboligerne der spiser den varme mad i dagcenteret i hverdagene.</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Ledelsen oplyser, at borgerne har indflydelse på udarbejdelse af menuen, og at borgernes individuelle ønsker og behov i forhold til kosten tilgodeses / respekteres.</p> <p><i>Ledelsen oplyser, at borgerne på afsnittene involveres i beslutninger vedrørende menuen og der ses på muligheder ift. borgernes ønsker og behov. Borgere i ældreboligerne bestiller selv deres menuer, hvor personalet er behjælpelige hvis der er behov for dette.</i></p>

## 7. Personale

- **7.1. Smittespredning og hygiejne**

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

<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Er personalet bekendt med instrukser for forebyggelse af smittespredning (f.eks. i forbindelse med NOVO-virus)?</p> <p><i>Personalet redegør fint for instrukser for forebyggelse af smittespredning, ligeledes for den praktiske håndtering af smitteforebyggelse.</i></p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Hvem er ansvarlig for at kontrollere holdbarhed på f.eks. håndsprit, handsker og forklæder?</p> <p><i>Personalet redegør fint for, hvem som har ansvaret for kontrol af holdbarhed på diverse produkter.</i></p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Er der en arbejdsgang for, hvordan der arbejdes med hygiejne (f.eks. hygiejneugen, samarbejde med hygiejnekoordinator o.lign)?</p> <p><i>Personalet redegør fint for systematisk opfølgning og fokus på relevante hygiejniske emner. Sygeplejersken har ofte hygiejnen på dagsorden på personalemøder, SSA møder og som små fokus punkter i dagligdagen.</i></p>

- **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 rammerne generelt er gode og at der, i det store hele, er kommet ro efter der er kommet ny leder, ny stedfortræder/planlægger samt ændring af vagtplan .</i></p> <p><i>Personalet oplyser at der er en tydelighed ift. hvilke opgaver der skal løses indenfor de givne rammer.</i></p> <p><i>Personalet oplever generelt at ledelsen er lydhør ift. organiseringen af de daglige opgaver jf. de vilkår der er for plejecenteret.</i></p> <p><i>Personalet giver udtryk for at de ikke har så meget tid til at gøre noget ekstra sammen med borgerne, men at der er tid til dokumentation.</i></p>
	<p>Personalet giver udtryk for, at rammerne kunne være bedre. 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>Personalet giver udtryk for at det har været en turbulent tid, med skift af leder samt stedfortræder/planlægger på samme tid.</i></p> <p><i>Personalet giver udtryk for at der nu er kommet mere ro på og trivsel og samarbejde er blevet bedre, fordi de er blevet bedre til at snakke med hinanden om tingene.</i></p> <p><i>Der er ikke Trivselsagenter på Aldersro men TR / AMR involveres ved behov.</i></p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Personalet giver udtryk for, at følgende har indflydelse på trivslen/arbejdsglæden på arbejdspladsen under de givne vilkår:</p> <p><i>Personalet oplyser, at deres leder er tydelig ift. retning og vilkår. At ledelsen vil det bedste for Aldersro, borgerne og personalet. Dette giver overordnet en ro og tryghed ift. en faglig og professionelle omsorg for borgerne.</i></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 relationen til borgerne og deres pårørende er vigtig, for at kunne arbejde med borgerens ønsker, behov og hvad der er det bedste for den enkelte borger.</i></p> <p><i>Personalet oplyser, at respekten for det andet menneske er i fokus og det respekteres, at ikke alle borgere er ens, men alle har deres behov og egen adfærd.</i></p>
	<p>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</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>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</p> <p><i>Personalet mener der måske ligger noget materiale et sted, men det er ikke noget der har været italesat længe.</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"/>	<p>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.</p>
-------------------------------------	---

	<i>Alle 3 adspurgte borger udtrykker stor tilfredshed med at bo på Aldersro, med personalet og den hjælp de får. Alle 3 borgere oplyser der er en god og fri tone som gør at dialogen med personalet er rigtig god.</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 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.  <i>Det er ikke alle borgere der har nødkald og det vurderes i hvert enkelt tilfælde om borgeren har behov for og/eller er i stand til benytte et nødkald. Har borgeren ikke nødkald vurderes på evt. tilsyn. Nødkald er afprøvet hos 1 borger hvor hjælpen kom med det samme.</i>
	Flere af de adspurgte borgere udtrykker kun delvis tilfredshed med mulighederne for at tilkalde og få den fornødne hjælp. Tilsynets observationer understøtter dette. Evt. afprøves nødkald.
	Flere af de adspurgte borgere udtrykker utilfredshed med muligheden for at tilkalde hjælp. Hos borgere, der ikke kan anvende nødkaldet er der ikke indlejret alternative løsninger (f.eks. i form af hyppige tilsyn). Tilsynets observationer understøtter dette. Evt. afprøves nødkald.

- **8.3. Udbud af aktiviteter**

Tilsynet vurderer gennem borgerinterview, om der er et tilpas udbud af hverdagsaktiviteter, samt mulighed for deltagelse i disse. Hverdagsaktiviteter kan også ses som deltagelse i almindelige daglige hverdagsgøremål.  
Vurdering foretaget hos 3 borgere.

<input checked="" type="checkbox"/>	De adspurgte borgere angiver tilfredshed med tilbud og mulighed for deltagelse i hverdagsaktiviteter/gøremål.
-------------------------------------	---

	<i>Alle 3 adspurgte borgere giver udtryk for at der er fint med aktiviteter. Nogle af de aktiviteter der kan nævnes er, banko, gudstjenester, sang, kortspil, gymnastik, højt læsning, busture, cykelture, arrangementer til højtider. Kommende arrangement er St. Hans arrangement.</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>Alle 3 adspurgte borgere oplever at der tages individuelle hensyn, også på den enkelte dag. Alle 3 adspurgte borgere oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.</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>Alle 3 adspurgte borgere oplever at maden er god. Flere af borgerne i ældreboligerne sørger selv for den varme mad eller får nogle dage mad fra Blomstercafeen. Borgerne i ældreboligerne oplever, at de støttes til selv at kunne tilberede sin mad. 1 borger fra ældreboligerne efterlyser en uge eller helst månedsplan for maden i dagcenteret så han kan planlægge hvilke dage han ønsker at spise der.</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.
	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>Alle 3 adspurgte borgere er yderst tilfredse med at bo på Aldersro. Dagcenteret og muligheden for at sidde på altanerne har stor betydning.</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: