



TILSYNSRAPPORT

UANMELDT TILSYNSBESØG V/
JANNE DITLEVSEN.
SOCIAL OG SUNDHED,
SVENDBORG KOMMUNE

STRANDLYST PLEJECENTER
DEN 28.OKTOBER 2020

SENDT TIL
SEKTIONSLEDER CHARLOTTE E. ROHDE

Tilsynsrapport fra uanmeldt tilsyn

Strandlyst Plejecenter

Uanmeldt tilsynsbesøg d. 28.10.2020

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 5
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 7
1 Ansvars- og kompetenceforhold	
2 Utsigtede 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. 28.10.2020 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 flot udfyldt og beskrivende ift. borgeren. Dokumentationen afspejler den enkelte borger.

Ved to af borgerne mangler samtykket vedr. helbredsoplysninger at blive opdateret. Dels pr. 30.07.20 og 30.05.20, dette bevirker, at samtykket ikke længere er gældende.

Ved en borger er skemaet generelle oplysninger ikke opdateret siden 30.09.19.

I forbindelse med tilsynet observeres det, at personale bærer privat tøj i praksis. Ved drøftelse med personalet, ift. hindring af smittespredning, vendes følgende eksempler:

- *Benyttes der beskyttelse ved morgen pleje, hvor der er risiko for stink. Dette er ikke tilfældet. Personalet har ikke overvejet, at der er risiko for smitte spredning, ej heller ift. at personalet ikke klæder om på arbejdspladsen.*
- *Hvis personalet har langærmet bluser på, trækkes ærmerne på midt på underarmen, hvor de hygiejnisk vejledninger anbefaler korte ærmer.*

Da tilsynet kan konstatere at der er risiko for smittespredning, skal tilsynsførende modtage tids- og handlingsplan med beskrivelse af, hvordan risikoen for de påpegede mangler ift. smitte spredning rettes op. Handlingsplanen skal være tilsendt tilsynsførende indenfor 10 dage og skal således være modtaget senest den 09.11.2020. Der vil efterfølgende blive fulgt op og planlagt et evt. nyt opfølgende tilsyn.

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 Strandlyst Plejecenter 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. 30.10.20 sendt til høring hos Forstander

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.

Kommentarer til samlet konklusion og anbefalinger:

I høringsperioden for rapporten for uanmeldt kommunalt tilsyn, har forstander for Strandlyst iværksat følgende tiltag for dokumentation og forebyggelse af smitte spredning:

- Generelle oplysninger, skema er opdateret.
- Samtykkeerklæringer ift. helbredsoplysninger, er opdateret
- Personalet benytter forklæder og skåneærmer ved plejesituationer

Instruks for vaskeanvisning og behandling af privat tøj brugt i praksis er gennemgået. Alle personaler er nu bekendt med, at der er instruks med vaskeanvisning og behandling af det tøj der er brugt i praksis. Personalet er bekendt med og benytter følgende anvisning: Personalets tøj kan vaskes her på Strandlyst, hvis tøjet tages på hjem skal tøjet tages af så snart personalet er kommet hjem og tøjet skal vaskes efter anviste varmegrader. Der er en del personaler, der benytter arbejdstøj i form af kitler og bukser i aftenvagten og i dagvagter på 2. etage.

Tilsynsførende vurderer handlingsplan er fyldestgørende og tilsynet afsluttes.

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?



Ledelsen oplyser, at være indtrådt som forstander pr. april 2020. Har hidtil været ansat som sygeplejefaglig leder og har som forstander fortsat denne funktion. Ledelsen oplyser, at kontinuerligt arbejdes der med instrukser og vejledninger. Der tages udgangspunkt i kommunens materiale, der tilpasses stedet og deres behov. Sammen med instrukser, er der udfærdiget videoer og egenkontroller, der sikre korrekte arbejdsgange ved borgerne. Medicin instruksen er drøftet med plejecenterlæge, for at sikre korrekt arbejdsgang og optimering af samarbejde.

- **5.2. Kort beskrivelse af boligenheden**

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



Strandlyst er en selvejende institution med driftsoverenskomst med Svendborg Kommune.

På Strandlyst er der 37 lejligheder fordelt på 3 etager.

Stuen og 2. sal er primært somatiske afdelinger med plads til 10 beboere på hver etage. Første sal har beboere med psykiatriske diagnoser.

Der er på hver etage fælles spise- og dagligstue. Boligerne er godt indrettet og fremtræder rummelige, lyse og pæne. Der er stor have og flere terrasser, hvor beboerne kan nyde udsigten over vandet.

Der er indrettet cafe-område i stueetagen. Strandlyst har eget køkken, der producerer mad til centrets beboere. Tilsynet er gennemført på stueetagen og 1. sal.

- **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

Ledelsen oplyser, at det fortrinsvis er psykiatriske borgere der bor på Strandlyst. Dette er også gældende i de somatiske afdelinger.

• **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
☒	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 <i>Ledelsen oplyser, at der er ændret i organisationen ift. at tilpasse normeringen til driften. Dette betyder bla. At forstander og sygeplejefaglig leder er samme person og den er stoppet en administrativ medarbejder.</i> <i>Ledelsen oplyser, at der ved ledige stillinger, vurderes der på behovet for faglighed ift. hvilken personale der ansættes.</i>

• **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 den gode tone i hverdagen. Gennem den sidste tid har der været særligt fokus på forråelse, på baggrund af de udsendelser der har været i TV.</i> <i>Ledelse oplyser, at kontinuerligt arbejdes med at hjælpe og støtte hinanden. At det prioriteres at personalet rokere i blandt borgerne, for at skabe det brede kendskab, kontinuitet i opgave løsningen og professionel faglig tilgang til borgerne. Der benyttes ligeledes supervision til personalet.</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 ledelsen har et konstant fokus på den gode tone, hvor der tales med hinanden, grines sammen og humor er en del af hverdagen.</i> <i>Personalet oplyser, at personalet generelt er gode til at være opmærksomme på ens kollegaer og borgerne ift. at opretholde den gode tone.</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.
☒	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>
☒	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 der er afholdt MUS med alle personaler, hvor efter der er lavet en ide bank ift. hvordan hverdage kan gøres fagligt bedre og styrke samarbejdet på tværs af huset. Der har ligeledes været afholdt et personalemøde, ift. information og involvering omkring den viden der er kommet ved MUS og mere generelle tendenser. Ledelsen oplyser, at der ift. opkvalificering af personalets faglige kvalifikationer, vurderes der på behovet individuelt og mere generelt. Til opkvalificering benyttes alt efter behovet konsulenter, kurser og intern læring.</i>
☒	Foreligger der introduktionsprogram for nye personaler der tager udgangspunkt i den enkeltes faglighed og kompetencer? <i>Der foreligger skriftligt introduktionsmateriale, som udleveres og gennemgås med alle nye personaler. Alle nye personaler er altid i introduktion i de forskellige typer af boliger/afdelinger.</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 UTH indberettes elektronisk. Ledelsen følger op på de UTH der er indberettet, dels ift. den enkelte der har været involveret og dels ved hver måned at lave en handlingsplan for forebyggelse af UTH`er.</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.
	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 hver 3. måned laves egenkontrol på dokumentationen, herunder samtykke ift. habilitet og medicin håndtering.</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 der bruges en fysisk kalender ift. at sikre opfølgning på opgaver ved borgerne. Ligeledes er der lavet et kontrolprogram, der er på vej til at blive implementeret.</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 på Strandlyst arbejdes ud fra, at der skal være et kærligt og omsorgsfuldt miljø, hvor den enkelte borger ses som individuelle mennesker hvor deres livskvalitet og værdighed respekteres. At der skabes nogle trygge rammer, hvor borgerne inddrages, oplever medbestemmelse og det værdige liv bevares. Ledelsen oplyser, Der arbejdes ud fra en rehabiliterende tankegang, hvor borgeren involveres i det der er muligt. Eksempelvis hjælper mange borgere, med at støve af i forbindelse med rengøring i egen lejlighed.</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.

☒	Ledelsen beskriver indsatsen omkring måltiderne, på følgende måde: <i>Ledelsen oplyser, at der er fokus på at skabe ro og god stemning omkring det gode måltid i hverdagen i afdelingerne.</i>
☒	Ledelsen oplyser, at borgerne har indflydelse på udarbejdelse af menuen, og at borgernes individuelle ønsker og behov i forhold til kosten tilgodeses / respekteres. <i>Ledelsen oplyser, at der er eget køkken på Strandlyst, hvor alt maden tilberedes. Borgerne har mulighed for at komme med ønsker til menuen og bestemmer menuen, i forbindelse med fødselsdage.</i>

7. Personale

• 7.1. Smittespredning og hygiejne

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

☒	Er personalet bekendt med instrukser for forebyggelse af smittespredning (f.eks. i forbindelse med NOVO-virus)? <i>Personalet redegør fint for instrukser for forebyggelse af smittespredning, ligeledes for den praktiske håndtering af smitteforebyggelse.</i>
☒	Hvem er ansvarlig for at kontrollere holdbarhed på f.eks. håndsprit, handsker og forklæder? <i>Personalet oplever at alle tager et ansvar og der på stue møder aftales hvem der tjekker datoer på diverse.</i>
☒	Er der en arbejdsgang for, hvordan der arbejdes med hygiejne (f.eks. hygiejneugen, samarbejde med hygiejnekoordinator o.lign)? <i>Personalet redegør fint for systematisk opfølgning og fokus på relevante hygiejniske emner.</i> <i>I forbindelse med tilsynet observeres det, at personale bærer privat tøj i praksis. Ved drøftelse med personalet, ift. hindring af smittespredning, vendes følgende eksempler:</i> - Benyttes der beskyttelse ved morgen pleje, hvor der er risiko for stink. Er dette ikke tilfældet. Personalet har ikke overvejet, at der er risiko for smitte spredning, ej heller ift. at personalet ikke klæder om på arbejdspladsen. - Hvis personalet har langærmet bluser på, trækkes ærmerne på midt på underarmen, hvor de hygiejnisk vejledninger anbefaler korte ærmer.

• 7.2. Rammer for pleje og omsorg

Personalets oplevelser af at kunne yde den optimale og individuelle pleje og omsorg til hver enkelt borger indenfor de rammer og vilkår, der er til stede.

☒	Personalet beskriver, at rammerne er gode <i>Personalet oplever, at der ydes en gode pleje og omsorg til den enkelte. Der tages hensyn til individuelle behov og borgeres selvbestemmelse respekteres.</i>
	Personalet giver udtryk for, at rammerne kunne være bedre. Konkret beskrivelse:

• 7.3. Trivsel på arbejdspladsen

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

☒	Personalet giver udtryk for trivsel og godt samarbejde på arbejdspladsen. <i>Personalet oplyser, at TR og AMR bruges i hverdagen og særligt i forbindelse med APV arbejde. Der er åbenhed og fokus på trivselsarbejde via trivselsundersøgelse og MUS:</i>
-------------------------------------	--

Personalet giver udtryk for, at følgende har indflydelse på trivslen/arbejdsglæden på arbejdspladsen under de givne vilkår:
--

- **7.4. Værdighed i plejen**

Personalet beskriver, hvorvidt og hvordan der i det rehabiliterende arbejde i dagligdagen er fokus på at sikre, hvad der er vigtigt og meningsfyldt for den enkelte borger. Værdighed i plejen defineres ud fra, om den enkelte borger oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.



Personalet oplyser at der arbejdes med ovenstående på følgende måde:

Personalet oplyser, at Strandlyst ikke betragtes som et alderdomshjem, men som borgernes hjem, hvor selvbestemmelse er i fokus.

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.

	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.

	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 tilfredshed med muligheden for at tilkalde hjælp. Hos borgere, der ikke kan anvende nødkaldet er der ikke indlejret alternative løsninger (f.eks. i form af hyppige tilsyn). Tilsynets observationer understøtter dette. Evt. afprøves nødkald.
--	---

• 8.3. Udbud af aktiviteter

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

☒	De adspurgte borgere angiver tilfredshed med tilbud og mulighed for deltagelse i hverdagsaktiviteter/gøremål. <i>Borgerne oplever, der er de arrangementer der er behov for. De borgere der har behov for socialt samvær med andre, oplever at dette er muligt i opholdsstuen og de borgere der ikke ønsker dette, oplever at deres valg respekteres.</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 at der tages individuelle hensyn, også på den enkelte dag.</i>
	Flere af de adspurgte borgere oplever kun delvist at have selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.
	Ingen af de adspurgte borgere oplever at have selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.

• 8.5. Måltider

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

Borgernes oplevelse af måltiderne, herunder hvordan der serveres, skabes hygge og hjemlig stemning samt om pårørendes mulighed for at deltage i måltidet, beskrives. Vurdering foretaget hos 3 borgere.

☒	De adspurgte borgere udtrykker tilfredshed med den valgte kost, oplevelsen af måltiderne og med den hjælp, der evt. er behov for til indtagelse af mad. Tilsynets observationer og faglige vurdering understøtter dette.
	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>Borgerne oplever, at deres ønsker til menuen i forbindelse med fødselsdage opfyldes.</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.

☒	De adspurgte borgere udtrykker tilfredshed med nuværende boligforhold, fysiske rammer for hverdagen samt selvbestemmelse i eget hjem.
	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: