



Tilsynsrapport

Grønningen Plejehjem

2021



24. August 2021

Aabenraa Kommune
Kira Jessen

Indholdsfortegnelse

Formål.....	3
Tilsynsmetode og score.....	3
Generel info.....	4
Opfølgning fra sidste tilsyn.....	5
Kvalitetstema.....	5
Trivsel og værdighed.....	5
Sundhed og rehabilitering.....	6
Dokumentation.....	7
Ledelse og kompetencer.....	8
Plejehjemsoversigten.....	9
Inddragelse af pårørende.....	9
Tilsynets konklusion.....	10
Godkendt med anbefaling og/eller anmærkning.....	11

Formål

Det lovpligtige tilsyn er tilrettelagt og gennemført jf. Tilsyns-politikken 2021.

Formålet med tilsynet er at sikre, at leverandøren lever op til leverandørkravene og de kvalitetsstandarder for den leverede pleje- og omsorgsindsats, som kommunalbestyrelsen har besluttet samt, at hjælpen leveres med en faglig forsvarlig kvalitet.

Kvalitetstemaer:

- Trivsel og værdighed
- Sundhed og rehabilitering
- Dokumentation
- Samarbejde med og inddragelse af pårørende
- Ledelse og kompetencer
- Tilbudsportal og plejehjemsoversigt

Fokus på hvordan erfaringerne med Covid-19 er omsat i læring og forandring.

Særligt fokus på atypiske borgere.

Fokus på, hvordan der arbejdes med rehabilitering og profylakse i forhold til KRAM faktorer.

Gennemførte medicinaudits.

Fokus på specialisering og samarbejde med eksterne faggrupper.

Tilsynsmetode og score

Det lovpligtige uanmeldte tilsyn blev afviklet med interview og samtale med leder og 2 medarbejdere.

Herudover har tilsynsførende besøgt 2 udvalgte beboere og talt med 2 pårørende (telefonisk).

Samtalerne blev afviklet i en dialogbaseret kontekst med udgangspunkt i et spørgeskema/spørgeguide med uddybning af relevante områder.

Tilsynene kan være aflagt gennem flere besøg, og på forskellige tidspunkter af døgnet og ugen afhængig af hvad der har været muligt og relevant. På Grønningen var det besøg i dagvagten.

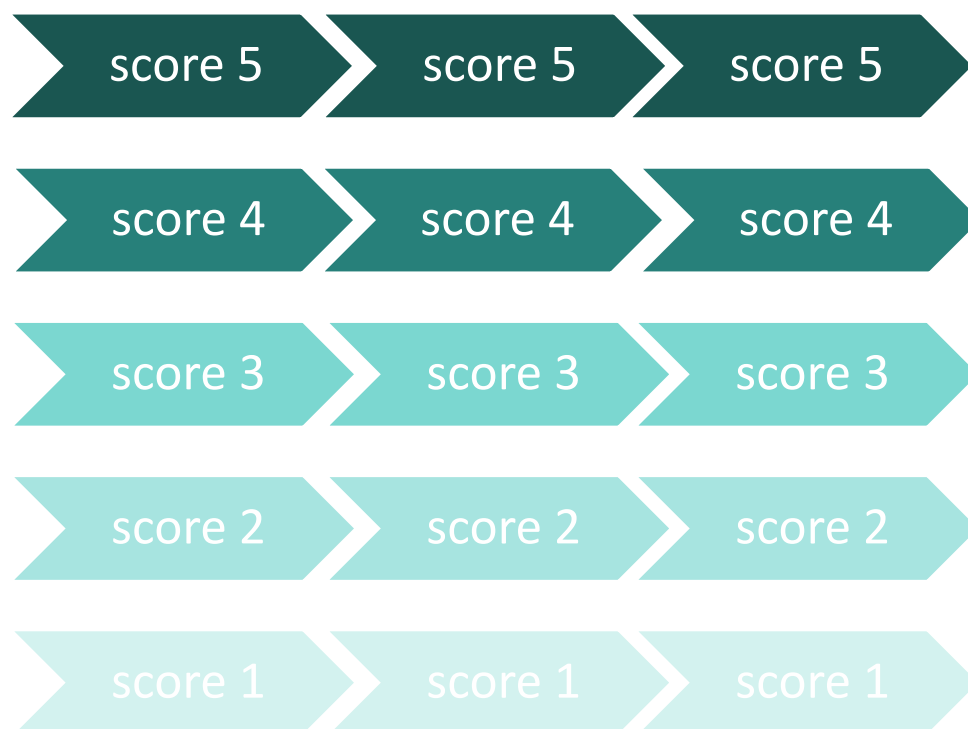
Spørgeskema ift. praktiske oplysninger udsendt til leder inden tilsynet ca. 3 uger før tilsynet.

Tilsynet er uanmeldt. Det er derfor et her og nu billede af plejehjemmet. Tilsynet baserer sig på stikprøver samt data fra Nexus.

Tilsynet er et udtryk for den helhed, som er oplevet igennem interviews, observationer samt datatræk fra Nexus. Således den tilsynsførendes oplevelse af sammenhæng af plejehjemmet den/de pågældende dage, der har været aflagt tilsyn.

Score

For hvert kvalitetstema, der undersøges under tilsynet, opnår tilbuddet en score fra 1-5, hvor 5 er den bedste. Således fremgår det af figuren under hvert tema og tilsynets konklusion, i hvor høj grad tilbuddet opfylder indikatorerne for hvert tema. Figures farve og score tal således udtryk for kvaliteten på de valgte temaer og indikatorer. Jo mørkere farver og høje score, jo bedre kvalitet.



Tilsynet følges op med et læringsmøde med de respektive ledere fra plejehjemmene sidst på året, formentligt december, 2021, for at skabe tværgående læring og understøtte bottom-up perspektivet ift. udvikling af områderne.

Generel info

Under tilsynsperioden har Grønningen tilknyttet 19 beboere.
Aktuelt er der af fastansatte medarbejdere:

1 sygeplejerske
7 social- og sundhedsassistenter (SSA)
10 social- og sundhedshjælpere (SSH)
1 ufaglært
1 administrativt personale,
2 pedeler
2 aktivitets medarbejdere
2 husassistenter

8 frivillige

Afløsere: 3 ufaglærte, 3 SSA og 1 SSH

Daglig leder er uddannet sygeplejerske og med lederuddannelse.

Opfølgning fra sidste tilsyn

Der var ikke anbefalinger eller anmærkninger fra sidste tilsyn i 2020.

Alle journaler har ifølge lederen været gennemgået vedr. funktionsevne tilstande.

Kvalitetstema

Tilsynet tager afsæt i kvalitetstemaerne i Tilsynspolitikken 2021, som er:

Trivsel og Værdighed, Sundhed og Rehabilitering, Dokumentation, Ledelse og Kompetencer, Tilbudsportalen, Inddragelse af og samarbejde med pårørende.

Trivsel og værdighed – Score 4

Det er afgørende for kvaliteten, at de leverede indsatser og valgte metoder matcher målgruppens behov, samt beboerne mødes med respekt for individuelle ønsker og behov. Indsatserne understøtter borgerens trivsel i hverdagen, bl.a. ved et øget opmærksomhed på ensomhed og mistrivsel. Indsatsen skal ligeledes understøtte borgerens ønske om udvikling og deltagelse i fællesskaber og meningsfulde aktiviteter med mindst mulig indgriben i de personlige rettigheder.

Grønningen arbejder ud fra en neuropædagogisk tilgang, og gør brug af livshistorie, taler med beboer og pårørende, og giver dem reelle valgmuligheder. Der er både mulighed for aktiviteter én til én og/eller i fællesskaber. Bruger aktivitetsmedarbejdere, der planlægger og støtter op om aktiviteter. Beboerne inddrages også i planlægning af de enkelte aktiviteter, og følges til aktiviteter ud af huset. Planlægger gudstjenester, cirkus, gospel koncert, etc. Der anvendes oplevelsespulje, særlig pulje penge til aktiviteter. Der er en besøgshund hver 14. dag gennem ældresagen.

Klippekort anvendes til alle beboere, og der er fast 2 SSH, der sørger for tilbud til disse og har timer frigivet. F.eks. en beboer uden pårørende, der får hjælp til indkøb af nyt tøj.

Der er under tilsynet talt med 2 beboere, der er glade for at bo på plejehjemmet. De anvender nødkald ud over den hjælp der tilbydes. Synes maden er god. Oplever personalet inddrager dem i hverdagen, og en beboer oplyser, at hun klarer alle de opgaver hun føler hun kan selv og får støtte til de opgaver hun ikke kan længere. Hun er tidligere journalist og bruger sin viden til at skrive til plejehjemmets dagblad og føler sig værdsat. Der er indsatsmål på denne aktivitet. En anden beboer, der er dement, har flere skilte i sin lejlighed, så hun bedre kan orientere sig. Der er mapper med billeder af familie, navne og årstal. Beboerne er soigneret, og lejlighederne fremstår opryddelige og rene.

Pårørende oplever, at der er god dialog. Føler personalet og leder er lydhøre og der tages hånd om episoderne.

Det er tilsynets vurdering, at plejehjemmet vægter trivsel og værdighed. Der er sammenhæng mellem det tilsynet oplever, når vi møder beboere, personale, pårørende og leder samt de oplysninger, de giver og de aktiviteter de tilbyder. Der tages individuelle hensyn og fokus på at forebygge ensomhed, hensyn til den målgruppe af forskellige beboere stedet rummer og fokus på mistrivsel.

Der er fokus på at forebygge magtanvendelse gennem neuropædagogikken, medarbejderne lærer af hinanden på bl.a. tavlemøder hver 2. uge og inddrager bl.a. demensenheden for sparring. Der er også anvendt ekstern supervision til håndtering af særlige beboere med særlige behov.

Der har været anvendt magtanvendelse, og reglerne er delvist kendte for medarbejderne samt procedure og indberetning. En beboer råbte i fællesstuen og blev kørt i sin lejlighed mod hendes vilje, for at skærme mod de andre beboere. En medarbejder oplyser hun vil bruge kvalitetsassistenten ved behov for at indberette. Leder oplyser, at hun arbejder på fælles undervisning om magtanvendelse.

Det er et rent, men slidt plejehjem. Der bygges nye lokaler og bygningen forventes indflytningsklar marts 2022.

Personalet er imødekommende, taler pænt til beboerne, og der er en god atmosfære. Under tilsynet observeres personale, der sidder sammen med beboerne i fællesrummet, men flere steder sidder beboerne uden opsyn.

Det er tilsynets vurdering, at det er en god ide at have fokus på undervisning i magtanvendelse, så reglerne er kendt for alle, også aftenvagterne. Der er udleveret navn på konsulent, som leder kan henvende sig til ift. undervisning heraf.

score 4

score 4

score 4

Sundhed og Rehabilitering – Score 4

Indsatserne tilrettelægges med udgangspunkt i "den rehabiliterende tilgang" med inkludering af sundhed i opgaveløsningen, og med borgeren som den aktive medspiller.

Det er væsentligt, at indsatserne koordineres tværfagligt med fokus på at udvikle og/eller bevare borgerens egne ressourcer, så borgerne så selvstændigt som muligt, mestrer eget liv.

Døgnrytmeplaner er udfyldt hos de beboere, der er udvalgt til gennemgang under tilsynet. De bekræfter på en tilfredsstillende måde, inddragelse af beboernes ressourcer i hverdags aktiviteter.

Tilstande udfyldt ved administrativ gennemgang af 5 tilfældigt udvalgte borgere i Nexus. Det fremgår tydeligt om beboers tilstand er vedvarende eller udviklende. Der er viden og systematik ift. oprettelse af indsatsmål med GAS score, handlingsanvisninger og opfølgninger. Der er ved tilfældigt udvalgte beboere mangler ift. handlingsanvisninger og opfølgninger, men dokumenteringspraksis er kendt af medarbejderne.

Ift. KRAM faktorer medinddrages beboerne i forhold til kostønsker, der udfyldes kontinuerligt ernæringsscreeninger, som også fremgår af kørelisten til medarbejderen. Tilfældigt udvalgte beboere, har vægtøgning, hvor der savnes handlingsanvisninger og opfølgninger ift. disse. Ligeledes savnes en gennemsigtighed af motion og bevægelses tilbud for beboere med vægtøgning. Den ene beboer har tilknyttet beskyttet beskæftigelsestilbud ud af huset, hvor der savnes et samarbejde med disse ift. vægtproblematikken hos beboeren. Hos en beboer med vægttab fremgår plan og handlinger og der er beskrevet kostplan efter

vejledning fra diætist. Der er generelt fokus på tilbud til bevægelse/motion, i form af flere tiltag f.eks. boldspil, ture ud af huset, nærvær, kortspil etc.

Der anvendes sparring fra apoteket ift. rygestop og alkohol problemer.

Der anvendes bevægelsescensor ved sengen hos faldtruet beboere, musikpude ved uro, demensbrik ved dørsøgende beboere, samt demensdukke.

Beboerne vi møder under tilsynet er glade og smilende.

Der er pænt, opryddeligt og rent over alt på plejehjemmet.

Der arrangeres forskellige ting både i fællesskab og alene ud fra hvilke behov beboerne har. Bruger klippekort efter beboerens ønsker og inddrager de frivillige til spil og gåture. Bruger fælles stuerne i hver enhed til måltider og tv. Samarbejder med den lokale børnehave. Præsten kommer til gudstjenester.

Der er samarbejde på tværs med f.eks. gerontopsykiatrien og demensenheden. Ligeledes været indkøbt ekstern supervision til beboer med svære udfordringer. Der anvendes sparring med diætist fra Mad og Måltider ved småt spisende beboere. Der anvendes sparsom inddragelse af træningsenheden, medmindre der er en genoptræningsplan eller vederlagsfri fysioterapi. Der er godt samarbejde med hjælpemiddeltherapeuter ved funktionstab hos beboere, enten gennem forflytningsvejleder eller visitationen.

Der anvendes sygepleje fra udekørende ved insulin uden for dagtimerne, når plejehjemmet ikke selv har en SSA på arbejde.

Der anvendes primært sparring fra eget hus, både sygeplejefagligt og fra forflytningsvejleder.

Der er god kontakt til praktiserende læge, og plejehjemmet har fast tilknyttet et lægehus. Lægen kommer x 1 om ugen. Der er god systematik i Nexus med liste til lægebesøg.

Det er tilsynets vurdering, at der med øget fokus på en mere systematisk anvendelse af individuelle mål og opfølgninger af disse, kan skabes læring, og øget fokus på rehabilitering for den enkelte beboer, samt skabe en synlighed i de tilbud den enkelte beboer modtager ift. at fremme deres rehabiliteringsmuligheder. Specielt ift. beboere med vægtøgningssproblemer. Der savnes gennemsigtighed af tilbud ift. KRAM faktorer.



score 4

score 4

score 4

Dokumentation – Score 4

Det er afgørende for kvaliteten af indsatsen, at der beskrives klare mål med de visiterede indsatser, og at metoderne til opfyldelse af målene medvirker til at sikre borgernes trivsel. Et væsentligt led heri er, at målene for indsatsen skal konkretiseres og dokumenteres i Nexus, hvor de løbende evalueres.

Korrekt anvendelse af Nexus er en forudsætning for at kunne yde den bedst mulige indsats, såvel monofagligt som tværfagligt og tværorganisatorisk samt en forudsætning for borgernes retssikkerhed.

Plejahjemmet oplyser, at alle har et ansvar om at følge op, når der observeres et behov for at tilrette dokumentering, både observationer og døgnrytmeplaner. Kontaktpersoner, assistenter og kvalitetsmedarbejdere har et ansvar for at følge op og løbende være opmærksom på processen i at oplære alle i opfølgning. Der er afsat tid til dokumentering. Hver måned tjekkes/ajourføres døgnrytmeplanerne, handlingsanvisningerne, mål og tilstande. Kvalitetssygeplejersken + SSA sikrer den råde tråd i observationer og opfølgninger herpå.

Alle medarbejdere dokumenterer i Nexus samme dag en hændelse opstår. Stikprøvekontrol viser, at der ved de enkelte beboere/borgere er retvisende beskrivelser af fokusområder samt at der kontinuerligt dokumenteres relevante notater.

Medicinaudits gennemført i 2021. Under tilsynet er de medicinskemaer der er tilfældigt gennemgået med aktuel dato.

Der er registreret indsatsmål med GAS score efter Tom Kitwood, både udviklende og vedligeholdende mål, samt relevante handlingsanvisninger tilknyttet målene. Der er god inddragelse af beboernes færdigheder i døgnrytmeplanen og de er opdateret. En enkelt fra marts 2020, hvor dato manglede at blive opdateret. Der savnes dokumentering af livshistorie, men de fremgår i flere af målene.

Det er tilsynets vurdering, at Grønningen arbejder godt med dokumentering af individuelle mål, så det skaber en tydelighed omkring en tværfaglig indsats for den enkelte beboer. Tilsynet vurderer, at beboerne får en hjælp, der lever op til kommunens serviceniveau.

Der savnes en gennemsigtighed og synlighed ift. tiltag og handlinger, der relatere sig til den enkelte beboer, der har vægtøgningsproblemer.



Ledelse og kompetencer – Score 5

En væsentlig forudsætning for kvaliteten af de leverede indsatser er en kompetent og ansvarlig ledelse. En ledelse, der arbejder med faglig udvikling, herunder inddragelse af civil samfundet og velfærdsteknologi, har fokus på medarbejder trivsel, vægter den gode dialog og dermed fremmer effektiviteten og kvaliteten på tilbuddet. Det er af afgørende for kvaliteten af indsatsen, at tilbuddets samlede kompetence (uddannelse, erfaring og viden) løbende tilpasses, så de matcher borgernes aktuelle behov.

Grønningen har haft en sygefraværsprocent på under 7-10 %.

Der afholdes årlige MUS/GRUS samtaler. Der er enighed om, at der er skabt god trivsel gennem det seneste år. Der inddrages frivillige, og samarbejder med den lokale børnehave. Covid-19 har medført at en del aktiviteter, møder og undervisning er pauseret, men også at andre kreative tiltag som udendørs cirkus, har været iværksat.

Frivillige kommer hver tirsdag, onsdag, torsdag og fredag og spiller kort, går tur, hjælper i køkkenet og til socialt samvær. Lokale børnehaver var med til cirkus. Tilbudt sang formiddage sammen med de ældre. Covid-19 har medført en bevidsthed om behov for færre mødeaktiviteter, møder online og brugen af Life Manager på en positiv måde, både internt på plejehjemmet og i kommunikationen med de pårørende.

Der er tilbudt neuropædagogisk kursus til medarbejderne.

Der samarbejdes og indhentes viden afhængig af den aktuelle problemstilling. Der anvendes eksterne undervisere ved behov, f.eks. kollegaer fra demensenheden, supervision fra ekstern sparring, oligofreniteam og Mad og Måltider.

Af kvalitetsudviklende tiltag har der været anvendt tavlemøder hver 14. dag med faglige drøftelser, digitale køreplaner. Intelligent ble. Supervision fra demens team. Undervisning i døgnrytme planer er planlagt. Introduktions program er revideret + indflytnings materiale. Kvalitets medarbejderne underviser i døgnrytmeplaner. MUS angående medbestemmelse, rehabilitering og aktiviteter.

Ledelsen er bekendt med kommunens undervisnings tilbud, KUC, og har anvendt disse. Der anvendes sidemandsoplæring og der er udpeget IT ansvarlig, der hjælper kollegaer med Nexus.

Tilsynet vurderer, at der er en tydelig overensstemmelse mellem ledelsens/kommunens værdier og visioner, og den oplevelse borgere, pårørende og medarbejdere har. Der er en god trivsel på plejehjemmet, hvor der er arbejdet konstruktivt med flere udfordringer.



Plejehjemsoversigten – Score 5

Relevante oplysninger forefindes på Aabenraa Kommunes hjemmeside og Plejehjemsoversigten.dk.

Plejehjemmets egen side er let overskuelig og der er beskrevet værdier, og billeder med glade beboere med fælles aktiviteter.



Inddragelse af pårørende – Score 4

Der er etableret et beboer og pårønderåd, der mødes 4 gange årligt. Været pause siden Covid-19 nedlukning. Der opleves, at personalet er nærværende, og lette at komme i kontakt med.

Der afholdes opstartssamtale/indflytningssamtale med deltagelse af kontaktperson til stor glæde for beboere og pårørende.

Der anvendes Life Manager, som findes synlige i alle lejligheder, til fælles kommunikation mellem plejehjemmet/beboer og den pårørende. En pårørende oplyser, at det kan være svært at tilgå informationer på Life Manager, når man kun anvender en mobiltelefon. Svært at læse teksten. Kræver således Ipad eller computer. En anden pårørende oplevet problemer med at kunne kommunikere med plejehjemmet via beskeder. Generelt en opfordring fra begge de pårørende, til at se på Life Managers muligheder og tekniske udfordringer. Begge pårørende har påpeget det over for plejehjemmet.

Den ene pårørende oplever der er for lidt fokus på at hendes mor får daglige gåture, og mærker et tydeligt funktions tab i hendes udholdenhed efter at være flyttet ind på plejehjemmet. Oplever hun kunne gå 3-4 km dagligt tidligere og nu bliver hurtigt forpustet.

Tilsynet vurderer der er behov for at plejehjemmet ser på brugen og anvendelsesmuligheder for Life Manager, som de pårørende pointerer. Ligeledes at der skabes fokus på motion, også for beboere, der skal motiveres og er demente.



Tilsynets konklusion – Score 4,3

På baggrund af interview med beboere, medarbejdere, leder og pårørende samt observationer og stikprøvekontrol af dokumentation, vurderer tilsynet samlet set, at Plejehjemmet Grønningen lever op til Aabenraa Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau.

Hjælpen leveres på en måde, der understøtter det enkelte menneskes trivsel og selvbestemmelsesret. De interviewede beboere udtrykte tilfredshed med at bo på plejehjemmet, med den leverede hjælp og de individuelle hensyn, der bliver taget til den enkelte. Pårørende tilkendegiver tilsvarende, at de oplever Grønningen som et trygt hjem med omsorgsfuldt personale.

Beboerne på Grønningen oplyser, at personalet fremstår venlige, imødekommende og lydhøre over for borgernes individuelle ønsker. Ligeledes understøtter medarbejderne, borgerne i at være selvhjulpne.

Tilsynsførende har følt sig velkommen på plejehjemmet. Der var ingen aktiviteter den pågældende dag som jeg kunne deltage i. Der var tur ud af huset for nogle af beboerne.

Figurens farve og score tal således udtryk for kvaliteten målt på de valgte temaer og indikatorer. Jo mørkere farver og høje score, jo bedre kvalitet. **Gennemsnitscore for Plejehjemmet Grønningen er: 4,3**



Hørings- opfølgings- og formidlings proces	
	Beskrivelse
1	Tilsynsenheden udfærdiger skriftlig tilsynsrapport inden for 15 arbejdsdage efter det uanmeldte tilsyn har fundet sted.
2	Tilsynsenheden sender rapporten til lederen af den besøgte enhed til kommentering af eventuelle faktuelle fejl. Lederen sender rapporten retur til tilsynsenheden indenfor 14 dage.

Opfølgning og formidling	
	Beskrivelse
1	Tilsynsenheden indkalder relevante ledere til læringsmøde, for at skabe tværgående læring og understøtte bottom-up perspektivet ift. udvikling af områderne sidst på året.
2	Lederen af plejehjemmet sørger for at den endelige og godkendte tilsynsrapport offentliggøres på Plejehjemsoversigten.dk

Godkendt med anbefaling og/eller anmærkning

Grønningen er godkendt med anbefalinger om, at have øget fokus på handlingsanvisninger til beboere med vægtøgningss problemer, samt opfølgninger af indsatsmål. Ligeledes fokus på motion.
Der mangler beskrivelser af livshistorier hos flere beboere.