

# Tilsynsrapport

## Grønnegården

# 2021

---



**23. JUNI**

---

**Aabenraa Kommune**  
**Kira Jessen**  
**Anna Marie Jensen**

---

## 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
Plejhjemsoversigten.....	9
Inddragelse af pårørende.....	9
Tilsynets konklusion.....	9
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 og en kvalitetsassistent. Herudover har tilsynsførende besøgt 2 udvalgte beboere og talt med 2 pårørende.

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 Grønnegården var det besøg i dagvagten.

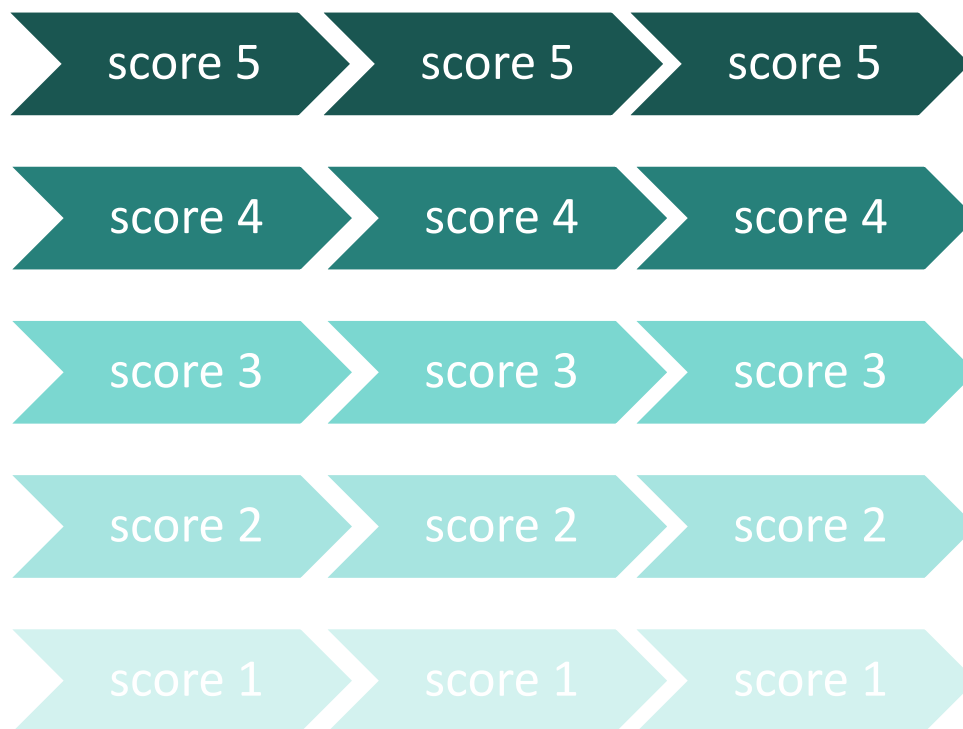
Spørgeskema ift. praktiske oplysninger udsendt til leder inden tilsynet ca. 3 uger før tilsynet.

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 kvalitets tema, 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. Figurens 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, formentlig december, 2021, for at skabe tværgående læring og understøtte bottom-up perspektivet ift. udvikling af områderne.

## **Generel info**

Under tilsynsperioden har Grønnegården tilknyttet 39 beboere.

Aktuelt er der 36 fastansatte medarbejdere. Heraf:

- 1 sygeplejerske,
- 12 social- og sundhedsassistenter,
- 13 social- og sundhedshjælpere,
- 1 sygehjælper,
- 6 ufaglærte,
- 1 administrativt personale,
- 2 pedeler,
- 2 afløsere, og
- 7 frivillige.

Daglig leder er uddannet plejehjemsassistent.

Aktuelt er rekruttering af nye medarbejdere og sommerferieafløsere af betydning for den daglige drift.

---

## Opfølgning fra sidste tilsyn

Fra tilsynsrapport 2020 er noteret, at plejehjemmet specielt har arbejdet med at udvikle anvendelse af Nexus. Stikprøver viste et mønster i forhold til manglende udfyldelse af tilstandshjul. Der var også en manglende eller begrænset refleksion i forhold til medicin og observationer.

Det er ved gennemgang af 10 tilfældige borgere ved tilsynet 2021 ikke fundet beboere med manglende udfyldelse af tilstandshjulet. Der er enkelte, der ikke er scoret ift. forventet funktionsniveau.

Der er på plejehjemmet oplyst ved tilsynet 2021, at der er arbejdet med at indføre rutiner, hvor observationer, medicin m.v. løbende drøftes og dokumenteres i forhold til den enkelte beboer. Der er oprettet et uforstyrret rum til dosering af medicinen. Der er aflåste skabe for hver beboer, hvor medicinen er opdelt ift. aktuelle medicin. Der arbejdes ligeledes med UTH på en konstruktiv måde med inddragelse af kvalitetsassistenten, så der skabes læring på tværs af vagterne.

## Kvalitetstema

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

*Trivsel & Værdighed, Sundhed og rehabilitering, Dokumentation, Ledelse & Kompetencer, Tilbudsportalen, Inddragelse af og samarbejde med pårørende.*

## Trivsel og værdighed – Score 5

*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.*

Grønnegården 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 en lille gruppe frivillige seniorer (tidligere medarbejdere), der støtter op om aktiviteter. Beboerne inddrages, hvor det er muligt i aktiviteter, f.eks. følges til aktiviteter ud af huset. Når der skal holdes fest deltager de i planlægning af hvad der skal spises, hvor, hvornår, farve på dugen, hvilke servietter. Grundugeplan for aktiviteter laves sammen, og ønsker fremlægges på bruger og pårørendemøder.

Der er frisør på plejehjemmet, hvor der også tilbydes hårvask.

Det er tilsynets vurdering, at plejehjemmet i høj grad vægter trivsel og værdighed. Der er sammenhæng mellem det tilsynet oplever, når vi møder borgere, 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, lærer af hinanden og inddrager demensenheden og psykiatrien. Der har ikke været anvendt magtanvendelse, men reglerne er kendte for medarbejderne samt procedure og indberetning.

Det er et indbydende plejehjem med blomster, lys, forskellige kroge rundt omkring med forskellige synsindtryk, afhængigt af de beboere, der aktuelt bor på plejehjemmet.

Personalet er meget imødekommende, taler pænt til beboerne, og der er smil, grin og god atmosfære.



### 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 beboerne 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 delvist udfyldt ved administrativ gennemgang af 10 tilfældigt udvalgte beboere i Nexus. Det fremgår ikke tydeligt om beboers tilstand er vedvarende eller udviklende.

Ift. KRAM faktorer medinddrages beboerne i forhold til kostønsker, der udfyldes ernæringscreening, fokus på bevægelse/motion, i form af flere tiltag f.eks. boldspil, cykelture, dans, nærvær etc.

Der anvendes bevægelsescensor ved sengen, musikpude ved uro, gyngestol, carentostol, raizzerstol, kugledyner, og Abena Novo.

Beboerne vi møder under tilsynet er glade, smilende, én i kørestol anvender benene og kommer selvstændigt omkring. De ser velernæret ud. En tilfældigt interviewet beboer oplyser, at hun ved besøg af familie, selv tager ned i køkkenet og bestiller kager. Hun oplyser, at hun selv er deltagende i tøjvask ved at lægge sit eget tøj på plads. Hun oplyser egne mål for fremtiden, f.eks. at kunne komme i/af seng, og at komme til at klare toiletbesøg igen.

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

Der anvendes klippekort til både demente, ensomme og atypiske beboere, der har svært ved at rumme tilbud i fællesskaber. Således tilbydes én til én aktiviteter, f.eks. kortspil, snak, gåture etc.

Der er samarbejde på tværs med demenskoordinator, sårsygeplejerske, og akutteamet ved behov for dette. Der anvendes sparsomt inddragelse af træningsenheden eller hjælpemiddeltherapeuter ved funktionstab hos

---

beboere, medmindre de har en genoptræningsplan. Der anvendes primært sparring fra eget hus, både sygeplejefagligt og fra forflytningsvejleder.

Det er tilsynets vurdering, at der med øget fokus på en mere systematisk anvendelse af tværfaglige ressourcer på tværs, kan skabes læring, og øget fokus på rehabilitering for den enkelte beboer.

Det er tilsynets vurdering, at der ved systematisk korrekt udfyldelse af tilstande kan optimeres arbejdsgange ved deling af informationer på tværs af sektorer og fremme samarbejdet til gavn for beboere samt kunne måle den kvalitet af de tiltag, der tilbydes beboerne i hverdagen på plejehjemmet.



### Dokumentation – Score 3

*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.*

Plejehjemmene har gennem 1. kvartal 2021 som mål, arbejdet med selvevaluering af enhedens dokumentationspraksis. Plejehjemmet oplyser, at faglig notat, indsatsplan og handlingsanvisninger opdateres efter behov samt x 1 månedligt, hvor der er afsat tid til medarbejderen. Sygdom og rekrutteringsproblemer kan udfordre dokumentationspraksis.

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.

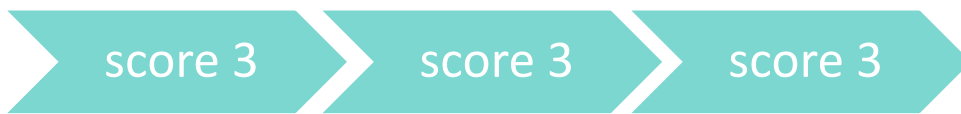
Der er én ansvarlig medarbejder for selvevaluering af medicinaudits, og proceduren er gennemført, december 2020. Der er allerede planlagt ny audit for 2021.

Der mangler indsatsmål med GAS score, både udviklende og vedligeholdende mål.

Det er tilsynets vurdering, at et fokus på en struktureret anvendelse af SMART mål og indsatsmål med GAS score, ville kunne skabe læring og højne kvaliteten af de gode tiltag plejehjemmet tilbyder borgerne i hverdagen, men ikke får dokumenteret som indsatsmål. Tilsynet vurderer, at borgerne får en hjælp, der lever

---

op til kommunens serviceniveau, men der savnes en gennemsigtighed og synlighed ift. en rehabiliterings tilgang, således, at borgernes problemstillinger vurderes tværfagligt.



## 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 afgørende for kvaliteten af indsatsen, at tilbuddets samlede kompetence (uddannelse, erfaring og viden) løbende tilpasses, så de matcher borgernes aktuelle behov.*

Grønnegården har haft en sygefraværsprocent på under 4 %.

Der afholdes årlige MUS/GRUS samtaler. Der er enighed om, at der er god trivsel.

Der inddrages frivillige, og der er et stort samarbejde, både med børnehave, dagpleje, vuggestue, skole og kirken.

Der er tilbudt neuropædagogisk kursus til medarbejderne.

Under Covid- 19 har været observeret at nogle beboere har haft glæde af den ro der har været i huset ved færre besøgene. Andre har savnet besøgene. Der arbejdes i forvejen meget med den individuelle beboers behov, og således fortsætter plejehjemmet med at tilbyde aktiviteter målrettet den enkeltes behov. Alle aktiviteter er genoptaget igen.

Der samarbejdes og indhentes viden afhængig af den aktuelle problemstilling. F.eks. bruges demenskoordinator og sårsygeplejerske. Der er ligeledes indkaldt eksterne til undervisning på personalemøder.

Af kvalitetsudviklende tiltag har der været fokus på fald, dokumentation, Abena Nova, videreførelse af ”i sikre hænder” ift. medicin og trygsår, neuropædagogisk kursus og anvendelse af viden fra demenskoordinator.

Der er god oplæring til ufaglærte, og medarbejderne kender hinandens kompetenceområder og ansvars fordeling.

Ledelsen er bekendt med kommunens undervisnings tilbud, og har anvendt disse. Aktuelt udfordret af sygmeldinger og rekrutteringsvanskeligheder, der gør det svært at frigive personale ressourcer til at komme til undervisning ud af huset.

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.



---



score 5

score 5

score 5

### **Plejhjemsoversigten – Score 5**

Relevante oplysninger forefindes på Aabenraa Kommunes hjemmeside og Plejhjemsoversigten.dk

Plejhjemmets egen side er let overskuelig og der er beskrevet værdier, og masser af billeder med glade beboer med fælles aktiviteter.



score 5

score 5

score 5

### **Inddragelse af pårørende – Score 5**

Der er etableret et beboer og pårønderåd, der mødes 4 gange årligt. Der er stor enighed om, at både beboer, og pårørende føler sig hørt. Der er stor ros til leder af plejhjemmet og til personalet. Der opleves, at de er nærværende, og lette at komme i kontakt med. At tilbud og forslag imødekommes, både ift. aktiviteter og hjemkøbte redskaber til brug for beboere.

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

Der anvendes LifeManager, synlig Ipad i alle lejligheder, til fælles kommunikation mellem plejhjemmet/beboer og den pårørende.



score 5

score 5

score 5

### **Tilsynets konklusion – Score 4,5**

På baggrund af interview med beboere, medarbejdere, leder og pårørende samt observationer og stikprøvekontrol af dokumentation, vurderer tilsynet samlet set, at Grønnegården 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 alle stor tilfredshed med at bo på plejhjemmet, med den leverede hjælp og de

individuelle hensyn, der bliver taget til den enkelte. Pårørende tilkendegiver tilsvarende, at de oplever Grønnegården som et trygt hjem med omsorgsfuldt personale.

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

Tilsynsførende har følt sig meget velkommen på plejehjemmet. Der var på den aktuelle tilsynsdag 2 sygemeldte dagvagter og en sygemeldt aftenvagt. Lederen var selv gået med i driften. Desuden var der arrangeret Sankt Hans fest med fælles spising og bål i haven. Efterfølgende gudstjeneste i fælles rummet. Der var personaler, der havde fri, men blev og hjalp deres kollegaer med at få arrangementerne færdige og derved arbejdet over.

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.

Gennemsnit score for plejehjemmet Grønnegården 4,5:



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**

Grønnegården er godkendt med anbefalinger om, at have øget fokus på en systematisk anvendelse af individuelle indsatsmål med GAS score, samt inddrage flere samarbejdspartnere på tværs for at fremme den rehabiliterende tilgang for den enkelte beboer.

Der er behov for et fortsat øget fokus på at udfylde tilstande korrekt, så der sikres de rette oplysninger på tværs af sektorovergangene og at kunne måle en effekt af den kvalitet der ydes på plejehjemmet.