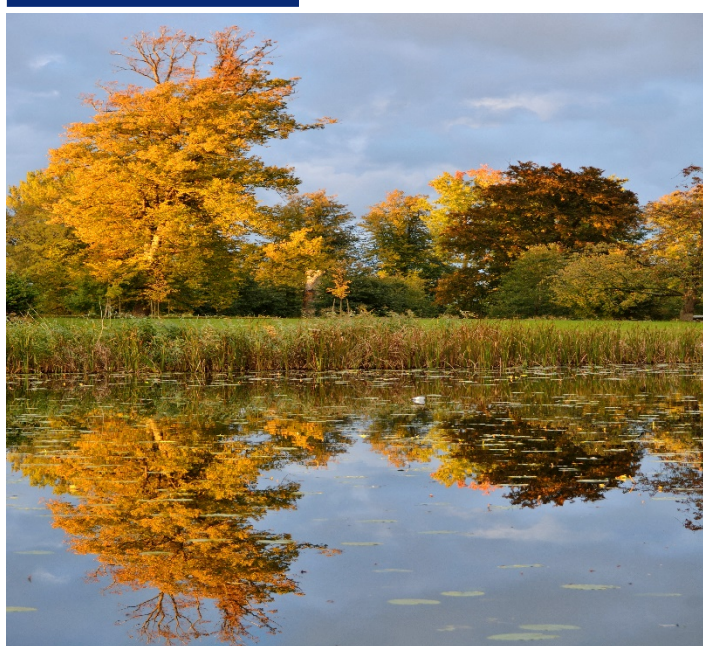

Tilsynsrapport

Rønshave

2022



24. august 2022

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
Plejhjemsoversigten.....	9
Inddragelse af pårørende.....	9
Tilsynets konklusion.....	10
Godkendt med anbefaling og/eller anmærkning.....	11

Formål

Det lovpligtige tilsyn er tilrettelagt og gennemført jf. Tilsynspolitikken 2022.

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

Tilsynsmetode og score

Det lovpligtige uanmeldte tilsyn blev afviklet med interview og samtale med driftsleder samt 2 medarbejdere. Herudover har tilsynsførende besøgt 3 udvalgte beboere og talt med 3 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 Rønshave var det besøg i dagvagten.

Spørgeskema ift. praktiske oplysninger udsendt til leder inden tilsynet ca. 4 uger før tilsynet.

Tilsynet er uanmeldt. Det er derfor et her og nu billede af stedet. Tilsynet baserer sig på stikprøver samt data fra Nexus. Der er før tilsynet screenet 9 tilfældige beboere.

Tilsynet er et udtryk for den helhed, som er oplevet igennem interviews, observationer samt datatræk fra Nexus. Således den tilsynsførendes oplevelse af sammenhæng af stedet den pågældende dag, 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.



score 5



score 4



score 3

score 2

score 1

Generel info

Plejhjemmet Rønshave er beliggende i Bov, med udsigt over et naturlandskab. Beboerne er fordelt på 5 boenheder. Hver enhed har indrettet et fælles opholdsrum med køkkenfaciliteter. Der er lyse gangarealer, med rustikke møbler, hvilket giver stedet en hyggelig atmosfære.

Under tilsynsperioden har Rønshave tilknyttet 40 beboere.

Aktuelt består personalegruppen af følgende faggrupper:

- 2 sygeplejerske,
- 15 social- og sundhedsassistenter,
- 19 social- og sundhedshjælpere,
- 2 sygehjælpere,
- 9 ufaglærte, heraf 4 kommende sygeplejestuderende
- 1 administrativt personale,
- 1 pedeller,
- 6 frivillige,
- 9 elever,
- 4 fleksjob i køkkenet,
- 1 fleksjob til opfølgning,
- 1 deltids ansat til rengøring.

Den daglige leder er assistent og leder uddannet. Mange års erfaring med ledelse.

Aktuelt er der en ledig stilling i aftenvagt.

Opfølgning fra sidste tilsyn

Tilsynsrapporten 2021 har været gennemgået med personalet, samt lagt på dialognet, oplyser leder. Sikring af kvaliteten på plejhjemmet er en løbende proces, som der også arbejdes med i et kvalitetsteam.

Kvalitetstema

Tilsynet tager afsæt i kvalitetstemaerne i Tilsynspolitikken 2022, som er:
Trivsel & Værdighed, Sundhed og rehabilitering, Dokumentation, Ledelse & Kompetencer, Tilbudsportalen/Plejhjemsoversigten, 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.

Plejhjemmet har arbejdet med neuropædagogik gennem et projekt med demensrejseholdet. Finder løsninger indenfor de rammer de har. Inddrager beboere og pårørende.

Bruger livshistorien, som også er udfyldt i fagsystemet hos 7 ud af 9 beboere. Personalet kan fint redegøre for de aktuelle beboere, der er udvalgt til gennemgang på tilsynet og hvordan de inddrages i hverdagen.

Der er tilknyttet inspirationsmedarbejdere, unge under 18 år til spil, snak og gåture. Ingen af de spurgte beboere har haft oplevelser med disse. Personalet oplever, at det kræver ressourcer fra personalet at sætte dem i gang med en opgave. Det kan være svært, når de møder sen eftermiddag, hvor der ikke er så meget fast personale til stede.

Har et pårørenderåd. Det er med repræsentanter af leder, pårørende og seniorrådsmedlem. Pårørende, der er en del af pårørenderådet, oplyser samarbejdet meget positivt.

Beboerne føler sig inddraget i hverdagen og de adspurgte beboere ved hvor de kan henvende sig ved brug for hjælp. Alle 3 beboere havde et nødkald.

Der afholdes arrangementer løbende, og ud af huset hver uge. Derudover tilbydes vedligeholdende træning, som f.eks. stolegymnastik. Der er banko spil, sang og gudstjenester på stedet. Ud af huset er f.eks. tur til Sønderborg slot, is og shoppeture. Beboere oplyser, de har deltaget i disse og ingen af beboerne mangler andre tiltag end det de tilbydes. En beboer vil gerne ud på flere daglige gåture, men er faldtruet og oplyser, at han tilbydes ture med personalet samt har besøgsven, der også følges med ham på tur.

Magtanvendelsesreglerne er kendte. Der har ikke været anvendt magt indenfor det seneste år.

Der er sensor på dørflygtige beboere, og søgt magtanvendelse, hvor det har været nødvendigt for at skærme disse beboere.

I den terminale fase kender stedet til brugen af vågekoner. Der vægtes tilstedeværelse fra personalet med beboerne i den sidste tid og der indkaldes ekstra personale ved behov.

Beboere, der er talt med under tilsynet føler sig hørt og inddraget. Pårørende oplever ligeledes Rønshave som et indbydende sted med personale, der er opmærksomme og hjælpsomme.

Der er pænt rent og opryddeligt alle steder. Indendørs vinduespudding og ekstra rengøring i lejlighederne varetages af pårørende, eller der kan anvendes klippekort. Ikke en del af servicerammen for rengøring.

Der er fællesrum til tøjvask, og 2 ud af de adspurgte beboere får tøj vasket på plejehjemmet uden problemer.

2 ud af de 3 beboerne oplever, der tilbydes god mad. Den ene savner mere kød. Beboerne oplyser, at de spiser i fællesrummet i egen enhed (mellem 6 og 10 beboere).

Det er tilsynets vurdering, at Rønshave vægter trivsel og værdighed. Der er sammenhæng mellem det beboere, personale, pårørende og leder oplyser, samt de aktiviteter der tilbydes. Der tages individuelle hensyn og fokus på at forebygge ensomhed, hensyn til den målgruppe af forskellige borgere stedet rummer.

Score 5

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.

Inddrager beboerne i dagligdagen. Nogle beboere har specifikke indsatser, f.eks. vederlagsfri fysioterapi, der hjælpes med at blive søgt ved egen læge. Beboere med genoptræningsplaner, støttes i at nå deres mål. Der er træningsfaciliteter på stedet.

Beboere der er talt med under tilsynet er kompenseret med flere hjælpemidler, som f.eks. rollator, kørestol (ved længere ture), nødkald, høreapparat, briller og badebænk.

Der anvendes kontinuerligt kostscreening. Der er speciel kost til dem, der behøver dette. Enten fedtreducerende, beriget eller sukkerfri. Beboere, der er udvalgt til gennemgang på tilsyn, har flere vægtproblematikker, både overvægt, diabetes og undervægt. Det er ikke tydeligt i omsorgssystemet hvordan personalet handler på disse informationer, både ift. samarbejde på tværs, og samtaler med beboerne. En beboer med vægttab, hvor der er udarbejdet kostplan og kontakt til kostvejleder. Er under sin indsatte minimale tærskelværdi i vægten. Der mangler opfølgning på dette samt tiltag for at forebygge yderligere vægttab.

Beboer med vægøgning, hvor der er indsat en forkeret tærskelværdi. Der mangler mål og handlinger på vægtstigningen.

Beboer med skæve blodtryksværdier, hvor der savnes handlinger på de målte værdier.

Medarbejderne kan dog fint redegøre for alle de udvalgte beboere. Hvad der er tilbudt af hjælp og hvilke tiltag, der er iværksat eller kan iværksættes. Både ift. kostplaner, samarbejde med kostvejleder, praktiserende læge og informationer til beboerne samt hvordan omsorgssystemet kan bruges til opfølgning ved brugen af ”opgaver”.

Der anvendes primært sparring fra eget plejehjem. Både sygepleje og forflytningsvejleder. Der udover er tilknyttet en praksislæge, der kommer hver uge. Adspurgte beboere har god gavn af at lægen kommer til dem. Leder er viden om muligheden for at søge om genoptræning uden sygehusindlæggelse, men har oplevet, at det er svært at få bevilget og at beboerne hurtigt afsluttes ved træningsenheden.

Der er samarbejde med Ældrepsykiatrien og hos enkelte beboere kan demensenheden inddrages eller anvendes til sparring.

Velfærdsteknologi anvendes i form af Livius (Ipad på stuerne), nødkald, sensor og Abena nova ble. Pårørende og beboere der er talt med anvender ikke Livius. Personalet anvender til f.eks. kvittering af medicin.

Døgnrytmeplaner er udfyldt hos de 9 beboere, der er udvalgt til gennemgang under tilsynet. De beskriver på en tilfredsstillende måde, inddragelse af beboernes ressourcer i hverdags aktiviteter.

Tilstande udfyldt ved administrativ gennemgang af 9 tilfældigt udvalgte beboere i Nexus. Det fremgår delvist om beboers tilstand er vedvarende eller udviklende. Der er indsatsmål hos 7 ud af de 9 udvalgte beboere.

En beboer fortæller hun dagligt selv går ture for at holde sig i gang. En anden beboer går til træning og den tredje beboer deltager i det, der tilbydes fra personalet.

Målrettet tilbud ift. mental sundhed, har der været ekstern konsulent ift. fokus på kommunikation til personalet, ift. håndtering af og samarbejde omkring beboerne.

Der anbefales, at der bliver et øget fokus på anvendelse af individuelle indsatsmål med tydelige tiltag i form af handlinger, der arbejder frem mod målet for indsatsen. Kan være beboer rettet eller faglige mål, hvis ikke beboeren kan bidrage til målet. Ligeledes, at de målinger, f.eks. vægt, blodtryk eller blodsuktermålinger, der foretages, afspejles i de handlinger, observationer og tiltag, der knyttes til disse, således at det er tydeligt om der er handlet på afvigelse. Ligeledes, at der er enighed om, hvilke afvigelser, der skal reageres på. Dette vil fremme mulighederne for større fokus på sundhedsfremme for beboerne.

Der anbefales øget fokus på viden om anvendelse af muligheder for beboere med funktionstab, f.eks. brede viden om Kvalitetsstandard for genoptræning uden sygehusindlæggelse til personalegruppen.



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.

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

Medarbejdere under tilsynet kan fint redegøre for beboere, der er udvalgt på tilsynet og hvor de forskellige informationer dokumenteres. Der er en opmærksomhed ift. værdier, der noteres, ift. hvilke målinger, der skal reageres på. Det er både ift. udvalgte beboere med vægt, blodsukker og blodtryksproblematikker.

Der er faste opfølgninger ift. dokumentationen ved kvalitetsassistenter og kontaktpersoner for beboerne. Anvender teammøder og workshop ved kvalitetspersonale. Kunne f.eks. være fokus punkt som dokumentering.

Procedure for selvevaluering af Nexus og medicinaudits er gennemført maj 2022.

Der er indsatsmål på 7 ud af 9 beboere, der er udvalgt på tilsynet.

Der er god dokumentation på alle tilfældigt udvalgte borgere og medarbejderne kan fint redegøre for deres plejebehov.

Der anbefales, at have øget fokus på målinger, så det tydeligt fremgår, hvad der skal handles på af værdier. Der kan med fordel anvendes tærskelværdier til at afhjælpe dette og synliggøres i de aktuelle tilstande.



Score 4

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.

Rønshave har haft en sygefraværsprocent på 4-7 %.

Der afholdes årlige MUS samtaler, hvilket medarbejderne også oplyser de tilbydes.

Der afholdes kontinuerligt møder med AMR, TR og ledelsen ift. arbejdsmiljøet, og medarbejdertrivslen. Der opleves en stigende kompleksitet i beboernes behov for hjælp. Kræver øget kompetencer fra medarbejderne, der dog føler sig klædt på til at varetage opgaverne.

Der er enighed om, at der er god trivsel.

Der arbejdes med institutionsaftaler og ad hoc undervisning, afhængig af den borgergruppe stedet rummer.

Der inddrages frivillige, i form af tiltag ud af huset, samt gåture med enkelt beboere.

Der har gennem flere år været unge medarbejdere som køkkenhjælper, senere som afløsere, og erfaring herfra at 4 i år har søgt ind på sygeplejestudiet.

Der samarbejdes og indhentes viden afhængig af den aktuelle problemstilling. Der anvendes de tværfaglige ressourcer, der er tilknyttet stedet. F.eks. er der god sparring med træningsenheden, der har et træningscenter i huset. Ligeledes en sygeplejeklinik.

Der opleves, at Covid perioden har været velorganiseret i kommunen. Fået flere nye rutiner, hvor dem der giver mening er bibeholdt, f.eks. facetimer flere med pårørende, der bor på længere afstande.

Tilsynet vurderer, at der er en tydelig overensstemmelse mellem ledelsens og kommunens værdier og visioner, og den oplevelse beboere, pårørende og medarbejdere har.



score 5

[Plejhjemoversigten/kommunens hjemmeside – Score 5](#)

Relevante oplysninger forefindes på Aabenraa Kommunes hjemmeside samt Plejhjemoversigten.dk.



Score 5

[Inddragelse af pårørende – Score 4](#)

Der afholdes opstartssamtale, med deltagelse af pårørende, hvis dette ønskes af beboeren.

Pårørende der er talt med under tilsynet har deltaget i disse møder og oplevet dem positivt. Pårørende oplevet en god gensidig dialog med personalet og de tidspunkter, der har været behov, føler de pårørende, at de kan kontakte personalet.

Personalet oplyser, at der anvendes kontaktperson ordning. Beboere der er talt med kunne ikke redegøre for deres kontaktperson, men oplever, det er let at komme i kontakt med personalet. Pårørende oplever, ligeledes at de ikke vidste der var kontaktpersoner. Den ene pårørende, der er talt med tænker det kunne give god mening ift. opfølgning af problemstillinger, så ville gerne ønske sig mere synlighed omkring kontaktpersonen. Problemstillinger som den pårørende nævner, fremgår i døgnrytmeplanen på den aktuelle beboer.

Aftaler med pårørende samt indhentet samtykke til at dele oplysninger med pårørende dokumenteres i fagsystemet og fremgår på udvalgte beboere.

Pårørenderåd mødes med andre plejehjem og udveksler gode ideer og tiltag. Opleves positivt af den pårørende, der er talt med på tilsynet.

Pårørende oplyser, at de er informeret og inviteret til tiltag på plejehjemmet. Informationer får de pårørende på mails fra lederen. De adspurgte pårørende anvender ikke Ipad (Livius) til at kommunikere gennem. Den ene pårørende oplever at den App, der er tilknyttet ikke virker optimal.

Der var god kontakt til pårørende på de udvalgte beboere under tilsynet. Pårørende haft ressourcer til både indkøb af ting og sager, sociale tiltag, ekstra rengøring for deres pårørende og samvær.



score 4

Tilsynets konklusion

På baggrund af interview med beboere, medarbejdere, leder og pårørende (telefonisk) samt observationer og stikprøvekontrol af dokumentation, vurderer tilsynsførende samlet set, at Rønshave 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 tilfredshed med at bo på Rønshave, med den leverede hjælp og de individuelle hensyn, der bliver taget til den enkelte. Pårørende tilkendegiver tilsvarende, at de oplever det som et trygt sted med omsorgsfuldt personale.

Beboere og pårørende, der er talt med i forbindelse med tilsynet oplyser, at personalet fremstår venlige, imødekommende og lydhøre over for beboernes individuelle ønsker. Der er ønske om mere synlighed ift. kontaktpersoner for beboerne for at fremme samarbejdet med de pårørende.

Der var på den aktuelle tilsynsdag ingen igangværende tiltag med beboerne, da aktivitetsmedarbejderen var syg.

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 **Rønshave 4,5**:

Score 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	Centerlederen sørger for at den endelige og godkendte tilsynsrapport offentliggøres på kommunens hjemmeside. Mail sendes til sekretær Rikke H. Petersen: rihp@aabendraa.dk , der sørger for den lægges på hjemmesiden.

Godkendt med anbefaling og/eller anmærkning.

Rønshave er godkendt med anbefalinger om, at have øget fokus på at sikre sig, der reageres på værdier, der måles, der ligger uden for normalområdet. Der kan anbefales brugen af tærskelværdier i målinger.

Der anbefales anvendelse af indsatsmål for at synliggøre tiltag. Dette for at beboers mål bliver individuelle og handlinger fokuseres på at nå målene.

Der anbefales, at synliggøre kontaktpersonordning for de pårørende, så alle ved, hvem de skal kontakte, for at fremme samarbejdet med de pårørende.