

# Tilsynsrapport

## Hedebo

# Rehabiliteringscenter

Center for Sundhed og Pleje  
2022

## Formål

Hovedformålet med at udføre tilsyn er at sikre, at opgaverne løses til borgerens bedste og i overensstemmelse med såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Tilsynene udføres med sigte på læring og refleksion for at medvirke til at skabe langsigtede forbedringer for borgerne.

Tilsynsbesøget er gennemført uanmeldt og er et udtryk for det øjebliksbillede, som er tilgængeligt på tidspunktet for tilsynets gennemførelse.

## Forord

Det uanmeldte tilsyn i Greve Kommune er udført i overensstemmelse med Tilsynsprocedurens krav. Målepunkterne er baseret på de krav Styrelsen for Patientsikkerhed stiller til kvaliteten i kommuner, og tilsynsrapporten er opbygget med sigte på læring og organisationsudvikling.

Indledningsvist er data om tilsynet, herunder deltagere, tidspunkt og antallet af borgere og medarbejdere, der er indgået i tilsynet.

Det samlede tilsynsresultat ses herefter i en oversigt, som efterfølgende bliver uddybet med, hvilke styrker og udfordringer, der er konstateret ved tilsynet samt tilsynets anbefalinger.

Sidste del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer og ved gennemgang af dokumentation. Det er et omfattende materiale med konkrete oplysninger, som kan anvendes i det videre udviklingsarbejde. De nærmere begrundelser bag vurderingsprincipper er beskrevet i proceduren for uanmeldte kommunale tilsyn i Greve Kommune.

Tilsynet er altid udtryk for et øjebliksbillede og skal derfor vurderes ud fra dette.

## Fakta om tilsynet

### Leverandør

Hedebo Rehabiliteringscenter

### Leder

Christina Giarbini

### Dato

17. august 2022

### Tilsynstype

ordinært uanmeldt tilsyn

### Datagrundlag og metodik

Tilsynet omfatter borgere med forskellige behov,

Data er indsamlet via:

- Dokumentation via omsorgssystemet Nexus, procedurer, arbejdsgange, handleplaner for kvalitetsforbedringer samt kompetenceskemaer og plejeenhedens egen kvalitetsvurdering samt eventuelle handleplaner.
- Interview: 2 borgere, som har givet tilsagn om at blive interviewet, 2 medarbejdere, samt centerleder, gruppeledere og sygeplejersker
- Observation: Stedets kontorfaciliteter, morgenmøde og interaktion mellem medarbejdere samt borger og medarbejder, borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers opholdssted og arbejdsgange.

Jf. oversigten er der i alt 26 borgere tilknyttet Hedebo Rehabiliteringscenter på tilsynsdagen.

Tilsynet er gennemført over 1 hverdag.

### Tilsynspersoner

Troels Lundholm Dam

Janne Myhlendorph

# Samlet tilsynsresultat

## Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for Hedebo Rehabiliteringscenter:

### Godkendt

#### Kategorier

##### **Godkendt**

Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Forholdene vurderes samlet set at være gode og tilfredsstillende.

##### **Godkendt med få bemærkninger**

Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til i vid udstrækning at leve op til såvel lovgivningens krav kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Der er ikke konstateret betydelige mangler i et af målområderne, men dele af den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har mangler eller er utilfredsstillende.

##### **Godkendt med mangler**

Dette betyder, at der er i et eller flere målområder er betydelige mangler i den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

##### **Kritisable forhold**

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.

## Opsummering af styrker og forbedringsområder

I skemaer herunder vises en opsummering af begrundelser for tilsynsresultatet. For det første beskrives de styrker, som tilsynet har konstateret, er til stede. For det andet beskrives det på temaniveau, hvor der er fundet eventuelle mangler eller kritisable forhold.

### Styrker

De deltagende borgere udtrykte begge tilfredshed med deres ophold på tilsynsstedet. De følte sig begge trygge ved personalet samt at der var en sammenhæng i deres forløb med formål at øge deres ressourcer og selvstændighed

De interviewede medarbejdere udtrykker tilfredshed med deres virke på tilsynsstedet. Medarbejderne opleves med faglig indsigt og med kendskab til borgerne og deres forløb. Desuden er de optagede af at tilgå borgerne ud fra et rehabiliterende sigte.

Ledelsen har et tydeligt fokus på at borgernes trivsel og behov for hjælp understøttes gennem personcentreret omsorg. Ligeledes at der arbejdes med rehabiliterende sigte og tværlig tilgang til borgerforløbende. Endvidere at der etableres gode relationer til familie og pårørende.

I forhold til dokumentationspraksis er det tydeligt at der arbejdes målrettet med opfylde kravene jf. Dokumentation i driften.

### **Forbedringsområder på tilsynets anbefalinger**

Ved journalgennemgang ses, at der konsekvent ikke oprettes indsatsmål og handleanvisninger i forhold til rehabiliterings- og træningsindsatsen. Ligeledes er målfastsættelse for den rehabiliterende tilgang og indsats ej heller tydeligt beskrevet.

Tilsynet anbefaler, at der fremadrettet rettes fokus på at få indarbejdet en praksis på dokumentationsområdet angående træning og rehabiliteringsindsatsen, samt at der kikkser på indsatsmål og handleanvisninger, så der udfærdiges tydelige mål for indsatserne jf. FSIII-metoden. Dette for at understøtte tilsynsstedet, men også de øvrige involverede faggrupper samt myndighed.

Ved journalgennemgang ses det på den delegerede sygepleje, at der mangler opgaver til opfølgning på den delegerede ydelse. Tilsynet anbefaler at følge Greve kommunes arbejdsgang, vedrørende overdraget sygepleje.

# Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

Tabellen herunder viser en oversigt over opfyldelsen af de enkelte områder i tilsynet.

| <b>Tilsystema</b>  |                              |
|--|------------------------------|
| Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet                                | Godkendt                     |
| Pleje af borgere ved livets afslutning                                   | Godkendt                     |
| Trivsel og relationer  | Godkendt                     |
| Målgrupper og metoder  | Godkendt                     |
| Forebyggelse af magtanvendelse   | Godkendt                     |
| Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand          | Godkendt                     |
| Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere        | Godkendt                     |
| Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold            | Godkendt                     |
| Procedurer og dokumentation  | Godkendt med få bemærkninger |
| Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering                              | Godkendt med få bemærkninger |
| Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86 | Godkendt med mangler         |
| Overdraget sygepleje   | Godkendt med få bemærkninger |

# Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentarer til de enkelte tilsynstemaer

## **Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet**

De to borgere der blev interviewet, er generelt tilfredse med deres ophold på Hedebo. De oplever at være med til at deltage i planlægning og tilrettelæggelsen af den hjælp de har behov for i det daglige, ligesom at det er tydeligt at personalet har sat sig ind i den borger de skal hjælpe, og at borgers ressourcer er i centrum hele tiden.

Ledelsen gør rede for at der arbejdes med udgangspunkt i personcentreret omsorg på stedet, og at der løbende følges op på emnet.

## **Pleje af borgere ved livets afslutning**

Situationen omkring borgerens sidste tid og borgerens ønsker herfor bliver drøftet når borgeren ønsker det eller når borgeren er i en situation, hvor det er relevant.

Når der visiteres ophold til borgere med terminal/palliativ indsats, bliver spørgsmål omkring livsforlængende behandling altid afklaret hurtigst muligt sammen borger og pårørende samt med inddragelse af relevante samarbejdspartnere.

### **Trivsel og relationer**

Borgerne oplever at have et godt samarbejde med personalet på stedet. De er lette at komme i kontakt med og er rigtig gode til at inddrage borgerne samt overholde de aftaler der bliver indgået under forløbet. Desuden at personalet og ledelsen også gør meget ud af inddrage pårørende mv., når det er relevant og når borgerne ønsker det.

Medarbejderne gør rede for at de i det daglige opfordrer borgerne til at være åbne om ønsker og behov, så de i videst muligt omfang kan understøttes i at deltage i de aktiviteter og arrangementer der er på opholdsstedet. Der bliver desuden gjort en indsats for at sammensætte aktivitetsgrupper når der er borgere med fælles interesser, hvilket der har været stor succes med.

På Hedebo er der desuden ansat en aktivitetsmedarbejder der planlægger og faciliterer diverse aktiviteter. På opslagstavlen i ankomstområdet er der ophængt kalender samt info om diverse aktiviteter på stedet.

Trivsel og relations skabelse understøttes i det hele taget med udgangspunkt i personcentreret omsorg.

### **Målgrupper og metoder**

I forbindelse med journalgennemgangen fremgår det tydeligt hvad borgernes behov drejer sig om, når de har behov for hjælp fra personalet. Ligeledes er det tydeligt beskrevet hvordan borgere med kognitive udfordringer skal tilgås og hvordan man som personale skaber nogle trygge rammer hvor borgerne kan udfolde sig og deltage med de ressourcer de råder over.

Medarbejderne oplyser, at de finder oplysninger om tilgang til borgere i døgnrytmeplan, handleanvisninger samt observationer. Ligeledes at de søger viden om generelle procedurer på f.eks. VAR-portalen.



### **Forebyggelse af magtanvendelse**

Både ledelse og medarbejdere udviser kendskab til reglerne for brug af magt over for borgere. For at undgå at benytte magt bruger medarbejderne en del tid på at identificerer hvad der eventuelt kan udløse uhensigtsmæssig adfærd hos borgerne.

Ved journalgennemgangen er det tydeligt beskrevet hvordan personalet skal tilgå borger, hvor det er relevant. Dette med udgangspunkt i personcentreret omsorg.

### **Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand**

Borgerne oplever, at personalet har fokus på eventuelle ændringer i deres tilstand. Ledelsen mfl. gør rede for hvordan der på stedet arbejdes med tidlig og kontinuerlig opsporing af ændringer i borgernes tilstand, ved hjælp af diverse metoder herunder ISBAR, Braden, TOBS, HUSK mv. Information fra de enkelte scoringsredskaber anføres på risikotavlen, som ugentligt gennemgås.

I forbindelse med journalgennemgang er det tydeligt, at personalet noterer ændringer hos borgerne korrekt i en .Obs., og at der følges op.

### **Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere**

Borgerne oplever, at der er opmærksomhed på deres tilstand, og at der fokus på, at de får spist og drukket tilstrækkeligt.

Medarbejderne oplyser, at de dagligt har fokus på forebyggelse gennem kendskab til borger, og at ændringer dokumenteres i .Obs. Eksempelvis udarbejdes der planer for hvordan borgerne skal lejes, ved risiko for udvikling af vævskader.

Ledelsen oplyser, at der arbejdes systematisk med en række opsporingsredskaber herunder TOBS, Braden, ISBAR, triagering, i sikre hænder mv. i det forebyggende arbejdede med borgerne.

Ved journalgennemgangen ses det, at der oprettes handleanvisninger for forebyggende tiltag når det er relevant.

### **Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold**

Ledelsen redegør for at der løbende monitoreres hvad der er behov for af personale i forhold til kapacitet og aktuel belægning på stedet. Endvidere at personalets kompetencer løbende noteres og opdateres i Greve Kommunes kompetenskemaer.

Ud fra de tilgængelige ressourcer sørger en planlægger for at fordele disse på afdelinger, så det sikres at de rette kompetencer er til stede til at løse opgaverne.

Medarbejderne oplyser, at de har kendskab til egne kompetencer, og at de ikke har problemer med at sige fra, når de får en opgave de ikke føler sig rustet til. Medarbejderne oplyser at de arbejder indgående med kompetenskemaet.

### **Procedurer og dokumentation**

Det er tilsynets vurdering af Hedebo i overvejende grad følger arbejdsgangene for den aftalte dokumentationspraksis i Greve Kommune.

Ledelsen gør rede for at der løbende arbejdes med sikring af personalets kompetencer i forhold til dokumentationen via undervisning fra superbruger samt via nyhedsbreve.

I forbindelse med medarbejderinterviewet kan de 2 medarbejdere ikke gøre for kendskabet til arbejdsgangen "dokumentation driften" og ej heller hvor det kan findes i systemet. Adspurgt har tilsynet dog indtryk af at de overordnet kan gøre rede for hvordan der skal dokumenteres i Nexus.

Ved journalgennemgang findes det at der generelt ikke er oprettet opgaver til opfølgning på Servicelov indsatser som det er foreskrevet i dokumentation i driften.

### **Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering**

De interviewede borgere oplyser, at de begge har været med til at fastsætte deres mål for opholdet. Endvidere at der i det daglige følges op herpå.

I forbindelse med ledelsesinterviewet gør ledelse rede for at helhedsorienterede og tværfaglige forløb sikres via tværfaglige tavlemøder med deltagelse af alle faggrupper. Her drøftes hvordan de fastsatte mål nås og hvorledes optimalt borgerflow sikres.

Desuden afholdes møder hvor borger og pårørende deltager. På disse møder revideres målsætninger og det videre forløb fastlægges.

Der laves som udgangspunkt ergoterapeutisk vurdering indenfor 2 døgn, samt fysioterapeutisk vurdering inden for 7 dage.

For at sikre at personalet er klædt ordentligt på til at varetage forløbene, afholdes der ugentlige borgergennemgange, hvor borgerne drøftes og det fastlægges hvordan borgerne skal hjælpes ud fra et rehabiliterende sigte.

I forbindelse med journalgennemgangen kan tilsynsførende konstatere er der ikke er oprettet indsatsmål for de rehabiliterende indsatser. Tilgangen til borgerne og den dertilhørende rehabiliterende indsats syntes heller ikke tydeligt beskrevet i døgnrytmeplanen, som i dette tilfælde fungerer som handleanvisning.

### **Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86**

Der er ingen yderligere kommentarer til genoptræning, udover de kommentarer som er nævnt i forbindelse med træning og rehabilitering inden for de øvrige tilsynstemaer.

### Overdraget sygepleje

Medarbejderne oplyser, at de ved hvilke opgaver de er oplært i og har fået overdraget. De føler sig trygge ved at sige fra, hvis der er en opgave de ikke er så sikker i, og de oplyser at de modtager den nødvendige oplæring når de har behov for det. Efter oplæring dokumenteres det tillærte i kompetenskemaer.

Ledelsen sikrer at de rette kompetencer er til stede, ved at føre tilsyn med de ansattes kompetencer i Greve Kommune kompetenskemaer på medarbejderne. Hermed fremgår det hvem der har hvilke kompetencer og hvem der mangler at blive oplært i en given opgave.

I forbindelse med journal gennemgangen fremgår det, at der dokumenteres jf. dokumentation i driften bortset fra at der konsekvent ikke bliver oprettet opgaver til opfølgning på de overdragede sygepleje-opgaver.

## Vurderingsprincipper

De 6 overordnede målområder har 11 temaer, der hver har 5-15 indikatorer.

Stikprøvestørrelsen afhænger af antallet af borgere som plejeenheden leverer ydelser til, samt om tilsynspersonerne har adgang til plejeenhedens egne kvalitetsvurderinger eller ikke. Hver plejegruppe (Der er fx flere plejegrupper på et plejeenhed/center) foretager systematisk kvalitetsvurdering på minimum 24 borgere om året, og sikrer herved, at de fleste væsentlige kvalitetsproblemer bliver identificeret. I tilfælde hvor tilsynspersonerne ikke har adgang til plejeenhedens kvalitetsvurdering, anvendes en større stikprøve til tilsyn.

Tilsynet gennemføres som en kombination af journalgennemgang og interviews, hvor tilsynspersonerne gennemgår borgerforløbet, ved hjælp af interview med borgeren, medarbejdere og ledelsen. Se evt. detaljer i procedure for uanmeldte tilsyn.

Der foretages vurderinger på 4 niveauer:

- Niveau 1: Den enkelte stikprøve
- Niveau 2: Den enkelte indikator
- Niveau 3: Det enkelte tema
- Niveau 4: Det samlede tilsynsresultat

Vurderingsprincipperne sikrer systematisk analyse og vurdering fra den enkelte stikprøve udføres til det samlede tilsynsresultat. På alle niveauer baseres vurderingen på lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurderingsprincipperne gennemgås nedenfor.

#### OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 1: VURDERING AF DEN ENKELTE STIKPRØVE

Der er indsat vejledende tjekpunkter under den enkelte indikator i rapporten.

Tjekpunkterne tilpasses efter forholdene under tilsynsbesøget, således at indikatorerne bliver bedst muligt belyst.

Kvalitative data: Positive og negative fund indskrives under "Beskrivelse", så vidt mulig med uddybende oplysninger til brug for det videre udviklingsarbejde.

Kvantitative data: Den enkelte stikprøve vurderes som Opfyldt, Delvist Opfyldt eller Ikke Opfyldt. Ud fra antallet af relevante beregnes % af mulige point. Point tildeles efter følgende kriterier: Der gives 1 point, hvis indikatoren er vurderet Opfyldt, ½ point ved Delvist Opfyldt, 0 point ved Ikke Opfyldt. Enkelte forhold indvirker på den kvantitative beregning, herundera. Antallet af borgere, der indgår i tilsynet, er som ovenfor beskrevet 20 borgere. I forhold til det enkelte målepunkt, kan antallet af relevante være mindre end 20, idet nogle borgere ikke modtager en ydelse, ikke kan deltage i interview, at indikatoren ikke er relevant for borgeren samt lignende vilkår.b. Et enkelt fund kan være fuld dokumentation for, at eksempelvis en instruks for en delegeret opgave foreligger. I så tilfælde markeres med Opfyldt. Såfremt der er mangler, markeres med Delvist Opfyldt, og såfremt der er betydelige mangler eller instruksen ikke foreligger markeres med Ikke Opfyldt.c. For enkelte indikatorer er opfyldelsesprocenten angivet samlet for stikprøverne.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 2: VURDERING AF DEN ENKELTE INDIKATORIndikatorvurderingen sker ud fra 3 kategorier: Helt Opfyldt, Delvist Opfyldt eller Ikke

Opfyldt. Indikatoropfyldelsen vurderes på baggrund af beskrivelserne af de positive og negative fund i stikprøverne samt den kvantitative målopfyldelse. En kvantitativ målopfyldelse på over 75% giver mulighed for at indikatoren kan vurderes som Helt Opfyldt. Analysen af de kvalitative fund er afgørende, idet få negative fund kan have betydning for borgerens helbredsmæssige sikkerhed og/eller retsstilling. Der kan derfor være indikatorvurderinger, som er " Delvist Opfyldt" eller måske "Ikke Opfyldt", selvom de kvantitative data viser målopfyldelse på over 75%.

Begrundelsen vil i så fald fremgå af rapporten. Alvorlige fejl og mangler indebærer alvorlige konsekvenser for borgeren. Det omhandler forhold, hvor der ikke er sammenhæng mellem borgerens behov og de tildelte eller leverede ydelser eller der eksempelvis konstateres sundhedsskadelige hygiejniske forhold i hjemmet med alvorlig risiko for borgerens helbred. Det kan tillige omhandle forhold hvor kvaliteten i den personlige pleje medfører risiko for borgerens helbred eller hvor borgeren er udsat for dokumenterbare alvorlige krænkelse i forhold til personlige grænser.

**OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 3:**  
**VURDERING AF DET ENKELTE MÅL** Målopfyldelsen vurderes på baggrund af resultaterne fra de enkelte indikatorer sammenholdt med kravene i lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Vurderingskategorierne er: Godkendt, Godkendt med få bemærkninger, Godkendt med mangler eller Kritisable forhold.

**OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 4:**  
**DET SAMLEDE TILSYNSRESULTAT** Det endelige tilsynsresultat vurderes på baggrund af resultaterne fra de 6 målområder sammenholdt med kravene i lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Vurderingskategorierne er: Godkendt, Godkendt med få bemærkninger, Godkendt med mangler eller Kritisable forhold.

