

Tilsynsrapport 2020

Rehabiliteringscenter Hedebo

Center for Sundhed & Pleje

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

Leverandørens navn og adresse

Rehabiliteringscenter Hedebo,
Degnestræde 1,
2670 Greve

Leder

Christina Giarbini

Dato og tidspunkt for tilsynet

21. september 2020

Tilsynstype

Uanmeldt ordinært tilsyn

Datagrundlagt og metodik

Tilsynet omfatter borgere med forskellige behov,

Data er indsamlet via:

- Dokumentation via omsorgssystemet Nexus, procedurer, handleplaner for kvalitetsforbedringer samt kompetenceskemaer og plejeenhedens egen kvalitetsvurdering samt eventuelle handleplaner.
- Interview: 2 borgere, som begge har givet tilsagn om at blive interviewet, 2 medarbejdere, samt gruppeleder.
- Observation: Borgers hjem, borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem, arbejdsgange i hjemmet.

Tilsynet er gennemført over 1 hverdag.

Tilsynspersoner

1

Miriam Ekström

2

Lise Lebech Herborg

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for Rehabiliteringscenter Hedebo:

Godkendt med mangler

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. Først beskrives de styrker, som tilsynet har konstateret er til stede. Der næst beskrives det på temaniveau, hvor der er fundet eventuelle mangler eller kritisable forhold.

Styrker

Procedure om brug af værnemidler i forhold til corona-pandemien bliver overholdt og tilsynsførende bliver orienteret om at benytte værnemidler.

De to interviewede borgere er glade og tilfredse med deres ophold på Hedebo. De er glade for medarbejderne, der udfører plejen, samt måden deres pårørende er inddraget. De er tilfredse med måltiderne og stemningen på Hedebo.

Medarbejderne oplever, at de overordnet set har en spændende arbejdsplads.

Det opleves, at medarbejderne og gruppeleder er gode til at inddrage tværfaglige samarbejdspartnere, både i den daglige drift men også ved svære situationer hvor bl.a. VISO bliver inddraget.

Forbedringsområder

Det observeres at dørene indtil badeværelserne kun lige nøjagtig er brede nok til at borgere i kørestol kan komme igennem. Der er kun lige plads til hænderne og der er risiko for at borgeren får hænderne i klemme mellem kørestol og dør.

Ikke alle afdelingerne har et kontor til at føre faglige samtaler og dokumentere. Det observeres af tilsynsførende, at personfølsomme oplysninger deles og høres af øvrige borgere.

Det anbefales, at der generelt ses på, hvordan kontorfaciliteterne benyttes på Hedebo, så medarbejderne har mulighed for faglige samtaler om borgernes forløb uden at være bekymret for om der er borgere, der overhører samtaler med personfølsomme oplysninger, specielt på A-, F- og E-gangen er kontorfaciliteterne mangelfulde.

Tavlen på borgerens stue bruges meget forskelligt. Det kan være en idé at lave en overordnet plan for hvilke oplysninger, der skal stå på tavlen, eventuelt med variation inddelt efter borgertyper.

Det observeres, at der er meget uro omkring morgenmaden i fællesrummet på A-gangen. Fjernsynet kører, medarbejderne går rundt og rengøringspersonalet gør rent omkring bordene, hvor borgerne sidder. Én borger må afbryde sin morgenmad og køre sin kørestol væk fra bordet.

Det anbefales at der bliver lavet en faglig plan for hvordan måltiderne bedst muligt indtages. Det anbefales at man inddrager viden om ernæring i en rehabiliteringsproces og de forskellige behov der skal tages hensyn til, som en forudsætning for at kunne indtage et sundt måltid.

Der er faste tidspunkter, hvor medarbejderne må ryge, og det foregår samme sted som borgerne, nemlig i haven. Der observeres røgluft på gangen, når havedøren åbnes og lukkes.

Det anbefales, at der udarbejdes en funktionsbeskrivelse eller lignende for, hvilke opgaver der forventes at blive løst af kontaktpersonen. Det er uklart, hvad der forventes på nuværende tidspunkt og det forstås af tilsynspersonerne, at rollen som kontaktperson indeholder en del ansvar for borgerens forløb.

Ledelsen oplyser, at der fra midt august til midt september 2020 er registreret 1005 besøgende pårørende. På den ene side er pårørende den vigtigste samarbejdspartner og på den anden side giver det mange afbrydelser for personalet i dagligdagen, når pårørende henvender sig til personalet. Der er ikke fra tilsynsførende forslag til forbedringer, men det er hermed videregivet som en betragtning.

Der anbefales igen i år, at der arbejdes med at udfylde skemaet Generelle oplysninger, relatere skemaer jf. FS3 og dokumentere borgerens sidste vilje efter arbejdsgangene.

Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

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

Lov om social service - Tilsystema	
Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet	Godkendt med mangler
Pleje af borgere ved livets afslutning	Godkendt med få bemærkninger
Trivsel og relationer	Godkendt
Målgrupper og metoder	Godkendt med mangler
Forebyggelse af magtanvendelse	Godkendt med mangler
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 mangler
Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering	Godkendt med mangler
Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86	Godkendt
Overdraget sygepleje	Kritisable forhold

Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentarer til de enkelte tilsynstemaer:

Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Borgerne oplever at blive inddraget i den hjælp de modtager.

Borgerne er glade for personalet og opholdet.

Borgerne oplever at få hjælp til at leve det liv, som de ønsker.

Medarbejderne oplyser, at de inddrager borgeren i at sætte mål for opholdet, så deres samarbejde bliver så godt som muligt.

Medarbejderne inddrager de pårørende i det omfang borgeren ønsker.

Pleje af borgere ved livets afslutning

Borgerne oplever at kunne tale med personalet om de svære ting i livet og om døden hvis der skulle være behov.

Medarbejderne oplyser, at de har faglig sparring med sygeplejerskerne.

Medarbejderne inddrager de pårørende i det omfang, det er muligt og i det omfang borgerne ønsker det.

Medarbejderne kan ikke redegøre for, hvor de skal dokumentere viden om borgerens ønsker til livets afslutning.

Ledelsen oplyser at det er sygeplejerskerne der har ansvaret for, at der er de rette kompetencer tilstede i den sidste tid.

Trivsel og relationer

Borgerne oplever de får den hjælp de ønsker og at medarbejderne gerne vil hjælpe med, at holde kontakten til de pårørende samt inddrage de pårørende efter borgerens ønske.

Én borger oplyser, at det kan være problematisk, at man selv skal anskaffe kolbe, da det kan tage et par dage - afhængig af hvem du har til at hjælpe dig med at skaffe den, enten hjemmefra eller ved at købe den på apoteket.

Medarbejderne oplyser, at borgerne ikke har en kolbe til rådighed ved ankomst da borgerne selv skal sørge for kolbe. Medarbejderne hjælper borgerne, så de benytter brækposer i den periode, hvor borgerne ikke har fået anskaffet sig en kolbe.

Ledelsen redegør for, at de inddrager de pårørende så meget som muligt for at understøtte borgerens trivsel.

Ledelsen oplyser, at det er en stor opgave at varetage borgerens trivsel ift. de pårørende, da de pårørende ofte ikke er orienteret fra sygehusets side, om hvad der skal ske med deres pårørende og hvilke forventninger de kan have til et ophold på Hedebo. På den baggrund foregår der et stort arbejde ift. at oplyse om ophold på Hedebo, opbygge relationer og tage hånd om frustrationer. Dette er en tidskrævende opgave, men meget vigtig for et vellykket ophold og trivsel hos borgerne.

Ved observation opleves, at rengøringspersonalet gør rent, mens borgerne sidder og spiser morgenmad. Dette vil ledelsen gå videre med, da dette ikke er efter aftalerne med rengøringspersonalet.

Ledelsen oplyser, at der er fokus på at lave små opholdsstuer på Hedebo, hvor borgerne fra én afdeling kan sidde sammen, hvor det lader sig gøre i forhold til indretningen.

Medarbejderne oplever, at arbejdet med de pårørende er tidskrævende men samtidig vigtigt for den samlede trivsel for borger. Medarbejderne oplever, at de pårørende er frustrerede og har derfor stillet forslag til ledelsen omkring hvordan de kan understøtte de pårørende bedre med f.eks. pårørendegrupper.

Medarbejderne beskriver hvordan de i deres daglige tilgang til borgerne understøtter borgerens trivsel og individuelle behov, ved at opbygge en relation til borger, så de netop kan motivere og levere den rette pleje og omsorg for den enkelte borger.

Medarbejderne oplever, at den daglige organisering kan være til hinder for, at de kan opbygge en relation til borger, da medarbejderne skal dække opgaver i hele huset, i stedet for at have tilhørsforhold til eksempelvis én gang.

Medarbejderne oplever, at det giver en stor fordel at være kontaktperson, når der er mulighed og tid til at opbygge relationen og være den gennemgående medarbejder hos borgeren.

Ved gennemgang af journalen er det generelt, at der ikke bliver udfyldt Aftaleskemaer og Generelle oplysninger, hvor Livshistorie og feltet Fremtidsønsker er særligt vigtige.

Målgrupper og metoder

Ledelsen redegør for, at de har et godt samarbejde med socialcentret ved problematikker omkring borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og misbrug. De kigger meget på den enkelte borgere og ser hvad der virker i tilgangen og i plejen, men de har ikke en bestemt arbejdsgang eller faglig metode de benytter i tilgangen til denne borgergruppe.

Medarbejderne redegør for, at de bruger personcentreret omsorg i tilgangen til borgergruppen, samt gør brug af faglig sparring i dagligdagen.

Journalgennemgangen viser, at medarbejderne dokumenterer relevante oplysninger om borgergruppen, men der er tendens til, at der bliver skrevet oplysninger i Døgnrytmeplanen, som hører til andre steder, eks under Aftaler og Generelle oplysninger. Det er eks oplysninger om hvilke hjælpemidler borger selv har anskaffet sig, oplysninger om aftaler med pårørende mm.

Forebyggelse af magtanvendelse

Ledelsen oplyser, at det hovedsageligt er den ene centerlederen, der sidder med ansvaret for magtanvendelsesområdet.

På Hedebo er der 2 demens ambassadører og 2 sygeplejersker ansat med kompetencer inden for Magtanvendelse.

Medarbejderne redegør for hvordan de oplever at kunne undgå magtanvendelse ved hjælp af den personcentrede tilgang.

Medarbejderne har fokus på borgerens egen vilje, så eksempelvis ved borgere med misbrug, oplever de at der ikke er noget at stille op, selvom de godt kan se at borgerens valg ikke er fordrende for borgeren selv, og målet for opholdet.

Medarbejderne oplever at det er et stigende antal af borgere med misbrugsproblematikker og sociale problemer, der kommer på Hedebo.

I journalgennemgangen, med fokus på forebyggelse af Magt, ses eksempel på, at der er dokumenteret korrekt ift. handleanvisning vedr. GPS.

Der er andre eksempler hvor der er beskrevet den kognitive funktionsnedsættelse, men ikke dokumenteret hvilken tilgang der skal benyttes. Det kunne været elementer omkring trivselskar eller andet fra metoden personcentreret omsorg, som medarbejderne redegør for at de benytter. Dette er derfor af stor betydning at det er dokumenteret hvad der virker, så alle der tilgår borger har mulighed for at benytte den tilgang og dermed forebygge brug af magt. Skemaet Livshistorie er også et redskab man også kan benytte til denne borgergruppe.

Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand

Ledelsen redegør for, at de gennemgår redskaberne TOBS og HUSK dagligt på de borgere, hvor der er behov for det. Derudover har de gennemgang af alle borgere én gang ugentligt hvor flere faggrupper er tilstede.

Ledelsen oplever, at det kommer dem til gode, at sygehuset skal afvente test svar på Covid-19 inden de udskriver borgere, så borgerne er mere stabile, når de ankommer. Ledelsen oplever, at antallet af genindlæggelser er reduceret på grund af dette.

Medarbejderne oplever at de har deres borgere på mange forskellige gange, hvorfor det er svært at opnå relation og kontinuitet i arbejdet mellem borger og medarbejder, ift at have fokus på ændringer i deres funktionsevneniveau. De kan ikke altid være tilstede på de forskellige gange til gennemgang af borgerne.

Medarbejderne redegør for, at de benytter Blomsten (personcentreret omsorg) til daglig sparring, og at der før corona var planlagt månedlige faglige møder på tværs af vagtlag, omkring borgeren, men dette gennemføres ikke pt.

Medarbejderne oplyser, at de benytter Triage ved udskrivelser, men at de ikke oplever redskabet særlig relevant, da det omhandler omgivelserne i borgerens eget hjem og ikke under opholdet på Hedebo.

Journalgennemgang viser eksempler på, at der mangler opfølgning på de mål, der er sat for opholdet. Der mangler dokumentation på, hvor langt man er kommet ift. målene med opholdet og dermed hvad der skal gøres for at opnå det, der mangler.

Der er, i et eksempel, valgt at dokumentere løbende under den relevante overskrift, hvilket giver et fint og overskueligt overblik.

Det ses, at det gøres forskelligt mellem journalerne, hvorfor det anbefales at man gennemgår egen dokumentationspraksis sammen.

Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Ledelsen oplyser, at de benytter HUSK, Ernæringscreening og BMI. De skulle have implementeret Ernæringspakken og medicinpakken, men dette er på standby grundet Covid-19.

Medarbejderne redegør for hvordan de har fokus på at forebygge funktionsevnetab, ved netop at have opbygget et kendskab og relation til borger, så ændringer kan opfanges hurtigt.

Medarbejderne oplyser det er en udfordring da der er mange borgere der skal nås, og de oplever borgerne er mere og mere komplekse og derfor tager længere tid at udføre plejen hos, så der ikke er tid til de forebyggende snakke og tiltag.

Medarbejderne er opmærksomme på at forhindre og forebygge funktionsevnetab, det observeres eks ved, at der hos en borger er lagt håndklæde på puden i kørestolen. Det

ser medarbejderen under morgenplejen og fjerner håndklædet, da dette er ugunstigt for borgers siddestilling og brug af pude.

I journalgennemgangen ses at der dokumenteres relevant.

Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold

Ledelsen redegør for organiseringen; Centerledelsen har personale ansvar for gruppeleder, planlægger, køkkenleder og aktivitetsmedarbejdere. I alt 6 personaler. Gruppeleder har personale ansvar for ergoterapeuterne, rengøringspersonalet, dagvagter, aftenvagter, nattevagter og afløsere. I alt 51 personaler.

Administrativ planlægger har ikke noget personaleansvar.

Både centerleder og gruppeleder har følgende ansvars områder; Strategisk ledelse, faglig ledelse, personaleledelse og driftsledelse.

Når hverken centerleder eller gruppeleder er tilstede er der ingen afløser i ledelsen, og det er de tilstedeværende sygeplejersker der står for fremmøde planlægningen hvis der skulle være akut sygdom eller andet.

Ledelsen redegør for, at det er en daglig opgave at sikre opgaver og antal medarbejder er tilstrækkelig, på kort og på lang sigt. Ledelsen oplever at kompleksiteten stiger og de har derfor valgt kun at ansætter assistenter og sygeplejersker fremadrettet, for at kunne udføre kerneopgaverne. Derudover har de for nylig opnormeret i aftenvagten, så opgaverne hænger sammen hele vejen rundt om borgeren og i alle vagtlag. Ledelsen oplever ikke problemer med rekruttering og gør meget brug af elever, som giver udtryk for det er en attraktiv og spændende arbejdsplads grundet den spændende opgavevaretagelse. Ledelsen redegør for at have en gennemarbejdet arbejdsgang for introduktion af nye medarbejdere, studerende og elever.

Medarbejderne oplever, at der er tydelighed omkring deres kompetence områder. De udtrykker ønske om at løse flere sygeplejeopgaver.

Procedurer og dokumentation

Ledelsen redegør for at de har en fastlagt praksis for den social- og plejefaglige dokumentation i form af arbejdsgange.

Det er Superbruger der oplærer medarbejderne i Nexus arbejdsgangene og gruppeleder sender nyhedsbrev ud hver fredag med informationer om eksempelvis nye arbejdsgange. Superbrugeren underviser i alle vagtlag, så dokumentationen foregår ens.

Leder og medarbejdere udtrykker ønske om flere og bedre arbejdsstationer, da de oplever det kan være svært at overholde GDPR på nogle arbejdsstationer, samt store frustrationer over at internetforbindelsen er dårlig og det derfor tager u hensigtsmæssig lang tid at dokumentere.

Gruppeleder oplever at der ikke er telefon dækning på hendes kontor, så hun ikke kan tilkaldes pr telefon når hun opholder sig der, og derfor heller ikke sidde ved sin arbejdscomputer og koordinere aftaler samtidig med hun taler i telefon, hvilket er frustrerende for arbejdsflowet og kommunikationen.

Medarbejderne redegør for at de kender til VAR procedurerne, men ikke har kendskab til hvor de skal finde andre relevante arbejdsgange som eks: Nexus arbejdsgange og Navigationssedler. Medarbejderne oplyser de mangler tid til at sætte sig ind i dokumentationspraksis, da de skal prioritere driften først. De oplever at der ikke er arbejdsstationer nok og at dokumentationen med Tablets ikke en optimal da eksempelvis overblikket over .Observationer ikke funktionelt, da man ikke kan se hvilken man skriver i. På mobil-delen kan man ikke se FMK-opdateringer. De foreslår derfor bærbare computere så de kan sidde og dokumentere samtidig med de er hos borger, ved eksempelvis udfyldelse af Generelle oplysninger, Aftaler og Livshistorie.

Ved gennemgang af journalerne ses, at der fortsat mangler den røde tråd i dokumentationen, der mangler at blive oprettet relationer, selvom der er sket en forbedring i forhold til tilsynet i 2019.

Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering

Borgerne oplyser at de selv har været med til at sætte mål for deres ophold, samt have indflydelse på den hjælp de modtager.

Ledelsen oplyser, at medarbejderne læser visitationens mål for opholdet og derefter taler med borger for at fastlægge delmål sammen med borger. De arbejder ud fra personcentreret omsorg og synergi modellen - rette medarbejder til rette opgave og borger, da relationen er meget vigtig for den helhedsorienterede indsats. Derudover afholdes tværfaglige tavlemøder tirsdage og torsdage som giver et effektivt og målrettet fokus. Leder udtrykker bekymring over at fysioterapeuter fra Træningsenheden kun deltager om tirsdag, da det sænker effektiviteten og kan forlænge borgernes ophold, at de ikke deltager ved begge tværfaglige møder.

Medarbejderne redegør for at de fastlægger realistiske mål sammen med borgeren og

har stort fokus på motivationsarbejdet. De italesætter målene i den daglige pleje og får borger til at deltage med alt de kan. Medarbejderne oplever at sygehusene beskriver opholdet på Hedebo som et hotel-ophold, hvilket gør at der kan være en anden forventning til opholdet hos borger og pårørende, end det som er formålet med et ophold på Hedebo.

Ved gennemgang af dokumentationen er der generelt mangler på at Indsatsmål og Handleplaner stemmer overens. Der mangler beskrivelser af hvad der arbejdes hen imod og hvordan - både hvad der er medarbejder indsatsen og borger indsatsen.

Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Ledelsen redegør for, at de ved modtagelse af en ny borger, læser i Nexus, hvad der er borgers vante træning, så de dermed overtager den træning for at borger vedligeholder deres funktionsniveau under opholdet. Derudover tilbydes borgerne de aktiviteter der er i huset under opholdet, f.eks. gåture og benyttelse af træningshal.

Overdraget sygepleje

Medarbejder og ledelse redegør for at de benytter kompetenceskemaer og at det er sygeplejerskerne der underviser i opgaver der overdrages, når det vurderes, at personalet har behov for det.

Ved gennemgang af borgernes dokumentation ses der generelt, at der mangler indsatsmål og handleanvisninger på den overdragede sygepleje. Der er eksempler på at der er utydelige handlingsanvisninger, eksempelvis står der i en handleanvisning: "Borger varetager selvstændigt medicinnadministration" Næste sætning: "borger varetager ikke selvstændigt medicindosering, da borger hurtig bliver udtrættet".

Der er eksempler på veldokumenterede handleanvisninger, men uden indsatsmål.

Vurderingsprincipper

De 6 overordnede måleområder 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, herunder

a. 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 Delvis 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 INDIKATOR

Indikatorvurderingen sker ud fra 3 kategorier: Helt Opfyldt, Delvis 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.

Kommentarer fra tilsynsstedet

Kommentarer fra tilsynsstedet efter høring.

Formelt hørings svar vedr. tilsynsrapport fra uanmeldt tilsyn d 23. september 2020

Rehabiliteringscentret Hedebo

- Tilsynsrapporten er sendt til alle medlemmer af kvalitetsgruppen på Hedebo i god tid til forberedelse for gennemgang af fund.
- Der har været afholdt kvalitetsgruppemøde d.9.11.20 omkring fund, samt været afholdt endnu et møde med sygeplejerskerne i fremmøde fredag d. 20.11.20, omkring de kritisable forhold omkring den sygeplejefaglige dokumentation – i forhold til handleanvisninger og indsatsmål.
- Den oprindelige høringsfrist var d. 4 november 2020, men idet der har været noget uklarhed omkring noget af indholdet i rapporten, har der været dialog med myndighed og tilsynsførende om dette, og høringsfristen blev ændret til d.24.11.20 kl.15.00. Tidligere (d.6.11.20) er temaet: Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86 ændret til Godkendt, men dette figurerer ikke i den seneste udgave af rapporten. Der er rettet henvendelse om dette, men det ikke tilrettet ved afsendelse af hørings svar og handleplaner. Derfor medsendes seneste udgave af rapporten af d.19.11.20, men det forventes at ovenstående rettes igen.
Ovenstående er rettet i den endelig udgave af tilsynsrapporten 2020.
- Sammen med dette hørings svar udarbejdes tillige 2 stk. handleplaner – én som retter sig mod personalet og tiltag på Hedebo og én som omhandler de områder ledelsen på Hedebo vil arbejde videre med.

Overordnede betragtninger og kommentarer:

Selve rapporten:

- Rapporten er meget systematisk opstillet med klare anvisninger over de forskellige kategorier og tilsynstemaer. Dette er rigtig godt. De godkendte temaer er alle meget grundigt beskrevet, hvorimod temaer med mangler er knap så fyldestgørende, nogle endda begrænsede, hvorfor det ikke er entydigt for os, hvad manglerne præcist er under de enkelte temaer. Det er derfor ikke gennemskueligt, hvad der skal handles på.
Det vil være ønskeligt, at der ved kommende tilsyn var en systematisk opstilling af manglerne til slut i temaet. Herved vil det være tydeligere for os, hvor vi skal sætte ind.

Dokumentation

- Det er tydeligt at dokumentationen i, det nye omsorgssystem, Nexus fortsat er en udfordring for driftsenheden. Dette kræver naturligvis handling, og der er iværksat handling både her og nu, samt via en systematisk tilgang på den længere bane, idet dokumentations udfordringerne synes at være den største og mest gennemgående udfordring i de beskrevne mangler. (jf. handleplan).

Dog vil vi gerne gøre opmærksom på, at nogle af udfordringerne hænger sammen med måden vi i organisationen har valgt at implementere det nye omsorgssystem på.

Et eksempel kan være at vi som organisation har fravalgt fortrykte handleanvisninger på særlige sygeplejefaglige områder – fx diabetes, sår, katheter m.v. I de fortrykte handleanvisninger kan medarbejderne blot "vinge" det meste af. Samtidig kunne disse fortrykte handleanvisninger sikre en mere ensartet dokumentation. I stedet skal den enkelte sygeplejerske nu ind, hver gang og oprette handleanvisningen og dokumentere det hele fra bunden. Dette er måske ikke en udfordring, hvis flowet ikke er som på Hedebo (se senere i høringssvaret), men hos os betyder det at dokumentationen bliver langt mere tidskrævende, da mange af vores borgere har udfordringer og problematikker netop indenfor disse områder.

Et andet eksempel er, at der i vores procedure DDKM 2.2.1 Dokumentation i Nexus er taget stilling til, hvornår dokumentationen skal være udarbejdet for hhv. plejecentrene, hjemmesygeplejen og hjemmeplejen.

Dog fremgår der intet om, hvor lang tid man har på Rehabiliteringscentret Hedebo til at udarbejde dokumentationen. Fx har de først nævnte områder 28 dage til udarbejdelse af dokumentationen.

Dette synes ikke umiddelbart hensigtsmæssigt i en enhed som Hedebo, der modtager borgere dels på sundhedslovsophold (SUL §138 akutpladser), hvor dokumentationen skal være klar hurtigt, samt borgere til 14 dages vurderingsophold til en start. Her bør der derfor ses på, hvilken dokumentation der skal udarbejdes, også i forhold til, hvad der skønnes relevant i forhold til det visiterede ophold, samt hvornår det skal ligge klart. En del af dokumentationen kræver trods alt, at man har et større kendskab til borgeren, hvilket vi på Hedebo sjældent har ved de kortere ophold.

Hedebo har en undring over at vi, som leverandør, auditeres på dokumentationsområder, som burde foreligge fra anden leverandørs side. Det kan være områder såsom livshistorie og generelle oplysninger. Dette burde foreligge ved ankomsten hertil, da størstedelen af alle borgere på Hedebo

kommer fra andre leverandører. Vi vil derfor fremadrettet gøre øvrige leverandører opmærksom på, hvis områderne ikke er beskrevet, når borgerne ankommer hertil. (Naturligvis forudsat at borger er kendt i organisationen).

Hedebo har et flow på mellem 350-450 borgere pr. år. Størstedelen af borgerne ankommer sidst på eftermiddagen, og ofte modtager vi flere borgere pr. dag, hvorfor der til tider er et stort dokumentationspres. Størstedelen af disse borgere er her gennemsnitligt omkring ca. 6 -8 uger .Undtaget ovenstående er borgere som afventer plejebolig eller borgere i palliative forløb. Disse borgere kan være længere på Hedebo.

Der er således kun 6 borgere på Hedebo i skrivende stund, som var her på tidspunktet for det uanmeldte tilsyn.

Hedebo kan derfor ikke sammenlignes med fx et plejecenter, hvorfor det fremadrettet kunne være ønskeligt, at der blev kigget på en tilsynsmodel, der tager højde for centrets opgavevaretagelse, og forholdsvis korte tid med den enkelte borger. Dette for at der således kan differentieres i forhold til vigtige oplysninger og dokumentationsområder, således at dokumentationen kan målrettes Hedebos opgavevaretagelse og den enkelte borger.

Fx fremgår det af tilsynets rapport i sidste afsnit i temaet trivsel og relationer, at felterne livshistorie og fremtidsønsker er vigtige.

Vi er på ingen måde uenige i at dette er af betydning, men vi spørger fx ikke en yngre borger, som måske opholder sig her fordi de, i en kortere periode, ikke kan komme rundt i eget hjem i kørestol, eller fordi er boligløs, hvad deres ønsker for den sidste tid er.

Omvendt giver det mening at spørge om dette hos borgere i palliative forløb.

Ligeledes hos borgere der afventer plejebolig her, hvor der over tid oparbejdes en god relation til både borgere og pårørende, såfremt det er relevant.

Bygningen

- Hedebo er en ældre ejendom, og det er korrekt vi er udfordret på kontorer på stedet. Der kan ikke, uden at inddrage boliger, skabes yderligere kontorfaciliteter i umiddelbar nærhed af de forskellige afdelinger. Problematikken er ikke blevet mindre af de gældende retningslinjer vedr. fx GDPR, da alle arbejdsstationer er lavet ud på afdelingerne (der er i alt 14 arbejdsstationer). De er lavet ude i afdelingerne for at vi skal være tæt på – og være tilgængelige for borgerne. P.t. kan der, efter drøftelse, ikke inddrages en bolig på fx 2 afdelinger for at lave personalekontorer.

Dette er problematisk i forhold til telefonopkald, dokumentation m.m. Der vil derfor rettes en særlig indsats mod dette, hvorfor der oprettes et "lille kontor" i den tidligere kiosk, samt indkøbes flere bærbare computere, så samtaler og dokumentation fx vil kunne finde sted i borgerens bolig, sammen med borgeren. Samtidig rettes fokus mod, at vi "flytter os væk", når vi drøfter personfølsomme ting.

- Qua at Hedebo er et ældre center (bygget i 50'erne), er der også udfordringer i forhold til fx netværksdækningen og netværksstik. Der er ikke lagt fibernet ind på enheden, hvorved netværksdækningen ikke altid er optimal. Samtidig ligger centret i et område, hvor mobildækningen er meget dårlig, hvorfor bærbare computere med sim kort ikke altid bare er løsningen på udfordringerne. Disse udfordringer er rejst centralt, og der tages hånd om dette via CSP.
- Ejendommens alder gør sig ligeledes gældende i forhold til bredden på dørene, som ikke blot lige kan laves om, uden en større renovering af bygningen. Dette er ikke noget centrets ledelse kan træffe beslutninger omkring.

Andre udfordringer:

- Qua enhedens modtagelse af borgere direkte fra sygehuset og enhedens opgavevaretagelse kommer der rigtig mange besøgende på centret. Dette er i endnu større udstrækning blevet tydeligt under Corona krisen. Som det fremgår i tilsynsrapporten, er mange pårørende i krise, når deres kære ankommer til Hedebo. Det kræver et stort arbejde og også tid at støtte disse pårørende, og selvom det kunne være formålstjenstligt at der var særlig støtte til disse pårørende – fx i form af pårørende grupper, som en medarbejder har drøftet med ledelsen, så er det ikke noget der ligger inde for rammerne af centrets opgavevaretagelse, og ikke noget centret kan afsætte ressourcer til, da dette vil gå fra tiden hos den enkelte borger.
- Vi ser på Hedebo en stigning i antallet af borgere med fx misbrugsproblematikker, borgere med boligproblematikker, yngre som måske skal i special tilbud. Dette giver ind imellem nogle udfordringer, fordi vi ikke er uddannet indenfor socialområdet. Samtidig stiller det store krav til samarbejdet på tværs, hvor der p.t. ikke er en model for, hvem der løser, hvilke opgaver hos borgerne. Herved lander der ind imellem opgaver på Hedebo, som ikke umiddelbart ligger indenfor vores område.

- Vi ser, ikke sjældent, at der er mange forskellige forventninger til, hvad der kunne ønskes at Hedebo kan levere. I rapporten gives et eksempel på kolber til mænd, men det kan også være doseringsæsker, kørsler hjem, øl til maden, fri adgang til en telefon, æg hver morgen m.m. Vi forsøger løbende at udvikle ideer til, hvordan vi kan sikre informationen omkring vores serviceniveau, gennem fx pjecer og dialog med borgerne.
- Der er tilbage i 2013 udarbejdet en funktionsbeskrivelse for kontaktpersoner. Oprindeligt lå denne inde i CSP's proceduremapper, men efter overgangen til DDKM ligger de ikke længere i mapperne, hvorfor nye medarbejdere, der starter, ikke er bekendt med indholdet, da de under introduktionen bekendtgøres med procedurerne. Der er rettet op på dette decentralt, men der bør være opmærksomhed på om andre procedurer / funktionsbeskrivelser ligeledes ikke længere er tilgængelige.

Centerleder

Christina Giarbini