

Tilsynsrapport
Odense Kommune

ÆLDRE- OG HANDICAPFORVALTNINGEN
HAVEBÆK PLEJECENTER

Uanmeldt tilsyn
November 2020

BDO

INDHOLD

1. OPLYSNINGER 3
1.1 GENERELLE OPLYSNINGER OM TILSYN 3
1.2 AKTUELLE VILKÅR 3
1.3 OPFØLGNING 4

2. KOMMUNALT TILSYN 5
2.1 OVERORDNET VURDERING 5
2.2 SCORE 5
2.3 VURDERING I FORHOLD TIL TEMAER 6
2.4 TILSYNETS BEMÆRKNINGER OG ANBEFALINGER 8
2.5 VURDERING 10

1. OPLYSNINGER

1.1 GENERELLE OPLYSNINGER OM TILSYN

Tabel med oplysninger om plejecentret og tilsynet
Adresse: Havebæk Plejecenter, Østerbæksvej 83, 5230 Odense
Leder: Konstitueret rehabiliteringsleder Lene Fonnesbæk Jensen
Antal boliger: 130 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 9. november 2020, kl. 8.15 – 13.30
Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: Interview med: • Leder • Fire medarbejdere • Fire beboere Tilsynet foretog desuden observationer på fællesarealer og talte med beboere og medarbejdere undervejs. Tilsynet blev afrundet med rehabiliteringsleder og en assisterende leder, som fik en kort tilbagemelding om tilsynsforløbet og foreløbige vurderinger.
Tilsynsførende: Senior Manager Kirsten Marquardsen, sygeplejerske, MHM Manager Sussi Egelund Schmidt, sygeplejerske, MLP

1.2 AKTUELLE VILKÅR

Aktuelle vilkår
Leder oplyser, at beboernes koordinatorer er ved at flytte data fra En Plan til Nexus på tilsynsdagen. Siden sidste tilsyn er der, foruden forberedelse til at overgå til Nexus, arbejdet målrettet med at skabe en sund økonomi samt udvikle de organisatoriske rammer, så kerneopgaven løses kompetent og effektivt. Der er nu ansat tre assisterende ledere med hvert deres faglige ansvarsområde og fast tilknytning til afdelingerne. Rehabiliteringsleder vender pr. 1. januar tilbage til sin hidtidige stilling, og aktuelt pågår ansættelsessamtaler til lederstillingen på Havebækcentret. Leder redegør for, at perioden med COVID-19 restriktioner er forløbet forholdsvist roligt - ingen har indtil nu været smittede, og leder har løbende inddraget pårørende bl.a. på fælles møde tidligere på året og nyhedsbreve. Hun erkender dog, at den nye bølge med restriktioner og besøgsreduktion er sværere at tackle for alle parter anden gang. Den daglige drift samt COVID-19 har ifølge leder sat naturlige begrænsninger for udviklingstiltag i 2020, og leder erkender, at man slet ikke er i mål med den ønskede forbedring af dokumentationen. Forårets målrettede indsats har ikke kunnet fastholdes samtidig med de aktuelle udfordringer - bl.a. et stort antal nyindflyttede beboere, hvoraf en del har psykiatriske lidelser og et aktivt misbrug. Den øgede tilgang af denne målgruppe skyldes primært lukning af et andet plejecenter samt en billig husleje. Målgruppens livsstil og særlige problemstillinger, som fx udadreagerende adfærd, er aktuelt en stor udfordring for såvel medarbejdere som de øvrige beboere.

Desuden har en midlertidig lukning af Lysningen, grundet COVID-19, medført, at flere borgere kommer direkte fra hospitalet. Leder redegør for, at der har været flere UTH i det tværsektorielle samarbejde, hvorfor leder løbende er i dialog med Odense Universitetshospital.

Ligeledes har rekruttering af flere nye medarbejdere og introduktion af disse fyldt meget. Aktuelt søges to social-og sundhedsassistenter til dagvagt. Aftenvagten er dækket bl.a. med en sygeplejerske i den ene afdeling, som ud over sundhedsfaglige indsatser yder faglig sparring til aftenvagterne. Leder arbejder desuden hen mod at etablere et fast afløser korps.

1.3 OPFØLGNING

Opfølgning
Tilsynet vurderer, at anbefalingerne vedrørende dokumentation fra sidste års tilsyn fortsat er gældende.

2. KOMMUNALT TILSYN

2.1 OVERORDNET VURDERING

BDO har på vegne af Odense Kommune foretaget et uanmeldt kommunalt tilsyn på Havebæk Plejecenter. BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem interviews, observationer og skriftligt materiale.

Det er tilsynets overordnede vurdering, at ledelse og medarbejdere på Havebæk Plejecenter arbejder målrettet og engageret på at skabe hensigtsmæssige rammer for et meningsfyldt hverdagsliv, der medvirker til trivsel for beboerne efter længere tid med ledelsesmæssig og organisatorisk turbulens. Det er tilsynets vurdering, at der er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at hverdagslivet på stedet tilrettelægges på beboernes præmisser. Tilsynet vurderer samtidig, at der fortsat bør være et skærpet ledelsesmæssigt fokus på, at de organisatoriske og faglige forbedringstiltag fastholdes, når det nye lederteam etableres.

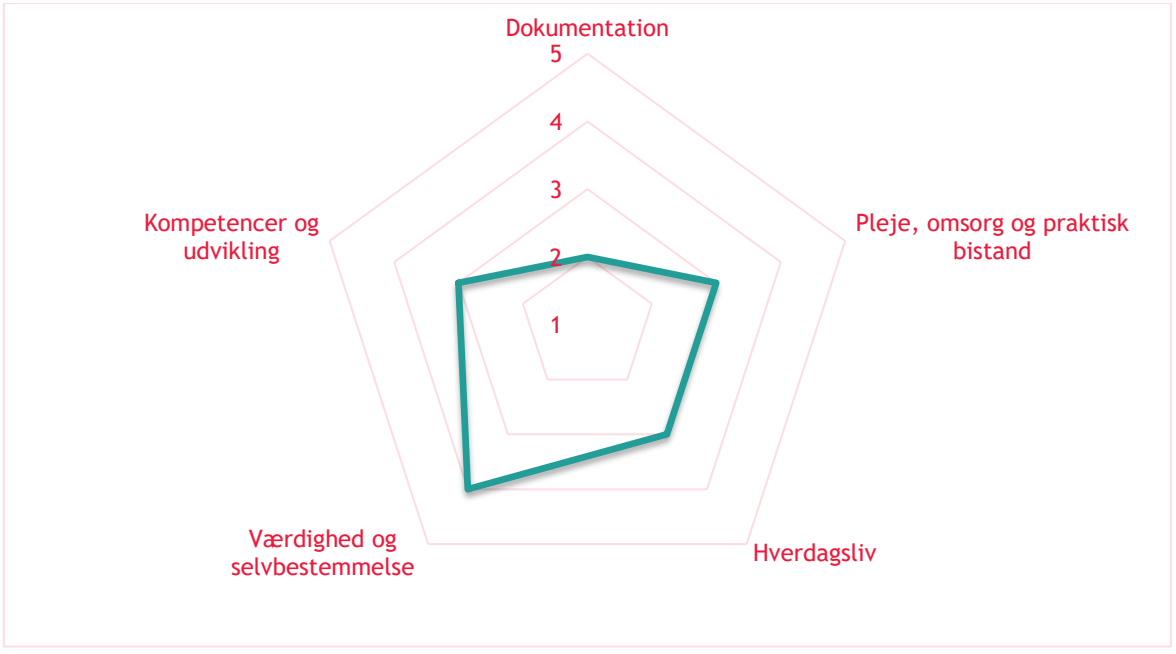
Tilsynet vurderer, at plejecentret lever op til Odense Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau, og at pleje, omsorg og praktisk hjælp leveres med en god faglig kvalitet. Det er samtidig tilsynets vurdering, at den samlede dokumentation er mangelfuld.

Medarbejderne kan på relevant vis redegøre for, hvordan det rehabiliterende sigte er integreret i daglig praksis.

2.2 SCORE

For hvert overordnede tema, der undersøges i tilsynet, opnår tilbuddet en score fra 1-5, hvor 5 er den bedste. Således fremgår det af nedenstående figur, i hvor høj grad tilbuddet opfylder indikatorerne for hvert tema. (Temaer, som ikke er relevante for det pågældende tilbud, tæller ikke med i den samlede vurdering).

Figurens størrelse er et udtryk for kvaliteten målt på de valgte temaer og indikatorer. Jo større figur, jo højere kvalitet.



2.3 VURDERING I FORHOLD TIL TEMAER

Tema	Vurdering
Dokumentation Score: 2	Tilsynet vurderer, at plejecentret i lav grad lever op til indikatorerne. Tilsynet har gennemgået dokumentationen hos otte beboere med en medarbejder, som er implementeringsguide. I forbindelse med implementering af Nexus er der uddannet to superbrugere og 38 implementeringsguider. Ifølge medarbejderne kendes en klar ansvarsfordeling til at sikre opdatering af dokumentationen. Beboerne har to koordinatorer med forskellige kompetencer og ansvar for overblik i forhold til, om den samlede dokumentation er opdateret. Sygeplejerskerne er ansvarlige for at vurdere og dokumentere helbredstilstande ved indflytning og løbende sikre ajourføring af den sundhedsfaglige dokumentation. Medarbejderne erkender, at En Plan ikke altid anvendes efter hensigten i travle perioder. Dokumentationen er samlet set ikke sammenhængende og ensartet udfyldt, og i alle stikprøver ses elementer, der ikke er opdateret eller fyldestgørende beskrevet. Indsatser er i tre tilfælde beskrevet, svarende til beboernes aktuelle behov for pleje og omsorg i dag- og aftenvagt, og i et tilfælde ligeledes for nattevagten, hvor plejen varetages af medarbejdere ansat under en anden ledelse. I tre stikprøver er indsatser ikke konsekvent beskrevet eller ajourført i aftenvagten, mens indsatser i to stikprøver slet ikke er dokumenteret. De faglige tilgange er i seks tilfælde udfyldt med afsæt i beboernes ressourcer, og i to tilfælde enten ikke opdateret eller udfyldt. Funktionsevnetilstande er udfyldte, men i tre tilfælde ikke opdaterede. Helbredstilstande er i to tilfælde fyldestgørende opdateret, mens de øvrige seks ikke er konsekvent vurderet eller opdateret, svarende til beboernes aktuelle helhedssituation og helbredsmæssige tilstand. I flere tilfælde ses endvidere en uensartet udfyldelse af, hvilke data der noteres under henholdsvis funktionsevne- og helbredstilstande. Retningsgivende mål er udfyldt i syv tilfælde, men ikke konsekvent opdateret, mens det mangler i en stikprøve. Det lægges til grund for vurderingen, at den manglende systematik og uensartede anvendelse af dokumentationen kan udfordre overblik og kontinuitet i plejen til beboerne, når afløsere og nye medarbejdere varetager de daglige indsatser. Dokumentationen er formuleret i et fagligt og anerkendende sprog.
Pleje, omsorg og praktisk støtte Score: 3	Tilsynet vurderer, at plejecentret i middel grad lever op til indikatorerne. Beboerne giver udtryk for at modtage den pleje og omsorg, de har behov for, og oplever, at den ydes fleksibelt af flinke og imødekommende medarbejdere. En beboer tilkendegiver dog at være kommet meget sent op på tilsynsdagen, angiveligt grundet ventetid på forbindingsskift, og har først fået morgenmad serveret kl. 10.30. Tilsynet observerer desuden, at morgenmaden står urørt hos to andre beboere sidst på formiddagen. Ledelsen har arbejdet intenst med at skabe rammer og struktur, der fremmer kontinuitet i plejen og muligheden for vidensdeling blandt medarbejderne med samtidig hensyntagen til COVID-19 restriktionerne. Fx er kontorfaciliteter forbedret, så medarbejdere uforstyrret kan drøfte faglige og personfølsomme emner. Ledelsen deltager i morgenrapport sammen med sygeplejerskerne i afdelingerne, og alle beboere har to koordinatorer tilknyttet. Ligeledes er faglige mødefora etableret, fx for social-og sundsassistenter, sygeplejersker og de enkelte teams.

	Desuden afholdes beboerkonferencer ad hoc ud fra en fast struktur med et godt fagligt udbytte - dog savnes det vanlige velfungerende tværfaglige samarbejde fra før nedlukningen. Det oplyses endvidere, at der netop er etableret en plejehjemslægeordning. Pleje og omsorg leveres efter en god faglig standard, og medarbejderne kan med eksempler redegøre for, hvordan plejen ydes ud fra et rehabiliterende sigte. Der er fokus på sundhedsfremme og forebyggelse, fx ernæringsindsataser, som dog ikke afspejles konsekvent, fx med vægtkontroller i dokumentationen. Der ses en tilfredsstillende hygiejnemæssig standard på fællesarealer og i de besøgte beboeres boliger, mens der hos en beboer observeres en meget tilsmudset rollator. Det lægges endvidere til grund for vurderingen, at den mangelfulde dokumentation kan påvirke den faglige kvalitet i indsatserne.
Hverdagsliv Score: 3	Tilsynet vurderer, at plejecentret i middel grad lever op til indikatorerne. Beboerne oplever muligheder for et individuelt tilrettelagt hverdagsliv på egne præmisser. Flere beboere tilkendegiver dog også, at hverdagen aktivitetsmæssigt opleves meget stille - og ikke kun i kraft af COVID-19 restriktioner. En beboer beskriver således, at de sidste to år har været præget af aftagende aktivitetstilbud, bl.a. ture ud af huset, hvilket medarbejderne nikker genkendende til. Leder oplyser i den forbindelse, at flere aktivitetsmedarbejdere er opsagt for sikre de tilstrækkelige faglige ressourcer til pleje og omsorg. En fuldtidsansat aktivitetsmedarbejder koordinerer aktiviteter i huset, mens to deltidsansatte aktivitetsmedarbejdere samt OK-Aktiv bidrager til såvel indendørs som udendørs aktiviteter i de enkelte afdelinger med bl.a. gymnastik og cykelture. Desuden har kommunens ekstra tiltag med fx pølsevogn og en musikevent været velbesøgte. Medarbejderne er opmærksomme på at skabe stunder med en til en nærvær og udendørsaktiviteter som afveksling i hverdagen. Desuden inddrages beboerne i daglige gøremål fx borddækning. Borgerne er i nogen grad tilfredse med den varme mad, hvor især kødet ikke altid er mørt, og sovsen hertil fx for salt. Dette er flere gange drøftet med leverandøren uden forbedringer. Medarbejderne oplyser, at mange beboere foretrækker at spise i caféen, hvor medarbejdere i flexjob hjælper til, mens andre får maden serveret i egen bolig. Det lægges til grund for vurderingen, at tilsynet observerer, hvordan flere beboere sidder alene på fællesarealer, og at der ikke ses megen aktivitet og samvær mellem beboere og medarbejdere på fællesarealer. Endvidere ses i en afdeling, at flere medarbejdere er samlet for sig selv. Medarbejdernes kommunikation og adfærd i samværet med beboerne er respektfuld og anerkendende.
Værdighed og selvbestemmelse Score: 4	Tilsynet vurderer, at plejecentret i høj grad lever op til indikatorerne. Et samarbejde med respekt for den enkelte beboers behov og ønsker til vanlig livsstil indledes ved indflytning på plejecentret. Ligeledes drøftes gensidige forventninger til samarbejdet med beboer og pårørende. En medarbejder reflekterer i den forbindelse over, at en målrettet løbende forventningsafstemning ville være relevant. Beboerne oplever at blive mødt med anerkendelse og respekt for deres individuelle ønsker og behov. En beboer beretter således, hvordan medarbejderne hjælper med at iværksætte en ønsket gangtræning trods COVID-19 restriktioner forbundet hermed.

	I relation til den voksende målgruppe af yngre beboere med misbrug og dobbeltdiagnoser oplever medarbejderne i øget omfang en svær balancegang mellem en værdig og respektfuld tilgang på den ene side og omsorgspligt og omsorgssvigt på den anden - en problemstilling der ofte drøftes mellem ledelsen og medarbejdere. Endvidere inddrages Misbrugscentret ved behov - også når der skal drages ekstra omsorg for fx voksne børn til forældre med aktivt misbrug.
Kompetencer og udvikling Score: 3	Tilsynet vurderer, at plejecentret i middel grad lever op til indikatorerne. Ledelse og medarbejderne vurderer, at de rette faglige kompetencer er til stede, og medarbejderne har gode muligheder for faglig sparring indbyrdes og med sygeplejerskerne. Flere medarbejderne har været af sted på kurser i bl.a. neuropædagogik og vurderer, at de har gode muligheder for kompetenceudvikling under normale omstændigheder. Sygeplejerskerne har ikke pt. tid til at undervise internt, men OK-Vidensteam inddrages fx til undervisning i sygdomsrelaterede emner. Medarbejderne fremhæver, at ledelsen er lydhør over for deres ønsker, og et team ser frem til, at assisterende leder afholder trivselssamtaler i nær fremtid. Medarbejderne udtrykker samtidig et stort behov for øgede faglige redskaber og viden om psykiatri. Ligeledes ønskes øget viden om konfliktforebyggelse i forhold til beboere med misbrugsproblemer, der til tider udviser aggressiv adfærd over for medarbejdere og andre beboere. Ledelsen er bekendt med deres ønsker og behov for øgede kompetencer på dette område og arbejder på sagen. Det lægges til grund for vurderingen, at medarbejdernes faglige tilgange og kompetencer kun i begrænset omfang afspejles i beboernes dokumentation.

2.4 TILSYNETS BEMÆRKNINGER OG ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende bemærkninger og anbefalinger i forhold til plejecentrets fremadrettede udvikling:

Bemærkninger
Tilsynet har ingen bemærkninger.

Anbefalinger
1. Tilsynet anbefaler ledelse og medarbejdere, at indsatser for beboernes behov for pleje og omsorg dag og aften samt de faglige tilgange er beskrevet hos samtlige beboere. 2. Tilsynet anbefaler ledelse og medarbejdere at sikre, at funktionsevnetilstande opdateres, svarende til beboernes aktuelle helhedssituation. 3. Tilsynet anbefaler sygeplejerskerne at sikre en konsekvent og løbende opdatering af helbredstilstande, der afspejler beboernes aktuelle helbredsmæssige situation. 4. Tilsynet anbefaler ledelsen en drøftelse med leder for natplejen med henblik på, at nattevagtens indsatser bliver tilgængelige i beboernes samlede dokumentation. 5. Tilsynet anbefaler medarbejderne et øget fokus på, om beboerne får deres morgenmåltid rettidigt, og om fordelingen af måltider over døgnet er hensigtsmæssig. 6. Tilsynet anbefaler medarbejderne en kontinuerlig opmærksomhed på at rengøre beboernes hjælpemidler efter behov.

7. Tilsynet anbefaler medarbejderne at udnytte mulighederne for samvær med beboerne i løbet af dagen.
8. Tilsynet anbefaler ledelsen at iværksætte en snarlig kompetenceudvikling inden for viden og kompetencer i relation til beboere med misbrugsproblemer samt redskaber til at forebygge og håndtere konfliktoptrappende adfærd.

2.5 VURDERING

I tilsynene i Odense Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

Score/vurdering	Forklaring	Bemærkninger
I meget høj grad opfyldt Score: 5	Udtømmende opfyldelse	Tilsynet kan i sin bedømmelse lægge vægt på følgende forhold: - Der er ingen mangler i opfyldelsen - Indikatoren er opfyldt i forhold til alle beboere - Alle elementer i indikatoren er opfyldt - Tilsynet har ingen bemærkninger til opfyldelsen
I høj grad opfyldt Score: 4	Omfattende opfyldelse	Tilsynet kan i sin bedømmelse lægge vægt på følgende forhold: - Der er få mangler i opfyldelsen - Indikatoren er opfyldt i forhold til størstedelen af beboere - Størstedelen af elementer i indikatoren er opfyldt - Tilsynet har enkelte bemærkninger til opfyldelsen
I middel grad opfyldt Score: 3	Delvis opfyldelse	Tilsynet kan i sin bedømmelse lægge vægt på følgende forhold: - Der er en del mangler i opfyldelsen - Indikatoren er opfyldt i forhold til en del af beboere - En del af elementer i indikatoren er opfyldt - Tilsynet har del bemærkninger til opfyldelsen
I lav grad opfyldt Score: 2	Mangelfuld opfyldelse	Tilsynet kan i sin bedømmelse lægge vægt på følgende forhold: - Der er mange mangler i opfyldelsen - Indikatoren er opfyldt i forhold til få af beboere - Få af elementer i indikatoren er opfyldt - Tilsynet har mange bemærkninger til opfyldelsen
I meget lav grad opfyldt Score: 1	Meget mangelfuld opfyldelse	Tilsynet kan i sin bedømmelse lægge vægt på følgende forhold: - Der er omfattende mangler i opfyldelsen - Indikatoren er opfyldt for få eller ingen af beboerne



OM BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejehjem, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.

Partneransvarlig
Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 28105680
Mail: bsq@bdo.dk

Projektansvarlig
Kirsten Marquardsen
Senior Manager
Mobil: 4189 0436
Mail: kmq@bdo.dk