

AFGØRELSE

Styrelsen for Patientsikkerhed giver på baggrund af tilsynet den 19. november 2020 et påbud til plejeenheden Holmely om:

- 1. Plejeenheden skal sikre borgernes selvbestemmelse, livskvalitet, værdighed, trivsel og relationer, herunder:**
 - a) At det sikres, at beskrivelser af borgerens vaner og ønsker fremgår af omsorgsjournalen (målepunkt 1.2)**
 - b) At det sikres, at eventuelle aftaler med pårørende fremgår af omsorgsjournalen (målepunkt 2.1)**
- 2. Plejeenheden skal sikre, at der anvendes faglige metoder og arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet, herunder:**
 - a) At plejeenheden sikrer, at borgere og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje er rettet mod forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne (målepunkt 3.4)**
 - b) At plejeenheden sikrer, at de fastlagte arbejdsgange understøtter arbejdet med at forebygge uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne (målepunkt 3.4)**
- 3. Plejeenheden skal sikre, at plejeenhedens dokumentationspraksis understøtter, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet, herunder:**
 - a) At plejeenheden sikrer, at beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje i relevante situationer, til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, fremgår af omsorgsjournalen (målepunkt 3.1)**
 - b) At plejeenheden sikrer, at relevante beskrivelser af faglige metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse fremgår af omsorgsjournalen (målepunkt 3.2)**
 - c) At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser rettet mod forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af omsorgsjournalen (målepunkt 3.4)**
 - d) At plejeenheden sikrer, at den fastlagte dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser (målepunkt 5.1)**
 - e) At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og anvender den fastlagte dokumentationspraksis (målepunkt 5.1)**
 - f) At plejeenheden sikrer, at borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket og de social- og plejefaglige indsatser beskrevet (målepunkt 5.1)**

At plejeenheden sikrer, at borgernes mål for personlig pleje og praktisk hjælp fremgår af omsorgsjournalen (målepunkt 5.1)

- 4. Plejeenheden skal sikre, at plejeenhedens organisering understøtter varetagelse af plejeenhedens kerneopgaver, herunder:**
 - a) At plejeenheden sikrer, at organiseringen understøtter, at der kan iværksættes terapeutfaglige indsatser ved behov herfor (målepunkt 4.1)**
- 5. Plejeenheden skal sikre den fornødne indsats i forhold til borgernes genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb, herunder:**
 - a) At plejeenheden sikrer, at borgerne og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (målepunkt 6.1)**
 - b) At plejeenheden sikrer, at der kan tilrettelægges helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål efter § 83a (målepunkt 6.1)**
 - c) At plejeenheden sikrer, at der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (målepunkt 6.1)**
 - d) At plejeenheden sikrer, at der kan tilrettelægges tværfaglige genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb efter § 86 (målepunkt 6.2)**

Påbuddet skal være efterlevet fra dato for endelig afgørelse, som er den 2. februar 2021.

Begrundelse:

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 19. november 2020 et reaktivt ældretilsyn efter servicelovens § 150 på plejeenheden Holmely.

Baggrunden for tilsynet var, at styrelsen havde modtaget en bekymringshenvendelse fra pårørende til en beboer på Holmely, hvori der blev gjort opmærksom på nogle forhold, som potentielt udgjorde en risiko for, om der ikke i plejeenheden blev tilbudt hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet.

Styrelsen har ved tilsynsbesøget anvendt de målepunkter, der er udarbejdet til brug for ældretilsynets vurdering af om den social- og plejefaglige indsats på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder har den fornødne kvalitet. Målepunkterne er udarbejdet ud fra hvad, som efter styrelsens opfattelse skal efterleves af plejeenheden for at understøtte, at den tilbudte hjælp, omsorg og pleje har den fornødne kvalitet.

Målepunkterne er opstillet og gennemgået i tilsynsrapportens afsnit 3.

Styrelsen har ved afgørelsen benyttet de oplysninger, der fremkom ved tilsynet hos Holmely og som er anført i tilsynsrapporten.

Styrelsen har lagt vægt på, at der ved tilsynet var fund i samtlige målepunkter, og at disse fund samlet set udgør en betydelig risiko for, at der ikke ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet i Holmely.

I det følgende begrundes de enkelte dele af påbuddet.

Mangelfuld understøttelse af borgernes selvbestemmelse, livskvalitet, værdighed, trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at der var 2 målepunkter under disse temaer, som ikke var opfyldt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgernes vaner og ønsker kun var delvis beskrevet i to ud af tre stikprøver. I begge stikprøver angik det borgere, som grundet kognitive udfordringer havde vanskeligt ved selv at redegøre for, hvordan deres dagligdag skulle tilrettelægges og derfor var helt afhængige af, at borgernes vaner og ønsker var kendt af alle medarbejdere, således at vaner og ønsker blev tilgodeset i den daglige hjælp og støtte, uanset hvilken medarbejder, der udførte hjælpen. Det er styrelsens vurdering, at den manglende beskrivelse af disse borgers vaner og ønsker rummer en risiko for, at borgerne ikke får hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, efter servicelovens §§83-87 og §150, stk. 2, da den manglende beskrivelse af borgernes vaner og ønsker betyder, at det bliver personafhængigt om borgerne får hjælp på den måde de ønsker og er vant til.

Styrelsen har derudover i vurderingen lagt vægt på, at aftaler med pårørende kun var delvist beskrevet i to ud af tre stikprøver. Begge stikprøver angik borgere, som grundet kognitive udfordringer ikke selv kunne redegøre for aftalerne eller for, hvilken hjælp de pårørende ydede og de pårørendes rolle i borgernes liv. Det er styrelsens vurdering, at det er for sårbart og for personafhængigt i forhold til om medarbejderen har det nødvendige kendskab til aftaler med og relationer til bestemte pårørende. Manglende fyldestgørende beskrivelser af disse aftaler med og relationer til

pårørende i forhold til opfyldelse af borgernes ønsker og vaner rummer en risiko for, at borgeren ikke får hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87 og §150, stk. 2.

Mangelfuld dokumentationspraksis

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der ved tilsynet blev konstateret manglende eller mangelfulde beskrivelser i borgernes omsorgsjournaler, og at plejeenhedens dokumentationspraksis dermed ikke understøttede sammenhængende social- og plejefaglige indsatser samt varetagelse af kerneopgaven med fornøden kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87 og § 150, stk. 2.

Styrelsen har lagt vægt på, at nogle af manglerne i stikprøverne kunne henføres til, at medarbejderne ikke var bekendte med den fastlagte dokumentationspraksis i forhold til beskrivelser af hjælp og pleje til borgere med særlige behov på grund af kognitive funktionsnedsættelser. I tre ud af tre stikprøver manglede der beskrivelser af hjælpen i forhold til borgernes særlige behov, og der manglede beskrivelser af socialpædagogiske metoder og tilgange til forebyggelse af magtanvendelse over for borgere med særlige behov. I alle stikprøver manglede beskrivelser af borgernes mål for praktisk hjælp, ligesom det ikke var beskrevet, hvis borgerne havde behov for hjælp til rengøring.

Styrelsen vurderer, at det er afgørende for at sikre den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje af borgerne, at alle medarbejdere har den nødvendige viden om borgerene. Hertil er dokumentation det nødvendige grundlag for, at enhver medarbejder kan varetage den relevante hjælp, omsorg og pleje ud fra de faglige beskrivelser af borgerenes behov, vaner, ønsker samt særlige forhold i dokumentationen. Styrelsen bemærker endvidere at hjælpen løbende skal tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 85, stk. 5. De medarbejdere, der udfører hjælpen, skal derfor løbende dokumentere såvel forbedringer som forværringer i borgerenes funktionsevne og helbred, således, at hjælpen kan justeres efter det aktuelle behov.

Det er derfor styrelsens vurdering, at de beskrevne grundlæggende og gennemgående mangler i forhold til plejeenhedens dokumentationspraksis rummer en risiko for, at borgerne ikke får hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87 og § 150, stk. 2.

Mangelfuld kendskab til og anvendelse af faglige metoder og arbejdsgange

Styrelsen har vurderet, at der var tre målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der i tre ud af tre stikprøver manglede beskrivelser af hjælpen for at tilgodese borgere med kognitive funktionsnedsættelsers særlige behov. Der manglede beskrivelser af, hvilken socialpædagogisk tilgang, som skulle anvendes til at korrigere seksuel adfærd over for medarbejderne, samt af metoder til guidning og skærmning. Der vurderes, at manglerne i beskrivelserne af socialpædagogisk tilgang og metode i forhold til korrigering af seksuel adfærd, guidning og skærmning har betydning på effekten af forebyggelse af magtanvendelse, fordi manglende beskrivelse af socialpædagogiske tilgange og metoder medfører, at ikke alle medarbejdere får metoder til at forebygge magtanvendelse. Det var derfor ikke sikret, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser fik hjælp, omsorg og pleje, der tilgodeser deres særlige behov, at magtanvendelse blev tilstrækkeligt forebygget, og at hjælpen, omsorgen og plejen havde den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87 og §150, stk. 2.

Der er endvidere lagt vægt på, at der var mangler i plejeenhedens arbejde med forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne, bl.a. i forhold til et tilfælde af forringet mundhygiejne med tab af tænder til følge, og at der ikke var iværksat tilstrækkelige faldforebyggende tiltag rettet mod en dalende gangfunktion og tiltagende dårlig balance hos en borger.

Det blev over for tilsynet oplyst, at det ikke var muligt at iværksætte træningsaktiviteter rettet mod forebyggelse af fald hos borgere, som ikke var berettiget til vederlagsfri fysioterapi eller havde en genoptræningsplan efter en indlæggelse. Der var arbejdsgange og kompetencer i plejeenheden til at forebygge tryksår, men det var problematisk at anskaffe relevante hjælpemidler til forebyggelse af tryksår hurtigt nok fra kommunens hjælpemiddelfdeling. I to ud af tre stikprøver var relevante forebyggende indsatser rettet mod inkontinens, dårlig mundhygiejne og fald ikke beskrevet.

Det er styrelsens vurdering, at de konstaterede mangler udgør en risiko for, at der ikke ydes hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87 og §150. stk. 2, da forebyggelsen af forværring af borgernes helbred og funktionsevne er centralt i forhold til at sikre borgernes trivsel og livskvalitet.

Mangelfuld organisering til understøttelse af varetagelse af plejeenhedens kerneopgaver

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt.

Ved tilsynet konstaterede styrelsen, at der i plejeenheden var problemer i arbejdet med at forebygge fald og tryksår og dårlig mundhygiejne. I forhold til forebyggelse af dårlig mundhygiejne konstaterede vi, at der ikke systematisk blev taget fagligt stilling til borgernes behov for tandpleje. Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for varetagelse af kerneopgaven og den fornødne kvalitet i plejen, at funktionsevnetab og dårligt helbred forebygges bedst muligt og at der arbejdes løbende med at styrke og bevare borgernes muligheder for at kunne være så selvhjulpne så muligt.

Styrelsen har i vurderingen lagt vægt på, at plejeenheden og kommunen havde utilstrækkelige arbejdsgange til at iværksætte tværfaglige forebyggende rehabiliterings- og træningsforløb. Der var desuden utilstrækkelige arbejdsgange i plejeenheden og kommunen i forhold til det tværfaglige samarbejde med at rekvirere hjælpemidler til brug i arbejdet med at forebygge tryksår.

Det er styrelsens vurdering, at manglerne i organiseringen udgør en risiko for, at hjælpen, plejen og omsorgen har fornødne kvalitet, jf. §§ 83-87 og 150, stk. 2 og dermed får betydning for varetagelse af kerneopgaven, fordi borgere i risiko for tryksår ikke kunne få relevante hjælpemidler hurtigt nok, og at borgere med behov for vedligeholdende træning eller genoptræning ikke fik relevant mulighed for at fremme og/eller bevare deres funktionsniveau.

Mangelfuld sikring af den fornødne indsats i forhold til borgernes genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter under dette tema, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har i vurderingen lagt vægt på, at der i en ud af tre stikprøver ikke var sket inddragelse af pårørende ved fastsættelse af mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte.

I en ud af tre stikprøver fremgik et fagligt mål for hjælp med rehabiliterende sigte af omsorgsjournalen, men det var ikke beskrevet, hvad borgerens mål hermed var. Plejeenheden oplyste over for tilsynet, at der var en praksis for målfastsættelse i plejeenheden men, at der ikke var praksis for målfastsættelse for praktisk hjælp.

I vurderingen er der endvidere lagt vægt på, at ledelsen oplevede, at det var vanskeligt at få igangsat helhedsorienterede tværfaglige rehabiliteringsforløb- og træningsforløb. Plejeenheden oplevede, at det ikke i relevante tilfælde var muligt at få igangsat træningsforløb efter servicelovens § 86.

Styrelsen bemærker, at der i borgernes omsorgsjournaler skal fremgå individuelle mål for personlig og praktisk hjælp, samt eventuelle rehabiliteringsforløb samt genoptrænings- og vedligeholdelses-træningsforløb som borgeren og medarbejderne videst muligt samarbejder om at fastsætte. Disse mål skal være tilgængelige for såvel borgeren som de medarbejdere, der er involveret i hjælpen, og dokumentationen heraf skal stemme overens med kravene i servicelovens §§ 83, 83 a og 86.

Det er styrelsens samlede vurdering, at manglerne i forhold til indhentning af mål og fastsættelse af mål for hjælp med rehabiliterende sigte samt sikring af indsatser i forhold til borgernes genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb udgør en risiko for, at der ikke tilbydes den fornødne kvalitet i hjælp, pleje og omsorg, jf. §§ 150, stk. 2, fordi borgere med behov for vedligeholdende træning eller genoptræning dermed ikke fik relevant mulighed for at fremme eller bevare deres funktionsevne.

Konklusion

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer på baggrund af ovenstående forhold angående fund omkring plejeenhedens mangelfulde understøttelse af borgernes selvbestemmelse, livskvalitet, værdighed, trivsel og relationer, plejeenhedens mangelfulde dokumentationspraksis, den mangelfulde beskrivelse af socialpædagogiske metoder og tilgange til borgere med særlige behov, mangelfulde arbejde med forebyggelse af funktionsevnetab og helbred, manglerne i plejeenhedens organisering i forhold til varetagelse af kerneydelsen samt plejeenhedens manglende arbejde med målfastsættelse og opfølgning i forbindelse med træningsindsatser udgør en betydelig risiko for, at der i plejeenheden ikke ydes personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet efter servicelovens §§ 83-87, jf. § 150

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund, at Holmely sikrer borgernes selvbestemmelse, livskvalitet, værdighed, trivsel og relationer fra den 2. februar 2021.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund, at Holmely sikrer en dokumentationspraksis, der understøtter, at den hjælp, omsorg og pleje som der ydes har den fornødne kvalitet fra den 2. februar 2021.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund, at Holmely sikrer, at der beskrives og anvendes faglige metoder og arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet fra den 2. februar 2021.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund, at Holmely sikrer, at plejeenhedens organisering understøtter varetagelse af kerneopgaverne fra den 2. februar 2021.

Endelig påbyder Styrelsen for Patientsikkerhed på den baggrund, at Holmely sikrer den fornødne indsats og kvalitet i forhold til borgernes genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb hos relevante borgere fra den 2. februar 2021.

Manglende efterlevelse af påbuddet straffes med bøde, jf. servicelovens § 157 a, stk. 1, medmindre højere straf er fastsat i anden lovgivning.

Påbuddet kan ophæves, når styrelsen for Patientsikkerhed ved nyt tilsyn har konstateret, at påbuddet i sin helhed er efterlevet, jf. servicelovens § 150.

Offentliggørelse

Styrelsen for Patientsikkerhed skal offentliggøre alle afgørelser efter serviceloven § 150 d. Det følger af § 16 i bekendtgørelse om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn på ældreområdet. Påbuddet offentliggøres på styrelsens hjemmeside.

Vi gør opmærksom på, at den enkelte plejeenhed også skal offentliggøre påbuddet på plejeenhedens egen hjemmeside samt gøre påbuddet umiddelbart tilgængeligt i selve plejeenheden. De samme gælder for den stedlige kommune. Dette følger af § 14 i bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn på ældreområdet.

Kommunen har endvidere pligt til at sikre, at påbuddet samt tilsynsrapporten bliver offentliggjort på Plejhjemsoversigten.dk. De følger af bekendtgørelse nr. 1219 af 22. oktober 2018 om plejhjemsoversigten¹.

Klagevejledning

Man kan ikke klage over Styrelsen for Patientsikkerheds afgørelse og sagsbehandling til en anden administrativ myndighed, jf. servicelovens § 150 d, stk. 2.

¹ Det er kommunalbestyrelser, jf. bekendtgørelsens § 4, og private tilbud, jf. bekendtgørelsens § 5, der løbende skal indberette oplysninger til plejhjemsoversigten om nye tilbud eller ændringer i allerede eksisterende tilbud omfattet af plejhjemsoversigten.dk