

AFGØRELSE OM PÅBUD

Styrelsen for Patientsikkerhed giver på baggrund af ældretilsynet den 7. juni 2021 et påbud til Hjemmeplejen Kerteminde om:

1. Plejeenheden skal sikre borgernes selvbestemmelse, livskvalitet, trivsel og relationer, herunder:
 - a. At plejeenheden sikrer, at værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden (1.1)
 - b. At plejeenheden sikrer, at beskrivelser af borgernes vaner og ønsker fremgår af omsorgsjournalen (målepunkt 1.1)
 - c. At plejeenheden sikrer en systematisk praksis for at indhente ønsker til livets afslutning (målepunkt 1.2)
 - d. At plejeenheden sikrer, at eventuelle aftaler med pårørende fremgår af omsorgsjournalen (målepunkt 2.1)
2. Plejeenheden skal sikre, at der anvendes faglige metoder, arbejdsgange og systematik til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet over for målgruppen, herunder:
 - a. At plejeenheden sikrer, at der hos borgere med kognitive funktionsevnedssættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer (målepunkt 3.1)
 - b. At plejeenheden sikrer, at beskrivelser af ændringer og opfølgning i borgernes tilstand fremgår af omsorgsjournalen (målepunkt 3.3)
 - c. At plejeenheden sikrer, at indsatser for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet (målepunkt 3.4)
3. Plejeenheden skal sikre, at organiseringen understøtter varetagelse af kerneopgaven, herunder:
 - a. At ledelsen sikrer, at organiseringen understøtter plejeenhedens kerneopgaver (målepunkt 4)
4. Plejeenheden skal sikre, at der er en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, som understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser, herunder:
 - a. At plejeenheden sikrer, at den fastlagte dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser (målepunkt 5.1)
 - b. At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og anvender den fastlagte dokumentationspraksis (målepunkt 5.1)
 - c. At plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet (målepunkt 5.1)

- d. At plejeenheden sikrer, at borgernes behov for hjælp er afdækket og beskrevet (målepunkt 5.1)
- e. At plejeenheden sikrer, at borgernes mål for personlig pleje og praktisk hjælp fremgår af omsorgsjournalen (målepunkt 5.1)

- 5. At plejeenheden skal sikre, at borgere og eventuel pårørende bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte, herunder:
 - a. At plejeenheden sikrer, at der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (målepunkt 6.1)

Påbuddet skal være efterlevet fra dato for endelig afgørelse, som er den 16. august 2021.

Begrundelse:

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 7. juni 2021 et reaktivt Ældretilsyn efter servicelovens § 150 hos Hjemmeplejen Kerteminde.

Baggrunden for tilsynsbesøget var, at styrelsen den 14. september 2020 modtog en henvendelse fra en pårørende til en borger, som modtog hjælp fra Hjemmeplejen Kerteminde. Henvendelsen omhandlede bekymring over gentagne fald samt uregelmæssigheder i behandling med medicinsk plaster.

For at belyse de problemstillinger, der var beskrevet i henvendelsen fremsendte Hjemmeplejen Kerteminde udtalelser, journalmateriale samt beskrivelser af arbejdsgange. Styrelsen behandlede materialet i forhold til at vurdere, om der var den fornødne kvalitet i pleje og omsorg hos Hjemmeplejen Kerteminde.

Styrelsen for Patientsikkerhed kunne ikke konstatere om der var den fornødne kvalitet i pleje og omsorg hos Hjemmeplejen Kerteminde ud fra det fremsendte materiale, idet der i det fremsendte materiale manglede dokumentation af arbejdet med at forebygge fald og forringet funktionsevne samt dokumentation for at mål for hjælp og pleje fastsættes sammen med borgeren. Dette er desuden områder som Hjemmeplejen Kerteminde fik henstillinger om, at efterleve ved ældretilsynet i august 2019.

Styrelsen for Patientsikkerhed besluttede på denne baggrund, at foretage et reaktivt ældretilsyn hos Hjemmeplejen Kerteminde med henblik på, at vurdere om den fornødne kvalitet er tilstede i pleje og praktisk hjælp hos borgerne.

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, der 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 ældretilsynets besøg hos Hjemmeplejen Kerteminde og som er anført i tilsynsrapporten.

Styrelsen har lagt vægt på, at der ved tilsynet var fund inden for samtlige temaer inden for målepunktsættet for ældretilsynet, og at disse fund samlet set udgør en betydelig risiko for, at der ikke ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet i Hjemmeplejen Kerteminde. Styrelsen har derudover vurderet, at det er en skærpende omstændighed, at flere af de mangler styrelsen fandt ved tilsynsbesøget er område som Hjemmeplejen Kerteminde fik henstillinger om at efterleve ved ældretilsynet i august 2019.

I det følgende begrundes de enkelte dele af påbuddet.

Mangelfuld understøttelse af borgernes selvbestemmelse, livskvalitet, trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at der var fire af målepunkterne under disse temaer, som ikke var opfyldt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der i en ud af tre stikprøver ikke var beskrivelser af borgerens vaner og ønsker. Ledelsen kunne ikke redegøre for praksis for indhentelse af borgernes ønsker til livets afslutning og det blev oplyst, at plejeenheden manglede en praksis for, at det i alle tilfælde blev sikret at ønsker til livets afslutning blev indhentet. Styrelsen observerede desuden at værdighed ikke blev understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden, idet en medarbejder talte om manglende tid til opgaveudførelse i en borgers nærvær. Det er styrelsens vurdering, at dette udgør en risiko for, at borgerne ikke altid oplever selvbestemmelse og værdighed i forbindelse med hverdagen og i forbindelse med deres sidste tid.

Styrelsen har derudover i vurderingen lagt vægt på, at aftaler med pårørende i to ud af tre stikprøver ikke var beskrevet i dokumentationen. Det er styrelsens vurdering, at dette udgør en risiko for, at de pårørende ikke altid inddrages i borgernes hverdag i det omfang borgerne ønsker det.

Det er styrelsens vurdering, at den manglende beskrivelse af borgerens vaner og ønsker samt aftaler med pårørende rummer en risiko for, at borgeren ikke får hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, efter servicelovens §§83-87 og §150, stk. 2. Styrelsen finder, at det har betydning for den fornødne kvalitet, at borgernes selvbestemmelse samt trivsel understøttes af, at ønsker til den sidste tid og livets afslutning er beskrevet og kan fremfindes af relevante medarbejdere, når det er aktuelt. Styrelsen bemærker, at det er afgørende for den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og plejen, at borgerne oplever at have indflydelse i eget liv, og at hjælpen i videst muligt omfang tilrettelægges i samarbejde med den enkelte borger. Her skal borgerens ønsker, behov og vaner være i centrum i forhold til den ydede hjælp, omsorg og pleje. Det er derfor afgørende, at alle medarbejdere har kendskab til borgerens ønsker, behov, vaner og aftaler med pårørende og har dette i fokus i relation til hjælp, pleje og omsorg for borgeren.

Det er styrelsens vurdering, at de ovenfor beskrevne grundlæggende mangler rummer en risiko for, at der ikke ydes personlig hjælp, pleje og omsorg af fornøden kvalitet i plejeenheden, jf. servicelovens §§83-87, jf. § 150, stk. 2.

Mangelfuld kendskab til og anvendelse af faglige metoder og arbejdsgange

Styrelsen har vurderet, at tre af målepunkterne under dette tema ikke var opfyldt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der i to ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelser af ændringer og opfølgning. Dette vedrørte en borger, der var blevet almen dårlig samt en borger, der havde forværring i sin psykiske tilstand.

I en ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelser af hjælp i relevante situationer vedrørende en borger med kognitiv funktionsnedsættelse, som vedrørte borgerens behov for at blive mindet om aftaler, hvordan hjælpen skulle tilpasses efter borgerens dagsrytme samt hvordan borgerens hallucinationer skulle takles. Det var derfor ikke sikret, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser fik hjælp, omsorg og pleje, der tilgodeser deres særlige behov og at hjælpen, omsorgen og plejen havde den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87 og §150. stk. 2.

Der er i vurderingen lagt vægt på, at der i tre ud af tre stikprøver manglede beskrivelser af forebyggende tiltag i forbindelse med fald, væggtab samt inkontinens. Styrelsen vurderer derfor, at der er en ikke ubetydelig risiko for, at borgerne ikke bliver tilbudt forebyggende indsatser af den fornødne kvalitet.

Styrelsen vurderer, at de beskrevne mangler udgør en risiko for, at ikke alle medarbejdere kan yde en hjælp, der er tilpasset borgere med kognitive udfordringer samt, at ikke alle medarbejdere kan yde en hjælp som understøtter forebyggende tiltag, der kan medvirke til at borgerne bevare deres funktionsevne og helbred.

Det er styrelsens vurdering, at ovenfor beskrevne mangler udgør en risiko for, at der ikke ydes personlig hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet i plejeenheden, jf. servicelovens §§ 83-87 og §150. stk. 2.

Mangelfuld organisering til understøttelse af varetagelse af plejeenhedens kerneopgaver

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

Styrelsen har vurderet, at der ved tilsynet manglede implementering af tiltag af betydning for organiseringen af plejeenheden. Dette drejede sig om manglende implementering af tiltag for at udbedre mangler i den gældende dokumentationspraksis, idet styrelsen ved tilsynet fandt, at der var mangler i den social- og plejefaglige dokumentation i relation til borgernes ressourcer og udfordring, mangler i beskrivelser af borgernes mål for hjælpen samt manglende opdaterede beskrivelser af borgernes døgnrytme planer.

Det er styrelsens vurdering, at den gældende dokumentationspraksis ikke kunne sikre videndeling mellem medarbejderne og sammenhængende indsatser, samt at den gældende dokumentationspraksis ikke understøttede kerneopgaven, hvilket udgør en risiko for at hjælpen ikke bliver af fornøden kvalitet. Styrelsen vurderer, at den gældende dokumentationspraksis udgør en væsentlig del af den samlede organisering, og organiseringen understøttede således ikke plejeenhedens kerneopgaver, hvor de nye tiltag endnu ikke var implementeret.

Det er styrelsens vurdering, at manglerne i organiseringen udgør en risiko for, at hjælpen, plejen og omsorgen ikke har den fornødne kvalitet, jf. §§ 83-87 og 150, stk. 2 og dermed får betydning for varetagelsen af kerneopgaven hos borgerne.

Mangelfuld dokumentationspraksis

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at styrelsen konstaterede mangler i den gældende dokumentationspraksis, og at tiltag for udbedring heraf endnu ikke var implementeret, idet der blev konstateret flere mangler i dokumentationen.

Styrelsen konstaterede således mangler i den social- og plejefaglige dokumentation i relation til borgernes ressourcer og udfordring, mangler i beskrivelser af borgernes mål for hjælpen samt manglende opdaterede beskrivelser af borgernes døgnrytme planer. Det var ved tilsynet tydeligt for styrelsen, at medarbejderne ikke konsekvent fulgte den gældende dokumentationspraksis i plejeenheden. I et enkelt målepunkt vedrørende forebyggende indsatser, var der mangler i samtlige tre stikprøver.

Det er styrelsens vurdering, at den gældende dokumentationspraksis hverken sikrede vidensdeling mellem medarbejderne, sammenhængende indsatser i plejeenheden eller understøttede kerneopgaven i plejeenheden, hvilket udgør en risiko for, at hjælpen ikke er af den fornødne kvalitet.

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 borgerne. Hertil er fyldestgørende og løbende ajourført dokumentation det nødvendige grundlag for, at alle medarbejdere kan varetage den rette hjælp, omsorg og pleje af borgere ud fra den faglige beskrivelse af borgerens behov i dokumentationen. Styrelsen bemærker endvidere, at hjælpen løbende skal tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5, hvilket nødvendiggør, at der er en tilstrækkelig dokumentationspraksis, som anvendes og følges af alle medarbejdere samt, at aktuelle ændringer løbende dokumenteres.

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

Mangelfuld sikring af målfastsættelse i forbindelse med personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt under dette tema, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har lagt vægt på, at der i tre ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelser af borgernes mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte, hvilket styrelsen vurderer udgør en risiko for, at alle medarbejdere ikke kan tage udgangspunkt i borgernes målsætning, når de yder hjælp til borgerne.

Styrelsen bemærker, at der i borgernes omsorgsjournaler skal fremgå individuelle mål for personlig og praktisk hjælp, 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 beskrivelse af borgernes mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte, udgør en risiko for, at der ikke tilbydes den fornødne kvalitet i hjælp, pleje og omsorg, jf. §§ 150, stk. 2.

Konklusion

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer på baggrund af ovenstående forhold angående ældretilsynets fund omkring plejeenhedens mangelfulde understøttelse af borgernes selvbestemmelse, livskvalitet, trivsel og relationer, plejeenhedens mangelfulde beskrivelse af socialpædagogiske metoder og tilgange til borgere med særlige behov, plejeenhedens mangelfulde implementering af og arbejde med forebyggelse af funktionsevnetab og helbred hos borgerne, plejeenhedens mangelfulde dokumentationspraksis, plejeenhedens mangelfulde organisering i forhold til varetagelse af kerneydelsen samt plejeenhedens manglende sikring af målfastsættelse i forbindelse med personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte 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 Hjemmeplejen Kerteminde sikrer borgernes selvbestemmelse, livskvalitet, trivsel og relationer fra den 16. august 2021.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund, at Hjemmeplejen Kerteminde 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 16. august 2021.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund, at Hjemmeplejen Kerteminde sikrer, at plejeenhedens organisering understøtter varetagelse af kerneopgaverne fra den 16. august 2021.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund, at Hjemmeplejen Kerteminde sikrer en dokumentationspraksis, der understøtter, at den hjælp, omsorg og pleje som der ydes har den fornødne kvalitet fra den 16. august 2021.

Endelig påbyder Styrelsen for Patientsikkerhed på den baggrund, at Hjemmeplejen Kerteminde sikrer den fornødne indsats og kvalitet i forhold til indhentelse af borgernes mål i forbindelse med personlig og praktisk hjælp fra den 16. august 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