

AFGØRELSE OM PÅBUD

Styrelsen for Patientsikkerhed giver på baggrund af ældretilsynet den 16. juni 2022 et påbud til Plejecenter Stenhusbakken om:

1. Plejeenheden skal sikre borgernes selvbestemmelse, livskvalitet, trivsel og relationer, herunder:
 - a. At plejeenheden sikrer, at borgerne oplever at have selvbestemmelse, medindflydelse og medinddragelse i eget liv gennem hele døgnet og uanset hvilke medarbejdere borgeren samarbejder med. (målepunkt 1.1)
 - b. At plejeenheden sikrer, at der er fokus på at fremme og bevare den enkelte borgers livskvalitet, selvbestemmelse og medinddragelse (målepunkt 1.1)
 - c. At plejeenheden sikrer, at der i praksis bliver arbejdet med at fremme og bevare borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt (målepunkt 1.1)
 - d. At plejeenheden sikrer, at borgernes vaner og ønsker er beskrevet og kan fremfindes af alle relevante medarbejdere (målepunkt 1.1)
 - e. At plejeenheden medvirker til at understøtte borgernes relationer ved at inddrage og samarbejde med de pårørende, hvis borgerne ønsker det (målepunkt 2.1)
 - f. At plejeenheden sikrer en praksis, hvor borgerne bliver inddraget, og hvor der bliver taget udgangspunkt i deres behov og ønsker i omsorgen og plejen (målepunkt 2.1)
 - g. At plejeenheden sikrer, at aftaler af betydning for borgernes daglige, hjælp, pleje og omsorg er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (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:
 - a. At plejeenheden sikrer, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser og demens får den rette hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres særlige behov og udfordringer (målepunkt 3.1)
 - b. At plejeenheden sikrer, at der anvendes faglige metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelse og demens (målepunkt 3.1)
 - c. At plejeenheden sikrer, at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser og demens findes beskrivelser i den social- og plejefaglige dokumentation af den hjælp, pleje og omsorg, som ydes til disse borgere i relevante situationer (målepunkt 3.1)
 - d. At plejeenheden sikrer, at tone, adfærd og kultur afspejler, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser og demens modtager den relevante faglige hjælp, omsorg og pleje (målepunkt 3.1)

- e. At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (3.3)
 - f. At plejeenheden sikrer anvendelse af fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere med risiko for tryksår og inkontinens (målepunkt 3.4)
3. Plejeenheden skal sikre, at organiseringen understøtter varetagelse af kerneopgaven, herunder:
- a. At plejeenheden sikrer, at organiseringen understøtter plejeenhedens udførelse af kerneopgaverne (målepunkt 4.1)
 - b. At plejeenheden sikrer, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage kerneopgaverne (målepunkt 4.1)
 - c. At plejeenheden sikrer, at medarbejderne følger ansvars- og opgavefordelingen (målepunkt 4.1)
4. Plejeenheden skal sikre en dokumentationspraksis, der understøtter, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet, herunder:
- a. At plejeenheden sikrer, at der er fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres (målepunkt 5.1)
 - b. At plejeenheden sikrer, at den fastlagte dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser (målepunkt 5.1)
 - c. At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og anvender den fastlagte dokumentationspraksis (målepunkt 5.1)
 - d. At plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet (målepunkt 5.1)
 - e. At plejeenheden sikrer, at borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket og de afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
 - f. At plejeenheden sikrer, at afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
5. At plejeenheden skal sikre den fornødne kvalitet i forhold til personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte samt aktiviteter, herunder:
- a. At plejeenheden sikrer, at borgeren og eventuelt pårørende i videst muligt omfang oplever at blive inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte (målepunkt 6.2)
 - b. At plejeenheden sikrer, at medarbejderne følger arbejdsgangene for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte (målepunkt 6.2)
 - c. At plejeenheden sikrer, at mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 6.2)

- d. At plejeenheden sikrer, at der er en praksis for at indhente borgernes ønsker til meningsfulde aktiviteter (målepunkt 6.4)**
- e. At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for at deltage i meningsfulde aktiviteter (målepunkt 6.4)**
- f. At plejeenheden sikrer, at medarbejderne understøtter borgernes evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter (målepunkt 6.4)**

Påbuddet skal være efterlevet fra den 8. september 2022.

Begrundelse:

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 16. juni 2022 et reaktivt ældretilsyn efter servicelovens § 150 hos Plejecenter Stenhusbakken.

Baggrunden for tilsynsbesøget var en oplysningssag, hvor Styrelsen på baggrund af denne besluttede at foretage et reaktivt ældretilsyn med henblik på, at vurdere om den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje har den fornødne kvalitet, herunder hvilke faglige metoder og arbejdsgange, der anvendes på Plejecenter Stenhusbakken i tilgangen til borgere med kognitiv funktionsnedsættelse.

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 ældretilsynet udført hos Plejecenter Stenhusbakken, og som der er redegjort nærmere for 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 risiko for, at der ikke ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet i Plejecenter Stenhusbakken.

I det følgende begrundes de enkelte dele af påbuddet.

Mangelfuld understøttelse af borgernes selvbestemmelse, livskvalitet, trivsel og relationer

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelsen redegjorde for, at der ved indflytning blev foretaget en indflytningssamtale, men at denne kun omhandlede praktiske foranstaltninger, kun blev gennemført, hvis pårørende var tilstede og at indflytningssamtaler ikke blev afholdt på midlertidige pladser. Medarbejderne gav udtryk for, at de oplevede, at borgerne ikke blev modtaget i plejeenheden på en sådan måde, at medarbejderne havde kendskab til, hvad der havde betydning for den enkelte borger eller til borgerens livshistorie og aktuelle situation, hvilket medførte, at

medarbejderne kunne have svært ved, at understøtte og bevare borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrage borgerne, der hvor det kunne skabe mening for borgerne.

Styrelsen har lagt vægt på, at der var mangler i beskrivelse af borgernes vaner og ønsker i to ud af fire omsorgsjournaler. I den ene omsorgsjournal manglede beskrivelse, mens der i den anden omsorgsjournal var beskrivelse af borgerens vaner og ønsker, men disse var ikke i overensstemmelse med de ønsker borgeren gav udtryk for ved borgerinterview. Af omsorgsjournalen fremgik, at borgeren var meget social og gerne ville deltage i sociale aktiviteter. Borgeren oplyste ved borgerinterview, at borgeren bedst kunne lide at være i sin egen bolig og ikke var interesseret i diverse sociale aktiviteter. Borgeren oplyste desuden, at være et B-menneske, der ikke ville op før klokken ni samt, at borgeren ikke brød sig om, hvis nogen kom for tæt på. Disse vaner og ønsker fremgik ikke af omsorgsjournalen. Borgeren oplyste, at være blevet vred og irriteret dagen før, da borgerens ønsker og vaner ikke var blevet respekteret, hvilket havde betydning for borgerens oplevelse af selvbestemmelse og indflydelse i eget liv. Pårørende bekræftede ved interview borgerens vaner og ønsker, og forklarede samtidig, at der ikke havde været en forventningsafstemning. Det er styrelsens vurdering, at det er en forudsætning for at understøtte borgernes selvbestemmelse og livskvalitet, at personalet har kendskab til borgernes vaner og ønsker, og at plejeenheden derfor sikrer, at vaner og ønsker er indhentet og beskrevet, så medarbejderne kan tage udgangspunkt i disse i den daglige pleje således, at den ydede hjælp, omsorg og pleje tilpasses konkret og individuelt efter borgernes ønsker, vaner og behov.

Styrelsen har derudover lagt vægt på, at der i to ud af fire omsorgsjournaler, hvor det var relevant, ikke var dokumenteret aftaler med pårørende, som havde betydning for den daglige hjælp og støtte. En pårørende oplyste, at der var indgået aftale med personalet om ekstra rengøring af gulvet på borgerens toilet samt hjælp til håndtering af vasketøj, da borger selv vaskede sit undertøj og hængte dette til tørre på en radiator i boligen, hvilket resulterede i, at der ifølge pårørende var en kraftig lugt af urin i borgerens bolig. I omsorgsjournalen kunne disse aftaler ikke fremfindes og ledelsen kendte ikke til disse aftaler. Hos en anden borger var der ifølge pårørende indgået aftale om, at borgeren kun skulle have hjemmesko på, da dette kunne afhjælpe at borgeren gik fra plejeenheden og at denne aftale virkede efter hensigten. Denne aftale kunne ikke fremfindes af omsorgsjournalen. Ledelsen redegjorde for, at aftalen ikke længere var aktuel, da borgeren gik fra plejeenheden uanset, men plejeenheden havde ikke orienteret pårørende om ophør af aftalen. Det er styrelsens vurdering, at manglende beskrivelse af aftaler med pårørende medfører, at det er sårbart og personafhængigt om medarbejderne har det nødvendige kendskab til aftaler med bestemte pårørende og dermed medvirker til at understøtte relationen og samarbejdet med pårørende. Styrelsen bemærker, at det har betydning for borgernes trivsel og relationer, at plejeenheden inddrager og samarbejder med pårørende i overensstemmelse med borgernes ønsker.

Det er styrelsens vurdering, at den manglende inddragelse af pårørende og manglende beskrivelse af aftaler med pårørende rummer en risiko for, at borgerne ikke får hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet efter servicelovens §§ 83-87 og § 150, stk. 2, da dette ikke medvirker til at understøtte borgerens trivsel og relationer. Styrelsen bemærker, at det er afgørende for den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje, 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 og vaner, herunder 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 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 en pårørende til en borger med kognitiv funktionsnedsættelse oplevede, at plejeenheden ikke i fornødent omfang tog højde for borgerens nedsatte kognitive funktionsevne. Pårørende oplyste, at vedkommende havde orienteret medarbejderne adskillige gange om borgerens særlige interesse, som pårørende mente kunne anvendes som et redskab i tilgangen til borgeren, men at det først var inde for den seneste uges tid, at plejeenheden var begyndt at tilbyde borgeren aktivitet inden for borgerens interesseområde. Pårørende oplyste, at plejeenheden oplevede mange udfordringer i forhold til borgeren og at borgeren havde været på plejeenheden i cirka fire måneder, hvilket undrede borgeren. Medarbejderne gav udtryk for, at de ikke altid anvendte plejeenhedens metoder og arbejdsgange, da rammerne og ressourcerne udfordrede fagligheden for eksempel ved, at medarbejderne kunne blive nød til, at tilbyde borgeren en ble frem for at motivere borgeren til toiletbesøg. Medarbejderne oplyste, at trods aftale om, at en borger eksempelvis skulle have ”en til en tid” flere gange om dagen, grundet borgerens nedsatte kognitive funktionsevne, så havde de ikke altid havde mulighed for dette grundet manglende tid.

Styrelsen har lagt vægt på, at styrelsen ved tilsynet observerede en borger med nedsat kognitiv funktionsevne komme ind i fællesrummet med en ble hængende ned i det ene bukseben. Borgerens bukser var synligt våde med både urin og afføring. Styrelsen konstaterede desuden hos to borgere, hvor det var relevant, at borgernes særlige behov for hjælp, pleje og omsorg i forbindelse med hjælp til håndtering af inkontinens ikke fremgik af omsorgsjournalen. Hos en borger var det ikke beskrevet, hvordan borger skulle have hjælp til eksempelvis håndtering af vask af undertøj således, at der ikke lugtede af urin i borgerens bolig og hos en anden borger fremgik det ikke, at borger skulle have hjælp til afskaffelse og skift af bleer, idet borger gemte brugte bleer flere steder i lejligheden. Medarbejderne var klar over denne problematik, men det fremgik ikke af omsorgsjournalen, hvordan borger skulle støttes i relation til dette.

Det er styrelsens vurdering, at manglerne medfører en risiko for, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser ikke får hjælp, omsorg og pleje, der tilgodeser deres særlige behov og at hjælpen, omsorgen og plejen ikke havde den fornødne kvalitet. Ligesom styrelsen skal bemærke, at beskrivelse af hjælp, omsorg og pleje i relevante situationer hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser er en vigtig forudsætning for, at alle medarbejdere kan yde en sammenhængende social- og plejefaglig indsats af den fornødne kvalitet til disse borgere. Det er desuden styrelsens vurdering, at tone, adfærd og kultur i plejeenheden ikke i fornødent omfang understøttede, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser fik omsorg, pleje og hjælp rettet mod deres særlige behov.

Styrelsen har lagt vægt på, at selvom ledelsen og medarbejdere redegjorde for en systematisk opsporing af- og opfølgning på ændringer i borgernes tilstand, så konstaterede styrelsen, at borgers funktionsevne i tre ud af tre omsorgsjournaler ikke var opdateret. Dette udgjorde en risiko for, at ændringer i funktionsevne ikke blev registreret og fulgt op på. Styrelsen har desuden lagt vægt på, at plejeenheden ikke konsekvent anvendte fastlagte arbejdsgange og faglige metoder til at forebygge tryksår og inkontinens, idet medarbejderne oplyste, at borgerne ikke altid fik hjælp til toiletbesøg, men fik tilbudt ble i stedet, ligesom medarbejderne oplyste, at der hos en borger med risiko for tryk ikke altid blev prioriteret hjælp til at lejre borger, så tryk blev forebygget. Medarbejderne oplevede, at man skiftede sengetøj og ordnede senge i stedet for at hjælpe borgeren med korrekte bleer og toiletbesøg. Medarbejderne oplyste desuden, at der kunne være en tendens til, at borgerne fik tildelt ble uden at borger var blevet tildelt blebevilling eller var udredt for inkontinens. Styrelsen orienterede ledelsen om problematikken. Ledelsen kunne ikke redegøre for dette og kommenterede ikke yderligere på brugen af bleer til borgere, der ikke var bevilliget inkontinenshjælpemidler.

Det er styrelsens vurdering, at de beskrevne mangler udgør en risiko for, at ikke alle medarbejdere kan yde hjælp, pleje og omsorg som understøtter forebyggende tiltag, der kan medvirke til at borgerne bevare deres funktionsevne og helbred længst muligt samt, at der ikke i alle tilfælde bliver fulgt relevant op på opfølgende indsatser samt på ændringer i borgernes tilstand. Styrelsen vurderer tilmed, at de beskrevne mangler udgør en risiko for, at ikke alle medarbejdere kan yde en hjælp, der er tilpasset borgere med kognitive udfordringer.

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 lagt vægt på, at ledelsen ikke fyldestgørende kunne redegøre for, hvordan organiseringen i plejeenheden understøttede kerneopgaverne. Styrelsen konstaterede ved tilsynet, at plejeenhedens dokumentationspraksis ikke var implementeret, ligesom der var arbejdsgange og procedure, der ikke var implementeret, så medarbejderne kunne følge dem. Ledelsen redegjorde for forebyggende tiltag med blandt andet tværfaglige triagemøder og anvendelse af faglige arbejdsgange og metoder i den forebyggende indsats, men medarbejderne oplyste ved tilsynet at medarbejderne havde erfaring med, at borgerne ind imellem fik inkontinens hjælpemidler i stedet for at motiveres til toiletbesøg. Ved ledelsesinterview orienterede tilsynet om denne problematik og ledelsen kunne ikke redegøre herfor.

Styrelsen har lagt vægt på, at medarbejderne oplevede ikke at have alle de nødvendige kompetencer og den nødvendige tid til at varetage kerneopgaven og, at muligheden for undervisning var sparsom. Medarbejderne oplyste desuden, at der var mange ufaglærte ansat og at de ikke altid havde de nødvendige kompetencer til at varetage kerneopgaven. Ledelsen anerkendte, at der var mange ufaglærte ansat og ledelsen var vidende om, at der ind imellem var manglende ressourcer og kompetencer i plejeenheden til varetagelse af kerneopgave. Ledelsen oplyste desuden, at brugen af vikarer ofte lagde et ekstra tidspres og ansvar på de faste medarbejdere, da faste medarbejdere skulle introducere vikarer til borgere som vikarerne ikke kendte og til plejeenhedens arbejdsgange

samt, at der også ind imellem var opgaver, der skulle varetages af fast personale. Medarbejderne oplyste, at ikke alle fulgte ansvars- og opgave fordelingen, da der manglede kompetencer og tid. Medarbejderne gav udtryk for, at de ikke altid kunne honorere de behov og problemstillingerne, som borgerne havde.

Styrelsen vurderer på baggrund heraf, at plejeenheden samlet set ikke havde en organisering, der understøttede varetagelsen af kerneopgaven, idet der manglede implementering af dokumentationspraksis, implementering af arbejdsgange og metoder, at der var udfordringer i forhold til kompetencer og ressourcer i plejeenheden samt, at organiseringen begrænsede mulighederne for at imødekomme borgernes behov og problemstillinger. Styrelsen vurderer således, at organiseringen samlet set ikke i tilstrækkeligt omfang understøttede plejeeenhedens varetagelse af kerneopgaver.

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 målepunktet under dette tema ikke var opfyldt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at selvom plejeenheden havde en fastlagt praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, så var denne ikke implementeret i organiseringen. Ledelsen havde kort før tilsynet fastlagt dokumentationspraksis, hvorfor denne endnu ikke var kendt af medarbejderne. Medarbejderne oplevede, at der manglede undervisning og dokumentationskompetencer samt, at den undervisning de havde modtaget var e-learning som de skulle bruge deres fritid på denne undervisning. Styrelsen har lagt vægt på, at der var mangelfulde beskrivelser af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i tre ud af tre stikprøver, ligesom social- og plejefaglige indsatser ikke var opdateret eller ikke var beskrevet i tre ud af tre omsorgsjournaler. Plejeenheden redegjorde for en praksis, hvor der blev anvendt en særlig tavle, hvor aktuelle indsatser og tiltag hos borgerne var beskrevet og først når det var vurderet, at indsatserne dækkede borgers behov for hjælp, omsorg og pleje, blev de dokumenteret i borgernes omsorgsjournal. Det er styrelsens vurdering, at en sådan praksis udgør en risiko for, at ikke alle medarbejdere via dokumentationen kan tilgå aktuel og relevant viden om borgernes ressourcer og udfordringer og således tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje herudfra. Styrelsen har desuden lagt vægt på, at der i tre ud af tre omsorgsjournaler ikke var beskrevet afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser i omsorgsjournalerne.

Styrelsen vurderer, at det er afgørende for at sikre den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje af borgerne, at alle medarbejdere, herunder vikarer og afløsere, 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 aktuelle 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 i borgernes omsorgsjournaler.

Det er styrelsens vurdering, at de beskrevne mangler i forhold til plejeenhedens dokumentationspraksis udgør en 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 den fornødne kvalitet i forhold til personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte samt aktiviteter

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

I vurdering er der lagt vægt på, at der i tre ud af tre omsorgsjournaler ikke var beskrevet mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte. Ledelsen kunne redegøre for en fastlagt praksis for målfastsættelse og medarbejderne kendte denne praksis, men oplyste at denne ikke altid blev fulgt. Dette blev bekræftet af, at en ud af tre borgere, hvor det var aktuelt, samt tre ud af tre pårørende oplyste, at der ikke havde været spurgt ind til mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte. Styrelsen har lagt vægt på, at selvom ledelsen redegjorde for, hvordan borgerne blev inddraget i og motiveret til at deltage i aktiviteter, så udtrykte medarbejderne, at de kun i sparsomt omfang kendte til borgernes ønsker og behov for at deltage i aktiviteter eller om borgerne havde behov for en til en tid. Medarbejderne oplevede, at de ikke havde tid, eller havde begrænset tid, til at understøtte borgerne i meningsfulde aktiviteter og ledelsen oplyste, at de var bekendte med udfordringen med den begrænsede tid, særligt i forhold til ”en til en tid”. En ud af tre borgere, hvor det var relevant, og tre ud af tre pårørende fortalte, at der ikke havde været en samtale om, hvilke aktiviteter, der var meningsfulde for borgeren og to ud af tre pårørende oplyste desuden, at de oplevede, at der ikke var mange aktiviteter for borgerne.

Det er styrelsens vurdering, at manglerne i forhold til indhentelse og dokumentation af borgernes mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte udgør en risiko for, at ikke alle medarbejdere har kendskab til disse og kan tage udgangspunkt i dette, når de yder personlig og praktisk hjælp til borgerne. Styrelsen bemærker, at der i borgernes omsorgsjournaler skal fremgå individuelle mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende, 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 vurdering, at det ikke er foreneligt med fornøden kvalitet, at plejeenheden ikke i tilstrækkeligt omfang har en praksis, der sikrer, at borgere og pårørende oplever at blive inddraget i, hvilke aktiviteter der kunne være meningsfulde for borgeren samt at medarbejderne opnår kendskab til borgerens ønske til meningsfulde aktiviteter således, at medarbejderne kan understøtte borgernes deltagelse i meningsfulde aktiviteter. Ligeledes er det styrelsens vurdering, at det ikke er foreneligt med fornøden kvalitet, at der i plejeenheden er udfordringer i forhold til tiden til at understøtte borgerne i bestemte aktiviteter, der er meningsfulde for borgerne.

Det er styrelsens samlede vurdering, at de beskrevne mangler, udgør en risiko for, at der ikke tilbydes den fornødne kvalitet i hjælp, pleje og omsorg, jf. §§ 83-87, 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 anvendelse af faglige arbejdsgange og metoder, plejeenhedens mangelfulde organisering i forhold til varetagelse af kerneydelsen, plejeenhedens mangelfulde dokumentationspraksis samt plejeenhedens mangelfulde sikring af den fornødne kvalitet i forhold til personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte samt aktiviteter udgør en 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 Plejecenter Stenhusbakken sikrer borgernes selvbestemmelse, livskvalitet, trivsel og relationer fra den 8. september 2022.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund, at Plejecenter Stenhusbakken sikrer, at der anvendes faglige metoder og arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet fra den 8. september 2022.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund, at Plejecenter Stenhusbakken sikrer, at plejeenhedens organisering understøtter varetagelse af kerneopgaverne fra den 8. september 2022.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund, at Plejecenter Stenhusbakken sikrer en dokumentationspraksis, der understøtter, at den hjælp, omsorg og pleje som der ydes har den fornødne kvalitet fra den 8. september 2022.

Endelig påbyder Styrelsen for Patientsikkerhed på den baggrund, at Plejecenter Stenhusbakken sikrer den fornødne indsats og kvalitet i forhold til personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte samt aktiviteter fra den 8. september 2022.

Manglende efterlevelse af påbuddet kan 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.

Det 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 og tilsynsrapporten bliver offentliggjort på Plejehjemsoversigten.dk. Det følger af bekendtgørelse nr. 1219 af 22. oktober 2018 om plejehjemsoversigten¹.

Klagevejledning

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

Obligatorisk opfølgings- og læringsforløb

Modtager en plejeenheden et påbud med krav til den social- og plejefaglige indsats jf. servicelovens § 150 d, stk. 1, skal vedkommende registreringspligtige enhed tage imod et opfølgings- og læringsforløb ved et udgående rejsehold under Videnscenter for værdig ældrepleje i Sundhedsstyrelsen jf. servicelovens § 150 e.

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