

AFGØRELSE OM ÆLDRETILSYNSPÅBUD

Styrelsen for Patientsikkerhed har på baggrund af fund ved reaktivt ældretilsyn udført den 22-03-2022 hos Sommersted Plejehjem truffet beslutning om at udstede påbud til plejeenheden om:

- 1. Plejeenheden skal sikre borgernes selvbestemmelse, livskvalitet og pleje ved livets afslutning, herunder:**
 - a) At plejeenheden sikrer, at borgerne oplever at have selvbestemmelse, medindflydelse og medinddragelse i eget liv (målepunkt 1.1)**
 - b) At plejeenheden sikrer, at der er fokus på at fremme og bevare den enkelte borgers livskvalitet, selvbestemmelse, medinddragelse og livsudfoldelse (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 sikrer, at tonen, adfærden og kulturen i plejeenheden understøtter borgernes selvbestemmelse og værdighed (målepunkt 1.1)**
 - f) At plejeenheden sikrer en praksis for, at borgernes ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet (målepunkt 1.2)**
 - g) At plejeenheden sikrer, at alle medarbejdere kender og har en praksis for pleje og omsorg ved livets afslutning (målepunkt 1.2)**

- h) At plejeenheden sikrer, at alle relevante medarbejdere ved, hvor de kan finde borgernes ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 1.2)**
- 2. Plejeenheden skal sikre borgernes trivsel og relationer, herunder:**
 - a) At plejeenheden medvirker til, at borgerne kan leve det liv, de ønsker**
 - b) At plejeenheden sikrer, at pårørende bliver inddraget og at der lyttes i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov (målepunkt 2.1)**
 - c) 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)**
- 3. Plejeenheden skal sikre fokus på hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug, forebyggelse af magtanvendelse, ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand samt forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne, herunder:**
 - a) At plejeenheden sikrer, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser får den rette hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres særlige behov og udfordringer (målepunkt 3.1)**
 - b) At plejeenheden sikrer, at plejeenheden har implementeret faglige metoder og arbejdsgange til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsnedsættelser (målepunkt 3.1)**
 - c) At plejeenheden sikrer, at der er kendskab til faglige metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser (målepunkt 3.1)**
 - d) At plejeenheden sikrer, at der anvendes faglige metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser (målepunkt 3.1)**
 - e) At plejeenheden sikrer, at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser 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)**

- f) At plejeenheden sikrer, at tone, adfærd og kultur afspejler, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser modtager den relevante faglige hjælp, omsorg og pleje (målepunkt 3.1)
- g) At plejeenheden sikrer, at der anvendes metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse (målepunkt 3.2)
- h) At plejeenheden sikrer, at der er kendskab til metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse (målepunkt 3.2)
- i) At plejeenheden sikrer, at der er anvendes metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse (målepunkt 3.2)
- j) At plejeenheden sikrer, at der hos konkrete borgere er beskrivelser i den social- og plejefaglige dokumentation af metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse (målepunkt 3.2)
- k) At plejeenheden har fokus på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand (målepunkt 3.3)
- l) At plejeenheden sikrer en praksis, hvor der systematisk anvendes faglige metoder og redskaber samt arbejdsgange til systematisk opsporing og opfølgning på ændringer (målepunkt 3.3)
- m) At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)
- n) At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)
At plejeenheden sikrer, at der er opmærksomhed på, at hjælp, pleje og omsorg er rettet mod at forebygge inkontinens (målepunkt 3.4)
- o) At plejeenheden sikrer, at der er fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for inkontinens og dårlig mundhygiejne (målepunkt 3.4)
- p) At plejeenheden sikrer kendskab til fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for inkontinens og dårlig mundhygiejne. (målepunkt 3.4)
- q) At plejeenheden sikrer anvendelse af fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til

borgere med risiko for inkontinens og dårlig mundhygiejne (målepunkt 3.4)

- r) At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgerenes dokumentation (målepunkt 3.4)**

4. Plejeenheden skal sikre, at organisation, ledelse og kompetencer understøtter varetagelsen 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 der i plejeenheden er ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer (målepunkt 4.1)**
- d) At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender ansvars- og opgavefordeling (målepunkt 4.1)**
- e) At plejeenheden sikrer, at medarbejderne følger ansvars- og opgavefordelingen (målepunkt 4.1)**

5. Plejeenhedens skal sikre, at dokumentationspraksis understøtter sammenhængende sociale- og plejefaglige indsatser, 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 og, hvordan relevant viden bliver delt mellem medarbejderne (målepunkt 5.1)**
- b) At plejeenheden sikrer, at dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser (målepunkt 5.1)**
- c) At plejeenheden sikrer, at medarbejderne følger praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)**
- d) At plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation i forhold til mentale funktioner og generelle oplysninger (målepunkt 5.1)**

- e) **At plejeenheden sikrer, at de social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)**
- 6. Plejeenheden skal sikre målfastsættelse med inddragelse af borgerne i forbindelse med hjælp med aktiverende sigte, sikre borgernes behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning samt aktiviteter til borgerne, 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 der er en praksis for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte (målepunkt 6.2)**
 - c) **At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender arbejdsgangene for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte (målepunkt 6.2)**
 - d) **At plejeenheden sikrer, at medarbejderne følger arbejdsgangene for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte (målepunkt 6.2)**
 - e) **At plejeenheden sikrer, at mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 6.2)**
 - f) **At plejeenheden sikrer, at formål med borgernes forløb ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 6.3)**
 - g) **At plejeenheden sikrer, at der er en praksis for at indhente borgernes ønsker til meningsfulde aktiviteter (målepunkt 6.4)**

Vi udsteder på baggrund af de uopfyldte målepunkter konstateret på ældretilsynet den 22-03-2022 et påbud om, at plejeenheden skal opfylde ovenstående krav. Se nærmere i vedlagte ældretilsynsrapport.

Begrundelse:

Styrelsen for Patientsikkerhed udførte den 22. marts 2022 et reaktivt ældretilsyn hos Sommersted Plejehjem, efter servicelovens § 150.

Baggrunden for styrelsens beslutning om at udføre et reaktivt ældretilsyn var begrundet i, at Styrelsen for Patientsikkerhed den 8. december 2021 af Styrelsen for Patientklager blev orienteret om, at Styrelsen for Patientklager havde udtalt kritik i en klagesag angående Sommersted Plejehjems behandling af en borgers hudsygdom, og Styrelsen for Patientsikkerhed fandt grundlag for at udføre et ældretilsyn hos Sommersted Plejehjem for at vurdere om borgerne boende i plejeenheden modtager social- og plejefaglig hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87, jr. § 150.

Styrelsen har ved ældretilsynet 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 der efter styrelsens opfattelse skal efterleves af plejeenhederne for at understøtte, at den tilbudte hjælp, omsorg og pleje har den fornødne kvalitet.

Målepunkterne er opstillet og gennemgået i ældretilsynsrapportens afsnit 3, hvortil der henvises for en nærmere gennemgang.

Styrelsen har ved afgørelsen om påbud anvendt de oplysninger, der fremkom ved ældretilsynets besøg hos Sommersted Plejehjem, og som er beskrevet nærmere i ældretilsynsrapporten.

Styrelsen har lagt vægt på, at der ved ældretilsynet blev konstateret uopfyldte målepunkter inden for samtlige 6 temaer i målepunktsættet for ældretilsynet, og at alvoren i disse fund samlet set vurderes at udgøre, at der er kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet i den hjælp, omsorg og pleje, der ydes af Sommersted Plejehjem.

I det følgende begrundes de enkelte dele af påbuddet.

Mangelful understøttelse af borgernes selvbestemmelse og livskvalitet, pleje ved livets afslutning samt borgernes trivsel og relation

Styrelsen har fundet, at der var flere uopfyldte målepunkter under disse temaer.

Tilsynet konstaterede ved interview med borger og pårørende, at det ikke altid var muligt, at borgere med kognitivt funktionsnedsættelse kunne få hjælp til skiftning af ble, at få hjælp til at komme op af sengen ved behov og ønske herom.

Det blev oplyst til tilsynet, at der havde været episoder, hvor medarbejder talte i en hård tone til borger, der ikke kunne medvirke til en forflytning grundet forværring i funktionsniveau og tilstand.

Tilsynet konstaterede ved interview med borger og pårørende samt med ledelsen og medarbejderne, at man oplevede, at der var problemer med tone, adfærd og kulturen i plejeenheden. Det blev af borger oplyst, at medarbejderne havde faglige drøftelser i fælleslokalet, hvilket blev oplevet som uværdigt og gav en følelse af manglende nærvær.

Tilsynet konstaterede, at der var mangelfuld beskrivelser i omsorgsjournalerne af borgernes vaner og ønsker, fx angående madønsker og ønsker til sengetider.

Styrelsen finder, at det har afgørende betydning for den fornødne kvalitet i den ydede hjælp, pleje og omsorg, at borgerne oplever, at deres selvbestemmelse respekteres og, at hjælp, omsorg og pleje udøves således, at borgerne bevarer deres værdighed samt at borgernes vaner og ønsker så vidt det overhovedet er muligt efterkommes af plejeenheden.

Styrelsen vurderer, at plejeenhedens mangelfulde understøttelse af borgernes selvbestemmelse, vaner og ønsker, livskvalitet, samt mangelfulde understøttelse af værdighed, tone, adfærd og kultur samlet udgør en betydelig risiko for, at borgernes ikke tilbydes personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87, jf. § 150.

Tilsynet konstaterede, at der i plejeenhed ikke var en praksis for at sikre, at borgernes ønsker til livets afslutning blev indhentet rettidigt og beskrevet i omsorgsjournalerne således, at ønskerne kunne imødekommes af personalet, når det var aktuelt.

Styrelsen finder, at det har betydning for den fornødne kvalitet i forbindelse med hjælp, pleje og omsorg ved livets afslutning, at borgernes eventuelle ønsker til den sidste tid og til livets afslutning er indhentet rettidigt og kan fremfindes, når det er aktuelt.

Det er styrelsen vurdering, at den manglende systematiske metode til at indhente og dokumentere borgernes ønsker til den sidste tid og til livets afslutning udgør en større risiko for, at hjælpen, plejen og omsorgen i disse situationer ikke har den fornødne kvalitet, idet disse ønsker eventuelt først indhentes i den terminale fase, hvor borgeren ikke altid har mulighed for at udøve sin selvbestemmelse og medindflydelse på sit livsforløb, jf. servicelovens §§ 83-87, jf. § 150, stk. 2.

Tilsynet konstaterede, at der i to ud af tre stikprøver manglede beskrivelser af aftaler indgået med de pårørende, som havde betydning for borgernes hjælp, omsorg og pleje.

Styrelsen finder, at det har betydning for den fornødne kvalitet i hjælp, pleje og omsorg samt borgernes trivsel, at der er beskrivelser af aftaler med pårørende, som har betydning for borgernes hjælp, omsorg og pleje. Borgerne havde faste kontaktpersoner, som tog udgangspunkt i borgernes ønsker og

behov i tilrettelæggelse af hjælp, omsorg og pleje af borgerne, men at kontaktpersonerne ikke i tilstrækkeligt omfang delte deres viden med resten af medarbejderne, hvilket medfører at understøttelse af borgernes trivsel ikke har den fornødne kvalitet og er for sårbar og personafhængig.

Det er styrelsen vurdering, at den manglende beskrivelse af aftaler med pårørende af betydning for borgerne udgør en risiko for, at hjælpen, plejen og omsorgen i ikke har den fornødne kvalitet, idet aftaler har betydning for borgerens relation til sine pårørende, borgernes trivsel samt samarbejdet med de pårørende, jf. servicelovens §§ 83-87, jf. § 150, stk. 2.

Mangelfuld kendskab til og anvendelse af faglige metoder og arbejdsgange over for målgrupperne

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

Tilsynet konstaterede, at der var gennemgående mangler i relation til målgrupper og metoder, idet der ikke i plejeenheden var fastlagte arbejdsgange, og der var utilstrækkelig implementering af faglige metoder til brug hos borgere med særlige behov, grundet kognitiv funktionsnedsættelse. Hos en borger med kognitiv funktionsnedsættelse, var det ikke beskrevet, hvordan borgeren skulle motiveres til bad og tandbørstning eller, hvordan medarbejderne skulle forholde sig til ønske om hyppigt bleskift. Hos en anden borger, var det ikke beskrevet, at medarbejderne skulle tilpasse hjælp og kommunikation til et langsomt tempo for, at borgeren kunne medvirke og være inddraget.

De manglende arbejdsgange og utilstrækkeligt implementerede metoder til brug for at yde social- og plejefaglig hjælp, omsorg og pleje til borgere med særlige behov, havde betydning for, at problemer med inkontinens og dårlig mundhygiejne ikke blev forebygget i med den fornødne kvalitet hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser.

Det er styrelsens vurdering, at manglende arbejdsgange, metoder og vidensdeling til målgruppen udgør en væsentlig risiko for, at den ydede hjælp, pleje og omsorg bliver personafhængig og sårbar.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, hvis der ikke er fastlagte arbejdsgange til tilrettelæggelsen af hjælp til borgere med særlige behov.

Styrelsen vurderer, at det har betydning for den fornødne kvalitet, hvis medarbejdere ikke kendskab til faglige metoder eller viden om, hvilke faglige metoder, der skal anvendes hos borgere med særlige behov grundet kognitiv funktionsnedsættelse. Der var muligheder for at søge sparring hos kommunens demenskonsulenter, og der var igangværende planer om fastlagte møder, hvor de faglige udfordringer hos målgruppen af borgere kunne drøftes, men disse var ikke implementerede endnu, ligesom der ikke var en fastlagt arbejdsgang der sikrede, at kommunens demenskonsulenter blev inddraget, hvor det var relevant.

Styrelsen vurderer derfor, at disse mangler betyder, at magtanvendelse over for målgruppen af borgere med kognitiv funktionsnedsættelser eller demens ikke kunne forebygges med den nødvendige faglighed og ikke havde den fornødne kvalitet.

Styrelsen vurderer, at den mangelfulde beskrivelse af den relevante hjælp, pleje og omsorg, der tager højde for borgernes særlige behov samt mangelfulde beskrevne grundlag omkring relevante socialpædagogiske tilgange samlet udgør en betydelig risiko for, at ikke alle medarbejdere kan yde en relevant hjælp, pleje og omsorg af fornøden kvalitet til borgere med særlige behov og nedsat kognitiv funktionsevne, og at den relevante hjælp, omsorg og pleje bliver for sårbar og personafhængig i forhold til den enkelte medarbejders faglige kompetencer og personlige kendskab til borgerne jf. servicelovens §§ 83-87, jf. § 150, stk. 2.

Styrelsen vurderer, at de mangelfulde beskrivelser af relevante socialpædagogiske tilgange sammenholdt med manglende systematisk indhentning og dokumentation af aftaler med pårørende samlet set udgør en risiko for, at arbejdet med forebyggelse af magtanvendelse ikke har den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87, jf. § 150, stk. 2.

Tilsynet konstaterede, at plejeenhedens metoder og arbejdsgange for systematisk opsporing af ændringer og opfølgning herpå var ikke tilstrækkeligt implementeret, ligesom der manglede beskrivelser af ændringerne og opfølgningen herpå i flere stikprøver.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, hvis ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand ikke systematisk opspores, følges op og beskrives, så alle medarbejdere kan have viden herom, og således, at denne viden, og den udførte hjælp, ikke bliver personafhængig.

Tilsynet konstaterede, at en pårørende var utryk i forhold til om medarbejderne var tilstrækkelig opmærksom på opblussen af en hudsygdom. Den faste kontaktperson redegjorde for, at der var opmærksomhed på problemet, men det var ikke fyldestgørende beskrevet i omsorgsjournalen, hvordan der løbende skulle observeres og reageres, hvis medarbejderne observerede opblussen af tilstanden. Tilsynet konstaterede, at ændringer i en anden borgers tilstand ikke fyldestgørende beskrevet, så hjælpen kunne tilpasses borgerens aktuelle funktionsniveau. Tilsynet konstaterede, at hos en borger, hvor der løbende skulle observeres og dokumenteres ændringer i afføringsmønsteret, var dette ikke udført.

Ledelse og medarbejdere redegjorde over for tilsynet for, at der var en fastlagt arbejdsgang for systematisk opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand.

Styrelsen vurderer, at de fastlagte arbejdsgange og faglige metoder til systematisk opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes tilstand ikke blev anvendt med den fornødne kvalitet i plejeenheden. Det er styrelsens vurdering, at disse mangler udgør en betydelig og væsentlig risiko for, at det

er personafhængigt og tilfældigt om en medarbejder er vidende om ændringer i en borgers tilstand, hvordan der skal reageres på ændringer samt følges op på ændringer.

Styrelsen vurderer, at metoder til opsporing af samt forebyggelse af ændringer i borgernes tilstand ikke var implementeret i fyldestgørende omfang, hvorved der er en betydelig risiko for, at opsporingen og forebyggelse af funktionsevnetab samt forringet helbred ikke har den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87, jf. § 150, stk. 2.

Mangelfuld organisering, ledelse og kompetencer til understøttelse af varetagelse af kerneopgaven

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

Ledelsen havde opmærksomhed på, om der var tilstrækkelige ressourcer og kompetencer i plejeenheden til at løse kerneopgaven med hjælp, pleje og omsorg og havde for nylig tilføjet ekstra personaleressourcer i aften- og nat-timerne.

Det er styrelsens vurdering, at der, på trods af dette, var kritiske udfordringer med organiseringen, procedurer og arbejdsgange og opgave- og ansvarsfordelingen.

Styrelsen vurderer, at manglerne i plejeenhedens organisering, ledelse og kompetencer har afgørende betydning for om kerneydelsen kan understøttes, da disse elementer danner grundlag for, at hjælpen, plejen og omsorgen kan tilbydes og udføres med den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87, jf. § 150, stk. 2.

Mangelfuld dokumentationspraksis

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

Tilsynet konstaterede, at der i plejeenheden var mangler i relation til procedurer og dokumentation, herunder manglede der procedurer for, hvordan medarbejderne skulle reagere, hvis de oplevede, at der var utilstrækkelige ressourcer til at følge den fastlagte dokumentationspraksis.

Tilsynet konstaterede, at den fastlagte dokumentationspraksis ikke var tilstrækkeligt implementeret eller anvendt af medarbejderne, og der var mangler i den social- og plejefaglige dokumentation relateret til borgernes ressourcer og udfordringer, og den afledte hjælp, pleje og omsorg.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, at alle medarbejdere via den social- og plejefaglige dokumentation kan tilgå relevant viden om borgernes situation og den hjælp, pleje og omsorg, som borgerne har behov for, da det ellers bliver personafhængigt om borgerne får den rette hjælp.

Styrelsen vurderer, at det er afgørende for at sikre den fornødne kvalitet i hjælp, pleje og omsorg af borgerne, at alle medarbejdere har den relevante og nødvendige viden om borgerne.

Hertil er dokumentation af den social- og plejefaglige indsats samt opfølgning og evaluering heraf det nødvendige grundlag for, at enhver medarbejder kan varetage den relevante hjælp, pleje og omsorg ud fra de faglige beskrivelser i dokumentationen af borgernes vaner, ønsker, særlige behov og forebyggende indsatser.

Styrelsen bemærker endvidere, at hjælpen løbende skal tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5. De medarbejdere, som udfører hjælpen skal derfor kontinuerligt dokumentere såvel forbedringer som forværringer i borgernes funktionsevne og helbred, således at hjælpen, pleje og omsorgen løbende kan justeres efter det aktuelle behov hos borgerne.

Styrelsen vurderer, at det er en skærpende omstændighed, at ikke forefindes et fyldestgørende beskrevet grundlag til sikring af, at borgere med nedsat funktionsevne tilbydes sammenhængende social- og plejefaglig indsats af den fornødne kvalitet, idet denne målgruppe ofte befinder sig i situationer, hvor borgere i målgruppen ikke selv kan gøre opmærksom på ændringer i deres tilstand samt, at opsporing af eller opfølgning på borgernes fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand kræver tværfaglig koordineret indsats i forhold til at kunne udøve den nødvendige hjælp, omsorg og pleje ud fra borgernes aktuelle behov.

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

Mangelfuld målfastsættelse og inddragelse af borgere i forbindelse med hjælp med aktiverende sigte, behov for genoptræning og vedligeholdelses-træning samt meningsfulde aktiviteter for borgerne:

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

Tilsynet konstaterede, at der i plejeenheden ikke var en fastlagt praksis for sammen med borgerne at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.

Tilsynet konstaterede, at formålet med borgernes træningsforløb efter servicelovens § 86 ikke var beskrevet.

Tilsynet konstaterede, at pårørende oplevede, at det ikke i tilstrækkelig grad var drøftet, hvilke aktiviteter, som var meningsfulde for borger med kognitiv funktionsnedsættelse, og som ikke havde lyst til at deltage i fælles aktiviteter.

Styrelsen vurderer, at viden om borgernes mål har betydning for medarbejdernes mulighed for at tilrettelægge hjælp og pleje således, at det sikres, at borgerne mål understøttes samt at hjælpen og pleje har den fornødne kvalitet. Styrelsen vurderer, at manglende beskrivelse af formålet med træningsforløb samt manglende beskrivelse af hvordan borgernes hjælpes til meningsfulde aktiviteter har afgørende betydning for, at ikke alle medarbejdere kan yde hjælp og pleje af fornøden kvalitet og at hjælpen og plejen i forbindelse med aktiviteter og rehabilitering derfor bliver for sårbar og personafhængig, jf. servicelovens §§ 83-87, jf. § 150, stk. 2.

Konklusion

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer på baggrund af ovenstående forhold angående ældretilsynets fund angående Sommersted Plejehjem mangelfulde understøttelse af borgernes selvbestemmelse, livskvalitet, værdige død, Sommersted Plejehjems mangelfulde understøttelse af borgernes trivsel og relationer, Sommersted Plejehjems mangelfulde kendskab til og anvendelse af faglige metoder og arbejdsgange over for målgrupperne, Sommersted Plejehjems mangelfulde organisering, ledelse og kompetencer i forhold til varetagelse af kerneydelsen gennem hele døgnet, Sommersted Plejehjems mangelfulde dokumentationspraksis samt Sommersted Plejehjems mangelfulde understøttelse af målfastsættelse i forbindelse med personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte samt deltagelse i meningsfulde aktiviteter samlet set udgør en betydelig og væsentlig 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 Sommersted Plejehjem sikrer borgernes selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død, samt understøttelse borgernes trivsel og relationer fra dato for endelig afgørelse, som er den 01-06-2022.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund, at Sommersted Plejehjem sikrer, at der i plejeenheden er kendskab til og anvendes faglige metoder og arbejdsgange over for målgrupperne til sikring af, at der ydes relevant hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet fra dato for endelig afgørelse, som er den 01-06-2022.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund, at Sommersted Plejehjem sikrer, at plejeenhedens organisering, ledelse og kompetencer understøtter varetagelse af kerneopgaverne gennem hele døgnet fra dato for endelig afgørelse, som er den 01-06-2022.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund, at Sommersted Plejehjem sikrer en dokumentationspraksis, der understøtter, at den hjælp, omsorg og pleje, som der ydes har den fornødne kvalitet fra dato for endelig afgørelse, som er den 01-06-2022.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund, at Sommersted Plejehjem sikrer en praksis, der understøtter, at borgernes inddrages i målfastsættelse samt formål med aktiviteter, rehabilitering og genoptræning samt træning åledes, at den hjælp, omsorg og pleje, som der ydes har den fornødne kvalitet fra dato for endelig afgørelse, som er den 01-06-2022.

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 plejeeenhedens egen hjemmeside samt gøre påbuddet umiddelbart tilgængeligt i selve plejeeenheden.

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 samt 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 plejeenhed et påbud om 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

