

Skovbrynet  
Søengen 4 - 0

2840 Holte

*Sendt pr. Digital Post*

## AFGØRELSE

Styrelsen for Patientsikkerhed giver på baggrund af et tilsynsbesøg den 4. og 5 november 2019 et påbud til plejeenheden Skovbrynet om:

- 1) **At plejeenheden sikrer en dokumentation, der systematisk understøtter fornøden sammenhængende social- og plejefaglige indsatser, og at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder:**
  - a. **At der fastlægges en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvor, hvornår og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne (målepunkt 5.1)**
  - b. **At der forefindes beskrivelser af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer, samt at borgernes behov for hjælp er afdækket og beskrevet (målepunkt 5.1)**
  - c. **At borgenes mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret (målepunkt 5.1)**
  - d. **At der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje, og at denne tager højde for borgerens begrænsninger (målepunkt 3.3)**
  - e. **At ændringer i borgere med kognitive funktionsnedsættelsers fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå dokumenteres (målepunkt 3.3)**
  - f. **At sikre at social- og plejefaglige forebyggelsesindsatser er beskrevet (målepunkt 3.4)**
  - g. **At sikre en praksis for at borgernes ønsker og vaner samt aftaler med pårørende med relevans for plejen er beskrevet og kan fremfindes (målepunkt 1.1. og 2.1)**
  
- 2) **At plejeenheden sikrer, at der anvendes faglige metoder og arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet, herunder ved at medarbejderne kender og anvender faglige metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje til borgere med risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne (målepunkt 3.3 og 3.4)**

13. januar 2020

Sagsnr. 35-2511-44/  
Reference ALMS  
T +4572229022  
E

- 3) At plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver, herunder således at alle medarbejdere, som udfører hjælp, omsorg og pleje har adgang til journalsystemet og at medarbejderne har de fornødne kompetencer til at varetage opgaverne (målepunkt 4.1)**
  
- 4) At plejeenheden sikrer, der fastsættes mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte, og at borgere og eventuelt pårørende oplever, at de i videst muligt omfang bliver inddraget i målfastsættelsen (målepunkt 6.1).**

Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed ved et nyt tilsynsbesøg, jf. servicelovens § 150 har konstateret, at påbuddet er efterlevet.

### **Begrundelse**

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 4. og 5. november 2019 et reaktivt tilsynsbesøg efter servicelovens § 150 med plejeenheden Skovbrynet. Baggrunden for tilsynet var, at Styrelsen for Patientsikkerhed havde modtaget en beklagelse fremsendt af Styrelsen for Patientklager.

Skovbrynet er en kommunal plejeenhed i Rudersdal Kommune med plads til 24 beboere. Plejeenheden har ingen særlig beboermålgruppesammensætning. Plejeenheden har et tilstødende genoptræningscenter med samme ledelse som plejeenhedens.

Styrelsen har ved tilsynsbesøget anvendt de målepunkter, der er udarbejdet til brug for tilsyn med, at den social- og plejefaglige indsats på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder har den fornødne kvalitet, med særligt fokus på målepunkterne vedrørende værdighed, pårørendesamarbejde, rehabilitering, træning og hjælpemidler samt plejeenhedens organisering.

Målepunkterne er udarbejdet ud fra hvad, der efter styrelsens opfattelse, skal efterleves i en plejeenhed for at understøtte, at hjælp, omsorg og pleje har den fornødne kvalitet.

Målepunkterne er opstillet og gennemgået i tilsynsrapportens afsnit 3.

Ved tilsynet blev styrelsen opmærksom på, at plejeenheden havde gennemgående mangler i sin dokumentationspraksis. Styrelsen blev endvidere opmærksom på, at plejeenheden manglede systematik og faglige metoder i praksis i relation til at yde hjælp, omsorg og pleje for borgerne. Styrelsen fandt, at plejeenhedens organisering ikke i tilstrækkelig grad understøttede hjælp, omsorg og pleje af

fornøden kvalitet for borgeren, ligesom styrelsen blev opmærksom på, at plejeenheden manglede at arbejde med målfastsættelse i overensstemmelse med servicelovens § 83, stk. 5.

For en detaljeret gennemgang af fundene ved tilsynsbesøget henvises til tilsynsrapporten.

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

Styrelsen har endvidere inddraget høringssvar fra plejeenheden med vedsendt materiale i form af en handleplan samt bilag der beskriver, hvordan plejeenheden vil arbejde med at rette op på de beskrevne mangler i påbuddet.

Styrelsen anerkender, at Plejecenter Skovbrynet har gjort og planlagt en række tiltag med henblik på at forbedre forholdene på plejeenheden. Det er imidlertid styrelsens vurdering, at oplysningerne i høringssvaret ikke giver anledning til en ny vurdering af forholdene, da det ikke alene på baggrund af de beskrevne tiltag kan konkluderes, at der på nuværende tidspunkt er rettet op på de konstaterede forhold.

Nedenfor begrundes påbuddets punkter enkeltvist.

#### Plejeenhedens dokumentationspraksis

Ved tilsynsbesøget den 4. og 5. november 2019 kunne styrelsen konstatere, at plejeenheden havde gennemgående mangler i sin dokumentationspraksis, idet den social- og plejefaglige dokumentation ikke fremgik entydig og systematisk. Ved tilsynsbesøget foretog styrelsen gennemgang af fire borgerjournaler, som efter styrelsens vurdering var illustrative for plejeenhedens dokumentationspraksis. Styrelsen kunne herudfra konstatere, at der manglede beskrivelser af borgerens aktuelle ressourcer og udfordringer, ligesom der manglede beskrivelser af borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje og de heraf afledte social- og plejefaglige indsatser eller afvigelser herfra.

Det er styrelsens vurdering, at dokumentationen var usystematisk og at der manglede overskuelighed og entydighed i dokumentationen. Styrelsen har lagt vægt på, at de tilsynsførende skulle lede flere steder i journalen for danne sig et overblik over borgernes plejebestand samt over hvilken pleje og behandling, der var iværksat.

Styrelsen fandt, at personalet havde udfordringer med at sammenkæde og relatere de forskellige dele af journalen, så som helbredstilstand, handleanvisninger og observationer. Dette medførte et manglende overblik over nødvendige hjælp, omsorg og pleje til borgeren.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at de fleste døgnrytmeplaner var udfyldt i januar 2018, da kommunen overgik til nyt system, men ikke efterfølgende var blevet opdateret efter borgernes funktionsniveau.

Styrelsen har hertil lagt vægt på, at for en borger, som var indflyttet i 2018, fremgik det af dokumentationen, at borgeren havde behov for hjælp til at varetage al personlig og praktisk hjælp samt forflytninger. Tilsynet kunne dog i mødet med borgeren konstatere, at borgeren nu var selvhjulpnen i forhold til personlig pleje samt forflytninger.

Endelig har styrelsen lagt vægt på, at det alene var social- og sundhedsassistenter samt sygeplejersker, der havde adgang til at dokumentere. Der manglende imidlertid en praksis for at sikre den nødvendige dokumentation, idet der ikke var en praksis for, hvordan eksempelvis social- og sundhedshjælpernes observationer hos borgerne blev indført i borgerjournalerne.

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

Styrelsen har lagt vægt, at der ikke forelå en dokumentationspraksis i plejeenheden, idet hverken ledelse eller medarbejdere kunne redegøre for en sådan.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at plejeenhedens journalsystem var i en proces imod reimplementering, hvilket medførte uafklarede forhold i forhold til systematik og overskuelighed i dokumentationen. Det er dog samtidig styrelsens vurdering, at en god dokumentationspraksis er systemuafhængig, og at der ved tilsynsbesøget blev fundet gennemgående mangler i samtlige stikprøver, således at der ikke i tilstrækkelig grad blev understøttet den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats.

Styrelsen har lagt vægt på, at hjælpen løbende skal tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5. Det personale, der udfører hjælpen, skal derfor indberette både bedring og forværring af borgernes funktionsevne således at hjælpen kan justeres efter det aktuelle behov. Det er i den forbindelse vigtigt at faste arbejdsrutiner sikrer, at alle ændringer i borgernes tilstand og funktionsevneniveau, som kan medføre ændringer i behovet for hjælp, registreres og videregives til kommunen.

#### Manglende systematik, faglige metoder og arbejdsgange

Ved tilsynsbesøget den 4. og 5. november 2019 kunne styrelsen konstatere, at plejeenheden manglede systematik, faglige metoder og arbejdsgange i praksis i forhold til at yde hjælp, omsorg og pleje til borgerne.

Styrelsen har lagt vægt på, at ledelsen og de adspurgte medarbejdere redegjorde for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange, som plejeenheden anvend, herunder Marte Meo i relation til personcentreret omsorg til borgere med demens.

Det er imidlertid styrelsens vurdering, at de fastlagte faglige metoder og arbejdsgange ikke blev anvendt systematisk i plejeenheden og derved ikke i tilstrækkelig grad tilgodeså borgernes særlige behov.

Styrelsen har lagt vægt på, at der manglede beskrivelser af denne tilgang til borgerne i dokumentationen, idet den personcentrerede tilgang og beskrivelser af hjælp til borgere med kognitive funktionsnedsættelser ikke fremgik, eksempelvis i form af pædagogiske handleplaner eller lignende.

Det er således styrelsens vurdering, at det i kraft af den manglende dokumentation af relevante faglige metoder i forhold til den enkelte borger, var begrænset i hvor høj grad de faglige metoder blev anvendt i forhold til borgerne.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at plejeenheden anvendte TOBS som faglig metode for tidlig opsporing. Det blev imidlertid tydeliggjort under samtale med medarbejderne, at de ikke var bekendt med metoden eller benyttede den i deres daglige arbejde.

Styrelsen har lagt vægt på, at hjælpen løbende skal justeres i takt med, at borgerens funktionsevne ændres i op- eller nedadgående retning, jf. servicelovens § 83, stk. 5. Det er vigtigt løbende at være opmærksom på hvilken form for hjælp, der bedst løser borgerens behov. Det afgørende er derfor, at der løbende følges op på, om det er den rette hjælp, der gives, om at hjælpen er tilpasset borgernes behov.

Styrelsen har lagt vægt på, at der i fire ud af fire stikprøver manglede beskrivelser af ændringer i borgerens funktionsevne, og at der i fire ud af fire stikprøver manglede beskrivelser af plejefaglige indsatser. Det er således styrelsens vurdering, at plejeenheden manglede fokus på at arbejde systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionstilstand, således at borgernes behov blev tilgodeset.

Der er således styrelsens opfattelse, at de beskrevne grundlæggende og gennemgående mangler i form af manglende systematik, faglige metoder og arbejdsgange rummer en risiko for at der ikke ydes en hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet jf. servicelovens §§ 83-87, jf. servicelovens § 150, stk. 2.

#### Plejeenhedens organisering

Ved tilsynsbesøget den 4. og 5. november 2019 kunne styrelsen konstatere, at plejeenhedens organisering ikke i tilstrækkelig grad understøttede hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet for borgeren.

Styrelsen har lagt vægt på, plejeenheden manglede en praksis i forhold til at sikre, at alle medarbejdergrupperes observationer blev indsamlet og indskrevet i borgernes dokumentation, ligesom der generelt manglede en dokumentationspraksis, som kunne understøtte den fornødne systematik og overblik.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at det fremgik ved tilsynet, at de fleste døgnrytmeplaner ikke var blevet opdateret siden primo 2018, hvor plejeenheden overgik til et nyt journaliseringssystem.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden således manglede en ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne for at sikre en opdateret dokumentation af fornøden kvalitet.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at plejeenheden manglede faglige metoder og arbejdsgange i relation til hjælp, omsorg og pleje for borgere med kognitive funktionsnedsætter, herunder demens, og i relation til ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand.

Styrelsen har vurderet, at ovenstående fund underbygger, at plejeenhedens organisering ikke understøttede, at de opgaver, plejeenheden bør varetage, kunne opfyldes af fornøden kvalitet.

Styrelsen har her lagt vægt på omfanget af fund i plejeenheden, der udgør en risiko for den fornødne kvalitet af hjælp, omsorg og pleje i plejeenheden, og at den daglige organisering i forhold til opgavefordeling i forhold til at sikre fornøden og opdateret dokumentationen ikke på tidspunktet for tilsynet i tilstrækkelig grad understøttede plejeenhedens kerneopgaver.

Det er således styrelsens vurdering, at de beskrevne grundlæggende mangler i form af at plejeenhedens organisering ikke understøttede plejeenhedens kerneopgaver udgør en risiko for, at der ikke ydes personlig hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet efter servicelovens §§ 83 og 87, jf. servicelovens § 150, stk. 2.

#### Aktiviteter og rehabilitering i plejeenheden

Ved tilsynsbesøget den 4. og 5. november 2019 kunne styrelsen konstatere, at plejeenheden manglede målfastsættelse for borgernes personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte efter servicelovens § 83.

Styrelsen har lagt vægt på, at der i plejeenheden ikke blev dokumenteret eller fokuseret på målfastsættelse for borgerne, ligesom borgere og pårørende ikke følte sig inddraget i målfastsættelsen.

Styrelsen har lagt vægt på, at der i fire ud af fire stikprøver manglede målbeskrivelser, ligesom det fremgik, at aktivitetsmedarbejderen ikke havde adgang til dokumentationssystemet.

Det er styrelsens vurdering, at det er afgørende for at sikre den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje til borgeren, at alle medarbejdere har den nødvendige viden om borgeren. Derfor er dokumentationen grundlag for, at medarbejderne kan varetage hjælp, omsorg og pleje ud fra den faglige beskrivelse og de individuelle mål i dokumentationen.

Styrelsen har samtidig lagt vægt på, at plejeenheden havde daglige aktiviteter, som borgerne havde medindflydelse på, ligesom der var et godt samarbejde med fysioterapeuten på stedet og en tilknyttet ergoterapeut ved behov. Det blev endvidere oplyst, at borgerne udtrykte tilfredshed med aktiviteterne.

Styrelsen bemærker dog, at det følger af servicelovens § 83, stk. 5 at der skal fastsættes individuelle mål for hjælpen til den enkelte modtager, som løbende skal tilpasses modtagerens behov. For at sikre den løbende opfølgning på målene, er det afgørende, at disse dokumenteres.

Styrelsen bemærker, at målfastsættelsen skal ske i samarbejde mellem borgeren og medarbejderne. Disse mål endvidere skal være tilgængelige for såvel borgeren som de medarbejdere, der er involveret i hjælpen, og dokumentationen skal stemme overens med kravene i servicelovens §§ 83, 83 a og 86.

### Konklusion

Styrelsen vurderer, som ovenfor anført, at plejeenhedens dokumentationspraksis, den manglende anvendelse af faglige metoder og arbejdsgange i praksis, plejeenhedens organisering samt den manglende målfastsættelse samlet udgør en væsentlig risiko for den fornødne hjælp, omsorg og pleje i plejeenheden.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund plejeenheden Skovbrynet at sikre en dokumentation, der understøtter at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet inden fire uger fra datoen for den endelige afgørelse.

Styrelse for Patientsikkerhed påbyder endvidere plejeenheden Skovbrynet at sikre, at der anvendes faglige metoder og arbejdsgange inden fire uger fra datoen for den endelige afgørelse.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder desuden plejeenheden Skovbrynet at sikre, at plejeenhedens organisering understøtter, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet inden fire uger fra datoen for den endelige afgørelse.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder endeligt plejeenheden Skovbrynet at sikre, at der fastsættes mål for personlig og praktisk hjælp i overensstemmelse

med servicelovens § 83, stk. 5 inden fire uger fra datoen for den endelige afgørelse.

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

Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed ved et nyt tilsynsbesøg efter servicelovens § 150 har konstateret, at påbuddet er efterlevet.

### **Offentliggørelse**

Styrelsen for Patientsikkerhed skal offentliggøre påbud efter servicelovens § 150 d. Det følger af § 16 i bekendtgørelse om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn på ældreområdet. Dette 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 følger af § 14 i bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn på ældreområdet.



**Lovgrundlag:**

Lov om social service, lovbekendtgørelse nr. 1114 af 30. august 2018:

**§ 150.** Styrelsen for Patientsikkerhed skal føre tilsyn med den personlige hjælp, omsorg og pleje efter §§ 83-87, som ydes på de registreringspligtige kommunale og private enheder efter § 150 c, stk. 1 og 2.

*Stk. 2.* Styrelsen for Patientsikkerhed skal gennemføre tilsynet efter stk. 1 ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for, at den personlige hjælp, omsorg og pleje ikke har den fornødne kvalitet. Styrelsen for Patientsikkerhed skal ligeledes på baggrund af en begrundet mistanke gennemføre tilsyn efter stk. 1, hvis det vurderes nødvendigt af hensyn til den fornødne kvalitet af den personlige hjælp, omsorg og pleje i en enhed.

*Stk. 3.* Bliver Styrelsen for Patientsikkerhed bekendt med overtrædelser, mangler eller bekymrende forhold i forbindelse med tilsyn efter stk. 1, skal styrelsen orientere vedkommende registreringspligtige enhed og den stedlige kommunalbestyrelse.

*Stk. 4.* Bliver den stedlige kommunalbestyrelse orienteret om overtrædelser, mangler eller bekymrende forhold efter stk. 3, skal kommunalbestyrelsen orientere de kommunalbestyrelser, som har ansvar for hjælpen til den enkelte borger, jf. §§ 9-9 b i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, når disse borgere kan blive berørt.

*Stk. 5.* Styrelsen for Patientsikkerhed fastsætter nærmere regler om vurdering af kvaliteten af den personlige hjælp, omsorg og pleje, herunder i form af opstilling af kriterier og indikatorer.

**§ 150 b.** Styrelsen for Patientsikkerhed udarbejder en tilsynsrapport efter hvert tilsynsbesøg udført efter § 150, stk. 1. Styrelsen for Patientsikkerhed udarbejder en årlig sammenfatning af observationer og vurderinger som følge af tilsynene efter § 150, stk. 1.

*Stk. 2.* Styrelsen for Patientsikkerhed fastsætter regler om offentliggørelse af tilsynsrapporter og sammenfatninger, jf. stk. 1.

**§ 150 d.** Tilsiger forholdene i den registreringspligtige enhed det, kan Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud om krav til den social- og plejefaglige indsats eller om midlertidigt at indstille driften af den social- og plejefaglige indsats hos den pågældende enhed helt eller delvis.

*Stk. 2.* Afgørelser efter stk. 1 kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.

*Stk. 3.* Styrelsen for Patientsikkerhed fastsætter regler om offentliggørelse af afgørelser truffet efter stk. 1.