

Skive kommune
Torvegade 10 - 0

7800 Skive

Styrelsen for Patientsikkerhed ophæver påbud af 26. maj 2020 til Plejecenter Marienlyst

19. december 2020

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte d. 26. maj 2020 et påbud til Plejecenter Marienlyst på baggrund af fund i forbindelse med tilsynsbesøg d. 21. november 2019.

Sagsnr. 35-2511-224/
Reference MNLW
T +4572229243
E

Den 11. august 2020 udførte styrelsen et reaktivt opfølgende tilsyn, som opfølgning på efterlevelse af det givne påbud. Ved dette tilsyn fandt styrelsen grundlag for at fastholde påbuddet, idet ikke alle forhold omfattet af påbuddet var efterkommet, hvorfor påbuddet blev fastholdt i sin helhed.

Af påbuddet d. 26. maj 2020 fremgik, at Plejecenter Marienlyst skulle sikre:

- 1. At medarbejderne kontinuerligt er opmærksomme på ændringer i borgernes tilstand, herunder:**
 - a) at plejeenheden sikrer, at der arbejdes systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand (målepunkt 3.3)**
 - b) at plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og følger de af ledelsen fastlagte arbejdsgange, faglige metoder og redskaber for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne (målepunkt 3.4)**
 - c) at plejeenheden kender målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan man i plejeenheden inddrager træningselementer og aktiviteter i den daglige hjælp, omsorg og pleje for disse borgere (målepunkt 6.2.)**
- 2. At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder:**

- a) **at plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning på ændringerne fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3.)**
- b) **at plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgernes dokumentation (målepunkt 3.4)**
- c) **at plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger bliver beskrevet (målepunkt 5.1)**
- d) **at plejeenheden sikrer, at borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje og heraf følgende afledte social – og plejefaglige indsatser bliver beskrevet (målepunkt 5.1)**

3. At organiseringen understøtter plejeenhedens varetagelse af kerneopgaver, herunder:

- a) **at plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og følger plejeenhedens ansvars- og opgavefordeling (målepunkt 4.1)**
- b) **Plejeenheden så vidt muligt sikrer, at pårørende bliver inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov (målepunkt 2.1)**

Styrelsen vurderede, at en opfølgning på påbuddet skulle ske ved et administrativt tilsyn, da vurderingen af plejeenhedens udbedring af de enkelte tilbageværende mangler ikke nødvendigvis gjorde et fysisk tilsynsbesøg.

Det opfølgende administrative tilsyn er foretaget ved, at plejeenheden på foranledning af styrelsens opfølgende spørgsmål har indsendt en redegørelse for, hvordan plejeenheden sikrer den fornødne kvalitet i forhold til de målepunkter, som ikke var opfyldt på det opfølgende tilsyn d. 11. august 2020.

Det opfølgende administrative tilsyn er foretaget med henblik på en vurdering af, om påbuddet af den 26. maj 2020 er efterlevet i sin helhed, og om påbuddet derfor kan ophæves, jf. servicelovens § 150.

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret det opfølgende administrative tilsyn på, at redegørelsen indeholdt oplysninger om nedenstående:

- **Målepunkt 5.1: Plejeenhedens dokumentationspraksis, herunder:**
 - **at plejeenheden sikrer, at borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje og heraf følgende afledte social – og plejefaglige indsatser bliver beskrevet (målepunkt 5.1)**

- **Målepunkt 6.2.: Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86, herunder:**
 - **Plejeenheden kender målene og de fastlagte arbejdsgange for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan man i plejeenheden inddrager træningselementer og aktiviteter i den daglige hjælp, omsorg og pleje for disse borgere (målepunkt 6.2.)**

Ved det opfølgende administrative tilsyn, har vi modtaget en redegørelse fra plejeenheden. På baggrund af den modtagne redegørelse, har styrelsen foretaget en vurdering af de indkomne oplysninger.

Styrelsen vurderer, at oplysninger om plejeenhedens dokumentationspraksis fremadrettet sikrer, at borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje og heraf følgende afledte social- og plejefaglige indsatser bliver beskrevet fyldestgørende.

Yderligere er det vægtet, at plejeenheden oplyser, at der er implementeret fastlagte arbejdsgange for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene, som sikrer, at plejeenheden inddrager træningselementer og aktiviteter i den daglige hjælp, omsorg og pleje hos de relevante borgere.

Styrelsen vurderer på den baggrund, at alle forhold omfattet af påbuddet nu er efterlevet, at der ingen problemer er med den fornødne kvalitet og, at Plejecenter Marienlyst hermed har den fornødne kvalitet i forhold til den ydede hjælp, pleje og omsorg, som leveres af plejeenheden.

På den baggrund ophæves påbuddet af d. 26. maj 2019 hermed d.d.

Styrelsen forudsætter, at Plejecenter Marienlyst fremover fortsat overholder gældende lovgivning, herunder de krav som påbuddet af 26. maj 2020 var udtryk for.

Afgørelse om påbuddet af 26. maj 2020 vil snarest blive fjernet fra styrelsen hjemmeside.

Plejecenter Marienlyst har fra d.d. ikke længere pligt til at offentliggøre påbuddet, de tidligere tilsynsrapporter eller gøre påbuddet umiddelbart tilgængeligt på selve plejeenheden.

Nedenstående er en tematisk fremstilling af baggrunden for den samlede vurdering:

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen konstaterede ved tilsyn den 21. november 2019 og ved det opfølgende tilsyn d. 11. august 2020 at målepunktet under dette tema, var opfyldt.

Ved dette tilsyn, blev der lagt vægt på, at borgerne under interview angav, at de oplevede selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv. Der blev taget udgangspunkt i borgernes behov og ønsker til hverdagen, og så vidt muligt blev plejen planlagt derudfra. Dette var underbygget i dokumentationen i omsorgsjournalerne, hvor borgernes ønsker og vaner var beskrevet.

Såvel leder som medarbejdere kunne redegøre for, hvorledes plejeenheden arbejdede med at understøtte borgerens selvbestemmelse og livskvalitet, både som en naturlig del i det daglige arbejde samt på mere systematisk vis. Eksempelvis havde plejeenheden velkomstsamtale med borger og eventuelle pårørende, når en borger flyttede ind. Under samtalen blev borgerens ønsker og vaner afklaret, og klippekortsordningen blev gennemgået. Herudover tilbød plejeenheden årssamtaler samt deltagelse i forskellige sociale arrangementer, hvor også pårørende var velkomne.

Styrelsen har lagt vægt på, at leder og medarbejdere kunne redegøre for, hvordan borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning blev indhentet. Konstitueret leder og medarbejdere kunne redegøre for, hvordan dokumentation for borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning kunne fremfindes.

Medarbejderne lagde under interviewet vægt på vigtigheden af, at samtalen om eventuelle ønsker til den sidste tid, blev gennemført af medarbejdere, som borgeren følte sig tryk ved, og når emnet faldt naturligt. Borgerne udtrykte under interviewet, at der var medarbejdere som borgerne følte sig trykke ved, og at borgerne med disse medarbejdere kunne tale ”frit”, hvis de havde behov herfor.

Det er styrelsens vurdering, at medarbejderne havde kompetencer i forhold til at varetage pleje og omsorg ved livets afslutning. Medarbejderne havde deltaget i kursus i palliation, ligesom der var samarbejde med relevante samarbejdspartnere som eksempelvis palliativt team, akutteam og vågekoner.

Under tilsynet blev drøftet fokus på samarbejde og vidensdeling de to afdelinger imellem. Eksempelvis arbejdede begge afdelinger med at understøtte

borgerens selvbestemmelse og livskvalitet og som et ekstra tiltag havde den ene afdeling implementeret beboermøder og havde fået gode tilbagemeldinger fra borgerne på dette. Den anden afdeling havde ikke hørt om initiativet med beboermøder og derfor ikke overvejet at indføre sådanne møder.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede med at imødekomme borgernes ønsker og understøtte den enkelte borgers selvbestemmelse og livskvalitet.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen konstaterede ved det opfølgende tilsyn d. 11. august 2020, at målepunktet under dette tema var opfyldt

Ved dette tilsyn, blev der lagt vægt på, at de to interviewede pårørende oplevede at blive inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov. Ligesom de gav udtryk for at opleve, at de følte sig imødekommet af medarbejderne ved, at de lyttede til dem, samt fulgte op på deres forespørgsler vedrørende eventuelle ønsker og behov i relation til borgernes hjælp, pleje og omsorg.

Herudover har styrelsen vægtet, at det var gennemgående ved interviews med borgerne, at de oplevede, at kunne få hjælp til at leve det liv, som de ønskede. Herunder at borgerne oplevede, at der var en god tone, adfærd og kultur hos medarbejderne, og at den enkeltes ønsker og behov blev respekteret.

Styrelsen har desuden lagt vægt på, at lederen kunne redegøre for en fokuseret indsats i forhold til at informere pårørende gennem udsendelse af nyhedsbrev, samt italesættelse af hvilken kommunikation medarbejderne skulle møde de pårørende med, når de var i plejeenheden. Denne proces havde medvirket til en øget bevidsthed om dialog til at fremme inddragelse af og samarbejdet med de pårørende, som et væsentligt element i borgernes trivsel.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen konstaterede ved det opfølgende tilsyn d. 11. august 2020, at målepunkterne under dette tema var opfyldt.

Ved dette tilsyn, blev der lagt vægt på, at de interviewede borgere og pårørende oplevede, at medarbejderne var opmærksomme på ændringer i og opfølgning på borgerens sædvanlige tilstand.

Leder og medarbejdere oplyste, at der siden sidste tilsyn, havde været igangsat en målrettet indsats med hensyn til at systematisere de daglige triagemøder, som blev afholdt x 2 dagligt, med fast brug af mødeleder og opdatering af oversigtstavle. Der var blevet afholdt undervisning til medarbejderne, samt pågået et udviklingsarbejde i forhold til oversigtstavlerne. Medarbejderne oplyste, at den fokuserede indsats, havde bidraget til at sikre en højere grad af systematik i opsporing af ændringer i borgernes tilstand,

herunder at der blev iværksat forebyggende tiltag for at forebygge funktionssevnetab og forringet helbred hos borgerne. Derudover redegjorde lederen for, at man i plejeenheden hver sjette uge havde mødefora, hvor der var mulighed for gennemgang af relevante borgeres plejeforløb.

Tilsynet kunne konstatere, at den systematiske indsats med opsporing af ændringer i borgerens tilstand og iværksættelse af forebyggende indsatser, var beskrevet i dokumentationssystemet.

Derudover har styrelsen lagt vægt på, at plejeenheden redegjorde for, at man i plejeenheden anvendte relevante metoder i forhold til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug. Leder og medarbejdere redegjorde for, at de kunne inddrage demenskoordinator, i særlige komplekse borgerforløb.

I plejeenheden var der blandt andet fokus på metoden personcentreret omsorg, som en relevant metode at anvende til alle borgere i plejeenheden, og der var derfor planlagt undervisning for alle medarbejdere i efteråret.

Ved tilsynet var der ikke borgere med problemstillinger, hvor det var relevant at arbejde med forebyggelse af magtanvendelse i plejen, derfor er dette markeret som ikke aktuel i målepunkt 3.2.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen konstaterede ved det opfølgende tilsyn d. 11. august 2020, at målepunktet under dette tema var opfyldt.

Ved dette tilsyn, blev der lagt vægt på, at der siden sidste tilsyn var sket en ændring i plejeenheden, således at der var en leder for hele plejeenheden. Derudover var der blevet ansat en ekstra centersygeplejerske, således at der altid var en eller to centersygeplejersker i alle hverdage i plejeenheden. Derudover var andelen af social- og sundhedsassistenter øget samt planlagt med en øget fremmødeprofil i hverdagen. Der var stabilitet i medarbejdergruppen, og det var faste afløsere, der var i plejeenheden.

Ledelsen oplyste, at der var arbejdet målrettet med introduktion af nye medarbejdere/afløsere samt fokus på den enkelte medarbejders personlige kompetencer, herunder også behovet for en eventuel indsats i forhold til sproglige barrierer, gennem tilbud om sprogundervisning og sproglig guidning i det daglige arbejde.

Medarbejderne tilkendegav at kende deres ansvars- og kompetenceområde og kunne redegøre for procedure og arbejdsgange, når der var opgaver som krævede anden faglig kompetence. Eksempelvis blev der ikke længere anvendt sundhedsfaglige forkortelser i forhold til opgaver, som skulle udføres hos borgeren.

Leder og medarbejdere oplyste, at der var tydelige arbejdsgange i forhold til kommunikation mellem medarbejdere og ledelse, således at der ledelsesmæssigt kunne blive fulgt op på relevante forespørgsler og mulige problemstillinger.

Ved sidste tilsyn var fremkommet problemer med nødkaldeanlægget. Dette var rettet op og de adspurgte borgere tilkendegav at det fungerede, og at de kunne få tilkaldt hjælp ved behov.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen konstaterede ved det opfølgende tilsyn d. 11. august 2020, at målepunktet under dette tema, ikke var opfyldt, da det var gennemgående i alle tre journaler, at der var mangelfulde oplysninger vedrørende de afledte social- og plejefaglige indsatser i forhold til borgerens behov for hjælp, pleje og omsorg. Medarbejderne kunne over for tilsynet mundtligt redegøre for dette hos alle tre borgere, ligesom der var udarbejdet døgnrytmeplaner, der beskrev pleje og omsorg døgnet igennem.

Ved den administrative opfølgning med gennemgang af de indkomne oplysninger vedr. dette målepunkt er vurderingen, at målepunktet under dette tema er opfyldt.

Vi har lagt vægt på, at plejeenheden har redegjort for afholdt undervisning og et kontinuerligt fokus på, at døgnrytmeplanerne i større detaljeringsgrad afspejler borgernes behov. Eksempelvis ved at beskrive hvilken tilgang medarbejderne kan benytte, for at motivere borgeren i forhold til at tilgodeborgerens behov for hjælp, pleje og omsorg.

Ligeledes er der redegjort for skemalagt tidsforbrug til medarbejderne i forhold til at sikre en aktuel og opdateret social- og plejefaglige dokumentation. Der er blevet ansat en ekstra koordinator, med en controller funktion i hendes stilling, hvor vedkommende udover at skemalægge, skal kvalitets sikre den social- og plejefaglige dokumentation, ved gennemgang sammen med medarbejderne. Plejeenheden har som et ekstra tiltag indført, at alle tre koordinatore i plejeenheden, systematisk udfører audit på ”hinandens journaler”.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen konstaterede ved det opfølgende tilsyn d. 11. august 2020, at et målepunktet under dette tema, ikke var opfyldt, da der hos en borger i et aktuelt træningsforløb, ikke kunne fremfindes et dokumenteret formål eller eventuelle ændringer i forhold til borgerens forløb. Ledelsen redegjorde for kommunens organisering med en særskilt træningsenhed, som betød, at fysioterapeuten skulle anvende bestemt formular i omsorgssystemet, for at plejeenheden havde adgang til at læse dette. Ledelsen ville viderebringe denne problematik til træningsenheden med henblik på at sikre, at den beskrevne arbejdsgang blev fulgt.

Tilsynet kunne ligeledes konstatere, at medarbejderne manglede kendskab til arbejdsgangen i forhold til ansøgning af § 86 træningsforløb hos den kommunale træningsenhed. Ledelsen tilkendegav, at man fremadrettet ville have fokus på formidling til medarbejderne vedrørende denne arbejdsgang, som der var en fast procedure for i kommunen.

Ved den administrative opfølgning med gennemgang af de indkomne oplysninger vedr. dette målepunkt er vurderingen, at målepunktet under dette tema er opfyldt.

Der er redegjort for, at Skive Kommune har instrukser og vejledninger for træning, som findes på kommunens intranet. Det oplyses, at kommunen i forbindelse med tilsynet blev opmærksomme på, at der i instrukserne var mangelfulde oplysninger omkring kontaktoplysninger vedr. ansøgning for træning til borgerne. Skive Kommune har formidlet kontakt til kommunes sundhedshus, som udfører § 86 træning til borgerne, og de har sikret udarbejdelse af en opdateret instruks, der understøtter den kvalitetsstandard, som er udarbejdet for træningsområdet.

Ligeledes er der redegjort for, at de kommunale terapeuter anvender det samme journalsystem som plejeenheden. De beskriver hvordan medarbejderne skal understøtte den træning, som udføres hos borgerne. Medarbejderne i plejeenheden er ansvarlig for, at den relevante dokumentation overføres til døgnrytmeplanen, som der oplyses, at der er etableret en arbejdsgang for.

Ved varetagelse af træning ved eksterne samarbejdspartner, har plejeenheden indført en arbejdsgang der sikrer, at relevante oplysninger tilgår plejeenhedens medarbejdere, således at relevante træningselementer inddrages i den daglige hjælp, pleje og omsorg, og at dette bliver dokumenteret i døgnrytmeplanen.

Med venlig hilsen

Miriam Nana Lereng Wilmont
Specialkonsulent, cand. Jur.