

Distrikt Øst - Kildemarkscentret  
Kildemarksvej 124  
4700 Næstved

## AFGØRELSE OM PÅBUD

15. marts 2023

Styrelsen for Patientsikkerhed giver på baggrund af ældretilsynet den 24. januar 2023 et påbud efter servicelovens § 150 d til Distrikt Øst – Kildemarkscentret om:

Sagsnr. 35-2511-627/  
Reference PRON  
T +45 24836787

1. Plejeenheden skal sikre borgernes selvbestemmelse, livskvalitet, trivsel og relationer, herunder:
  - a. At plejeenheden sikrer, at borgernes vaner og ønsker er beskrevet og kan fremfindes af alle relevante medarbejdere (målepunkt 1.1)
  - b. At plejeenheden sikrer, at pårørende bliver inddraget, og at der lyttes i overensstemmelse med borgernes 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)
  
2. Plejeenheden skal sikre, at der anvendes faglige metoder og arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet, 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 der anvendes faglige metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser (målepunkt 3.1)
  - c. 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)
  - d. 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)
- e. At plejeenheden har fokus på ændringer i borgernes sædvanlige tilstand (målepunkt 3.3)
  - f. 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)
  - g. At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne, samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3.)
  - h. At plejeenheden sikrer, at der er opmærksomhed på, at hjælp, pleje og omsorg er rettet mod at forebygge funktionsevnetab og forringet helbred (målepunkt 3.4)
  - i. At plejeenheden sikrer anvendelse af fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere med risiko for funktionsevnetab og forringet helbred (målepunkt 3.4)
  - j. At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.4)
3. Plejeenheden skal sikre, at organiseringen understøtter varetagelse af kerneopgaven, herunder:
- a. At plejeenheden sikrer, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage kerneopgaverne (målepunkt 4.1)
  - b. At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordeling (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 medarbejderne følger praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
  - b. At plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
  - c. 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)**

Påbuddet skal være efterlevet fra *den 5. april 2023*.

### **Begrundelse:**

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 24. januar 2023 et reaktivt ældretilsyn hos Distrikt Øst – Kildemarkscentret efter servicelovens § 150.

Baggrunden for tilsynsbesøget var, at styrelsen den 22. oktober 2022 modtog en bekymringshenvendelse omhandlende de social- og plejefaglige forhold omkring borger med demens.

Styrelsen for Patientsikkerhed besluttede på denne baggrund, at foretage et reaktivt ældretilsyn hos Distrikt Øst – Kildemarkscentret med henblik på, at vurdere om den fornødne kvalitet er tilstede i hjælpen, plejen og omsorgen tilbudt til borgerne.

Styrelsen har ved tilsynsbesøget anvendt de målepunkter, der er udarbejdet til brug for ældretilsynets vurdering af om den social- og plejefaglige indsats på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder har den fornødne kvalitet. Målepunkterne er udarbejdet ud fra hvad, der efter styrelsens opfattelse skal efterleves af plejeenheden for at understøtte, at den tilbudte hjælp, omsorg og pleje har den fornødne kvalitet.

Målepunkterne er opstillet og gennemgået i vedlagte tilsynsrapport, afsnit 3.

Styrelsen har ved afgørelsen benyttet de oplysninger, der fremkom ved ældretilsynet udført hos Distrikt Øst – Kildemarkscentret, og som der er redegjort nærmere for i tilsynsrapporten.

Overordnet set, har styrelsen lagt vægt på, at der ved tilsynet var fund inden for 5 ud af 6 temaer inden for målepunktsættet for ældretilsynet, og at fundene samlet set udgør en risiko for, at der ikke ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet i Distrikt Øst – Kildemarkscentret.

Styrelsen vurderer, at der er grundlag for at udstede et påbud om krav til den social- og plejefaglige indsats til Distrikt Øst – Kildemarkscentret efter servicelovens § 150 d.

I det følgende begrundes de enkelte dele af påbuddet.

*Mangelfuld understøttelse af borgernes selvbestemmelse, livskvalitet, trivsel og relationer*

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

Styrelsen har lagt vægt på, at styrelsen ved tilsynet konstaterede, at der manglede beskrivelse af borgernes vaner og ønsker i to ud af to journaler. Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for borgernes oplevelse af selvbestemmelse og livskvalitet, at plejeenheden sikrer, at vaner og ønsker er beskrevet, således at medarbejderne har kendskab hertil og kan tage udgangspunkt i dette når de yder hjælp, pleje og omsorg til borgerne, og således, at den ydede hjælp, omsorg og pleje tilpasses konkret og individuelt efter borgernes ønsker og behov.

Styrelsen har derudover lagt vægt på, at tre ud af fire pårørende oplyste, at de ikke i tilstrækkelig grad blev inddraget og lyttet til. De pårørende oplevede, at de ikke blev informeret om borgernes tilstand eller væsentlige ændringer i borgernes tilstand samt, at de selv skulle opsøge oplysninger og dialog. Styrelsen har lagt vægt på, at der i en journal manglede beskrivelse af aftaler indgået med pårørende, som havde betydning for den daglige hjælp, omsorg og pleje, idet det var aftalt med pårørende at pårørende skulle kontaktes såfremt borger var væk fra plejeenheden i mere end to timer, men dette fremgik ikke af dokumentationen. Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for borgernes trivsel og relationer, at pårørende oplever at blive inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgernes ønsker, samt at alle medarbejdere via dokumentationen kan tilgå viden om de aftaler, der er indgået med de pårørende for herigennem at kunne inddrage og sikre samarbejdet med de pårørende samt understøtte borgernes relationer.

Det er styrelsens vurdering, at manglende beskrivelse af borgerens vaner og ønsker samt 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. Styrelsen bemærker, at det er afgørende for den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og plejen, at borgerne oplever at have indflydelse i eget liv, og at hjælpen i videst muligt omfang tilrettelægges i samarbejde med den enkelte borger. Her skal borgerens ønsker, behov og vaner være i centrum i forhold til den ydede hjælp, omsorg og pleje. Det er derfor afgørende, at alle medarbejdere har kendskab til borgerens ønsker, behov 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.

#### *Mangelfuldt kendskab til og anvendelse af faglige metoder og arbejdsgange*

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

Styrelsen har lagt vægt på, at tre ud af fire pårørende til borgere med kognitive funktionsnedsættelser oplevede, at borgerne ikke fik den rette hjælp og pleje, som tog højde for borgernes særlige behov. En pårørende oplevede eksempelvis, at personalet havde svært ved at få lov til at hjælpe borgeren med at få skiftet tøj. Medarbejderne anvendte ikke relevante metoder og arbejdsgange til at udføre hjælp, pleje og omsorg, der tog højde for borgere med særlige behov i tilstrækkeligt omfang og styrelsen konstaterede ved tilsynet, at der var manglende beskrivelser af hjælp, pleje og omsorg i relevante situationer hos borgere med særlige behov i dokumentationen. Dette relaterede sig eksempelvis til manglende beskrivelse af handlinger målrettet en borgers uro og uhensigtsmæssige adfærd i forbindelse med behov for personlig pleje. Styrelsen har lagt vægt på, at der var mangelfulde beskrivelser af, hvilke metoder og arbejdsgange, der var relevante hos en konkret borger med særlige behov i forhold til at forebygge magtanvendelse, idet der ingen beskrivelser forelå af faglige metoder eller arbejdsgange for at forebygge magtanvendelse. 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 samt socialpædagogiske metoder og tilgange 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 samt for at forebygge magtanvendelse.

Styrelsen har lagt vægt på, at tre ud af fire pårørende oplevede, at plejeenheden ikke i tilstrækkelig grad var opmærksomme på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstande, idet pårørende oplyste, at det var dem som pårørende, der orienterede medarbejderne om ændringer i borgernes tilstand. Medarbejderne anvendte ikke i tilstrækkeligt omfang metoder og arbejdsgange til at sikre fokus på ændringer i borgernes tilstande, og der var manglende beskrivelse af opfølgning på ændringer i forhold til borgernes tilstande i den social- og plejefaglige dokumentation i to ud af to journaler. Styrelsen vurderer, at det har betydning for den fornødne kvalitet, at plejeenheden har fokus på- og anvender metoder og arbejdsgange, der sikrer opmærksomhed på ændringer i- og opfølgning på borgernes tilstand samt, at alle medarbejdere via dokumentationen kan tilgå viden om, hvad den enkelte medarbejder skal være opmærksom på med hensyn til ændringer og opfølgning i borgernes tilstande, idet dette er en forudsætning for at kunne iværksætte social- og plejefaglige indsatser, der sikrer fokus på ændringer af- samt opfølgning på borgernes funktionsevne og helbredstilstande.

Styrelsen har lagt vægt på, at to ud af fire pårørende oplevede, at der i plejeenheden ikke i tilstrækkelig grad blev gjort tiltag rettet mod forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred. Eksempelvis oplevede en pårørende, at borgeren led af inkontinens, men at der ikke blev taget hånd om dette og

yderligere forværring i tilstanden ikke blev forebygget. Ledelse og medarbejdere kunne redegøre for arbejdsgange og faglige metoder til forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred, men det fremkom ved samtale med medarbejderne, samtale med pårørende samt journalgennemgang, at medarbejderne ikke systematisk fulgte arbejdsgangene og metoderne. Ved journalgennemgang fremgik det, at en borger havde haft et vægttab og at der var blevet foretaget vægtmåling, men der blev ikke benyttet faglige metoder og arbejdsgange for at forebygge yderligere forringet helbred og der var ikke foretaget yderligere vægtmåling. Styrelsen har desuden lagt vægt på, at der var manglende beskrivelser af forebyggende indsatser i dokumentationen. Styrelsen vurderer, at det har betydning for den fornødne kvalitet, at der i plejeenheden er fokus på- samt anvendes faglige metoder og arbejdsgange, der understøtter forebyggelse af forringet helbred og funktionsevnetab hos borgerne samt, at alle medarbejdere via dokumentationen kan tilgå viden om indsatser til forebyggelse af forringet helbred og funktionsevnetab, idet dette er en forudsætning for, at plejeeenhedens social- og plejefaglige indsatser understøtter forebyggelse af forringet helbred og funktionsevnetab hos borgerne.

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 og at magtanvendelse ikke i tilstrækkelig grad forebygges.

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 plejeeenheden, jf. servicelovens §§ 83-87 og § 150.

#### *Mangelfuld organisering til understøttelse af varetagelse af plejeeenhedens kerneopgaver*

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

Styrelsen har lagt vægt på, at selvom ledelsen kunne redegøre for, at organiseringen understøttede plejeeenhedens kerneopgaver og for ansvars- og opgavefordelingen, så fremkom det ved tilsynet ved journalgennemgang og interview med borgere, pårørende og medarbejdere, at der ikke altid var de nødvendige kompetencer tilstede til at varetage kerneopgaverne samt, at borgere med komplekse problemstillinger ikke altid fik den hjælp, omsorg og pleje, der var behov for. Eksempelvis gav tre ud af fire pårørende udtryk for, at personalet havde for travlt, og at der ikke var tid til den nødvendige

information omkring borgerne. Styrelsen har desuden lagt vægt på, at ledelsen fremhævede deres opmærksomhed på, at der manglede et fælles sprog i plejeenheden, så alle medarbejdere havde samme forståelse, og medarbejderne udtrykte samme udfordring vedrørende manglende fælles sprog og dermed fælles tilgang og fælles forståelse for opgaver. Medarbejderne oplyste, at de ind i mellem kunne opleve, at deres viden og kompetencer var mangelfulde i særlige situationer, og at det kunne være svært at vurdere, hvornår man skulle tage kontakt til andre afdelinger eller ledelsen når kompetencerne ikke var i egen afdeling samt, at viden ind i mellem blev delt ved vagtoverlap og ikke dokumenteret, og at de oplevede, at der dermed kunne gå viden tabt, når dette udelukkende skete mundtligt.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, at plejeenheden har en tydelig opgave- og ansvarsfordeling som følges af alle medarbejdere samt, at medarbejderne har kompetencer til at udføre kerneopgaven med at yde hjælp, omsorg og pleje til borgerne. Styrelsen vurderer på baggrund heraf, at plejeenheden samlet set ikke i tilstrækkeligt omfang havde en organisering, der understøttede varetagelsen af kerneopgaven.

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, og dermed får betydning for varetagelsen af kerneopgaven hos borgerne.

### *Mangelfuld dokumentationspraksis*

Det er styrelsens vurdering, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt.

Styrelsen har lagt vægt på, at ledelsen redegjorde for, at der var sket en opdatering af dokumentationssystemet, som ikke alle medarbejdere var fortrolige med endnu og at overførsel af data og ny dokumentationspraksis således ikke var fuldt implementeret. Medarbejderne kendte dokumentationspraksis, men medarbejderne fulgte ikke altid denne. Medarbejderne oplyste, at ikke alle medarbejdere fik orienteret sig i journalen og at der var enkelte medarbejdere, der manglede forståelse for dokumentationen og kompetencer til at orientere sig i journalen og dokumentere. Styrelsen har desuden lagt vægt på, at der var mangler vedrørende beskrivelse af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer samt borgernes behov for hjælp. I en journal var borgers aktuelle ressourcer og begrænsninger ikke beskrevet, oplysningerne var ikke opdateret og der var ingen beskrivelse af borgernes habituelle funktionsniveau eller beskrivelse af hjælpen som medarbejderne kunne tage udgangspunkt i. Der var desuden mangelfulde beskrivelser af borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje i to ud af to journaler.

Det er styrelsens vurdering, at det er afgørende for at sikre den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje af borgerne, at alle medarbejdere har den

nødvendige viden om borgerne. Hertil er fyldestgørende og løbende ajourført dokumentation det nødvendige grundlag for, at alle medarbejdere kan varetage den rette hjælp, omsorg og pleje af borgere ud fra den faglige beskrivelse af borgerens behov i dokumentationen. Styrelsen bemærker endvidere, at hjælpen løbende skal tilpasses borgernes 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.

## **Konklusion**

På baggrund af ovenstående forhold, er det Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering, at manglerne 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, at Distrikt Øst – Kildemarkscentret:

- sikrer borgernes selvbestemmelse, livskvalitet, trivsel og relationer.
- sikrer, at der anvendes faglige metoder og arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet.
- sikrer, at plejeenhedens organisering understøtter varetagelse af kerneopgaverne.
- sikrer en dokumentationspraksis, der understøtter, at den hjælp, omsorg og pleje som der ydes har den fornødne kvalitet.

Ovenstående skal være efterlevet fra **den 5. april 2023**.

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 er efterlevet.

## **Offentliggørelse**

Styrelsen for Patientsikkerhed offentliggør alle afgørelser efter serviceloven § 150 d. Dette følger af § 16 i bekendtgørelse om Styrelsen for Patientsik-



kerheds tilsyn på ældreområdet. Påbuddet offentliggøres på styrelsens hjemmeside.

Styrelsen skal gøre opmærksom på, at den enkelte plejeenhed også skal offentliggøre påbuddet samt tilsynsrapporten på plejeenhedens egen hjemmeside og gøre påbuddet samt tilsynsrapporten umiddelbart tilgængeligt i selve plejeenheden. Dette følger af § 14 og § 17 i bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn på ældreområdet.

Den stedlige kommune har ligeledes pligt til at offentliggøre påbuddet samt tilsynsrapporten på kommunens hjemmeside. Dette følger af § 15 og § 18 i bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn på ældreområdet.

Kommunen har endvidere pligt til at sikre, at tilsynsrapporten bliver offentliggjort på plejhjemsoversigten.dk. Dette følger af § 8, nr. 3, litra j, jf. § 7 i bekendtgørelse nr. 1219 af 22. oktober 2018 om plejhjemsoversigten.

### **Klagevejledning**

Styrelsen for Patientsikkerheds afgørelse kan ikke påklages til en anden administrativ myndighed, jf. servicelovens § 150 d, stk. 2.