

Lev Vel Sjælland
Energivej 7
4690 Haslev

2. april 2019

AFGØRELSE

Styrelsen for Patientsikkerhed giver på baggrund af et tilsynsbesøg den 27. november 2018 et påbud til Lev Vel Sjælland ApS om:

Sagsnr. 5-9514-66/1/
Reference INSL
T +4572229143
E

- 1) At plejeenheden sikrer, at der anvendes en systematik, faglige metoder og arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet, herunder
 - a. faglige metoder og arbejdsgange til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgerens særlige behov
 - b. faglige metoder og arbejdsgange for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne, og at medarbejderne kender og følger disse arbejdsgange og faglige metoder
 - c. systematik med opsporing og opfølgning på ændringer i borgerens fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber

- 2) At plejeenheden sikrer en dokumentation, der understøtter, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet, herunder
 - a. at borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser bliver beskrevet
 - b. at afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser bliver dokumenteret
 - c. at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet
 - d. at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer bliver beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobili-

Styrelsen for Patientsikkerhed

Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. +45 7228 6600
Email stps@stps.dk

www.stps.dk

tet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger

- e. at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af den hjælp, omsorg og pleje af borgeren, der skal gives i relevante situationer, og at medarbejderne kender og anvender disse**
- f. at eventuelle ændringer og opfølgning på borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand fremgår af dokumentationen**
- g. at borgerens mål for personlig og praktisk hjælp bliver dokumenteret**
- h. at der fastlægges en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne, og at medarbejderne kender og anvender denne praksis**

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 27. november 2018 et varslet tilsyn efter servicelovens § 150 med Lev Vel Sjælland ApS. Baggrunden for tilsynet var, at Lev Vel Sjælland ApS blev udvalgt ved en tilfældig stikprøve.

Lev Vel er en privat leverandør af hjemmepleje, som på tidspunktet for tilsynet havde 230 borgere tilknyttet. Borgerne var ikke i en bestemt målgruppe, men Lev Vel leverer hjælp til en del udsatte borgere. 55 % af borgerne modtager personlig hjælp, ellers er det praktisk hjælp, Lev Vel leverer.

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.

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.

Styrelsen har ved afgørelsen benyttet de oplysninger, der fremkom ved tilsynet, og som er anført i tilsynsrapporten. Endvidere indgår de bemærkninger fra plejeenheden, som styrelsen modtog den [indsæt dato].

Ved tilsynet blev styrelsen opmærksom på, at der i plejeenheden ikke blev arbejdet systematisk med opsporing eller opfølgning på ændringer i borgernes funktionsevne, ligesom plejeenheden ikke havde nogen faglige arbejdsgange eller metoder i forbindelse med forebyggelse af fysiske og psykiske funktionstab og tilrettelæggelse af hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug.

Styrelsen blev endvidere opmærksom på, at den relevante viden om borgerne i forhold til hjælpen, omsorgen og plejen fandtes hos teamlederen, som fungerede som en 'vidensbank'. Men denne viden var ikke dokumenteret.

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

Manglende systematik, faglige metoder og arbejdsgange

Ved tilsynsbesøget den 27. november 2018 kunne styrelsen konstatere, at plejeenheden ikke kunne redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber. Plejeenheden kunne heller ikke redegøre for plejeenhedens arbejdsgange og faglige metoder for forebyggelse af funktionstab og forringet helbred hos borgerne. Ligesom plejeenheden ikke kunne redegøre for hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden anvender til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug.

Det er 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 personlig hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet efter servicelovens §§ 83 og 87 jf. servicelovens § 150, stk. 2.

Styrelsen har lagt vægt på, at plejeenheden ikke har en procedure for opfølgning på borgeres behov men et fokus på tilrettelæggelse af selve hjælpen, når der bliver afholdt møder.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at plejeenheden har en del udsatte borgere fra blandt andet Gadeteamet, hvorfor det kan være nødvendigt at bruge særlige faglige metoder.

Styrelsen har endelig 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, og at hjælpen er tilpasset borgerens aktuelle situation.

Manglende dokumentationspraksis

Ved tilsynsbesøget den 27. november 2018 kunne styrelsen endvidere konstatere, at plejeenheden ikke har nogen fastlagt praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne.

Styrelsen kunne dog konstatere, at Lev Vels teamleder havde den relevante viden om borgerne og fungerede som en 'vidensbank'. Medarbejderen kunne således dagligt kontakte teamlederen, hvis de var i tvivl om den konkrete hjælp, omsorg eller pleje eller ville give hende relevante oplysninger om borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje. Teamlederen gav relevant viden videre til kommunen. Teamlederen havde afbrudt sin ferie for at deltage i tilsynet, da det ellers ikke ville kunne gennemføres på grund af, at den samlede viden om borgerne var hos hende.

Ved tilsynsbesøget foretog styrelsen en gennemgang af tre omsorgsjournaler.

Styrelsen kunne ved gennemgangen af omsorgsjournalerne konstatere, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer, ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje og heraf afledte social- og plejefaglige indsatser, borgerens mål for personlig og praktisk hjælp og afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser ikke var dokumenteret.

Det er styrelsens opfattelse, at de beskrevne grundlæggende og gennemgående mangler i form af manglende dokumentation, og sårbarheden ved at teamlederen fungerer som 'vidensbank', rummer en risiko for, at der ikke ydes en personlig hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet efter servicelovens §§ 83 og 87 jf. servicelovens § 150, stk. 2.

Styrelsen har lagt vægt på, at plejeenheden ikke havde nogen fastlagt dokumentationspraksis. Styrelsen er opmærksom på, at plejeenheden på tidspunktet for tilsynet var i gang med omlægning af deres omsorgssystem, og at systemet efter aftale med Faxe Kommune skulle være fuldt implementeret inden den 1. januar 2019. Men styrelsen vurderer, at manglerne i dokumentationspraksis ikke udelukkende skyldes omlægning af omsorgssystem.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at plejeenheden heller ikke havde nogen fast praksis for, hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne. Medarbejderne var afhængige af at kontakte teamlederen, når de var i tvivl om udførelse af den konkrete hjælp, omsorg og pleje. Styrelsen har i den forbindelse lagt vægt på, at plejeenheden på tidspunktet for tilsynet havde tilknyttet omkring 230 borgere, hvilket er et stort antal borgere at skulle have overblik over uden en fast dokumentationspraksis.

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

Det er endvidere afgørende, at der sker den nødvendige dokumentation med henblik på at sikre en forsvarlig og sammenhængende social- og plejefaglig indsats til borgeren jf. servicelovens § 81. Styrelsen har i den forbindelse lagt vægt på, at teamlederens funktion som 'vidensbank' udgør en risiko for, at plejeenheden ikke kan yde hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet i det tilfælde, at teamlederen ikke er til rådighed eksempelvis på grund af ferie, sygdom eller jobskifte.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at dokumentation om borgerne skal indeholde de individuelle mål for personlig og praktisk hjælp, og eventuelt rehabiliteringsforløb, som borgeren og medarbejderne samarbejder om. Disse mål skal være tilgængelige for såvel borgeren som de medarbejdere, der er involveret i hjælpen.

Styrelsen finder, at det er en skærpende omstændighed i forhold til den manglende dokumentationspraksis, at plejeenheden på visse områder mangler en systematik og faglige metoder og arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet jf. styrelsens første påbud ovenfor.

Konklusion

Styrelsen vurderer, som ovenfor anført, at plejeenhedens manglende dokumentationspraksis og systematik, faglige metoder og arbejdsgange udgør en risiko for, at der ikke ydes en personlig hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet efter servicelovens §§ 83 og 87.

Styrelsen har desuden lagt vægt på, at teamlederens funktion som 'vidensbank' udgør en risiko for, at plejeenheden ikke kan yde hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet i det tilfælde, at teamlederen ikke er til rådighed eksempelvis på grund af ferie, sygdom eller jobskifte.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund Lev Vel Sjælland ApS, at sikre, at der anvendes en systematik, faglige metoder og arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet inden fire uger fra datoen for afgørelsen.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder videre Lev Vel Sjælland ApS, at sikre en dokumentation, der understøtter, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet inden fire uger fra datoen for afgørelsen.

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 et nyt tilsynsbesøg jf. 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. Påbuddet offentliggøres derfor på styrelsens hjemmeside.

Vi gør opmærksom på, at den enkelte plejeenhed skal offentliggøre påbuddet og tilsynsrapporten på plejeenhedens egen hjemmeside samt gøre påbuddet og tilsynsrapporten umiddelbart tilgængeligt i selve plejeenheden. Herudover skal den stedlige kommune offentliggøre Styrelsen for Patientsikkerheds påbud og tilsynsrapport på kommunens hjemmeside. Det følger af kapitel 4 i bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn på ældreområdet.

Klagevejledning

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

Med venlig hilsen

Ingrid Stokholm Lauridsen
Specialkonsulent

Susie Vogt Poulsen
Tilsynskonsulent

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 begrun-

det 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.