

## AFGØRELSE OM PÅBUD

Styrelsen for Patientsikkerhed giver på baggrund af tilsynsbesøg den 2. juli 2020 et påbud til Munke Mose om:

1. At sikre borgerens selvbestemmelse og livskvalitet herunder en værdig død, herunder:
  - a. at plejeenheden sikrer, at der er fastlagt en praksis for, at alle borgere har mulighed for at udtrykke deres ønsker til livets afslutning (målepunkt 1.2.)
2. At sikre borgerens trivsel og relationer, herunder
  - a. at plejeenheden sikrer, at borgerne så vidt muligt oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som de ønsker (målepunkt 2.1.)
  - b. at plejeenheden sikrer, at aftaler med pårørende er beskrevet og kan fremfindes af alle medarbejdere (målepunkt 2.1)
3. At sikre, at der anvendes faglige metoder og systematiske arbejdsgange i tilrettelæggelsen af hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet til borgere med særlige behov, herunder
  - a. at plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og anvender faglige metoder og arbejdsgange i den ydede hjælp, pleje og omsorg til borgere med særlige behov (målepunkt 3.1)
  - b. at plejeenheden sikrer beskrivelser af relevant hjælp, pleje og omsorg til borgere med kognitive funktionsnedsættelse (målepunkt 3.1)
  - c. at det sikres, at plejeenheden har metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse (målepunkt 3.2)
  - d. at plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og anvender faglige metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse (målepunkt 3.2)
  - e. at det sikres, at plejeenheden arbejder systematisk med opsporing og opfølgning på ændringer i borgernes tilstand (målepunkt 3.3)

- f. **At plejeenheden sikrer, at dokumentationen af borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af borgernes omsorgsjournaler (målepunkt 3.3)**
  - g. **at plejeenheden sikrer beskrivelser af indsatser rettet mod forebyggelse af fald, vægttab, dårlig mundhygiejne, tryksår, dehydrering og inkontinens (målepunkt 3.4)**
4. **At sikre, at organiseringen understøtter fornøden kvalitet i varetagelse af kerneopgaven, herunder**
- a. **at plejeenheden sikrer, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer (målepunkt 4.1)**
  - b. **at plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen (målepunkt 4.1)**
5. **At sikre en dokumentationspraksis, som understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser, herunder**
- a. **at plejeenheden sikrer beskrivelser af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer (målepunkt 5.1)**
  - b. **at plejeenheden sikrer indhentning og dokumentation af borgernes mål med hjælpen (målepunkt 5.1)**
  - c. **at plejeenheden sikrer dokumentation af afvigelser i indsatserne (målepunkt 5.1)**
6. **At sikre tilrettelæggelse af rehabilitering samt meningsfulde aktiviteter, herunder**
- a. **at plejeenheden sikrer, at borgernes og pårørende så vidt muligt inddrages i fastsættelse af mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte efter servicelovens § 83 (målepunkt 6.1)**
  - b. **at plejeenheden sikrer, at borgernes tilbydes rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83a (målepunkt 6.1)**
  - c. **at plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og følger arbejdsgangene for rehabiliteringsforløb (målepunkt 6.1)**
  - d. **at plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter (målepunkt 6.3)**

Styrelsen påbyder, at Munke Mose skal sikre, efterlevelse af ovenstående påbud, inden 14 dage fra dato for afgørelsen.

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

## **Begrundelse**

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 2. juli 2020 et reaktivt tilsyn<sup>1</sup> ved Fripleshjemmet Munke Mose.

Baggrunden for tilsynet var, at styrelsen havde modtaget bekymringshenvendelse angående manglende faglige kompetencer. Henvendelsen omhandlede desuden utryghed ved, om bekymringer og oplevelser fra beboere og personale blev håndteret hensigtsmæssigt af ledelsen, samt effekten heraf på beboernes trivsel på Munke Mose.

Styrelsen modtog yderligere en bekymringshenvendelse fra en tidligere medarbejder omkring, at øget tilgang af ufaglærte medarbejdere havde en direkte indvirkning på kvaliteten i plejen af beboerne. Medarbejderen udtalte desuden utryghed ved rammerne for samarbejdet med Odense Kommunes Akutteam og manglende sygeplejefaglige kompetencer i aften- og nattetimerne på Munke Mose.

Styrelsen har ved tilsynsbesøget anvendt de målepunkter, der er udarbejdet til brug for tilsyn ældretilsynets vurdering af om, at den social- og plejefaglige indsats på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder har den fornødne kvalitet med særligt fokus på *selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død, trivsel og relationer, målgrupper og metoder, organisation, ledelse og kompetencer, procedurer og dokumentation samt aktiviteter og rehabilitering.*

Målepunkterne er udarbejdet ud fra hvad styrelsen, som efter styrelsen opfattelse skal efterleves i en plejeenheden for at understøtte, at den udførte hjælp, omsorg og pleje har den fornødne kvalitet.

Målepunkterne er opstillet og gennemgået i tilsynsrapportens afsnit 3.

Styrelsen har ved sin afgørelse benyttet de oplysninger og observationer, der fremkom under tilsynet, og som er gengivet i tilsynsrapporten. Styrelsen har gennemført en partshøring af friplejehjemmet Munke Mose, men ikke modtaget bemærkninger fra Munke Mose i høringsfasen.

Ved tilsynet blev styrelsen opmærksom på, at plejeenheden Munke Mose havde større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet der blev konstateret fund inden for alle 6 temaer i styrelsens målepunktsæt.

Ved tilsynet blev styrelsen bekendt med manglende praksis for indhentning af borgerens eventuelle ønsker til livets afslutning og, at vikarer og afløsere ikke i tilstrækkelig grad kendte borgerne og deres behov for hjælp, omsorg og pleje.

---

<sup>1</sup> Jf. servicelovens § 150, stk. 2. 2. pkt.

Endvidere, at der var usystematiske og mangelfulde beskrivelser af forebyggende indsatser og borgernes ressourcer, funktionsevnetab, ønsker og behov for hjælp, omsorg og pleje samt aftaler med pårørende af betydning for borgeren.

Styrelsen blev opmærksom på manglende faglige metoder og systematiske arbejdsgange i forbindelse med sikring af relevant hjælp til borgere med særlige behov samt systematisk opsporing af ændringer i borgernes tilstand og behov for forebyggende indsatser.

Endvidere blev styrelsen opmærksom på en manglende praksis for indhentning af borgernes mål for hjælp, omsorg og pleje med rehabiliterende sigte, og dermed manglende mulighed for at anvende disse i hverdagen, ligesom plejeenheden ikke målrettede rehabiliteringsforløb til borgerne.

Der henvises i øvrigt til tilsynsrapporten for en mere detaljeret gennemgang af fundene ved tilsynsbesøget.

#### Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

Ved tilsynsbesøget den 2. juli 2020 kunne styrelsen konstatere, at der i plejeenheden ikke var en fast praksis, som sikrede at alle borgere i god tid fik mulighed for at drøfte eventuelle ønsker til livets afslutning med personalet.

Plejeenheden havde fokus på at skabe tryghed for borgerne og pårørende i plejen ved livets afslutning. Styrelsen har dog lagt vægt på, at eventuelle ønsker til livets afslutning først blev drøftet, når borgeren var døende, hvilket efter styrelsens vurdering udgør en risiko for, at ikke alle borgerne vil være i stand til at give udtryk for ønsker i forbindelse med den sidste tid.

Det er derfor styrelsens vurdering, at borgernes selvbestemmelse omkring ønsker til den sidste tid ikke var tiltrækkeligt sikret, hvilket udgør en betydelig risiko for den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje i forbindelse med livets afslutning, jf. servicelovens §§ 83, 87 og 150.

#### Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen kunne konstatere, at der i plejeenheden var en dokumentationspraksis, som havde negativ effekt på borgernes trivsel.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at der i plejeenheden var fokus på borgernes vaner og ønsker, og at disse blev beskrevet i omsorgsjournalen. Afløsere og vikarer havde adgang til omsorgsjournalen, men oplysninger var opdelt mellem den elektroniske omsorgsjournal og en mappe med papirske-maer, hvor hjælpen i aftentimerne var beskrevet.

Flere borgere gav udtryk for, at de oplevede, at der ofte kom mange nye og skiftende medarbejdere og afløsere, der ikke vidste, hvordan borgerne ønskede at få hjælp, pleje og omsorg. Den manglende tilstrækkelige kendskab til borgernes ønsker til hjælp, omsorg og pleje påvirkede borgernes trivsel i negativ retning.

Styrelsen har lagt vægt på, at aftaler med pårørende ikke fremgik eller var beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.

Det er derfor styrelsens vurdering, at plejeenheden ikke i tilstrækkelig grad sikrede, at alle medarbejdere havde det fornødne kendskab til borgernes ønsker til hjælp, omsorg og pleje samt aftaler indgået med pårørende, hvilket udgør en ikke ubetydelig risiko for at hjælpen, omsorgen og plejen ikke har den fornødne kvalitet i forhold til at sikre borgernes trivsel og relationer, jf. servicelovens §§ 83,87 og 150.

#### Målgrupper og metoder

Styrelsen kunne ved tilsynsbesøget konstatere, at plejeenheden ikke havde fastlagte metoder og systematiske arbejdsgange for, hvordan hjælp, omsorg og pleje skulle tilrettelægges for borgere med særlige behov.

Pårørende til borgere med kognitive funktionsnedsættelser oplevede, at medarbejderne ikke altid var klar over, hvilken tilgang der fremmede trivsel og minskede forvirring hos denne borgergruppe.

Styrelsen har lagt vægt på, at der i to ud af to stikprøver manglede beskrivelser af den socialpædagogiske indsats i forbindelse med udførelse af hjælp, omsorg og pleje af borgere med særlige behov, hvor det var aktuelt.

Det er styrelsens vurdering, at den manglende beskrivelse af relevante socialpædagogiske indsatser og virkemidler udgør en betydelig risiko for, at hjælp, omsorg og pleje bliver for personafhængigt, da relevant viden ikke i tilstrækkelig grad er tilgængelig for alle medarbejdere pga. manglende beskrivelser i borgernes omsorgsjournaler.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at der var fokus på at skabe tryghed omkring borgerne og benytte fast personale i hjælpen, omsorgen og plejen af borgere tilhørende målgruppen. Ledelse og medarbejdere kunne imidlertid ikke nærmere redegøre for, hvilke faglige metoder, der blev benyttet til at skabe tryghed og til at forebygge magtanvendelse over for borgere med særlige behov.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden ikke havde fastlagte metoder og arbejdsgange for, hvordan hjælp, omsorg og pleje skulle tilrettelægges for borgere med særlige behov således, at magtanvendelse kunne forebygges.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for metoder og arbejdsgange til forebyggelse af inkontinens, uplanlagt væggtab, fald, dehydrering og dårlig mundhygiejne, og der var en fast praksis for at dokumentere observationer af ændringer. Under tilsynet blev der fundet mangler i forhold til stillingtagen til relevante forebyggende tiltag for nogle af borgerne. Ligesom der blev fundet mangler i forhold til at sikre arbejdsgange og metoder til systematisk opsporing og opfølgning på ændringer i borgernes tilstand, idet der manglede beskrivelser af borgernes aktuelle tilstand.

Styrelsen vurderer, at der ikke i plejeenheden ikke var arbejdsgange og metoder til understøttelse af systematisk anvendelse af opsporing af, opfølgning på og forebyggende tiltag på ændringer i borgernes tilstand, og at der dermed var en betydelig risiko, at borgernes aktuelle behov for hjælp, omsorg og pleje ikke var blevet tilgodeset på tilstrækkelig vis.

Det er styrelsens vurdering, at det er afgørende for den fornødne kvalitet i hjælpen, omsorgen og plejen, at der er fastlagt metoder og arbejdsgange, som sikrer løbende stillingtagen til borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje, samt hvorledes hjælp, omsorg og pleje skal tilpasses den enkelte borger ud fra aktuelle ressourcer og funktionsnedsættelser for at funktionsevnetab og forringet helbred kan forebygges og håndteres med den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83,87 og 150.

#### Organisation, ledelse og kompetencer

Under tilsynsbesøget konstaterede styrelsen som følge af medarbejdertilkendelser, at der i ydertimerne blev anvendt mange afløsere, hvilket medarbejderne oplevede havde en negativ indvirkning på kvaliteten i plejen af borgerne.

Styrelsen har lagt vægt på, at medarbejdere og borgere gav udtryk for, at de faste medarbejdere især i aftentimerne på grund af tidspres havde vanskeligt ved at sikre, at afløserne og vikarerne havde relevant og tilstrækkeligt kendskab til borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje.

Styrelsen vurderer, at afløsere og vikarer derfor ikke havde tilstrækkelig viden om borgernes ønsker til og behov for hjælp, omsorg og pleje. Det blev under tilsynet tydeligt, at der i plejeenheden manglede systematiske arbejdsgange og faglige metoder for vurdering, beskrivelser og evalueringer af borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje, ligesom introduktionen af afløsere og vikarer i forhold til at relevant hjælp, omsorg og pleje til borgerne var mangelfuld.

Styrelsen vurderer på den baggrund, at organiseringen og ledelsen af plejeenheden ikke i tilstrækkelig grad understøttede plejeenhedens varetagelse af kerneopgaven, vidensdeling og kompetencer, og derfor udgjorde en betydelig risiko for, at borgerne ikke fik relevant hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet gennem hele døgnet, jf. servicelovens §§ 83, 87 og 150.

#### Procedurer og dokumentation

Ved tilsynsbesøget den 2. juli 2020 konstaterede styrelsen, at der var væsentlige problemer i forbindelse med dokumentationen, idet der i alle stikprøver manglede tilstrækkelig systematisk dokumentation i forhold til at sikre en sammenhæng mellem de forskellige faglige beskrivelser i funktionsevne, helbredstilstande og døgnrytmeplan, herunder beskrivelser af de koordinerende forebyggende indsatser.

Styrelsen har i sin vurdering lagt vægt på, at borgere og medarbejdere oplyste, at der var et stort brug af afløsere og vikarer i vagtbemandingen, og at der ikke var tilstrækkelig tid og ressourcer til at sikre, at afløsere og vikarer havde den nødvendige viden om borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje, hvorfor hjælpen var personafhængig.

Der blev redegjort for, at man i plejeenheden anvendte to dokumentationsformer, idet nærmere beskrivelser af borgernes ønsker, vaner og behov for hjælp, omsorg og pleje blev dokumenteret i den elektroniske omsorgsjournal men, at hjælpen i aften- og nattetimerne blev ført i et særskilt papirskema, hvori den praktiske udførelse af opgaverne hos borgeren ligeledes blev indføjet. Borgerens ønsker og vaner fremgik ikke af papirskemaet, og der var ikke krydshenvisninger mellem papirskemaet og den elektroniske omsorgsjournal.

I to ud af to stikprøver manglede fyldelstgørende og relevante beskrivelser af fx mentale funktioner, hvilket var relevant for plejen af borgerne.

I to ud af to stikprøver fremgik bogernes mål for personlig og praktisk hjælp ikke. Afvigelser fra planlagte indsatser var dokumenteret i papirskemaet men ikke i den elektroniske omsorgsjournal og der var ingen krydshenvisninger mellem papirskemaet og omsorgsjournalen.

Det er styrelsens vurdering, at det forhold, at dokumentation af indsatserne i aften- og nattetimerne sker i et særskilt papirskema har betydning for, at nye medarbejdere og afløsere ikke orienterer sig i den elektroniske omsorgsjournal, hvori mere dybdegående beskrivelser af borgernes vaner, ønsker og behov, fremgår, hvilket efter styrelsen opfattelse udgør en ikke ubetydelig risiko for, at borgeren ikke modtager hjælp, omsorg og pleje i overensstemmelse med sine ønsker vaner og behov.

Styrelsen vurderer endvidere at tilstedeværelse af papirskemaer med dokumentation af indsatser i aften- og nattetimerne uden som minimum en krydshenvisninger mellem papirskemaet og den elektroniske omsorgsjournal betød, at medarbejdere ikke hurtigt og effektivt kunne skabe sig et aktuelt og fuldstændigt overblik over borgerens tilstand, og dermed borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje gennem hele døgnet.

Styrelsen vurderer, at den manglende systematiske dokumentation af borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje i relevante situationer indebærer en betydelig risiko for, at udførelsen af den social – og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje ikke var aktuel, sammenhængende og helhedsorienteret, og dermed ikke havde den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83, 87 og 150.

#### Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen konstaterede under tilsynet, at borgere og pårørende ikke oplevede, at de blev inddraget i at fastsætte mål for den personlige og praktiske hjælp. Styrelsen konstaterede, at der ikke i plejeenheden var fastlagt arbejdsgange

for, hvorledes borgerens mål for den personlige og praktiske hjælp blev indhentet og fastsat sammen med borgeren.

Ledelsen redegjorde for, at man i plejeenheden understøttede borgernes mulighed for at være mest muligt selvhjulpne, men at plejeenheden ikke havde tilbud om systematiske og målrettede rehabiliteringsforløb til borgere, der måtte have ønske om at nå et bestemt mål for at kunne fungere bedre og blive mere selvhjulpne i hverdagen.

Det er styrelsen vurdering, at det er afgørende for borgernes mål for hjælp, omsorg og pleje samt behov for eventuelle rehabiliteringsforløb, at borgerne inddrages i tilrettelæggelse af hjælpen således, at hjælpen, omsorgen og plejen bedst muligt understøtter borgeren i at være så selvhjulpne som muligt.

Der er desuden lagt vægt på, at medarbejderne over for tilsynet oplyste, at medarbejderne ikke kendte til borgernes ønsker og behov for meningsfulde aktiviteter i hverdagen.

Det er på den baggrund styrelsen vurdering, at der i plejeenheden er en betydelig risiko for, at indsatserne med rehabiliterende sigte ikke har den fornødne kvalitet i forhold til borgernes ønsker, mål og muligheder, samt at jf. servicelovens §§ 83, 83a og 150.

#### Konklusion

Styrelsen vurderer, at plejeenhedens mangler en praksis for i god tid at drøfte og indhente borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning, hvilket udgør en risiko for den fornødne kvalitet efter servicelovens §§ 83-87.

Styrelsen påbyder, at Munke Mose skal sikre, at plejeenheden understøtter borgernes selvbestemmelse i forhold ønsker til livets afslutning og til den sidste tid **inden 14 dage fra dato for afgørelsen.**

Styrelsen vurderer, at plejeenheden ikke i tilstrækkelig grad sikrer, at alle medarbejdere har det fornødne kendskab til borgernes vaner og ønsker til hjælp, omsorg og pleje samt aftaler indgået med pårørende af betydning for borgerne, hvilket havde en negativ indflydelse på borgernes trivsel, og dermed ikke sikrer den fornødne kvalitet i understøttelse af borgernes trivsel samt relationer, jf. servicelovens §§ 83-87.

Styrelsen påbyder, at Munke Mose skal sikre, at plejeenheden understøtter borgernes selvbestemmelse, trivsel og relationer ved, at alle medarbejdere har det fornødne kendskab til borgernes vaner, ønsker og aftaler med pårørende **inden 14 dage fra dato for afgørelsen**

Styrelsen vurderer, at der ikke i plejeenheden ikke var arbejdsgange og metoder til understøttelse af systematisk anvendelse af opsporing af, opfølgning på og forebyggende tiltag på ændringer i borgernes tilstand, og at der dermed var en betydelig risiko, at borgernes aktuelle behov for hjælp, omsorg og



pleje ikke var blev tilgodeset på tilstrækkelig vis og havde den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87.

Styrelsen påbyder, at Munke Mose skal sikre, at plejeenheden understøtter faglige arbejdsgange og metoder til systematisk anvendelse af opsporing, opfølgning og forebyggende tiltag i forbindelse med ændringer i borgernes tilstand **inden 14 dage fra dato for afgørelsen.**

Styrelsen vurderer, at organiseringen og ledelsen af plejeenheden ikke i tilstrækkelig grad understøttede plejeenhedens varetagelse af kerneopgaven, hvorfor det var en ikke ubetydelig risiko for, at borgerne fik relevant hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, jf. servicelovens 83-87.

Styrelsen påbyder, at Munke Mose skal sikre, at organiseringen og ledelsen af plejeenheden understøtter varetagelsen af kerneopgaven, **inden 14 dage fra dato for afgørelsen.**

Styrelsen vurderer, at der mangler systematisk dokumentation af borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje i relevante situationer, og at dette indebærer en ikke ubetydelig risiko for, at udførelsen af den social – og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje ikke er aktuel, sammenhængende og helhedsorienteret, og dermed ikke har den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83, 87 og 150.

Styrelsen påbyder, at Munke Mose skal sikre en systematisk, sammenhængende, aktuel og helhedsorienteret dokumentationspraksis **inden 14 dage fra dato for afgørelsen.**

Styrelsen vurderer, at plejeenheden ikke har fastlagt arbejdsgange for, hvorledes borgerens mål for den personlige og praktiske hjælp blev indhentet og fastsat sammen med borgeren. Ligesom styrelsen vurderer, at plejeenheden ikke tilbød rehabiliteringsforløb til borgere, som led i at blive mere selvhjulpne i hverdagen. Endelig vurderede styrelsen, at medarbejderne kendte ikke til borgernes ønsker og behov for meningsfulde aktiviteter i hverdagen.

Styrelsen påbyder, at Munke Mose skal sikre, at borgernes mål for personlig og praktisk hjælp indhentes og fastsættes **inden 14 dage fra dato for afgørelsen.**

Styrelsen påbyder, at plejeenheden tilbyder systematisk og målrettet rehabiliteringsforløb til borgere, som måtte ønske dette **inden 14 dage fra dato for afgørelsen.**

Styrelsen påbyder, at medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for meningsfulde aktiviteter **inden 14 dage fra dato for afgørelsen.**

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

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

#### **Klagevejledning**

Det er ikke muligt at klage over Styrelsen for Patientsikkerheds afgørelser til anden administrativ myndighed, jf. servicelovens § 150d, stk. 2.

#### **Offentliggørelse**

Styrelsen for Patientsikkerhed skal offentliggøre alle afgørelser efter servicelovens § 150d. Dette følger af § 16 i bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med ældreområdet. Påbuddet offentliggøres på styrelsens hjemmeside.

Vi gør opmærksom på, at den enkelte plejeenhed har pligt til at offentliggøre påbuddet på egen hjemmeside samt at gøre påbuddet umiddelbart tilgængeligt i selve plejeenheden. Dette følger af § 14 i bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med ældreområdet

Med venlig hilsen

Miriam Nana Lereng Wilmont  
Specialkonsulent, cand. jur.