

AFGØRELSE OM PÅBUD

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 5. oktober 2021 et reaktivt ældretilsyn hos Plejecenter Sct. Jørgensbjerg.

De på ældretilsynet konstaterede gennemgående og væsentlige mangler i forhold til opfyldelse af målepunktsættet for ældretilsynet vurderes, at være kritiske i forhold til, at plejeenheden skal kunne sikre den fornødne kvalitet i den udførte personlige og praktiske hjælp, pleje og omsorg til borgerne.

Det er styrelsens vurdering, at det kræver gennemgribende indsatser i forhold til sikring af, at borgernes selvbestemmelse, medinddragelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden samt, at der i plejeenheden anvendes en praksis, der understøtter borgernes selvbestemmelse i forbindelse med livets afslutning, til sikring af implementering af systematiske social- og plejefaglige arbejdsgange og metoder, til sikring af en organisering der understøtter varetagelse af kerneopgaven og, hvor der er de nødvendige kompetencer samt til sikring af, at der i plejeenheden systematisk anvendes fyldestgørende dokumentationspraksis.

Styrelsen vurderer på denne baggrund, at der er kritiske problemer af væsentlig betydning for den fornødne kvalitet i den personlige og praktiske hjælp, omsorg og pleje som Plejecenter Sct. Jørgensbjerg tilbyder borgerne på plejeenheden.

Styrelsen for Patientsikkerhed giver på baggrund af ældretilsynet den 5. oktober 2021 et påbud til Plejecenter Sct. Jørgensbjerg om:

- 1. Plejeenheden skal sikre borgernes selvbestemmelse, livskvalitet, trivsel og relationer, herunder:**
 - a. At plejeenheden sikrer at selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden (målepunkt 1.1)**
 - b. At plejeenheden sikrer en praksis for, at borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning bliver indhentet (målepunkt 1.2)**
 - c. At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kan redegøre for, hvor de finder borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 1.2)**
 - d. At plejeenheden sikrer, at pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov (målepunkt 2.1)**
 - e. At plejeenheden sikrer, at aftaler der er indgået med pårørende, som betyder noget for den 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, arbejdsgange og systematik til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet, herunder:**
 - a. At plejeenheden sikrer, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser og eventuelt pårørende oplever, at borgerne får hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres særlige behov (målepunkt 3.1)**

- b. At plejeenheden sikrer, at særlige behov for hjælp, omsorg og pleje hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation i relevante situationer (målepunkt 3.1)
 - c. At plejeenheden sikrer, at tone, adfærd og kultur afspejler, at borgerne får den hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres nedsatte funktionsevne (målepunkt 3.1)
 - d. At plejeenheden sikrer, at faglige metoder og arbejdsgange, der bliver brugt til at forebygge magtanvendelse hos konkrete borgere, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 3.2)
 - e. At plejeenheden sikrer, at borgerne og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje er rettet mod at forebygge funktionsevnetab og forringet helbred (målepunkt 3.4)
 - f. At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på at forebygge fald og inkontinens er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 3.4)
3. Plejeenheden skal sikre, at organiseringen understøtter varetagelse af kerneopgaven, herunder:
- a. At plejeenheden sikrer, at organiseringen understøtter plejeenhedens udførelse af kerneopgaverne (målepunkt 4.1)
 - b. At plejeenheden sikrer, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage kerneopgaverne, herunder hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere (målepunkt 4.1)
4. Plejeenheden skal sikre, at der er en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, som understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser, herunder:
- a. At plejeenheden sikrer, at ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter social- og plejefaglige indsatser (målepunkt 5.1)
 - b. At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
 - c. At plejeenheden sikrer, at medarbejderne følger plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
 - d. At plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
5. At plejeenheden skal sikre den fornødne indsats og kvalitet i forhold til borgernes genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb samt aktiviteter, herunder:
- a. At plejeenheden sikrer, at borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i videst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte (målepunkt 6.2)

- b. At plejeenheden sikrer, at ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgeres forløb (målepunkt 6.3)**
- c. At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg (målepunkt 6.3)**
- d. At plejeenheden sikrer, at borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter (målepunkt 6.4)**

Påbuddet skal være efterlevet fra den 21. december 2021.

Begrundelse:

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 5. oktober 2021 et reaktivt ældretilsyn efter servicelovens § 150 hos Plejecenter Sct. Jørgensbjerg.

Baggrunden for tilsynsbesøget var, at styrelsen den 13. juni 2021 modtog en henvendelse fra pårørende til beboer på plejecenter Sct. Jørgensbjerg vedrørende de social- og plejefaglige forhold, herunder blandt andet manglende kompetencer i plejeenheden i forhold til demens, manglende opfølgning på urinvejsinfektioner og lungebetændelse samt en forrående kultur med en nedladende tone. På baggrund heraf, besluttede styrelsen at foretage et reaktivt ældretilsyn med henblik på, at vurdere om den fornødne kvalitet er tilstede i pleje og praktisk hjælp hos borgerne.

Styrelsen har ved ældretilsynsbesøget 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 tilsynsrapportens afsnit 3.

Styrelsen har ved afgørelsen benyttet de oplysninger, der fremkom ved ældretilsynets besøg hos Plejecenter Sct. Jørgensbjerg og som er anført i tilsynsrapporten.

Styrelsen har lagt vægt på, at der ved tilsynet var fund inden for seks ud af seks temaer inden for målepunktsættet for ældretilsynet, og at disse fund samlet set udgør en betydelig risiko for, at der ikke ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet i Plejecenter Sct. Jørgensbjerg.

I det følgende begrundes de enkelte dele af påbuddet.

Mangelfuld understøttelse af borgernes selvbestemmelse, livskvalitet, trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at målepunkterne under disse temaer ikke var opfyldt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelsen og medarbejderne ved interview tilkendegav, at der til tider var en hård tone blandt medarbejderne samt i medarbejdernes kommunikation med borgerne. Det er styrelsens vurdering, at medarbejderne ved deres adfærd ikke understøttede den enkelte borgers oplevelse af værdighed og selvbestemmelse, idet medarbejderne havde en hård tone i interaktionen med borgeren. To pårørende til en borger oplyste, at borgeren oplevede at være begrænset i, at leve det liv borgeren ønskede, idet borgeren følte sig begrænset i at deltage i sociale aktiviteter. Borgeren havde ifølge pårørende tidligere oplevet en hård og nedladende tone fra en medarbejder, hvilket havde medført, at borger ikke havde lyst til at deltage i sociale aktiviteter. De to pårørende samt en anden pårørende oplevede, at der gik lang tid fra borger kaldte til at borgeren fik hjælp. Styrelsen har lagt vægt på, at to ud af fire pårørende oplevede ikke at blive lyttet til og medinddraget i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov samt, at aftaler der var indgået med de pårørende, som havde betydning for den daglige hjælp, pleje og omsorg ikke var beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation i en ud af to stikprøver. 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 manglende beskrivelser af aftaler med pårørende, udgør en risiko for, at de pårørende ikke altid inddrages i borgernes hverdag i overensstemmelse med borgernes behov.

Styrelsen har lagt vægt på, at der ikke var beskrivelser af borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning samt, at plejeenheden ikke havde en systematisk metode til at indhente og dokumentere disse oplysninger. Styrelsen vurderer, at der dermed er en ikke ubetydelig risiko for, at borgerne ikke er i en tilstand, hvor de kan give udtryk for sådanne ønsker når tiden er inde således, at borgernes selvbestemmelse i den sidste tid ikke blev understøttet i tilstrækkelig grad. Styrelsen bemærker, at manglende dokumentation af borgernes ønsker til den sidste tid og livets afslutning samt medarbejdernes manglende kendskab til, hvor disse ønsker kan fremfindes medfører, at det er sårbart og personafhængigt i forhold til om medarbejderen har det nødvendige kendskab til borgerens ønsker hertil. Manglerne medfører efter styrelsens opfattelse en betydelig risiko for, at borgernes evt. ønsker til den sidste tid samt livets afslutning ikke bliver indhentet i ordentlig tid samt, at ikke alle medarbejdere er bekendte med borgernes evt. ønsker således, at disse så vidt muligt kan effektueres rettidigt.

Det er styrelsens vurdering, at manglende beskrivelse af borgerens ønsker til den sidste tid og livets afslutning samt aftaler med pårørende rummer en risiko for, at borgeren ikke får hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, efter servicelovens §§83-87 og §150, stk. 2. Styrelsen bemærker, at det har betydning for den fornødne kvalitet, at borgernes selvbestemmelse, livskvalitet og trivsel understøttes af, at ønsker til den sidste tid og livets afslutning er indhentet og beskrevet og kan fremfindes af relevante medarbejdere, når det er aktuelt samt, at borgerne oplever 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, vaner og 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 grundlæggende mangler rummer en betydelig risiko for, at der ikke ydes personlig hjælp, pleje og omsorg af fornøden kvalitet i plejeenheden, jf. servicelovens §§83-87, jf. § 150, stk. 2.

Mangelfuld anvendelse af faglige metoder og arbejdsgange

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at forebyggende indsatser i forhold til fald ikke var dokumenteret i en ud af to omsorgsjournaler samt, at en ud af fire pårørende oplevede at hjælp, omsorg og pleje rettet mod forebyggelse ikke var en fast del af praksis hos en borger i forhold til fald og inkontinens. Styrelsen vurderer, at der er en ikke ubetydelig risiko for, at borgerne ikke bliver tilbudt forebyggende indsatser af den fornødne kvalitet samt, at der grundet de manglende beskrivelser er en risiko for, at der ikke i alle tilfælde bliver fulgt relevant op på de opfølgende indsatser.

I en ud af to omsorgsjournaler omhandlende en borger med kognitiv funktionsnedsættelser var der ikke fyldestgørende beskrivelse af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer. Styrelsen har lagt vægt på, at tre ud af fire pårørende oplevede, at borgerne ikke fik hjælp, omsorg og pleje, der tog højde for deres særlige behov. To pårørende til en konkret borger angav, at borgeren var utryk ved at bede om hjælp og pårørende var utryk i forhold til om borgeren fik den nødvendige psykiske pleje. Pårørende gav udtryk for, at der var blevet talt i en hård tone til en borger med kognitive funktionsnedsættelser, hvilket medførte, at borgeren ikke længere havde lyst til at deltage i sociale aktiviteter, da borger var nervøs for at blive talt til i en nedladende tone foran andre borgere. På baggrund heraf, er det styrelsens vurdering, at det ikke fyldestgørende var sikret, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser fik hjælp, omsorg og pleje, der tilgodeser deres særlige behov.

Styrelsen har lagt vægt på, at de faglige metoder og arbejdsgange, som blev anvendt til at forebygge magtanvendelse hos en konkret borger ikke var beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation. Det er styrelsens vurdering, at manglende beskrivelse af socialpædagogiske tilgange og metoder medfører, at ikke alle medarbejdere får de konkrete metoder til at forebygge magtanvendelse hos den konkrete borger, hvilket udgør en risiko for, at forebyggelse af magtanvendelse ikke finder sted i fornødent omfang.

Styrelsen vurderer, at de beskrevne mangler udgør en risiko for, at ikke alle medarbejdere kan yde en hjælp, 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. 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 betydelig risiko for, at der ikke ydes personlig hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet i plejeenheden, jf. servicelovens §§ 83-87 og §150. stk. 2.

Mangelfuld organisering til understøttelse af varetagelse af plejeenhedens kerneopgaver

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

Styrelsen har lagt vægt på, at plejeenheden havde organisatoriske udfordringer samt sygefravær blandt medarbejderne, hvilket påvirkede kontinuiteten. Der var vakante stillinger i nøglepositioner i både dag- aften- og ledelseslag, hvilket medførte, at der ikke var de nødvendige kompetencer tilstede i organisationen til at varetage kerneopgaven. Ansvar for blandt andet dokumentationen var tidligere lagt over på en bestemt faggruppe, hvilket medførte problemer, idet medarbejderne med kompetencerne havde opsagt deres stillinger. Styrelsen har lagt vægt på, at selvom ledelsen redegjorde for en handleplan for at løse problematikken vedrørende manglende kompetencer, så var handleplanen ikke fuldt implementeret ved tilsynet.

Styrelsen vurderer på baggrund heraf, at plejeenheden samlet set ikke i tilstrækkeligt omfang havde en organisering, der understøttede varetagelsen af kerneopgaven, idet der ikke var de nødvendige kompetencer i plejeenheden til at varetage kerneopgaver.

Det er styrelsens vurdering, at manglerne i organiseringen udgør en betydelig risiko for, at hjælpen, plejen og omsorgen ikke har den fornødne kvalitet, jf. §§ 83-87 og 150, stk. 2 og dermed får betydning for varetagelsen af kerneopgaven hos borgerne.

Mangelfuld dokumentationspraksis

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at selvom plejeenheden havde en fastlagt dokumentationspraksis for den social- og plejefaglige dokumentation, så havde alle medarbejdere ikke gennemgået den nødvendige undervisning i forhold til, at kunne varetage dokumentationen således, at dokumentationen understøttede sammenhængende social- og plejefaglige indsatser. Dette medførte, at medarbejderne ikke kendte og fulgte den fastlagte dokumentationspraksis samt, at medarbejderne ikke kunne redegøre for, hvem der havde ansvaret for at dokumentere i den social- og plejefaglige dokumentation. Fejl og mangler i den social- og plejefaglige dokumentation betød desuden, at vikarer, trods at de havde adgang til dokumentationssystemet, ikke kunne orientere sig tilstrækkeligt om borgerne i omsorgsjournalerne. Ledelsen redegjorde for, hvordan man fremadrettet ville sikre oplæring af social- og sundhedshjælpere i at dokumentere i omsorgsjournalerne, men på tilsynet var tiltagene ikke implementeret. Det var en udfordring, at de medarbejdere, som havde det overordnede ansvar i forhold til dokumentationen havde opsagt deres stillinger således, at sidemandsoplæring skulle varetages af kollegaer, som ikke selv var fortrolige med det social- og plejefaglige dokumentationssystem.

Styrelsen har lagt vægt på, at der var mangler i den social- og plejefaglige dokumentation i relation til borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til mentale funktioner i en ud af to stikprøver.

Styrelsen vurderer, 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 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.

Det er styrelsens vurdering, at de beskrevne grundlæggende og gennemgående mangler i forhold til plejeenhedens dokumentationspraksis rummer en betydelig risiko for, at borgerne ikke får hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87 og § 150, stk. 2.

Mangelfuld sikring af den fornødne kvalitet i forhold til borgernes genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb samt aktiviteter

Styrelsen har fundet, at der var tre målepunkter under dette tema, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har lagt vægt på, at selvom ledelse og medarbejdere kunne redegøre for, hvordan plejeenheden tilrettelagde helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, så oplevede to ud af fire pårørende, at de og borgerne ikke var blevet inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte. Ledelsen og medarbejderne kunne ikke redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsesforløb blev tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt i plejeenheden. Styrelsen har lagt vægt på, at en ud af tre borgere angav, at der var mangel på aktiviteter i weekenden. Borgeren oplevede således ikke at have mulighed for, at deltage i meningsfulde aktiviteter.

Styrelsen bemærker, at der i borgernes omsorgsjournaler skal fremgå individuelle mål for personlig og praktisk hjælp, som borgeren og medarbejderne videst muligt samarbejder om at fastsætte. Disse mål skal være tilgængelige for såvel borgeren som de medarbejdere, der er involveret i hjælpen, og dokumentationen heraf skal stemme overens med kravene i servicelovens §§ 83, 83 a og 86. Styrelsen bemærker desuden, at det ikke er foreneligt med fornøden kvalitet, at en borger oplever ikke at have mulighed for meningsfulde aktiviteter, idet dette medføre en risiko for, at borgernes funktionsevne ikke i tilstrækkelig grad bliver understøttet og forbedret.

Det er styrelsens samlede vurdering, at manglerne udgør en betydelig risiko for, at der ikke tilbydes den fornødne kvalitet i hjælp, pleje og omsorg, jf. §§ 83-87, jf. § 150, stk. 2.

Konklusion

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer på baggrund af ovenstående forhold angående ældretilsynets fund omkring plejeenhedens mangelfulde understøttelse af borgernes selvbestemmelse, livskvalitet, trivsel og relationer, plejeenhedens mangelfulde anvendelse af faglige arbejdsgange og metoder, plejeenhedens mangelfulde dokumentationspraksis, plejeenhedens mangelfulde organisering i forhold til varetagelse af kerneydelsen samt plejeenhedens mangelfulde sikring af den fornødne kvalitet i forhold til borgernes genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb samt aktiviteter udgør en betydelig 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 på den baggrund, at Plejecenter Sct. Jørgensbjerg sikrer borgernes selvbestemmelse, livskvalitet, trivsel og relationer fra den 21. december 2021.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund, at Plejecenter Sct. Jørgensbjerg sikrer, at der anvendes faglige metoder og arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet fra den 21. december 2021.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund, at Plejecenter Sct. Jørgensbjerg sikrer, at plejeenhedens organisering understøtter varetagelse af kerneopgaverne fra den 21. december 2021.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund, at Plejecenter Sct. Jørgensbjerg sikrer en dokumentationspraksis, der understøtter, at den hjælp, omsorg og pleje som der ydes har den fornødne kvalitet fra den 21. december 2021.

Endelig påbyder Styrelsen for Patientsikkerhed på den baggrund, at Plejecenter Sct. Jørgensbjerg sikrer den fornødne indsats og kvalitet i forhold til borgernes genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb samt aktiviteter fra den 21. december 2021.

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 i sin helhed er efterlevet, jf. servicelovens § 150.

Offentliggørelse

Styrelsen for Patientsikkerhed skal offentliggøre alle afgørelser efter serviceloven § 150 d. Det følger af § 16 i bekendtgørelse om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn på ældreområdet. Påbuddet 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. De samme gælder for den stedlige kommune. Dette følger af § 14 i bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn på ældreområdet.

Kommunen har endvidere pligt til at sikre, at påbuddet samt tilsynsrapporten bliver offentliggjort på Plejehjemsoversigten.dk. Det følger af bekendtgørelse nr. 1219 af 22. oktober 2018 om plejhjemsoversigten¹.

Klagevejledning

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

¹ Det er kommunalbestyrelser, jf. bekendtgørelsens § 4, og private tilbud, jf. bekendtgørelsens § 5, der løbende skal indberette oplysninger til plejhjemsoversigten om nye tilbud eller ændringer i allerede eksisterende tilbud omfattet af plejhjemsoversigten.dk

Obligatorisk opfølgnings- og læringsforløb

Modtager en plejeenheden et påbud med krav til den social- og plejefaglige indsats jf. servicelovens § 150 d, stk. 1, skal vedkommende registreringspligtige enhed tage imod et opfølgnings- og læringsforløb ved et udgående rejsehold under Videnscenter for værdig ældrepleje i Sundhedsstyrelsen jf. servicelovens § 150 e.