

# Tilsynsrapport 2010

## Solgården

Adresse: Aggersundvej 31, 9690 Fjerritslev

Kommune: Jammerbugt

Leder: Konstitueret Grubpeleder/ social- og sundhedsassistent Tina Roelsen (fra. 1.3.2010)

Dato for tilsynet: 28.10.2010

Telefon: 72 57 87 10

E-post: tro@jammerbugt.dk

Tilsynet blev foretaget af: Oversygeplejerske Karen Marie Dencker

**Sundhedsstyrelsen**  
**Embedslægerne Nordjylland**  
**Nytorv 7, 2.**  
**9000 Aalborg**  
**Tlf. 72 22 79 90 Fax 72 22 74 39**  
**E-mail nord@sst.dk**

# 1 Plejehjemstilsynet i 2010

Med ændring af sundhedsloven i 2008 blev det vedtaget, at Sundhedsstyrelsen kan undlade tilsyn det efterfølgende år, hvis der ved tilsynet ikke findes fejl og mangler, som kan give problemer for beboernes sikkerhed.

I forbindelse med tilsynene i 2010 vil der således blive taget stilling til, om plejehjemmet skal have tilsyn i 2011. Hvis plejehjemmet ikke skal have tilsyn i 2011, vil det fremgå af tilsynsrapporten. De plejehjem, der ikke får tilsyn i 2011, vil få tilsyn i 2012.

I 2010 er årets tema sundhedsfaglig dokumentation. Formålet med temaet er at belyse, om der på plejehjemmene foregår en planlagt og systematisk vurdering af, om dokumentationen i de sygeplejefaglige optegnelser opfylder Sundhedsstyrelsens krav til sundhedsfaglig dokumentation. Systematisk vurdering af dokumentationen er ikke et krav til plejehjemmene og temaet indgår derfor ikke i beskrivelsen af fejl og mangler ved tilsynet.

Herudover er der ikke sket ændringer siden tilsynet i 2009.

## 2 Konklusion

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at der ved tilsynet blev fundet fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden, men ikke alvorlige fejl og mangler.

Afviselserne fra de gældende regler inden for sundhedsområdet drejer sig især om instrukser, dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser, medicinhandling og patientrettigheder.

Nedenfor er angivet de krav, som skal være opfyldt, for at plejehjemmet efterlever Sundhedsstyrelsens regler for de sundhedsmæssige forhold.

Som driftsansvarlig myndighed er Jammerbugt Kommune ansvarlig for at følge op på Sundhedsstyrelsens tilsynsrapporter for de enkelte plejehjem i kommunen. Sundhedsstyrelsen forventer således, at kommunen fører kontrol med, at plejehjemmet følger op på påviste fejl og mangler ved tilsynsbesøget.

Med baggrund i afvigelser fra gældende regler fra dette års tilsyn vil Sundhedsstyrelsen ved Embedslægerne Nordjylland foretage uanmeldt tilsyn i 2011.

### Afviselser fra gældende regler på sundhedsområdet 2010

Sundhedsstyrelsen har ved tilsynet fundet afvigelser fra gældende regler inden for sundhedsområdet, som giver anledning til følgende krav:

- De instrukser, hvor indholdet ikke er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens regler, skal revideres.
- Personalet skal kende instrukserne og følge dem i det daglige arbejde.
- Hos *alle* beboere skal der foreligge en helhedsvurdering med ajourførte og fyldestgørende beskrivelser af samtlige 11 sygeplejefaglige problemområder, som fremgår af *Sundhedsstyrelsens*

*vejledning om sygeplejefaglige optegnelser*, så det tydeligt fremgår, om beboeren har potentielle og/eller aktuelle problemer inden for hvert af de 11 problemområder.

- Hos *alle* beboere skal oversigt over beboernes aktuelle sygdomme og handicap være fyldestgørende.
- *Alle* aftaler indgået med den praktiserende læge om kontrol mv. af de kroniske sygdomme, skal fremgå entydigt og lettilgængeligt af de sygeplejefaglige optegnelser.
- Der skal foreligge beskrivelse af pleje- og behandlingsplaner i relation til beboernes sygdomme og sundhedsfaglige problemområder for såvel den daglige stationære tilstand som ved akut opstået problem, og det skal tydeligt fremgå, hvilke pleje- og behandlingsplaner, der er aktuelle.
- Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling skal rutinemæssigt være anført i de sygeplejefaglige optegnelser.
- Dokumentation af medicinordinationen skal konsekvent indeholde:
  - Den ordinerende læges navn/ sygehusafdeling
  - Enkeldosis og maksimal døgndosis for pn-medicin
  - Behandlingsindikation som anført af lægen.
- Medicin med overskredet sidste holdbarhedsdato samt løse ikke anvendelige tabletter skal destrueres.
- Adrenalin skal systematisk kontrolleres for seneste anvendelsesdato.
- Det skal fremgå af dokumentationen hos *alle* beboere, hvem der varetager beboernes helbredsmæssige interesser.
- Informeret samtykke til behandling skal være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, ligesom beboernes og de pårørendes tilkendegivelser på baggrund af den givne information.
- Vurdering og behandling af beboere med risiko for udvikling af tryksår skal være anført i de sygeplejefaglige optegnelser.

Grundlaget for konklusionen fremgår af beskrivelsen af plejehjemstilsynet nedenfor.

### 3 Tilsynet

Solgården havde 67 beboere fordelt på fem afdelinger. Der var et højhus med fire afdelinger og to afdelinger i med boliger i stueplan forbundet hermed. Der var en afdeling med ni boliger for borgere med demens. I højhuset var den øverste etage indrettet med seks ”dobbelt”gæsteboliger til borgere for midlertidigt ophold og seks boliger til permanent ophold.

I forbindelse med tilsynet blev der afholdt samtale med konstitueret gruppeleder, der orienterede om personalets sammensætning og kompetence, om den sundhedsfaglige arbejdstilrettelæggelse og den sygeplejefaglige dokumentation. Efterfølgende blev plejehjemmet besigtiget, og personale samt beboere

interviewet. Den sygeplejefaglige dokumentation og medicinhåndteringen blev vurderet hos fire tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejebehov.

Der var altid en eller flere social- og sundhedsassistenter i dag-, aften- og nattevagt. Der var ansat en sygeplejerske primært tilknyttet afdelingen med gæsteboliger. Hjemmesygeplejen kunne tilkaldes for tilsyn, rådgivning og specifik opgaveløsning hele døgnet.

Pr. 1. september 2010 havde været gennemført en omplacering af personalet tilknyttet de fem afdelinger. På alle afdelinger var der således personale med kompetence inden for demensområdet.

## Opfølgning på tidligere tilsyn

Anbefalingerne ved tilsynet i 2009 var fulgt idet der vedrørende dokumentation havde været afviklet undervisning med sidemandsoplæring for alle vagthold. Implementering af anbefalingerne havde været drøftet på afdelingsmøder og der blev arbejdet med at fastholde gældende regler i det daglige arbejde.

# 4 Sundhedsadministrative forhold

## Instrukser

Alle plejehjem skal have instrukser for fem forskellige områder. Det fremgår af afsnittet ”Sundhedsfaglige instrukser” i det vedlagte afrapporteringsskema. De fem områder er:

1. Personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling inkl. vikarers kompetence, ansvar og opgaver samt regler for delegation
2. Plejepersonalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling
3. Personalets opgaver i forbindelse med smitsom sygdom
4. Førings-, opbevarings- og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser
5. Medicinhåndtering

En instruks er en forskrift for, hvordan personalet skal forholde sig i en bestemt situation, herunder hvilke procedurer, de skal følge.

En instruks skal indeholde en præcisering af, hvilken personalegruppe instruksen er skrevet for. Derudover skal det fremgå med dag, måned og år, hvornår instruksen træder i kraft, og hvornår den er blevet ajourført og hvem, der er ansvarlig for instruksen.

Det blev konstateret, at der var skriftlige instrukser for samtlige fem områder, som Sundhedsstyrelsen stiller krav om, at der skal være instrukser for.

Ved gennemgang af plejehjemmets instrukser for sygeplejefaglige optegnelser, medicinbehandling og plejepersonalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling blev det konstateret, at indholdet af instrukserne var i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger med undtagelse af:

Instruksen for *plejepersonalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling* manglede en tydelig beskrivelse af:

- Hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med terminal behandling af beboerne, herunder tilkald af læge.

Instruksen omfattede kronisk sygdom *i forbindelse* med terminale forløb/ døende og ikke separat kroniske sygdom *uden* forbindelse med terminale forløb, eller terminale forløb *uden* forbindelse med kronisk sygdom.

Instruksen for personalets kompetence ansvars- og opgavefordeling forelå som en funktionsbeskrivelse, hvorved rammerne for den enkelte faggruppes arbejde ikke var tydelig. Der var ingen beskrivelse vedrørende vikarers kompetence, ansvar og opgaver. Vedrørende beskrivelse af delegation var reglerne for tilsyn og tilbagemelding ikke tydelige jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om medhjælp<sup>1</sup>.

Det blev oplyst, at instrukserne var tilgængelige for alle medarbejdere. Der var et ringbind i hver afdeling og gruppelederen bad personalet orientere sig i instrukserne ligesom de blev drøftet på afdelingsmøder.

De personalemedlemmer, der blev interviewet, var nogenlunde orienteret om de skriftlige instrukser. Stikprøvekontrol viste, at instrukserne blev delvist fulgt i det daglige arbejde.

De skriftlige instrukser var daterede, signerede og forsynet med dato for, hvornår de var trådt i kraft, og hvornår de var blevet ajourført, og de indeholdt en præcisering af den personalegruppe, de var skrevet for.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- De instrukser, hvor indholdet ikke er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens regler, skal revideres.
- Personalet skal kende instrukserne og følge dem i det daglige arbejde.

## 5 Sundhedsfaglige forhold

### Sygeplejefaglige optegnelser

De sundhedsfaglige forhold blev dokumenteret i elektronisk omsorgsjournal (Uniq Omsorg).

Ved tilsynet blev fire beboeres sygeplejefaglige optegnelser gennemgået. De tre af fire optegnelser indeholdt en aktuel helhedsvurdering af beboerens sundhedstilstand (benævnt resumé), der omfattede samtlige 11 sygeplejefaglige problemområder, som er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. Den fjerde stikprøve manglede en beskrivelse vedrørende aktivitet. De fleste beskrivelser var ajourførte og fyldestgørende i forhold til beboerens aktuelle situation, men der var eksempler på beskrivelser som med fordel kunne konkretiseres, eksempelvis vedrørende bevægeapparat inkl. balance og faldtendens, smerter, hørelse og kommunikation, stimulation og intellektuel funktion. Vurdering af problemområderne er nødvendig for at udføre den fornødne pleje og behandling.

I tre af de fire stikprøver var der en aktuel oversigt over beboernes sygdomme og handicap. I den fjerde stikprøve manglede en beskrivelse af smerter, vandladningsbesvær m.v..

Hos beboere med kroniske sygdomme manglede beskrivelse af, hvilke aftaler der var med den praktiserende læge om kontrol mv. af de kroniske sygdomme i en enkelt stikprøve.

De sygeplejefaglige optegnelser hos de fire beboere indeholdt konsekvent en beskrivelse af pleje- og behandlingsplaner i relation til de fleste af beboernes sygdomme og sundhedsfaglige problemområder i form af ”døgnrytmeplan” for den daglige stationære tilstand og ”handleplaner” for specifikke og/ eller midlertidige problemområder. Der var ikke fuld overensstemmelse mellem problemområder beskrevet i

---

<sup>1</sup> Vejledning nr. 115 af 11. december 2009

helhedsbeskrivelser og beskrivelser i pleje- og behandlingsplaner. Der var for eksempel ikke en beskrivelse af mobilisering og ændring i mobiliseringsevne efter brud, afføringsproblemer, opfølgning på træning fra terapeuter og kommunikation.

Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling blev ikke rutinemæssigt anført i de sygeplejefaglige optegnelser. Eksempelvis fremgik det ikke, hvilken effekt der var af behandling for urinvejsinfektion, hudproblem og opkastning. Der var eksempel på opfølgning vedrørende ændring i smertebehandling.

Vedrørende opbevaringen af de sygeplejefaglige optegnelser og den måde, notaterne bliver skrevet på (angivelse af beboers navn og personnummer, dato for notaterne, signering af notaterne og rettelser), var alle relevante målepunkter opfyldt i de fire stikprøver.

Afvielser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Hos *alle* beboere skal der foreligge en helhedsvurdering med ajourførte og fyldestgørende beskrivelser af samtlige 11 sygeplejefaglige problemområder, som fremgår af *Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser*, så det tydeligt fremgår, om beboeren har potentielle og/eller aktuelle problemer inden for hvert af de 11 problemområder.
- Hos *alle* beboere skal oversigt over beboernes aktuelle sygdomme og handicap være fyldestgørende.
- *Alle* aftaler indgået med den praktiserende læge om kontrol mv. af de kroniske sygdomme, skal fremgå entydigt og lettilgængeligt af de sygeplejefaglige optegnelser.
- Der skal foreligge beskrivelse af pleje- og behandlingsplaner i relation til beboernes sygdomme og sundhedsfaglige problemområder for såvel den daglige stationære tilstand som ved akut opstået problem, og det skal tydeligt fremgå, hvilke pleje- og behandlingsplaner, der er aktuelle.
- Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling skal rutinemæssigt være anført i de sygeplejefaglige optegnelser.

Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk).

## Medicin håndtering

Plejhjemmet anvendte dosispakket medicin fra apoteket (i begrænset omfang) og medicin doseret i doseringsæsker af personalet. Det var nattevagten, der dispenserede medicin.

Dokumentationen af medicinordinationerne var korrekt i to af fire stikprøver. Følgende var i enkelte tilfælde ikke dokumenteret:

- Behandlingsindikation som anført af lægen
- Enkelt dosis og maksimal døgn dosis af pn-medicin.

I tillæg hertil var det i enkelte tilfælde systematisk ikke muligt at anføre korrekt navn for den ordinerende læge/ sygehusafdeling eksempelvis læge fra Gerontopsykiatrien og Thisted Sygehus. Samme generiske navn var anført to forskellige steder på medicinlisten. Det blev oplyst, at samtlige medicinlister skulle revideres med henblik på anvendelse af det aktuelle handelsnavn samt revision, så det generiske navn kun optrådte et sted på medicinlisten.

Der var i alle fire stikprøver overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin.

Antallet af tabletter angivet i medicinskemaet var i overensstemmelse med antallet af tabletter i doseringsæskerne i alle stikprøver.

Medicinen blev opbevaret forsvarlig. Den ordinerede medicin fandtes i beboerens medicinbeholdning i tre stikprøver. I en stikprøve fik beboeren dosisdispenseret medicin, men grundet ordinationsændring var den dosisdispenserede medicin omhældt til doseringsæsker. Det skal hertil anføres, at Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man ikke åbner dosispakkerne. Hvis pleje- og sundhedspersonalet åbner pakkerne og fjerner én eller flere tabletter, pådrager personen sig det fulde ansvar for behandling, hvis der sker fejlmedicinering.

Aktuel medicin blev opbevaret separat fra ikke aktuel medicin med undtagelse af en enkelt stikprøve.

Doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt i alle fire stikprøver. Der var anbrudsdato på medicinske salver, dråber mv. hvor det var relevant. Der fandtes et enkelt præparat med overskredet holdbarhedsdato, og der fandtes løse ikke anvendelige tabletter i flere medicinemballager, fordi de var fjernet fra doseringsæskerne.

I en af fire stikprøver fremgik det, hvornår medicinskemaet sidst var revideret i samarbejde med den praktiserende læge. Det blev oplyst, at der var meget fokus på aftale om konsultationer for bl.a. gennemgang af medicinordinationer.

Plejhjemmet havde ikke fælles medicin eller depot af akut medicin med undtagelse af adrenalin. Der blev fundet adrenalin med overskredet holdbarhedsdato.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Dokumentation af medicinordinationen skal konsekvent indeholde:
  1. Den ordinerende læges navn/ sygehusafdeling
  2. Enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin
  3. Behandlingsindikation som anført af lægen
- Medicin med overskredet sidste holdbarhedsdato samt løse ikke anvendelige tabletter skal destrueres.
- Adrenalin skal systematisk kontrolleres for seneste anvendelsesdato.

Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

## Adgang til sundhedsfaglige ydelser

Samarbejdet med beboernes praktiserende læger fungerede tilfredsstillende. Der var ikke problemer vedrørende kontakt til lægen, sygebesøg, indhentning af oplysninger, revision af medicinlisten.

Samarbejdet med vagtlæger, speciallæger, omsorgstandplejen samt gerontopsykiatrisk team fungerede tilfredsstillende.

Der var som regel et velfungerende samarbejde med de lokale sygehuse. Ved udskrivning af beboerne fra sygehusene fik plejhjemmet relevante oplysninger om undersøgelse, behandling og pleje. Der var

eksempler på, at plejehjemmet ikke havde fået information om udskrivelse, men problemet var drøftet med pågældende sygehus.

Alle beboere var blevet orienteret om muligheden for influenzavaccination og om Fødevarestyrelsens og Sundhedsstyrelsens anbefaling af D-vitamin og kalciumtilskud.

## Patientrettigheder

Plejehjemmet havde en fast rutine med henblik på at vurdere, om beboerne selv var i stand til at varetage deres helbredsmæssige interesser. Det fremgik af de sygeplejefaglige optegnelser i tre af fire stikprøver om det var beboeren selv eller en pårørende/værge, der gav informeret samtykke til behandling.

Det blev oplyst, at der altid blev indhentet informeret samtykke til behandling. Informationen blev ikke rutinemæssigt dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, og beboernes og de pårørendes/værgens tilkendegivelse fremgik ikke systematisk.

Ved samtalerne blev det oplyst, at hvis en beboer ikke ønskede at blive behandlet, blev pårørende/værge og egen læge - efter aftale med beboeren - informeret og eventuelt inddraget i det videre forløb.

Det blev oplyst, at personalet kun videregav helbredsoplysninger til de pårørende, hvis der var indhentet samtykke fra beboeren. Samtykket blev ikke rutinemæssigt noteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

Efter det oplyste blev beboernes krav på sundhedspersonalets tavshed om helbredsforhold efterkommet.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Det skal fremgå af dokumentationen hos *alle* beboere, hvem der varetager beboernes helbredsmæssige interesser.
- Informeret samtykke til behandling skal være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, ligesom beboernes og de pårørendes tilkendegivelser på baggrund af den givne information.

Sundhedsstyrelsens vejledning om patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

## 6 Sundhedsrelaterede forhold

### Hygiejne

Personalet oplyste, at de var instrueret i håndhygiejne.

Sundhedsstyrelsen konstaterede ved tilsynet, at en enkelt af personalet havde smykker på hænder/underarme. Det blev oplyst, at pågældende personale ikke havde deltaget i pleje- og omsorg, men alene administrativt arbejde. Der var mulighed for at vaske hænder og anvende håndsprit (lomme flaske) i beboernes bolig, hvor der også var engangshåndklæder og engangshandsker.

Central Enhed for Infektionshygiejne (CEI) (tidligere Statens Serum Institut) har et e-learning program om håndhygiejne, som er tilgængeligt på deres hjemmeside: [www.ssi.dk](http://www.ssi.dk). Programmet kan bruges til at lære, hvordan man opretholder en høj håndhygiejne kvalitet til forebyggelse af smittespredning.



## Ernæring

Personalet oplyste, at beboerne rutinemæssigt fik tilbud om at blive vejjet, når de flyttede ind på plejehjemmet og efterfølgende med jævne mellemrum. For beboere med særlige ernæringsmæssige behov blev der udarbejdet en kostplan/ernæringsplan. Planen blev vurderet med jævne mellemrum samtidig med, at beboeren fik kontrolleret vægten. Der var opmærksomhed på beboernes væske- og fødeindtagelse, og der blev ført væske- og ernæringsregnskab hos beboere, som havde problemer med at spise og drikke.

I stikprøverne forelå dokumentation for kostplan/ ernæringsplan hos beboere med særlige ernæringsmæssige behov med undtagelse af en enkelt stikprøve, hvor det blev oplyst, at planen var under udarbejdelse. Resultater af vægtkontrol forelå ikke umiddelbart let tilgængelig i alle stikprøver.

Det blev oplyst, at ernæring fremover ville være et fokusområde.

Beboerne tilkendegav ved tilsynet, at de fik rigeligt at spise og drikke. Desuden oplyste beboerne, at de fik den hjælp, de havde behov for i forbindelse med måltiderne.

Der var en beboer med ernæringssonde. Personale, der gav sondemad, var undervist og oplært i dette og førte regnskab med indgift af sondemad og væske.

## Aktivering og mobilisering

Ved tilsynet blev det oplyst, at beboernes fysiske funktionsniveau og eventuelle behov for træning blev vurderet af plejepersonale ved indflytningen, og at det blev beskrevet i de sygeplejefaglige optegnelser. Ved behov, blev terapeuter kontaktet for vejledning og evt. træning med terapeut. Beboere med nedsat fysisk funktionsniveau fik tilbud om træning i egen bolig eller fællesarealer. Resultatet af evt. træning blev vurderet og dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser

I stikprøverne forelå dokumentation for træning og træningstilbud, hvor det var relevant.

Der var opmærksomhed på forebyggelse af fald. Faldepisoder blev registreret i de sygeplejefaglige optegnelser. Herudover registrerede plejehjemmet systematisk fald med henblik på forebyggelse.

Det blev oplyst, at plejehjemmet ikke havde problemer med tryksår. Der var de nødvendige trykaflastende hjælpemidler til rådighed, og personalet var opmærksom på at forebygge tryksår. Vurdering og behandling af beboere med risiko for udvikling af tryksår fremgik ikke rutinemæssigt af de sygeplejefaglige optegnelser.

Afvigelse fra gældende regler medfører følgende krav:

- Vurdering og behandling af beboere med risiko for udvikling af tryksår skal være anført i de sygeplejefaglige optegnelser.

## Bygningsforhold og indeklima

Det blev oplyst, at der på plejehjemmet ikke var indeklimaproblemer, som havde betydning for beboernes sundhed.

## Kvalitetssikring og egenkontrol

Plejehjemmet havde en central registrering af fejl og mangler ved medicinbehandling, fald og ulykker.

Der foregik en systematisk opfølgning af fejl og mangler for hele plejehjemmet med henblik på forebyggelse.

Det blev oplyst, at der med regelmæssige intervaller blev foretaget en systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation. Ved vurderingen blev der anvendt en række målepunkter, som skulle være opfyldt. Personalet blev underrettet om resultatet af vurderingen.

Personalet var vidende om, at der blev foretaget systematisk vurdering af dokumentationen. De personalemedlemmer, som blev interviewet oplyste, at de havde oplevet, at der på baggrund af den systematiske vurdering var blevet iværksat aktiviteter, der skulle forbedre den sundhedsfaglige dokumentation.

Karen Marie Dencker  
Oversygeplejerske

/Annika From  
Oversygeplejerske

Hvis der er spørgsmål eller noget, der er uafklaret, eller behov for yderligere at drøfte tilsynet med os, er I velkommen til at kontakte os.

Tilsynet er nærmere beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder. Denne vejledning kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [www.sst.dk](http://www.sst.dk). Af vejledningen fremgår det, at tilsynet alene omfatter den sundhedsfaglige indsats.