

# Tilsynsrapport 2010

## Saltum Plejecenter

Adresse: Nolsvej 10, 9493 Saltum

Kommune: Jammerbugt

Leder: Gruppeleder/ Social- og sundhedsassistent Else Marie Hansen fra 1. marts 2010

Dato for tilsynet: 28.4.2010

Telefon: 72 57 87 50

E-post: ehn@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 plejecenteret skal have tilsyn i 2011. Hvis plejecenteret 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, eftersom der aktuelt blev arbejdet med at få dokumentationen i de sygeplejefaglige optegnelser bragt i overensstemmelse med gældende regler.

Afviselserne fra de gældende regler inden for sundhedsområdet drejer sig især om mangelfuld og usystematisk dokumentationen i de sygeplejefaglige optegnelser herunder implementering af elektronisk omsorgsjournal, enkelte forhold vedrørende medicinhåndtering, patientrettigheder, ernæring, fysisk aktivitet og mobilisering.

Nedenfor er angivet de krav, som skal være opfyldt, for at plejecenteret 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 plejecenteret følger op på påviste fejl og mangler ved tilsynsbesøget.

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

### Afviselser fra gældende regler på sundhedsområdet 2010

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

- De sundhedsfaglige instrukser skal være kendte og følges af personalet i det daglige arbejde eller revideres, så der er overensstemmelse mellem beskrivelser og gældende praksis.

- Der skal 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.
- Der skal foreligge en samlet oversigt over beboernes sygdomme og handicap.
- Der skal foreligge en beskrivelse af pleje- og behandlingsplaner i relation til beboerens aktuelle sygdomme og handicap for såvel den stationære tilstand som ved akut opstået problem.
- Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling skal konsekvent være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.
- Aftaler med egen læge om kontrol af kroniske sygdomme skal være dokumenteret.
- De sygeplejefaglige optegnelser skal snarest muligt føres i én journal.
- Dokumentation af medicinordinationer skal indeholde:
  1. Det aktuelle handelsnavn og styrke for *alle* præparater.
  2. Enkeltdosis og døgndosis (fx 1 tablet morgen og middag, 1 tablet 3 gange dagligt).
  3. Såvel enkeltdosis som maksimal døgndosis for pn-medicin (fx 1 kapsel max. 2 gange i døgnet).
- Der skal være overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin.
- Antallet af tabletter angivet i medicinskemaet skal være i overensstemmelse med antallet af tabletter i doseringsæskerne.
- Det skal fremgå af de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår medicinskemaet sidst er revideret i samarbejde med den praktiserende læge.
- Beboerne skal være orienteret om Fødevarestyrelsens og Sundhedsstyrelsens anbefaling af D-vitamin og kalciumtilskud.
- Personalet skal undlade at bære ur på underarme i arbejdstiden.
- Hos beboere med særlige ernæringsmæssige behov skal foreligge dokumentation for kostplan-ernæringsplan.
- Træningstilbud skal være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

Grundlaget for konklusionen fremgår af beskrivelsen af plejehjemstilsynet nedenfor.

## 3 Tilsynet

Saltum Plejecenter havde 22 beboere fordelt på to etager. Der var 10 boliger i stueetagen for borgere med demens.

I forbindelse med tilsynet blev der afholdt samtale med gruppelederen og en social- og sundhedsassistent. Begge var ansat inden for de seneste 2-3 måneder. Der blev orienteret om personalets sammensætning og kompetence, om den sundhedsfaglige arbejdstilrettelæggelse og den sygeplejefaglige dokumentation. Efterfølgende blev plejecenteret besigtiget, og personale samt beboere interviewet. Den sygeplejefaglige dokumentation og medicin håndteringen blev vurderet hos tre tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejebehov.

Der var ansat fire social- og sundhedsassistenter fordelt på dag- og aften vagt. Hjemmesygeplejen kunne tilkaldes for tilsyn, rådgivning og specifik opgaveløsning alle dage hele døgnet. Ved behov varetog hjemmesygeplejerskerne specifikke komplekse opgaver ved enkelte beboere. Der var ikke et formaliseret samarbejde vedrørende øvrige beboere på plejecenteret undtagen ved tilkald.

### Opfølgning på tidligere tilsyn

Anbefalingerne ved tilsynet i 2009 var fulgt via udarbejdelse af en handleplan som var drøftet i personalegruppen. Anbefalinger vedrørende medicin håndteringen var angiveligt blevet fulgt, mens anbefalinger vedrørende dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser ikke var blevet implementeret. Plejecenteret var aktuelt i gang med implementering/ overgang til elektronisk omsorgsjournal.

## 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, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser
5. Medicin håndtering

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 trådte i kraft, og hvornår den er blevet ajourført og hvem, der er ansvarlig for instruksen.

Ved tilsynet blev det konstateret, at centeret havde skriftlige instrukser for alle fem områder, som Sundhedsstyrelsen stiller krav om, at der skal være instrukser for.

Ved gennemgang af plejecenterets instrukser for sygeplejefaglige optegnelser, medicin håndtering og plejepersonalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling blev det konstateret, at indholdet af

instrukserne var i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Det kunne samtidig konstateres, at der var beskrivelser i de sundhedsfaglige instrukser, som ikke var kendte og dermed ikke blev fulgt eller beskrivelser, som ikke var i overensstemmelse med gældende praksis.

Det blev oplyst, at instrukserne var tilgængelige for alle medarbejdere. Gruppeleder og social- og sundhedsassistent havde endnu ikke arbejdet med instrukserne, men det blev oplyst, at instrukserne tidligere var drøftet på personalemøder.

De personalemedlemmer, der blev interviewet, var orienteret om at der forelå 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 sundhedsfaglige instrukser skal være kendte og følges af personalet i det daglige arbejde eller revideres, så der er overensstemmelse mellem beskrivelser og gældende praksis.

## 5 Sundhedsfaglige forhold

### Sygeplejefaglige optegnelser

De sundhedsfaglige forhold blev dokumenteret i elektronisk omsorgsjournal, men denne var endnu ikke taget i brug hos alle beboere eftersom flere personalemedlemmer ikke havde adgang hertil og heller ikke var oplært i anvendelsen. Gruppelederen oplyste, at senest 1. juli 2010 ville stamkort, helhedsvurdering (benævnt resumé) og beskrivelser af pleje- og behandlingsplaner (benævnt handleplaner/ døgnrytmeplan) m.v. være udarbejdet i den elektroniske omsorgsjournal hos samtlige beboere, ligesom aftaler om kontrol af kroniske sygdomme ville være dokumenteret.

Ved tilsynet blev tre beboeres sygeplejefaglige optegnelser gennemgået. De tre optegnelser indeholdt en helhedsvurdering af beboerens sundhedstilstand, der omfattede samtlige 11 sygeplejefaglige problemområder, som er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. Der var eksempler på ajourførte og fyldestgørende beskrivelser, men også eksempler på beskrivelser, som ikke var ajourførte og fyldestgørende og med uoverensstemmelse med oplysninger i pleje- og behandlingsplaner. Beboerens ressourcer/ problemer fremgik ikke konkret og præcist af beskrivelserne. Vurdering af problemområderne er nødvendig for at udføre den fornødne pleje og behandling.

I én af de tre stikprøver var der en samlet oversigt over beboernes aktuelle sygdomme og handicap. I en anden stikprøve blev kun få aktuelle sygdomme og handicap nævnt og den tredje manglede beskrivelse af en for beboeren meget væsentlig lidelse (demens).

Hos beboere med kroniske sygdomme var det ikke beskrevet, hvilke aftaler der var med den praktiserende læge om kontrol mv. af de kroniske sygdomme.

De sygeplejefaglige optegnelser hos de tre beboere indeholdt konsekvent en beskrivelse af pleje- og behandlingsplaner i relation til nogle af beboernes sygdomme og sundhedsfaglige problemområder (benævnt handleplan/ døgnrytmeplan). Der var eksempler på pleje- og behandlingsplaner, som ikke var ajourførte og fyldestgørende og i overensstemmelse med beskrivelser i helhedsvurderingen. Der var for eksempel ikke en beskrivelse af pleje og behandling vedrørende ernæring, tryksår, gangbesvær.

Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling blev ikke rutinemæssigt anført i de sygeplejefaglige optegnelser. Der var kun et par eksempler på opfølgning og evaluering indført i journalen i den elektroniske omsorgsjournal i de tre stikprøver. Dette var begrundet i den igangværende implementering af den elektroniske omsorgsjournal og samtidig afskaffelse af indføring af notater i beboerbog hos de beboere, hvor helhedsvurdering, pleje- og behandlingsplaner m.v. var udarbejdet i den elektroniske omsorgsjournal. Ved gennemsyn af papirbaserede og håndskrevne notater i de tre stikprøver, kunne det konstateres, at der eksempelvis manglende opfølgning og evaluering efter aftrapning af smertestillende behandling, og effekt af sårbehandling og hjælp til mundpleje.

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 tre stikprøver. Der var dog eksempler på, at årstal ikke var anført på notater i beboerbog.

De sygeplejefaglige optegnelser blev aktuelt ført *enten* i beboerbog *eller* i den elektroniske omsorgsjournal. Ikke alt personale der deltog i observation, behandling og pleje havde adgang til at se eller indføre notater i den elektroniske omsorgsjournal, hvorfor dokumentation af vigtige oplysninger vedrørende behandling og pleje samt opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling blev mangelfuld.

Gruppenleder oplyste, at de daglige notater ville fremover blive ført på ark i beboerbog, indtil alt personale var oplært i anvendelse og indføring af notater i den elektroniske omsorgsjournal. Helhedsvurdering og pleje-/ behandlingsplaner ville blive udskrevet og placeret i beboerbog.

Afvigelse fra gældende regler medfører følgende krav:

- Der skal 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.
- Der skal foreligge en samlet oversigt over beboernes sygdomme og handicap.
- Der skal foreligge en beskrivelse af pleje- og behandlingsplaner i relation til beboers aktuelle sygdomme og handicap for såvel den stationære tilstand som ved akut opstået problem.
- Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling skal konsekvent være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.
- Aftaler med egen læge om kontrol af kroniske sygdomme skal være dokumenteret.
- De sygeplejefaglige optegnelser skal snarest muligt føres i én journal.

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

## Medicinhåndtering

Plejecenteret anvendte ikke dosispakket medicin fra apoteket, men medicin doseret i doseringsæsker af personalet.

Dokumentationen af medicinordinationerne var ikke korrekt i nogen af tre stikprøver. Følgende var i flere tilfælde ikke dokumenteret:

- Det aktuelle handelsnavn og styrke for *alle* præparater.
- Enkeltdosis og døgndosis (fx 1 tablet morgen og middag, 1 tablet 3 gange dagligt)
- Såvel enkeltdosis som maksimal døgndosis for pn-medicin (fx 1 kapsel max. 2 gange i døgnet)

Der var i alle tre stikprøver overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin med undtagelse af et enkelt præparat.

Antallet af tabletter angivet i medicinskemaet var i overensstemmelse med antallet af tabletter i doseringsæskerne i alle stikprøver med undtagelse af en enkelt dosering, hvor der var en halv tablet i stedet for en hel tablet.

Medicinen blev opbevaret forsvarlig. Den ordinerede medicin fandtes i beboerens medicinbeholdning i alle stikprøver. Aktuell medicin blev ikke rutinemæssigt opbevaret separat fra ikke aktuell medicin.

Doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt i alle tre stikprøver. Det var ikke relevant med anbrudsdato på medicinske salver, dråber mv. Der fandtes ikke medicin med overskredet holdbarhedsdato.

I én af tre stikprøver fremgik det, hvornår medicinskemaet sidst var revideret i samarbejde med den praktiserende læge.

Plejecenteret havde ikke fælles medicin eller depot af akut medicin med undtagelse af adrenalin.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Dokumentation af medicinordinationer skal indeholde:
  1. Det aktuelle handelsnavn og styrke for *alle* præparater
  2. Enkeltdosis og døgndosis (fx 1 tablet morgen og middag, 1 tablet 3 gange dagligt)
  3. Såvel enkeltdosis som maksimal døgndosis for pn-medicin (fx 1 kapsel max. 2 gange i døgnet)
- Der skal være overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin.
- Antallet af tabletter angivet i medicinskemaet skal være i overensstemmelse med antallet af tabletter i doseringsæskerne.
- Det skal fremgå af de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår medicinskemaet sidst er revideret i samarbejde med den praktiserende læge.

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 aktuelt ikke en demenskoordinator ansat i kommunen, hvilket var problematisk i forhold til behandling og pleje hos enkelte beboere. Egen læge ville blive kontaktet herom.

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

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

Afvielser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Beboerne skal være orienteret om Fødevarestyrelsens og Sundhedsstyrelsens anbefaling af D-vitamin og kalciumtilskud.

## Patientrettigheder

Plejecenteret havde en fast rutine med henblik på at vurdere, om beboerne selv var i stand til at varetage deres helbredsmæssige interesser. Det fremgik næsten rutinemæssigt af de sygeplejefaglige optegnelser, 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 noteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

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

Afvielser fra gældende regler medfører følgende krav:

- 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 et enkelt personalemedlem havde armbåndsurs på. Der var mulighed for at vaske hænder og anvende håndsprit i beboernes bolig, hvor der også var engangshåndklæder og engangshandsker.



Central Enhed for Infektionshygiejne (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.

Afvielser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Personalet skal undlade at bære ur på underarme i arbejdstiden.

## Ernæring

Personalet oplyste, at beboerne ikke rutinemæssigt fik tilbud om at blive vejjet, når de flyttede ind på plejecenteret og heller ikke efterfølgende med mindre der var et særligt behov herfor. Det blev oplyst, at der for beboere med særlige ernæringsmæssige behov blev udarbejdet en kostplan/ernæringsplan. Planen blev vurderet med jævne mellemrum samtidig med, at beboeren fik kontrolleret vægten. Der var opmærksomhed på beboernes væskeindtagelse, og der blev ført væskeregnskab hos beboere, som havde problemer med at spise og drikke. Der var ikke samme opmærksomhed på ernæringsindtagelsen.

I stikprøverne hos beboere med et særligt ernæringsmæssigt behov manglende overensstemmelse i oplysningerne vedrørende kostplan/ ernæringsplan.

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. Det blev oplyst, at de fleste beboere på 1. sal indtog morgen- og middagsmad i egen bolig, mens flere beboere indtog aftensmad fælles i spisestuen.

Der var ingen beboere med ernæringssonde.

Afvielser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Hos beboere med særlige ernæringsmæssige behov skal foreligge dokumentation for kostplan/ ernæringsplan.

## 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. Beboere med nedsat fysisk funktionsniveau fik via egen læge tilbud om træning med terapeuter. Det blev oplyst, at resultatet af evt. træning blev vurderet og dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser

I stikprøverne manglede dokumentation vedrørende træningstilbud.

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

Det blev oplyst, at plejecenteret 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.

Afvielser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Træningstilbud skal være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

## Bygningsforhold og indeklima

Det blev oplyst, at der på plejecenteret ikke var indeklimaproblemer, som havde betydning for beboernes sundhed. Såvel beboere som personale oplyste, at der var meget varmt i boliger og fællesrum, når der var solskin. Personalet oplyste, at de observerede at beboerne svedte, blev utilpasse og sløve op af dagen når der var meget varmt indendørs. Der fandtes ikke udvendige persienner eller markiser.

## Kvalitetssikring og egenkontrol

Plejecenteret havde ikke en central registrering af fejl og mangler ved medicinhandling, fald og ulykker.

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

Gruppenleder oplyste, at der ikke med regelmæssige intervaller blev foretaget en systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation med anvendelse af en række målepunkter, som skulle være opfyldt.

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 boligheder. 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.