

Tilsynsrapport

Kompetencecenter for demens, Nældebjerg

Center for Sundhed og Pleje
2021

Formål

Hovedformålet med at udføre tilsyn er at sikre, at opgaverne løses til borgerens bedste og i overensstemmelse med såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Tilsynene udføres med sigte på læring og refleksion for at medvirke til at skabe langsigtede forbedringer for borgerne.

Tilsynsbesøget er gennemført uanmeldt og er et udtryk for det øjebliksbillede, som er tilgængeligt på tidspunktet for tilsynets gennemførelse.

Forord

Det uanmeldte tilsyn i Greve Kommune er udført i overensstemmelse med Tilsynsprocedurens krav. Målepunkterne er baseret på de krav Styrelsen for Patientsikkerhed stiller til kvaliteten i kommuner, og tilsynsrapporten er opbygget med sigte på læring og organisationsudvikling.

Indledningsvist er data om tilsynet, herunder deltagere, tidspunkt og antallet af borgere og medarbejdere, der er indgået i tilsynet.

Det samlede tilsynsresultat ses herefter i en oversigt, som efterfølgende bliver uddybet med, hvilke styrker og udfordringer, der er konstateret ved tilsynet samt tilsynets anbefalinger.

Sidste del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer og ved gennemgang af dokumentation. Det er et omfattende materiale med konkrete oplysninger, som kan anvendes i det videre udviklingsarbejde.

De nærmere begrundelser bag vurderingsprincipper er beskrevet i proceduren for uanmeldte kommunale tilsyn i Greve Kommune.

Tilsynet er altid udtryk for et øjebliksbillede og skal derfor vurderes ud fra dette.

Fakta om tilsynet

Leverandør

Kompetencecenter for demens
Nældebjerg Plejecenter
Rådhusholmen 8
2670 Greve

Leder

Marianne Mouritzen

Dato

09-06-2021

Tilsynstype

Ordinært uanmeldt tilsyn

Datagrundlag og metodik

Tilsynet omfatter borgere med forskellige behov,

Data er indsamlet via:

- Dokumentation via omsorgssystemet Nexus, procedurer, arbejdsgange, handleplaner for kvalitetsforbedringer samt kompetenceskemaer og plejeenhedens egen kvalitetsvurdering fra intern survey.
- Interview: to borgere, som har givet tilsagn om at blive interviewe, to medarbejdere, samt plejecenterleder, fire gruppeledere og to sygeplejersker.
- Observation: Nældebjergs kontorfaciliteter, interaktion mellem medarbejdere, borgers hjem, borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem og arbejdsgange i hjemmet.

På tilsynsdagen er 75 borgere tilknyttet kompetencecenter for demens, Nældebjerg. Idet intern journalaudit for 2021 ikke har været tilgængelige for tilsynsførende, er der foretaget journalgennemgang på 7 borgere, fordelt på A-hus, B-hus, Dahliahuset og Nældebo.

Tilsynet er gennemført over 1 hverdag.

Tilsynspersoner

Troels og Miriam fra myndighedsafdelingen i Center for Sundhed og Pleje, Greve kommune

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for Kompetencecenter for demens, Nældebjerg:

Godkendt

Kategorier

Godkendt

Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Forholdene vurderes samlet set at være gode og tilfredsstillende.

Godkendt med få bemærkninger

Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til i vid udstrækning at leve op til såvel lovgivningens krav kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Der er ikke konstateret betydelige mangler i et af målområderne, men dele af den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har mangler eller er utilfredsstillende.

Godkendt med mangler

Dette betyder, at der er i et eller flere målområder er betydelige mangler i den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Kritisable forhold

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.

Opsummering af styrker og forbedringsområder

I skemaer herunder vises en opsummering af begrundelser for tilsynsresultatet. For det første beskrives de styrker, som tilsynet har konstateret er til stede. For det andet beskrives det på temaniveau, hvor der er fundet eventuelle mangler eller kritisable forhold.

Styrker
<p>Modtagelsen af tilsynsførende på Nældebjerg foregik med imødekommenhed og villighed til at planlægge en sammenhængende dag, på trods af temadag for ledelsen.</p> <p>I den ene afdeling var der ikke samme imødekommenhed, men dog accept af at tilsynet skulle gennemføres.</p> <p>Stemningen på afdelingerne var generelt rolig og imødekommende. Der var plads til alle borgerne med deres forskellige behov for ønsker. Stemningen under morgenmaden var hyggelig og medarbejderne var rolige og hjalp til hos de borgere der havde behov for det.</p> <p>Hjælpen til borgerne foregik på borgernes præmisser med en inddragende tilgang. Medarbejderen fortalte borgeren i hvilken rækkefølge opgaverne ville blive løst. Borgeren var forberedt på hvad der skulle ske, under hele morgenplejen. Medarbejderen havde blik for hvornår hun skulle hjælpe og hvornår borgeren kunne udføre opgaverne selv.</p> <p>Borgerne giver generelt udtryk for at være glade for at bo på Nældebjerg.</p> <p>Det er meget tydeligt på Nældebjerg at ledelsen prioriterer og har fokus på den faglige metode, Personcentret omsorg. Der er løbende undervisning i metoden for at sikre at alle medarbejdere kender til og arbejder ud fra metodens teori.</p> <p>Ledelse, sygeplejersker og SSA'er har godt kendskab til EOJ og dokumentationsmetoden, FSIII.</p>
Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger

Konkrete anbefalinger til forbedringer er indsat under de enkelte tilsynstemaer.
Overordnet er der forbedringspotentialer på følgende områder:

- Synlighed i forhold til aktivitetsprogram, herunder tilbud om samme serviceniveau til borgerne på hele Nældebjerg
- Fremme borgerens mulighed for at komme ud i nærområdet
- Organisering, så medarbejderne trives på arbejdspladsen
- Følge Greve kommunes arbejdsgange for dokumentation, herunder bidrage til at sikre ensartethed og den røde tråd i dokumentationen på tværs af kommunen.
- Arbejde målrettet med vedligeholdende træning med rød tråd i dokumentationen
- Følge procedure og lovgivning på sundhedslovsindsatser og sundhedsfaglig dokumentation

Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

Tabellen herunder viser en oversigt over opfyldelsen af de enkelt områder i tilsynet.

Tilsynstema	
Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet	Godkendt
Pleje af borgere ved livets afslutning	Godkendt
Trivsel og relationer	Godkendt
Målgrupper og metoder	Godkendt
Forebyggelse af magtanvendelse	Godkendt
Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand	Godkendt med få bemærkninger
Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere	Godkendt med få bemærkninger
Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold	Godkendt
Procedurer og dokumentation	Godkendt med mangler
Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering	Godkendt med mangler
Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86	Godkendt med få bemærkninger
Overdraget sygepleje	Godkendt med mangler

Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentarer til de enkelte tilsynstemaer

Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Borgere på Nældebjerg oplever at blive inddraget i dagligdagen ud fra deres særlige ønsker og behov. Der er mulighed for fleksibilitet i hjælpen, så den tilrettelægges ud fra den enkelte borgers ønsker.

Både medarbejdere og ledelse redegør for, hvordan de har fokus på borgerens selvbestemmelse og livskvalitet, så borgeren oplever at Nældebjerg er en god ramme for borgerens liv.

Ovenstående stemmer overens med de observationer som tilsynsførende gør sig på tilsynsdagen, både i borgerens bolig, i afdelingerne og på andre fælles områder i stueetagen.

Pleje af borgere ved livets afslutning

Borgerne oplever, at have tillid til at tale med medarbejderne, når de har behov for det. Det gælder også spørgsmål om livets afslutning.

Medarbejdere og ledelse gør rede for at de har fokus på og prioriterer at tale med borgeren om borgerens ønsker for den sidste tid. Der er løbende opmærksomme på, at tale med borgeren om borgerens ønsker, når borgeren er klar til at tale om det. Ikke alle borgere oplever behov for eller har lyst til at tale om livets afslutning, hvilket der er respekt for på Nældebjerg.

Trivsel og relationer

Borgeren oplever, at der er fokus på, at borgerens skal falde godt til. Det sker bl.a. ved at medarbejderne lærer borgeren godt at kende ved indflytningen og i den første tid borgeren er på Nældebjerg.

Borgeren oplever, at blive inddraget og der er fokus på hvad borgeren har af ønsker. Såfremt borgeren ønsker det, er det fokus på inddragelse af de pårørende. Både i forhold til samarbejde omkring borgerens hverdagsliv, ved forværring af helbred samt ved aktiviteter, der bliver planlagt på Nældebjerg. Gennem perioden med Corona, har det været udfordrende at dyrke relationer og socialt samvær, men det er planer om at etablere socialt samvær og aktiviteter som før Corona.

I forhold til dokumentationen så er der få mangler på dette område. Det handler om en samtykkeerklæring som ikke er underskrevet, registrering af kontaktperson mangler på én borger og der mangler udfyldelse af retstilling på én borger ud af de 7 gennemgåede journaler.

Målgrupper og metoder

På Nældebjerg bliver der arbejdet med Tom Kitwoods metode, personcentret omsorg. Dette bliver afspejlet i plakater der hænger mange steder på Nældebjerg, i dokumentationen samt i medarbejdere og ledelsens tilgang til tilrettelæggelse af hjælp og pleje til borgerne.

Metoden bliver benyttet til alle borgere og bliver dermed ikke begrænset til borgeren med kognitive udfordringer. Ledelsen oplever at den personcentrerede tilgang gør en forskel. Ledelsen har stort fokus på at alle medarbejdere oplæres i den faglige metoder og at alle medarbejdere vedligeholder deres kendskab af metoden. Der foregår intern undervisning i metoden løbende.

Borgerne oplever, at der bliver taget højde for deres behov og det vurderes, at den personcentrede tilgang fungerer efter hensigten i den daglige tilgang til borgeren samt i forhold til dokumentationen.

I forhold til dokumentationen er der generelt meget fine og borgernære beskrivelser, der beskriver hvordan hjælpen bedst tilrettelægges hos borgeren.

Her bliver det observeret at, der i én journal ligger flere døgnrytmer på aften-hjælpen og hos én anden borger med indgribende demens-sygdom er der ikke en beskrivelse af hvilken tilgang, der fungerer bedst hos borgeren.

Forebyggelse af magtanvendelse

Medarbejdere og ledelse har god forståelse for balancen mellem behov for brug af magt og omsorgsforpligtelsen. Der bliver relevant redegjort for hvilke tiltag, der bliver afprøvet før der bliver tale om at benytte magt.

Det vurderes, at der er god forståelse for området og tilfredsstillende kendskab til procedure på området.

Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand

Borgerne er trygge ved, at medarbejderne lægger mærke til det, hvis borgeren har det dårligt eller der sker forværring i deres helbred. Relevante faglige metoder er en integreret del af dagligdagen, hvor der afholdes triage-møder på alle afdelinger. Alle borgere bliver gennemgået dagligt ved triage-møder.

Der sker ikke opfølgning på borgerens funktionsevner, hvilket bliver begrundet med, at de på Nældebjerg ikke kan notere i funktionsevnetilstande.

Det anbefales, at opfølgning dokumenteres i . observationer jf. arbejdsgangen i Greve kommune, så der opnås ensartethed i dokumentation i kommunen.

Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Borgerne er trygge ved, at medarbejderne er opmærksomme på at forebygge funktionstab og forringet helbred.

Medarbejderne gør rede for hvordan de observerer og reflekterer over hvad borgeren selv kan klare og hvor borgeren kan bibeholde funktioner ved selv at holde sig i gang og udføre dagligdagsopgaver.

Hvis medarbejderne oplever forværring hos borgerne er foretages relevante refleksioner og tiltag i iværksættes.

Medarbejder og ledelse redegør for, hvor journalen bliver brugt for at følge borgeren helbred og hvilke tiltag, der er besluttet hos borgen med henblik på forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred.

På baggrund af interview med medarbejderne bliver det vurderet, at den pleje, som udføres af elever nogen gange mangler nødvendig supervision. For eksempel kan manglende fokus på, at borgeren skal inddrages i at børste tænder resultere i, at borgeren ikke længere selv kan børste tænder efter en periode, hvor det er gjort for borgeren.

Tilsynsførende vurderer, at der er behov for, at der er fokus på, at alle der varetager plejen hos en borger er klar over, hvad målet med plejen er hos den enkelte borger. På den måde kan det bidrage til at plejen bliver udført ensartet, uanset hvem der varetager plejen.

Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold

Tilsynsførende vurderer, at der er fokus på at medarbejderne besidder de rette kompetencer til at løse opgaverne på Nældebjerg. Der bliver gjort rede for tilgangen til kompetenceplanerne, som der er godt kendskab til hos både medarbejderne og ledelse. Kompetenceplanerne bliver brugt aktivt i dagligdagen.

På trods af at ledelsen oplyser, at der bliver brugt meget tid på fremmødeplaner, vurderer tilsynsførende, at der sker episoder, hvor medarbejderne føler, at der mangler overblik og det nødvendige antal hænder til at løse opgaverne, specielt i akutte situationer opstår denne problematik.

Tyngden af opgaverne varierer fra afdeling til afdeling, og der er oplevelse af, at planlægningen af fremmøde på afdelingerne svarende til opgave-mængden er blevet bedre gennem den seneste tid.

I en periode har der været en oplevelse af, at man har løbet meget stærkt på den ene afdeling uden medarbejdere på afdelinger, hvis opgave-tyngde er knap så stor, har hjulpet.

Tilsynsførende anbefaler, at der er overblik over opgaverne på afdelingen, så det i dagligdagen er synligt, hvordan eventuelle akutte opgaver kan løses uden medarbejderne føler de mister overblikket.

Dernæst anbefales det, at det er tydeligt, hvem medarbejderne kan kontakte ved behov for hjælp og i hvilke situationer ledelsen eller ansvarshavende skal kontaktes, så medarbejderne føler sig trygge, når de går på arbejde.

Tilsynsførende oplever, at der blandt nogle medarbejdere er en oplevelse af, at man føler sig meget forstyrret af andre opgaver i dagligdagen end varetagelse af kerneopgaven og at man som medarbejder reagerer på denne oplevelse.

Forstyrrelsen kommer f.eks. af at skulle have studerende med, når man ikke føler man har tid og overskud til det, ved nye kollegaer som skal oplæres eller ved at der skal afvikles tilsyn, som berører medarbejderens dagligdag med max. 1½ time og i lignende situationer.

Procedurer og dokumentation

Tilsynsførende vurderer, at der er stor viden om dokumentationsmetoden på Nældebjerg, men også at arbejdsgangen for dokumentation i Greve bliver fraveget bevidst, fordi ledelsen ønsker arbejdsgangene anderledes.

Det observeres af tilsynsførende, at Nældebjerg har lavet deres egen arbejdsgang for brug af dele af journalen. Det gælder dokumentation i helbredstilstande, observationer og relationer mellem skemaer.

Al dokumentation om borgerens funktionsevner og helbred foretages i helbredstilstande. Det observeres, at der generelt gennem de sidste ½ år ikke er oprettet relationer mellem skemaer og funktionsevnetilstande.

Relationer er i adskillige tilfælde ikke foretaget relevant, hvilket giver problemer med efterfølgende at finde den røde tråd i dokumentationen.

Arbejdsgangen for, hvordan .observationer udfyldes og låses bliver ikke fulgt.

Generelle oplysninger er udfyldt meget fyldestgørende, men i flere tilfælde er der dokumenteret oplysninger, som bør være i en handlingsanvisning. Det gælder for eksempel informationer om hvilke typer mad borgeren foretrækker i dagligdagen.

For at sikre den røde tråd i borgerens forløb i kommunen anbefaler tilsynsførende, at myndighedens arbejdsredskaber i EOJ er kendte og benyttes til at give informationer til borgeren om afgørelse, formål med visiteret hjælp samt aftaler i forbindelse indflytning med videre, både når borgeren er ny-indflyttet og når der er søgt om for eksempel nye hjælpemidler eller andre indsatser.

Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering

Det vurderes, at nøglemedarbejdere har meget fokus på aktiviteter, rehabilitering og træning hos den enkelte borger, men der er en lille bekymring for om dette gælder for alle medarbejdere eller om iværksatte planer for borgeren nogen gange løber ud i sandet, fordi medarbejdere, der har opstartet tiltag bliver flyttet til andre opgaver eller finder nyt arbejde.

Det fremgår af tilsynet, at der er forskel på strukturen af planlægning af aktiviteter mellem de to huse på Nældebjerg. Tilsynsførende får indtrykket af, at aktivitetstilbuddet er forskelligt for de to huse. I huset med lav synlighed på hvilke aktiviteter der tilbydes, bliver der fra borgernes side efterspurgt flere aktiviteter og flere muligheder for at komme ud af huset.

Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Det bliver af tilsynsførende vurderet, at borgerne føler sig inddraget i forhold til, hvad der er af mål ved den leverede hjælp. Det kan være mål i forhold til rehabilitering, forebyggelse og vedligeholdende træning.

I forhold til dokumentation og tilgang til den vedligeholdende træning vurderer tilsynsførende, at der er behov for mere tydelighed i forhold til, hvilke mål der er for træningen, hvordan den skal udføres hos den enkelte borger og opfølgning på hvad der er afprøvet og om det har virket godt eller mindre godt.

Sådan en opfølgning bør jf. greve kommunes arbejdsgang være relateret til den funktionsevnetilstand som den vedligeholdende træning vedrører.

Med nuværende arbejdsgang i Greve kommune bør alle opfølgninger blive foretaget i samme .observation.

Overdraget sygepleje

Tilsynsførende vurderer, at der er tydelighed omkring, hvem der må udføre hvilke opgaver. Der er både hos medarbejdere og ledelse stort kendskab til, hvem der har hvilke kompetencer, hvem der kan oplæres til hvilke opgaver og under hvilke forhold.

I forhold til den sundhedsfaglige dokumentation er der mulighed for forbedring på flere områder.

Det observeres, at procedure for overdragede indsatser i Greve kommune ikke følges i alle forhold. Det er ikke tydeligt, hvornår der skal ske opfølgning på hvilke handlingsanvisninger/indsatser.

Der er ikke i alle tilfælde dokumenteret at der er indhentet informeret samtykke hos borgeren, når der bliver taget kontakt til lægen vedrørende en helbredsproblematik eller ved start af behandling.

I forhold til dokumentation af de tolv sygeplejefaglige problemområder, benyttes status potentiel ikke.

Ledelsen gør rede for, at Nældebjerg, oplever at status potentiel er svær at arbejde med i praksis. Tilsynsførende anbefaler, at problematikken bliver rejst i superbruger gruppen, så det sikres, at der i Greve kommune bliver arbejdet ensartet og i henhold til lovgivningen på området.

Det observeres, at der ikke er relevante handlingsanvisninger for alle sundhedslovsindsatser. Det er dermed uklart om indsatserne fortsat er relevante.

Hos én borger er der ved tiltag omkring undervægt/tab af vægt ikke et mål for, hvor meget hun skal tage på i vægt/ideelvægt.

Flere sundhedslovsindsatser er ikke udfyldt med rette frekvens, så de står til at blive leveret med 0 besøg.

Hos én borger fremgår det, at borgeren skal have målt BT, men der er ikke en anvisning af hvorfor dette skal måles, hvad referenceinterval er, hvornår læge skal kontaktes eller lignende.

Ved flere sundhedslovsindsatser er det uklart om indsatsen er overdraget eller om den bliver varetaget af sygeplejersken.

Der mangler en indsats til sygeplejefaglig-opfølgning på 6 borgere, som har overdragede sundhedslovsindsatser.

De 6 overordnede måleområder har 11 temaer, der hver har 5-15 indikatorer. Stikprøvestørrelsen afhænger af antallet af borgere som plejeenheden leverer ydelser til, samt om tilsynspersonerne har adgang til plejeenhedens egne kvalitetsvurderinger eller ikke. Hver plejegruppe (Der er fx flere plejegrupper på et plejeenhed/center) foretager systematisk kvalitetsvurdering på minimum 24 borgere om året, og sikrer herved, at de fleste væsentlige kvalitetsproblemer bliver identificeret. I tilfælde hvor tilsynspersonerne ikke har adgang til plejeenhedens kvalitetsvurdering, anvendes en større stikprøve til tilsyn.

Tilsynet gennemføres som en kombination af journalgennemgang og interviews, hvor tilsynspersonerne gennemgår borgerforløbet, ved hjælp af interview med borgeren, medarbejdere og ledelsen. Se evt. detaljer i procedure for uanmeldte tilsyn.

Der foretages vurderinger på 4 niveauer:

- Niveau 1: Den enkelte stikprøve
- Niveau 2: Den enkelte indikator
- Niveau 3: Det enkelte tema
- Niveau 4: Det samlede tilsynsresultat

Vurderingsprincipperne sikrer systematisk analyse og vurdering fra den enkelte stikprøve udføres til det samlede tilsynsresultat. På alle niveauer baseres vurderingen på lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurderingsprincipperne gennemgås nedenfor.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 1: VURDERING AF DEN ENKELTE STIKPRØVE

Der er indsat vejledende tjekpunkter under den enkelte indikator i rapporten.

Tjekpunkterne tilpasses efter forholdene under tilsynsbesøget, således at indikatorerne bliver bedst muligt belyst.

Kvalitative data: Positive og negative fund indskrives under "Beskrivelse", så vidt mulig med uddybende oplysninger til brug for det videre udviklingsarbejde.

Kvantitative data: Den enkelte stikprøve vurderes som Opfyldt, Delvist Opfyldt eller Ikke Opfyldt. Ud fra antallet af relevante beregnes % af mulige point.

Point tildeles efter følgende kriterier: Der gives 1 point, hvis indikatoren er vurderet Opfyldt, ½ point ved Delvist Opfyldt, 0 point ved Ikke Opfyldt.

Enkelte forhold indvirker på den kvantitative beregning, herundera. Antallet af borgere, der indgår i tilsynet er som ovenfor beskrevet 20 borgere. I forhold til det enkelte målepunkt, kan antallet af relevante være mindre end 20, idet nogle borgere ikke modtager en ydelse, ikke kan deltage i interview, at indikatoren ikke er relevant for borgeren samt lignende vilkår. b. Et enkelt fund kan være fuld dokumentation for, at eksempelvis en instruks for en delegeret opgave foreligger. I så tilfælde markeres med Opfyldt. Såfremt der er mangler, markeres med Delvist Opfyldt, og såfremt der er betydelige mangler eller instruksen ikke foreligger markeres med Ikke Opfyldt. c. For enkelte indikatorer er opfyldelsesprocenten angivet samlet for stikprøverne.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 2: VURDERING AF DEN ENKELTE INDIKATOR

Indikatorvurderingen sker ud fra 3 kategorier: Helt Opfyldt, Delvist Opfyldt eller Ikke Opfyldt. Indikatoropfyldelsen vurderes på baggrund af beskrivelserne af de positive og negative fund i stikprøverne samt den kvantitative målopfyldelse. En kvantitativ målopfyldelse på over 75% giver mulighed for at indikatoren kan vurderes som Helt Opfyldt. Analysen af de kvalitative fund er afgørende, idet få negative fund kan have betydning for borgerens helbredsmæssige sikkerhed og/eller retsstilling. Der kan derfor være indikatorvurderinger, som er " Delvist Opfyldt" eller måske "Ikke Opfyldt", selvom de kvantitative data viser målopfyldelse på over 75%.

Begrundelsen vil i så fald fremgå af rapporten. Alvorlige fejl og mangler indebærer alvorlige konsekvenser for borgeren. Det omhandler forhold, hvor der ikke er sammenhæng mellem borgerens behov og de tildelte eller leverede ydelser eller der eksempelvis konstateres sundhedsskadelige hygiejniske forhold i hjemmet med alvorlig risiko for borgerens helbred. Det kan tillige omhandle forhold hvor kvaliteten i den personlige pleje medfører risiko for borgerens helbred eller hvor borgeren er udsat for dokumenterbare alvorlige krænkelser i forhold til personlige grænser.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 3: VURDERING AF DET ENKELTE MÅL

Målopfyldelsen vurderes på baggrund af resultaterne fra de enkelte indikatorer sammenholdt med kravene i lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Vurderingskategorierne er: Godkendt, Godkendt med få bemærkninger, Godkendt med mangler eller Kritisable forhold.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 4: DET SAMLEDE TILSYNSRESULTAT

Det endelige tilsynsresultat vurderes på baggrund af resultaterne fra de 6 målområder sammenholdt med kravene i lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Vurderingskategorierne er: Godkendt, Godkendt med få bemærkninger, Godkendt med mangler eller Kritisable forhold.