

Tilsynsrapport

Hjemmeplejen Stranden Syd

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

Hjemmeplejen Stranden Syd.
karlslunde Parkvej 27
2690 Greve

Leder

Rikke Sørensen

Dato

22. september 2021

Tilsynstype

Uanmeldt ordinært 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 samt eventuelle handleplaner.
- Interview: 2 borgere, som har givet tilsagn om at blive interviewet samt 2 pårørende, 2 medarbejdere, samt plejecenterleder.
- Observation: Hjemmeplejens kontorfaciliteter, morgenmøde i hjemmeplejen og interaktion mellem medarbejder samt borger og medarbejder, borgers hjem, borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem, arbejdsgange i hjemmet.

På tilsynsdagen er 305 borgere tilknyttet Hjemmepleje syd, Stranden, heraf er 12 borgere i rehab-forløb og 2 borgere modtager indsats til vedligeholdende træning.

Tilsynet er gennemført over 1 hverdag.

Tilsynspersoner

Janne Myhlendorph
Troels Lundholm Dam

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for sted:

Godkendt med få bemærkninger

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. Fordet 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

De tilsynsførende oplevede en god atmosfære på stedet ved ankomst. Ligeledes at evnen til at omstille sig var tydelig i forbindelse med at dagens program skulle ændres grundet tilsynet.

I forbindelse med de to borger besøg var det tydeligt at begge borgere blev mødt med en anerkendende og respektfuld tilgang, og at der blev arbejdet ud fra en rehabiliterende tanke. Generelt er der stor fokus på at borgernes ønsker og behov indrages i den daglige hjælp for at imødekomme deres behov, og der gøres meget for at forsøge at motivere borgerne til at deltage i aktiviteter og arrangementer uden for hjemmet.

Begge medarbejdere giver udtryk for at de trives på arbejdspladsen, og at der bliver taget hensyn til deres individuelle behov og ønsker. Endvidere at de er klar over ansvarsfordelingen i personalegruppen, og at de kun varetager opgaver som de er oplært i og som fremgår af deres kompetenceprofiler.

Tilsynsførende har indtryk af en ledelse der har fokus på at styrke medarbejdernes trivsel og kompetencer, da dette i høj grad er med til at øge tilfredsheden ikke kun hos medarbejderne, men i høj grad også hos borgerne. Ligeledes at der arbejdes indgående med hele tiden at have fokus på personcentreret omsorg som tilgang til borgerne.

Forbedringsområder og tilsynest anbefalinger

Tilsynsførende anbefaler at plejeenhedens ledelse udarbejder en handleplan for en række områder der omhandler dokumentationspraksis. Det drejer sig konkret om at der indarbejdes en rutine der for at "aftaler" udfyldes korrekt hos de borgere hvor det er relevant. For nuværende findes oplysninger om aftaler blandt under handleplaner, hvilket forstyrrer overblikket. Desuden er der behov for at borgers retsstilling konsekvent udfyldes hos alle borgere samt at der i samarbejde med borger eller dennes part/værge udarbejdes samtykkeerklæring til brug for plejen, så læge mv. kan kontaktes når behovet melder sig.

Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

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

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

Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentarer til de enkelte tilsynstemaer

Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Borgerne oplever selvbestemmelse, livskvalitet og indflydelse på den hjælp de modtager. Både borgere og pårørende der er besøgt, oplyser at de er meget glade for personalet og oplever at der bliver lyttet til dem og deres behov. En borger oplever at det giver mere indhold i hendes dagligdag, når medarbejderen er der.

Ved tilsynsbesøget i borgers hjem observerede tilsynet ved begge besøg en god og anerkendende kommunikation parterne imellem og en pleje der havde udgangspunkt i borgernes egne ressourcer.

Medarbejderne oplyser, at hvis det er en borger de ikke kender så godt, orienterer sig i døgnrytmeplanerne i Nexus. De arbejder ud fra en rehabiliterende tilgang og i et samarbejde med borgerne, så borgerne inddrages med det de selv kan, ud fra borgerens ressourcer den pågældende dag.

Ledelsen oplyser, at de ved at tilknytte kontaktpersoner til borgerne, har sikret en tovholder på borgernes forløb, hvor borgerens personlige mål og behov inddrages på højeste niveau.

Pleje af borgere ved livets afslutning

Borgerne oplever at de føler sig trygge ved at tale med medarbejderne om den sidste tid, en borger ville være glad for mere tid til snak med personalet om de svære ting der trykker.

Medarbejderne oplyser, at det er sygeplejersken der sammen med borger og læge sikrer at der bliver taget stilling til livsforlængende behandling og dokumentere det.

Medarbejderne oplyser at de ved hvad de skal gøre og at de ikke har problemer med at snakke med borgerne om den sidste tid. De oplyser at de ikke er klar over hvor de specifikt i Nexus skal dokumentere eller finde oplysningerne.

Ledelsen oplyser at de forsøger at sikre, at det er kontaktpersonerne der kommer i hjemmet den sidste tid i tæt samarbejde med andre faggrupper fx. sygeplejerske. Ledelsen opfordrer til at benytte kvalitetsstandarder og arbejdsgange på området. Ledelsen oplyser at de har opmærksomhed på at klæde medarbejderne på til varetagelse af opgaven, ved at sikre medarbejdernes kompetencer og ved nye medarbejdere en mentorordning. Der foregår lige pt. undervisning internt i sorg og krise.

Trivsel og relationer

De interviewede borgere oplever som udgangspunkt personalet som nærværende og lydhøre. De oplevede at de for det meste er nemme at komme i kontakt med, ved behov. Den ene af de interviewede pårørende oplevede, at han blev inddraget i plejen af sin hustru. og de oplevede at personalet vidste hvad de skulle når de kom. Den anden interviewede borgere, havde svært ved at redegøre for om pårørende var inddraget. Men oplyste, at hun havde haft personale, der ikke vidste hvad de skulle udføre af opgaver hos hende, og at en havde været usøigneret. Men som udgangspunkt, var hun godt tilfreds.

medarbejderne oplyser at de altid spørger ind til borgerens behov og ønsker og tager bestik af situationen i hjemmet. De foreslår og motiverer løbende de mere isolerede og inaktive borgere til at deltage i aktiviteterne i nærområdet. Medarbejderne oplever også selv, at trives på arbejdspladsen, at der lyttes til dem og de behov de har. den ene medarbejder oplyser, at der i høj grad bliver taget hensyn til hendes alder og kræfter, hun oplyser at hun ikke får ret mange rengøringsopgaver om måneden. Det oplever hun som der bliver taget hensyn, og gør hende glad.

Ledelsen oplyser at de forsøger at sikre et godt arbejdsmiljø for personalet, ved at lytte til deres ønsker mm. dette oplyser ledelsen også fremgår af trivselmålinger. Når medarbejderen er glad smitter det af på borgerne. Her arbejdes indgående med personcentreret omsorg og medarbejderne opfordres til at motivere borgerne til at deltage i aktiviteter i nærområdet. hvis der er behov for at en borger i starten har brug for at blive fulgt til en aktivitet, forsøges det at medarbejder følger. Der er opmærksomhed på at få pårørende inddraget mest muligt i samarbejdet. evt. ved møde med borger og pårørende.

Ved gennemgang af journal ses generelt ikke, at aftaler med pårørende, andre nærtstående er udfyldt i aftaleskemaet jf. dokumentation i driften, selvom der foreligger aftaler om fx. hvem der skal kontaktes i specifikke situationer. Borgers retsstilling ses heller ikke udfyldt. Der ses også at der mange steder mangler samtykkeerklæringer fra borgerne, hvilket der skal ligge på alle borgere der modtager hjælp, for at vi kan indhente og udveksle oplysninger mellem medarbejdere i fx, hjemmeplejen/sygeplejen og fx. læge/hospital apotek.

Målgrupper og metoder

Borgerne oplever, at der tages højde for dem og deres samlede situation og ud fra de ressourcer de besidder den pågældende dag.

Medarbejderne har kendskab til teorien om personcentreret omsorg, men det lyder ikke som noget der arbejdes med konkret i det daglige. De nævner den rolige tilgang og måden hvorpå borgerne bedst tilgås i forhold til den hjælp de skal have. Medarbejderne oplyser, at de oftes finder den bedste tilgang til borger med kognitive funktionsnedsættelser i døgnrytmeplanen.

Ledelsen oplyser at de benytter personcentreret omsorg samt arbejdsgange og procedure for demens. Samt der er udelegeret opgaver til forskellige medarbejdere som

er tovholdere og vidensdelere på de forskellige områder., for at imødekomme borgere med kognitive funktionsnedsættelser

Forebyggelse af magtanvendelse

Ledelsen oplyser, at det er ledelsen og stedfortræder der har det overordnede ansvar for forebyggelse af magtanvendelse. De har kendskab til gældende arbejdsgange og metoder. De oplyser at de endnu ikke har haft en sag om magtanvendelse og at medarbejderne har kendskab til, hvornår der er tale om magtanvendelse og forstår at trække sig. I tilfælde af en magtanvendelse, vil de være i tæt samarbejde med medarbejder.

Medarbejderne oplyser, at de har kendskab til hvornår der er tale om magtanvendelse, at de skal respektere når borgerne siger nej. De oplyser, at de trækker sig, inden de når at overskride borgernes grænser. De ved der er mapper, med relevant materiale og information om magtanvendelse og hvor de kan finde procedurene i Nexus. De har kendskab til at al magt skal indberettes.

Ved gennemgang af journal, ses ingen beskrivelser af hvilke faglige metoder og arbejdsgange der bliver anvendt, selvom det i enkelte tilfælde, hvor borgerne er specielt udfordret, kunne være relevant.

Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

Borgerne oplever at medarbejderne er opmærksomme på deres helbredstilstand. At de og om der er spørger ind til hvordan de kan hjælpe.

Medarbejderne ved hvordan de skal forholde sig ved ændringer i borgernes tilstand og ved at de benytter metoderne TOBS, Braden, Isbar, HUSK og ernæringscreening

Ledelsen fortæller at der laves habituel-skema på borgerne, så medarbejderne kan se hvordan den enkelte borger normalt er, og derved ved at de skal reagere, når der er afvigelser. De afholder triagemøder hver morgen, hvor borgerne gennemgås via TOBS, Braden, ernæringscreening, ISBAR mm. med tværfaglig deltagelse af sygeplejerske eller ledelse

Ved gennemgang af journal se det at at ændringer i borgernes tilstand bliver noteret, men der er flere der ikke er opfølgning på. Eksempel: Der beskrives at en borger har hjertesmerter og dårlig, der beskrives at der er opfordret til at ringe lægevagt, men der er ingen opfølgning. Et andet eksempel, der beskrives at borger er triageret gul grundet uvi (26/8) men siden er der ikke beskrevet noget i .observation og borger er stadigvæk triageret gul, mangler opfølgning.

Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Borgerne oplyser at de generelt oplever at medarbejderne er opmærksomme på at de får sufficient væske og fødeindtag, og at de er flinke til at tilbyde hjælp, hvis de ser at de ikke selv kan, ægtefælle til den ene interviewede, oplyser at han står for kosten, men at medarbejderne er gode til at spørge ind til kosten og evt. komme med gode råd til rigtig kost.

medarbejderne oplyser at de arbejder med en rehabiliterende tilgang, for at forebygge funktionsevnetab, at de er obs. på om borgerne får sufficient kost. har fokus på borgernes tilstand og om de ændre sig, dette kan de nemt der hvor de er kontaktpersoner og kender borgerens normale adfærd. er der ændringer i deres habituelle tilstand, ved de hvad de skal gøre. Her nævner de triagering, HUSK ernæringscreening.

Ledelsen oplyser at de benytter. triagering ved daglige møder, I sikre hænder, HUSK, faldregistreringer, inddragelse og sparring med kollegaer/tværfaglige samarbejdspartnere

ved gennemgang af journal, ses at der er i mange døgnrytmeplaner er dokumenteret hvor dan der arbejdes med forebyggelse at fx. vægttab, mundhygiejne. der ses også handleanvisninger på bl.a. forebyggelse af ensomhed, overforbrug af medicin. i et enkelt tilfælde er der beskrevet om en borger med nedsat sultfølelse der ikke husker at spise. her er det ikke handleanvisning eller vagtmåling og borger er derfor i risiko for funktionstab.

Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold

Ledelsen oplyser, at planlæggeren i enheden løbende sørger for at monitorere til- og afgang af borgere, og videregive info til ledelsen. På denne måde justeres ressourcerne så de passer til antallet af opgaver.

For at sikre at de rette kompetencer løbende er tilstede arbejdes der kontinuerligt med at den enkelte medarbejders kompetence profil løbende gennemgås og tilpasses. Dette er med til at sikre den nødvendige kvalitet i de ydelser som leveres til borgerne.

Nye medarbejdere introduceres til arbejdet via fast opstartsprogram samt mentorordning.

Ledelsen gør meget tydeligt rede for at ingen medarbejdere udfører opgaver som rækker ud deres kompetenceprofil. Endvidere at det er planlæggerens ansvar at de rette kompetencer kommer i spil hos de borgere hvor det er relevant.

I forbindelse med medarbejder interviewet, gør begge medarbejdere rede for, at de kun løser opgaver som deres kompetence skemaer lægger op til. Endvidere at de har kendskab til hinandens kompetencer i personalegruppen.

Procedurer og dokumentation

For at sikre at kravene til dokumentation i driften overholdes afholdes der jævnligt intern undervisning for medarbejderne af enhedens superbrugere. Desuden er der løbende fokus på forskellige temaer, som f.eks bliver i talesat på personalemøder og lignende. Desuden gøres der et stort arbejde ud af visualisere temaerne via plakater mv. Begge medarbejdere har kendskab til dokumentet "dokumentation i driften", men giver udtryk for at de har behov for konsultere det oftere end de gør for nuværende. Desuden at den røde tråd i deres daglige arbejde skabes gennem borgeres døgnrytmeplan.

Ved gennemgang af borgernes journal findes der ikke en systematik i forhold til opfølgning på Servicelov indsatser. Desuden er arbejdet med at danne relationer mellem planlagte indsatser og indsatsmål/handleanvisninger mangelfuldt, ligesom at .Obs ikke bliver låst efter de ikke længere er relevante at skrive videre i. Generelle oplysninger er overvejende udfyldt tilfredsstillende, men i 4 tilfælde er overblikket ikke udfyldt eller kun meget sparsomt.

I forbindelse med leverede ydelser hos borgerne er det tydeligt at begge medarbejdere er meget opmærksomme på borgerens ressourcer og understøtter aktiviteterne i de tilfælde hvor borger ikke selv kan eller ønsker hjælp.

Ved spørgsmålet omhandlende kendskab til mål og formål fastsat af myndighed gør ledelsen rede for hvor disse kan findes. På medarbejder niveau er kendskabet dog mangelfuldt.

Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering

Ved gennemgang af de 18 journaler er det kun en borger der modtager rehabiliterende indsats jf. SEL § 83 a. Hos denne borger er kravene til dokumentation opfyldt.

Ved medarbejderinterviewet deltager den ansvarlige for rehab-indsatserne og kan til fulde gøre rede for arbejdsgang og brugen af tværfaglig metode. Desuden hvordan mål og formål fastsættes i samarbejde med borger og hvordan der skal dokumenteres.

Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

I forbindelse med gennemgang af borgernes journaler viser det sig, at ingen af modtager indsatsen vedligeholdende træning.

Overdraget sygepleje

I et enkelt tilfælde ses det at er der ikke er fulgt kontinuerligt op på en delegeret sygeplejeopgave.

Ved gennemgang af planlagte ydelser hos de 18 borgere ses det at relationer mellem sundhedslovsindsatser og relevante indsatsmål og handlevisning er mangelfulde.

Med udgangspunkt i de opdaterede kompetenceskemaer sørger ledelse og planlægger for at de rette kompetencer er til stede når delegerede opgaver skal varetages. Der afholdes løbende møder mellem sygeplejen og SSA'er for at sikre at nuværende og kommende opgaver varetages korrekt. Desuden er der fokus på at personalet oplæres løbende og at handleanvisninger og indsatsmål er på plads.

Vurderingsprincipper

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, herunder

a. 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 "Deltvist 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 krænkelse 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.