

**Tilsynsrapport  
Hjemmeplejen syd,  
Stranden**

**Center for  
Sundhed & Pleje  
2020**

# 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 begeundelser 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

## Leverandørens navn og adresse

Hjemmeplejen syd, Stranden  
Karlsunde Parkvej 27,  
2690 Karlsunde

## Leder

Rikke Sørensen

## Dato og tidspunkt for tilsynet

5. oktober 2020

## Tilsynstype

Unmeldt ordinært tilsyn

## Datagrundlagt 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

1

Miriam Ekström

2

Lise Lebech Herborg

# Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for Hjemmeplejen syd, Stranden:

## 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

Tilsynsførende oplever en venlig og imødekommende stemning blandt medarbejderne hos hjemmeplejen syd, Stranden.

Der er synlig og tydelig ledelse.

Medarbejderne udtrykker høj faglighed og interesse i faglig sparring med kollegaer og tværfaglige samarbejdspartnere.

Borgerne udtrykker stor tilfredshed med hjemmeplejen, både medarbejdere der kommer i hjemmet hos borgerne, kontakten til hjemmeplejens kontor, reaktion på nødkald og medarbejderne opmærksomhed omkring forebyggelse af forværring i borgerens funktionsevner eller helbred samt tiltag i relation hertil.

Hjemmeplejen syd, Stranden laver hver måned journal audit på 5 borgere, hvilket giver dem et rigtig godt udgangspunkt for at sikre en god dokumentation.

### Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger

Tilsynsførende oplever, at der er udfordringer med, at de visiterede ydelser svarer til det, som bliver leveret hos borgerne.

I journalgennemgangen og ved besøg hos borgerne i forbindelse med tilsynet, fremkommer det, at der er indsatser, som er bestilt og betales af Greve kommune, men som ikke bliver leveret hos borgeren.

Oftest er det, fordi borgeren ikke længere har behov for indsatsen, fordi borgerens funktionsniveau er blevet bedre, men myndigheden er ikke orienteret jf. arbejdsgangen og dermed er indsatsen ikke lukket. Omvendt bliver det af ledelsen oplyst, at der også hos nogle borgere leveres ydelser, som ikke er visiteret. Ledelsen arbejder på at stramme op på de udfordringer, der er omkring bestilte og leverede ydelser, så det fremover i højere grad er den hjælp borgeren har behov for, som aktuelt er visiteret.

Der er ingen funktionsbeskrivelser af, hvad der forventes af medarbejderen, der er kontaktperson for en borger.

Der er i mange journaler ingen kontaktperson registreret, selvom alle borgere har én kontaktperson. Borgerne er orienteret om hvem der er deres kontaktperson. De har fået udleveret en magnet til køleskabet, hvor der er kontaktoplysninger til hjemmeplejen samt information om hvem der er kontaktperson hos borgeren.

Ved journalgennemgangen vurderes det, at der er behov for tiltag som i højere grad kan sikre god dokumentation og journalisering af nødvendige oplysninger

Aftaler med pårørende er i mange journaler noteret, men aftale-skemaet er ikke udfyldt.

"Borgers retstilling" er i mange journaler ikke udfyldt og det er heller ikke sikret, at der er udfyldt samtykkeerklæring.

Ledelsen oplyser, at der er dele af systemet, som gør det vanskeligt at finde oplysninger og at dokumenterer, da det er meget fragmenteret steder, der skal dokumenteres.

Ledelsen anbefales at tage fat i superbruger-organisationen og drøfte mere hensigtsmæssige muligheder for dokumentation.

På kontoret er der to Pc'er. Med de krav der pt er til dokumentationen er det en udfordring, at medarbejderne ikke i højere grad har mulighed for adgang til en PC, når de er på kontoret. Tilsynsførende vil gå videre med denne udfordring til ledelsen i center for Sundhed og Pleje.

# Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

Tabellen herunder viser en oversigt over opfyldelsen af de enkelte området i tilsynet

<b>Lov om social service - Tilsystema</b>	
Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet	Godkendt
Pleje af borgere ved livets afslutning	Godkendt med få bemærkninger
Trivsel og relationer	Godkendt
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 med få bemærkninger
Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold	Godkendt
Procedurer og dokumentation	Godkendt med mangler
Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering	Godkendt med få bemærkninger
Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86	Kritisable forhold
Overdraget sygepleje	Kritisable forhold
Andet	Godkendt

# Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentarer til de enkelte tilsynstemaer:

## **Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet**

Borgerne oplever selvbestemmelse og indflydelse i forhold til den hjælp de modtager, Borgerne oplever, at de kan tale frit med personalet om hvordan de ønsker hjælpen udført. Dog er der hos en borger et ønske om blive hjulpet i seng senere end han bliver, Borger bliver lagt i seng kl. 21, men ønsket er 22:30-23.

Ledelsen redegør for at de vil tilrettelægge hjælpen fremadrettet, så borger kan blive lagt i seng nærmere det ønskede tidspunkt.

Ledelsen redegør yderligere for, at de har dagligt fokus på borgerens selvbestemmelsesret og har som et værktøj udviklet et reflektionsspil, som 4-6 medarbejdere hver torsdag har på deres skema, så alle får mulighed for at reflektere over fagligheden i deres daglige arbejde og dermed undgå forråelse og blinde vinkler ift. deres arbejde med borgerne. Medarbejderne redegør for, hvordan de møder hver borger med en individuel tilgang, de spørger borgeren om borgerens ønsker og læser i Nexus under den samlede faglige vurdering samt døgnrytmeplanen for at være opdateret på borgerens hjælp og situation inden de møder ind på et besøg. Der observeres generelt en meget anerkende og god stemning i mødet mellem hjemmeplejen og borgerne, samt blandt personalet og lederne.

## **Pleje af borgere ved livets afslutning**

Ledelsen redegør for et godt og tæt samarbejde med hjemmesygeplejen ved livets afslutning hos en borger.

Ledelse og medarbejdere oplyser, at det oftest er sygeplejersken, der taler med borgeren og de pårørende om ønsker til livets afslutning.

Ledelsen oplyser, at de organiserer personalet hos borger, så det er de samme 2 medarbejdere samt 1 sygeplejerske, der primært er i hjemmet den sidste tid for at skabe mest mulig ro omkring borger og pårørende.

Medarbejderne oplyser at der er særligt fokus på stemningen i hjemmet, smertelindring, mundhygiejne, forebyggelse af vævsskader og et godt samarbejde med de pårørende.

Ledelse og medarbejder oplyser, at de ikke benytter skemaet Livshistorie, hvor man i følge arbejdsgangen skal dokumentere ønsker til livets afslutning under feltet "Fremtidsønsker". Dette bekræftes i journalgennemgangen og medarbejder og ledelse er gjort opmærksomme på dette.

## **Trivsel og relationer**



I tilrettelæggelsen af hjælpen hos borgeren er der fokus på borgerens døgnrytme og der er mulighed for i vid udstrækning at ændre i det planlagte.

I den daglige pleje observeres det, at der er et godt samspil mellem borger og medarbejder. Det er muligt, at borgeren får hjælpen udført, som borgeren ønsker det.

Der opleves stor fleksibilitet i den daglige hjælp. Det er blot vigtigt, at borgeren siger til, hvis de har ønsker som ikke umiddelbart bliver imødekommet.

Medarbejderne er i vid udstrækning opmærksomme på, hvad borgerne fortæller, så de kan guide og vejlede borgerne til aktiviteter i nærområdet, samvær med pårørende og lignende, hvis borgeren ønsker det.

Ledelsen har fokus på at medarbejderne trives og at medarbejderne ved i hvilken retning ledelsen ønsker at gå og hvad der i dagligdagen er acceptabelt.

Ledelsen har udarbejdet et fagligt refleksionsspil, som netop berører emner som disse.

### **Målgrupper og metoder**

Borgerne føler, at der tages højde fra den situation de er i fra hjemmeplejens side.

Medarbejdere benytter viden om personcentreret omsorg i tilgangen til borgere med kognitive udfordringer.

Relevante samarbejdspartnere inddrages f.eks. rusmiddelcenter, PPV, demenskoordinatorer, distrikpsykiatri, hyggeklubben.

Medarbejderne oplyser, at de i deres dokumentation vil beskrive, hvad der virker i tilgangen til den enkelte borger med kognitive udfordringer, misbrug eller psykisk sygdom, men i journalgennemgangen observeres det, at dette ikke altid er tilfældet.

### **Forebyggelse af magtanvendelse**

Både medarbejdere og ledelse oplever, at der ikke har været behov for magtanvendelse i lang tid. Hvis de kommer til at stå i en situation som kræver brug af magt, så er de klar over, at der er en procedure og at ledelsen skal inddrages på flere niveauer.

Der benyttes altid en pædagogisk tilgang ved borgere, der kan have svært ved at modtage hjælp.

Der er fokus på kernen mellem borger og medarbejder. Ledelse og medarbejdere oplever, at plejen altid lykkes med de faglige redskaber de har kendskab til på nuværende tidspunkt.

Tilsynsførende henleder opmærksomheden på at italesætte og introducere nye medarbejdere til personcentreret omsorg, så viden om den systematiske tilgang til borgere med kognitive udfordringer bevares og kan benyttes i faglige samtaler og sparring i relevante situationer.

### **Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand**

Borgerne er trygge ved, at personalet er opmærksomme på, hvis borgeren har en dårlig dag eller er blevet dårlig. Borgerne er trygge ved at tale med personalet om det.

Medarbejdere og ledelse har stort fokus på systematisk at opspore og registrere ændringer hos borgerne ved brug af bl.a. HUSK, triage, pallas, faglig sparring m.v.

Det fremgår af journalgennemgangen, at ændringer i borgernes situation ikke i tilstrækkelig grad bliver fulgt op af henvendelse til myndigheden, så relevante indsatser kan justeres.

### **Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere**

Der er indført mange tiltag for at sikre systematisk observation og handlinger på nedsat funktionsniveau eller forringet helbred hos borgerne, så forværring kan identificeres og forebygges.

Der nævnes bl.a. triagering med daglige møder, I sikre hænder, HUSK, faldregistreringer, inddragelse og sparring med kollegaer/tværfaglige samarbejdspartnere, inkontinensansvarlig og opmærksomhed på mundhygiejne.

Medarbejderne redegør for deres observationer og tilgang til borgere, der er i risiko for tab af funktionsevner eller forringet helbred samt hvilke tiltag de iværksætter i den forbindelse.

Det fremgår af dokumentationen, at der ikke bliver dokumenteret jf. arbejdsgangene bl.a. mangler der faldregistreringer i de 4 journaler, hvor der har været beskrivelse af fald og der mangler dokumentation af tiltag i flere tilfælde, hvor der er noteret væggtab.

### **Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold**

Der er en oplevelse af at medarbejderne er glade for at være hos hjemmeplejen syd, Stranden.

Der arbejdes løbende med rekruttering og der opleves ikke problemer med at tiltrække det ønskede personale.

Der arbejdes med fast introduktionsplan, som gradueres efter hvilken forudgående viden og erfaringer den nye medarbejder kommer med.

Der udleveres lommebog med relevante oplysninger bl.a. med systematiske faglige metoder til indsamling og videregivelse af oplysninger i relevante situationer.

Kompetenceskemaer udfyldes løbende og der sker opfølgning ved MUS.

Ledelsen oplyser, at de mangler analyser over opgaver (bevilligede indsatser), som rebskab i forhold til rekrutteringen.

### **Procedurer og dokumentation**

Hjemmeplejen syd, Stranden arbejder løbende på at forbedre dokumentations- og journaliseringspraksis.

Der er en oplevelse af, at der bliver brugt meget mere tid på dokumentation end nogensinde før. Det kræver stor viden om systemet og metoden, FS3, for at kunne dokumenterer på en måde, der sikre den råde tråd.

Det opleves, at der er mange forskellige steder, der skal dokumenteres og at det ikke altid giver mening for medarbejderne, da der bliver for mange steder dokumentationen skal søges efterfølgende.

Medarbejderne savner, at der er et mere samlet sted, hvor de kan få overblik over den dokumentation, de skal sikre på borgerne.

Medarbejdernes opgave omkring dokumentation bliver besværliggjort af, at det er svært at få overblik over systemet på mobil-appen. Det er svært at få forståelsen for de vigtige del-elementer i systemet, når der arbejdes på mobil-appen. Det handler bl.a. om relationsdannelse, opfølgning på observationer og efterfølgende tiltag, opfølgning på mål og arbejde med tilstandshjulet.

Medarbejderne oplyser, at de ikke kender arbejdsgangen "dokumentation i driften".

Medarbejderne er ikke bekendte med deres superbruger, men benyttet to ressourcepersoner i hos dem til spørgsmål om Nexus. Der er bekymring for om den nyeste viden fra superbrugergruppen går tabt, når det ikke er superbrugerne der som udgangspunkt underviser medarbejderne i dagligdagen.

Det observeres bl.a. i journalgennemgangen at nye tiltag/beslutninger på superbrugermøderne ikke er implementeret.

Superbrugeren planlægger undervisning af medarbejderne 4 gange årligt.

### **Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering**

Medarbejdere og ledelse redegør for det rehabiliterende forløb hos borgeren, hvordan de arbejder tværfagligt og med løbende opfølgninger på borgerne.

Det er tydeligt, at medarbejderne har fokus på at inddrage borgerne og motiverer borgerne til at udføre flest mulige opgaver selv og hjælpe til der, hvor borgerne har svært ved at klare sig på egen hånd.

De interviewede borgere oplyser, at de selv har været med til at sætte mål for deres forløb.

Hjemmeplejen syd, Stranden har lavet en tavle, hvor alle borgere, der er i rehab-forløb, fremgår. Der bliver arbejdet systematisk med at følge op på forløbene, både i plejen, i dokumentationen og tværfagligt.

Det opleves, at opstartsmøderne med terapeuten ofte kan ligge sent i forløbet, hvilket gør

at der mangler et led i udførelsen af rehabiliteringen.

Ved gennemgang af dokumentationen i journalerne fremgår det, at der i højere grad bør være fokus på rehabiliteringen i døgnrytmeplanerne. Det er ikke synligt, hvilke borgere der er i rehab-forløb og hvilke borgere der ikke er. Det skinner ikke igennem, hvad der arbejdes rehabiliterende med hos borgeren, eller hvilken rehabiliterende tilgang der arbejdes med, hvad der afprøves eller lignende.

Indsatsmål er oftest ikke dokumenteret og myndighedens mål for forløbet skinner ikke igennem i dokumentationen.

Der bør være mere fokus på dette, så døgnrytmeplaner og indsatsmål udfyldes ved opstart af rehabiliteringsforløbet med inspiration fra borgeren, myndighedens samlede faglige vurdering.

### **Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86**

Hjemmeplejen syd, Stranden har kun få borgere, der modtager hjælp til vedligeholdende træning.

Medarbejderne gør rede for, at indsatsen hos flere borgere benyttes til noget andet end hensigten med indsatsen f.eks. til samtale med borgerne.

Der er ikke i journalgennemgangen nogle borgere, der har vedligeholdende træning visiteret, men i en journal fremgår der et mål på vedligeholdende træning, der er formuleret som en gåtur. Men der er ingen tidshorisont eller nogen opfølgning på dette mål.

### **Overdraget sygepleje**

Medarbejderne er trygge ved at sige fra, når der er overdragede opgaver, de er usikre på, hvordan de skal udføre. Det er gode muligheder for oplæring til at udføre overdragede opgaver hos specifikke borgere.

Ledelsen fører kompetenceskemaer i forhold til udførsel af overdragede opgaver fra hjemmesygeplejen. Der gennemføres hver måned assistent-møder, hvor sygeplejen deltager. Her drøftes specifikke overdragede opgaver hos relevante borgere.

Dokumentationsmæssigt er der behov for at hjemmeplejen i højere grad sikre, at der er korrekt dokumentation, når de tager i mod og løser en overdraget opgave. Det skal fremgå tydeligt hvilken faggruppe, der løser en sygepleje-opgaver. Der ses betydelige mangler på dette område. Der ses også betydelige mangler i opdateringen af handlingsanvisninger og i relationsdannelsen mellem skemaer, indsatser og tilstande. Derudover er det ikke sikret, at der ligger udfyldte samtykkeerklæringer.

## **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, observation og 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 " 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 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.