

Tilsynsrapport Langagergård

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

Forenede Care, Langagergård Plejecenter
Karlsunde Parkvej 27-35
2690 Karlsunde

Leder

Marlene Malling

Dato

03-06-2021

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.
- Interview: 2 borgere, som har givet tilsagn om at blive interviewet, 2 medarbejdere samt sygeplejersker, teamledere og plejecenterleder.
- Observation: Plejecentrets kontorfaciliteter, interaktion mellem medarbejdere, borgers hjem, borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem, arbejdsgange i borgerens bolig.

Tilsynet er gennemført over 1 hverdag.

Tilsynspersoner

Troels og Miriam fra Myndigheds afdelingen i Center for Sundhed og Pleje

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for Langagergård:

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>Langagergårds styrke består i en stærk ledelsesstruktur, der når helt ud i den praktiske udførelse af plejen.</p> <p>Dette giver mulighed for meget tæt kendskab til den enkelte borger helt ind i ledelsen, så sparring med medarbejdere og samarbejde omkring borgerforløb er fagligt stærkt velfunderet.</p> <p>Der er en rolig og venlig atmosfære på Langagergård. Tilsynsførende oplever imødekommenhed og engagement fra både ledelse og medarbejdere.</p> <p>Den observerede morgenpleje og observationer ved triage-møde samt ved ophold i afdelingerne vidner om individuel tilrettelagt pleje, som inddrager borgerne og tager højde for borgernes særlige behov for pleje. Der er en faglig tilgang til borgernes funktionsnedsættelser og behov for hjælp, både ved at have fokus på særlige behov samt en rehabiliterende tilgang ud fra borgerens ressourcer.</p> <p>Langagergård har en bred vifte af aktivitetstilbud for borgerne, både lokalt på afdelingerne men også i Langagergård fælles café-område med tilhørende indrettet ude-område, hvor der er en lys og venlig atmosfære med mange muligheder for at blive underholdt.</p>
Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger
<p>I nedenstående gennemgang af målepunkterne fremgår det at der bør ske forbedringer på målepunkterne</p> <ul style="list-style-type: none">• Procedure og dokumentation• Vedligeholdende træning• Overdraget sygepleje. <p>Anbefalinger til de enkelte områder er indsat under kommentarer til tilsynsresultaterne. Det er i særdeleshed overdraget sygepleje, hvor der er behov for gennemgang af procedure, arbejdsgange og lovgivning. Ud fra disse tre områder bør der ske relevante implementeringer for at sikre at arbejdsgange, procedure og lovgivning efterleves</p>

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
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 få bemærkninger
Overdraget sygepleje	Godkendt med mangler

Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentarer til de enkelte tilsynstemaer

Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Borgerne oplyser, at de oplever sig medinddraget i den daglige hjælp, som de modtager fra medarbejderne. Borgerne oplever, at medarbejderne gør, hvad de kan for at støtte til god livskvalitet. Borgerne befinder sig til tider i nogle svære situationer pga. nedsatte fysisk og psykiske funktioner samt sygdom. Dette gør, at borgerne kan synes, at dele af deres dagligdag er begrænset og lidt svær at håndtere for dem. Borgerne oplyser dog, at de under de givne omstændigheder er glade for at bo på Langagergård.

Medarbejdere og ledelse er meget opmærksomme på at tilrettelægge hjælpen til borgeren, så den tager udgangspunkt i borgerens særlige situation. Det bliver tilstræbt, at der er få og kendte medarbejdere hos borgerne, så kendskabet til borgeren er så stort som muligt.

Der har på en afdeling på Langagergård i starten af 2021 været stor udskiftning i personalet, men personalsituationen er nu stabil igen. Borgerne har bemærket, at det i en periode var mange forskellige medarbejdere, der kom hos dem.

Alle borgere har en kontaktperson.

Pleje af borgere ved livets afslutning

Borgerne oplyser, at de har stor tillid til medarbejderne og at de ikke har emner, som de ikke oplever, de kan tale med medarbejderne om.

Medarbejdere og ledelse er allerede fra indflytningstidspunkt opmærksomme på at tale med borgerne om, hvilke ønsker de har for den sidste tid, sådan at borgerne får mulighed for at give udtryk for deres ønsker og er klar over, at medarbejderne er opmærksomme på dette.

Både medarbejdere og ledelse er opmærksomme på den pleje der ydes i den sidste tid, skal være med fokus på både den fysiske og den mentale del. der redegøres for relevante observationer og tiltag samt samarbejde med relevante parter.

Der dokumenteres i henhold til arbejdsgangene.

Trivsel og relationer

Borgerne oplever, at der bliver taget godt hånd om dem på Langagergård.

Der bliver årligt udført trivselsmålinger både blandt beboere og pårørende. Der er fokus på faglige metoder som Personcentreret omsorg og der benyttes VISO forløb, der hvor der er store udfordringer med trivslen og relationen til andre mennesker.

Medarbejdere og ledelse redegøre for de værdier, som er styrende for samarbejdet med og tilgangen til borgeren. Det vurderes at tilsynsførende at være relevante og vigtige værdier.

Aftaler omkring samarbejdet med pårørende/netværk er relevant dokumenteret.

Målgrupper og metoder

Tilgangen til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug er respektfuld og indfølelse. Der anvendes person centreret omsorg som faglig metode.

I dokumentationen bliver det observeret, at der hos enkelte borgere kan være bedre anvisning af hvordan et beskrevet misbrug skal håndteres af medarbejderne, sådan at tilgangen til borgeren er tydelig og ensartet. I enkelte journaler er det blot konstateret, at der er et misbrug.

Generelt er døgnrytmeplanerne i forhold til borgerne herunder også særlige målgrupper udførligt og relevant dokumenteret.

Forebyggelse af magtanvendelse

Medarbejdere og ledelse redegør relevant for situationer, hvor behov for magtanvendelse kan opstå samt hvordan det bliver forebygget. Der bliver redegjort for procedure og tiltag, hvis magtanvendelse bliver en nødvendighed og for de etiske dilemmaer, som man står i overfor borgeren.

Medarbejderne redegør for den nødvendige og lovpligtige dokumentation.

Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand

Borgerne oplever at medarbejderne er opmærksomme på dem og kender deres særlige situation. Det gør, at borgerne oplever, at medarbejderne observerer og spørger ind til dem, når de har det skidt eller der sker ændringer i deres situation. Selv mindre ændringer lægger medarbejderne mærke til, når de kender borgerne godt.

Medarbejderne redegør for relevante faglige metoder til opsporing af sygdom og andre ændringer i borgernes funktionsevner.

Tilsynsførende deltager i triage-møde, hvor foregår faglig sparring med relevante faglige betragtninger omkring borgerne. Relevante tiltag bliver besluttet på mødet og iværksat på mødet eller i umiddelbar forlængelse af mødet.

Dokumentationen er overordnet set relevant og tidstro. Der er i få tilfælde uaktuelle oplysninger, der fortsat er aktive.

I få tilfælde bliver det observeret, at der ikke er dokumenteret opfølgning på dokumenterede problematikker.

I forhold til helbredstilstande henvises til tilsynsystemet, overdraget sygepleje.

Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Borgerne er trygge ved, at medarbejderne hjælper med, at funktionstab og forringet helbred bliver forebygget med tiltag der er relevante hos den enkelte borger.

Medarbejder og ledelse inddrager relevante samarbejdspartnere.

Der er generelt relevant dokumentation af tiltag med fokus på forebyggelse hos borgerne.

Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold

På Langagergård benytter ledelsen Greve kommunes kompetenceskemaer.

Kompetenceskemaerne bliver ført ajour løbende, når relevante kompetencer bliver opnået. Der sker derudover årlige opfølgninger mellem leder og medarbejder.

Der er dagligt fokus på, om tilstedeværende kompetencer og opgaver svarer til hinanden, alternativt bliver relevante parter inddraget med henblik på opgavevaretagelse og oplæring.

Procedurer og dokumentation

Oplæring til procedurer og dokumentation foregår hovedsageligt som sidemandsoplæring.

Informationer om nye procedure og arbejdsgange sker på møder, hvor efter teamlederen for hver enkelt afdeling har ansvar for at formidle viden til sine medarbejdere. Denne organisering fungerer godt. Dette afspejler sig bl.a. i implementering af nye tiltag omkring dokumentationen, dog vær opmærksom på forhold beskrevet under tilsynsteamet, overdraget sygepleje.

Der er god forståelse for dokumentationen i omkring plejen og oplysninger om borgernes særlige forhold.

Tilsynsførende henleder dog alligevel opmærksomheden på at målinger også skal relateres til relevante indsatser eller tilstande. Derudover bliver det ved journalgennemgang observeret, at der er nogle tilfælde mangler dokumentation af livshistorie samt opfølgning på observerede problematikker hos borgere.

Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering

På Langagergård er det tydeligt, at der er veludviklet aktivitetsprogram henover ugen. Det fremgår også ved samtale med borgerne, at de kender til aktiviteterne og som udgangspunkt gerne vil deltage, hvis deres situation tillader det.

Medarbejderne har god fokus på at motiverer borgerne til at deltage hvis en borger har behov for dette.

Medarbejderne har et godt blik for hvor borgeren kan være den aktive part i dagligdagen og borgeren opmuntres til at tage del i dagligdagen i den udstrækning borgeren kan. Tilsynsførende oplever, at samarbejdet mellem borgere og medarbejdere fungerer godt, indlevende og respektfuldt.

Det fremgår tydeligt i dokumentationen, at tilgangen til hjælpen til borgeren er med en rehabiliterende tilgang.

Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

På Langagergård arbejder medarbejderne med tiltag der kan vedligeholde borgernes fysiske og mentale funktioner. Borgerne kan redegøre for hvilke funktioner, der er fokus på at vedligeholde.

Det bliver observeret, at dokumentationen af indsatsmålene i forhold til den vedligeholdende træning kan dokumenteres mere målrettet f.eks. ved brug af SMARTe mål (alle borgerne har vedligeholdende træning som en del af den daglig hjælp).

Derudover mangler der hos nogle borgere anvisning af, hvordan den vedligeholdende træning udmøntes f.eks. ved at det bliver beskrevet i døgnrytmeplanen eller i en handlingsanvisning for sig selv, hvis det for den enkelte borger er mere relevant.

Tilsynsførende anbefaler, at der arbejdes med målsætning og tydelighed omkring levering af vedligeholdende træning til borgerne.

Overdraget sygepleje

Medarbejdere og ledelse redegør relevant for, hvordan de sikre, at relevante kompetencer er tilstede, når der løses overdragede sundhedslovsindsatser.

Ved gennemgang af journalen er det dog ikke til at se hvilke indsatser, der er overdragede og hvilke indsatser, der varetages af sygeplejerskerne på Langagergård. Når der alene ses på dokumentationen er der tvivl om sygeplejerskerne løser selvstændige indsatser på Langagergård eller om alle indsatser er overdraget.

Med det stigende antal komplekse borgerforløb pga. tidlige udskrivelser, multisyge borgere, komplekse forløb m.v. er det uklart om sygeplejerskernes kompetence bliver anvendt i relevante borgerforløb. Det fremgår ikke af dokumentationen. Ved analyse af hvor mange sundhedslovsindsatser, der er registreret til at blive løst af centersygeplejerskerne fremkommer der fire indsatser på fire forskellige borgere.

Det fremgår ikke på en struktureret måde, at der sker opfølgning på overdragede Sundhedslovsindsatser regelmæssigt og relevant i forhold til opgavens art.

De tolv sygeplejefaglige problemområder (udmøntet i helbredstilstande jævnfør FSIII) udfyldes ikke jævnfør arbejdsgangen eller lovmæssige bestemmelser. I den lovmæssige bestemmelse fremgår det, at der skal foregå dokumentation og efterfølgende kontinuerlig opfølgning på de tolv sygeplejefaglige problemområder med angivelse af om det er et aktivt, et potentielt eller ikke er et problem hos borgeren.

I Greve kommune er proceduren, at opfølgning skal udføres af en sygeplejerske minimum hver 24. uge sammen med opfølgning på overdragede indsatser.

Det fremgår af dokumentationen, at der er meget få Sundhedslovsindsatser registreret til at blive løst om aftenen, selv i afdelinger hvor der er meget syge borgere med komplekse forløb.

I en borgerjournal, hvor borger er afgået ved døden, er Sundhedslovsindsatserne ikke lukket 10 dage efter borger er død.

På en anden borger er der sat en anden leverandør på en sundhedslovsindsats end den afdeling hvor borgeren bor.

Ved mere end to journalgennemgange fremgår det, at der sættes visiteret tid på nogle sundhedslovsindsatser. Dette er jf. arbejdsgangen for visitering af sundhedslovsindsatser på plejecentrene ikke korrekt, idet tiden til sundhedslovsindsatser ligger i sygeplejepakken.

Det fremgår af én journalgennemgang, at der er sat en anden leverandør på en sundhedslovsindsats end den afdeling, hvor borgeren bor. Der er bekymring for om borgeren modtager den indsats, som borgeren har behov for, når indsatsen er sat til levering fra en anden afdeling.

Tilsynsførende anbefaler:

- At der implementeres arbejdsgang for dokumentationen, så det tydeligt fremgår om en Sundhedslovs indsats er overdraget. Fra sygeplejersken til anden medhjælp.
- At der implementeres nødvendige arbejdsgange for at sikre at dokumentation af de tolv sygeplejefaglige sker relevant jævnfør lovmæssige bestemmelser og Greve kommunes procedure.

- At der implementeres en ensartet og struktureret tilgang til at dokumentere og planlægge opfølgninger på overdragede indsatser.
- At de sundhedslovsindsatser, som udføres på Langagergård generelt bliver gennemgået, så det sikres at Greve kommunes indsatskatalog for sundhedslovsindsatser bliver fulgt og relevante indsatser fremgår i borgerens dokumentationen og planlægningen af borgerens dag, således at der ikke er tvivl om at borgeren modtager relevante sundhedslovsindsatser både i dag-, aften- og nattevagten.
- At der er struktureret tilgang til at lukke sundhedslovsindsatser, når en borger afgår ved døden.

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 " 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.