

# **Tilsynsrapport**

## **Hjemmeplejen Vest, Tune**

**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 Vest, Tune  
Skolegade 9  
4030 Tune

## Leder

Lene Tellstrøm

## Dato og tidspunkt for tilsynet

29. september 2020

## Tilsynstype

Uanmeldt ordinært tilsyn

## Datagrundlagt og metodik

Tilsynet omfatter borgere med forskellige behov, Hjemmeplejen Vest, Tune har til tilsynsdagen 255 borgere, der har Hjemmeplejen Vest, Tune, som leverandør.

Data er indsamlet via:

- Dokumentation via omsorgssystemet Nexus, procedurer, arbejdsgange, handleplaner for kvalitetsforbedringer samt kompetenceskemaer og plejeenhedens egen kvalitetsvurdering samt eventuelle handleplaner.

Der er foretaget journalaudit på 6 % af borgernes journaler før tilsynsdagen.

- Interview: 2 borgere, som alle har givet tilsagn om at blive interviewet, 2 medarbejdere, samt stedfortræder for områdeleder

- Observation: Plejeenhedens tavlemøde om morgenen, borgers hjem, borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem, arbejdsgange i hjemmet.

Tilsynet er gennemført over 1 hverdag.

## Tilsynspersoner

1

Miriam Ekström

2

Lise Lebech Herborg

# Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for Hjemmeplejen Vest, Tune:

## Godkendt med mangler

### 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

Der er god organisatorisk struktur på morgenmøderne både, når man som medarbejder møder kl. 7 og kl. 7.30. Medarbejderne er trygge ved at byde ind med oplysninger om borgerne i relation til tavlemødet.

I forhold til tilsynet sidste år oplyser medarbejderne, at der er blevet bedre tid til dokumentation og dagligdagen er knap så presset, så de oplevede sidste år.

Borgerne er glade for personalet og oplever god kontakt og respektfuld dialog. Borgerne er tilfredse med den hjælp, de modtager.

Der opleves god stemning blandt personalet på tilsynsdagen.

Medarbejderne er helt klar over de nye procedurer for brug af værnemidler og bruger dem i henhold til proceduren for værnemidler hos borgeren.

Medarbejderne har fået mulighed for at benytte lokaler ved siden af til frokost m.v. for at kunne sikre pladskrav i forbindelse med corona-restriktioner.

## Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger

Der er behov for, at medarbejderne oplæres i, hvornår der skal tages kontakt til myndigheden for at få lukkes indsatser. Det anbefales, at der ryddes op i borgernes indsatser, så indsatser svarende til opgaver borgeren selv kan udføre afsluttes.

Der er behov for, at der i højere grad er fokus på personcentreret omsorg, hvis der i Greve kommune er ønske om at denne faglige metode forbliver bevidst i medarbejdernes tilgang til borgerne og at faglige begreber benyttes i sparring omkring borgerne samt i dokumentationen.

Det anbefales at det er tydeligt, hvad der forventes af en kontaktperson eventuelt at der udarbejdes en funktionsbeskrivelse. Det er uklart for den enkelte medarbejder hvad der præcis forventes, når man er kontakt person hos en borger, både i forhold til dokumentationen samt i forhold til involvering i forløbet hos borgeren/sikring af den røde tråd i tilrettelæggelsen af hjælpen og opfølgning på denne.

Det anbefales at medarbejdere og ledelse øger kendskab til vedligeholdende træning både via lovgivning, men også via kvalitetstandarden for Greve kommune.

Det anbefales, at der er fokus på at rydde op i dokumentationen i henhold til de aktuelle arbejdsgange.

Det anbefales, at der er langt større fokus på superbrugerrollen samt deltagelse af i møder i superbrugergruppen. Det anbefales, at superbruger systematisk giver tilbagemelding fra superbrugermøder og jævnligt underviser medarbejderne, så forståelse for og kendskab til systemet øges.

Det anbefales, at superbrugere tager ejerskab på arbejdsgangen dokumentation i driften i samarbejde med superbrugergruppe samt sikre kendskab til og implementering af denne arbejdsgang hos medarbejderne.

Det anbefales i tråd med dette, at medarbejderne får langt mere sikkerhed i dokumentationsmetoden og det fællesskab, der er omkring dokumentationen samt for forståelse for hvordan den råde tråd sikres i EOJ.

Det anbefales at der er fokus på implementering af aftale-skemaet i Nexus.

Det anbefales at der kommer mere fokus på dokumentation overdragede indsatser fra sygeplejen. På den ene side så overdragede opgaver ikke overtages før sygeplejen har sikret korrekt dokumentation. På den anden side så der sikres opfølgning på og afslutning af overdragede indsatser

Det observeres, at medarbejderne opholder sig tæt i kontorfaciliteterne og det er svært at overholde krav om antal personer på kontoret. Der observeres desuden at der er utrolig mange ting, sedler, kasser osv. på gulvene og på væggene på kontorerne.

# 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 med mangler
Målgrupper og metoder	Godkendt med mangler
Forebyggelse af magtanvendelse	Godkendt med få bemærkninger
Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand	Godkendt med få bemærkninger
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 med mangler
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**

Hos borgerne opleves en god og tryk kontakt og kommunikation mellem personale og borger. Borgerne oplever, at de bliver medinddraget i hvordan hjælpen tilrettelægges bedst muligt og oplever kontakten meget fleksibel, imødekommende og tilgængelig. En borger oplever, at det svinger meget om hun får hjælp kl. 8 eller kl. 10. Borgeren ønsker også hjælp senere om aftenen end kl. 20.

Ledelsen oplyser, at det bør kunne lade sig gøre at tilrettelægge hjælpen, så den tager udgangspunkt i borgeren selvbestemmelse.

Ledelsen redegør for, at de ved at se på borgerens ressourcer og lade borgeren formulere mål og ønsker, fremmer den enkeltes selvbestemmelse og livskvalitet. Medarbejderne oplyser, at de læser op på nye borgere og borgere de ikke kender så godt for at sætte sig godt ind i hvordan de hjælper borgeren bedst muligt ved første besøg.

Dokumentation fra myndigheden vedrørende nye afgørelser f.eks. ved udskrivelser eller nye vurderinger af borgerens behov for hjælp, går gennem planlæggerne til medarbejderne, der skal hjælpe borgeren. Der er behov for fokus på om vigtige informationer eller den røde tråd kan gå tabt ved den måde at håndtere overlevering af oplysninger på.

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

Borgerne oplyser, at de har tillid til at kunne tale med personalet omkring den sidste tid, men dette har ikke været relevant for de borgere, der indgår i interviuet.

Ledelsen oplyser, at de ikke har en fast arbejdsgang for at sikre samtaler med borgeren om ønsker til livets afslutning, men at de oplever, at de har samtalerne ad hoc, når situationen byder det.

Ledelsen oplever ikke, at medarbejderne er den primære til at tage samtalerne med borgerne, men i stedet for at det er deres opgave at støtte borgerne i at tage samtalerne med deres pårørende.

I den sidste tid ved livets afslutning tilrettelægges hjælpen, så det er de faste medarbejdere, der er omkring borgeren sammen med sygeplejerskerne.

Medarbejderne redegør for, hvordan de udfører god og kærlig pleje i den sidste tid, samt inddrager pårørende.

Medarbejderne kan ikke vise, hvor i Nexus man skal dokumentere ønsker og aftaler ift. livets afslutning og de kender ikke arbejdsgangen "dokumentation i driften", hvilket anbefales af de tilsynsførende, at de får kendskab til.

## **Trivsel og relationer**



Borgerne oplyser, at er tilfredse med den hjælp, de modtager, samt tilfredse med tilgængeligheden ved behov for kontakt til kontoret.

Ledelsen redegør for, at de har fokus på borgerens trivsel og selvbestemmelsesret, ved netop at tilrettelægge hjælpen ud fra borgernes ønsker. De inddrager pårørende i det omfang borgeren ønsker det, hjælper gerne til med at ringe op og holde kontakten til en pårørende, hvis det gavner borgeren og borgeren ønsker dette.

Ledelsen støtter borgeren i at de får inddraget deres pårørende i de svære ting, eller i at række ud efter kontakten, som eksempelvis en fast telefon aftale med en pårørende.

Medarbejderne redegør for, at de inddrager borgeren og tager udgangspunkt i borgerens ønsker ved at tale med borgerne om deres ønsker for aktivitet, samt ved at opbygge en relation til borgeren for derigennem at kunne tilrettelægge deres adfærd, så det gavner bedst muligt hos den enkelte borger.

Det ses ved gennemgang af dokumentationen at skemaet Aftaler ikke er taget i brug i relevante situationer. Her vil en del af dokumentationen omkring de pårørende skulle dokumenteres.

### **Målgrupper og metoder**

Borgerne er tilfredse med den tilgang personalet har til dem og borgerens særlige behov.

Medarbejderne benytter sig af dokumentationen, når de dels skal synliggøre, hvilken tilgang den enkelte borger har behov for, men også når medarbejderen kommer hos en borger, de ikke kender så godt.

Der benyttes en del tavs viden og dermed er brugen af faglige begreber ikke i centrum, når borgernes problemstillinger drøftes f.eks. benyttes den personcentreret omsorg mest som tavs viden.

Ved borgere med særlige problemstillinger inden for kognitive funktionsevner, misbrug og psykisk sygdom benyttes ofte de samme medarbejdere til at hjælpe borgeren. Der tages højde for, at der er god kemi mellem borger og medarbejder, så hjælpen til plejen lykkes første gang de fleste gange.

### **Forebyggelse af magtanvendelse**

I hjemmeplejen Vest, Tune er der ikke udfordringer med situationer, som fordrer brug af magt. Medarbejdere og ledelse redegør for, hvornår der er tale om brug af magt over for en borger.

Der er vished om inddragelse af tværfaglige samarbejdspartnere og brug af procedure, hvis behov for magtanvendelse skulle opstå.

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

Borgerne er trygge ved, at personalet ser og lytter til dem, hvis de har en dårlig dag eller føler sig utilpasse.

Der er daglige tavlemøder med brug af triage, hvor borgere der er røde og gule drøftes. Det opleves doge at niveau for drøftelserne er på et medium fagligt niveau.

Der benyttes TOBS, triage, braden fast i dagligdagen. Faldregistreringer benyttes ved alle faldepisoder. Personcentret omsorg og ernæringscreening herunder vejning benyttes i mindre grad. Der er fokus på god mundhygiejne, men ikke med en struktureret tilgang.

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

Borgerne oplever, at der er fokus på forebyggelse af tab af funktionsevne. Der opleves til en vis grad tryghed og tillid til at tale med personalet om funktionstab, men en borger oplyser problemer med inkontinens, som personalet ikke er klar over.

Der arbejdes generelt med en rehabiliterende tilgang, så borgerne udfører dagligdags opgaver i den udstrækning de kan selv. Der er en god dialog om dette mellem personale og borger ved tilsynsbesøget.

Der foretages løbende dokumentation af observationer, der foretages hos borgeren i relation til borgerens helbred, så der bliver planlagt relevante tiltag og opfølgning.

Der mangler en rød tråd i dokumentationen og det bør der arbejdes mere med, så det er tydeligt hvilke tiltag og resultater, der er efterfulgt af en helbredforringelse hos borgeren. Lige pt skal man lede efter den røde tråd.

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

Ledelsen har løbende fokus på at sikre, at personalesammensætningen passer til opgaverne art og at der er de rette kompetencer til stede til at løse opgaverne. Der rekrutteres et stigende antal social- og sundhedsassistenter, da opgaverne i stigende grad kræver det pågældende faglige niveau.

Der er fast introduktionsprogram, hvor der er fokus på, at nye medarbejdere bliver introduceret til arbejdet og EOJ. Der er indgår en stor del sidemandsoplæring og selve introduktionsplanen formes efter de kvalifikationer medarbejderen har med sig.

I introduktionsplanen indgår ikke oplæring til personcentret omsorg og det fornemmes at fokus på dette er gledet i baggrunden, da der er mere fokus på at implementere dokumentationsmetoden i EOJ.

Medarbejderne er trygge ved at udtrykke, når der er opgaver, de ikke har kompetence til at udføre. Der er god mulighed for oplæring og der bliver ført kompetenceskemaer.

### **Procedurer og dokumentation**

Flere medarbejdere både ved interview af medarbejdere og ved observation på morgenmødet udtryk for, at de er utrygge ved at dokumentere og der er behov for hjælp i flere sammenhænge.

Der er fokus på at medarbejderne får tid til dokumentation og der er mulighed for sidemandsoplæring.

Der opleves en klar forbedring i forståelse for hvad der skal dokumenteres hvor i EOJ, men det er sporadisk om arbejdsgangen for dokumentation i driften overholdes. Det viser sig at flere medarbejdere ikke kender arbejdsgangen dokumentation i driften. Denne arbejdsgang beskriver alle de nødvendige elementer og steder hvor en hjemmeplejeleverandør skal dokumentere.

Ledelsen informerer om, at deres superbrugere ikke har de fornødne kompetencer til at undervise i FS3 og brugen af Nexus i tilstrækkelig grad. Det fremgår, at deltagelse i og tilbagemeldinger fra superbrugermøderne til medarbejderne er utilstrækkelige bl.a. fordi der er en del basal viden om systemet og arbejdsgange i relation til systemet, som der ikke er kendskab til.

På tilsynsbesøget hos én borger observeres det, at der var flere bestilte indsatser, der ikke blev leveret og medarbejderen var ikke klar over, hvordan der skulle gøres opmærksom på dette over for myndigheden. Borgeren oplyser, at hun igennem længere tid selv har kunnet varetage flere af opgaverne, som der fortsat er visiteret hjælp til.

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

Rehabilitering bliver hovedsageligt varetaget af tre rehabiliteringskoordinatorer i samarbejde med en rehabiliteringssterapeut, som er tilstede ca. én gang ugentligt på tilsynsstedet. Øvrige medarbejdere er opmærksomme på, at der skal dokumenteres minimum én gang ugentlig på borgere, der er i et rehab-forløb.

Ledelsen oplyser, at der arbejdes efter rehabiliterende indsatsmål. Disse mål tager dog ikke udgangspunkt i myndighedens overordnede mål for det visiterede forløb.

Der ses, at der mangler rehab-indsatsmål hos flere borgere, der har været i rehab-forløb over 1½ måned.

Der mangler ligeledes handlingsanvisninger af, hvordan rehab-indsatserne skal udmøntes hos den enkelte borger samt hvordan den enkelte borger skal inddrages i rehabiliteringen, sådan at de næste medarbejdere, der kommer hos borgeren har samme tilgang og træner det samme, så borgeren oplever kontinuitet i forløbet.

Der mangler desuden opfølgning på mange rehab-indsatser og rehab-forløbet, så det er tydeligt, hvad der er afprøvet i dagligdagen, hvad det virker/ikke virker osv.

Der er mellem ledelse og medarbejders opfattelse tvivl om, hvem der har ansvaret for dokumentationen hos en borger, så den røde tråd sikres og uaktuel dokumentation lukkes. Medarbejdernes tvivl går mest på, at de ikke er klar over, hvordan nogle elementer i systemet fungerer og dermed ikke er klar over deres opgave.

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

Det er i ledelsen og hos medarbejdere uklare om, hvad vedligeholdende træning indebærer, da indsatsen for et par år siden er lavet om fra blot at være en gåtur til at være en mere målrettet indsats, så den svarer mere til lovtæksten omkring indsatsen. Ledelsen oplever, at det kræver flere oplysninger til myndighed omkring hensigten med indsatsen, når der søges om vedligeholdende træning hos en borger.

### **Overdraget sygepleje**

Ledelsen har løbende fokus på, at medarbejderne har de rette kompetencer til at løse overdragede opgaver fra sygeplejen.

Medarbejderne er trygge ved at sige til og fra og der er god mulighed for oplæring til nye opgaver hos borgerne. Det er sygeplejerskerne der står for oplæringen.

Generelt er der udfordringer med dokumentationen. Der mangler relationer mellem skemaer, tilstande og indsatser.

I handlingsanvisninger er det ikke tydeligt, hvilken faggruppe i hjemmeplejen overdragede indsatser skal løses af. I nogle anvisninger er der ikke taget stilling til, hvilken faggruppe (sygeplejerske, SSA eller/og SSH), der skal løse opgaven.

Nogle handlingsanvisninger er ikke udfyldt af en sygeplejerske fra starten jf. arbejdsgangen.

I flere tilfælde er der ikke dokumenteret opfølgning på observationer eller tiltag i relation til overdragede indsatser.

# 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, Delvis 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.

