

**Tilsynsrapport
Strandcentret
Plejecenter
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 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

Leverandørens navn og adresse

Strandcentret Plejecenter
Frydenhøj Alle 100,
2670 Greve

Leder

Maj-Britt Vendelbo Toft

Dato og tidspunkt for tilsynet

11. september 2020

Tilsynstype

Uanmeldt ordinært tilsyn

Datagrundlagt og metodik

Tilsynet omfatter borgere med forskellige behov,

Data er indsamlet via:

- Dokumentation via omsorgssystemet Nexus, procedurer, 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 medarbejdere (hjælpere), samt 2 gruppeledere.
- Observation: Borgers hjem, borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem, arbejdsgange i hjemmet samt observationer på plejecentret generelt.

Tilsynet er gennemført over 1 hverdag.

Der er 92 beboere på Strandcentret på tilsynsdagen.

Tilsynspersoner

1

Miriam Ekström

2

Lise Lebech Herborg

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for Strandcentret Plejecenter:

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

Tilsynsførende oplevede en god velkomst.

Medarbejderne var opmærksomme på at procedure for værnemidler og hygiejne blev overholdt. Mundbind, visirer samt håndsprit blev udleveret.

Borgernes boliger fremstod rengjorte og ryddelige efter borgernes egne ønsker. Borgerne udtrykker stor tilfredshed med at bo på hhv. Strandcentret og i Grønlykkeparken.

Medarbejderne løser overdragede sygepleje indsatser, som procedurerne foreskriver, og er klar over deres kompetenceområde.

Medarbejderne udtrykker glæde ved at arbejde på Strandcentret og for de muligheder, der er for kompetenceudvikling.

Strandcentret har i august måned haft smittede med covid-19. Medarbejdere oplever, at ledelse har håndteret situationen trygt og godt.

Ledelsen har oplevet godt internt samarbejde i forbindelse med covid-19 på Strandcentret. De har oplevet at modtage relevant og tidsret information fra den øverste ledelse samt fra Sundhedsmyndighederne.

Der er en oplevelse af en stærk og sammenhængende ledergruppe, der arbejder i samme retning og kender fokus-områderne for udviklingen af Strandcentret, både fagligt, organisatorisk og personalemæssigt.

Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger

De tilsynsførende oplever en forbedring af dokumentationen i forhold til tilsynet i 2019. Der er fortsat plads til forbedringer i forhold til at følge FS3-metoden samt arbejdsgangene for dokumentation. Det handler specielt om, at relevant dokumentation er aktivt i journalen og at uaktuel dokumentation afsluttes. Der er nogle systemmæssige problemer med dette, som relevante samarbejdspartnere er gjort opmærksom på.

Det anbefales, at der fortsat arbejdes med relationer mellem skemaer i Nexus, indsatsmål, opdateringer af handlingsanvisninger bl.a. på overdraget sygepleje og opfølgning på .Observationer.

En borger nævner, at der i Grønlykkeparken ikke har været mulighed for at få nødkald tidligere. Det er ikke en beslutning ledelsen på Grønlykkeparken har haft indflydelse på. Men der er for kort tid siden besluttet, at alle beboere på plejecentre i Greve skal have tilbudt nødkald og dette er nu i gang med at blive effektueret. Borgerne er orienteret og glad for denne mulighed.

Borgere, medarbejdere og ledelse giver udtryk for, at der er mange udfordringer med tøjvaskeordningen. Der er oplevelser med opkrævninger for tilkøb, der er for høje, ødelagt tøj, tøj der leveres forkert, tøj der kryber, kundeservice der ikke er lydhøre, der går lang tid før tøjet returneres selvom der er afhentning hver uge (Ind imellem opleves det, at der kan gå 2-3 uger før tøjet leveres tilbage til borgeren), en ordning der ikke inkluderer vask af tøj, der ikke kan tåle andet end 60 grader. Information omkring tøjvaskeordning tages med i det særskilte tilsyn for leverandør af tøjvaskeordning på plejecentrene.

Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

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

Lov om social service - Tilsystema	
Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet	Godkendt
Pleje af borgere ved livets afslutning	Godkendt
Trivsel og relationer	Godkendt
Målgrupper og metoder	Godkendt med få bemærkninger
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 få bemærkninger
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 oplever at have indflydelse på den hjælp de modtager, samt at blive medinddraget og have indflydelse, eksempelvis indflydelse på hvem de ønsker som kontaktperson. Dette er af stor værdi for borger.

Pleje af borgere ved livets afslutning

Borgerne oplever at kunne tale med enten deres pårørende eller medarbejderne om de svære tanker. Medarbejderne oplyser, at de har særlig fokus på, at den sidste tid bliver så rolig og med så kærlig pleje som mulig. De nævner blandt andet at de har særligt fokus på mundhygiejne, der planlægges flere tilsyn hos borgeren og samarbejdet med sygeplejersken intensiveres. De pårørende bliver inddraget så meget som borgeren og de pårørende ønsker. Medarbejderne er opmærksomme på at pårørende føler sig velkomne og hjulpet i den svære tid.

Under interview med ledelsen oplyses, at de 4 centersygeplejersker, samt basis sygeplejersken, har et godt samarbejde med de ansvarshavende assistenter samt udesygeplejerskerne, som tilkaldes ved behov i aften og nattetimerne. Derudover har de et godt og tillidsfuldt samarbejde med den tilknyttede praktiserende læge, som er med til at sikre en værdig død. Den tilknyttede læge kommer hver tirsdag og kender personalet og borgerne hvilket gør, at de oplever et stærkt samarbejde omkring borgeren.

Ledelsen oplyser, at det ofte er under indflytningssamtalen eller under opfølgningssamtalen, med de pårørende og borger, at snakken om ønsker til livets afslutning opstartes. Her drøftes også spørgsmål til testamenter og plejetestamenter.

Ledelsen redegør for, at de følger arbejdsgangen for dokumentation af borgerens ønsker til den sidste tid. Ledelsen oplyser, at de har et fint samarbejde med præsterne i Hundige.

Trivsel og relationer

Borgerne oplyser, at de let kan komme i kontakt med personalet, men hos en borger i Grønlykkeparken er der dog et stort ønske om nødkald. Borgeren har været meget ked af og utryk ved ikke at kunne få nødkald efter hun flyttede ind i Grønlykkeparken.

Borgerne oplever, at personalet er behjælpelige, hvis de ønsker pårørende inddraget.

Ledelsen oplyser, at de altid, når borgeren ønsker det, har pårørende med til indflytningssamtalen. De er opmærksomme på, at de pårørende oftest kender borger bedst og gerne vil samarbejde.

Der er fokus på, at de pårørende føler sig velkomne.

Grundet situationen lige nu med Covid-19 skal pårørende aftale, hvornår de kommer. De pårørende bliver registreret ift. smittesporing, og så gå direkte ind til borgers bolig og bliver der. Strandcentret og Grønlykkeparken har sendt nyhedsbreve og orienteringsbreve ud ift. corona, så de pårørende kunne følge med i, hvad der sker omkring beboerne. Der er desuden gjort brug af diverse on-line muligheder for kontakt mellem beboere og pårørende.

Lederne oplyser, at de pårørende inddrages bl.a. gennem plejecenterrådet. Her er både borgere og pårørende med. Sidst var der kampvalg blandt beboerne, og der er god tilslutning fra de pårørendes side. Udover det inviteres alle pårørende til mad og hygge to gange årligt.

Medarbejderne fortæller, at de blandt andet inddrager borgerne omkring madlavning, tager på ture til centret, arrangementer med pårørende, når man må det i forhold til smittefare. Aktiviteter understøttes ved, at de bruger haven meget. Der arrangeres oplæsning, musik, dans og banko.

Under covid-19 har de pårørende til beboere i Grønlykkeparken haft mulighed for at være på den anden side af hækken/hegnet, til haven så beboere og pårørende har kunnet tale sammen og se hinanden. De pårørende har savnet at komme ind i borgernes bolig.
Under

Der er opsat besøgstelte både på Strandcentret og i Grønlykkeparken.

Målgrupper og metoder

Ved interview oplyser en borger, at der ikke gøres noget særligt for den enkelte, men at alle bliver behandlet godt. En anden svarer, at hun oplever, at personalet er opmærksomme på at inddrage hende, så hun ikke oplever ensomhed. Hun oplever at den særlige indretning med kontor og dagligstue i samme rum gør, at personalet er tilgængeligt i stor grad, hvilket påskønnes meget.

Borgerne oplever stor fleksibilitet i tilrettelæggelsen af plejen, så den udføres ud fra den enkelte borgers behov f.eks. kan de stå op, modtage pleje, indtage måltider, som det passer ind i borgerens rytme. Der er mulighed for stor fleksibilitet.

Ledelsen redegør for, at de benytter faglige metoder og arbejdsgange for at tilrettelægge plejen hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser. Der bliver arbejdet med Personcentreret omsorg. Der er en oplevelse af, at det har været givtigt, fordi de alle har deltaget i samme undervisning. Der bliver fortsat arbejdet med eksekvering af personcentret omsorg i Grønlykkeparken og på Strandcentret.

Strandcentret har et godt samarbejde med misbrugscenteret, hvor det er relevant.

Medarbejderne oplyser, at de søger oplysninger om procedure og arbejdsgange på Vores Greve og via VAR-portalen om f.eks. værnemidler i deres daglige arbejde.

Gruppelederen informerer om det nye tiltag i relation til målgrupper og metoder ved tavlemøderne.

Forebyggelse af magtanvendelse

Ledelsen redegør for at de bruger personcentreret omsorg til forebyggelse af magtanvendelse. De har lavet risikotavler med et punkt, der hedder Nærværelse som de bruger til fælles refleksion og sparring.

Der er aktivt tværfagligt samarbejde med demenskoordinatorerne og distriktspsykiatrien.

VISO forløb søges ved behov i forhold til at forebygge magtanvendelse hos borgerne. Der bliver talt meget om, hvad der virker i tilgangen til borgeren. Der prioriteres fast personale hos de borgere, der kræver en særlig relation.

Medarbejderne redegør for, at de er opmærksomme på begrebet magtanvendelse, og bevidste om hvornår det kan komme i spil f.eks. når borger ikke vil acceptere personlig pleje og der er risiko for sygdom pga. dårlig hygiejne samt eventuelt dårligt forhold til andre beboere.

Medarbejderne er klar over, hvad der skal tales igennem inden magtanvendelse, kravet om dokumentation samt de juridiske rammer. Det er ikke noget medarbejderne står med selv, og de har kun meget sjældent anvendt magt. Ledelsen inddrages altid i disse situationer.

Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand

Borgerne oplever, at personalet er opmærksomme på ændringer i borgers tilstande.

Borgerne oplever i særlig grad, at den faste kontaktperson hurtigt identificere, når borgeren har det mindre godt, eller når der under plejen sker i ændringer som eksempelvis svimmelhed eller andet.

Ledelsen redegør for, at de arbejder systematisk med opsporing og opfølgning på ændringer i borgerens fysiske og psykiske situation ved daglig brug af redskaberne; Risikotavle, Triage, TOBS, HUSK og ISBAR.

Medarbejderne nævner udover disse, også B-baum der kan tilrettelægges hos den enkelte, og at de dagligt gennemgår alle borgerne så alle er opmærksomme på, hvad der er aktuelt hos den enkelte.

I journalgennemgang er der fundet eksempler på at .Observationer ikke bliver lukket, der ligger ulåste tilbage helt fra juli 2019, som ikke gjort inaktive.

I et andet eksempel mangler der opfølgning på, at borgeren har ødematøse ben og lægen ordinerer BT-måling. Der mangler anvisning af hvilke handlinger, der skal udføres undervejs og hvad målet er.

Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Borgerne oplever der er fokus på forebyggende tiltag, ud fra de samtaler de har med deres kontaktperson.

Ledelsen redegør for at de bruger metoden Sikre hænder og Tidlig opsporing samt har fokus på mundhygiejne i tæt samarbejde med omsorgstandplejen. De oplyser at de er gode til at lave faldregistreringer, UTH'er, væske skemaer samt har fokus på dysfagi.

De har ansat en diætist 12 timer om ugen, som er en god sparringspartner. Derudover er der en kosttovholdere i hver gruppe der har fokus på kosten.

Der er i journalgennemgang fundet eksempler, hvor borgeren er beskrevet med behov for sårbehandling, men der er ikke beskrevet i handlingsanvisningen, hvor såret er og hvordan det skal renses. Et andet eksempel er, at der er i flere tilfælde kun er ét indsatsmål men flere handlingsanvisninger. Det gør, at der mangler en rød tråd fra indsats til handlingsanvisninger og .observationer. Der ligger gamle handlingsanvisninger fra 2019, som ikke er opdateret eller gjort inaktive jf. arbejdsgangen.

Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold

Ledelsen oplyser, at de prioriterer ansættelse af assistenter til nye stillinger med henblik på at styrke fagligheden.

Ledelsen oplyser de har fokus på at undgå brug af vikarer. Der er generelt fokus på kvalitet og sygefravær.

Der er ligeledes fokus på at elever og får et rigtig godt forløb, så der kan være mulighed for fastansættelse efterfølgende.

Der ligger fast intro-forløb nye medarbejder med velkomst brev, vagtplan med mentor, opfølgende samtale efter 3mdr, fokus på fravær og nærvær.

Der har været forløb med sygefraværs konsulent som har givet redskaber, der også kan bruges ift. rekruttering.

Procedurer og dokumentation

Ledelsen oplyser, at mange af deres medarbejdere er meget glade for brug af Tablets. De er blevet meget fortrolige med den.

Medarbejderne oplyser, at tablet er rigtig god at bruge ved Medicin-afkrydsning og andre korte indtastninger, men at den længere dokumentation er rarest at dokumentere på en PC.

De er opmærksomme på, at de skal relatere til indsatser og det er nemmere på PC end Tablet.

I journalgennemgangen er der fundet mangler på relationer mellem indsatsmål og handleanvisninger, og indsatser og tilstande.

Der mangler opfølgninger på flere .observationer. Man bliver som læser i tvivl om der fortsat er et problem, som der bare ikke bliver gjort noget ved f.eks. er der beskrevet at en borger er træt og usikker, der er beskrevet rødme og en borger har fået tilrettet sin tandprotese, men der er ingen opfølgninger på nogen af .observationerne.

Der ligger en del gamle .observationer som ikke er låst.

I et eksempel er der beskrevet triagering gul. To dage efter er der fortsat ikke dokumenteret opfølgning.

I en borgers journal fremgår følgende: det er noteret, at der ikke er fuldmagt til hvem der varetager økonomi. I et andet notat står der, at det er børnene, der varetager det. I aftaleskemaet står der, at medicin hentes af pårørende. I et andet dokument (.Observation) står der, at det skal frembringes automatisk. Hvad er gældende? I flere tilfælde mangler der beskrivelser under skemaet Aftaler, eksempel vedrørende hvem der varetager borgerens økonomi eller om borger selv er i stand til det og hvem der skal have besked ved eventuel indlæggelse.

Hos en borger står der, at borgeren ønsker udredning for tiltagende hukommelsesproblemer og det skal tages op ved lægesamtale i 2020. Der er ikke opfølgning på dette i skemaet, men hvis man gennemlæser alle skemaer, finder man at borgeren er stoppet med udredning. Handlingsanvisningen står fortsat som aktiv, så det ser ud som om, der fortsat er aktive handlinger på dette område.

Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering

Borgerne er ikke vidende om, at der er lavet mål for deres træning. De oplever, at medarbejderne har fokus på, at borgerne skal kunne mest muligt selv, men ikke at der er fastsat konkrete mål i samarbejde med dem.

Ledelsen oplyser, at de sikrer helhedsorienteret og tværfaglige forløb med udgangspunkt i borgerens mål ved den måde de er organiseret på. Der afholdes indflytningssamtaler, hjemmebesøg, opfølgningssamtaler med borger og pårørende, for at komme helt rundt.

Ledelsen redegør for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte sker i samarbejde med terapeuten og to konsulenter og kontaktpersonerne.

Medarbejderne svarer at de sikrer rehabiliterende forløb ved at inddrage borgeren så borgeren gør mest muligt selv, varierende fra dag til dag alt efter hvad borger magter. De tager gerne fat i ergoterapeut og får hjælp til at sætte målene og vide hvad borger rent faktisk kan.

Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Medarbejderne træner eksempelvis gangfunktion med borgerne, hjælper borgeren til at gøre mest muligt selv i dagligdagen.

Ergoterapeuten sætter målene med borger og hjælper medarbejderne til at inddrage træning og rehab i plejen.

Alle borgere er visiteret til vedligeholdende træning, men der er ikke konsekvent lavet indsatsmål og handlingsanvisning af hvad der er relevant for den enkelte borger eller hvordan det søges opnået hos borgerne.

Overdraget sygepleje

Hos nogle borgere er alle helbredstilstande aktiveret, hvilket ikke er meningen. FS3-arbejdsgangen skal følges.

Der mangler indsatsmål på sundhedslovsindsatser f.eks. hvad er målet med at borgeren bliver vejret? Hvad er målet med øjendrypning? Hvorfor ligger der to indsatser på vejning på nogle borgere? Hvad er målet med sårbehandlings-indsatsen?

Det er uklart hvilke indsatser, der er delegerede og hvilke der er overleverede og dermed hvilken faggruppe der varetager opgaverne.

Der ses helbredstilstande, der ikke er opdaterede og på flere sundhedslovs-indsatser er der ikke lavet handlingsanvisninger.

På flere af de instrumentelle sundhedslovs-indsatser er der handlingsanvisninger og tydelig beskrivelse af om den er overdraget eller ej. På alle øvrige sundhedslovsindsatser-indsatser, er der ikke beskrevet overdragelse og på enkelte f.eks. sundhedslovs-rehabilitering og psykisk støtte er der ikke handlingsanvisninger. Hvis en sundhedslovs-indsats visiteres skal den være målrettet og præcis og opgaven skal være defineret i en handlingsanvisning ellers skal indsatsen lukkes.

I flere journaler mangler der relationer mellem de forskellige skemaer og sundhedslovsindsatser.

Medarbejderne kender deres kompetencer ved indsatser, der overleveres fra sygeplejersken. Medarbejderne føler sig trygge ved at sige til og fra.

Ledelsen redegør for, at de sikrer de rette kompetencer til de rette opgaver ved at kompetenceskemaerne udfyldes i samarbejde med sygeplejerskerne. Ved MUS tales der om kompetencerne og ønskerne til oplæring.

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 helbreds-mæssige 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.

Kommentarer fra tilsynsstedet

Kommentarer fra tilsynsstedet efter høring.