

Tilsynsrapport

Hjemmeplejen Vest Tune

Center for Sundhed og Pleje
2022

Formål

Hovedformålet med at udføre tilsyn er at sikre, at opgaverne løses til borgerens bedste og i overensstemmelse med såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Tilsynene udføres med sigte på læring og refleksion for at medvirke til at skabe langsigtede forbedringer for borgerne.

Tilsynsbesøget er gennemført uanmeldt og er et udtryk for det øjebliksbillede, som er tilgængeligt på tidspunktet for tilsynets gennemførelse.

Forord

Det uanmeldte tilsyn i Greve Kommune er udført i overensstemmelse med Tilsynsprocedurens krav. Målepunkterne er baseret på de krav Styrelsen for Patientsikkerhed stiller til kvaliteten i kommuner, og tilsynsrapporten er opbygget med sigte på læring og organisationsudvikling.

Indledningsvist er data om tilsynet, herunder deltagere, tidspunkt og antallet af borgere og medarbejdere, der er indgået i tilsynet.

Det samlede tilsynsresultat ses herefter i en oversigt, som efterfølgende bliver uddybet med, hvilke styrker og udfordringer, der er konstateret ved tilsynet samt tilsynets anbefalinger.

Sidste del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer og ved gennemgang af dokumentation. Det er et omfattende materiale med konkrete oplysninger, som kan anvendes i det videre udviklingsarbejde. De nærmere begrundelser bag vurderingsprincipper er beskrevet i proceduren for uanmeldte kommunale tilsyn i Greve Kommune.

Tilsynet er altid udtryk for et øjebliksbillede og skal derfor vurderes ud fra dette.

Fakta om tilsynet

Leverandør

Hjemmeplejen Vest Tune

Leder

Mariann Præstegaard Jacobsen

Dato

06-01-2022

Tilsynstype

Uanmeldt ordinært tilsyn

Datagrundlag og metodik

Tilsynet omfatter borgere med forskellige behov,

Data er indsamlet via:

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

- Interview: 2 borgere, 2 medarbejdere, samt områdeleder og planlægger.

- 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 223 borgere tilknyttet Hjemmepleje Vest, Tune.

Tilsynet er gennemført over 1 hverdag.

Tilsynspersoner

Troels Lundholm Dam & Janne Myhlendorph

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for sted:

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. 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

I forbindelse med tilsynet oplevede begge tilsynspersoner en venlig og imødekommende modtagelse. ligeledes at der hurtigt blev taget stilling til hvordan dagens opgaver nu skulle løses i og med at et tilsyn altid skaber akutte forandringer i dagens program.

Gennemgående for de to borgerbesøg var at det var borgerne der var i centrum. De blev begge mødt på en respektfuld og anerkendende måde, hvor deres behov blev mødt og handlet på om muligt. Endvidere at der blev arbejdet ud fra en anerkendende og rehabiliterende tilgang således at borgers ressourcer kom i spil.

I forbindelse med gennemgang af borgerjournaler var det tydeligt, at det der vægtede meget højt, var klare og tydelige døgnrytmeplaner. Dette for at skabe en ensartet og kvalitetsfyldt hjælp og pleje til borgerne, og for at give medarbejderne de bedste forudsætninger for mødet med borgerne i hjemmet.

Begge medarbejdere udtrykte tilfredshed med deres arbejde, og at de følte sig helt trygge ved de opgaver de blev stillet i henhold til deres kompetenceprofiler. Såfremt en opgave syntes usikker eller fremmed udtrykte de, at de følte sig helt trygge ved at sige fra, bede om oplæring med videre.

Det er gennemgående at ledelsen vægter medarbejdernes og borgernes trivsel højt. Der er fokus på udvikling og læring, og at personcentreret omsorg er en af hjørnestenene i plejegruppen.

Forbedringsområder og tilsynest anbefalinger

På baggrund af tilsynet anbefales det, at der udarbejdes handleplaner for en række områder der omhandler dokumentationspraksis. Helt konkret drejer det sig om at der indarbejdes en rutine, hvor at "aftaler" udfyldes i de tilfælde det er relevant i stedet for at de indskrives forskellige steder i døgnrytmeplanen. Desuden er det nødvendigt at borgers retstilling udfyldes korrekt og at der følges op konsekvent.

I forhold til den overdragede sygepleje er det nødvendigt at der udarbejdes en praksis for at få kontrolleret, at der er dokumenteret korrekt i forhold til hvem opgaven er overdraget til, at der er oprettet opfølgende indsats, og at det dokumenteres når der er fulgt op. Ligeledes at alle indsatser relateres korrekt.

Afslutningsvis finder tilsynet det relevant at der udarbejdes en handleplan der har til formål at øge opmærksomheden på hvordan indsatsen vedligeholdende træning skal håndteres på medarbejderniveau fremadrettet, herunder fastsættelse af mål i samarbejde med borger samt dokumentationspraksis.

Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

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

Tilsystema	
Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet	Godkendt
Pleje af borgere ved livets afslutning	Godkendt
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
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	Godkendt med mangler
Overdraget sygepleje	Godkendt med mangler

Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentarer til de enkelte tilsystemaer

Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Det opleves at borgerens ønsker til den hjælp de modtager, inddrages i tilrettelæggelsen af hjælpen. Borgerne der er besøgt af tilsynspersonerne, udtrykker at de føler at de bliver medinddraget i plejen, og at hjemmeplejen lytter til deres ønsker for dagen.

Medarbejderne oplyser at de, hvis de ikke kender borger, orienterer sig i døgnrytmeplan, men at som udgangspunkt spørger ind til borger ønsker for dagen og er opmærksomme på at kun at hjælpe med det borger ikke selv kan, så borger selv gør så meget som muligt

Ledelsen oplyser at når de får nye borgere, så sikres det at der efter 2 uger bliver afsat tid til grundige samtale med borgerne og evt. pårørende. dette for at sikre fyldestgørende dokumentation af borgers ønsker og behov, ud fra principperne i personcentreret omsorg. Tiden er planlagt så samtalerne kan forløbe roligt og med fokus på borgerens ønsker.

Tilsynspersonerne har under besøgene i hjemmet observeret en afslappet og respektfuld stemning imellem parterne. der snakker i en imødekommende tone og det er tydeligt at borgerne kender og er trygge ved medarbejderne. Medarbejderne inddrager hele tiden borgerne i det de skal til at gøre og udnytter borgernes egne ressourcer. hos den ene borger observerer medarbejderen, at borgerens udslet på ryg ikke er bedret, derfor kontakter hun akut sygeplejen og efterfølgende ringer hun til borgers læge og der arrangeres et lægebesøg i hjemmet. besøget noteres i borgers kalender og borgerjournalen. Borger er forinden kontakt til sygeplejerske og læge involveret i problemet og adspurgt om tilladelse til at kontakte sygeplejerske og læge.

Pleje af borgere ved livets afslutning

Begge de adspurgte borgere oplever en god relation til det plejepersonale der kommer i hjemmet. Dog har ingen af dem snakket med dem om lige netop den sidste tid i livet, men ingen af dem er i tvivl om at det er noget de trygt kan tale med personalet om, hvis de skulle have et ønske herom.

Medarbejdere og ledelse gør rede for at de har et tæt tværfagligt samarbejde med sygeplejen, når borgerne går deres sidste tid i møde. Medarbejderne oplyser at de føler sig klædt på til at tage de nødvendige samtaler med borgere og pårørende når de fornemmer at det er det rette tidspunkt eller når borger/pårørende ønsker det.

Ledelsen redegør for at de er meget opmærksomme på at medarbejderne er klædt på til opgaven med de rette kompetencer.

Relevante oplysninger indskrives i borgers døgnrytmeplan og tilhørende handleanvisning.

Trivsel og relationer

Borgerne som tilsynspersonerne besøgte, kunne ikke selv benytte deres telefoner, men har nødkald som de er trygge ved at bruge og har benyttet ved behov. De oplever at kontakten til hjemmeplejen er god og de mener begge, at deres pårørende har et godt samarbejde men hjemmeplejen og godt kan komme i kontakt med dem. En af borgerne, beskriver at hjemmeplejen er "lidt som familie"

Medarbejderne fortæller at de for at skabe trivsel for borgerne altid er i dialog med borgeren om ønsker for plejen. At det er borgerens hjem så det skal foregå med den fornødne respekt. At de forsøger at skabe tryghed ved at møde borgerne med godt humør og opløftende stemning. I det omfang det er muligt, er det de samme personer der kommer i borgerens hjem. Medarbejderne oplyser at der opdateres om borgers situation på det daglige morgenmøde, hvis der har været afvigelser mm. Medarbejderne oplyste også, at de tager konkrete snakke med borgerne om hvilke tilbud Greve Kommune har til aktiviteter og om de frivillige tilbud der findes i området, fx. rollatorklubben. Begge medarbejdere har godt kendskab til lokale tilbud.

Ledelsen oplyser at de forsøger at understøtte borgernes trivsel og relationer, ved at de sikrer at medarbejderne har kendskab til personcentreret omsorg. At medarbejderne noterer de aftaler der er lavet med pårørende og borger i aftaleskema. At det som udgangspunkt er de samme medarbejder der kommer i hjemmet samt at de sikrer at opgaverne hos borgerne svarer til de kompetencer der er behov for. De informerer medarbejderne om evt. nye aktivitetstilbud, hvis de får viden om dem. de forsøger at få inddraget pårørende ved opstart af hjælp, anbefaler at der gives fuldmagt til pårørende så de kan have et samarbejde og der arrangeres gerne møder med borger og pårørende hvis der er behov der skal afklares.

ved journalaudit ses det at det døgnrytmeplanerne er fint udfyldt, men hos under halvdelen er der ikke beskrevet noget i aftaleskemaerne. der ses aftaler med pårørende der er noteret i døgnrytmeplanerne.

Målgrupper og metoder

Begge borgere føler at personalet er særligt opmærksomme på deres særlige behov, og de oplever at ønsker og behov bliver respekteret og efterlevet i det omfang det er muligt. Medarbejderne oplyser, at de har et godt og tæt samarbejde med demenskoordinatorerne i kommunen i de tilfælde hvor det er relevant. Endvidere at de arbejder med udgangspunkt i Personcentreret omsorg, og at de dokumenterer behovet for hjælp, omsorg og pleje i borgers døgnrytmeplan samt i .obs i de tilfælde det er relevant.

Ledelse redegør for, at det er fast procedurer at der skal dokumenteres i borgers journal i løbet af de første 14 dage efter modtagelse af de indsatser der skal leveres hos borger. Dette for at kunne se borger an, have de relevante samtaler med borger og pårørende med videre.

I forbindelse med gennemgang af dokumentationen er det tydeligt at der er stor fokus på at skrive fyldestgørende og gennemsigtige døgnrytmeplaner/handleanvisninger, således at borger problematikker fremgår, og så det er muligt for personalet at tilgå borger korrekt.

Forebyggelse af magtanvendelse

I forbindelse med journalgennemgangen var der ikke nogen tilfælde, hvor magtanvendelse var et tema hos den enkelte borger.

Personalet oplyser at de er bekendte med magtanvendelsesreglerne og hvordan en situation skal tilgås. Endvidere oplyser de at de er bekendt med deres dokumentationsansvar i en potentiel sag, og at ledelsen skal orienteres, således at de kan gå videre med relevante tiltag.

Ledelsen redegør for at de er klar over at de har ansvaret for dokumentation og håndtering.

Fokus på ændringer i borgers funktionsevne og helbredstilstand

Den ene borger oplyser, at medarbejderne dagligt spørger til hvordan han har det og føler sig tryk ved at de ville handle på det, hvis han skulle være dårlig. Den anden borger husker ikke noget konkret, men mener helt sikkert at medarbejderne ville lægge mærke til hvis hun havde det dårligt.

Medarbejderne redegør for, at de dokumenterer i .obs hvis de observerer afvigelser i borgernes funktioner. Er det noget de skal handle på med det samme, inddrager de sygeplejersken. De oplyser, at de hver morgen har triagering af borgere og gennemgang af døgnets observationer. Her bringer de borgere op hvor der er afvigelser. Medarbejderne nævner brug af ISBAR, Braden, ernærings screening, eller TOBS, når der spørges ind til hvordan de arbejder systematisk med ændringer i borgernes tilstand.

Ledelsen oplyser, at de systematisk arbejder med opsporing og opfølgning på borgernes funktionsevner og helbredstilstand, ved morgentriagering, oplæsning af døgnets

.observationer og der er lavet lommebøger til medarbejderne der indeholder beskrivelser og gennemgang af metoder. Ledelsen gør rede for ISBAR, HUSK, Braden, TOBS.

Ved gennemgang af journal ses at ændringer og opfølgninger løbende bliver beskrevet. Det ses at .observationer generelt ikke låses, når de er afsluttet.

Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Borgerne oplever at medarbejderne er meget opmærksomme på hvordan de har det, De føler at personalet generelt er meget opmærksomme på evt. sygdom hos dem. Borgerne oplever at personalet altid spørger ind til væskebehov og behov for føde.

Medarbejderne oplyser, at de har fokus på forebyggelse, borgerne skal bruge deres egne ressourcer, så de længst muligt kan være selvhjulpne. de har fokus på borgers ernæring og vægt. Ved sengeleje har fokus på forebyggende lejring mv. for forebyggelse af tryksår. Ledelsen oplyser, at der benyttes, triagering med daglige møder, I sikre hænder, HUSK, faldregistreringer, vægtskema og vejningsskema, inddragelse og sparring med kollegaer/tværfaglige samarbejdspartnere.

ved journalaudit, ses at der i godt halvdelen er indsatsmål og handleanvisninger med dokumentation på problemstillingerne. Men den anden halvdel er det ikke tilfældet. Hos en borger er der beskrevet KOL, nedsat appetit, demens. Alligevel er der ikke foretaget en vægtmåling siden 2020 og der er ingen handleanvisning på forebyggelse af fx. væggtab. det samme ses hos en borger der er småt spisende og skal nødes til indtag. Hos en anden borger med astma, nældefeber og demens, forefindes der ikke indsatsmål eller handleanvisninger for forebyggelse Hos endnu en borger ses et væggtab fra maj 2020 til sep. 21 på 9 kg. Her er der er ikke lavet vægtmåling siden sep. 21 og der er ikke beskrevet handleanvisning for at forebygge yderligere væggtab.

Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold

Ledelsen gør rede for at der ved nyansættelser udarbejdes introduktionsplan til den nye medarbejder og at vedkommende tilknyttes en erfaren medarbejder som agerer mentor i introduktionsforløbet. Desuden at der ugentlig er undervisning i et relevant tema på personalemøde. Ledelsen oplyser at denne undervisning dog har været på pause i længere tid, grundet Corona, men at de satser på at begynde at planlægge det fast igen hver uge.

I forbindelse med planlægning af opgaver er det Planlæggeren der har ansvaret for at de tilgængelige ressourcer stemmer overens med de opgaver der løses. Det indgående arbejde med kompetenceskemaer er med til at skabe et overblik her.

Medarbejderne oplyser, at de har kendskab til egne kompetencer, og at de ikke har problemer med at sige fra, når de får en opgave de ikke føler sig rustet til. Medarbejderne oplyser at de arbejder indgående med kompetenceskemaet.

Procedurer og dokumentation

medarbejderne har kendskab til- og benytter procedure og arbejdsgange i Nexus for dokumentation. De ved hvor de skal finde dem og viser tilsynspersonerne dem under samtalen. De oplyser også at der foreligger printede udgaver af arbejdsgangene i fysiske mapper, som de kan benytte. Medarbejderne ved hvor de kan finde de mål der er fastsat af myndighed.

Ledelsen oplyser at de laver audit hver måned og at der her er en mulighed for at observere fejl og mangler og tilrettelægge undervisning ud fra det. Ledelsen oplyser at der er undervisning hver onsdag i aktuelle temaer. Det oplyses, at der grundet Covid 19, ikke er lavet så meget audit som ønsket og forventet, dette vil de sikre fremadrettet. Derudover benytter de sidemandsoplæring. Ledelsen kender til hvor mål og formål oplyst af myndighed forefindes.

ved journalaudit ses at der mangler at blive relateret på en del servicelovsindsatser, der oprettes konsekvens ikke opgaver til opfølgning i faglig planlægning jf. procedure. Det ses at afvigelser og opfølgninger som udgangspunkt dokumenteres i .observationer. Generelle oplysninger er udfyldt med relevante oplysninger. Det er 50/50 om borgers retsstilling er udfyldt. Det ses også at det kun er få steder at aftaleskema er udfyldt, men at aftalerne med pårørende skrives i døgnrytmeplanerne i stedet for. Ved tilsynsbesøget hos borgerne ses at det er de ydelser der er visiteret der bliver leveret.

Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering

Ingen af de besøgte borgere var i et 83a/rehabforløb, hvorfor det ikke var muligt at spørge ind til deres oplevelser med et sådant forløb. Ligeledes var der i forbindelse med journal audit ingen af de udtrukne 16 borgerjournaler hvor borgerne modtog ydelsen.

Ved medarbejderinterviewet gør begge medarbejdere rede for at det er gruppens-rehabkoordinator samt planlægger der har det overordnede ansvar for forløbene. Endvidere at det er muligt at finde oplysninger om hvordan indsatsen skal leveres hos borger i døgnrytmeplanen/handleanvisningerne.

Ved ledelsesinterviewet deltager planlægger, som til fulde kan redegøre for hvordan forløbene tilrettelægges og udføres jvf gældende arbejdsgang, herunder løbende opfølgninger samt brugen af SMART-metoden.

Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

De besøgte borgere modtager ikke indsatsen.

Kun 1 borger ud af de 16 der er udtaget til journal audit modtager indsatsen. Her ses det at handleanvisningen er oprettet og udfyldt som foreskrevet i arbejdsgangen for dokumentation i driften.

I forbindelse med medarbejderinterviewet har begge medarbejdere svært ved at gøre rede for den præcise arbejdsgang for hvordan indsatsen skal gribes an efter at den er visiteret. De oplyser dog at de ofte har en indgående snak med borgerne forud for afsendelse af ansøgning såfremt borgerne ønsker det. Dette for at lave en fyldestgørende beskrivelse til myndighedsafsnittet til brug for sagsbehandlingen.

Ledelsen oplyser at de er meget opmærksomme på at der skal laves klare mål for indsatsen, at indsatsen er tidsbegrænset og at det er vigtigt at der løbende dokumenteres i forhold til borgers udbytte.

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 oplyser at der ved overdragelse sikres det at SSA har kompetencer til at løse opgaven.

Ved journalaudit ses at der som udgangspunkt foreligger tydelige instrukser for de delegerede opgaver i handleanvisninger. Der er oprettet ydelser til opfølgning. Der er få hvor det ikke fremgår at ydelsen er overdraget. Det er ikke altid tydeligt om der har været opfølgning, selvom der er skrevet en opfølgingsdato. Der er for det meste relateret til div. skemaer men der er også nogen der mangler at blive relateret.

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 muligt 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 Delvis 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 Delvis 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.