

# Tilsynsrapport

## Møllehøj Plejecenter

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

Møllehøj plejecenter

## Leder

Tatjana Frimurer

## Dato

16-02-2022

## Tilsynstype

Uanmeldt

## 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, som har givet tilsagn om at blive interviewet, 2 medarbejdere, samt plejecenterleder og stedfortræder.
- Observation: Enhedens kontorfaciliteter, morgenmøde i enheden 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 52 borgere tilknyttet Møllehøj plejecenter.

Tilsynet er gennemført over 1 hverdag.

## Tilsynspersoner

Troels Lundholm Dam & Janne Myhlendorph

# Samlet tilsynsresultat

## Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for sted:

### Godkendt med få bemærkninger

#### Kategorier

##### **Godkendt**

Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Forholdene vurderes samlet set at være gode og tilfredsstillende.

##### **Godkendt med få bemærkninger**

Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til i vid udstrækning at leve op til såvel lovgivningens krav kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Der er ikke konstateret betydelige mangler i et af målområderne, men dele af den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har mangler eller er utilfredsstillende.

##### **Godkendt med mangler**

Dette betyder, at der er i et eller flere målområder er betydelige mangler i den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

##### **Kritisable forhold**

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.

# Opsummering af styrker og forbedringsområder

I skemaer herunder vises en opsummering af begrundelser for tilsynsresultatet. 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

Tilsynet blev taget godt i mod i forbindelse med deres ankomst til tilsynsstedet. Både ledelse og personale var imødekomende og hurtigt parate til at ændre på dagens program således at interviews med borgere, medarbejder og ledelse kunne tilrettelægges.

De besøgte borgere udtrykte begge generel tilfredshed med at bo på Møllehøj Plejecenter. De følte sig trygge ved personalet og havde begge en følelse af at blive mødt med respekt og omsorg.

De interviewede medarbejdere udtrykker tilfredshed med deres daglige gang på Møllehøj Plejecenter. Medarbejderne opleves med stor faglighed og med kendskab til borgerne, selvom de ikke er fast kontaktpersoner til borgerne. De tilgår borgerne med hensyntagen til deres individuelle behov, så borgeren får medindflydelse på eget liv.

Ledelsen har et tydeligt fokus på at borgernes trivsel og behov for hjælp i det daglige skal understøttes gennem personcentreret omsorg. Ligeledes at medarbejderne er klædt fagligt på til at varetage de opgaver de bliver stillet, samt at de er trygge ved, at komme til ledelsen såfremt de ikke føler sig kompetente til at varetage en given ydelse hos en borger.

I forhold til dokumentationspraksis, er det tydeligt, at der arbejdes med personcentreret omsorg. Dette ved døgnrytmeplaner der fint beskriver borgerens behov, ønsker og dagligdag.

## Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger

Ved journalgennemgang ses, at der konsekvent ikke oprettes indsatsmål og handleanvisninger på indsatsen omhandlende vedligeholdende træning. Ligeledes er målfastsættelse for den rehabiliterende tilgang og indsats ej heller tydeligt beskrevet. Tilsynet anbefaler, at der fremadrettet rettes fokus på at få indarbejdet en praksis på dokumentation på vedligeholdende træning/rehabilitering, samt kikker på indsatsmål og handleanvisninger, så der udfærdiges tydelige mål for indsatserne jf. FSIII-metoden.

Ved journalgennemgang ses på den delegerede sygepleje, her ses manglende opgaver til opfølgning på den delegerede ydelse. I flere tilfælde mangler der ligeledes opdaterede instrukser samt informationer om hvilken faggruppe ydelsen er overdraget til. Tilsynet anbefaler at følge Greve kommunes arbejdsgang, vedrørende overdraget sygepleje. Det er altid en Sygeplejerske, der skal opstarte handlingsanvisningen og det skal tydeligt fremgå, hvem der varetager sundhedslovsindsatsen hos borgeren. Det skal

ligeledes tydeligt fremgå hvilken faggruppe opgaven er overdraget til, ligesom der altid, skal oprettes en opgave til opfølgning på den delegerede sygepleje.  
Når plejegruppen bliver opmærksomme på at betingelserne ikke er opfyldt, har de ansvar for at tage kontakt til de ansvarlige for indsatsen.

# Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

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

<b>Tilsystema</b>	
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 få bemærkninger
Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand	Godkendt
Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere	Godkendt med få bemærkninger
Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold	Godkendt
Procedurer og dokumentation	Godkendt med mangler
Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering	Godkendt
Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86	Kritisable forhold
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 oplyser, at medarbejderne altid lytter til de behov de har og også efterkommer dem

Borgerne oplever, at medarbejderne gør, hvad de kan for at støtte til god livskvalitet. Den ene borger oplevede, at dette ikke altid sker når der er vikarer og medarbejdere hun ikke kender.

Medarbejdere er meget opmærksomme på at tilrettelægge hjælpen til borgeren, så den tager udgangspunkt i borgerens særlige situation. Det gør de ved at spørge til borgers behov og bruge de ressourcer som borgeren har til rådighed og sikrer sig at borgeren gør de ting de selv kan.

Ledelsen oplyser, at de afholder Indflytningsamtaler med borger og pårørende for at tale om behov og ønsker der er fra borger. Der hvor det er muligt, er tager man også på "før indflytningsamtaler" så borger og pårørende allerede inden indflytning, kender lidt til dem og stedet. Inddragelse af borgeren sker igennem kontaktpersonordning, som har fast tilknytning til borgerne. Derved sikres at der er få og kendte medarbejdere hos borgerne, så kendskabet til borgeren er så stort som muligt. Inddragelse af borgers ressourcer i alle aktiviteter.

Tilsynspersonerne oplevede ved begge besøgene, at det var tydeligt, at borger og medarbejder kendte hinanden og der var en god og nærværende tone imellem parterne. Der blev taget udgang i begge borgers individuelle behov, så borgers selvbestemmelse og værdighed blev understøttet.

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

tilsynspersonerne oplever, at det er svært for den ene borger at tale om, men fortæller at spørgsmål omkring genoplivning er blevet berørt. Den anden borger, oplever tryghed til især to aftenvagter samt den dagvagt der var hos borger denne morgen, dem snakker hun med alt om, så dem ville hun sagtens kunne snakke med det om.

Medarbejderne ved hvor de skal finde oplysningerne om borgernes ønsker for den sidste tid. De er opmærksomme på den pleje der ydes i den sidste tid, skal være med fokus på både det fysiske og den mentale del. der redegøres for relevante observationer og tiltag samt samarbejde med relevante parter, fx. sygeplejerske og pårørende. Den ene medarbejder oplyste, at hun ikke havde problemer med at snakke med borgeren om ønsker for den sidste tid, den anden medarbejder oplyste, at det var et

emne hun havde svært ved at snakke om, og at hun derfor altid allierede sig med relevante samarbejdspartnere til det.

Ledelsen oplyser, at snakken tages når den syntes relevant i borgers forløb. Typisk træder sygeplejen også til og assisterer kontaktperson i forhold til snakken.

Den med den bedste relation/match til borgeren tager ofte snakken hvis borgers ellers er tryk ved situationen.

Bruger pjecen "De sidste levedøgn" fra forlaget Liva.

Borgere skal ikke være alene, og man er opmærksomme på behov for hyppige besøg eller vågekone.

### **Trivsel og relationer**

Den ene borger som tilsynspersonerne besøgte, havde svært ved at redegøre for om han oplevede samarbejdet og kontakten med medarbejderne, samt opholdet på Møllehøj tilfredsstillende, da han ikke havde et sammenligningsgrundlag. Borger oplever dog, det er nemt at komme i kontakt med personalet, borger oplever også at pårørende og andre relevante, bliver inddraget, bl.a. ved at personalet skriver i en kontaktbog, som borger har liggende fremme. Den anden borger oplyste, at hun oplever samarbejdet som meget tilfredsstillende, at hun blev inddraget i tilrettelæggelse af dagligdagen og at hendes ønsker og behov blev inddrager. Borger oplever at det er nemt at komme i kontakt med personalet.

Medarbejderne oplyser at de tilegner sig viden om borger via døgnrytmeplaner, kolleger, ved at spørge ind til borger. Medarbejderne har kendskab til de aktiviteter der er på stedet og de forsøger at motivere borgerne til at deltage, ved at fortælle om de gode og sjove oplevelser der er ved aktiviteterne. Der hvor borger har behov for hjælp og støtte til at deltage, deltager medarbejder gerne. Når der er specielle aftaler hos borgeren, noteres dette i aftaleskema.

Ledelsen oplyser, at de for at sikre borgers trivsel og relationer, overordnet set arbejdes med stort fokus på Tom Kitwood's metode personcentreret omsorg. Pårørende inddrages ved invitationer til informationsmøder.

Stedets aktivitetsmedarbejder sørger for at arbejde med borgerne individuelt og i grupper.

Pårørende inviteres til diverse arrangementer ved højtider men også til fællesspisning mv. Der laves ugekalender som vises på infoskærmene på centret. Her kan pårørende følge med i hvad der er sket og kommende aktiviteter.

Ved alle journalaudit ses at aftaler indgået med de pårørende eller andre nære relationer er dokumenteret. Både aftaleskema og borgers retsstilling er udfyldt med relevante oplysninger.



### **Målgrupper og metoder**

Borgerne oplever, at medarbejderne tilrettelægger hjælpen, så den passer til borgerens særlige behov og tager højde for den livssituation, borgeren befinder sig i.

Medarbejderne oplyser at de benytter personcentreret omsorg og at det ikke er så længe siden de igen har fået et par timers undervisning i metoden. De ved hvor i Nexus de finder procedurerne og de har kendskab til VAR portalen. Ved dokumentation af borgers behov benytter de handleanvisning/døgnrytmeplan.

Ledelsen redegør for at personcentreret omsorg, er omdrejningspunktet for plejen af borgere med kognitive funktionsevnedssættelser. Der tages udgangspunkt i den enkelte borger og dennes behov.

Der dokumenteres i døgnrytmeplanen så det sikres at alle medarbejdere ved hvordan borger skal tilgås.

Der hvor det er relevant afholdes der løbende beboerkonferencer med relevante parter.

Ved journalaudit, ses at der i 2 ud af 4. mangler beskrivelser i hvordan man tilgår borger der er kognitivt udfordret. Hos en borger, ses en fin beskrivelse af at hvordan borger tilgås i spisesituationer, mht. rygning mm. men der er ikke nogen steder beskrevet, om borger selv klarer den personlige hygiejne, eller om der gives hjælp til det. Fx. i form af opfordring til at gå i bad, skifte tøj ol. Det ses i .obs at der er udfordringer med det. i en anden journal, hvor borger er meget kognitivt udfordret, er der en fin handleanvisning på tilgang til borger dag og nat, men der er ikke en beskrivelse af aften.

### **Forebyggelse af magtanvendelse**

Medarbejdere og ledelse har god forståelse for balancen mellem behov for brug af magt og omsorgsforpligtelsen. Borgerens valg respekteres som udgangspunkt altid. Der bliver relevant redegjort for hvilke tiltag, der bliver afprøvet før der bliver tale om at benytte magt, men generelt er det sjældent at magtanvendelse benyttes.

Ved journalaudit, ses der i 2 ud af 4 journaler, at borgerne er meget kognitivt udfordret og der er en potentiel chance at der kan blive behov for magtanvendelse. Det ses i den ene journal, at der har været benyttes magtanvendelse, som er korrekt håndteret, men der ses i ingen af de to journaler en konkret handleanvisning på forebyggelse af magt.

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

Borgerne oplyser at medarbejderne lægger mærke til det, når der er ændringer i deres funktionsniveau og at dagen tilrettelægges ud fra det.

Medarbejderne er opmærksomme på at spørge ind til borgerens helbred, funktioner og følge op på problematikker fra tidligere. Borgerne gennemgås på morgenmøde og tavlemøde. Medarbejderne redegør for at benytte relevante faglige redskaber som ernæringscreening, TOBS, HUSK, triagering og Braden mm.

Ledelsen fortæller, at de arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne og samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber, som nævnt af medarbejderne.

Ved journalaudit, ses at der dokumenteres i .obs ved ændringer i borgers funktionsevne og der er opfølgninger på ændringerne. Det ses at der som udgangspunkt at alle .obs er låst.

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

Borgerne oplever, at medarbejderne hjælper dem med at forbygge forværring i deres situation, sådan at de opnår højere funktionsniveau og bedre helbred.

Medarbejderne kender og benytter relevante faglige metoder i dagligdagen for at opretholde borgernes funktionsevne. De nævner også samarbejde med fysioterapeuterne på stedet samt fokus på kosten hos småt spisende borgere, via kostregistrering. Der er en fast vejedag om måneden og hos dem der er småt spisende, vejes oftere.

Ledelsen redegør for relevante arbejdsgange og metoder til forebyggelse af funktionsevnetab.

Ved journalaudit ses i 2 ud af 4 tilfælde, mangel på dokumentation for forebyggelse af funktionsevnetab/helbred. I en journal står beskrevet problemer med at indtage sufficient føde samt væske, at der skal være fokus på det. Der er også fint relateret til .obs der beskriver observationerne, en ernæringsindsats samt, samt til en vægtmåling . Men der foreligger ingen vægtmålinger siden nov. 2021 og ingen .obs siden dec. 21. vedrørende ernæring.

i den anden journal er der beskrevet at borger har tendens til overspisning, samt allergi for skaldyr og laktose. Der er ikke beskrevet en handleanvisning for forebyggelse af fx. vægtøgning eller hvordan man skal forholde sig hvis borger får en allergisk reaktion.

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

Tyngden og kompleksiteten af opgaverne følges tæt af ledelsen. Døgnet planlægges, så der er relevante kompetencer på relevante tidspunkter af døgnet. Opgave fordelingen og -overdragelsen foregår ud fra kompetenceskemaerne. Ledelsen oplyser at det har været svært at rekruttere medarbejder, men der er fokus på at rekruttere medarbejdere med rette uddannelsesniveau. Samt at sikre opkvalificering af uuddannet personale. For at sikre en god introduktion af nye medarbejdere, får medarbejderne et 14 dages introduktionsskema (afkrydsningsskema), der løbende opdateres. Ledelsen fortæller, at man som ny medarbejder går med som "føl" til man er klar til at varetage opgaverne.

Medarbejderne oplyser at de er klar over egne kompetencer, og vil sige fra hvis de får en opgave de ikke er rustet til. De benytter kompetenceskemaer som er tydeligt beskrevet. Ved usikkerhed tages der samtale med sygeplejerske og ledelse så kompetencer kan opdateres om muligt.

De adspurgte gør rede for at de har kendskab til gruppens sammensætning og individuelle og samlede kompetencer.

### **Procedurer og dokumentation**

For at sikre at medarbejderne dokumenterer jf. FSIII/arbejdsgangene, oplyser ledelsen at der laves skemalagt journalaudit og løbende undervises i Nexus. Vidensdeling sker via Nexus møder/superbrugerne og sidemandsoplæring.

Medarbejderne oplyser at de dokumenterer via tilstandshjulet, hermed relateres også relevant. Medarbejderne ved hvor de kan finde arbejdsgangene og hvordan de skal tilgås.

Ved journalaudit, ses at der som udgangspunkt er relateret til relevante skemaer, men der er plads til forbedring. Det samme gælder for indsatsmål/handleanvisning. Det ses art der dokumenteres afvigelser i .obs og at .obs i de fleste tilfælde er lås.

under tilsynsførendes besøg, sås at borgerne fik den planlagte hjælp, samt det de havde behov for udover.

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

På Møllehøj har medarbejderne kendskab til de aktiviteter der er på stedet og de forsøger at motivere borgerne til at deltage, ved at fortælle om de gode og sjove oplevelser der er ved aktiviteterne. Der hvor borger har behov for hjælp og støtte til at deltage, deltager medarbejder gerne. Når der er specielle aftaler hos borgerne, noteres dette i aftaleskema, så andre medarbejdere kan se hvad der er aftalt i forhold til aktiviteten.

Ledelsen oplyser, at de har en aktivitetsmedarbejder ansat. Han sørger for at arbejde med borgerne individuelt og i grupper. Der laves ugekalender som vises på infoskærmene på centret. Her kan borgere og pårørende følge med i hvad der er sket via skriftlig information og Billeder fra aktiviteterne. De kan også se hvilke kommende aktiviteter der er planlagt.

Pårørende inviteres til diverse arrangementer ved højtider men også til fællesspisning mv.

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

Den ene borger oplyser, at den træning hun indtil videre har fået, er den hun får når hun sammen med medarbejderne går til og fra fællesområdet. Hun fortæller, at når den fysioterapeut der har været på barsel, kommer tilbage 1. marts, så er det planlagt at hun skal snakke med hende om træning, der forventer hun at fortælle om de behov hun har for at blive trænet. Den anden borger kan kognitivt ikke redegøre for det, med der ses i døgnrytmeplanen, at der beskrevet træning og mål for borger.

Medarbejderne har svært ved at redegøre for hvad de præcist gør i forhold til den vedligeholdende træning.

Ledelsen oplyser at der tilrettelægges træning af den enkelte borger, men at det sjældent dokumenteres i handleanvisninger.

Ved journalaudit ses at der i 3 ud af 4 tilfælde ikke er indsatsmål og handleanvisning for den vedligeholdende træning, der ligger i plejepakken.

### **Overdraget sygepleje**

Ledelsen redegør relevant for hvordan de sikrer, at relevante kompetencer er til stede, når der løses overdragede sundhedslovsindsatser. De enkelte medarbejder bliver oplært af sygeplejersken og det indskrives i kompetenceskemaerne

Medarbejderne redegør relevant for hvornår de må udføre en overdraget opgave og de oplever tryk ved at sige nej, til en opgave de ikke er oplært i.

Ved journalaudit ses det, at der som udgangspunkt ikke bliver relateret mellem de forskellige skemaer på sundhedslovsindsatser, der bliver ikke oprettet opgaver eller indsatser til opfølgning i faglig planlægning i 4 ud af 4 journalgennemgange. Der er i 2 ud af 4 journaler, ikke oprettet indsatsmål og handleanvisninger på alle de overdragede opgaver og på nogle af dem der er, fremgår det ikke om opgaven er overdraget. Det ser ud til at der ikke systematisk arbejdes med FSIII modellen jf. dokumentation i driften

## 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.

#### OPFYDELSE 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.

#### OPFYDELSE 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.