

# Tilsynsrapport

## Strandcentret Plejecenter

Center for Sundhed og Pleje  
2021

### Formål

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

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

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

### Forord

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

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

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

Sidste del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer og ved gennemgang af dokumentation. Det er et omfattende materiale med konkrete oplysninger, som kan anvendes i det videre udviklingsarbejde.

De nærmere begrundelser bag vurderingsprincipper er beskrevet i proceduren for uanmeldte kommunale tilsyn i Greve Kommune.

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

# Fakta om tilsynet

## Leverandør

Strandcentret Plejecenter

## Leder

Connie Vejlø

## Dato

8. september 2021

## Tilsynstype

ordinært uanmeldt tilsyn

## Datagrundlag og metodik

Tilsynet omfatter borgere med forskellige behov,

Data er indsamlet via:

- Dokumentation via omsorgssystemet Nexus, procedurer, arbejdsgange, handleplaner for kvalitetsforbedringer samt kompetenskemaer og plejeenhedens egen kvalitetsvurdering samt eventuelle handleplaner.
- Interview: 2 borgere, som har givet tilsagn om at blive interviewet, 2 medarbejdere, samt plejecenterleder, 3 gruppeledere, 1 ergoterapeut, 1 sygeplejerske
- 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.

Jf. oversigten er der i alt 89 borgere tilknyttet Strandcentret og Grønlykkeparken på tilsynsdagen. Tilsynet er gennemført over 1 hverdag.

## Tilsynspersoner

Troels Lundholm Dam

Janne Myhlendorph

# Samlet tilsynsresultat

## Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for Strandcentret Plejecenter:

## 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 temani-veau, hvor der er fundet eventuelle mangler eller kritisable forhold.

## Styrker

Tilsynsførende oplevede en god velkomst, trods hele centret var travlt optaget med at borgere og medarbejdere skulle på tur ud af huset og derfor være klar til afgang.

Det skal bemærkes at tilsynspersonerne ikke har observeret medarbejderne under morgenplejen af borgerne, da alle borgere var oppe tidligere end tilsynspersonernes ankomst, grundet tur ud af huset for beboerne.

Borgerne oplevede, at det var dejligt at bo på Strandcenteret, en følte endda at hendes livskvalitet var steget efter indflytning. Borgerne føler tryghed ved personalet. Borgernes bolig fremstod rene og ryddelige.

I forbindelse med medarbejderinterview, udtrykker begge medarbejdere stor tilfredshed med deres daglige virke på Strandcenteret. De udtrykker også stor tilfredshed med ledelsen, og føler at de altid har deres opbakning, hvilket giver stor tryghed i arbejdet. Medarbejderne er bekendt med rolle- og ansvarsfordelingen. De kender egne kompetencer og er trygge ved at sige fra.

Der er en klar følelse af en ledergruppe, der har et godt, og at de har et tæt samarbejde på tværs af grupperne, med fælles fokus på at arbejde i samme retning. De holder ugentlige møder, for at sikre opgaver og kompetencer hænger sammen og fordeler dem på tværs af centret.

I forhold til dokumentation, er det tydeligt at der arbejdes med personcentreret omsorg. Dette ses i udfyldte generelle oplysninger og døgnrytmeplaner der fint beskriver borgerens behov, ønsker og dagligdag. De opdateres ved ændringer eller hvert ½ år.

### **Forbedringsområder på tilsynets anbefalinger**

De tilsynsførende oplever, at den gode praksis for dokumentation ved sidste tilsyn er videreført. Der er dog stadigvæk plads til forbedring i forhold til den daglige dokumentation. Et eksempel er at dokumentation i .observationer i flere tilfælde skulle have været anført i indsatsmål/handleanvisning jævnfør gældende arbejdsgang for dokumentation i driften.

Ved journalgennemgang ses, at der konsekvent ikke oprettes indsatsmål og handleanvisninger på indsatsen omhandlende vedligeholdende træning, ligeledes findes dokumentationen af den rehabiliterende indsats heller ikke 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 konsekvent ingen 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.

# Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

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

<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
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 få bemærkninger
Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering	Kritisable forhold
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 tilsynstemaer

## **Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet**

De to borgere der blev interviewet, er generelt tilfredse med at bo på Strandcentret. De oplever at blive inddraget i processen omkring den hjælp de har behov for i det daglige. For den ene borgers vedkommende oplevede hun generelt en højere grad af trygheden ligesom at hendes livskvalitet var forbedret.

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

Borgerne oplever at kunne snakke med personale og/eller med familie, om de svære tanker og eventuelle ønsker ved livets afslutning. Medarbejderne/centersygeplejerske, oplyser, at der ved indflytnings samtalen med borger og pårørende, tages fat på spørgsmålet om den sidste tid men, at der også er respekt for dem der har behov for at vente til både borger og pårørende er trygge i de nye rammer.

Medarbejderne oplyser at det primært er centersygeplejerskerne, der har ansvaret for den terminale borger, og at al pleje foregår i tæt samarbejde og dialog med sygeplejersken, og at tilsyn hos den terminale borger optimeres, alt efter behov.

Ledelsen oplyser at centersygeplejerskerne har et tæt samarbejde med alle faggrupper og sikrer at de rette ressourcer er til stede i pasningen af den døende borger. Endvidere at pårørende har mulighed for at overnatte i boligen hos den terminale så tryghed og nærvær sikres.

For at sikre at de involverede medarbejdere har de rette kompetencer samt er opdaterede i forhold til arbejdsgang og metode, er der fokus på at alles kompetencer løbende bliver udviklet og holdt ajour. I denne forbindelse er der fokus på den enkeltes kompetenceprofil/skema.

### **Trivsel og relationer**

De interviewede borgere oplever generelt personalet som nærværende og lydhøre. Endvidere at de for det meste er nemme at komme i kontakt med, men at det godt kan fornemmes, når der er travlt i bo miljøerne.

Den ene af de interviewede borgere mener bestemt, at hendes pårørende har et godt forhold til personalet, og at de har nemt ved at komme i kontakt med dem, både telefonisk med også ved besøg.

Ledelsen oplyser, at beboernes trivsel understøttes med udgangspunkt i personcentreret omsorg. Der er dagligt fokus på de enkelte beboere og deres trivsel i forbindelse med tavlemøder og triagering. Når borgere opleves at mistrives rettes der ekstra fokus på dem. Synlighed og gruppedynamik har ligeledes høj prioritet.

Der afholdes en måned efter indflytning opfølgende samtaler med borgere og pårørende for at styrke samarbejdet. Borgerne har hver især en kommunikationsbog liggende i deres bolig, hvor personale og pårørende kan notere spørgsmål og beskeder. Herudover sørger personalet for at hjælpe med at lave telefonopkald og videokald ved behov. De pårørende kan altid komme og besøge borgerne på centret og bliver løbende inviteret med til relevante aktiviteter. Der er ligeledes oprettet en e-mail-gruppe for pårørende, hvor der udsendes billeder og beskeder. I borgernes bolig lægges der ligeledes printede billeder af forskellige tiltag og aktiviteter, hvis borgerne ønsker det. Endelig udkommer aktivitetsfolderen "Strandnyt" jævnligt. Folderen informerer om, hvad der sker på centret.

I komplekse forløb laves der ugentlige tryghedsskabende opkald til pårørende. Med udgangspunkt i personcentreret omsorg opnår den enkelte medarbejder et indgående kendskab til beboerne. Oplysningerne dokumenteres i døgnrytmeplanen således at alle medarbejdere kan opnå den nødvendige viden forud for kontakt til borgeren. Oplysningerne gennemgås mindst hver 6. måned.

### **Målgrupper og metoder**

Borgerne oplever, at der bliver taget højde for dem og deres samlede situation, og individuelle ressourcer inddrages i de aktiviteter der tilbydes.

Ledelsen gør rede for, at der arbejdes indgående med faglige metoder og arbejdsgange, herunder personcentreret omsorg, for at imødekomme borgere med kognitive funktionsnedsættelser.

Medarbejderne oplyser, at de finder oplysninger om tilgang til borgere i døgnrytmeplan, handleanvisninger samt .observationer. Ligeledes at de søger viden om generelle procedurer på f.eks. VAR-portalen.



### **Forebyggelse af magtanvendelse**

Ledelsen oplyser, at de, for at sikre forebyggelse af magtanvendelse, benytter personcentreret omsorg, Socialstyrelsens videns folder, samt risikotavler. De sikrer at alle medarbejdere har kendskab til arbejdsgangen der ligger i Nexus, samt at de inddrager relevante samarbejdspartnere som for eksempel demenskoordinatorer. Ved særlige forløb, inddrages VISO. Det prioriteres at bruge fast personale i videst muligt omfang og der hænger plancher om procedurer i grupperummene.

Medarbejderne oplyser, at de er klar over, hvor procedurerne for magtanvendelse ligger i Nexus, at de er opmærksomme på borgernes selvbestemmelsesret, og at de ved at de skal respektere når borgerne siger nej til noget. De oplyser at de med det øvrige personale i gruppen har et tæt samarbejde og reflekterer og sparre med dem om de konkrete borgere. De oplyser, at det er meget sjældent at de anvender magt, og at de ved at magt skal indberettes.

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

Borgerne oplever, at personalet har fokus på eventuelle ændringer i deres tilstand. Ledelsen, herunder gruppeledere, gør hver især rede for hvordan de arbejder med tidlig og kontinuerlig opsporing af ændringer i borgernes tilstand, ved hjælp af diverse metoder herunder ISBAR, Braden, TOBS, HUSK mv. Information fra de enkelte scoringsredskaber anføres på de enkelte gruppers risikotavler, som dagligt gennemgås og opdateres. I forbindelse med journalgennemgang er det tydeligt, at personalet noterer ændringer i en .Obs, som løbende opdateres i forbindelse med forværring, bedring, tiltag mv. Når ændringer er tilbage til normal eller stabil låses den tilhørende .Obs.

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

Borgerne oplever, at der er opmærksomhed på deres tilstand, og at der fokus på, at de får spist og drukket, så de ikke taber sig.

Medarbejderne oplyser, at de dagligt har fokus på forebyggelse gennem kendskab til borger, og at ændringer dokumenteres i .Obs.

Ledelsen oplyser, at de benytter TOBS, Braden, risikotavler, ISBAR, triagering, i sikre hænder og faldudredning i det forebyggende arbejde. De oplyser endvidere, at der er fokus på dysfagi, samt at de har ansat en diætist, der hjælper med at have fokus på kosten i samarbejde med medarbejderne og køkken.

Ved journalgennemgang ses eksempler på, at der hos en borger er beskrevet faldepisoder flere gange, men der er ingen handleanvisning der beskriver hvilke tiltag der er gjort for at undgå yderligere fald. Der ses en del oplysninger i .Obs der bør være beskrevet i handleanvisninger, bl.a. omkring vægt og indtag af måltider, håndtering af borgers inkontinens.

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

Ledelsen oplyser, at de har ugentlige drift møder, hvor der ses på ressourcefordelingen på tværs af huset. Dette både i forhold til timer og kompetencer.

Ledelsen oplyser, at det er svært at rekruttere faglært personale, derfor har de stort fokus på side-mandsoplæring, temadage og opfølgning på kompetencer hos alle faggrupper. Der er også undervisning ved plejehjemslæge. Til nye medarbejdere er der endvidere udarbejdet en introduktionsplan og alle nye bliver tilknyttet en mentor. Hos alle elever er der opsat læringsmål, der skal opfyldes i elevtiden. Der stiles mod så god en elevtid som mulig, for omtale og eventuel lyst til senere ansættelse.

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**

Ledelsen oplyser, at de benytter sig af dokumentation i driften og journal audit, hvor man efterfølgende samler op på fejlagtig dokumentation med medarbejderne.

Ledelsen oplyser, at medarbejderne er glade for at bruge tablets og til dokumentation.

Ved interview med medarbejderne, havde de ikke kendskab til dokumentet dokumentation i driften, men de kunne redegøre for hvor de skulle dokumentere. I tvivlstilfælde oplyser de at have god gavn af kollegial sparring.

I forbindelse med journalgennemgang observeres det, at der i 5 ud af 6 tilfælde er dannet relation mellem relevante indsatser og skemaer. I et enkelt tilfælde, er en væsentlig aktivitetsbeskrivelse ikke relateret. Den indeholder vigtig information, som burde være beskrevet i en funktionsevnetilstand, i døgnrytmeplan samt i generelle oplysninger.

Ledelsen oplyser, at de afholder sygepleje/assistent møde med gruppeleder, hver 4 uge iht egen procedure om opfølgning på overdragede sygeplejeindsatser.

I forbindelse med opgaver til opfølgning på servicelovsindsatser, er det tydeligt at personalet ikke har for vane at oprette disse, da dette ikke er gjort i 6 ud af 6 tilfælde.

Afvigelser fra de socialfaglige indsatser er dokumenteret, dette gør sig også gældende i generelle oplysninger, der alle er udfyldt med relevante oplysninger der giver et godt billede af borgernes liv, ressourcer og problematikker. Medarbejderne oplyser at de laver opfølgning hver 6. måned.

Med lidt ledende spørgsmål, ved de ved hvor de kan finde mål og formål fastsat af Myndighed.

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

borgerne har ikke kendskab til mål for træningsindsatser.

Ledelsen oplyser at de arbejder ud fra et rehabiliterende sigte i det daglige arbejde. Dette gør de ved at medarbejderne i deres arbejde dagligt har fokus på at medinddrage borgerne og lade borgeren bruge de ressourcer han/hun besidder.

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

Borgerne oplyser, at personalet forsøger at motivere dem til aktivitet, som passer til deres ressourcer og interesser.

Medarbejderne oplyser, at de har fokus på at sætte mål for træning, dette beskriver de i døgnrytmeplan eller .Obs. Samt at de inddrager borgeren i dagens daglige aktiviteter, ud fra den enkeltes ressourcer.

Et eksempel er, at en medarbejder har sikret et gps ur, til en borger med Alzheimer, der har dyrket løb til hun var 90 år, så borger kan få indarbejdet en kort rute om plejecenteret, som hun selvstændig kan gå og dermed får en følelse af tidligere funktioner.

Ledelsen oplyser, at der arbejdes indgående med den rehabiliterende tilgang, men erkender at dokumentationspraksis skal være mere tydelig og præcis.

Ved journalgennemgang findes der hverken indsatsmål eller handleanvisninger på den vedligeholdende træningsindsats. Hvis der er beskrevet noget om vedligeholdelse af fysisk/mentale funktioner, er det ofte meget overfladisk og kan gælde for alle borgere.

### **Overdraget sygepleje**

Medarbejderne oplyser, at de ved hvilke opgaver de er oplært i og har fået overdraget. De oplyser at de føler sig trygge ved at sige fra, hvis der er en opgave de ikke er så sikker i. Når de er oplært i en opgave, dokumenteres det i deres kompetenceskema.

Ledelsen/sygeplejerske sikre at de rette kompetencer er til stede, ved at oprette kompetenceskemaer på medarbejderne, når de er oplært i noget nyt. Hermed fremgår det hvem der har hvilke kompetencer og hvem der mangler at blive oplært i en given opgave.

Ved gennemgang af journaler ses det, at der mangler tydelighed i forhold til om en ydelse er delegeret og til hvilken faggruppe. Der oprettes konsekvent ikke opgaver til opfølgning på de delegerede ydelser. Endvidere mangler der instrukser om opgaven på flere af de delegerede ydelser, ligesom der nogle gange også mangler relations dannelse til div. skemaer, mål og handlingsanvisninger. Der er i en journal en beskrivelse af at der er ½ årlig gennemgang, men det er ikke klart hvad det dækker over. Der ses enkelte handlingsanvisninger der ikke er opdateret, og der er sygeplejeindsatser som ikke er relateret til mål og handleanvisninger. Man bliver i tvivl om hvorfor indsatsen er sat på og formålet med den.

## Vurderingsprincipper

De 6 overordnede målområder 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. Antallet af borgere, der indgår i tilsynet, er som ovenfor beskrevet 20 borgere. I forhold til det enkelte målepunkt, kan antallet af relevante være mindre end 20, idet nogle borgere ikke modtager en ydelse, ikke kan deltage i interview, at indikatoren ikke er relevant for borgeren samt lignende vilkår. b. Et enkelt fund kan være fuld dokumentation for, at eksempelvis en instruks for en delegeret opgave foreligger. I så tilfælde markeres med Opfyldt. Såfremt der er mangler, markeres med Delvist Opfyldt, og såfremt der er betydelige mangler eller instruksen ikke foreligger markeres med Ikke Opfyldt. c. For enkelte indikatorer er opfyldelsesprocenten angivet samlet for stikprøverne.

### OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 2: VURDERING AF DEN ENKELTE INDIKATOR

Indikatorvurderingen sker ud fra 3 kategorier: Helt Opfyldt, Delvist Opfyldt eller Ikke Opfyldt. Indikatoropfyldelsen vurderes på baggrund af beskrivelserne af de positive og negative fund i stikprøverne samt den kvantitative målopfyldelse. En kvantitativ målopfyldelse på over 75% giver mulighed for at indikatoren kan vurderes som Helt Opfyldt. Analysen af de kvalitative fund er afgørende, idet få

negative fund kan have betydning for borgerens helbredsmæssige sikkerhed og/eller retsstilling. Der kan derfor være indikatorvurderinger, som er " Delvist Opfyldt" eller måske "Ikke Opfyldt", selvom de kvantitative data viser målopfyldelse på over 75%. Begrundelsen vil i så fald fremgå af rapporten. Alvorlige fejl og mangler indebærer alvorlige konsekvenser for borgeren. Det omhandler forhold, hvor der ikke er sammenhæng mellem borgerens behov og de tildelte eller leverede ydelser eller der eksempelvis konstateres sundhedsskadelige hygiejniske forhold i hjemmet med alvorlig risiko for borgerens helbred. Det kan tillige omhandle forhold hvor kvaliteten i den personlige pleje medfører risiko for borgerens helbred eller hvor borgeren er udsat for dokumenterbare alvorlige krænkelse i forhold til personlige grænser.

#### OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 3: VURDERING AF DET ENKELTE MÅL

Målopfyldelsen vurderes på baggrund af resultaterne fra de enkelte indikatorer sammenholdt med kravene i lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Vurderingskategorierne er: Godkendt, Godkendt med få bemærkninger, Godkendt med mangler eller Kritisable forhold.

#### OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 4: DET SAMLEDE TILSYNSRESULTAT

Det endelige tilsynsresultat vurderes på baggrund af resultaterne fra de 6 målområder sammenholdt med kravene i lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Vurderingskategorierne er: Godkendt, Godkendt med få bemærkninger, Godkendt med mangler eller Kritisable forhold.