

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

10-11-2022

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 to afdelingsledere.
- 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

De tilsynsførende oplever en fin modtagelse på tilsynsdagen. Ledelse og medarbejdere fik hurtigt justeret således, at tilsynet kunne afvikles uden at driften blev alt for påvirket.

Begge de interviewede borgere oplever det trygt og rart at bo på Møllehøj. De føler at de har gode relationer personalet, og finder begge at deres livskvalitet er intakt om end behovet for hjælp

Begge de interviewede medarbejdere føler sig godt tilpas i forhold til deres arbejdsopgaver, og de er bekendte med rolle- og ansvarsfordelingen i deres teams.

Ledelsen har et tydeligt fokus på at borgernes trivsel understøttes gennem personcentreret omsorg. Desuden at personalet skal arbejde med et rehabiliterende sigte og høj grad af borgerinddragelse.

I forhold til dokumentationen i omsorgssystemet er det forsat tydeligt, at der arbejdes med udgangspunkt i principperne for Personcentreret omsorg.

I forhold til det seneste tilsyn i 2021 er det tydeligt, at der er blevet arbejdet med den handleplan der i sin tid blev udarbejdet. Særligt på temaet omhandlende overdraget sygepleje.

Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger

Forbedringsområder og anbefalinger for de tilsynsystemer der kræver opmærksomhed er opstillet nedenfor:

Procedurer og dokumentation:

- Der er behov for der fokuseres på at "Generelle oplysninger" gennemgås for tilsynsstedets beboer og udfyldes og opdateres i de tilfælde det ikke er gjort. Tilsynsstedet oplyser at det systematisk gennemgår alle borgerjournaler hvert halve år og tilpasser fejl og mangler. Tilsynet anbefaler dog forsat at der ses på en fast procedure der skal sikre at oplysningerne indsamles og indskrives tidligt i forløbet, og at de løbende opdateres om nødvendigt.
- Der er behov for at ledelsen har fokus på at medarbejderne endnu større kendskab til dokumentationspraksis på deres ansvarsområde, og de ved hvor de finder relevant arbejdsgang for dokumentation i driften.

Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter §86:

- Ved seneste tilsyn, 16/2-2022, blev det anbefalet at tilsynsstedet udarbejdede en handleplan omhandlende dokumentationspraksis for den visiterede indsats, vedligeholdende træning. Det ser ikke ud til at planen er effektueret eller er slået igennem, hvorfor det på ny anbefales at tilsynsstedets ledelse retter fokus herpå. Konkret handler det om at der oprettes indsatsmål for indsatsen og at tilgangen beskrives i en handleplan. Dette kan for eksempel være i en handleplan.

Overdraget sygepleje:

- Tilsynet anbefaler at tilsynsstedet genbesøger dokumentationspraksis for tilsynstemaet og sørger for at ajourføre handleanvisninger og indsatsmål i forhold til de gældende aftaler. Det er væsentligt at påpege at det drejer sig om enkelte fejl fordelt på flere spørgsmål der tilsammen giver resultatet. Tilsynet vurderer at det vil kræve en relativ lille indsats at rette op på temaets fejl/mangler.

Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

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

Tilsystema	
Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet	Godkendt
Pleje af borgere ved livets afslutning	Godkendt
Trivsel og relationer	Godkendt med få bemærkninger
Målgrupper og metoder	Godkendt
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 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

Begge borgere oplyser, at de oplever livskvalitet på trods af deres behov for hjælp i det daglige. Endvidere at de i høj grad føler sig inddragede i tilrettelæggelsen af hjælpen.

I forbindelse med besøget hos borgerne, er det tydeligt at borgerne bliver set og hørt i forhold til den hjælp de skal modtage. Tonen er imødekommende og det er tydeligt at personalet kender til borger og dennes behov og livssituation.

Medarbejderne gør rede for at hjælpen planlægges og udføres i forhold til den enkelte borgers behov og ressourcer. Borgernes egne evner inddrages i de situationer det er muligt. Endvidere sørger personalet for at orientere sig i døgnrytmeplaner forud for borgerbesøgene, så de sikrer sig at de leverer den rette hjælp på den rette måde.

Der er ledelsesmæssigt fokus på at personalet opfylder de aftaler der er i forhold til udarbejdelse og opdatering af døgnrytmeplanerne. Desuden at kontaktpersonordningen er velfungerende, og at der i videst muligt omfang kommer faste personaler hos de enkelte borgere.

Pleje af borgere ved livets afslutning

Begge borgere oplyser, at de umiddelbart er trygge ved personalet, og at de kan snakke med dem om det meste. Den ene borger har dog ikke gjort sig tanker om den sidste tid, og den anden borger føler at hun i højere grad vil tale med personer tættere på sig om den tid, når den kommer.

Ledelsen oplyser, at det typisk er sygeplejerskerne der tager de indledende samtaler med borgere og pårørende om den sidste tid i livet på plejecenteret. Endvidere at pjecen "de sidste levedøgn" udleveres, når tiden er til det.

For at sikre at de rette kompetencer er til stede når borger træder ind den sidste fase af livet, er der ledelsesmæssigt fokus på at alle personaler løbende udvider deres kompetencefelt på området og at det fremgår at kompetenceskemaerne. Endvidere er der fokus på at styrke samarbejdet faggrupperne imellem.

Begge medarbejdere gør rede for, hvor de kan finde information i Nexus om hvorvidt der er taget stilling til om borgerne skal modtage livsforlængende behandling. Endvidere at det

også fremgår af triage-tavlerne, samt at der ligger info i de forskellige boliger i aflåste skabe.

Ved spørgsmålet om, hvor der kan findes informationer i Nexus om borgers ønsker til den sidste tid har begge personaler svært ved at redegøre for dette.

Trivsel og relationer

Begge de interviewede borgere oplever, at det er nemt at komme i kontakt med personalet, at personalet er gode til at møde og inddrage pårørende, når det er ønsket, og at samarbejdet generelt er tilfredsstillende.

Medarbejderne oplyser, at de sikrer deres kendskab til borgerne og deres individuelle ønsker og behov ved at gennemgå og løbende opdatere døgnrytmeplaner/handleanvisninger. Desuden at de har fokus på at understøtte borgerne i at deltage i diverse aktiviteter på centret ved at have kendskab til deres interessefelt.

Ledelsen redegør for, at borgers trivsel sikres med udgangspunkt i Tom Kitwood's metode "Personcentreret omsorg". Pårørende inddrages ved invitationer til informationsmøder, pårørendearrangementer, fællesspisning mv. Desuden at stedets aktivitetsmedarbejder arrangerer og understøtte et stort antal aktiviteter for beboerne.

Der udarbejdes aktivitetskalender så pårørende kan følge med i hvad der sker og når der er tilbud om deltagelse.

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 har oplevelse af, at medarbejderne tilrettelægger den hjælp de skal modtage, så den passer til deres særlige behov og tager højde for den livssituation, som de befinder sig i.

Medarbejderne oplyser at arbejdet med beboere med kognitive udfordringer er forankret i "Personcentreret omsorg". Til dokumentation af borgernes behov og daglige rutiner benytter de handleanvisning/døgnrytmeplan.

Ledelsen gør rede for at "Personcentreret omsorg", er omdrejningspunktet for tilgangen til borgere med kognitive udfordringer, men også for centerets øvrige beboere. Der tages udgangspunkt i den enkelte borger og dennes behov, og der stilles krav om at der dokumenteres i døgnrytmeplanen, så det sikres at alle medarbejdere ved hvordan borger skal tilgås.

Ved gennemgang af fem borgerjournaler ses det at, der i et ud af fem tilfælde er placeret oplysninger om plejebenhov mv. i tilstandene, og at der i et ud af fem tilfælde ikke er relateret korrekt, hvilket gør det svært at finde døgnrytmeplanen via tilstandsoverblikket. Øvrige gennemgange med dette fokus er uden bemærkninger.

Forebyggelse af magtanvendelse

Det er tilsynets vurdering, at ledelse og medarbejdere har god og præcis forståelse for magtbegrebet og omsorgsforpligtelsen. Borgernes valg respekteres som udgangspunkt altid. Der bliver relevant redegjort for hvilke tiltag, der bliver afprøvet før der bliver tale om at benytte magt. Der benyttes umiddelbart sjældent magt på tilsynsstedet.

Ved gennemgang af de fem borgerjournaler findes der ikke grundlag for bemærkninger.

Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand

Borgerne oplyser at medarbejderne er meget opmærksomme på, når der evt. er ændringer i deres helbredsmæssige tilstand og der bliver handlet relevant herpå.

Medarbejderne er opmærksomme på at spørge ind til borgerens helbred, funktioner og følge op på problematikker fra tidligere. Borgerne gennemgås dagligt på triage-møder. Medarbejderne redegør for at de benytter relevante faglige metoder til monitorering af borgerne, herunder ernæringscreening, TOBS, HUSK, triagering og Braden mm.

Ledelsen fortæller, at der arbejdes systematisk med opsporing og opfølgning på borgernes fysiske og psykiske tilstande herunder ved brug af faglige metoder og redskaber, som præciseret af medarbejderne.

Ved journalaudit, ses at der dokumenteres korrekt i .obs, når der observeres ændringer i helbred og funktion hos borgerne.

Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Borgerne oplever, at medarbejderne er opmærksomme på at forebygge potentielle forringelser af deres helbred. Dette f.eks. ved at have fokus på væske og mad indtages løbende, hvilket umiddelbart er det de selv finder relevant for deres situation.

Begge medarbejdere oplyser, at de dagligt har fokus på en forebyggende tilgang til borgerne. Dette ved at handle ud fra de resultater som de faglige metoder giver dem. Dette kan f.eks. være at sørge for væske og mad, vndereregime ved mistanke om potentielle vævsskader mv.

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

I forbindelse med journalgennemgang findes der ikke anledning til bemærkninger til tilsystemaet.

Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold

Ledelsen gør rede for at kompetenceskemaerne spiller en meget stor rolle i arbejdet med at sikre at de rette kompetencer hele tiden er til stede, når opgaver skal løses. Dette også på tværs i huset i perioder med fravær eller rekrutteringsudfordringer.

Nye medarbejder følger en fastlagt introduktionsplan og knyttes til en erfaren medarbejder i introduktionsperioden.

Medarbejderne oplyser at de har helt styr på egne kompetencer, og at de til enhver tid kan sige fra overfor en opgave som de ikke føler sig rustet til. De benytter kompetenceskemaer som er tydeligt beskrevet.

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

Procedurer og dokumentation

For at sikre korrekt dokumentation jf. FSIII/arbejdsgangene, oplyser ledelsen at der løbende undervises i Nexus. Vidensdeling sker via undervisning afholdt af superbrugerne, på personalemøder og via informationsbreve.

Medarbejderne har kendskab til almen dokumentationspraksis. De har dog svært ved at redegøre for konkrete arbejds gange samt hvor de kan findes.

Ved gennemgang af borgerjournalerne ses det, at der i store træk dokumenteres efter forskrifterne. Der er relateret korrekt mellem de forskellige skemaer på servicelovsindsatserne, og afvigelser fra de vanlige indsats er dokumenteret under .obs. Ved gennemgang af generelle oplysninger ses det dog at 3 ud af 5 skemaer er mangelfulde, da kun afsnittet om helbredsoplysninger er udfyldt.

Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering

Medarbejderne på Møllehøj har kendskab til de aktiviteter der er på stedet og de forsøger at motivere borgerne til at deltage. Der hvor borger har behov for hjælp og støtte til at deltage, deltager medarbejderne sammen med borger.

Særlige aftaler hos borgerne, noteres korrekt i aftaleskemaet i Nexus.

Tilsynsstedet har en aktivitetsmedarbejder ansat. Han sørger for at planlægge og afholde aktiviteter afstemt til borgernes behov. Der udarbejdes løbende oversigter over planlagte aktiviteter og tiltag så beboere og pårørende kan følge med i hvad der kommer til at ske.

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

Både ledelse og medarbejdere gør rede for, at der arbejdes med rehabiliterende sigte hos alle borgere, således at deres ressourcer inddrages i den hjælp der tilbydes med henblik på at vedligeholde deres funktionsniveau. Dette er også tilsyns opfattelse.

Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

I forbindelse med gennemgang af borgerjournaler samt interview af ledelsen på tilsynsstedet, vurderer tilsynet at tilsynsstedet ikke har en entydig arbejdsgang for hvordan der arbejdes med den bevilgede indsats.

Personale og ledelse kan dog redegøre for at de i handling arbejder med at vedligeholde borgernes ressourcer og fysiske funktioner.

Overdraget sygepleje

Overordnet set lever tilsynsstedet op til de aftaler der er på området for dokumentation af overdragede sygeplejer opgaver. Ved gennemgang af 5 borgerjournaler ses det dog at der i 1 ud af 5 tilfælde ikke er oprettet handleanvisning for den overdragede ydelse. Desuden at det i 2 ud af 5 tilfælde er uklart beskrevet hvem opgaven er overdraget til og hvem der varetager den.

Ovenstående er en klar forbedring siden seneste tilsyn gældende for 2021.

Med hensyn til kompetenceforhold mv. beskriver både medarbejdere og ledelse, at alle medarbejdere er bevidste om kompetenceforhold, at de er trygge ved at tage opgaver samt sige fra, og at det samlede kompetenceoverblik findes i de opdaterede kompetenceskemaer.

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 "Deltvist 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.