

**Tilsynsrapport**  
**Hedebo**  
**Rehabiliteringscenter**  
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

Hedebo Rehabiliteringscenter  
Degnestræde 1  
2670 Greve

## Leder

Christina Giarbini

## Dato

18-06-2021

## 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.
- Interview: 2 borgere, som har givet tilsagn om at blive interviewet, 2 medarbejdere samt Centerleder, gruppeleder og sygeplejersker/superbrugere.
- 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 32 borgere tilknyttet Hedebo, heraf afventer 7 borgere en anden bolig.

Tilsynet er gennemført over 1 hverdag.

## Tilsynspersoner

Troels, fagkoordinator fra Myndighed i Center for Sundhed og Pleje  
Miriam, udviklingskoordinator fra Myndighed i Center for Sundhed og Pleje

# Samlet tilsynsresultat

## Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for Hedebo Rehabiliteringscenter:

# Godkendt

## Kategorier

### Godkendt

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

### Godkendt med få bemærkninger

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

### Godkendt med mangler

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

### Kritisable forhold

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

# Opsummering af styrker og forbedringsområder

I skemaer herunder vises en opsummering af begrundelser for tilsynsresultatet. For det første beskrives de styrker, som tilsynet har konstateret er til stede. For det andet beskrives det på temaniveau, hvor der er fundet eventuelle mangler eller kritisable forhold.

<b>Styrker</b>
<p>Hedebo er præget af en lys og rar atmosfære Særligt caféen om fællesområderne deromkring er indrettet hyggeligt.</p> <p>Der er god plads til borgerne og mindre kroge både inde og ude. Der er gode muligheder for aktiviteter med diverse spil og træningssalen. Opslag minder én om, at der foregår aktiviteter som gåture og lignende. På grund af pandemien har mange aktiviteter været lukket ned, men der er planer om, at der skal genåbnes for flere aktiviteter på Hedebo.</p> <p>Det er tydeligt, at der har været arbejde med mange områder inden for tilsynets temaer det sidste år. Særligt har der været fokus på information om køkkenets tilbud samt dokumentationen jævnfør FSIII.</p> <p>Ledelsen har fokus på at udgangspunkt for plejen og tilgangen til alle borgere er personcentreret omsorg</p>
<b>Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger</b>
<p>På Hedebo er det ikke muligt at lave analyser af hvilke indsatser, der løses af sygeplejersker og hvilke indsatser, der løses af pleje-gruppen. Der er ikke oprettet eller der bruges ikke leverandøren Hedebo Centersygeplejersker, ligesom der benyttes på plejecentre på plejecentrene i kommunen.</p> <p>Tilsynsførende anbefaler, at det bliver muligt at se og lave analyser af hvilke sundhedslovsindsatser, der er overdraget og hvilke der ikke er.</p> <p>Indsatsmål, handlingsanvisning og .observationer bør følge hinanden. Der er lige nu ikke en tydelig rød tråd i dokumentationen, hvilket kan give tvivl om, hvad man arbejder efter og hvordan hjælpen skal tilrettelægges.</p> <p>Tilsynsførende anbefaler, at der kommer fokus på, at der er en rød tråd i dokumentationen, da det letter overblikket over borgerens forløb og den aktuelle situation.</p> <p>Nogle få borgere mangler samtykkeerklæringer.</p> <p>Tilsynsførende anbefaler, at borgerne på Hedebo bliver gennemgået, så det sikres, at borgeren har taget stilling til samtykke.</p> <p>Øvrige anbefalinger er lagt ind under de enkelte tilsynsområder nedenfor.</p>

# Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

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

Tilsynstema	
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
Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering	Godkendt med mangler
Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86	Godkendt
Overdraget sygepleje	Godkendt med mangler

# Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentarer til de enkelte tilsynstemaer

## **Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet**

Borgerne er tilfredse med graden af selvbestemmelse og den måde de bliver inddraget i planlægning af dagen og udførelsen af plejen.

Medarbejderne arbejder ud fra en personcentret tilgang og tager udgangspunkt i dokumentationen, så det sikrer medarbejderne er god baggrundsviden om borgerens situation og behov.

Ledelsen deltager delvis i aftenvagter én gang hver måned for at sikre at alle medarbejdere kender til det niveau som ledelsen ønsker for borgerens oplevelse af selvbestemmelse og livskvalitet.

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

På Hedebo bliver situationen omkring borgerens sidste tid og borgerens ønsker drøftet når borgeren ønsker det og borgeren er i en situation, hvor det er relevant.

Når der bestilles ophold til klinisk dårlige borgere, bliver der altid inddraget samarbejdspartnere, så spørgsmål om livsforlængende behandling bliver afklaret.

## **Trivsel og relationer**

Borgerne oplever, at der er højt serviceniveau på Hedebo og at samarbejdet mellem borger og medarbejder er rigtig godt. Borgerne oplever ligeledes, et passende og inddragende samarbejde med deres pårørende.

Medarbejderne har en inddragende tilgang til borgerne og er opmærksomme på borgerens ønsker og behov. Dialogen mellem borger og medarbejder foregår i en respektfuld og indlevende dialog.

Medarbejderne har fokus på at tilbyde borgerne deltagelse i aktiviteter mens der er på Hedebo. De observerer om der er relationer, som kan fremmes mellem borgerne og nogle borgere bibeholder relationen også efter de er taget hjem fra Hedebo.

Når der er møder på Hedebo vedrørende status og plan for at komme hjem eller i øvrigt for borgerens fremtid, bliver de pårørende inddraget i den udstrækning borgeren ønsker det. Der er generelt stort fokus på at inddrage pårørende, som er velkomne på Hedebo.

Dokumentation af Aftaler med pårørende, aftaleskema, borgers retstilling og samtykke erklæringer er stort set udfyldt korrekt.

#### **Målgrupper og metoder**

På Hedebo bliver der arbejdet ud fra relevante faglige metoder, som tager højde for den situation borgeren befinder sig i, både i forhold til fysiske og psykiske funktionsnedsættelser.

Hedebo er i proces i forhold til at følge FS3 dokumentationsmetoden. Det er fortsat oplysninger, som enten bliver dobbelt-dokumenteret eller for eksempel kun bliver dokumenteret i døgnrytmeplaner, men som bør dokumenteres andre steder. Det er årsag til, at det kan tage længere tid at finde relevante oplysninger i journalen.

Det er i flere journaler svært at få øje på den rehabiliterende tilgang og målsætning i de handleanvisninger som udfyldes blandt andet i døgnrytmeplanerne.

Tilsynsførende anbefaler, at det i handleanvisningerne fremgår, hvordan medarbejderne i relevante situationer arbejder rehabiliterende frem mod et mål for området. Formålet med dette er at det skal skinne igennem, hvad der er vigtigt at arbejde med hos den specifikke borger, for at nå det overordnede mål, som ofte handler om at borgeren igen kommer til at kunne klare sig i eget hjem igen.

#### **Forebyggelse af magtanvendelse**



Hedebo oplever en stigning i antallet af urolige borgere, som har behov for fast vagt. For at forebygge brug af magtanvendelse bliver der gennemført ugentlig sparring med demenskoordinatorer, tæt intern sparring og en pædagogisk tilgang.

Medarbejdere og ledelse udviser kendskab til procedure for magtanvendelse. Der er ressourcepersoner på Hedebo, som er tæt på forløb, hvor der er risiko for at medarbejderne kan komme i en situation, hvor brug af magt er nødvendig.

Ledelsen er også altid involveret i forløb, hvor der er risiko for magtanvendelse og situationer, hvor der er anvendt magt.

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

Borgerne er trygge ved at udtrykke forværring i deres situation til medarbejderne.

Medarbejderne er opmærksomme på at spørge ind til borgerens helbred, funktioner og følge op på problematikker fra tidligere.

Der bliver benyttet relevante faglige redskaber samt sparringsmøder blandt medarbejderne.

I forhold til dokumentationen mangler der flere steder den røde tråd for eksempel er det dokumenteret at en borger har kvalme, men der er ingen refleksioner eller beskrivelse af tiltag. Det er blot dokumenteret som en konstatering.

Hos en anden borger, står der, at han er blevet bedre til forflytninger, men der er ingen dokumentation af hvilke dele af forflytningen eller hvordan det er blevet bedre. Der er heller ikke beskrivelse af om målet er blevet ændret eller om målet er nået og heller ikke, hvad der nu skal arbejdes videre med og på hvilken måde.

Alle observationer ligger aktive. Det er uklart om Hedebo lukker deres dokumentation, som led i udskrivelsen eller hvordan det sikres, at "deres" dokumentation bliver afsluttet, inden borgeren tager hjem. I enkelte journaler ligger der nemlig aktive skemaer med dokumentation, som ikke længere er aktuelt for borgerens situation.

#### **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.

Det vurderes dog hos en borger, at fokus på kvalme, nedsat appetit, svimmelhed og vægttab mangler fokus, både i tilgangen til borgeren og i dokumentationen. Det virker som om situationen er meget langsomt afprøvende, selvom et vægttab og symptomerne i den forbindelse har stor indflydelse på borgerens formål med at være på Hedebo og dermed borgerens mulighed for at gennemføre et rehabiliterende forløb.

Medarbejderne kender og benytter relevante faglige metoder i dagligdagen.

I dokumentationen fremgår det at døgnrytmeplanerne er oprettet uens. Hos nogle ligger der flere døgnrytmeplaner for samme tid på døgnnet for eksempel dag. Hos andre mangler der døgnrytmeplan for aften og nat.

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

Tyngden og kompleksiteten af opgaverne følges tæt af ledelsen. Døgnnet planlægges, så der er relevante kompetencer på relevante tidspunkter af døgnnet. For eksempel er der sygeplejersker på arbejder hen over aftenvagten, for at sikre at borgere der kommer fra sygehuset, bliver taget i mod af en sygeplejersker.

Kompleksiteten i opgaverne har været i udvikling på Hedebo gennem de sidste mange år. Det har gjort at der nu er ansat flere sygeplejersker og der rekrutteres efter Social- og sundhedsassistenter, når der er ledige stillinger i plejen.

Greve kommune kompetenceskemaer følges.

Opgave fordelingen og -overdragelsen foregår ud fra kompetenceskemaerne.

### **Procedurer og dokumentation**

Det fremgår af dokumentationen af Hedebo arbejder indgående med dokumentationen jævnfør FSIII.

Vidensdeling om nye aftaler i dokumentationen foregå via nyhedsbreve fra superbrugerne, undervisning af superbrugerne, interne audits og løbende sparring. Medarbejderne redegør fint for dokumentationen og relevante skemaer i EOJ. Superbrugerne på Hedebo deltager aktivt i udvikling af dokumentationen i EOJ. Tilsynsførende anbefaler, at det bliver tydeligt hvad der bliver forventet skal dokumenteres på Hedebo, da borgerne opholder sig midlertidigt der i forhold til hvad der dokumenteres i hjemmeplejen, på plejecentre og i hjemmesygeplejen, hvor borgeren er tilknyttet mere permanent.

Dernæst anbefales det at relevante dele af FSIII bliver brugt relevant og specifikt på den enkelte borger, her tænkes for specifikt på dokumentation af indsatsmål.

Ligeledes anbefales det, at der tages hånd om dokumentation af afvigelser. Det

observeres, at afvigelser dokumenteres som konstateringer, uden yderligere dokumentation af refleksioner eller tiltag ud fra den observerede afvigelse.

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

Borgerne der deltager i tilsynet er bevidste om, hvilke funktionsnedsættelser de skal træne eller rehabiliterer.

Tilsynsførende oplever, at borgerne kan give udtryk for hvad der er meningsfuldt for dem at træne og hvad det er vigtigt for dem at opnå. Det opleves at borgerne kan være i tvivl om, hvad de skal opnå inden de sendes hjem i egen bolig. Det tyder på, at tvivlen om hvornår borgeren skal hjem kan skabe utryghed for den enkelte borger, som ikke ønsker at komme hjem for hurtigt.

Indsatsmål er generelt formuleret så de kan passe på alle borgere på Hedebo, det vil sige meget overordnet. Indsatsmålene er ikke kvalificeret til, at det er et rehabiliterings-forløb, borgeren er i gang med. Der er ikke formuleret indsatsmål i forhold til, hvad der skal til for, at borgeren kan komme hjem eller hvordan han opnår de overordnede mål der er sat for forløbet fra myndigheds side. Der bør være meget mere fokus på træningsmål og indsats i døgnrytmeplanen.

Der observeres gode opfølgninger, men det afspejler sig ikke i ændringer i døgnrytmeplanerne eller i indsatsmålene.

I en journal er der lavet mål for borgeren, men de er uaktuelle for borgeren situation f.eks. borgeren skal blive mere selvhjulpen ved toilet besøg, i døgnrytmeplanen står der at borgeren er selvhjulpen ved toiletbesøg.

I en anden journal står der, at borgeren skal blive selvhjulpen i varetagelse af måltider. I døgnrytmeplanen står der, at hun godt kan lide at spise sammen med andre.

Tilsynsførende anbefaler, at der bliver mere fokus på at indsatsmål dokumenteres op ad SMARTE-mål modellen.

Det anbefales ligeledes, at terapeuter på Hedebo og generelt i Greve kommune dokumenterer jævnfør FSIII-metoden, så data i højere grad bliver anvendt tværfagligt og der er fællesskab omkring dokumentation af vigtige oplysninger om borgeren.

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

Der er ingen yderligere kommentarer til genoptræning, udover de kommentarer som er nævnt i forbindelse med træning og rehabilitering inden for de øvrige tilsynstemaer.

### **Overdraget sygepleje**

Overdraget sygepleje, er et udtryk for de sundhedslovsindsatser, som løses af plejegruppen. Indsatserne overdrages ud fra kompetenceskemaer.

På dette område er der fastsat løbende opfølgning, som giver mening ud fra en faglig vurdering, men intervallet må ikke overstige 24. uger.

Det er uklart hvilken arbejdsgang der er for at sikre opfølgning på alle overdragede sundhedslovsindsatser, som er overdraget på Hedebo. Indsatskataloget for sundhedsloven følges ikke på dette område.

Det er ikke tydeligt i dokumentationen hvilken arbejdsgang, der følges for at sikre opfølgning i fastlagte intervaller.

Tilsynsførende anbefaler, at der kommer en klar arbejdsgang på dette område, som det giver mening at følge på Hedebo, hvor borgeren som udgangspunkt opholder sig under 12 uger.

Handlingsanvisninger på overdragede sundhedslovsindsatser er veldokumenteret.

Fremgangsmåden for løsning af opgaven er tydelig, opfølgningsdatoen er indsat og det er præcis dokumenteret hvilke faggruppe der løser opgaven.

Indsatsmål er upræcise på flere sundhedslovsindsatser. I en journal, hvor borger lider af vægttab, er der ikke mål for hvad idealvægten er eller hvilken vægt der tilstræbes.

Der er i en journal udfyldt forskellige ernæringskemaer. Det er uklart hvilken én, der er den aktuelle.

Medarbejderne er trygge ved at sige til og fra i forhold til hvilke opgaver de har kompetencer til at løse og hvor de har brug for oplæring.

Ledelsen gør rede for medarbejder-sammensætningen, som tilgodeser løsning af sundhedslovsindsatser samt oplæring til at kunne løse opgaverne.

## 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.

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, herundera. 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.