

Tilsynsrapport

**Forenede Care,
Langagergård
Plejecenter**

**Center for Sundhed & Pleje
2020**

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

Leverandørens navn og adresse

Forenede Care, Langagergård Plejecenter
Karlsunde Parkvej 27-35
2690 Karlsunde

Leder

Louise Wesselhof

Dato og tidspunkt for tilsynet

13. august 2020

Tilsynstype

Uanmeldt ordinært tilsyn

Datagrundlagt og metodik

Tilsynet omfatter borgere med forskellige behov.

På tilsynstidspunktet bor der 82 borgere på Langagergård, som Forenede Care yder hjælp i dagligdagen.

Data er indsamlet via:

- Journalaudit 10 % af borgere tilknyttet forenede Care på Langagergård, dvs. 9 borgere, hvor dokumentation via omsorgssystemet Nexus, arbejds gange, procedurer, handleplaner for kvalitetsforbedringer samt kompetenceskemaer og plejeenhedens egen kvalitetsvurdering samt eventuelle handleplaner er gennemgået.
- Interview:
2 borgere, som har givet tilsagn om at blive interviewet,
2 medarbejdere (to Social- og sundhedsassistenter)
teamleder og plejecenterleder.
- Observation: Borgers hjem, borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem, arbejds gange i hjemmet.

Tilsynet er gennemført over 1 hverdag.

Tilsynspersoner

- | | |
|----------|---------------------|
| <u>1</u> | Miriam Ekström |
| <u>2</u> | Lise Lebech Herborg |

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for Forenede Care, Langagergård 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 temaniveau, hvor der er fundet eventuelle mangler eller kritisable forhold.

Styrker

Der er under det uanmeldte tilsyn konstateret styrker og ressourcer hos Langagergaard, som tyder på en meget faglig og velfungerende praksis.

Tilsynspersonerne bliver budt velkommen og der er en god ro omkring den ellers udfordrende situation, hvor der skal tages medarbejder ressourcer ud, til interviews.

Tilsynspersonerne har observeret medarbejdere under morgenplejen, med en fagligt velfunderet tilgang til borgeren. Der blev observeret en meget venlig, smilende og professionel tilgang samt borgere med høj trivsel og glæde ved medarbejderne.

Under interviews var det tydeligt at medarbejderne har ressourcer ift faglighed og ønsker om at efterkomme borgerens interesser og trivsel. Der var tydelige tegn på at medarbejderne sparrer med hinanden ud fra deres fagligheder og fælles uddannelsesforløb ift. Personcentreret omsorg. Medarbejderne viser styrke ift refleksioner om borgeres ve og vel, samt den daglige praktiske opgaveudførelse.

Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger

Forbedringsområder omhandler dokumentation.

Der anbefales at man jf. FS3-metoden kigger på Indsatsmål og Handlingsanvisninger, så der udfærdiges tydelige mål for hver af de forskellige indsatser hos borger.

Der henstilles til 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 om opgaven overdrages til social- og sundhedsassistent eller Social- og sundhedshjælper.

Der anbefales at man genopfrisker hvordan man relaterer de forskellige indsatser og skemaer, så der skabes den røde tråd i FS3 metoden.

Den anbefales ligeledes, at borgernes behov for værge gennemgås samt at der bliver strammet op på, at der altid ligger en fuldmagt til pårørende, som varetager borgerens økonomi. Der skal være sammenhæng mellem hvem der har fået fuldmagt til at håndtere borgerens økonomi og hvem der reelt gør det.

Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

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

Lov om social service - Tilsystema	
Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet	Godkendt med få bemærkninger
Pleje af borgere ved livets afslutning	Godkendt
Trivsel og relationer	Godkendt
Målgrupper og metoder	Godkendt
Forebyggelse af magtanvendelse	Godkendt med mangler
Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand	Godkendt
Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere	Godkendt
Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold	Godkendt
Procedurer og dokumentation	Godkendt med få bemærkninger
Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering	Godkendt med mangler
Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86	Godkendt med mangler
Overdraget sygepleje	Kritisable forhold

Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentarer til de enkelte tilsynstemaer:

Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Det er en gennemgående oplevelse af, at borgerens ønsker sættes i centrum på Langagergård.

Borgerne udtrykker, at de føler sig hjemme i deres omgivelser.

Medarbejdere og ledere er fleksible i tilrettelæggelsen af arbejdet, så borgerne får imødekommet deres ønsker for aktiviteter og pleje f.eks. kan et planlagt bad udsættes til dagen efter eller senere på dagen, hvis borgeren ønsker det.

Medarbejderne er gode til at bruge hinanden og hjælper til på tværs, så borgerens ønsker så vidt muligt kan efterleves på den enkelte dag.

Generelt er borgerne glade for at bo på Langagergård og der udtrykkes tilfredshed med langt størstedelen af medarbejderne.

Der har været 6 VISO-forløb hos borgere på Langagergård. Det er tydeligt, at det har givet god inspiration, sparring og refleksion over borgernes behov og at de tilrettelægger dagen og medarbejdernes kompetencer, så borgernes selvbestemmelse imødekommes i højere grad. Resultatet er, at borgerens livskvalitet i højere grad bliver sikret.

Der observeres en god og anerkende tone i samspillet med borgerne. Det er tydeligt at medarbejderne kender borgerne godt, også der hvor de ikke er kontaktperson for borgeren. Medarbejderne tilpasser deres kommunikation til den enkelte borgers behov.

En borger ønsker at det er muligt at kunne ryge på altanen og udtrykker utilfredshed over ikke at få smurt sine fødder med creme hver dag.

Ledelsen oplyser, at rygepolitikken er godkendt af brandmyndighederne og Greve kommune. Det er ikke tilladt at ryge på terrasserne, da det er træterrasser, af arbejdsmiljø hensyn samt hensynet til de øvrige beboere.

Det observeres, at medarbejderne ikke bærer mundbind i forbindelse med den personlige pleje. Medarbejderne redegøre fint for Langagergårds tolkning af retningslinjerne fra sundhedsstyrelsen samt proceduren fra Greve kommune om brug af værnemidler i forhold til smitterisiko.

Proceduren er efterfølgende blevet ændret fra Greve kommunes side, så det er helt tydeligt, at alle der udfører personlig pleje skal bære mundbind.

Pleje af borgere ved livets afslutning

Ved indflytning på Langagergård bliver der holdt samtale med borgeren og pårørende deltager, såfremt borgeren ønsker det. Der bliver udleveret materiale til udfyldelse omkring livshistorie, den sidste vilje og lignende. Det er ikke alle borgere, der har lyst til at tale om livets afslutning, da de ikke oplever, at det er relevant på nuværende tidspunkt. Nogle borgere har et netværk, som de taler med og derfor bruger de ikke medarbejderne, før livets afslutning er nært forestående.

Medarbejderne er opmærksomme på at få dokumenteret borgerens ønsker til perioden lige før og efter livets afslutning, så deres kollegaer kan orienteres om det, når det er nødvendigt.

Der er uklarhed om hvor dette skal dokumenteres i Nexus jf. arbejdsgangen.

Der er fokus på kompetencer i forhold til livets afslutning og det er altid fast personale og kontaktpersonen der er den primære

Der er altid en ansvarshavende, som kan bistå kollegaer hos borgere der er døende/dør. Der bliver fulgt op på situationen med medarbejderne efterfølgende, særligt hos de medarbejdere som ikke har stået med døende borgere før.

Medarbejderne kan deltage i begravelser, hvis pårørende ønsker det.

Der er ansat palliations sygeplejersker.

Ved spørgsmål om hvor medarbejderne kan finde information om, hvor ønsker til den sidste tid skal dokumenteres, ved de, at den ligger på Greves intranet, men konkret kan de ikke finde arbejdsgangen uden hjælp.

Trivsel og relationer

Borgerne har haft udfordringer med trivslen på forskellige måder i forbindelse med corona-pandemien. Borgerne føler bl.a. at det har været isolationslignende-tilstande, da det ikke har været muligt at afvikle og deltage i sociale aktiviteter, som vanligt. Normalt bliver der planlagt to rejser om året. Det er der nogle af borgerne, der savner meget.

Medarbejderne oplever, at der har været en ro på afdelingerne i tiden, hvor afdelingerne var lukket af for udefra-kommende, som har været positiv for flere beboere.

Borgerne oplever, at deres individuelle og skiftende behov imødekommes, både for de beboere der har brug for faste rutiner og struktur samt de beboere, som sætter pris på daglig fleksibilitet. Der bliver ved tilsynet drøftet håndteringen af seksuelle behov, hvilket Forenede Care er opmærksom på.

Pårørende er, under normale omstændigheder, og når retningslinjerne foreskriver det, meget velkomne på Langagergård. Der er gode muligheder for at mødes med pårørende, både i fællesområdet i underetagen, som er hyggeligt indrettet samt i haven.

Der er flere tiltag rettet mod beboerne og de pårørende f.eks. Pårørende café, 2 årlige fester m.m.

Organiseringen gør, at alle teamledere kender pårørende til beboerne på afdelingen og der er mulighed for at arrangerer gentagne møder med beboere og pårørende, hvis der i en periode er behov for tæt samarbejde/kommunikation.

Medarbejderne taler med borgerne om deres ønsker og drømme for livet og forsøger i vid udstrækning at hjælpe med at opnå disse.

I journalgennemgangen observeres det, at det indimellem kan være svært at forstå, hvilken betydning det skrevne har, da oplysninger, som er internt kendte på den afdeling borgeren bor på, står mellem linjerne.

Ved journalgennemgang observeres det, at der er mangler omkring dokumentationen af værge eller fuldmagtshaver hos borgeren. Hos én borger ligger der en fuldmagt til at én person skal håndtere borgerens økonomi, når borgeren ikke selv kan, men under aftaler om hvem der varetager økonomien, når borgeren ikke selv kan, er der noteret en anden person.

Målgrupper og metoder

Der bliver i vid udstrækning taget højde for den enkelte borgers behov. Der bliver set individuelt på, hvordan plejen bedst kan tilrettelægges med inddragelse af relevante interne samarbejdspartnere og forløb ved eksterne konsulenter.

Relevante faglige og systemmæssige redskaber bliver italesat af medarbejdere og ledelse. Der følges op på borgernes situation ved daglige tavlemøder. Der benyttes faglige redskaber som TOBS, triage, personcentreret omsorg, pædagogiske tiltag osv.

I forhold til dokumentationen kan der i enkelte gennemgange af journalerne savnes hvilken tilgang, der konkret skal benyttes. Et eksempel på dette kan være: hos en borger med en misbrugsproblematik, mangler der dokumentation af hvad der virker godt hos denne borger og hvilken faglig vinkel der bliver brugt for at trives bedst mulig.

Forebyggelse af magtanvendelse

Medarbejderne er blevet undervist i den nye magtanvendelsesregler.

Teamleder, sygeplejersker og demenskoordinatorer inddrages ved situationer, hvor plejen er så svær at udføre, at der kan blive brug for magt, for at undgå omsorgssvigt.

Medarbejderne har oplevet meget stor gavn af undervisning i personcentreret omsorg og det, at alle har modtaget samme undervisning, giver gode betingelser for fælles refleksioner i dagligdagen. Medarbejderne oplever at have fået så gode redskaber, at de kan håndtere svære situationer uden brug af magt. Eks. bruger de hos en borger en faglig metode – spejling når han skal rejse sig, da det er den måde han har gavn af, de går så vidt muligt med borgerne som en del af den anerkendende tilgang. Der er også ansat en pædagog i huset, som kan inddrages når de har brug for nye ideer, eller til at sparre om hvordan man med en pædagogisk vinkel kan hjælpe borger.

De oplever at de kan gøre god brug af at de er forskellige nationaliteter i medarbejdergruppen, da det giver en styrke og fleksibilitet i tilgangen til borgerne.

I journalgennemgangen er der hos nogle borgere beskrevet, at plejen kan være svær at udføre, men der mangler dokumentation i hht. Fælles Sprog 3 (FS3) ift. forebyggelse af magtanvendelse.

Det kan f.eks. være i forbindelse med borger, der har misbrug. Er det ok borgeren benytter rusmidler? Hvilke aftaler er der? Hvad gør man hvis borgeren ikke følger aftalerne?

En anden borger er udadreagerende, men der ligger ikke Indsatsmål i forhold til dette, eller anvisning af hvordan denne opførsel skal håndteres.

Hos en anden borger får borgeren lommepenge, når borgeren har været i bad eller en planlagt tur, bliver kun gennemført, hvis borgeren overholder aftaler. Der er drøftelse af om noget er fysisk magtanvendelse eller en anden type af magtanvendelse.

Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand

Borgerne oplever, at der er fokus på ændringer i deres tilstand.

Medarbejderne benytter relevante redskaber til at afdække og følge ændringer i borgernes tilstand.

Der er generelt godt kendskab til borgerne blandt teamleder og medarbejdere. Der anvendes internt vikarkops, hvor medarbejderne hovedsageligt er tilknyttet få afdelinger. Dette bevirker at ændringer hos borgerne identificeres hurtigt og relevante samarbejdspartnere inddrages.

I journalgennemgangen observeres det, at en borger har taget sin aften medicin kl. 15. Der er ikke efterfølgende noteret, at der har været opfølgning på dette, så det fremover undgås, at aften medicin tages for tidligt og heller ikke refleksioner over, om borgeren fremover selv kan varetage, at tage den ordinerede medicin på relevante tidspunkter eller har brug for hjælp.

Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Generelt er der fra medarbejdernes og ledelsens side stor opmærksomhed på borgernes helbred og forebyggelse.

Borgerne vejes en gang hver måned. Der er tilknyttet diætist og mulighed for suppe osv. hvis man har behov for det på andre tidspunkter end der er faste måltider. Alle borgere bliver ernæringscreenet ved indflytning og der er årlig ernæringsuge, hvor der er ekstra fokus på ernæring.

Der laves faldregistrering og sygeplejersker inddrages ved behov mhp. tiltag. Der foretages Braden-scoring mhp. at afdække risiko for tryksår, når borger flytter ind samt efterfølgende ved behov.

Der afholdes en årlig hygiejneuge, hvor der bl.a. er fokus på mundhygiejne. Det er muligt at tilmelde sig hygiejnepakke, så medarbejderne altid kan hente ny tandbørste og tandpasta til borgerne.

En borger med inkontinens er usikker på, hvorvidt borgeren har faste toilettider eller om borgeren skal ringe efter medarbejderne ved behov. Dette vil personalet drøfte med borger, så usikkerheden mindskes.

I journalgennemgangen observeres der, at der mangler indsatsmål og handlingsanvisning hos eks en borger med inkontinens.

Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold

Organiseringen på Langagergård understøtter opgaverne og borgernes behov. Ved nuværende organisering er der opnået stort kendskab til borgerne og til de pårørende samt stor medarbejdertilfredshed.

Der arbejdes med Greve kommunes kompetence-kort som gennemgås hvert år til MUS.

Der lægges vægt på sidemandsoplæring.

Medarbejderne er meget sikre på eget kompetenceområde og siger fra ved opgaver, de ikke er trygge ved.

Procedurer og dokumentation

Superbrugere i Nexus på Langagergård står for formidling af arbejdsgange og ændringer i disse til teamleder. Teamleder videreformidler til medarbejderne.

Medarbejderne er klar over, at arbejdsgange ligger på Greves intranet, men har svært ved at finde konkrete arbejdsgange.

Ved flere journalgennemgange ses, at der mangler relationer mellem relevante skemaer.

Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering

I journalgennemgangen observeres det, at der er standardtekst i flere indsatsmål og at det er beskrevet, at borgeren har været med til at sætte målene. Det fremgår, at borgeren ikke har været med til at lave målene, idet formuleringen er som standardtekst. Indsatsmål bør altid være individuelle.

Hos borgeren og ved interviews med medarbejdere og ledere fremgår det, at der arbejdes på, at borgeren klarer mest muligt selv, at funktioner vedligeholdes ved at borgeren inddrages og selv udfører opgaver, som borgeren kan klare og som er meningsfulde for borgeren.

Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

På flere områder fremgår det, at der ikke aktivt arbejdes med målfastsættelse på servicelovsindsatser. Indsatsmål på servicelov er fra Langagergård side, som udgangspunkt formuleret som standardtekst, uden individuel fokus.

Det er muligt at udlede nogle mål fra handlingsanvisninger fra servicelovsindsatser, når de læses mere indgående.

Borgerne angiver, at de ikke kender til målene for plejen.

Overdraget sygepleje

Der er mange handlingsanvisninger på sundhedslovsindsatser, som er udfyldt af social- og sundhedsassistenter, uden det er dokumenteret at der har været en sygeplejerske inde over.

Ved interview fremgår det, at sygeplejerskerne vurderer hvilke sundhedslovsindsatser, borgeren skal have bl.a. ud fra delegation fra lægen.

I følge Greve kommunes arbejdsgang, er det en sygeplejerske, som skal opstarte handlingsanvisningen ved at beskrive opgaven og dokumenterer hvem der varetager opgaven.

Det skal tydeligt fremgå af handlingsanvisningen på sundhedslovsindsatserne, hvem der varetager en sundhedslovsindsats hos borgeren og det skal tydeligt fremgå om opgaven overdrages til social- og sundhedsassistent eller social- og sundhedshjælper.

Der mangler indsatsmål og handlingsanvisninger på en del sundhedslovsindsatser. Hos en borger står der i en handlingsanvisning, at borgeren får røde bade, i teksten kan det læses, at det ikke længere er aktuelt. En handling der ikke længere er aktuel, skal slettes.

Der mangler relationer mellem en del indsatser og handlingsanvisninger/indsatsmål i borgerjournaler, der indgår i journalaudits.

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 Delvis Opfyldt, og såfremt der er betydelige mangler eller instruksen ikke foreligger markeres med Ikke Opfyldt.

c. For enkelte indikatorer er opfyldelsesprocenten angivet samlet for stikprøverne.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 2: VURDERING AF DEN ENKELTE INDIKATOR
Indikatorvurderingen sker ud fra 3 kategorier: Helt Opfyldt, Delvis Opfyldt eller Ikke Opfyldt.

Indikatoropfyldelsen vurderes på baggrund af beskrivelserne af de positive og negative fund i stikprøverne samt den kvantitative målopfyldelse. En kvantitativ målopfyldelse på over 75% giver mulighed for at indikatoren kan vurderes som Helt Opfyldt.

Analysen af de kvalitative fund er afgørende, idet få negative fund kan have betydning for borgerens helbredsmæssige sikkerhed og/eller retsstilling. Der kan derfor være indikatorvurderinger, som er "Delvist Opfyldt" eller måske "Ikke Opfyldt", selvom de kvantitative data viser målopfyldelse på over 75%.

Begrundelsen vil i så fald fremgå af rapporten.

Alvorlige fejl og mangler indebærer alvorlige konsekvenser for borgeren. Det omhandler forhold, hvor der ikke er sammenhæng mellem borgerens behov og de tildelte eller leverede ydelser eller der eksempelvis konstateres sundhedsskadelige hygiejniske forhold i hjemmet med alvorlig risiko for borgerens helbred.

Det kan tillige omhandle forhold hvor kvaliteten i den personlige pleje medfører risiko for borgerens helbred eller hvor borgeren er udsat for dokumenterbare alvorlige krænkelse i forhold til personlige grænser.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 3: VURDERING AF DET ENKELTE MÅL

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

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 4: DET SAMLEDE TILSYNSRESULTAT

Det endelige tilsynsresultat vurderes på baggrund af resultaterne fra de 6 målområder sammenholdt med kravene i lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurderingskategorierne er: Godkendt, Godkendt med få bemærkninger, Godkendt med mangler eller Kritisable forhold.

Kommentarer fra tilsynsstedet

Kommentarer fra tilsynsstedet efter høring.

Langagergård har udarbejdet handleplan på de forbedringsområder der bliver fremlagt af tilsynsførende.

Handleplanen er sendt til Greve kommune.

