

Ambulant  
træning og  
aktivitet

Anmeldt og  
uanmeldt  
kommunalt  
tilsyn

19. november  
2020

## Indhold

Indledning.....	3
Målepunkter i det kommunale tilsyn .....	3
Datagrundlaget for det kommunale tilsyn.....	3
Rapportens opbygning.....	4
Præsentation af enheden.....	5
Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set.....	6
Sammenfatning .....	7
Patientsikkerhed.....	10
Oversigt over tilsynets vurdering.....	10
Den sundhedsfaglige dokumentation.....	11
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH).....	13
Brugertilfredshed .....	14
Oversigt over tilsynets vurdering.....	14
Brugertilfredshed.....	15
Klager og aktindsigt .....	16
Faglighed.....	17
Oversigt over tilsynets vurdering.....	17
Delegation og kompetencer .....	17
Organisation .....	19
Oversigt over tilsynets vurdering.....	20
Budgetoverholdelse.....	20
Arbejds miljø .....	21
Opsamling på andre/tidligere tilsyn .....	22
Bilag 1 .....	23

## Indledning

Det kommunale tilsyn i Sundhed og Omsorg udføres jf. Norddjurs Kommunes tilsynspolitik for kommunale tilsyn på plejecenter 2020 (<https://www.norddjurs.dk/norddjurs/politikker-og-planer/sundhed-og-omsorg-politikker>).

## Målepunkter i det kommunale tilsyn

Det kommunale tilsyn vurderer kvaliteten på enheden i forhold til følgende områder:

- Patientsikkerhed
  - Herunder: Den sundhedsfaglige dokumentation og arbejdet med utilsigtede hændelser
- Brugertilfredshed
  - Herunder: Behandling af klager, anmodninger om aktindsigt og brugertilfredshed,
- Faglighed
  - Herunder: Arbejdet med delegation og kompetencer og medarbejdernes kendskab til relevante instrukser, procedurer og retningslinjer.
- Organisatoriske forhold.
  - Herunder: Budgetoverholdelse, arbejdsmiljø og øvrige tilsyn

## Datagrundlaget for det kommunale tilsyn

I forbindelse med det kommunale tilsyn på enheden, har tilsynsenheden indsamlet, analyseret og vurderet følgende data:

Oversigt over datagrundlag i det kommunale tilsyn 2020 på enheden

- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere om det lokale arbejde med sikring og udvikling af henholdsvis patientsikkerhed, brugertilfredshed, faglighed og organisatorisk bæredygtighed
- Telefoninterview med 20 borgere (10 fra enheden i Grenå og 10 fra enheden i Auning). Borgerne er interviewet om deres mulighed for indflydelse og deres tilfredshed med kvaliteten af den leverede service på enheden. Borgerne er udvalgt til interview ved, at tilsynsenheden tilfældigt har udvalgt borgerne fra en liste over alle borgere tilknyttet de to træningsenheder
- Interview med i alt syv medarbejdere herunder fire medarbejdere ansat på Træning Grenå og tre medarbejdere ansat på Træning Auning. Medarbejderne er interviewet om arbejdsmiljø og de faglige rammer for deres arbejde. De interviewede har været tilfældigt udvalgte medarbejdere, der har været på arbejde den dag, hvor interviewene fandt sted
- Uanmeldt journalauditering på otte borgerjournaler i forhold til 63 vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet
- Enheden har udført en lokal journalaudit på 12 af deres borgerjournaler ud fra de samme 63 kriterier
- Udtræk fra indberetningssystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er
- Udtræk fra medarbejder-app'en MyMedCards i forhold til hvilke medarbejdere, der har set/læst hvilke instrukser og retningslinjer
- Opgørelse pr. 01.11.2020 af forventet budgetoverskridelse for regnskabsåret 2020
- Oversigt over sygefraværsprocenten
- Tilsynsrapporter for enheden for eksterne tilsyn udført i perioden januar 2019 september 2020

## Rapportens opbygning

I afsnittet **Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set** er en grafisk oversigt over og et resume af tilsynets samlede vurdering af kvaliteten i enhedens arbejde med Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisatorisk bæredygtighed

I afsnittet **Enhedens arbejde fremadrettet** er en grafisk oversigt over og et resume af tilsynets samlede vurdering af enhedens handleplaner for de områder, hvor tilsynet har henstillet til, at der udarbejdes en handleplan

**Resten af tilsynsrapporten** er delt op i fire hovedafsnit, der hvert belyser et hovedområde af betydning for vurderingen af den samlede kvalitet på enheden. De fire hovedområder er: *Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisation.*

Inden for hvert målepunkt angives **Tilsynets vurdering** og derudover kan der være en eller flere af nedenstående anvisninger.

**Tilsynet henstiller til** angiver, at der er krav om, at enheden i løbet af høringsperioden udarbejder en handleplan for et eller flere forhold, som tilsynet har fundet handlingskrævende.

**Tilsynet anbefaler** angiver, at enheden med fordel kan arbejde med et eller flere forhold, som tilsynet har fundet opmærksomhedskrævende. Ved næste tilsyn, vil der blive spurgt særskilt ind til enhedens arbejde med disse forhold.

**Tilsynet fremhæver** angiver, at tilsynet har gjort et særligt positivt fund, som enheden anbefales at videreformidle til andre enheder.

## Præsentation af enheden

Ambulant træning og aktivitet er en kommunal enhed med 40 medarbejdere fordelt på de to trænings- og aktivitetscentre i henholdsvis Auning og Grenå.

- Ambulant træning og aktivitet har medarbejdere ansat fordelt på følgende faggrupper: 20 fysioterapeuter, fem ergoterapeuter, 11 aktivitetsmedarbejdere, en hørevejleder, tre service-assistenten.
- Ambulant træning og aktivitet er opdelt i to afdelinger: Posthaven i Grenå og Auning Træningscenter. Derudover har enheden satellitter hvor der nogle dage tilbydes træning til borgere på Fuglsanggården og på Glesborg Plejecenter. Medarbejderne er organiseret i fire teams, to terapeutteams og to aktivitetsteams. Alle medarbejdere har mødetid mandag-fredag i dagstimerne. Der er lukket for det ambulante tilbud i weekender og på helligdage. Arbejdstiden ligger primært i tidsrummet mellem kl. 7.30-17.00.
- Ledelsen varetages af aftaleholder Susanne Bækgaard og afdelingsleder Lene Søsted Sørensen pr. 01.10.2020

Elever: Afdelingerne har to kliniske vejledere og modtager både fysioterapeutstuderende og ergoterapeutstuderende på forskellige semester-forløb.

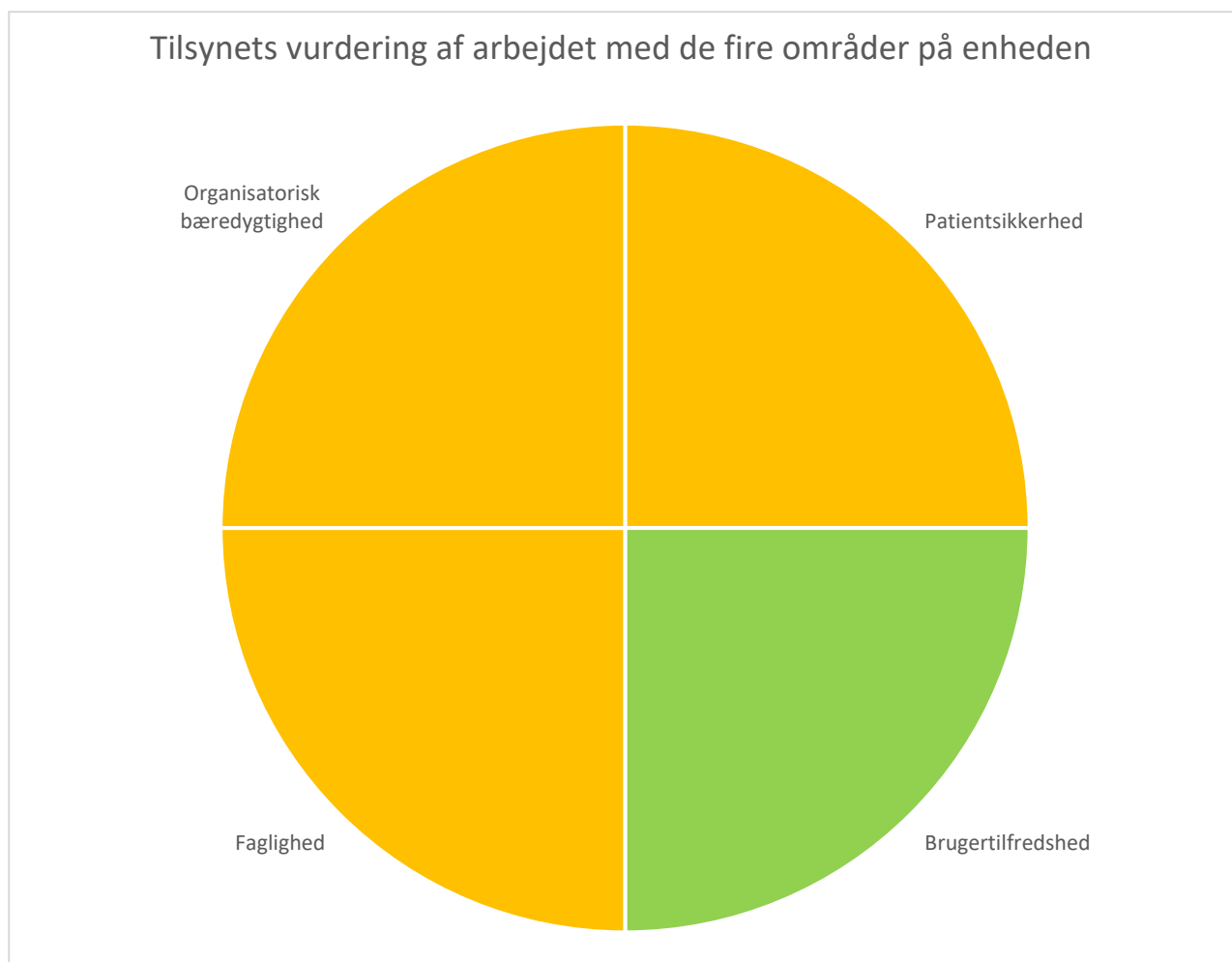
## Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set

Figuren nedenfor illustrerer tilsynets vurdering af enhedens arbejde med områderne: Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisatorisk bæredygtighed.

En rød farve viser, at der er fundet et eller flere kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden/kvaliteten inden for det pågældende område.

En gul farve viser, at der er fundet et eller flere forhold af mindre betydning for patientsikkerheden/kvaliteten inden for det pågældende område.

En grøn farve viser, at der ikke er fundet et eller flere forhold af betydning for patientsikkerheden/kvaliteten inden for det pågældende område.



## Sammenfatning

**Patientsikkerhed:** Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med den sundhedsfaglige dokumentation og utilsigtede hændelser<sup>1</sup> (UTH'er): *At der er gjort fund af mindre betydning for patientsikkerheden.*

I den samlede vurdering af arbejdet med patientsikkerhed på enheden er der lagt vægt på:

- At der er en meget ujævn systematik
- At dokumentationen i visse tilfælde er mangelfuld
- At der ikke er en ensartet dokumentationspraksis medarbejderne imellem
- At det ikke vil være muligt for en anden terapeut at overtage opgaven på baggrund af den foreliggende dokumentation

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der gennemgående er taget stilling til, om det er basal eller avanceret træning
- At indsatserne er relevante og opdaterede
- At de relevante handlingsanvisninger som hovedregel er oprettet
- At borgerens samtykke til træning dokumenteres systematisk
- At forløb afsluttes korrekt, hvor indsatser og relationer fjernes og der er slutnotater
- At der er et begyndende fokus på at få indberettet UTH'er, at have UTH'er som fast dagsordenpunkt på ugentlige møder for alle medarbejdere og at der bliver etableret nye arbejdsgange med afsæt i den læring, UTH'en har bidraget til

**Brugertilfredshed:** Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med at håndtere klager, aflysninger og beboernes tilkendegivelser i tilfredshedsundersøgelsen: *At der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten af den leverede kvalitet og service.*

I den samlede vurdering er der lagt vægt på:

- At størstedelen af de interviewede borgere giver udtryk for tilfredshed.
- At selvom tre borgere oplevede ikke at få tilbudt en erstatningstræningsgang ved aflyst træning, så er der kun en borger, som angiver, at være "utilfreds" med længden på træningsforløbet
- At der ikke er indgivet formelle klager til enheden
- At der er en fast praksis med at inddrage jurist ved anmodning om aktindsigt fra forsikringsselskaber
- At størstedelen af de interviewede borgere, der var visiteret til genoptræning efter § 140 i sundhedsloven og som kunne huske hvornår genoptræningen startede, ikke fik opstartet deres forløb inden for den tidsfrist, der er angivet i kvalitetsstandard - men at det ikke fremgår af interviewene, om der har været faglige beæggrunde for dette

**Faglighed:** Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med at understøtte, at den nødvendige og relevante faglige viden og medarbejderkompetencer er til stede i enheden i forhold til

---

<sup>1</sup> En UTH er en hændelse, hvor sundhedspersoner uforvarende forvolder fejl og skader, når borgerne behandles eller på anden måde er i kontakt med enheden.

de opgaver, der skal løses samt medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer: *At der er gjort fund af mindre betydning for den leverede faglighed.*

I den samlede vurdering er der lagt vægt på:

- At der ikke arbejdes systematisk med afsæt i et kompetenceafklaringskema i forhold til hver enkelt medarbejder, så det sikres, at der er dokumentation for hvilke kompetencer medarbejderen har erhvervet og om kompetencerne er generelle eller borgerspecifikke

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der er skriftlige anvisninger for, hvornår aktivitetsmedarbejderen skal tage kontakt til terapeuten
- At der er en opmærksomhed på, hvornår der er nye retningslinjer
- At der er en proces undervejs for at skabe tydelige og kendte kommunikationsveje der kan sikre en systematisk videreformidling af nye og relevante retningslinjer mm.

**Organisatorisk bæredygtighed:** Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens budgetoverholdelse, eksterne tilsyn og arbejdet med at understøtte arbejdsmiljøet: *At der er gjort mindre fund i forhold til den organisatoriske bæredygtighed.*

I den samlede vurdering er der lagt vægt på:

- At der er et meget højt sygefravær i enheden – og at det har været en problematik i en længere periode

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der er en proces i gang i forhold til at arbejde systematisk med APV'er
- At medarbejderne udtrykker tilfredshed og faglig stolthed over det arbejde, de udfører på enheden

Af enhedens **høringssvar d. 11. maj 2020** fremgår det, at enheden har taget rapporten til efterretning, og er i det store og hele enige i de fremstillede fakta og konklusioner.

Enheden påpeger, at der allerede er blevet arbejdet en del med de fleste af de problemstillinger, som fremgår af rapporten i den mellemliggende periode.

Enheden vil gerne fremhæve følgende punkter i rapporten:

- Ved tilsynet blev der lagt vægt på et stort sygefravær. Til mødet mellem tilsynet og afdelingen blev det tydeligt, at tallene dækkede over en del langtidssygefravær, som ikke længere er et aktuelt problem. Selve sygefraværstallene dækkede over både fagpersonale, ledelse og servicepersonale, og gav derfor ikke et dækkende billede af situationen i afdelingen. Derudover har enheden arbejdet en del med trivsel og APV siden november, og sygefraværet er derfor væsentlig lavere på nuværende tidspunkt.
- Der er siden november arbejdet systematisk med kompetence- afklaring og udvikling via kompetenceplan for hele afdelingen.
- Der er siden november nedsat en arbejdsgruppe, der udarbejder OM-dokument ift. dokumentation på trænings- og aktivitetsområdet, så dokumentationen bliver mere systematisk og fyldestgørende.



Enheden udarbejder yderligere handleplaner i afdelingen ud fra rapporten.

## Patientsikkerhed

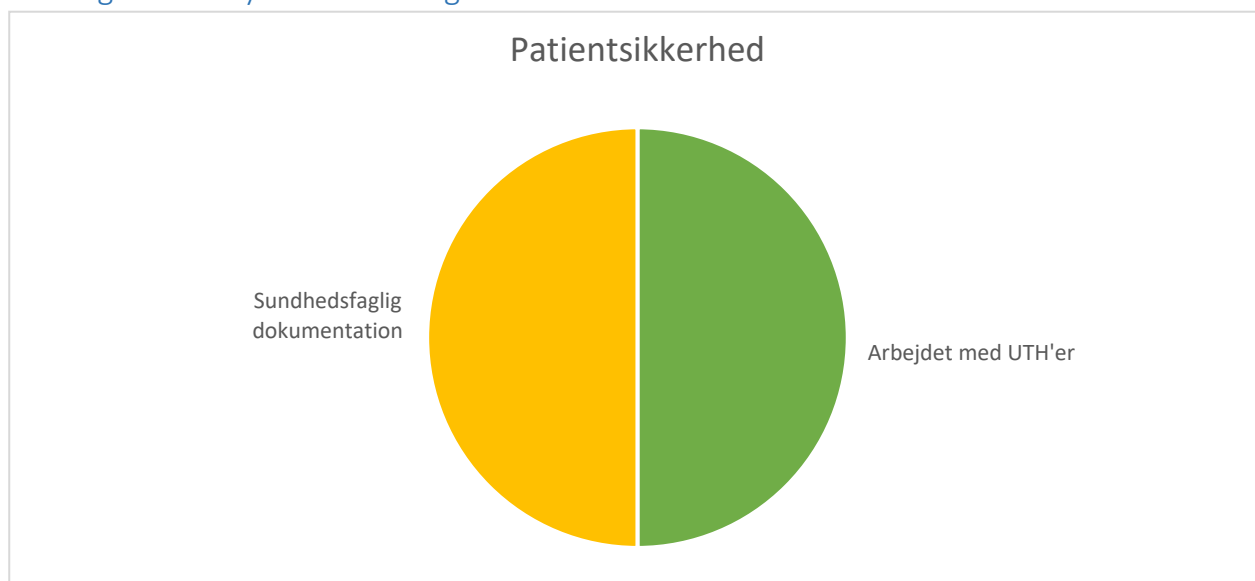
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder for at forebygge utilsigtede hændelser – UTH'er. En UTH er en hændelse, hvor sundhedspersoner uforvarende forvolder fejl og skader, når borgerne behandles eller på anden måde er i kontakt med enheden.

Under dette område ses der også på, om enheden lever op til sundhedslovens bestemmelser i forhold til at sikre, at borgerens integritet, retssikkerhed og selvbestemmelsesret respekteres.

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med patientsikkerhed bygger på følgende målepunkter:

- Den sundhedsfaglige dokumentation på enheden
- Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser
- Tilsynsrapporter fra perioden januar 2019 til august 2020

### Oversigt over tilsynets vurdering



**En rød farve** viser, at der er fundet et eller flere kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

**En gul farve** viser, at der er fundet et eller flere forhold af mindre betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

**En grøn farve** viser, at der ikke er fundet et eller flere forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med den sundhedsfaglige dokumentation og utilsigtede hændelser (UTH'er): *At der er gjort fund af mindre betydning for patientsikkerheden.*

I det følgende gennemgås tilsynets fund og vurdering inden for området.

## Den sundhedsfaglige dokumentation

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens sundhedsfaglige dokumentation bygger på:

- Tilsynsenhedens uanmeldte journalaudit på otte tilfældigt udvalgte<sup>2</sup> borgerjournaler i forhold til 63 vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet. Ved udvælgelsen af borgerjournaler er det sikret, at både træning og aktivitet i Auning og Grenå er repræsenteret og at der ses på forløb efter flere paragraffer
- Enhedens lokale journalaudit på 12 af deres borgerjournaler ud fra de samme 63 kriterier

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

#### Overordnede bemærkninger:

- Meget velbeskrevne forløb i visse tilfælde
- Meget ujævn systematik – ift. træningsnotater, generelle oplysninger, indsatsmål og observationer
- Meget sparsom dokumentation ved § 86,2
- Stor forskel i dokumentationen: Noget er ikke beskrevet – andet er beskrevet flere gange flere steder
- Ikke tro over for FS3-metoden – dokumenterer med fokus på kronologi og mindre med fokus på fælles data med andre faggrupper og enheder
- Der er stor overensstemmelse mellem hvilke fund tilsynsenheden og enheden selv har gjort

#### *Tilsynsenheden finder gennemgående ved journalaudit:*

I forhold til skemaet 'Generelle oplysninger'

- At generelle baggrundsoplysninger overvejende ikke har en retvisende dato for opdatering
- At der overvejende ikke er udfyldt felter med motivation og mestring mm
- At helbredsoplysninger ikke har en ensartet struktur jf. manualen

I forhold til skemaet 'Træningsvurdering'

- At vurderingerne generelt er velbeskrevne
- At der gennemgående er taget stilling til om det er basal eller avanceret træning
- At skemaet i visse tilfælde udfyldes fortløbende – med status som kladde

I forhold til 'Funktionstilstande'

- Generelt er de relevante tilstande valgt

I forhold til 'Det faglige notat'

- At der ikke er en systematik ift. dokumentation af borgers egen vurdering
- At notaterne er meget sparsomt beskrevne og ikke opdaterede vedrørende hvordan tilstanden kommer til udtryk aktuelt og habituel. Der mangler henvisning til øvrige beskrivelser

I forhold til udredninger

- At det ikke ses, hvordan der udredes

I forhold til indsatser

- At indsatserne er relevante og opdaterede

I forhold til indsatsmål

- At der ikke oprettes indsatsmål konsekvent

---

<sup>2</sup> Disse journaler er tilfældigt udvalgt ved hjælp af et computerprogram: En tilfældighedsgenerator

- At indsatsmålene ikke er målbare

I forhold til handlingsanvisninger

- At de relevante handlingsanvisninger som hovedregel er oprettet
- At borgerens samtykke til træning dokumenteres systematisk
- At handlingsanvisningerne er bagudrettede

I forhold til træningsnotater

- At træningsnotater ikke er oprettet i flere tilfælde
- At der ikke er en gennemgående systematik og ensartethed ift. hvad de indeholder

I forhold til observationer

- At observationer ikke anvendes på en ensartet måde

I forhold til overblik

- At der ikke relateres systematisk

I forhold til afslutning

- At forløb afsluttes korrekt, hvor indsatser og relationer fjernes og der er slutnotater

Af dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fremgår det:

- At der er sket en positiv udvikling i dokumentationen siden der blev lavet en intern audit i januar
- At der blandt medarbejderne er forskellige opfattelser af, hvad der giver god mening i forhold til dokumentation
- At der lige har været undervisning i SMARTE-mål (det vil sige mål, der er: Specifikke, Målbare, Attraktive, Realistiske, Tidstro og Evaluerbare) og medarbejderne oplever, at det er svært at få gjort målene målbare

**På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet:** At der er gjort et fund af mindre betydning for patientsikkerheden.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der er en meget ujævn systematik, at dokumentationen i visse tilfælde er mangelfuld, at der ikke er en ensartet dokumentationspraksis medarbejderne imellem og at det ikke vil være muligt for en anden terapeut at overtage opgaven på baggrund af den foreliggende dokumentation. I vurderingen er der også lagt vægt på, at der gennemgående er taget stilling til, om det er basal eller avanceret træning, at indsatserne er relevante og opdaterede, at de relevante handlingsanvisninger som hovedregel er oprettet, at borgerens samtykke til træning dokumenteres systematisk og at forløb afsluttes korrekt, hvor indsatser og relationer fjernes og der er slutnotater.

**Tilsynet henstiller til:**

- At det prioriteres at arbejde med dokumentationspraksis på enheden, så dokumentationen bliver ensartet, systematisk og kan anvendes på tværs af de terapeutiske faggrupper og enheder

**Tilsynet anbefaler:**

- At aktivitetspersonalet bliver opmærksomme på at udfylde og anvende skemaet 'Generelle oplysninger'
- At det beskrives eksplicit, hvad handlingerne er fremadrettet så opgaven kan overtages af andre

## Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser bygger på:

- Udtræk fra indrapporteringssystemet DPSD, der viser hvor mange utilsigtede hændelser, der er indrapporteret på enheden inden for det seneste år fordelt på måneder og hvilke typer af utilsigtede hændelser, der er indrapporteret (se Bilag 1)
- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere om organiseringen af og strategien for arbejdet med utilsigtede hændelser på enheden

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af dataudtrækket fremgår det:

- At der indberettes flest UTH'er i Træning Auning, men at opgørelsen her også omfatter enheden Træning Døgn.
- At i Ambulant træning Grenå indberettes der ca. en UTH månedligt

Af dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fremgår det:

- At AMR (arbejds miljørepræsentanten) er blevet BSK'er (lokal sagsbehandler af UTH'er)
- At alle medarbejdere er blevet introduceret til UTH-arbejdet
- At UTH-arbejdet fremover skal sættes i system og være et fast punkt på ugentlige møder på de to matrikler (fordelingsmøder for terapeuterne, møder med aktiviteten, LMU og/eller Trio)
- At der ofte er utilstrækkelige oplysninger i overgange – og at enheden fremover vil have fokus på at indberette dette som UTH
- At enheden ikke har et struktureret arbejde med UTH'er som et prioriteret fokusområde, men at der er en bevidsthed og ønske om at have fokus på dette fremadrettet
- At der bliver arbejdet systematisk med forebyggelse af UTH'er. For eksempel er der etableret nye arbejdsgange i forbindelse med UTH'er vedrørende at flere borgere er faldet ved trappe

**På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet:** At der ikke er gjort fund i forhold til enhedens arbejde med UTH'er.

Tilsynets vurdering bygger på, at der er et begyndende fokus på at få indberettet UTH'er, at have UTH'er som fast dagsordenpunkt på ugentlige møder for alle medarbejdere og at der bliver etableret nye arbejdsgange med afsæt i den læring, UTH'en har bidraget til.

### Tilsynet anbefaler:

- At enheden indberetter det som en UTH, hvis der er utilstrækkelige oplysninger i GOP'en eller mangelfuld kommunikation i overgange. Dette da det vil bidrage til læring på tværs af enheder og organisationer på et mere overordnet niveau, end hvis problematikken kun løses ved dialog enkelte medarbejdere imellem
- At UTH'er i forbindelse med medicinsk udstyr – som eksempelvis hjælpemidler – indberettes til lægemiddelstyrelsen
- At ledelsen skaber tid og rum for arbejdet med UTH fremadrettet og at det sikres, at UTH bliver fast dagsordenpunkt på møder for alle medarbejdere

- At det sikres, at der er en bevidsthed om at indberette UTH'er også selv om hændelsen er sket i et andet organisatorisk regi – under hjemmeplejens ansvar eksempelvis

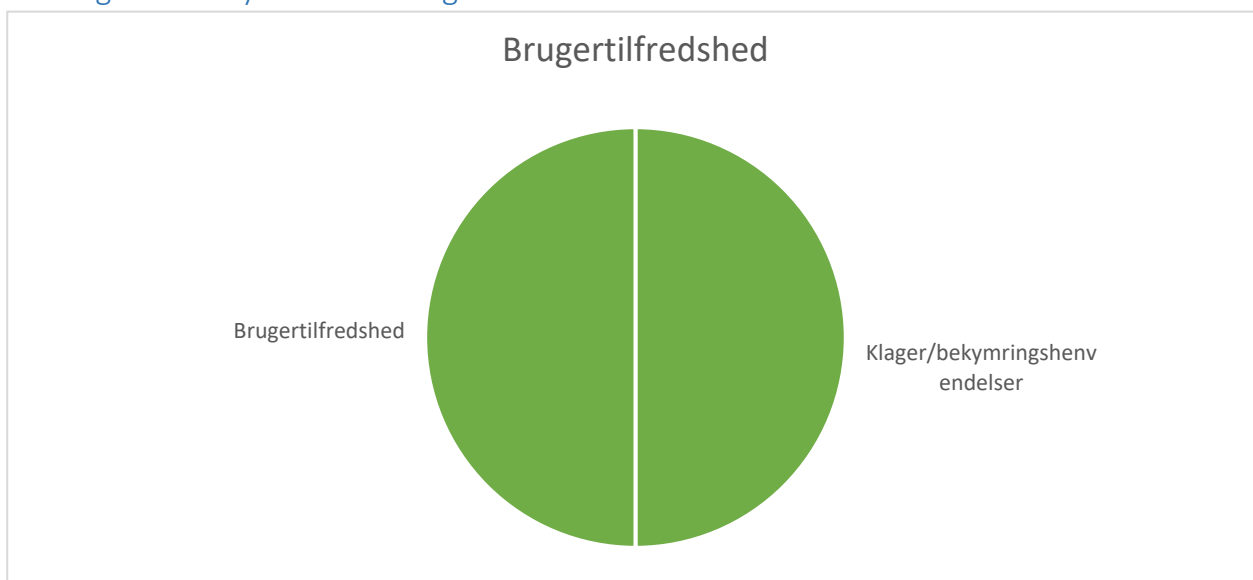
## Brugertilfredshed

I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser<sup>3</sup>. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen efter lov om social service §§ 83, 83a og 86.

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde efter lov om social service bygger på følgende målepunkter:

- Brugertilfredshed
- Klager og anmodninger om aktindsigt

## Oversigt over tilsynets vurdering



**En rød farve** viser, at der er fundet et eller flere kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

**En gul farve** viser, at der er fundet et eller flere forhold af mindre betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

**En grøn farve** viser, at der ikke er fundet et eller flere forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med brugertilfredshed og håndtering af klager og anmodninger om aktindsigt: *At der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet og service i forhold til brugertilfredsheden.*

I det følgende gennemgås tilsynets fund og vurdering inden for området.

<sup>3</sup> Ældrepolitik for Norddjurs kommunes 2017-2021

## Brugertilfredshed

Tilsynets vurdering af brugertilfredsheden på enheden bygger på:

- Telefoninterview med i alt 20 borgere ligeligt fordelt på Træning Grenå og Træning Auning.

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

I forhold til overholdelse af tidsfristerne i kvalitetsstandarden, fremgår det af interviewene:

- At 15 af de interviewede borgere modtog genoptræning efter et hospitalsbesøg (§ 140 i sundhedsloven). Otte af disse blev kontaktet af træningsenheden inden for de tre dage efter de havde modtaget deres genoptræningsplan, som indgår i kvalitetsstandarden for Træning. De resterende syv svarede "ved ikke" til spørgsmålet
- Kun fire af de 15 borgere svarede "ja" til spørgsmålet om, hvorvidt genoptræningen blev opstartet senest syv dage efter modtagelse af genoptræningsplanen. Fem svarede "nej" og seks svarede "ved ikke"
- Fem af de 20 borgere modtog kommunalt visiteret genoptræning (§ 86 i serviceloven). For to af disse blev genoptræningen opstartet inden for de seks uger efter bevilling, der er krav om i kommunens kvalitetsstandard For en enkelt var det ikke tilfældet og de resterende tre svarede "ved ikke".

I forhold til borgernes oplevelse af inddragelse og sammenhæng, fremgår det af interviewene:

- At størstedelen af borgerne oplevede sammenhæng og inddragelse i deres træning. 14 af de 20 borgere angav "i høj grad" at opleve sammenhæng mellem de udfordringer de har og den træning de modtog. Tre borgere svarede "i nogen grad", en svarede "i mindre grad" og en svarede "slet ikke". En svarede "ved ikke".
- At 16 af borgerne svarede "i høj grad" eller "i nogen grad" til spørgsmål om, hvorvidt de oplever at blive inddraget i, hvad de gerne vil opnå med deres træning. En enkelt svarede "i mindre grad" og to oplevede "slet ikke" at blive inddraget. En enkelt svarede "ved ikke".

I forhold til borgernes oplevelse af kvaliteten af deres træningsforløb, fremgår det af interviewene:

- At størstedelen af borgerne var tilfredse med kvaliteten af deres træning. 13 borgere angav således at være "meget tilfredse" og fire borgere "tilfredse". Dog angav en enkelt borger at være "utilfreds" og en anden "meget utilfreds". En borger svarede "ved ikke".
- At 18 af de 20 borgere ligeledes angav at være "meget tilfreds" eller "tilfreds" med samarbejdet med deres terapeut/aktivitetsmedarbejder Her var dog også lidt spredning, da en enkelt var "utilfreds" og en anden var "meget utilfreds".

I forhold til borgernes oplevelse af omfanget og resultatet af deres træningsforløb, fremgår det af interviewene:

- At 14 af de 20 borgere angav at være "meget tilfreds" eller "tilfreds" med længden af træningsforløbet. En enkelt var "meget utilfreds", og fem svarede "ved ikke".

- At tre borgere havde afsluttet deres træningsforløb da interviewene fandt sted. En enkelt svarede "i høj grad" til spørgsmålet om, hvorvidt de havde opnået de mål, de havde med træningen. En enkelt svarede "i nogen grad", mens den sidste svarede "ved ikke".
- At ni ud af 20 borgere har oplevet, at deres træning er blevet aflyst. Tre borgere har oplevet, at de ikke fik tilbudt en erstatningstræningsgang
- At en borger gav udtryk for at være "utilfreds" med længden på træningsforløbet

**Tilsynets vurdering:** At der ikke er gjort fund i forhold til den brugeroplevede kvalitet på enheden.

I vurderingen er der lagt vægt på, at størstedelen af de interviewede borgere giver udtryk for tilfredshed. Derudover lægges der vægt på, at selvom tre borgere, oplevede ikke at få tilbudt en erstatningstræningsgang ved aflyst træning, så er der kun en borger, som angiver, at være "utilfreds" med længden på træningsforløbet. At størstedelen af de interviewede borgere, der var visiteret til genoptræning efter § 140 i sundhedsloven, og som kunne huske hvornår genoptræningen startede, ikke fik opstartet deres forløb inden for den tidsfrist, der er angivet i kvalitetsstandard - men at det ikke fremgår af interviewene, om der har været faglige beæggrunde for dette.

### Klager og aktindsigt

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med at håndtere klager og anmodninger om aktindsigt bygger på:

- Dialog med ledere og udvalgte medarbejdere

#### **Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:**

Ved dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fortælles det:

- At enheden ikke har modtaget formelle klager i perioden 1. januar til 30. oktober 2020
- At det ikke opleves, at der er mange henvendelser vedrørende klager i hverdagen. Hvis borgeren henvender sig, er det fast praksis at henvise til en leder
- At henvendelser ofte sker på grund af at borger ikke ønsker at blive afsluttet i sit forløb
- At ved større anmodninger om aktindsigt fra forsikringsselskaber sender leder disse til jurist i visitation og hjælpemidler
- At slutnotater sendes fra afdelingen til borgeren og egen læge hvis borger ønsker dette

**Tilsynets vurdering:** At der ikke er gjort fund i forhold til kvaliteten af enhedens håndtering af bekymringshenvendelser og klager.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der ikke er indgivet formelle klager til enheden og at der er en fast praksis med at inddrage jurist ved anmodning om aktindsigt fra forsikringsselskaber.

#### **Tilsynet anbefaler:**

- At enheden fremadrettet ringer og får vejledning ved jurist i Visitation og hjælpemidler, hvis der er tvivl om en klages karakter eller ved alle anmodninger om aktindsigt fra et forsikringsselskab



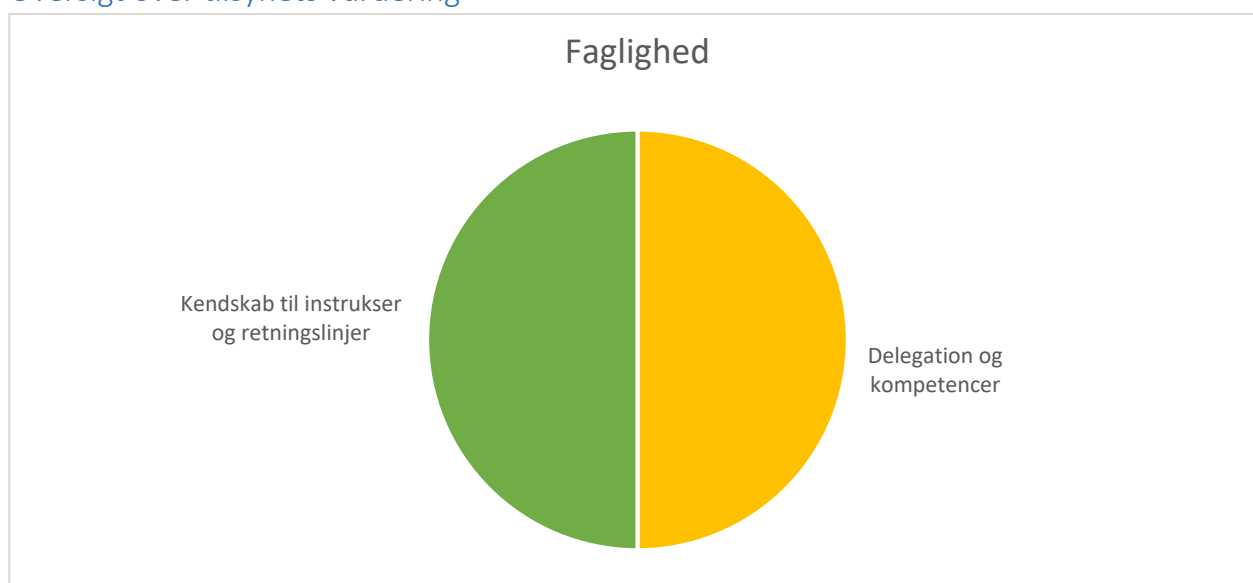
## Faglighed

I hovedområdet *Faglighed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at den nødvendige og relevante faglige viden og medarbejderkompetencer er til stede i enheden i forhold til de opgaver, der skal løses.

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med at sikre den nødvendige faglige viden og medarbejderkompetencer vurderes ud fra følgende målepunkter:

- Delegation og kompetencer
- Kendskab til instrukser og retningslinjer

### Oversigt over tilsynets vurdering



**En rød farve** viser, at der er fundet et eller flere kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

**En gul farve** viser, at der er fundet et eller flere forhold af mindre betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

**En grøn farve** viser, at der ikke er fundet et eller flere forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med delegation og kompetencer og medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer: *At der ikke er gjort fund af betydning for den leverede faglighed.*

I det følgende gennemgås tilsynets fund og vurdering inden for området.

### Delegation og kompetencer

Tilsynets vurdering af om det sikres på enheden, at de rigtige kompetencer er tilstede ved alle opgaver og at kommunens retningslinjer for delegation efterleves, bygger på:

- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere

Ved dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fortælles det:

- At det er nyt i enheden, at der delegeres opgaver fra terapeuter til aktivitetsmedarbejdere
- At ved delegation udarbejder terapeuten et program for forløbet og at der er lavet lokale retningslinjer for delegationen, herunder hvornår terapeuten skal kontaktes
- At der ved delegation ikke arbejdes ud fra kompetenceskemaer og at der ikke er tydelige arbejdsgange ift. beskrivelse af medarbejderkompetencer. Der arbejdes ikke systematisk med hvilke specifikke kompetencer den enkelte medarbejder har oparbejdet
- At terapeuterne selv varetager opgavefordelingen på det ugentlige fordelingsmøde hvor borgernes behov drøftes holdt op imod den enkelte terapeuts speciale
- At enheden savner medarbejderudvikling og faglig opkvalificering af medarbejderne samt tid og midler til kursusaktivitet. HR-Kursusmidler er søgt, men der er kommet afslag

**Tilsynets vurdering:** At der er gjort mindre fund i forhold til, hvordan enheden sikrer, at de rigtige kompetencer er til stede ved alle opgaver og i forhold til kommunens retningslinjer for delegation.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der ikke arbejdes systematisk med afsæt i et kompetenceafklaringskema i forhold til hver enkelt medarbejder, så det sikres, at der er dokumentation for hvilke kompetencer medarbejderen har erhvervet og om kompetencerne er generelle eller borgerspecifikke. I vurderingen er der også lagt vægt på, at der er skriftlige anvisninger for, hvornår aktivitetsmedarbejderen skal tage kontakt til terapeuten.

**Tilsynet henstiller til:**

- At der oparbejdes en systematik i forhold til at arbejde med og dokumentere den enkelte medarbejders kompetencer – herunder om disse kompetencer er borgerspecifikke eller generelle

**Tilsynet anbefaler:**

- At der udvikles kompetenceprofiler for terapeuter og aktivitetsmedarbejdere

### Kendskab til instrukser og retningslinjer

Tilsynets vurdering af om det på enheden sikres, at medarbejderne har den opdaterede, relevante og nødvendige viden for opgavevaretagelsen bygger på:

- Udtræk fra medarbejder-app'en MyMedCards i forhold til hvilke medarbejdere, der har set/læst hvilke instrukser og retningslinjer
- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere

**Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:**

Ved udtræk fra medarbejder-app'en MyMedCards ses det:

- At de to udvalgte kort i MyMedCards er blevet set af medarbejderne – hovedsageligt fysioterapeuter og ergoterapeuter, hvor fysioterapeuterne udgør den største faggruppe blandt brugerne af MyMedCards

Af dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fremgår det:

- At terapeuterne alle har fået installeret medarbejderapp'en på telefonerne efter dataudtrækket er blevet taget, hvilket har betydet, at MyMedCards anvendes i et øget omfang
- At app'en opleves som et godt redskab, men at der mangler mulighed for at se opdateringer på webversionen, da ikke alle medarbejdere har mulighed for at få installeret app'en
- At instrukser er blevet gennemgået fælles på møder på storskærm
- At enheden ikke har en fast nedskreven procedure i forhold til, hvordan nye retningslinjer mm. formidles videre til alle relevante medarbejdere - men at der i forbindelse med COVID-19 har været nedsat en gruppe, der har sikret at alt nyt i forhold til COVID-19 er blevet formidlet til de relevante medarbejdere
- At der er udarbejdet en liste over de mest relevante instrukser, som en del af introduktionen til nye medarbejdere
- At Danske Fysioterapeuters hjemmeside og E-dok fra Region Midt anvendes som faglig hjælp og beslutningsstøtte
- At medarbejderne er uddannet til at være eksperter inden for de enkelte områder - for eksempel i forhold til lunge eller hoftenære brud. Ligeledes at der ligger en håndbog med faglige retningslinjer på g-drevet

**Tilsynet vurderer**, at der ikke er gjort fund af betydning for den faglige kvalitet på enheden.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der er en opmærksomhed på, hvornår der er nye retningslinjer og at der er en proces undervejs for at skabe tydelige og kendte kommunikationsveje, der kan sikre en systematisk videreformidling af nye og relevante retningslinjer mm.

Tilsynet anbefaler:

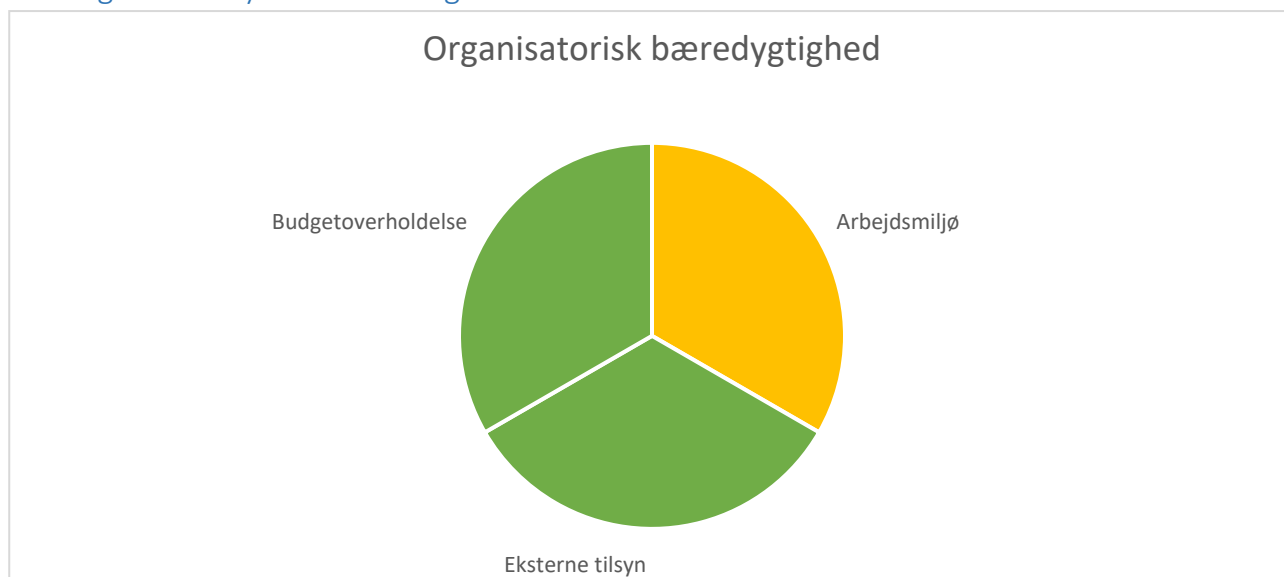
- At der udarbejdes procedurer, der sikrer, at alle relevante medarbejdere informeres, hvis der eksempelvis er nye retningslinjer
- At de faglige instrukser fra g-drevet lægges i MyMedCards

## Organisation

I hovedområdet Organisation ses der på, hvorvidt enheden har en bæredygtig organisation. Tilsynet vurderer bæredygtigheden i enhedens organisation ud fra følgende målepunkter:

- Budgetoverholdelse
- Arbejdsmiljø

## Oversigt over tilsynets vurdering



**En rød farve** viser, at der er fundet et eller flere kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

**En gul farve** viser, at der er fundet et eller flere forhold af mindre betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

**En grøn farve** viser, at der ikke er fundet et eller flere forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens budgetoverholdelse, arbejde med arbejdsmiljø og eksterne tilsyn: *At der er gjort mindre fund af betydning for den organisatoriske bæredygtighed.*

I det følgende gennemgås tilsynets fund og vurdering inden for området.

### Budgetoverholdelse

Vurderingen af enhedens overholdelse af budgettet, bygger på:

- Oversigt over forventet budgetafvigelse for 2020

Af budgetoversigten fremgår det:

- At der pr. 1. december 2020 forventes et merforbrug på ca. 1,050 mio. kr. Merforbruget vedrører merudgifter afledt af Covid-19, samt mindre indtægter fra cafésalg, dagcenterkørsel og selvtræning. Herudover har der været merudgifter til afdelingsledere som følge af lederskift

**Tilsynet vurderer** at merforbruget ikke har betydning for kvaliteten af de borgerrettede indsatser. Det aktuelle merforbrug skyldes udgifter relateret til Covid-19, som forventes at blive dækket af statslig kompensation.

Overskridelserne vedrørende ikke Corona-relateret udgifter, forventes ikke at påvirke 2021, da udfordringerne er løst. Det afholdes i 2020 inden for områdets ramme.

## Arbejds miljø

Tilsynets vurdering af om enheden arbejder med at sikre et godt og trygt arbejdsmiljø bygger på:

- Tilsynsenhedens uanmeldte journalaudit på otte borgerjournaler og enhedens egen lokale audit på 12 borgerjournaler i forhold til, om der er udfyldt APV'er (Arbejdspladsvurderingsskemaer vedrørende de borgerrelaterede forhold - herunder adgangsforhold og hjælpemidler i hjemmet) for alle
- Opsummering i forhold til besøg af Arbejdstilsynet
- Oversigt over sygefravær i perioden 01.08.2019 – 31.07.2020
- Interview med i alt syv medarbejdere herunder fire medarbejdere ansat på Træning Grenå og tre medarbejdere ansat på Træning Auning
- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

- At i syv ud af ni journaler, hvor det var relevant, var der udfyldt APV-skema

Af dialog med ledelsen og medarbejdere i forhold til arbejdet med APV fremgår det:

- At der har været et svingende fokus på APV, men at der efter audit i tilsynsregi er kommet et nyt fokus på at tjekke APV inden første besøg i forhold til om de er fyldestgørende ift. terapeutens arbejdsfelt
- At APV-skemaer ofte er udfyldt, da det er fællesborgere med hjemmeplejen/plejecentre, men der er kommet et fornyet fokus på, at det er en fælles APV, der skal dække terapeutdelen også
- At det er AMR, der har fået ansvaret for at undersøge hvornår og hvordan APV-skemaet skal udfyldes

Af opsummering i forhold til arbejdstilsynet fremgår det:

- At der har været tilsyn fra Arbejdstilsynet i 2020 i Auning, hvor der blev givet en grøn smiley. Der har ikke været tilsynsbesøg i Grenå for nyligt

Af oversigt over sygefravær, ses det:

- At enheden har en fraværsprocent på 10,54 % i perioden 01.08.2019 – 31.07.2020

Af dialog med ledelsen og medarbejdere i forhold til sygefraværet fremgår det:

- At årsagen til den høje sygefraværsprocent er flere langtidssygemeldinger – herunder også blandt ledelsen
- At der arbejdes med at nedbringe sygefraværsprocenten og øge trivslen blandt medarbejderne ved individuelle samtaler mellem leder og medarbejder
- At der på grund af det høje arbejdspress og for at forebygge yderligere sygemeldinger fremadrettet afholdes planlægningsmøder, hvor terapeuterne bidrager med løsningsforslag blandt andet i forhold til effektiviseringsmuligheder. Det har blandt andet mundet ud i, at der er kommet to faglige koordinatore, der varetager fordelingen af opgaver, hvilket opleves at have givet et større overblik og bidraget til, at den enkelte terapeut kan koncentrere sig om kerneopgaven

- At det store arbejdspress skyldes, at der nu er det samme antal borgere med genoptræningsplaner som før nedlukningen i foråret, men at der nu også er flere retningslinjer at efterleve ift. hygiejne og færre borgere på hold på grund af situationen med Covid-19
- At der også arbejdes på at ændre kulturen, så den enkelte borger ikke i samme grad er knyttet til den enkelte terapeut længere, for at skabe mere effektive og tværgående arbejdsgrupper
- At der ligger en plan for, at medarbejderne skal udfylde den psykiske APV i januar
- At leder giver udtryk for, at begge enheder (Auning og Grenå) er nogle dejlige arbejdspladser med et godt arbejdsmiljø

Af medarbejderinterviews fremgår det:

- At fem ud af syv medarbejdere oplevede, at de i "høj grad" eller "nogen grad" kan levere det beskrevet i kvalitetsstandarderne for træning. Særlig tidsfristerne for opstart af træning kunne være udfordrende i enkelte perioder
- At alle syv medarbejdere var "tilfredse" eller "meget tilfredse" med det arbejde, de udfører
- At alle syv medarbejdere oplevede, at der i større eller mindre grad var fokus på kvalitetsudvikling og kvalitetssikring
- At medarbejderne oplevede, at de modtog den nødvendige oplæring i nye opgaver
- At alle syv medarbejdere oplevede, at samarbejdet internt med andre faggrupper og ledelsen var godt
- At flere medarbejdere oplevede, at der med fordel kunne komme fokus på samarbejdet med andre enheder i kommunen

**Tilsynet vurderer, at** der er gjort mindre fund i forhold til arbejdsmiljøet.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der er et meget højt sygefravær i enheden – og at det har været en problematik i en længere periode. I vurderingen er der også lagt vægt på, at der er en proces i gang i forhold til at arbejde systematisk med APV'er og at medarbejderne udtrykker tilfredshed og faglig stolthed over det arbejde, de udfører på enheden.

**Tilsynet henstiller til:**

- At der arbejdes målrettet og på flere planer med at sænke sygefraværet i enheden

**Tilsynet anbefaler:**

- At enheden anvender og følger retningslinjerne vedrørende APV, som kan findes digitalt i Arbejdsmiljøhåndbogen
- At arbejdstilsynet kontaktes med henblik på at der kan komme et besøg i Grenå

### [Opsamling på andre/tidligere tilsyn](#)

Ved seneste brandtilsyn er enheden blevet påbudt at rydde gange. Ligesom brandtilsynet har givet anledning til, at der er planlagt et arbejde med branddøre.

Enheden er vejledt i at lægge tilsynsrapporter ind på g-drevet.

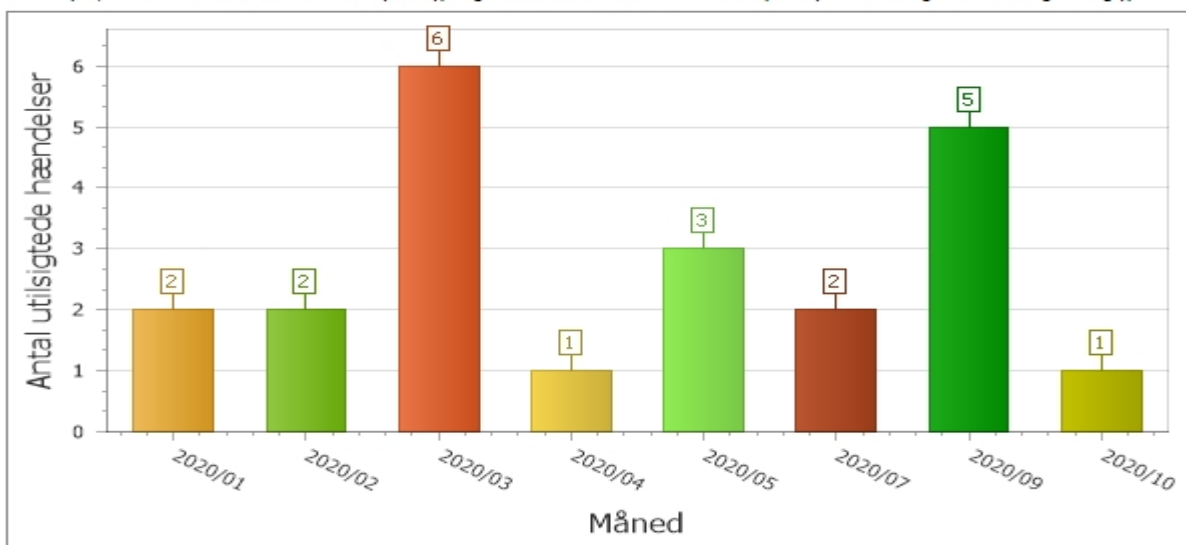
## Bilag 1

Opsummering af indberettede utilsigtede hændelser for Træning Auning, der også omfatter Træning Døgn og ambulansetræning i Grenå (fra januar 2020 til og med oktober 2020)

### Antal utilsigtede hændelser på Træning Auning 2020

\*Opret dato er indenfor Kalender 2020

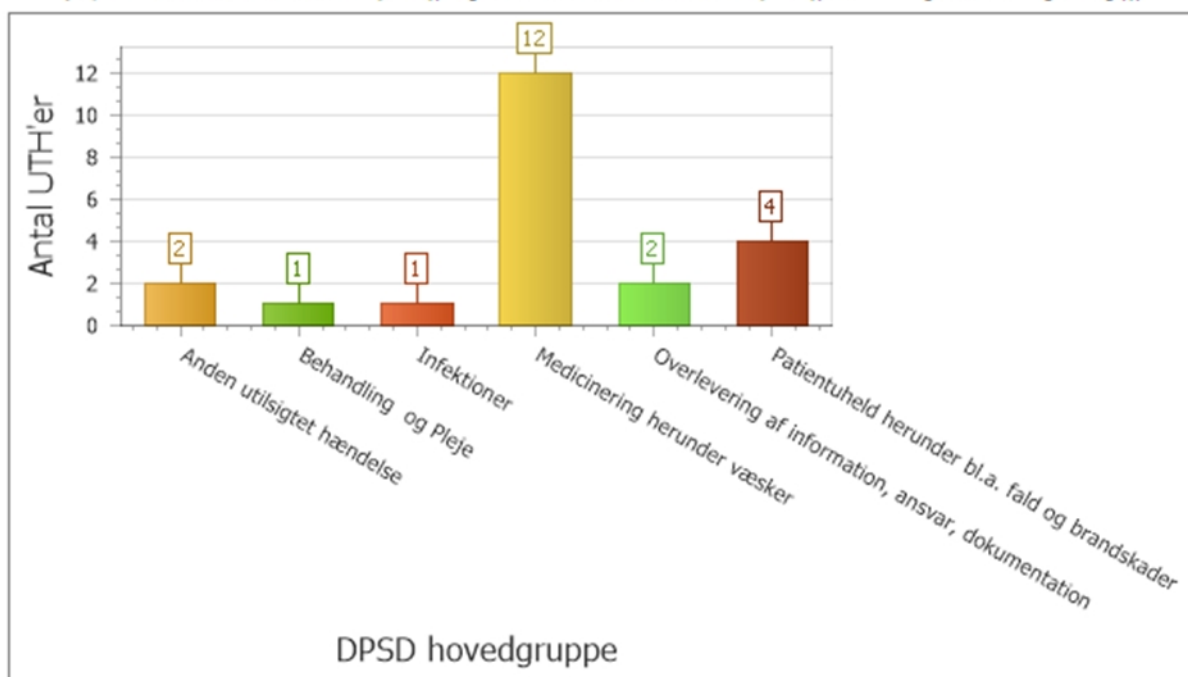
(\*Opret dato er indenfor Kalender 2020) and ((\*Sagsstatus Er ikke en af "Afvist,Slettet") and (\*Stednavn Lig med "Træning Auning"))



## DPSD hovedgrupper hos Træning Auning

\*Opret dato er indenfor Kalender 2020

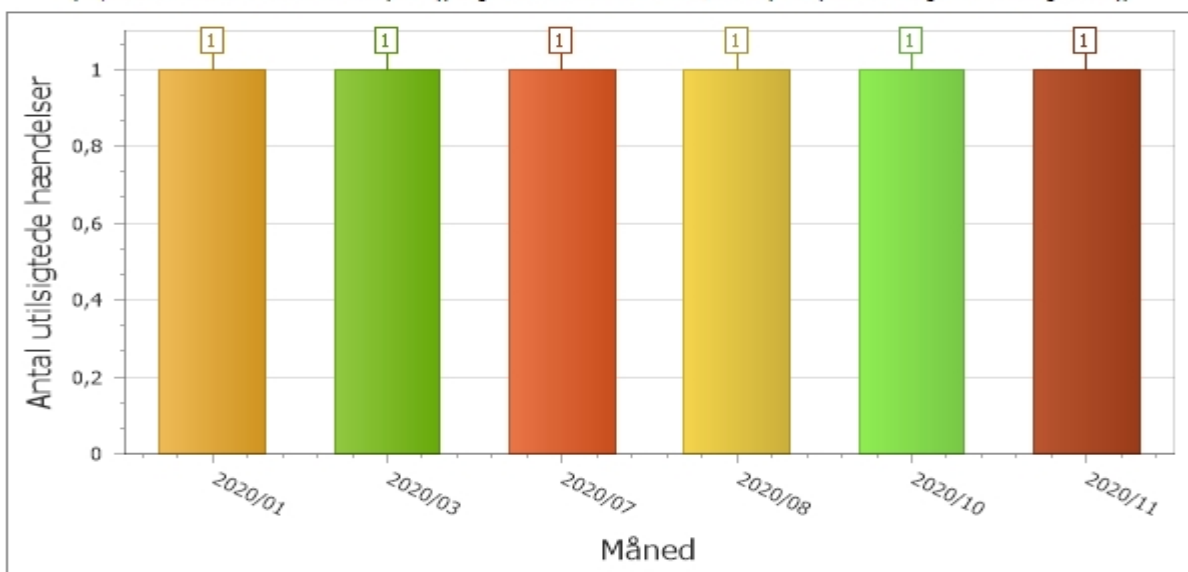
(\*Opret dato er indenfor Kalender 2020) and ((\*Sagsstatus Er ikke en af "Slettet,Afvist") and ((\*Stednavn Lig med "Træning Auning"))



## Antal utilsigtede hændelser på Træning Grenå 2020

\*Opret dato er indenfor Kalender 2020

(\*Opret dato er indenfor Kalender 2020) and ((\*Sagsstatus Er ikke en af "Afvist,Slettet") and ((\*Stednavn Lig med "Træning Grenå"))

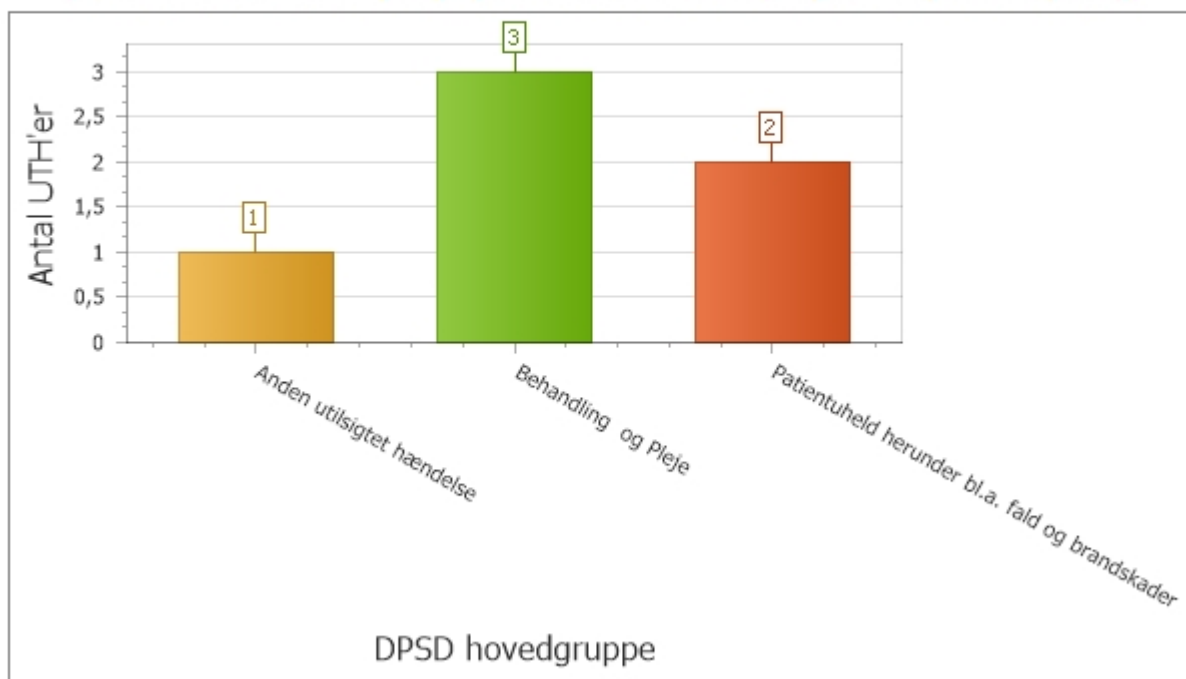




## DPSD hovedgrupper hos Træning Grenå

\*Opret dato er indenfor Kalender 2020

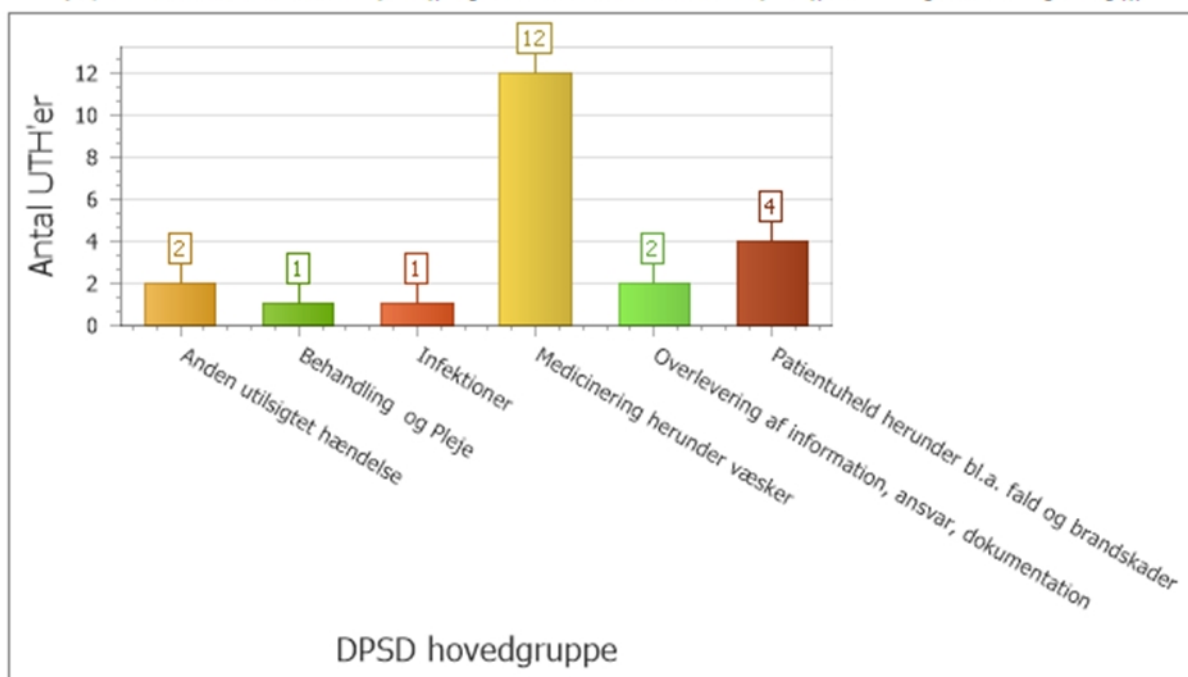
(\*Opret dato er indenfor Kalender 2020) and ((\*Sagsstatus Er ikke en af "Slettet,Afviist") and ((\*Stednavn Lig med "Træning Grenå"))



## DPSD hovedgrupper hos Træning Auning

\*Opret dato er indenfor Kalender 2020

((Opret dato er indenfor Kalender 2020) and ((Sagsstatus Er ikke en af "Slettet,Afvist") and ((Stednavn Lig med "Træning Auning"))))



## DPSD hovedgrupper hos Træning Grenå

\*Opret dato er indenfor Kalender 2020

(\*Opret dato er indenfor Kalender 2020) and ((\*Sagsstatus Er ikke en af "Slettet,Afvist") and ((\*Stednavn Lig med "Træning Grenå"))

