

Trænings- og
aktivitetscentre
Auning - Grenaa
Kommunalt
tilsyn

17. november
2021

Indhold

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.....	7
Sammenfatning	8
Patientsikkerhed	10
Oversigt over tilsynets vurdering	10
Den sundhedsfaglige dokumentation	10
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)	12
Hygiejne	13
Brugertilfredshed.....	15
Oversigt over tilsynets vurdering	15
Brugertilfredshed.....	15
Omgangsform og rengøring	16
Faglighed.....	17
Oversigt over tilsynets vurdering	17
Delegation og kompetencer	17
Kendskab til instrukser og retningslinjer	18
Rehabilitering	20
Organisation.....	22
Oversigt over tilsynets vurdering	22
APV	22
Samarbejde.....	23
Sygefravær.....	23
Budgetoverholdelse.....	23
Opsamling på andre/tidligere tilsyn	24
Bilag 1: Oversigt: Journalaudit	25
Bilag 2: Oversigt over borgernes kommentarer under telefoninterview om brugertilfredshed	26

Indledning

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

Tilsynet leveres af Sundheds og Omsorgs myndighedsafdeling og varetages af konsulenter ansat i afdelingens kvalitetsteam. Konsulenterne har som udgangspunkt en sundhedsfaglig baggrund.

Der vurderes på de enkelte underområder i hvert af de fire måleområder og drages konklusion ud fra de opstillede kvalitetsmål.

Tilsynet er udført ved både et anmeldt og et uanmeldt besøg.

Det uanmeldte besøg omfatter både dataindsamling på et ikke kendt tidspunkt for aftaleenheden og anmeldte fysiske besøg, hvor ledelsen interviewes og der foretages stikprøvekontrol på eksempelvis rengøring og hygiejne generelt.

Målepunkter i det kommunale tilsyn

Det kommunale tilsyn vurderer kvaliteten på enheden i forhold til følgende områder¹:

- Patientsikkerhed
 - Herunder: Den sundhedsfaglige dokumentation, arbejdet med utilsigtede hændelser, medicinhåndtering, hygiejne og forebyggelse af magt.
- Brugertilfredshed
 - Herunder: Brugertilfredshed hos borgere/beboere.
- Faglighed
 - Herunder: Arbejdet med delegation og kompetencer, medarbejdernes kendskab til relevante instrukser, procedurer og retningslinjer, arbejdet med rehabilitering og medarbejdernes løbende vedligeholdelse af kompetencer (e-læring).
- Organisatoriske forhold
 - Herunder: Arbejdsmiljø, budgetoverholdelse 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 2021 på enheden

- Journalaudit på seks journaler.
- Enheden har udført en lokal journalaudit på 10 journaler.
- Interview med ledelsen om det lokale arbejde med sikring og udvikling af de fire områder: patientsikkerhed, brugertilfredshed, faglighed og organisatorisk bæredygtighed.
- Interview med 10 borgere vedrørende deres mulighed for indflydelse og deres tilfredshed med kvaliteten af den leverede indsats.

¹ I tilsynsrapporten for træningscentrene indgår målepunkterne medicinhåndtering, magtanvendelse, hygiejne og e-læring ikke, da de ikke er relevante i forhold til den type indsats, der levers her.

- Spørgeskemaundersøgelse hos alle relevante medarbejdere ansat i enheden vedrørende rammerne for deres arbejde. Spørgeskemaet er sendt til 40 medarbejdere, hvoraf 28 medarbejdere har udfyldt skemaet. Dette giver en svarprocent på ca. 70%, hvilket er meget tilfredsstillende. De medarbejdere, der har udfyldt skemaet er fysioterapeuter, ergoterapeuter og aktivitetsmedarbejdere.
- Udtræk fra indberetningssystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er omfattende de fire hovedområder – fald, behandlinger og pleje samt anden utilsigtede hændelse.
- Udtræk fra medarbejder-app'en MyMedCards af hvor mange medarbejdere, der har set/læst hvilke instrukser og retningslinjer.
- Oversigt over sygefraværprocenten pr 1. september 2021.
- Opgørelse af forventet budgetoverholdelse for regnskabsåret 2021.

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.

Den øvrige tilsynsrapport er delt op i fire hovedafsnit, der belyser hvert af de fire hovedområder: *Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisation.*

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

Tilsynet udfører gentilsyn angiver, at der iværksættes et gentilsyn i forhold til et eller flere patientkritiske fund. Hvis denne vurdering gives, foretages der et gentilsyn inden for en afgrænset tidsramme.

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. **Enhedens tiltag:** beskriver de tiltag enheden har sat i værk på baggrund af tilsynets henstilling og **Tilsynets samlede vurdering:** beskriver tilsynets vurdering af enhedens tiltag.

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 betyder, 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 38 medarbejdere fordelt på de to trænings- og aktivitetscentre i henholdsvis Auning og Grenå.

Ambulant træning og aktivitet har medarbejdere ansat fordelt på følgende faggrupper: 18 fysioterapeuter, 5 ergoterapeuter, 10 aktivitetsmedarbejdere, hørevejlederfunktion, og 3 service-assistenten.

Afdelingen er opdelt på to matrikler: 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 dagtimerne. 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.

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

Afdelingerne har til sammen ca. 600 aktive borgere hele tiden. Dvs. at der hver uge afsluttes og opstartes borgere, så begge centre ca. har 300 aktive borgere. De fleste borgere kommer til træning eller aktivitet 1-2 gange ugentligt.

Udfordringer p.t. og det næste år:

Der er lige nu, samt fremadrettet, en stor opgave for både aftaleholder samt afdelingsleder i at indsamle viden, formidle viden og deltage aktivt i processen vedr. det nye hjerneskadecenter i Auning, som er planlagt til at gå i drift i år ca. 2024.

Fokus lige nu er at beskrive ambulante afdeling i Auning, så det bliver tydeligt hvilke opgaver vi løser, både nu og i fremtiden. Det bliver vigtigt at finde en fysisk placering til afdelingens funktioner, personale og borgere, når centret i Auning bliver til hjerneskadecenter. Vi håber på, at der snarest muligt findes alternativ matrikel i vest-Norrdjurs, da uvisheden om fremtiden hurtigt kan påvirke arbejdsmiljøet.

Statistikken for opgaver til afdelingen taler et tydeligt sprog. Vi forventer i 2021 at modtage flere genoptræningsplaner fra sygehuset end nogensinde før. Ca. 1400 genoptræningsplaner. Derudover modtager vi mange henvisninger via Serviceloven. Opgaverne bliver fortløbende mere komplekse, da indlæggelsestiden på sygehus forkortes. Det kræver kompetente medarbejdere med specialistviden at løse disse opgaver. Derfor har vi i 2021 fokuseret på opkvalificering af personalet, og lavet en bedre struktur for vidensdeling. Men der vil kontinuerligt være behov for opkvalificering, fordi at opgaverne hele tiden ændrer sig og bliver mere komplekse i kommunerne.

Det er klart, at en stigning i opgaver, som samtidig bliver mere komplekse, har betydning for arbejdspresset i afdelingen. Vi har i perioder forlænget ventetid på opstart af genoptræning efter Sundhedsloven, hvor loven foregiver at borger skal starte forløb indenfor 7 dage. Vi må også ofte udnytte serviceniveau-rammen for serviceloven, hvor der kan gå op til 6 uger efter visitation før borger skal startes i forløb.

Da vores opgaver bliver mere komplekse, og derfor kræver personale med stor faglig viden, kan vi også på trænings- og aktivitetsområdet mærke begyndende rekrutterings-vanskeligheder. Dette gælder især for Grenaa. Derfor skal vi værne om vores studerende og være kreative i rekrutteringsprocesserne.

Hvor har vi især udviklet os?:

- Vi har arbejdet rigtig meget med arbejdsmiljø, trivsel og opkvalificering, og vi oplever, at der er et godt arbejdsfællesskab, tværfaglighed og fokus på vores fælles kerneopgave.
- Vi har justeret i metoden til at opfylde 7 dages reglen, og oplever nu at vi har fundet løsninger på at imødekomme de mange små udsving der er i antal genoptræningsplaner som kommunen modtager. Vi løser derfor flere opgaver i afdelingen trods stigning i antal genoptræningsplaner. Vi har i den forbindelse samarbejdet med administrationen i Voldby ift. at de rette data kan trækkes i Nexus.
- Vi har haft fokus på at kunne trække den rigtige statistik og at vi i den forbindelse journaliserer de rette data de rette steder.

Fortsatte udvalgte udviklingsområder:

- Vi er godt i gang med at udarbejde faglige vejledninger på Sundhedslovens § 140 på alle diagnoser. Vi har en vedtaget skabelon, vi arbejder ud fra, og fagpersonerne med særlig viden på diagnosen mødes på tværs af de to afdelinger og arbejder med vidensdeling og ensretning af genoptræningstilbuddene på kommunens to centre. Det er både en god proces, men også et godt og nyttigt produkt, og vi arbejder videre med det i 2022. Når vi er igennem alle vejledninger, er det intentionen at de løbende evalueres, så de hele tiden er aktuelle.
- Der er behov for at arbejde videre med udvikling af faglige kompetencer, da afdelingens opgaver bliver mere avancerede, komplekse og vi modtager nye diagnoser. Vi arbejder med fælles kompetenceplan, gennemsigtighed og inddragelse for at de midler, der er afsat til kompetenceudvikling, bliver brugt så smart som muligt og så alle medarbejdere oplever sig imødekommet.

Vi har sammen med visitationen arbejdet med at tilpasse kvalitetsstandarder samt indsatskataloger for afdelingen. Forslaget har været på VPU i nov. 2021. Når vi har en politisk vedtaget ramme for afdelingen, skal denne formidles og implementeres.

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set

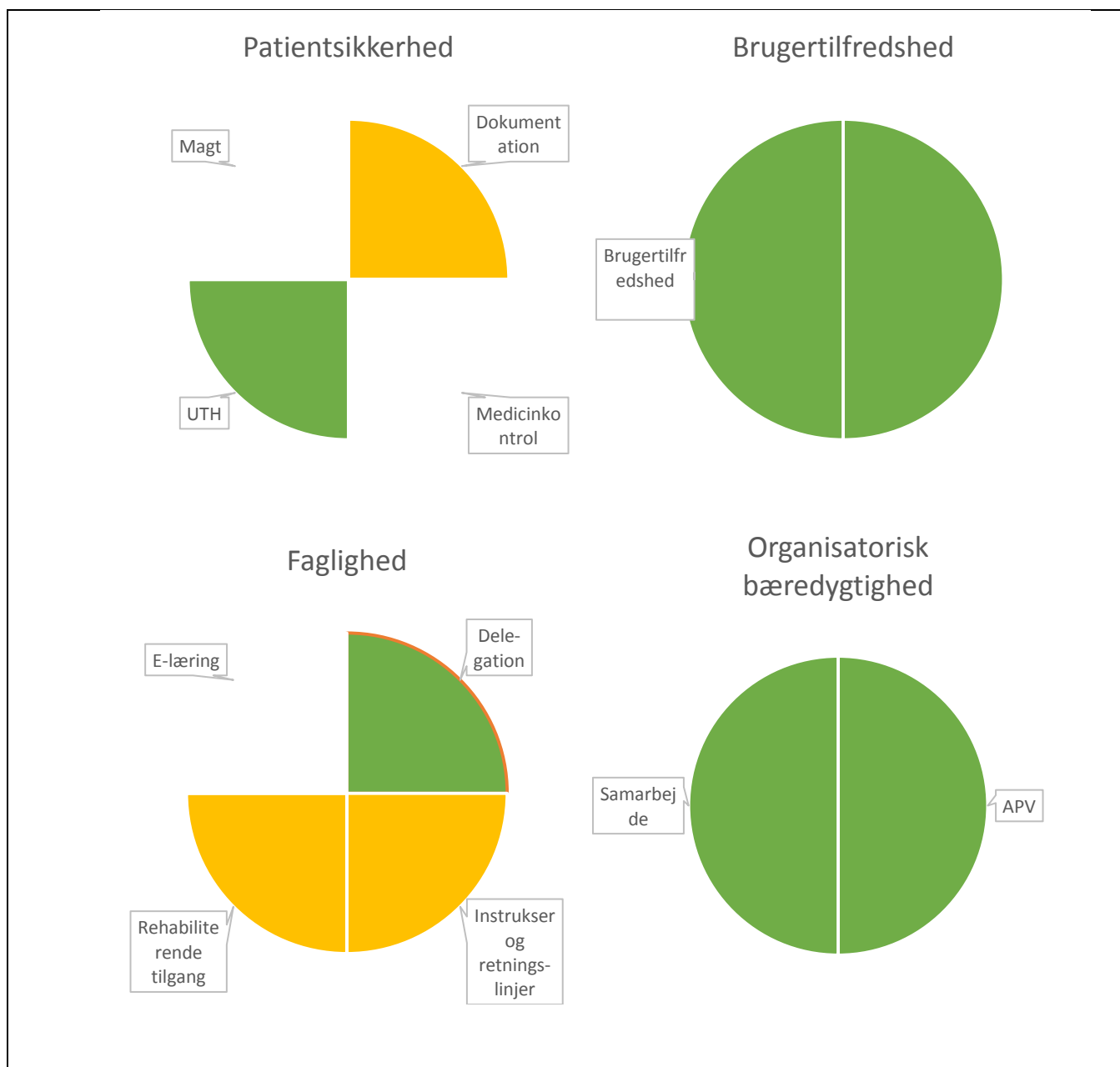
Figuren nedenfor illustrerer tilsynets vurdering af enhedens arbejde med områderne: Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisatorisk bæredygtighed.

En rød farve viser, at der er gjort et eller flere kritiske fund af betydning for patientsikkerheden.

En orange farve viser, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet.

En gul farve viser, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.

En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.



Sammenfatning

Patientsikkerhed: Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med den sundhedsfaglige dokumentation og utilsigtede hændelser² (UTH'er): *At der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på:

I forhold til *dokumentation*

- At helbredsoplysninger ikke i alle tilfælde er udfyldt og at oplysninger, der skulle have været i helbredsoplysninger, er dokumenteret andetsteds, så journalen fremstår mindre overskuelig.
- At der i enkelte tilfælde ikke er udfyldt tilstandspræciseringer.
- At borgers samtykke til behandlingen ikke fremgår konsekvent.
- At enkelte relevante udredninger ikke er udfyldt.
- At der mangler enkelte opgaver på indsatser og at der ikke er opgaver på tilstande.
- At der i enkelte tilfælde ikke ses en konkret og entydig opfølgning på borgerens aktuelle ledbevægelighed og smerter.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

I forhold til *dokumentation:*

- At der ses øget systematik og ensartet dokumentationspraksis terapeuterne imellem i forhold til ved tilsynet sidste år.
- At der er udfyldt Slutnotat, hvor relevant.

I forholdt til *arbejdet med UTH:*

- At der ses flere og forskelligartede indberetninger af UTH'er, hvilket er i overensstemmelse med Norddjurs Kommunes fokus på læring i forhold til UTH.
- At der er et ledelsesmæssigt fokus på det systematiske arbejde med læring af UTH'er og inddragelse af medarbejderne i denne læringsproces.
- At der er en overvejende positiv besvarelse fra medarbejderne på spørgsmålene om enhedens kultur i forhold til at understøtte arbejdet med UTH.

Brugertilfredshed: Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af borgernes tilkendegivelser i tilfredshedsundersøgelsen og medarbejdernes spørgeskemabesvarelser: *At der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurdering er der lagt vægt på:

- At de interviewede borgere overvejende giver udtryk for tilfredshed med den leverede indsats og relationen til medarbejderne.
- At medarbejderne overvejende svarer positivt i forhold til rammerne for at levere indsatsen og at der foregår en løbende kvalitetssikring.

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 de opgaver, der skal løses: *At der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

² En UTH er en hændelse, hvor sundhedspersoner uforvarende forvolder fejl og skader, når borgerne behandles eller på anden måde er i kontakt med enheden.

I vurderingen er der lagt vægt på:

I forhold til *kendskab til instrukser, retningslinjer og procedurer*

- At over 20 % af medarbejderne angiver ikke at kende retningslinjerne for anvendelsen af MyMedCards.

I forhold til *rehabilitering*:

- At der er mangler i dokumentationen af borgerens perspektiv.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

I forhold til *delegation og kompetencer*:

- At et overvejende flertal af medarbejderne er enige i, at nye kolleger får en god introduktion.
- At der er et systematisk fokus på opkvalificering af medarbejdere, både i forhold til at have et overblik over hvilken opkvalificering den enkelte medarbejder har behov for og hvilke kompetencer, der aktuelt er behov for samlet set.

I forhold til *kendskab til instrukser, retningslinjer og procedurer*:

- At stort set alle medarbejdere angiver, at de har adgang til alle de oplysninger, de har brug for, for at kunne træffe beslutninger om aktivitet og træning.
- At der er etableret en fast praksis hvor ledelsen sender opsamlende nyhedsbreve ud ugentligt som supplement til de ugentlige personalemøde for de forskellige medarbejdergrupper.

I forhold til *rehabilitering*

- At en stor del af borgerne giver udtryk for at kende og tilslutte sig de mål, der er sat for indsatsen og at de inddrages i arbejdet med at nå målene.
- At medarbejderne angiver, at de aktivt inddrager borgerne aktivt i målsætningen for træningen eller aktiviteten.
- At hovedparten af borgerne angiver at de er inddraget i målsætningen for deres træning
- At der gennemgående er oprettet SMARTE indsatsmål i journalerne.

Organisatorisk bæredygtighed: Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med APV og medarbejdernes beskrivelse af det interne samarbejde: *At der ikke er gjort fund af betydning for den organisatoriske bæredygtighed.*

I vurderingen er der lagt vægt på:

I forhold til *APV*

- At der i alle de journaler, der indgik i audit har været en APV i journalen, hvor relevant.
- At der har været gennemført en psykisk APV i indeværende år, hvor medarbejderne har været tæt inddraget i det grundige arbejde med resultatet.

I forhold til *samarbejde*

- At størstedelen af medarbejderne angiver, at der er et godt samarbejde internt, på tværs af faggrupper og i forhold til ledelse.

Patientsikkerhed

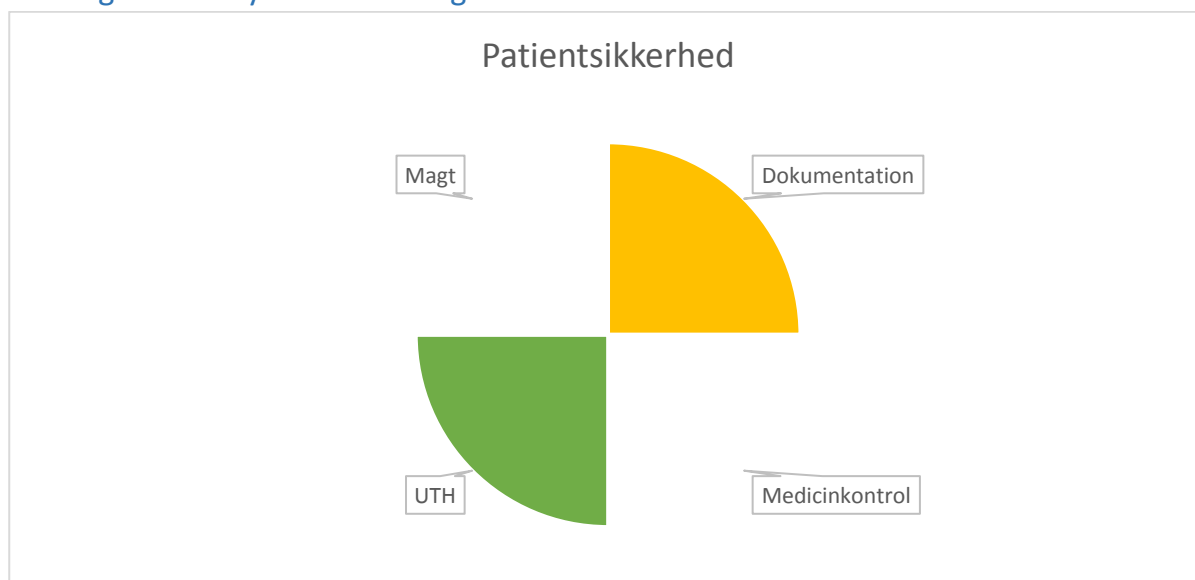
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med den sundhedsfaglige dokumentation og de sundhedsfaglige procedurer 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 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

Oversigt over tilsynets vurdering



En rød farve viser, at der er gjort et eller flere kritiske fund af betydning for patientsikkerheden.

En orange farve viser, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet.

En gul farve viser, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.

En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.

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 den leverede kvalitet.*

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

Den sundhedsfaglige dokumentation

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens sundhedsfaglige dokumentation bygger på:

- Tilsynets uanmeldte journalaudit på seks tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til 45 vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.

- Enhedens lokale journalaudit på 10 af deres borgerjournaler ud fra 51 kriterier.

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund³:

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

I forhold til *opdateret beskrivelse af og plan for borgers helbreds- og funktionstilstande*

- At helbredsoplysninger er opdaterede og relevante – men at der i et tilfælde ikke er udfyldt helbredsoplysninger og i to andre tilfælde er oplysninger i træningsvurderingen, som skulle have været i Helbredsoplysninger.
- At der generelt er oprettet de relevante tilstande, både i forhold til funktionsevne og helbred. Men at der ses tilfælde, hvor der ikke er skrevet i tilstandspræciseringen om den problemstilling indsatsen er bevilliget i forhold til.
- At der overvejende er oprettet de relevante handlingsanvisninger.
- At der overvejende er oprettet de relevante udredninger.
- At der overvejende er oprettet relevante opgaver til opfølgning på indsatser – men ikke på tilstande.
- At der, i overensstemmelse med Norddjurs Kommunes manual og retningslinjer, kun ses noter i træningsnotaterne, som ikke er af relevans for andre faggrupper eller enheder.
- At der generelt ses fint udfyldte Trænings vurderinger, som er både udførlige og overskuelige og hvor der overvejende er taget stilling til, om træningen skal foregå på avanceret eller basalt niveau. Men at der ses enkelt træningsvurdering, hvor den opfølgende beskrivelse af borgerens aktuelle niveau ikke er entydig og konkret i forhold til bevægelighed og smerter.
- At der er er Slutnotat, hvor relevant.

I forhold til *sammenhæng og systematik*

- At der mangler enkelte relationer i journalerne.
- At de i højere grad end ved sidste kommunale tilsyn er en ensartet dokumentationspraksis terapeuterne imellem.

I forhold til *understøttelse af borgerens retsstilling*

- Borgers informerede samtykke til den aktuelle pleje og behandling er dokumenteret i størstedelen af de relevante handlingsanvisninger, men ikke helt konsekvent.

Af ledelsesinterview fremgår det, at:

- På baggrund af sidste års tilsyn har der været arbejdet med de anbefalinger, tilsynet havde. Alle terapeuter er blevet præsenteret for tilsynets anbefalinger og enhedens superbrugere har undervist alle medarbejdere løbende ved behov. For eksempel også ved den nye journalbekendtgørelse. Terapeuter og aktivitetspersonale undervises for sig.
- Alle terapeuter har taget et webinar om korrekt dokumentation udarbejdet af Danske Fysioterapeuter med efterfølgende fælles gennemgang.
- Ved journalaudits i forbindelse med det aktuelle tilsyn er det ledelsens opfattelse, at overblikket i journalerne har fået et løft i forhold til ved sidste års tilsyn.

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet: At der er gjort fund af mindre betydning for kvaliteten af dokumentationen.

³ Se Bilag 1 for en opgørelsen over, hvor mange journaler, der lever op til de enkelte målepunkter

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At helbredsoplysninger ikke i alle tilfælde er udfyldt og at oplysninger, der skulle have været i helbredsoplysninger, er dokumenteret andetsteds, så journalen fremstår mindre overskuelig.
- At der i enkelte tilfælde ikke er udfyldt tilstandspræciseringer.
- At borgers samtykke til behandlingen ikke fremgår konsekvent.
- At enkelte relevante udredninger ikke er udfyldt.
- At der mangler enkelte opgaver på indsatser og at der ikke er opgaver på tilstande.
- At der i enkelte tilfælde ikke ses en konkret og entydig opfølgning på borgerens aktuelle ledbevægelighed og smerter.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der ses øget systematik og ensartet dokumentationspraksis terapeuterne imellem i forhold til ved tilsynet sidste år.
- At der er udfyldt Slutnotat, hvor relevant.

Tilsynet anbefaler

- At helbredsoplysninger udfyldes konsekvent, og at oplysninger, der hører til her, ikke dokumenteres andre steder i journalen.
- At der sikres en konsekvent dokumentation af borgers samtykke til træning.
- At der anvendes de relevante udredningsskemaer.
- At der anvendes opgaver til opfølgning på indsatser og tilstande.

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.
- Dialog med ledelsen om organiseringen af og strategien for arbejdet med utilsigtede hændelser på enheden.
- Spørgeskemabesvarelser om arbejdet med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser.

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af dataudtrækket⁴ fremgår det:

- At størstedelen af de indberettede UTH'er vedrører patientuheld herunder fald, men at der indberettes flere forskellige typer af UTH som anden utilsigtet hændelse samt behandling og pleje.
- At enheden indberetter en fin mængde UTH'er i forhold til sin størrelse, hvilket er i overensstemmelse med Norddjurs Kommunes strategi for læring i forhold til patientsikkerheden.

Af ledelsesinterviewet fremgår det:

I forhold til sikring af medarbejdernes kendskab til hvordan man indberetter UTH'er

- At arbejdet med UTH er oppe på fordelingsmøderne, der er for alle terapeuterne.
- At ledelsen skriver ud og minder medarbejderne om, at de kan få hjælp af medarbejdere og ledere til indberetning og at oplysningerne om hvordan og hvornår er i MyMedCards.

⁴ Det er ikke teknisk muligt, at adskille de indberettede UTH'er fra Ambulant træning Auning fra Træning døgn. De indberettede UTH'er fra Ambulant træning Auning indgår derfor ikke i denne rapport. Der indgår kun de UTH'er, som er indberettet fra Ambulant træning Grenå.

- At det ikke er ledelsens oplevelse, at der er nogle af medarbejderne der er usikre på, hvordan de indberetter, der er bare ikke så mange UTH'er på enheden.

I forhold til sikring af lokal læring på baggrund af UTH'er

- At de UTH'er der er i enheden, har karakter af at være enkeltstående tilfælde, hvor der mest er fokus på forebygge at noget tilsvarende sker igen – men hvor der ikke kan identificeres et mønster. Der ses dog flere mangelfulde genoptræningsplaner fra hospitalet, som enheden indberetter som UTH'er.
- At de to AMR'ere er dem, der efter aftale med og sparring fra ledelsen, varetager udarbejdelsen af handleplaner og formidling til medarbejdergruppen, hvis en UTH giver anledning til ny praksis.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 78 % af medarbejdere svarer, at de enten 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ved, hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse. 22 % svarer 'i nogen grad'.
- 60 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ved hvordan der arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen. 22 % svarer 'i nogen grad'.
- 78 % af medarbejderne angiver, at de er 'helt enige' og delvis enige' i, at enheden håndterer utilsigtede hændelser på en hensigtsmæssig måde. 4 % svarer 'hverken enig eller uenig', men 19 % svarer 'ved ikke'.
- 97 % af medarbejderne er 'helt enige' og delvis enige' i, at de ville føle sig trygge som borger i deres enhed.
- 74 % af medarbejderne angiver, at de er 'helt enige' og delvis enige' i, at de ved hvor de kan få svar på spørgsmål om patientsikkerhed. 11 % angiver 'hverken enig eller uenig'.
- 78 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at de får passende tilbagemeldinger på, hvordan de klarer deres arbejdsopgaver. 19 % er 'hverken enig eller uenig'.
- 67 % af medarbejderne er 'helt uenige' i, at det er svært at diskutere utilsigtede hændelser på deres arbejdsplads.
- 67 % af medarbejderne er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at kollegaer opfordrer dem til at sige til, hvis de er bekymrede for patientsikkerheden.
- 74 % er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at kulturen gør det nemt at lære af andres utilsigtede hændelser.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der ses forskelligartede indberetninger af UTH'er.
- At der er et ledelsesmæssigt fokus på, at medarbejderne har kendskab til hvordan man indberetter en UTH og at der følges op på de indberettede UTH'er med henblik på at kunne forebygge tilsvarende UTH'er.
- At størstedelen af medarbejderne ved, hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse, og de oplever, at kulturen gør det nemt at lære af andres utilsigtede hændelser.

Hygiejne

Tilsynets kommentering af, hvorvidt enheden overholder de gældende retningslinjer for hygiejne og uniformsetikette er baseret på:

- Observationer ud fra tjekskema i enhedens lokaler.

Sammenfatning af observationer:

Ved observation i enhedens lokaler og i borgerens hjem fremgår det:

- At der observeres personale, der ikke overholder retningslinjer for at anvende ringe, armbånd og ure.
- At uniformsetiketten efterkommes blandt de observerede medarbejdere.
- At der er opsat sæbe og spritdispensere på personaletoiletter.
- At der ikke er opsat instruktion i korrekt håndvask ved personalehåndvaske.

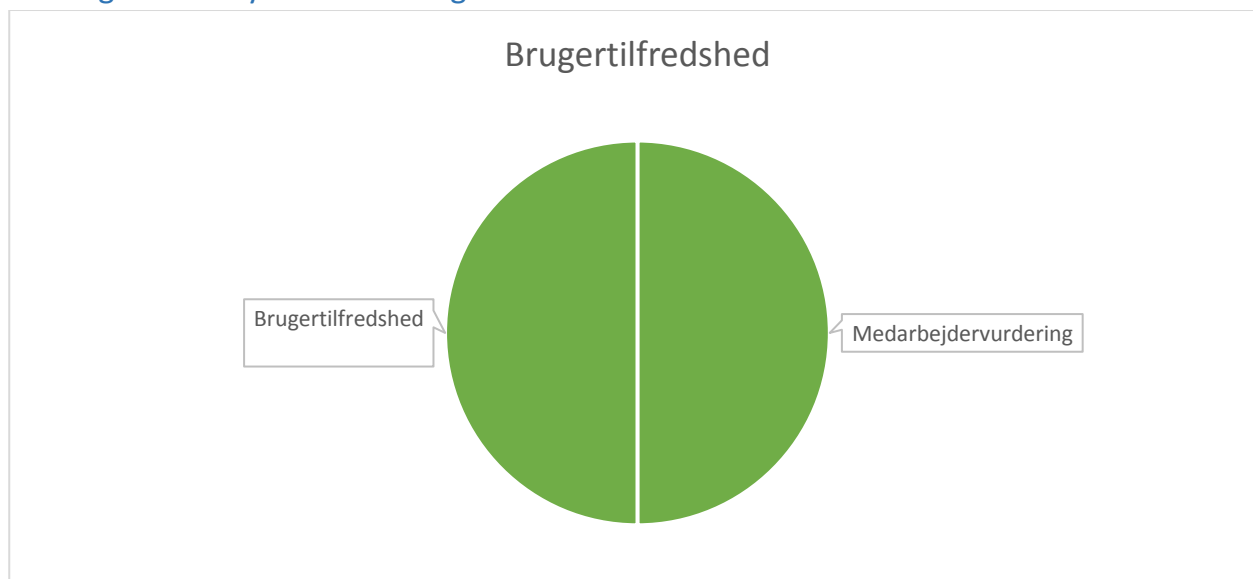
Brugertilfredshed

I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser⁵. 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 og medarbejdervurdering

Oversigt over tilsynets vurdering



En rød farve viser, at der er gjort et eller flere kritiske fund af betydning for patientsikkerheden.

En orange farve viser, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet.

En gul farve viser, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.

En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med brugertilfredshed og klager/bekymringshenvendelser: *At der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

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

Brugertilfredshed

Tilsynets vurdering af brugertilfredsheden på enheden bygger på:

- Telefoninterviews med 10 borgere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewet⁶ fremgår det, at:

I forhold til den *samlede vurdering af indsatsen*:

⁵ Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

⁶ I afrapporteringen er der fokus på at sikre, at den enkelte borgers besvarelser ikke vil kunne blive genkendt.

- Alle borgerne angiver, at de samlet set er 'meget tilfreds' eller 'tilfreds' med den indsats de modtager.

I forhold til *ventetiden i forbindelse med opstart af træning*:

- Alle borgere, som modtager træning efter §140 i sundhedsloven angiver, at de 'i høj grad' er tilfredse med ventetiden til deres træning startede.

I forhold til *levering af træning eller aktivitet*:

- 70 % af borgerne angiver 'nej' til, om medarbejderne har aflyst deres træning/aktivitet.
- De borgere, som har fået aflyst deres træning/aktivitet angiver alle, at de har fået tilbudt erstatningstræning/aktivitet.

I forhold til *personalet*:

- Alle borgerne svarer 'helt enig' eller 'enig' i, til at medarbejderne lytter til hvilke ønsker og behov de har, at personalet udviser respekt og omgangstonen er god mellem borger og personale.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- Ved spørgsmålet 'Giver hverdagen mulighed for at levere den i kvalitetsstandardens beskrevne træning og aktivitets og samværstilbud?' svarer 30 % 'i høj grad'. 59 % svarer 'i nogen grad'.
- 93 % af medarbejderne svarer, at der 'i høj grad' og 'i nogen grad', løbende arbejdes med kvalitetsudvikling- og sikring i forhold til pleje og aktiviteter.

Tilsynets vurdering: At der ikke er gjort fund i forhold til brugertilfredsheden.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At de interviewede borgere overvejende giver udtryk for høj tilfredshed med den leverede indsats og relationen til medarbejderne.
- At medarbejderne overvejende svarer positivt i forhold til rammerne for at levere indsatsen og at der foregår en løbende kvalitetssikring.

Omgangsform og rengøring

Tilsynets kommentering af omgangsformen og hvorvidt enheden overholder de gældende kvalitetsstandarder for rengøring er baseret på:

- Observationer på baggrund af tjekskema i enhedens lokaler.

Sammenfatning af observationer:

Ved observation i enhedens lokaler ses det:

- At hjælpemidler fremstår rene.
- At fællesområder i enheden fremstår rene og ryddelige.

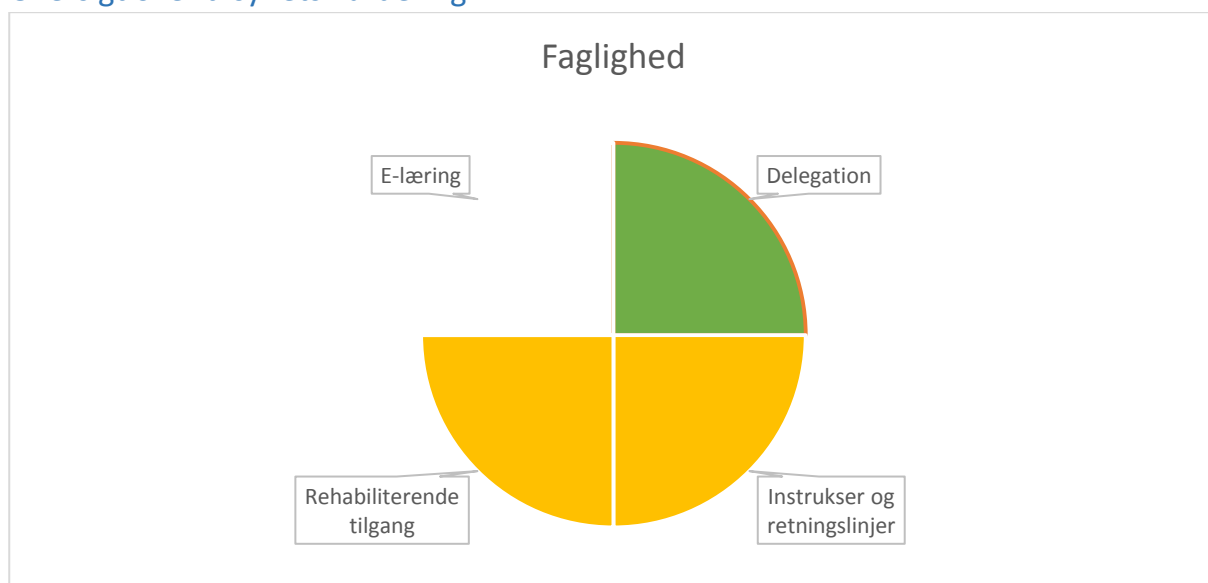
Faglighed

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
- Enhedens rehabiliterende tilgang
- Medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring – ikke relevant for denne enhed

Oversigt over tilsynets vurdering



En rød farve viser, at der er gjort et eller flere kritiske fund af betydning for patientsikkerheden.

En orange farve viser, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet.

En gul farve viser, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.

En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med delegation og kompetencer og medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer og enhedens rehabiliterende tilgang: *At der er gjort fund af mindre betydning for den faglige kvalitet.*

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, bygger på:

- Interview med ledelsen
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Ved ledelsesinterviewet fremgår det:

I forhold til *arbejdet med området siden sidste kommunale tilsyn*:

- At der aktuelt ikke delegeres opgaver fra terapeut til aktivitetsmedarbejdere.
- At der er blevet udarbejdet et skema over de enkelte terapeuters kompetencer i forhold til særlige diagnosegrupper, både i forhold til aktuel erfaring og forhold til medarbejdernes interesseområde.
- At på baggrund af arbejdet med at kortlægge henholdsvis terapeuternes kompetencer og de kompetencer, der er behov for, er blevet lagt en plan for kompetenceudvikling, der er bevilliget 50.000 kr. til fra HR-puljen. Derfor har alle medarbejdere kunnet komme på mindst et kursus og der har derudover været midler til, at få undervisere ud på enheden. Hvilket har været tiltrængt tiltag. Det har været en ledelsesmæssig prioritet, at de valg, der er truffet i forhold til kompetenceudviklingen af medarbejderne har været synlig og transparent for alle medarbejdere.

I forhold til at sikre, at medarbejderne har de rette kompetencer til opgaven:

- At der følges op ved MUS i forhold til den enkelte medarbejders kompetencer.
- At enheden er undervejs med at udarbejde faglige vejledninger på alle relevante diagnoser. I denne proces samles de medarbejdere (en til to fra hvert af de to træningscentre), der har kompetencerne inden for det faglige område. De laver en skabelon for fremgangsmåden med afsæt i de nationale kliniske retningslinjer, vejledning fra sygehuset og bedst practice på området.
- At alle terapeuter samarbejder med hinanden. For eksempel er alle terapeuter sat på mindst et hold sammen med en anden terapeutfaglig kollega.
- At der er en stærk kultur for vidensdeling, der blandt andet understøttes af, at medarbejderne har fremmøde hver dag og deler kontor.
- At nye medarbejdere får et 14 dages introprogram, hvor de også følges med deres kolleger i denne periode. Der er løbende opfølgning ved ledelsen og ligesom der afholdes en tre-måneders-samtale med ledelsen, hvor der følges op i forhold til de nye medarbejders faglige ønsker og kompetencer.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

I forhold til oplæring af nye medarbejdere:

- At 85 % af medarbejderne angiver, at være 'helt enige i' eller 'delvist enige i' at nyt personale får en god introduktion.
- At 85 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at personale der er under oplæring inden for deres fagområde, får den nødvendige supervision.

Tilsynets vurdering: At der ikke er gjort fund af betydning for, hvordan enheden sikrer, at kommunens retningslinjer for delegation efterleves.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At et overvejende flertal af medarbejderne er enige i, at nye kolleger får en god introduktion.
- At der er et systematisk fokus på opkvalificering af medarbejdere, både i forhold til at have et overblik over hvilken opkvalificering den enkelte medarbejder har behov for og hvilke kompetencer, der aktuelt er behov for.

Tilsynet fremhæver:

- At der er et systematisk fokus på opkvalificering af medarbejdere, både i forhold til at have et overblik over hvilken opkvalificering den enkelte medarbejder har behov for og hvilke kompetencer der er behov for, for at kunne imødekomme den aktuelle efterspørgsel.

Kendskab til instrukser og retningslinjer

Tilsynets vurdering af om det 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
- Ledelsesinterview
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

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

- At der har været 22 unikke brugere af MyMedCards inden for det sidste år

Af ledelsesinterview fremgår det, at:

- Medarbejdere informeres med mail, hvis der er nyt.
- Ledelsen udarbejder et ugentligt nyhedsbrev, hvor der samles op på alt, hvad der er kommet af information af mails mm. Medarbejderne er blevet indskærpet, at det er vigtigt at prioritere at læse dette nyhedsbrev.
- Derudover suppleres med information på personalemøder, der både fungerer som fordelingsmøder – hvilke medarbejdere arbejder med hvilke borgere – og som informationsmøder. Alle medarbejdere deltager i et personalemøde ugentligt med ledelsen.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

I forhold til at have *adgang til den nødvendige viden*, at:

- At 97 % medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at de normalt har adgang til alle de oplysninger, de har brug for, for at kunne træffe beslutninger om aktivitet og træning.

I forhold til *retningslinjer for anvendelsen af MyMedCards*⁷:

- 63 % af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for, hvordan de skal bruge MyMedCards. 37 % angiver 'nej' eller 'ved ikke' til spørgsmålet. 71 % af disse medarbejdere svarer, at de 'i høj grad' følger disse retningslinjer.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At over 20 % af medarbejderne angiver ikke at kende retningslinjerne for anvendelsen af MyMedCards.

I vurderingen er også lagt vægt på:

- At alle medarbejdere angiver, at de har adgang til alle de oplysninger, de har brug for, for at kunne træffe beslutning om aktivitet og træning.
- At der er etableret en fast praksis hvor ledelsen sender opsamlende nyhedsbreve ud ugentligt som supplement til de ugentlige personalemøde for de forskellige medarbejdergrupper.

Tilsynet anbefaler:

- At der udarbejdes en plan for, hvordan det sikres, at medarbejderne kender retningslinjerne for anvendelsen af MyMedCards.

⁷ I dette spørgsmål afrapporteres kun besvarelser fra de relevante faggrupper, dvs. besvarelser fra sygeplejersker, assistenter og hjælpere – 11 besvarelser i alt.

Rehabilitering

Tilsynets vurdering af, om enheden sikrer en rehabiliterende tilgang, bygger på:

- Telefoninterview med 10 borgere
- Ledelsesinterview
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser
- Enhedens og tilsynets audit af i alt 16 borgerjournaler

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved telefoninterview med borgerne fremgår det at:

- 60 % af borgere angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ved hvad målet med deres trænings-/aktivitetsforløb er. 10 % angiver 'i nogen grad'.
- 50 % af borgere angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' har været med til at sætte mål for, hvad de skal kunne efter forløbet. 10 % angiver 'i nogen grad'.
- 60 % af borgerne svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' arbejder efter de aftalte mål. 10 % svarer 'i nogen grad'.
- 50 % af borgerne svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' arbejder med mål, som er vigtige for dem at nå. 20 % svarer 'i nogen grad'.
- 55 % af borgerne angiver 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' til at de bliver inddraget i, hvordan de skal arbejde med at nå målene.
- 50 % af borgerne angiver 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' til at de får den støtte, som de har behov for, for at kunne nå deres mål. 10 % angiver 'i nogen grad'.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- 81 % af medarbejderne angiver, at de 'i høj grad' aktivt inddrager borgerne aktivt i målsætningen for træningen eller aktiviteten.

Af ledelsesinterview fremgår det at:

- Den nuværende ledelse ikke har været ansat ved sidste års rehabiliteringsuge og derfor ikke har været med i opfølgningen på denne, men at den rehabiliterende tilgang er meget central i enhedens arbejde med borgerne.

Af journalaudit fremgår det at:

- Inddragelse af borgers perspektiv ses i mindre grad i de auditerede journaler. Det vil sige, at felterne vedr. borgers motivation, mestring og ressourcer kun er udfyldt i halvdelen eller under halvdelen i journalerne. Borgerens vurdering er ligeledes i mindre omfang dokumenteret under funktionstilstande. Men der er gennemgående oprettet indsatsmål og disse er i de fleste tilfælde målbare (SMARTE).

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- At der er mangler i dokumentationen af borgerens perspektiv.

I vurderingen er også lagt vægt på:

- At hovedparten af medarbejderne angiver, at de aktivt inddrager borgerne i målsætningen for træningen eller aktiviteten.
- At hovedparten af borgerne angiver at de er inddraget i målsætningen for deres træning
- At der gennemgående er oprettet SMARTE indsatsmål i journalerne.

Tilsynet anbefaler:

- At der arbejdes med at dokumentere borgerens perspektiv gennemgående.

Organisation

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

- APV
- Samarbejde
- Budgetoverholdelse
- Sygefravær
- Eksterne tilsyn

Oversigt over tilsynets vurdering



En rød farve viser, at der er gjort et eller flere kritiske fund af betydning for patientsikkerheden.

En orange farve viser, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet.

En gul farve viser, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.

En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med APV og medarbejdernes vurdering af det interne samarbejde: *At der ikke er gjort fund af betydning i forhold til enhedens organisatoriske bæredygtighed.*

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

APV

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

- Tilsynets uanmeldte journalaudit og enhedens lokale audit af, om der er udfyldt APV'er (Arbejdspladsvurderingsskemaer vedrørende de borgerrelaterede forhold - herunder adgangsforhold og hjælpemidler i hjemmet) for alle borgere.
- Ledelsesinterview vedrørende opfølgning på den psykiske APV.

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

- At i 14 ud af 16 journaler var det ikke relevant med en APV og i de to sidste journaler, var der en opdateret APV.

Ved ledelsesinterview fremgår det:

- At der blev gennemført en psykisk APV i januar 2021, der er blevet arbejdet med frem til august 2021. AMR har været tovholdere på opsamling, møder og udarbejdelse og gennemførelse af handleplan. Alle medarbejdere har været involveret i processen, har fået taletid i fællesskab og der er blevet arbejdet på at skabe en tydelig og konkret handleplan.

Tilsynet vurderer at: Der ikke er gjort fund af betydning for arbejdsmiljøet.

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- Der i alle de journaler, der indgik i audit har været en APV i journalen, hvor relevant.
- Der har været gennemført en psykisk APV i indeværende år, hvor medarbejderne har været tæt inddraget i det grundige arbejde med resultatet.

Samarbejde

Tilsynets vurdering af om medarbejderne er tilfredse med samarbejdet i enheden bygger på:

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 70 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'. 30 % svarer hertil 'både og'.
- 89 % af medarbejderne angiver, at samarbejde mellem faggrupperne internt er 'meget godt' eller 'godt'. 11 % angiver hertil 'både og'.
- Alle medarbejdere angiver, at forhold til ledelsen er 'meget godt' eller 'godt'.

Tilsynet vurderer at: der ikke er gjort fund i forhold til det interne samarbejde i enheden.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At størstedelen af medarbejderne angiver, at der er et godt samarbejde internt, på tværs af faggrupper og i forhold til ledelse.

Sygefravær

Vurderingen af enhedens sygefravær er baseret på:

- Oversigt over sygefraværsprocenten i perioden 1. september 2020 til 31. august 2021. Af sygefraværsoversigten fremgår det:
- At sygefraværsprocenten i perioden 1. september 2020 til 31. august 2021 for enheden var på 3,21 %. Til sammenligning er sygefraværsprocenten i Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune i samme periode på 6,63 % og sygefraværet ved sidste års tilsyn i enheden var på 10,54 %.

Budgetoverholdelse

Ambulant træning er som udgangspunkt økonomisk veldrevet.

Området er presset af et stigende antal genoptræningsplaner efter udskrivelser, hvor der maksimalt er 7 dages ventetid før opstart. Hvis ventetiden ikke kan overholdes, har borgeren har ret til at vælge/få tilbudt anden leverandør. Det betyder, stigende udgifter til privat leverandør. Desuden er omfanget af

specialiseret genoptræning og rehabilitering steget, så ambulante træning skal støtte op på døgnrehabilitering. Der er derfor samlet en overskridelse af budgettet, som dækkes inden for sundheds- og omsorgsområdets samlede ramme.

Opsamling på andre/tidligere tilsyn

Der har ikke været eksterne tilsyn på enheden inden for det sidste år

Bilag 1: Oversigt: Journalaudit

Bilag 1: Oversigt: Journalaudit

Antal journaler hvor følgende er opfyldt:

<i>Opfølgning på borgerens træningsforløb</i>	Tilsynets audit på 6 borgere	Enhedens audit på 10 borgere
Er der udfyldt slutnotat	1 ud af 1	1 ud af 1
<i>Opdateret beskrivelse af og plan for borgers helbreds- og funktionstilstande</i>		
Relevante helbredsoplysninger	4 ud af 6	7 ud af 10
Taget stilling til, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser	5 ud af 6	8 ud af 10
Alle relevante funktionstilstande valgt	6 ud af 6	9 ud af 10
Indeholder træningsnotater kun oplysninger om udskudt start eller trænet som planlagt	1 ud af 2	8 ud af 9
Henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant	2 ud af 2	2 ud af 3
Oprettet relevante handlingsanvisninger	6 ud af 6	10 ud af 10
Ingen ubehandlede korrespondancer på borgeren (MedCom)	5 ud af 5	10 ud af 10
Hvis relevant: En aktuell forflytningsvejledning for borgeren	-	-
Er relevante udredninger oprettet og udfyldt	2 ud af 3	2 ud af 2
Er der oprettet træningsvurdering (TVA pakker undtaget)	5 ud af 5	10 ud af 10
Er der taget stilling til om genoptræningen er basal eller avanceret	2 ud af 3	9 ud af 9
Oprettet opgaver på alle indsatser	4 ud af 6	6 ud af 10
<i>Sammenhæng og systematik</i>		
Oprettet relationer så der skabes sammenhæng	6 ud af 6	2 ud af 10
<i>Understøttelse af borgers retsstilling</i>		
Borgers samtykke fremgår af handleanvisningen	3 ud af 6	9 ud af 10
Borgers samtykke ved videregivelse af helbredsoplysninger	-	2 ud af 2
<i>Understøttelse af rehabiliterende tilgang</i>		
Beskrivelse af borgers motivation	2 ud af 6	2 ud af 8
Beskrivelse af borgers mestring	2 ud af 6	1 ud af 8
Beskrivelse af borgers ressourcer	3 ud af 6	1 ud af 8
Borgers vurdering ved funktionstilstande	4 ud af 6	6 ud af 10
Oprettet indsatsmål	6 ud af 6	8 ud af 10

Bilag 2: Oversigt over borgernes kommentarer under telefoninterview om brugertilfredshed

I forhold til spørgsmålene: 'Er du tilfreds med ventetiden fra du modtog din genoptræningsplan til din genoptræning startede? (§140) ' og 'Er du tilfreds med ventetiden fra din træning/aktivitet gik i gang? (§86)':

- Er kommet i aktivitetstilbuddet siden 2013.
- Ventetiden passede godt
- Ventede længe på aktivitetstilbuddet.

I forhold til spørgsmålene: 'Har medarbejderne aflyst jeres aftale? ' og 'Hvis ja: Har du fået tilbudt erstatningstræning/aktivitet? ':

- Har haft flere forskellige tider og personaler

