

Kommunalt  
tilsyn

Trænings- og  
aktivitetscentre  
Auning - Grenaa  
21. april  
2023

## 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
<b>Sammenfatning</b> .....	<b>8</b>
Patientsikkerhed .....	11
Oversigt over tilsynets vurdering .....	11
Den sundhedsfaglige dokumentation .....	12
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH) .....	12
Brugertilfredshed.....	14
Oversigt over tilsynets vurdering .....	14
Brugertilfredshed.....	14
Faglighed.....	16
Oversigt over tilsynets vurdering .....	16
Delegation og kompetencer .....	16
Kendskab til instrukser og retningslinjer .....	17
Rehabilitering .....	17
Organisation.....	19
Oversigt over tilsynets vurdering .....	19
Samarbejde.....	19
Bilag 1: Oversigt: Journalaudit .....	21

## 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 enheden og et anmeldt fysisk besøg, hvor beboere 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 områder:

- Patientsikkerhed
  - Herunder: Den sundhedsfaglige dokumentation, arbejdet med utilsigtede hændelser, medicinhåndtering, hygiejne og forebyggelse af magt
- Brugertilfredshed
  - Herunder: Brugertilfredshed hos borgere/beboere og medarbejdernes vurdering af rammer for at levere deres indsats
- 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

## 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 2023 på enheden

- Journalaudit på seks journaler
- Enheden har udført en lokal journalaudit på seks journaler
- Telefoninterview med 23 borgere vedrørende deres mulighed for indflydelse og deres tilfredshed med kvaliteten af den leverede service
- Spørgeskemaundersøgelse hos alle relevante medarbejdere ansat i enheden vedrørende de faglige rammer for deres arbejde. Spørgeskemaet er sendt ud til 35 medarbejdere. 27 medarbejdere har svaret på hele spørgeskemaet. Dette giver en svarprocent på 77 %, hvilket er en meget tilfredsstillende svarprocent i forhold til at kunne tolke resultatet.

- Udtræk fra indberetningsystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er omfattende hovedområdet – patientuheld.

## 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 periode, som tilsynet fastsætter.

**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. Tilsynsenheden følger systematisk op på resultatet af enhedens tiltag ved næste års tilsyn

**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 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 37 medarbejdere fordelt på de to trænings- og aktivitetscentre i henholdsvis Auning og Grenå.

*Ambulant træning og aktivitet har medarbejdere ansat fordelt på følgende faggrupper:*

2 terapeutkoordinatorer (fysioterapeuter), 18 fysioterapeuter, 5 ergoterapeuter, 10 aktivitetsmedarbejdere (6 sosu-assistent, 2 socialpædagoger, 1 fysioterapeut og 1 ergoterapeut), hørevejledning (ved sosu-assistent i aktiviteten), 2 serviceassistenter.

*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 to terapeutteams og to aktivitetsteams. Alle medarbejdere har mødetid mandag-fredag i dagtimerne i tidsrummet mellem kl. 7.30-17.00.

Der er lukket for det ambulante tilbud i weekender og på helligdage.

Ledelsen varetages af aftaleholder Charlotte Klitnæs og afdelingsleder Lene Søsted Sørensen.

*Studerende:*

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

*Særlige fokusområder:*

### 1. Opgave-øgning:

Afdelingen har i 2022 modtaget et stigende antal genoptræningsplaner fra sygehusene, svarende til en opgaveøgning på ca. 20 % sammenlignet med tidligere sammenlignelige år.

Dette har betydet et stort fokus på, hvordan vi har kunnet øge effektiviteten ved at beskrive meget tydelige rammer, samarbejde på tværs og prioritere skarpt i opgaverne. Samtidig med dette har vi nu fundet løsninger på at leve op til 7 dages reglen, så vi sender meget få borgere til behandling ved praktiserende fysioterapeuter.

### 2. Opkvalificering:

Samtidig med at vi oplever opgave-tilgang, får vi fortsat flere komplekse opgaver, hvor der fortsat er behov for at medarbejderne besidder specialkompetencer for at kunne løse opgaverne med den nødvendige kvalitet og effektivitet.

Afdelingen arbejder fortløbende med udarbejdelse af faglige vejledninger på alle diagnoser ift.

Sundhedslovens § 140 (genoptræningsplaner), og vi udarbejder årligt en kompetenceplan for hele afdelingen ift. prioritering af kompetencemidlerne, så det sikres, at de mest nødvendige kompetencer tilegnes.

Derudover prioriteres vidensdeling i form af erfagrupper m.m. og der søges om kompetencemidler for at sikre, at så mange faggrupper som muligt får mulighed for at tilegne sig den nødvendige, nye viden.

### 3. Samarbejde på tværs, trivsel og fællesskab:

Opgaveøgningen har betydet at afdelingen i lange perioder oplever stor travlhed. Det kræver derfor at vi hele tiden har fælles fokus på, hvordan vi håndterer denne travlhed, og gør hvad vi kan for at trivlsen ikke påvirkes negativt.

Derfor prioriterer vi fællesskabet, samarbejde, vidensdeling og sparring. Vi spiser frokost sammen og drager omsorg for hinanden.

#### 4. Faciliteter og slitage

Grundet opgavetilgang, samt at mange borgere har behov for individuel tilgang og opstart, er vi udfordret på faciliteter, især på Auning Træningscenter. Vi kompenserer ved at fordele aktiviteter i løbet af hele dagen, træne udenfor med borgerne samt benytte satellitter som eks. Glesborg og Fuglsanggården. Men der er behov for at Træningscenter Auning bliver bedre indrettet til de mange aktiviteter, huset skal rumme.

Da vi både har mange borgere og selvtrænere på centrene, bliver træningsudstyret slidt. Det er kostbart udstyr, og der vil være behov for et større budget til indkøb af udstyr fremadrettet.

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

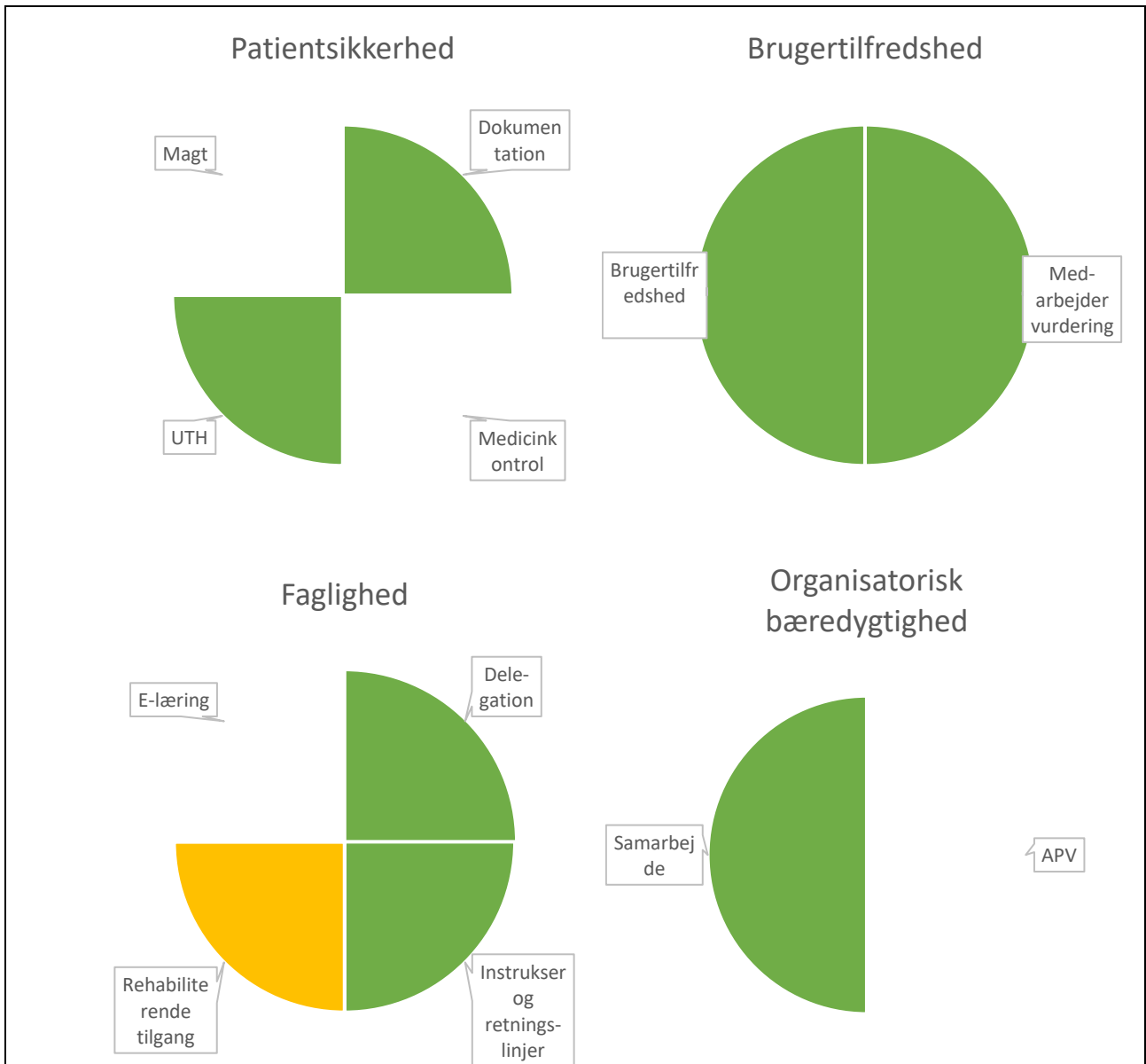
Figuren nedenfor illustrerer tilsynets vurdering af enhedens arbejde med områderne: Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisatorisk bæredygtighed.

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**

Inden for området *Patientsikkerhed* ser tilsynet på, om enheden arbejder systematisk på *at forbedre patientsikkerheden*, så borgerne får et så trygt, effektivt og sammenhængende forløb på enheden som muligt.

Derfor ser tilsynet på, om enheden arbejder hensigtsmæssigt med den sundhedsfaglige dokumentation, og med 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 området *patientsikkerhed* ser tilsynet også på, om enheden lever op til sundhedslovens og servicelovens bestemmelser om at sikre, at borgerens integritet og selvbestemmelsesret respekteres.

**Dokumentationen:** På baggrund af tilsynets gennemgang af seks borgerjournaler og enhedens egen gennemgang af seks borgerjournaler vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten af dokumentationen.*

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at der langt overvejende dokumenteres i overensstemmelse med lovgivningen og retningslinjerne i Norddjurs Kommune<sup>1</sup>.

**Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH):** På baggrund af medarbejdernes<sup>2</sup> spørgeskemabesvarelser om arbejdet med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser<sup>3</sup> (UTH), vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I tilsynets vurdering er der blandt andet lagt vægt på, at et overvejende flertal af medarbejdere svarer, at de ved, hvordan man indberetter en UTH eller ved hvem man kan gå til for at få hjælp til det.

### **BRUGERTILFREDSHED:**

Inden for området *Brugertilfredshed* ser tilsynet på, om enheden understøtter, at borgerne kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser<sup>4</sup>. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen.

Derfor interviewer tilsynet et udsnit af borgerne, om deres tilfredshed med den indsats de har fået og forholdet til personalet. Medarbejderne spørges til deres vurdering af de rammer, de har for at levere deres indsats.

**Brugertilfredshed:** På baggrund af interview med 23 borgere<sup>5</sup> vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne udtrykker tilfredshed med det træningstilbud de har fået.

**Medarbejdervurdering:** På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

---

<sup>1</sup> Se afsnittet Den sundhedsfaglige dokumentation for en konkret beskrivelse af resultatet af audits.

<sup>2</sup> 49 % af medarbejderne har besvaret spørgeskemaet

<sup>3</sup> Se afsnittet Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH) for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

<sup>4</sup> Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

<sup>5</sup> Se afsnittet Brugertilfredshed for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort



I vurderingen er der lagt vægt på, at 85 % medarbejderne svarer 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' til spørgsmålet: 'Giver hverdagen mulighed for at levere den træning og aktivitets- og samværstilbud, der er beskrevet i kvalitetsstandarden?'

#### **FAGLIGHED:**

Inden for området *Faglighed* ser tilsynet på, om enheden sikrer, at den nødvendige faglige viden og de relevante medarbejderkompetencer er til stede i enheden i forhold til de opgaver, der skal løses.

Derfor ser tilsynet på, om enheden sikrer at medarbejderne i fornødent omfang introduceres til deres opgaver, at medarbejderne har adgang til den relevante viden for at udføre deres opgaver (herunder adgang til VAR<sup>6</sup> og MyMedCards<sup>7</sup>) og at medarbejderne har fokus på den rehabiliterende tilgang.

**Delegation:** På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser<sup>8</sup> vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at et overvejende flertal af medarbejderne er enige i, at nye kolleger får en god introduktion.

**Kendskab til instrukser og retningslinjer:** På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser<sup>9</sup> vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på at alle medarbejderne angiver 'ja' til om de ved hvordan de skal bruge MyMedCards.

**Rehabilitering:** På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser, interview med fem borgere og gennemgang af fire borgerjournaler vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

30 % af borgerne angiver, at de 'i mindre grad' eller 'slet ikke' kender målet med deres træningsforløb og at borgernes egen vurdering ikke konsekvent er dokumenteret, der, hvor der er krav om det. . Derfor anbefaler tilsynet, at der arbejdes med at borgerne får en oplevelse af aktivt at blive inddraget i målsætningen i deres træningsforløb og at der arbejdes med at borgerens vurdering fremgår af journalen jf. retningslinjerne.

#### **ORGANISATION:**

Inden for området *Organisatorisk bæredygtighed* ser tilsynet på, om enheden arbejder for at sikre et godt og trygt arbejdsmiljø.

Derfor ser tilsynet på, om medarbejderne oplever, at de har et godt samarbejde med kolleger og ledelse.

**SAMARBEJDE:** På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser<sup>10</sup> vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

---

<sup>6</sup> VAR er en database med sygeplejefaglige procedurer, der kan tilgås digitalt fra medarbejdernes computer og tablets

<sup>7</sup> MyMedCards er en app med lokale informationer, retningslinjer og instrukser til medarbejderne

<sup>8</sup> Se afsnittet Delegation og kompetencer for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

<sup>9</sup> Se afsnittet: Kendskab til instrukser og retningslinjer for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

<sup>10</sup> Se afsnittet Samarbejde for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

I tilsynets vurdering er der lagt vægt på, at størstedelen af medarbejderne svarer, at de har et 'godt' eller 'meget godt' samarbejde mellem medarbejderne og med ledelsen.

## 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 dokumentationen og procedurerne 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.

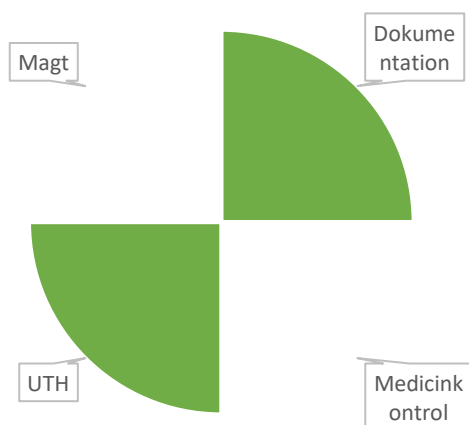
Under dette område ses der også på, om enheden lever op til sundhedslovens bestemmelser i forhold til at sikre, at borgerens integritet og selvbestemmelsesret respekteres.

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

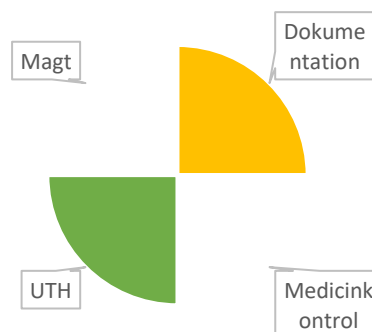
- Dokumentation på enheden
- Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser
- Enhedens arbejde med at forebygge magtanvendelser

## Oversigt over tilsynets vurdering

### Patientsikkerhed 2023



### Patientsikkerhed 2021



**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 den leverede kvalitet.

**Håndtering af medicin og magtanvendelser er ikke vurderet ved dette tilsyn, da det ikke er relevant for enheden.**

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

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

## Den sundhedsfaglige dokumentation

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens dokumentation bygger på:

- Tilsynets uanmeldte journalaudit på fire tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til en række vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.
- Enhedens lokale journalaudit på seks af deres borgerjournaler i forhold til de samme vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund<sup>11</sup>:

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

I forhold til *opfølgning på forværring i borgers tilstand*

- At der i de journaler tilsynet har auditeret, ikke er set tilfælde, hvor der har været behov for en opfølgning på observationer. Derfor kan dette punkt ikke vurderes. I enhedens audit vurderes der at være en relevant opfølgning på observationsnotater

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

- At helbredsoplysningerne i enkelte tilfælde ikke er fyldestgørende i forhold til at angive den problematik eller bagvedliggende årsag, der ligger til grund for, at borgeren er bevilliget træning ved enheden.
- At der overvejende er oprettet de relevante funktionsevnetilstande
- At der gennemgående er oprettet opgaver til myndighedsopfølgning på tilstande, hvor der er krav om dette.
- At beskrivelserne i tilstandspræciseringen er relevante, præcise og fyldestgørende.
- At alle relevante handlingsanvisninger er oprettet.
- At der gennemgående er udfyldt en Trænings vurdering
- At træningsnotater indeholder de informationer, de skal
- At der er oprettet slutnotat, hvor relevant

I forhold til *understøttelse af borgerens retsstilling*

- At borgerens samtykke til den aktuelle pleje og behandling overvejende er dokumenteret
- At borgerens samtykke angives ved videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart

**På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet:** At der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten af den sundhedsfaglige dokumentation.

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- Der alt overvejende er dokumenteret efter de lovgivningsmæssige krav, og de retningslinjer og anbefalinger der er for den terapeutfaglige dokumentation i Norddjurs Kommune

## Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)

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

---

<sup>11</sup> Se Bilag 1 for en opgørelsen over, hvor mange journaler, der lever op til de enkelte målepunkter

- 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<sup>12</sup>.
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser om arbejdet med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser.

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

Af dataudtrækket fremgår det:

- At størstedelen af de indberettede UTH'er vedrører patientuheld.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 85 % af medarbejdere svarer, at de enten 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ved, hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse eller ved hvem man kan gå til for at få hjælp til det.
- 70 % af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen. 22 % svarer 'i nogen grad'.
- 96 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ville føle sig trygge som borgere i deres enhed.
- 70 % af medarbejderne svarer, at kulturen 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' gør det nemt at lære af utilsigtede hændelser. 19 % svarer 'i nogen grad'.

**På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet:** At der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten af enhedens arbejde med UTH'er.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At et overvejende flertal af medarbejdere svarer at de ved, hvordan man indberetter en UTH eller ved hvem man kan gå til for at få hjælp til det.

---

<sup>12</sup>Udtrækket viser indberettede UTH'er for både enheden Træningscenter Døgn og enheden Ambulant Træning i Auning.

## Brugertilfredshed

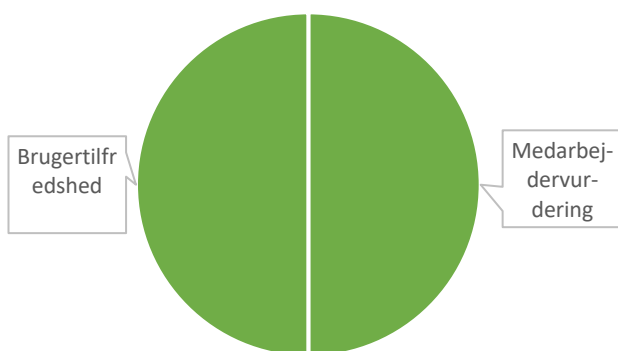
I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser<sup>13</sup>. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen efter lov om social service §§ 83, 83a og 86.

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

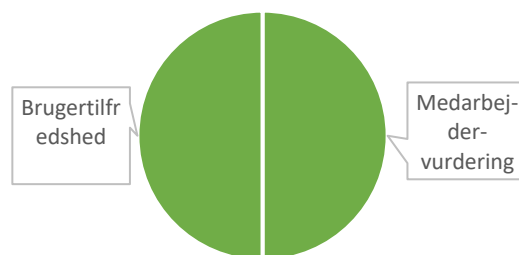
- Brugertilfredshed og medarbejdervurdering

### Oversigt over tilsynets vurdering

Brugertilfredshed og medarbejdervurdering 2023



Brugertilfredshed og medarbejdervurdering 2021



**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: *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 23 borgere<sup>14</sup>
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

<sup>13</sup> Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

<sup>14</sup> Der blev i alt ringet op til 65 borgere. Det lykkedes kun at foretage 23 interviews, da telefonen enten ikke blev taget eller borgerne ikke ønskede at deltage.

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

Af interviewet<sup>15</sup> fremgår det, at:

- 80 % af borgerne angiver at være 'meget tilfreds' eller 'tilfreds' med deres træningstilbud.

I forhold til *personalet*:

- 90 % af borgerne giver udtryk for at være 'helt enige' eller 'enige i' i udsagnene: 'Personalet lytter til, hvad jeg har behov for' og 'Personalet udviser respekt over for mig'.
- 85 % af borgerne giver udtryk for at være 'helt enige' eller 'enige i' i udsagnene: 'Omgangstonen mellem personalet og mig er god'.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- 85 % af medarbejderne svarer 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' til spørgsmålet 'Giver hverdagen mulighed for at levere træning og aktivitets- og samværstilbud, der er beskrevet i kvalitetsstandarder?'.
- 88 % af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' og 'i høj grad', arbejdes med at skabe forbedringer af træning og aktiviteter hos borgerne.

**Tilsynets vurdering:** At der ikke er gjort fund af betydning i forhold til brugertilfredsheden

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At 80 % af borgerne angiver at være 'meget tilfreds' eller 'tilfreds' med deres træningstilbud.
- At 88 % af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' og 'i høj grad', arbejdes med at skabe forbedringer af træning og aktiviteter hos borgerne.

---

<sup>15</sup> I afrapporteringen er der fokus på at sikre, at den enkelte borgers besvarelser ikke vil kunne blive genkendt.

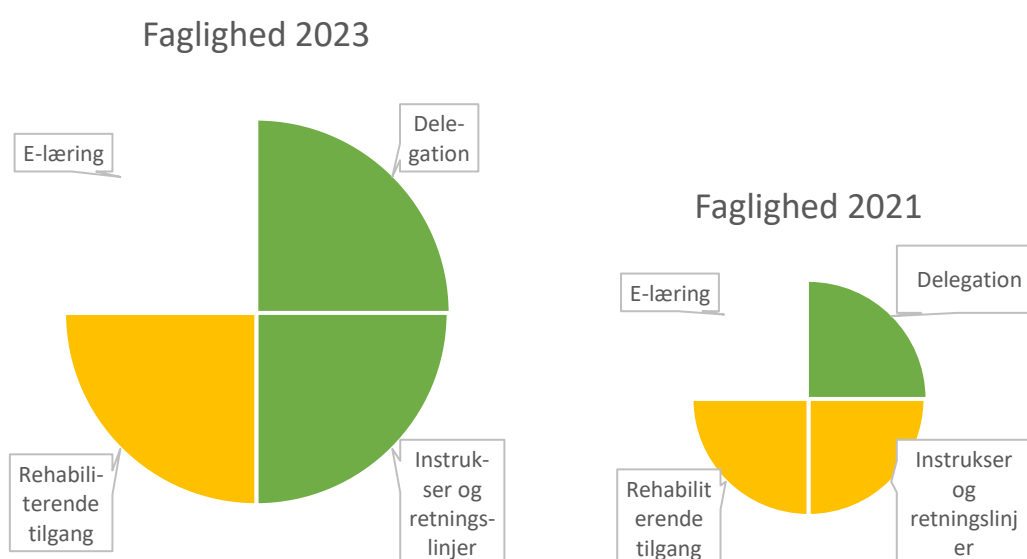
## Faglighed

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

### 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.

**E-læring er ikke vurderet, da det ikke er relevant for enheden**

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med 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 til stede ved alle opgaver og at kommunens retningslinjer i forhold til dette efterleves, bygger på:

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:



I forhold til *oplæring af nye medarbejdere*:

- At 89 % af medarbejderne angiver, at nyt personale 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får en god introduktion.
- At 81 % af medarbejderne svarer, at personale der skal oplæres i nye opgaver 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får den nødvendige sparring.

**Tilsynets vurdering:** At der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- Et overvejende flertal af medarbejderne er enige i, at nye kolleger får en god introduktion.

### Kendskab til instrukser og retningslinjer

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

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

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

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelse fremgår det:

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

- 78 % af medarbejderne svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' har adgang til de oplysninger, de har brug for, for at kunne udføre deres arbejde i forhold til borgerne.

I forhold til *retningslinjer for anvendelsen af MyMedCards og VAR*:

- 93 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende MyMedCards.
- 85 % af medarbejderne svarer, at de har adgang til at anvende MedMedCards i deres daglige arbejde hos borgeren.
- 26 % af medarbejderne svarer, at de 'i nogen grad' bruger MyMedCards. 65 % svarer 'i mindre grad'.
- 26 % svarer, at de bruger MyMedCards '1-2 gange i måneden', 52 % svarer '1-2 gange i kvartalet'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At størstedelen af alle medarbejderne svarer 'ja' til, om de ved hvordan de skal anvende MyMedCards

### Rehabilitering

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

- Telefoninterviews med 23 borgere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser
- Enhedens og tilsynets audit af i alt seks borgerjournaler

Ved interview med borgerne fremgår det at:

- 50 % af borgerne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' kender målet med deres træningsforløb. 20 % af borgerne angiver 'i nogen grad'. 30 % angiver 'i mindre grad' eller 'slet ikke'.
- 50 % af borgerne svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' har været med til at bestemme, hvad målet skal være. 35 % svarer 'i nogen grad'.
- 50 % af borgerne svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' arbejder efter det aftalte mål. 35 % svarer 'i nogen grad'.
- 70 % af borgerne svarer 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' til, at målet/målene de arbejder henimod, vigtige for dem at nå? 15 % svarer 'i nogen grad'.
- 75 % af borgerne svarer 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' til, at de bliver inddraget i, hvordan de skal arbejde med at nå målene. 20 % svarer 'i nogen grad'.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- 97 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' aktivt inddrager borgerne i målsætningen for træningen eller aktiviteterne.

Af journalaudit fremgår det at:

- Borgers vurdering ikke helt konsekvent er angivet ved funktionsevnetilstande
- Oplysninger om borgerens mestring, motivation og ressourcer ikke konsekvent er dokumenteret – heller ikke i de tilfælde, hvor der er et tværfagligt samarbejde

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

I vurderingen er der lagt vægt på at:

- 30 % af borgerne angiver, at de 'i mindre grad' eller 'slet ikke' kender målet med deres træningsforløb.

**Tilsynet anbefaler**

- At der arbejdes med at borgerne får en oplevelse af aktivt at blive inddraget i målsætningen i deres træningsforløb.
- At der arbejdes med at borgerens vurdering fremgår af tilstandspræciseringen

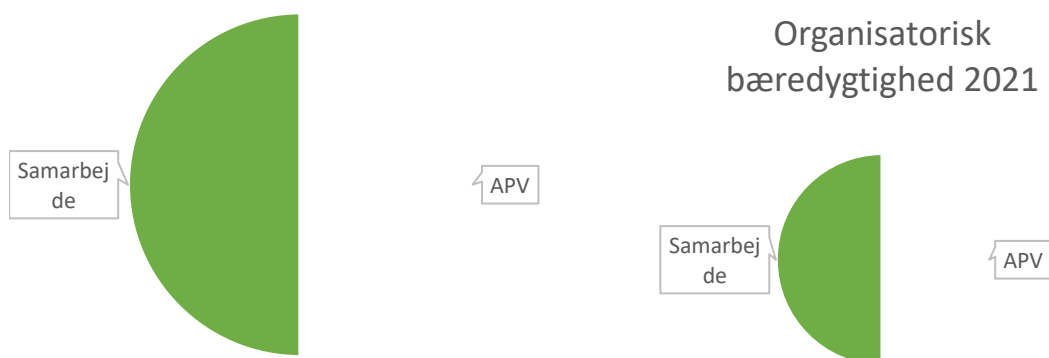
## Organisation

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

- Samarbejde

### Oversigt over tilsynets vurdering

#### Organisatorisk bæredygtighed 2023



**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 den leverede kvalitet.

**APV er ikke vurderet, da det ikke er relevant i forhold til den pågældende enhed**

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af medarbejdernes vurdering af det interne samarbejde: *At der ikke er gjort fund af betydning for den organisatoriske bæredygtighed.*

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

## Samarbejde

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

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelse fremgår det, at:

- 85 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'. 15 % af medarbejdere svarer, at der er 'både og'.
- 96 % af medarbejderne angiver, at det er et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne på arbejdspladsen.
- Alle medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med eget team.
- 48 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde andre enheder i Sundhed og Omsorg. 52 % af medarbejderne angiver 'både og'.

- Alle medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med ledelsen.
- 96 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' kan spørge deres kollegaer til råds, hvis de er i tvivl om noget.

**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 svarer, at de har et 'godt' eller 'meget godt' samarbejde mellem medarbejderne og med ledelsen.

## Bilag 1: Oversigt: Journalaudit

Antal journaler hvor følgende er opfyldt:

<i>Opfølgning på forværring i borgers tilstand</i>	Tilsynets audit på 6 borgere	Enhedens audit på 6 borgere
Opfølgning på observationer	-	2 ud af 2
<i>Opdateret beskrivelse af og plan for borgers funktionstilstande</i>		
Relevante helbredsoplysninger	3 ud af 5	5 ud af 6
Alle relevante funktionstilstande valgt	4 ud af 6	6 ud af 6
Oprettet relevante handlingsanvisninger	5 ud af 5	6 ud af 6
Henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant	1 ud af 1	6 ud af 6
Oprettet relevante handlingsanvisninger	4 ud af 4	6 ud af 6
Oprettet opgaver på alle tilstande mindst en gang årlig	4 ud af 4	5 ud af 6
Er der udfyldt en træningsvurdering, hvor relevant?	4 ud af 4	6 ud af 6
Er der oplysninger i træningsnotater, der er relevante for andre faggrupper?	3 ud af 3	6 ud af 6
Er- det oprettet slutnotat (hvis relevant)?	1 ud af 1	2 ud af 2
<i>Understøttelse af borgerens retsstilling</i>		
Borgerens samtykke fremgår af handleanvisningen	3 ud af 3	4 ud af 6
Borgers samtykke ved videregivelse af helbredsoplysninger	2 ud af 2	1 ud af 1
<i>Understøttelse af rehabiliterende tilgang</i>		
Beskrivelse af borgers motivation	0 ud af 2	3 ud af 3
Beskrivelse af borgers mestring	0 ud af 2	2 ud af 2
Beskrivelse af borgers ressourcer	1 ud af 3	2 ud af 2
Borgers vurdering ved funktionstilstande	4 ud af 5	3 ud af 6
Oprettet indsatsmål	5 ud af 5	4 ud af 6