



Udvikling og læring vedr. tilsyn på plejehjem i Aarhus Kommune

Oktober 2016



Kolofon

Titel på udgivelsen: Udvikling og læring vedr. tilsyn på plejehjem i Aarhus Kommune

Udgivet af:
Styrelsen for Patientsikkerhed
Islands Brygge 67
2300 København S

Telefon: 72 22 74 00
E-post: sst@sst.dk

Udgivelsesår: 2016

Version: Nr. 1.0.
Versionsdato: Oktober 2016

Copyright: Billedet er til fri brug i Sundhed og Omsorg.

Publikationen er tilgængelig på <http://stps.dk/da/udgivelser>

Indhold

1	Sammenfatning	3
2	Baggrund	4
3	Formål	5
4	Metode	6
4.1	Metodeovervejelser	6
4.1.1	Valg af undersøgelsesdesign	6
4.1.2	Etiske overvejelser i projektet	7
4.2	Metodebeskrivelse	7
4.2.1	Organisering af arbejdet	7
4.2.2	Valg af deltagere i undersøgelsen	7
4.2.3	Valg af datakilder	8
4.2.4	Dataindsamling	8
4.2.5	Analysemetode	9
4.2.6	Kategorisering af tilsynsresultater	9
4.2.6.1	Udvælgelses kategorier	9
4.2.6.2	Styrelsen for Patientsikkerheds konklusion, kategorier	10
4.2.6.3	Aarhus kommunes konklusion, kategorier	10
5	Resultater	11
5.1	Resultater fra selvevaluerings skemaer	11
5.2	Resultater fra øvrige datakilder	18
5.3	Resultater af de individuelle interview af 12 ledere	19
6	Konklusion	25

1 Sammenfatning

Styrelsen for Patientsikkerhed og Aarhus Kommune har samarbejdet om afprøvning af en ændret tilsynsform. Dels blev der brugt et selvevalueringskema, dels blev der udført samtidige tilsyn fra henholdsvis Styrelsen for Patientsikkerhed og Aarhus Kommune.

Konklusionen på metoden blev, at da selvevalueringskemaet blev udfyldt i samarbejde mellem plejehjemmene afspejler de ikke det enkelte plejehjems forhold og kan således ikke anvendes i tilsynet, som det var tænkt. Det har imidlertid været anvendt som refleksionsværktøj og har som sådan haft en betydning for det generelle kvalitetsarbejde, hvor det er indgået i en læringsproces.

Samtidige tilsyn giver ingen gevinst, snarere tværtimod, idet personalet bliver dobbelt belastet, og derfor ikke får den læring ud af det, som der var mulighed for.

Det blev konstateret, at selvom både Styrelsen for Patientsikkerhed og Aarhus Kommune har en række oplysninger om de enkelte plejehjem, er det ikke en nem opgave automatisk at koble data sammen og bruge dem til tilsynsformål. Det vil kræve et større udviklingsarbejde at se på, hvilke data der evt. kan samkøres.

Resultatet af tilsynene viser, at der er en vis overensstemmelse mellem de to typer tilsyn, altså dels Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn efter sundhedsloven, dels Aarhus Kommunes tilsyn efter serviceloven. Hvis et plejehjem kategoriseres som havende problemer i det ene område, er der også sandsynlighed for, at der er problemer i det andet område. Resultaterne kunne tyde på, at det har sammenhæng med, hvor længe en leder har været leder det pågældende sted.

Projektet har givet vigtig viden om, hvad der sker i en selvevalueringsproces, men har ikke afsløret tydelige indikatorer, som kan anvendes til en automatiseret udvælgelse.

Projektet er udarbejdet af:

Elin Kallestrup, kvalitetschef i Aarhus Kommune

Sus Freundt, tilsynschef i Aarhus Kommune

Charlotte Hjort, enhedschef i Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord

Lone Husted, oversygeplejerske i Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord

Jytte Elizabeth Dahler-Larsen, specialkonsulent i Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord

2 Baggrund

Siden 2003 har en central myndighed (først Embedslægevæsenet, så Sundhedsstyrelsen og senest Styrelsen for Patientsikkerhed) ført tilsyn med, at de sundhedsfaglige forhold blev varetaget patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt på landets plejehjem. Tilsynet er blevet varetaget efter Sundhedslovens § 219 og beskrevet i Vejledning nr. 10334 af 20. december 2007 om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder. Frem til Sundhedslovens § 219 blev ændret ved lov nr. 538 af 17. juni 2008, blev der ført tilsyn på det enkelte plejehjem hvert år. Fra 2009 var der mulighed for, at de plejehjem, hvor konklusionen var, at der var en ringe risiko for patientsikkerheden, blev undtaget for tilsyn det følgende år. Tilsynet havde fokus på at love, bekendtgørelser og vejledninger blev fulgt til gavn for patientsikkerheden. Tilsynene foregik dialogbaseret, men med den viden, at der var mulighed for sanktion.

Kommunerne har samtidigt varetaget tilsyn efter Serviceloven § 151, 151a+b med indhold jf. § 83, 83a og 86, herunder almen faglig standard, forvaltningens regler og instruktioner, værdier og det faktuelle vedtagne serviceniveau.

Der føres mindst 1 uanmeldt tilsyn årligt pr. plejeboligenhed. Endvidere kan Tilsynet inddrages ved klagesager og/eller mistanke om omsorgssvigt. Det er aktuelt fastlagt, at Tilsynet skal besøge minimum 3 - 5 borgere i hver plejeboligenhed. Tilsyn gennemføres med en anerkendende tilgang og så vidt muligt med deltagelse af, og i dialog med personale. Tilsynet har fokus på best practice for læring og fremadrettet udvikling.

På baggrund af ændring af Sundhedsloven, der trådte i kraft den 1. juli 2016, er Styrelsen for Patientsikkerheds tilsynsopgave ændret fra frekvensbaserede tilsyn til risikobaserede tilsyn. Styrelsen for Patientsikkerhed har derfor igangsat udvikling og afprøvning af mulige metoder, der fremadrettet kunne indgå i varetagelse af tilsyn med patientsikkerhed i organisationer.

Da Sundhedsstyrelsen, det nuværende Styrelsen for Patientsikkerhed i marts 2015 havde modtaget en henvendelse fra Aarhus Kommunes sundhedsdirektør vedrørende kommunens tanker om fremtidens tilsyn inviterede Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord Aarhus Kommune til en drøftelse af det fremsendte forslag med henblik på at indgå i et projektsamarbejde om at afprøve en revideret tilsynsmetode på kommunens plejehjem i 2016.

3 Formål

Projektets formål var at afprøve en mulig metode til identifikation af patientrisiko og opfølgning på de sundhedsfaglige forhold på plejehjem.

Elementer i projektet var jf. projektbeskrivelsen (se bilag 1) :

- at afprøve tilsyn på borgerforløb/patientforløb
- at afdække og udvikle datakilder som input til udtagning af risiko-institutioner
- at gøre forsøg med selvevaluering som en del af tilsyn
- at undersøge og evt. afprøve muligheden for at koble kommunens tilsyn – eller dele heraf – med det tilsyn, som udføres af Styrelsen for Patientsikkerhed
- om muligt at afprøve tilsyn i overgangene mellem hospital og kommune
- om muligt at afprøve tilsyn i hjemmeplejen, indledningsvist i overgangen mellem hjemmepleje og plejebolig
- at afprøve nye rapporteringsformer, hvor forhold observeret få steder udbredes som information til brug i driftsherrens generelle kvalitetsudvikling på alle relevante institutioner

4 Metode

4.1 Metodeovervejelser

Hensigten med den overordnede metodelogik og valgte strategi for tilrettelæggelsen af den empiriske undersøgelse er at belyse projektets problemstilling samt at afprøve og muligvis udvikle en ny metode til at varetage det risikobaserede tilsyn hos Styrelsen for Patientsikkerhed fra 2017. Med udvikling af nye tilsynsmetoder er det formålet hurtigt og effektivt at kunne afdække risikoområder, risikoorganisationer og risikopersoner. Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord og Aarhus Kommune valgte at afprøve selvevalueringsskemaet som en mulig metode til at screene for patientrisiko.

4.1.1 Valg af undersøgelsesdesign

Undersøgelsen er et case-studie til hypotese generering. I undersøgelsen indgår:

Selvevalueringsskema

Aarhus Kommune og Styrelsen for Patientsikkerhed har i samarbejde udviklet et selvevalueringsskema (se bilag 2), der skulle indhente svar på, hvordan det enkelte plejehjem arbejder med egenkontrol på det sundhedsfaglige område såsom instrukser, dokumentation og medicin håndtering. Derudover blev der spurgt til arbejdet med utilsigtede hændelser, beboer/pårørende-samarbejde, leders uddannelse og kompetence samt interne og eksterne overgange.

Alle skemaer er anonymiseret jf. de etiske overvejelser.

Kvalitative, eksplorative interview

I forbindelse med hver enkelt afholdelse af et kombineret plejehjemstilsyn fra hhv. Aarhus Kommune og Styrelsen for Patientsikkerhed blev den enkelte leder interviewet individuelt med henblik på at afklare brugergruppens evaluering af selvevalueringsskemaets relevans, anvendelighed og forståelighed. Der blev ligeledes spurgt til prioritering af besvarelsen, tidsforbrug, ressourceforbrug, troværdigheden af svarene samt skemaets anvendelighed som refleksionspapir. De individuelle interview erstatter de i projektet nævnte fokusgruppeinterview af brugergruppen.

Dataanalyse via diagram- og displaytolkning samt meningskondensering.

Selvevalueringsskemaerne opgøres i tabeldiagrammer med efterfølgende analyse af data. De kvalitative interview opgøres i displays med efterfølgende analyse samt meningskondensering af de øvrige opgivne oplysninger i forbindelse med interviewene.

Dataanalyse af forskellige kvantitative indikatorer

Hver af de to parter i projektet har overvejet hvilke data, som allerede findes i de to institutioner, og som kan fungere som indikatorer på svigt i patientsikkerheden. Der er søgt information om disse i de eksisterende databaser.

4.1.2 Ethiske overvejelser i projektet

Alle tilsyn og interview blev indledt med en briefing om projektet, og der blev lavet forståelsesafstemning mellem parterne, således at deltagerne var klar over formål, mål, anonymitet, tilsynets og interviewets længde samt diskretion omkring datamaterialet.

Alle indkomne data er anonymiseret.

4.2 Metodebeskrivelse

4.2.1 Organisering af arbejdet

Der har været afholdt 3 møder mellem Aarhus Kommune og Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord før projektets igangsætning og 3 møder undervejs i projektets gennemførelse.

Der er udarbejdet og udsendt et selvevalueringskema til Aarhus Kommunes kommunalt drevne plejehjem.

De 12 frekvensbaserede tilsyn er gennemført af tilsynsførende fra hhv. Aarhus Kommune og Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord; heraf er otte af tilsynene foretaget samtidigt, mens fire er foretaget på forskellige datoer, idet fire af de udvalgte tilsyn allerede havde haft kommunalt tilsyn før projektets igangsætning.

I forbindelse med otte af tilsynene er der foretaget fælles opsamling med det enkelte plejehjem, ligesom de tilsynsførende har ajourført hinanden med deres fund ved de respektive tilsyn.

Individuelle interview med plejehjemslederne er foretaget af Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord.

Styrelsen for Patientsikkerhed og Aarhus Kommune har hver især bidraget med indikatorer til at belyse problemstillingen.

Analyse af datamaterialet samt udfærdigelse af tabelmaterialet er foretaget af Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord. Rapporten er udarbejdet i samarbejde mellem Aarhus Kommune og Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord.

4.2.2 Valg af deltagere i undersøgelsen

De plejehjem i Aarhus Kommune, der indgår i projektet, er plejehjem, hvor kommunen er ansvarlig for den daglige drift. De seks privatrejede plejehjem er således ekskluderet fra projektet. Der er blevet ført tilsyn som vanligt på de ekskluderede plejehjem.

Aarhus Kommune havde indmeldt 47 kommunalt drevne plejehjem til Styrelsen for Patientsikkerhed; heraf var 17 oprindeligt undtaget fra tilsyn på basis af tilsynsresultaterne året før. På baggrund af lovændringens ikrafttrædelse pr. 1. juli 2016, blev det besluttet, at der skulle foretages tilsyn på et antal plejehjem, der svarede til ca. 50 % af tilsynene i Aarhus Kommune. I samarbejde med Aarhus Kommune blev det aftalt, at der skulle udtages 12 tilsyn til deltagelse i projektet.

Det kommunale tilsyn blev varetaget med en opdeling efter lederens ansvarsområde, hvor Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn blev varetaget på basis af CVR-registrerede enheder.

De indkomne besvarelser af de udsendte selvevalueringsskemaer blev vurderet ift. opfyldelsesgrad af enhedschefen i Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord samt af lederen af Kvalitet og Borgersikkerhed i Aarhus Kommune og derefter opdelt i tre kategorier: Opfyldt (kategori 1), ikke-opfyldt (kategori 2), ej-indsendte (kategori 3).

Kriterier for at indgå i kategori 1 eller 2 var en kvalitativ vurdering af svarkomplethed og niveauet af lærings- og forbedringstiltag og de refleksioner, der fremgik af dette.

Det blev besluttet at gennemføre tilsyn efter ny model på enhederne som defineret i kommunens opdeling med en fordeling på 1/3 blandt kategori 1 og 2/3 blandt både kategori 2 og de enheder, der ikke havde indsendt selvevalueringsskemaer.

Det blev faktisk til tre i kategori 1, fem i kategori 2 og fire i kategori 3. Der fremkom efter kategoriseringen besvarelser fra to af de fire i kategorien ej-indsendte, og disse besvarelser er medtaget i den afsluttende dataanalyse. Kategoriseringen af de udvalgte enheder, der efterfølgende modtog tilsyn efter ny model, var ikke kendt af de tilsynsførende.

4.2.3 Valg af datakilder

Selvevalueringsskemaet indeholdt spørgsmål til medicinbehandling og journalføring, håndtering af utilsigtede hændelser, resultater fra borger- og pårørendeundersøgelser (tilfredshedsundersøgelser), medarbejderundersøgelser (trivselsundersøgelser) og sygefraværsundersøgelser, ledelse og oplevelsen af problemer i sektorovergange.

Derudover er der fra Styrelsen for Patientsikkerhed undersøgt datakilder i styrelsens journalsystem vedrørende indberetninger, patientklager, ligsyn samt resultater på tidligere plejehjemstilsyn.

Aarhus Kommune kan ikke supplere med overblik over klager som screeningsmateriale, da disse ikke lagres i en samlet database.

4.2.4 Dataindsamling

Der blev udarbejdet et følgebrev (se bilag 3) til Aarhus Kommunes plejehjemsledere som forståelsesramme for projektets mål og formål. Brevet blev udsendt til Aarhus Kommune til videredistribueret til alle plejehjemsledere i Aarhus Kommune.

Der blev udarbejdet et selvevalueringsskema med spørgsmål, som plejehjemslederen eller en af plejehjemslederen udpeget medarbejder skulle besvare og fremsende til Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord. Indledningsvis var selvevalueringsskemaet testet for

sproglig og begrebsmæssig forståelighed via et pilotprojekt. Selvevalueringsskemaet blev fremsendt til Aarhus Kommune til videredistribuering til alle plejhjemsledere i Aarhus Kommune.

Der blev udarbejdet en interviewguide til brug for individuelt interview med plejhjemsledere. Interviewguiden blev udviklet med baggrund i selvevalueringsskemaet samt med udgangspunkt i projektets problemstilling. Plejhjemslederen blev så vidt muligt interviewet i forbindelse med gennemførelsen af de lovpligtige tilsyn.

4.2.5 Analysemetode

Selvevalueringsskemaet kan anvendes som en metode til egenkontrol og refleksion; skemaet er udarbejdet på baggrund af gældende lovkrav, som plejhjemmet skal opfylde suppleret med forhold, som projektgruppen havde en forudgående formodning om kunne være mulige risikoindikatorer. Identificerede parametre fra kvalitetsarbejdet i Aarhus kommune indgik i udvælgelsen af de mulige risikoindikatorer. Selvevalueringsskemaet blev forud for det endelige projekt testet i et pilotstudie.

Det kvalitative interview karakteriseres som eliteinterview, idet interviewpersonerne har en særlig professionel position, og kan anvendes som en strategi til indsamling af data uden forudgående opstilling af eksplicite hypoteser; den kvalitative undersøgelse er således valgt til dette projekt for at undersøge, hvorledes plejhjemslederne har forholdt sig til skemaet og udfyldelsen heraf.

Det semistrukturerede interview med interviewguide (se bilag 4), analyse af datamaterialet og udfærdigelse af tabelmaterialet er foretaget af Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord. Rapporten er udarbejdet i samarbejde mellem Aarhus Kommune og Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord.

Kondensering som metode til analyse af det kvalitative materiale blev valgt som en velegnet metode til at trække essensen ud af et stort empirisk materiale.

Displays og tabeller blev valgt som metode til at fremstille det indsamlede materiale systematisk med henblik på at give et godt overblik over datasættet til at besvare projektets problemstilling.

Plejehjem samt plejhjemsledere er anonymiseret fra A til L, for de enheders vedkommende, hvor der blev foretaget tilsyn.

Besvarelser af selvevalueringsskema er vist for samtlige plejehjem og indgår som bilagsmateriale (se bilag 5).

4.2.6 Kategorisering af tilsynsresultater

4.2.6.1 Udvalgelseskategorier

Vurderinger af de indberettede selvevalueringsskemaer blev foretaget til følgende kategorier:

- Der blev ikke vurderet at være risiko for patientsikkerheden på basis af besvarelsen
- Der blev vurderet at være en mulig risiko for patientsikkerheden på basis af besvarelsen
- Der var ikke registreret et fremsendt svar på selvevalueringsspørgsmålene

4.2.6.2 Styrelsen for Patientsikkerheds konklusion, kategorier

- Tilsynet har ikke fundet anledning til bemærkninger
- Tilsynet har fundet mindre fejl og mangler, som samlet set kun indebærer ringe risiko for patientsikkerheden
- Tilsynet har fundet fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden
- Tilsynet har fundet alvorlige fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden (opfølgende besøg)
- Tilsynet har fundet alvorlige fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden, og som har givet anledning til væsentlig kritik (opfølgende besøg)

4.2.6.3 Aarhus kommunes konklusion, kategorier

- Det er Tilsynets vurdering, at opgaverne efter §§ 83 og 86 løses i overensstemmelse med kommunens serviceniveau
- Det er Tilsynets vurdering, at opgaverne efter §§ 83 og 86 generelt løses i overensstemmelse med kommunens serviceniveau, og at de sete forhold er uden alvorlig konsekvens for borgerne
- Det er Tilsynets vurdering, at opgaverne efter §§ 83 og 86 generelt løses i overensstemmelse med kommunens serviceniveau, men at ledelsen skal håndtere de sete forhold, så de ikke får alvorlige konsekvenser for borgerne. (Der kan foretages opfølgende besøg, dette vurderes fra gang til gang)
- Det er Tilsynets vurdering, at opgaverne efter §§ 83 og 86 i flere tilfælde ikke løses i overensstemmelse med kommunens serviceniveau. De sete forhold kan, trods ledelsens tilkendegivelse om hurtig genopretning, have alvorlige konsekvenser for berørte borgere. (opfølgende besøg)
- Det er Tilsynets vurdering, at opgaverne efter §§ 83 og 86 i flere tilfælde løses på kritisabel vis i forhold til kommunens serviceniveau. De sete forhold har alvorlige konsekvenser for borgerne. (opfølgende besøg)

5 Resultater

5.1 Resultater fra selvevalueringsskemaer

Tabel 1. Oplysninger om de 12 udvalgte plejehjem

Plejehjem	Udvælgelses kategori	Styrelsen for Patientsikkerheds konklusion	Aarhus Kommunes konklusion	Tilsyn foretaget samme dag	Antal boliger (X)	Leders ansættelseslængde i mdr.
A	2	3	2	Ja	$X \leq 30$	14
B	1	3	3	Ja	$X \leq 30$	16,5
C	2	4	2	Ja	$30 < X \leq 40$	19
D	3	2	1	Nej	$40 < X \leq 50$	54
E	1	2	2	Ja	$X \leq 30$	29
F	3	2	2	Nej	$30 < X \leq 40$	100
G	2	2	3	Nej	$X \leq 30$	>100
H	2	2	2	Nej	$X \leq 30$	22
I	2	2	2	Ja	$40 < X \leq 50$	42
J	1	4	3	Ja	$30 < X \leq 40$	18
K	3	2	3	Ja	$30 < X \leq 40$	>100
L	3	2	2	Ja	$50 < X \leq 60$	>42

I Tabel 1 indgår oplysninger om de plejehjem, der blev udtaget til tilsyn på baggrund af besvarelserne af selvevalueringsspørgsmålene. På 8 af de 12 tilsyn var det muligt for den kommunale tilsynsførende og Styrelsen for Patientsikkerheds tilsynsførende at gennemføre tilsynet samme dag. Størrelsen på de udvalgte plejehjem spændte fra under 30 beboere op til flere end 50 beboere. Længden for lederens ansættelse på plejehjemmet er udregnet på baggrund af angivelsen af ansættelsestidspunktet på selvevalueringsskemaet. For de to plejehjem, hvor der ikke er fremsendt et skema, blev det estimeret efter oplysning om ledelsen på tidligere tilsyn foretaget af Styrelsen for Patientsikkerhed.

Tabel 2. De 5 plejehjem udvalgt til tilsyn i Styrelsen for Patientsikkerheds konklusionskategori 2.

Plejehjem	Udvælgelseskategori	Styrelsen for Patientsikkerheds konklusion	Aarhus Kommunes konklusion
A	2	3	2
C	2	4	2
G	2	2	3
H	2	2	2
I	2	2	2

Hvis vurderingen baseret på selvevalueringskemaerne skulle være en korrekt indikator for en mulig patientrisiko, skulle den overvejende andel af tilsyn udvalgt i kategori 2 være indplaceret i Styrelsen for Patientsikkerheds konklusion 3 eller 4. Det fremgår af tabel 2, at det kun er tilfældet for 2 af de 5 tilsyn. Kun 1 af de 5 tilsyn blev af kommunen placeret i kategori 3. Der ses altså ikke overensstemmelse mellem vurdering af de skriftlige besvarelser og konklusionerne efter de gennemførte tilsyn.

Tabel 3. De 4 plejehjem i Styrelsen for Patientsikkerheds konklusionskategori 3 eller 4.

Plejehjem	Udvælgelses kategori	Styrelsen for Patientsikkerheds konklusion	Aarhus Kommunes konklusion	Tilsyn foretaget samme dag	Antal boliger (X)	Leders ansættelseslængde i mdr.
A	2	3	2	Ja	$X \leq 30$	14
B	1	3	3	Ja	$X \leq 30$	16,5
C	2	4	2	Ja	$30 < X \leq 40$	19
J	1	4	3	Ja	$30 < X \leq 40$	18

I Tabel 3 indgår oplysninger om de 4 plejehjem, hvor der blev vurderet tilstedeværelse af patientrisiko efter tilsyn foretaget efter den hidtidige tilsynsmetode. Det fremgår af tabellen, at også kommunen vurderer, at forholdene ikke er tilfredsstillende og derfor vil overveje at foretage genbesøg på 2 af de 4 plejehjem. Som det fremgår af tabellen, blev alle disse tilsyn foretaget samme dag, og der er derfor ikke en tidsmæssig forskydning, som kunne have haft indflydelse på tilsynenes konklusion. Der er således en vis overensstemmelse mellem resultatet af tilsynene varetaget af Aarhus kommune og af Styrelsen for Patientsikkerhed.

Størrelsen af det plejehjem som indgår i undersøgelsen baseret på antal boliger i enheden, og dermed omfanget af lederens ansvarsområde, kunne være en mulig indikator for patientrisiko, og antallet af boliger på plejehjemmet indgår derfor i tabel 1-3. Der vurderes ikke at være en sammenhæng, hvorfor størrelsen af plejehjemmet ikke vurderes at være en mulig risikoindikator.

Der tegner sig et billede af en mulig sammenhæng mellem patientrisiko, som vurderet efter Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn foretaget efter den hidtidige metode, og varighed af lederens ansættelse på plejehjemmet, se tabel 3. På alle plejehjem udtaget til tilsyn, hvor lederen havde været ansat i maksimalt 19 måneder, blev der fundet risiko for patientsikkerheden svarende til konklusion 3 og 4, og på 2 af de 4 plejehjem i en grad, der giver anledning til opfølgende tilsynsbesøg. Det kan ikke udelukkes, at et lederskift sker på baggrund af forudgående underliggende problemer på plejehjemmet, som det kan tage tid at få ændret. Det er ikke undersøgt i dette projekt, om hyppige lederskift på en organisatorisk enhed i sig selv kunne være en mulig risikoindikator.

Efter kategorisering og det efterfølgende udtag til tilsyn var foretaget, var yderligere 2 besvarelser af selvevalueringsskemaer tilgængelige. Der er derfor medtaget oplysninger fra 10 besvarelser i de følgende tabeller.

Tabel 4. Besvarelser fra de 10 plejehjem, som senere blev udvalgt til plejehjemstilsyn. Spørgsmål vedr. medicinhåndtering, delegationspraksis og journalføring, hvor besvarelser kunne være en mulig risikoindikator.

Plejehjem	Medicinhåndtering			Delegation		Journalføring		
	1.0	2.0	3.0	4.0	5.0	6.0	7.0	8.0
A	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
B	Ja	Ja	Ja	IEB	Ja	Ja	Ja	Ja
C	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
D	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
E	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
F	Ja	Ja	Ja	IEB	Ja	Ja	Ja	Ja
G	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
H	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
I	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
J	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

IEB = Ikke entydig besvarelse

Som det fremgår af tabel 4, var der ikke mellem plejehjemmene forskel i besvarelserne af spørgsmål 1.0 – 8.0, som for næsten alle vedkommende var besvaret med ja som udtryk for, at det enkelte plejehjem har de instrukser, der er lovkrav om på det pågældende område, og at der systematisk følges op med egenkontrol, kompetenceafklaring samt regelmæssige interne audits.

Tabel 5. Besvarelser fra de 10 plejehjem, som senere blev udvalgt til plejehjemstilsyn. Spørgsmål vedr. håndtering af utilsigtede hændelser og beboer/pårørende samarbejde, hvor besvarelser kunne være en mulig risikoindikator.

Plejehjem	Styrelsen for Patientsikkerheds konklusion	11.0: Er der foretaget kerneårsagsanalyse efter UTH?	14.0: Forventningsafstemning med beboer/pårørende i forbindelse med indflytning?	15.0: Har der været klagesager siden årsskiftet 2015-2016?	16.0: På hvilket niveau ligger resultatet af trivselsundersøgelsen blandt beboer/pårørende sammenlignet med gennemsnittet i kommunen?
A	3	Nej	Ja	Nej	På linje
B	3	Nej*	Ja	Nej	Over
C	4	Nej*	Ja	Nej	På linje
D	2	Nej*	Ja	Nej	På linje
E	2	Nej**	Ja	Ja	Under
F	2	Ja	Ja	Nej	Over
G	2	Ja	Ja	Nej	På linje
H	2	Ja	Ja	Nej	Over
I	2	Ja	Ja	Nej	Under
J	4	Nej	Ja	Ja	På linje

* Der er udarbejdet handleplan som opfølgning på UTH

** Der har ikke været en UTH, hvor det har været relevant at udarbejde kerneårsagsanalyse

Indberetning af utilsigtede hændelser (UTH) er et lovkrav, men sådanne indberetninger må ikke anvendes i tilsynsøjemed. Der blev derfor ikke spurgt til den enkelte UTH, men alene til, hvorvidt der

blev arbejdet med opfølgning på UTH. Det fremgår af tabel 5, at der på de 4 plejehjem, hvor der blev fundet risiko for patientsikkerheden svarende til Styrelsen for Patientsikkerheds konklusion 3 og 4 ikke var foretaget en kerneårsagsanalyse efter UTH. På 3 af de 5 plejehjem, hvor der blev oplyst at der ikke var udarbejdet kerneårsagsanalyse, blev det oplyst, at der var udarbejdet handleplan for UTH. På 1 plejehjem blev det oplyst, at der ikke havde været en UTH, hvor der skulle udarbejdes kerneårsagsanalyse ifølge retningslinjerne. Det er ikke entydigt, på baggrund af disse besvarelser, om manglende udarbejdelse af en kerneårsagsanalyse kunne være en risikoindikator. For de øvrige plejehjem, der modtog tilsyn var der foretaget kerneårsagsanalyse på 4 af 6 plejehjem. På alle plejehjemmene blev der afholdt et møde i forbindelse med indflytningen, hvor forventningsafstemning og struktur for samarbejdet med beboeren/de pårørende blev klarlagt. Det blev oplyst fra 2 af plejehjemmene, at der havde været én klagesag siden årsskiftet. På det ene af disse blev der fundet risiko for patientsikkerheden svarende til Styrelsen for Patientsikkerheds konklusion 4. Hvorvidt klagesager er en mulig risikofaktor, er på baggrund af det lille antal ikke muligt at vurdere. På de plejehjem, hvor der blev fundet risiko for patientsikkerheden svarende til konklusion 3 og 4 er resultaterne af trivselsundersøgelserne blandt plejehjemmenes beboer/pårørende fordelt med 1 over og 3 på linje med niveauet hos gennemsnittet af kommunens plejehjem. På de øvrige plejehjem var fordelingen 2 over, 2 under og 2 på linje med niveauet hos gennemsnittet af kommunens plejehjem. Det ser derfor ikke umiddelbart ud til på baggrund af dette projekt, at resultatet af en trivselsundersøgelse blandt beboer/pårørende kan være en mulig risikoindikator.

Tabel 6. Besvarelser fra de 10 plejehjem, som senere blev udvalgt til plejehjemstilsyn. Spørgsmål vedr. ledelse og kvalitetsudvikling, hvor besvarelser kunne være en mulig risikoindikator.

Plejehjem	Styrelsen for Patientsikkerheds konklusion	17.0: Har lederen på plejehjemmet en lederuddannelse?	18.0: Har lederen gennemgået et kompetenceafklaringsforløb som leder?	19.0: Foregår der struktureret kvalitetsudvikling på plejehjemmet?
A	3	Ikke entydigt besvaret	Nej	Ja
B	3	Nej	Nej	Ja
C	4	Ja	Ja	Ja
D	2	Ja	Ja	Ja
E	2	Ja	Nej	Ja
F	2	Ja	Nej	Ja
G	2	Ja	Ja	Ja
H	2	Ja	Ja	Ja

I	2	Ja	Nej	Ja
J	4	Ja	Ja	Ja

Det fremgår af besvarelserne af spørgsmål 17.0 i tabel 6, at alle lederne undtagen 1 havde en lederuddannelse. På 2 af de 4 plejehjem, hvor der blev fundet risiko for patientsikkerheden svarende til Styrelsen for Patientsikkerheds konklusion 3 og 4, havde lederen gennemgået et kompetenceafklaringsforløb ifølge spørgsmål 18.0. På de øvrige plejehjem, der modtog tilsyn, havde lederen gennemgået et kompetenceafklaringsforløb på 3 af 6 plejehjem. Det vurderes derfor ikke umiddelbart på baggrund af dette projekt, at disse forhold kan være mulige risikoindikatorer. Der foregik struktureret kvalitetsudvikling på alle plejehjem ifølge spørgsmål 19.0, se tabel 6.

Tabel 7. Besvarelser fra de 10 plejehjem, som senere blev udvalgt til plejehjemstilsyn. Spørgsmål vedr. sygefravær og trivselsundersøgelse blandt personalet, hvor besvarelser kunne være en mulig risikoindikator.

Plejehjem	Styrelsen for Patientsikkerheds konklusion	20.0: På hvilket niveau ligger sygefraværet sammenlignet med gennemsnittet i kommunen?	21.0: På hvilket niveau ligger resultatet af trivselsundersøgelsen blandt personalet sammenlignet med gennemsnittet i kommunen?
A	3	Over	På linje
B	3	Under	Over
C	4	På linje	Under
D	2	Under	Over
E	2	Under	Over
F	2	På linje	Over
G	2	Over	Under
H	2	Under	Over
I	2	Over	Under
J	4	Over	På linje

Som det fremgår af tabel 7, er niveauet for sygefraværet på de plejehjem, hvor der blev fundet risiko for patientsikkerheden svarende til Styrelsen for Patientsikkerheds konklusion 3 og 4 fordelt med 2 over, 1 under og 1 på linje med niveauet hos gennemsnittet af kommunens plejehjem. På de øvrige plejehjem var fordelingen 2 over, 3 under og 1 på linje med niveauet hos gennemsnittet af kommunens plejehjem. På de plejehjem, hvor der blev fundet risiko for patientsikkerheden svarende til Styrelsen for Patientsikkerheds konklusion 3 og 4 er resultaterne af trivselsundersøgelserne blandt

personalet på plejehjemmene fordelt med 1 over, 1 under og 2 på linje med niveauet hos gennemsnittet af kommunens plejehjem. På de øvrige plejehjem var fordelingen 4 over og 2 under niveauet hos gennemsnittet af kommunens plejehjem. Der ses således ingen tydelig sammenhæng mellem sygefravær, resultatet af trivselsundersøgelse blandt personalet og fundene ved Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn, men datamaterialet er spinkelt.

Tabel 8. Besvarelser fra de 10 plejehjem, som senere blev udvalgt til plejehjemstilsyn. Spørgsmål vedr. sektorovergange, hvor besvarelser kunne være en mulig risikoindikator.

Plejehjem	Styrelsen for Patientsikkerheds konklusion	22.0: Oplever I problemer for beboerne i de interne overgange?	24.0: Oplever I problemer for beboerne i de eksterne overgange?
A	3	Ja	Ja
B	3	Ja	Nej
C	4	Ja	Ja
D	2	Nej	Ja
E	2	Ja	Ja
F	2	Ja	Ja
G	2	Nej	Nej
H	2	Nej	Nej
I	2	Ja	Ja
J	4	Ja	Ja

Det fremgår af projektbeskrivelsen, at vi om muligt ville afprøve tilsyn i hjemmeplejen, indledningsvis i overgangen mellem hjemmepleje og plejebolig. Da der i tilsynsmetoden ikke indgik decideret tilsyn med hjemmeplejen, blev det af projektgruppen valgt at belyse overgangsproblematikken ved spørgsmål i selvevalueringsskemaet. I tabel 8 fremgår det, at på de plejehjem, hvor der blev fundet risiko for patientsikkerheden svarende til Styrelsen for Patientsikkerheds konklusion 3 og 4 oplevede de problemer i de interne overgange på alle plejehjem, hvor det blev oplevet på 3 af de 6 øvrige plejehjem. På de plejehjem, hvor der blev fundet risiko for patientsikkerheden svarende til Styrelsen for Patientsikkerheds konklusion 3 og 4 oplevede de problemer i de eksterne overgange på 3 af de 4 plejehjem, hvor det blev oplevet på 4 af de 6 øvrige plejehjem. Det kan derfor ikke vurderes på basis af dette projekt, om oplevelsen af problemer i overgangene både internt og eksternt, kunne være en mulig indikator for plejehjem med særlig patientrisiko.

5.2 Resultater fra øvrige datakilder

Styrelsen for Patientsikkerhed undersøgte om data fra indberetninger, patientklager, ligsyn og konklusion på tidligere tilsyn kunne indgå som mulige risikoindikatorer relateret til plejehjem.

Det har ikke været muligt at søge oplysning vedrørende evt. ligsynssager, idet disse ikke registreres i Styrelsen for Patientsikkerheds journalsystem med oplysning om boform.

Screening for klager, bekymringshenvendelser og lignende fordelt på det enkelte plejehjem, er foretaget ved søgning i Styrelsen for Patientsikkerheds journaliseringsdatabase. Søgningen i databasen er foretaget på de 12 udvalgte plejehjem, men det er ikke muligt at foretage på alle plejehjem, idet det ikke foregår i en automatiseret proces. Det vurderes derfor at være meget ressourcekrævende at anvende screening i det nuværende journalsystem. Ved søgningen blev der kun fundet en enkelt sag i den valgte periode fra 1. januar 2015 frem til 1. juli 2016.

Aarhus kommune ser på kendte, bagvedliggende risikofaktorer såsom ledelse, sygefravær, medarbejdertrivsel, plejetungde m.m., men disse er ikke anvendt i en kvantitativ analyse.

Tabel 9. Resultat af øvrige mulige datakilder hos Styrelsen for Patientsikkerhed. Som udtryk for et godt resultat af tilsyn i det foregående år, blev nogle plejehjem undtaget for tilsyn (se forklaring i baggrundsafsnittet)

Plejehjem	Udvælgelses-kategori	Styrelsen for Patientsikkerheds konklusion efter tilsyn i 2014 og 2015		Styrelsen for Patientsikkerheds konklusion 2016	Aarhus Kommunes konklusion 2015	Aarhus Kommunes konklusion 2016
		2014	2015			
A	2	2	Undtaget	3	2	2
B	1	2	Undtaget	3	2	3
C	2	3	2	4	3	2
D	3	2	Undtaget	2	1	1
E	1	2	Undtaget	2	1	2
F	3	2	Undtaget	2	2	2
G	2	3	2	2	2	3
H	2	3	2	2	2	2
I	2	Undtaget	2	2	3	2

J	1	2	Undtaget	4	3	3
K	3	Undtaget	2	2	2	3
L	3	3	3	2	2	2

Resultatet fra de foregående års tilsyn synes ikke at være en risikoindikator i dette projekt. De 4 plejehjem, hvor Styrelsen for Patientsikkerheds konklusion 3 eller 4 blev resultatet, havde enten været undtaget for tilsyn i 2015 eller skulle have været undtaget for tilsyn i 2016. Konklusionerne i 2016 var derfor ikke forventet at være i kategori 3 eller 4.

Hvad angår kommunens tilsyn fik halvdelen af de besøgte plejehjem samme resultat som det foregående år, to viste forbedringer, mens fire viste forværring af forholdene. Ud fra disse små tal, kan det ikke vurderes, hvorvidt der kan være en sammenhæng.

Der foretages ikke nogen form for risikobaseret udtrækning til kommunalt tilsyn, idet serviceloven har understøttet rammerne for minimum ét årligt fast uanmeldt tilsyn ved alle plejebolig-enheder.

5.3 Resultater af de individuelle interview af 12 ledere

Der er kun angivet konkrete svar fra 10 ud af de 12 informanter, idet 2 af plejehjemslederne af forskellige årsager ikke havde besvaret skemaet. De er dog interviewet ligesom de 10 andre, men med henblik på at bevare anonymiteten er deres svar udelukkende inddraget i meningskondenseringen.

Display 1 viser, hvor højt selvevalueringsskemaet har været prioriteret i organisationen. Informanter er anonymiseret fra A til J svarende til tabellerne 1 - 9

Informant	Hvem i organisationen har besvaret skemaet?	Ud fra hvilken begrundelse har vedkommende besvaret skemaet?	Hvor højt har organisationen prioriteret at besvare skemaet?
A	Leder	Vigtigt at bidrage til kvalitet og til at udvikle en evt. ny systematik	Højt
B	Leder + sygeplejerske Gennemlæst af kvalitetsudvikler	At de er hovedansvarlige for kvalitetsudviklingen	Højt
C	Leder. Besvarelserne drøftet på områdeledermøde	Det er af stor vigtighed at svare	Højt
D	Leder + sygeplejerske Drøftet til ledermøde	Det er en skal-opgave	Højt

E	Leder + sygeplejerske	Det vil give nyttig viden i forhold til fremtidig tilsynspraksis	Højt
F	Leder + sygeplejerske	At de er hovedansvarlige for kvalitetsudviklingen	Højt
G	Leder + dokumentationsansvarlig Drøftet i ledergruppen	Det er en skal-opgave, men giver også mulighed for egenkontrol	Højt
H	Leder Drøftet med lederkolleger	Meget vigtigt at udøve høj kvalitet og være med i udvikling af nyt Skal-opgave	Meget højt
I	Leder + sygeplejerske Drøftet med viceområdechef	At spørgsmålene er baseret på det sygeplejefaglige område	Højt
J	Leder + sygeplejerske	At indsatserne er lavet af leder og sygeplejerske	Højt

Display 1 viser, at der var stor enighed om at prioritere besvarelsen af skemaet højt, og kun i ét tilfælde var skemaet besvaret alene af leder. I fem tilfælde blev lederkolleger og områdeleder/viceområdechef inddraget i svarprocessen, fordi mange var i tvivl om udfyldelsen af skemaet; man ønskede ikke at afgive forskellige svar i skemaets overordnede spørgsmål, fordi man evt. havde forstået spørgsmålene forskelligt. Skemaet blev derfor også brugt til at kalibrere retningslinjerne indenfor lokalområdet. Det var imidlertid ikke intentionen, at besvarelsene skulle kalibreres, og det kan derfor være forklaringen på, at der i tabel 4 er fuldstændig overensstemmelse mellem besvarelsene.

Samtlige ledere fandt det vigtigt at besvare skemaet, dels fordi det ville kunne bidrage til kvalitetsudviklingen og udviklingen af ny systematik, dels fordi det blev betragtet som en obligatorisk opgave. Flere gav udtryk for, at det var ens forpligtelse at gøre en indsats for at bidrage til opgaven.

Display 2 viser, hvad lederne mener om selvevalueringskemaets forståelighed

Informant	Forstod du alle spørgsmål?	Var du i tvivl om nogle af de nævnte begreber i skemaet?	Brugte du ordforklaringerne foran i skemaet?
A	Ja	Nej	Ja, enkelte gange
B	Ja	Nej	Nej
C	Ja	Nej	Nej

D	Ja	Nej	Nej
E	Ja	Nej	Nej
F	Ja	Nej	Nej
G	Ja	Nej	Ja i ét tilfælde for en sikkerheds skyld
H	Ja	Nej	Nej
I	Ja	Nej	Nej
J	Ja	Ja ét sted	Ja i ét tilfælde

Generelt var skemaet forståeligt for alle informanter; dog var der mange, der oplevede flere af spørgsmålene som repetitive og redundante, hvilket kunne give usikkerhed om, hvorvidt man havde svaret på noget andet, end der blev spurgt om. Der blev besluttet af flere givet udtryk for, at man syntes, man svarede på det samme spørgsmål flere gange; enkelte oplevede i den forbindelse usikkerhed ved formålet med spørgsmålene, og at det havde skabt tvivl om, hvor dybdegående der skulle svares. Flere steder havde man valgt at drøfte det på overordnede ledermøder for at kalibrere de overordnede spørgsmål.

Display 3 viser, hvad lederne mener om selvevalueringskemaets anvendelighed, og hvor mange tidsmæssige ressourcer, det krævede

Informant	Hvad tænker du om skemaets relevans?	Hvad tænker du om skemaets anvendelighed som screening af patientrisikoforhold på et plejehjem?	Hvor udførligt har du besvaret skemaet?	Hvor lang tid brugte du på besvarelsen?	Hvad tænker du om skemaets længde?
A	Meget relevant men kan ikke stå alene	Ikke nødvendigvis anvendeligt, fordi det vil være leders subjektive screening	Kort, konkret og brugbart	3 timer	Passende længde, men langt
B	Relevant	Anvendeligt	Ret udførligt	2-3 timer	Langt men nødvendigt
C	Relevant	Anvendeligt i en revideret form	Meget udførligt	2-3 timer	Omstændeligt
D	Relevant	Anvendeligt men er kun et udtryk for leders holdning, ikke nødvendigvis alle	Meget udførligt	4-5 timer	Langt

		medarbejderes			
E	Relevant	Kan anvendes men bør optimeres ved at inddrage medarbejderne som valid egenkontrol	Ret udførligt	2 timer	Langt
F	Relevant	Anvendeligt	Meget udførligt	3 timer	Langt
G	Relevant men for overordnet	Anvendeligt fordi det giver anledning til at se instrukser og retningslinjer igennem	Meget udførligt	En hel arbejdsdag	Langt men det er nødvendigt
H	For overfladisk	For overordnet som screeningsredskab	Meget udførligt	2½-3 timer	For langt og for overordnet
I	Relevant	Meget anvendeligt	Udførligt	1½ time	Passende
J	Strategisk godt redskab men bør tilrettes	Anvendeligt som hjælperedskab men kan ikke stå alene	Udførligt i starten men mistede momentum	3 timer	For langt

Det havde taget informanterne mellem 1½ time og en hel arbejdsdag at udfylde skemaet. Gennemsnitligt brugte de fleste 2-3 timer på besvarelsen og alle angav, at de havde svaret udførligt, heraf havde 7 svaret meget udførligt. 9 ud af 10 fandt spørgeskemaet stort og kompakt og gav udtryk for, at man tabte gejsten undervejs.

Generelt blev det anført, at det var vigtigt at bidrage, når der skal udvikles nyt, og der var en stærk bevidsthed om, at man gerne ville have indflydelse, når der indføres nyt. Selvom det af de fleste informanter blev opfattet som et langt og tidskrævende skema, oplevedes det også som meget vigtigt at deltage og få skemaet besvaret ordentligt.

Alle 10 informanter fandt skemaet relevant og anvendeligt i et eller andet omfang. Flere angav, at skemaet var anvendeligt, fordi det gav anledning til at se instrukser og retningslinjer igennem og kalibrere indenfor lokalområdet. To angav, at skemaet ikke kunne bruges i dets nuværende form men burde revideres og kvalificeres, mens to gav udtryk for, at skemaets resultat ville afspejle lederens holdning og således være en subjektiv screening.

Flere angav at skemaet var med til at sikre, at man som leder kontinuerligt arbejder med kvalitet, men da det ikke er det nemmeste skema at udfylde, er der en potentiel risiko for at man kopierer svarene fra år til år, fordi man ikke har tiden til at udfylde et nyt skema i en travl hverdag.

Det blev af en enkelt informant anført, at skemaet kunne fungere som hjælperedskab men ikke stå alene som screeningsværktøj.

En informant fandt skemaet overfladisk og for overordnet som screeningsredskab og angav, at det var for teknisk samt mangelfuldt derved, at der ikke blev spurgt ind til, hvad det enkelte plejehjem var gået i dybden med på det mere individuelle plan. Informanten fandt, at det ville være ønskværdigt med en højere detaljeringsgrad, så man kommer væk fra det grundlæggende og i stedet går på specifikt detaljeniveau.

Display 4 indikerer besvarelsernes validitet

Informant	Har du svaret ærligt på alle spørgsmål?	Ville du i alle tilfælde besvare skemaet 100 % ærligt?	Ville du svare idealistisk på nogle af spørgsmålene?
A	Ja	Ja	Nej
B	Ja	Ja	Ja i nogle tilfælde
C	Ja	Ja	Nej
D	Ja	Ja	Nej
E	Ja	Ja	Ja
F	Ja	Ja	Ja i nogle tilfælde
G	Ja	Ja	Nej
H	Ja	Ja	Ja
I	Ja	Ja	Ja
J	Ja	Ja	Nej

Alle informanter angiver at have svaret ærligt på skemaet, mens halvdelen af informanterne i interviewet giver udtryk for, at man i nogle tilfælde kunne tænkes at ville svare idealistisk på nogle af spørgsmålene, hvis konsekvensen kunne være, at der blev udløst et tilsyn.

En enkelt informant anførte som et problem, at ærligheden i skemaet udelukkende afspejler lederens øjebliksbillede men ikke er nogen garanti for, at det forholder sig sådan.

Display 5 viser, hvad lederne mener om selvevalueringsskemaet som metode til at skabe refleksion

Informant	Har selvevalueringsskemaet skabt refleksion vedrørende patientrisikoforhold på plejehjemmet?	Vil et selvevalueringsskema kunne anvendes som refleksionspapir?

A	Ja	Ja som redskab til at holde fokus
B	Ja	Ja i høj grad
C	Ja	Ja
D	Ja	Ja
E	Ja	Ja
F	Ja	Ja vigtigt at holde fokus på opgaven
G	Ja	Ja
H	Ja overordnet set	Ja, dog ikke ude i enhederne hos personalet
I	Ja	Ja vigtigt at skabe læring
J	Ja	Ja med tilrettede spørgsmål

Alle informanter var enige om, at skemaet var effektivt til at skabe refleksion. Flere angav, at det specielt var lærerigt ovenpå strukturændringerne i kommunen. Det er et godt redskab til at fokusere på, hvad man skal overveje som leder og har næsten samme effekt som tilsynet; man holder fokus på kvalitet, når man ved, der er mål, man skal leve op til. Det bidrager til at skabe læring, fordi man kan dykke ned i aktuelle problemstillinger. En enkelt angav, at det ville være ideelt, hvis skemaet blev udfyldt i et større forum for at skabe læring blandt alle medarbejdere. En enkelt angav at mangle spørgsmål vedr. den kliniske praksis.

6 Konklusion

Styrelsen for Patientsikkerhed har sammen med Aarhus Kommune udarbejdet et selvevalueringsskema; dataanalysen viser, at skemaet sikrer, at der arbejdes kontinuerligt med kvalitet, fordi det kan anvendes som refleksionspapir. Skemaet har vist sig at kunne fungere som et hjælperedskab i kvalitetsarbejdet.

Som datakilde til risikovurdering kan det være problematisk, dels fordi skemaet vurderes at være for overordnet, dels fordi skemaet vil kunne afspejle udfylderens holdning og således være udtryk for et subjektivt skøn.

Implementeringsgraden af kvalitetsstandarderne og de sundhedsfaglige instrukser afspejles ikke i skemaets besvarelser. Det vurderes derfor ikke, at vurdering af patientrisiko alene kan baseres på besvarelser af selvevalueringsspørgsmål, som de er udformet til dette projekt.

I projektet har der været fokus på lederens ansættelsesvarighed og ledelseskompetencer. På baggrund af besvarelserne og oplysning om ansættelsesvarigheden, vurderes det at varigheden af lederens ansættelse på plejehjemmet kunne være en risikoindikator, idet lederne af de 4 tilsyn i Styrelsen for Patientsikkerheds konklusion 3 og 4 havde den korteste varighed af ansættelser.

Der indgik spørgsmål om sygefravær og trivsel blandt personalet, men der var isoleret set ikke relation til besvarelserne af skemaerne eller tilsynene. Det kan dog ikke afvises, at en større stikprøve kunne have vist et andet resultat, da der i andre undersøgelser i Aarhus Kommune er set en vis sammenhæng.

Besvarelserne af skemaerne har generelt været tidskrævende, idet der i flere tilfælde har været afholdt sparringsmøder samt været inddraget andre medarbejdere. Processen er derfor også meget ressourcekrævende. Hvis der, som det er sket i dette projekt, sker en kalibrering af besvarelserne, vil det ikke være muligt at bruge besvarelser af de kalibrerede spørgsmål i selvevalueringsskemaer, til en vurdering af patientrisiko.

STPS har ved kvalitativt interview valideret selvevalueringsskemaet. I den form som er afprøvet i dette projekt er der ikke tegn på, at selvevalueringsskemaet i dets nuværende form kan bruges som risikoindikator. Det kan dog ikke afvises, at selvevalueringsskemaet havde været et brugbart tilsynsværktøj med afdækning af forskelle mellem plejehjem, hvis der ikke havde været kollektiv besvarelse. Projektet har vist, at nogle af spørgsmålene kunne være mulige risikoindikatorer, men også at det i den organisation, som det er afprøvet i, ikke er tilfældet for alle spørgsmålene. Spørgsmålene i skemaet er udarbejdet til en specifik organisation, og vil dermed ikke nødvendigvis være egnede til at undersøge andre organisationer eller andre områder i primær sektor. Der er derfor behov for en gennemgang og revision af skemaet, hvis det fremadrettet skal bruges som metode til vurdering af risiko.

Aarhus Kommune og Styrelsen for Patientsikkerhed har sammen afprøvet det kombinerede tilsyn.

Det har vist sig meget tidskrævende og ressourcekrævende for plejehjemmet, idet to samtidige tilsyn kræver flere personaleressourcer. Læring har desuden været mindre end tidligere, fordi nøglepersonen ikke kan være med ved begge tilsyn, som det ellers har været praktiseret.

Det har ligeledes vist sig ressourcekrævende for begge tilsynsførende, fordi man ved samlet afrapportering skal vente på hinanden. Desuden har synergieffekten været begrænset, fordi det er to forskellige lovgivninger, der foretages tilsyn efter. På basis af en sammenstilling af de to tilsyns konklusioner, har projektet vist, at konklusioner efter det kommunale tilsyn, som dette varetages i Aarhus, kunne være en mulig indikator for risiko.

Vi har i videst mulig omfang ved tilsynene lavet afprøvning af patientforløb, med særlig fokus på sektorovergange. Dette er ikke nyt i tilsynet. Vi har i tilsynet lavet afprøvning via gennemgang af journaloplysninger i samarbejdet med personalet, men det har ikke været muligt i dette projekt at involvere eksterne samarbejdspartnere. Styrelsen for Patientsikkerhed har så vidt muligt inddraget parametre vedrørende sektorovergange mellem hospital og plejehjem i selvevalueringsskemaet.

Af det indhentede materiale kan vi konkludere, at problemer i overgange er hyppige i patientforløb, men at de ikke fungerer som en risikoindikator, der hjælper til identifikation af plejehjem med størst patientsikkerhedsrisiko.

Resultaterne fra projektet og de 12 tilsyn vil blive udbredt til alle lederne på kommunens plejehjem på et møde efter projektets afslutning. Dette vil give mulighed for at bringe projektets resultater ud til alle plejehjemslederne med henblik på læring.

Bilag

Udvikling og læring vedr. tilsyn på plejehjem
i Aarhus Kommune

Indhold

Bilag 1:	Projektbeskrivelse
Bilag 2:	Selvevalueringsskema
Bilag 3:	Følgebrev
Bilag 4:	Interviewguide
Bilag 5:	Oversigt over data fra selvevalueringsskemaer

Bilag 1

Projektbeskrivelse



Projektbeskrivelse, Pilotprojekt

Udvikling og læring vedr. tilsyn på plejehjem i Århus Kommune

23. februar 2016

Baggrund

Der har siden 2003 været ført tilsyn med, at de sundhedsfaglige forhold blev varetaget patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt på landets plejehjem. Tilsynet er blevet varetaget efter Sundhedsloven § 219 og beskrevet i [Vejledning nr. 10334 af 20. december 2007](#) om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligheder. Tilsynet er hidtil blevet udført med faste skriftlige målepunkter, og den tilsynsførende har vurderet om disse var opfyldt på et fysisk tilsynsbesøg på enheden. Plejehjem, plejeboliger og lignende områder vil også fremadrettet være et opmærksomhedsområde i de risikobaserede tilsyn.

Kommunen har samtidigt varetaget fremmøde tilsyn efter Serviceloven § 151, 151a+b med indhold jf. § 83, 83a og 86. Herunder også almen faglig standard, forvaltningens regler og instruktioner, værdier og det faktuelte vedtagne serviceniveau.

Der føres mindst 1 uanmeldt tilsyn årligt pr. plejeboligenhed. Endvidere kan Tilsynet inddrages ved klagesager og/eller mistanke om omsorgssvigt. Det er aktuelt fastlagt, at Tilsynet skal besøge minimum 3 - 5 borgere i hver plejeboligenhed. Tilsyn gennemføres med en anerkendende tilgang og så vidt muligt med deltagelse af, og i dialog med personale. Tilsynet har fokus på best practice for læring og fremadrettet udvikling.

Der anvendes forskellig terminologi hos de to myndigheder. I Styrelsen for patientsikkerhed anvendes begrebet ”patienter”, mens man i kommunalt regi omtaler de samme personer som ”borgere”. I det følgende vil der derfor blive anvendt betegnelsen ”borger/patient”.

På baggrund af en mulig ændring af Sundhedsloven, hvor Styrelsen for Patientsikkerheds tilsynsopgave muligvis ændres fra frekvensbaserede tilsyn til risikobaserede tilsyn, har Aarhus kommune og Embedslægeinstitutionen Nord taget initiativ til at afprøve en revideret tilsynsmetode på kommunens plejehjem i 2016.

Projektet vil afprøve en mulig metode til identifikation af borgerrisiko/patientrisiko og opfølgning på de sundhedsfaglige forhold på det kommunale område. Tilsynene gennemføres på samme antal og med samme indhold som tidligere, men der tilføjes forskellige elementer i afprøvningen.

Organisering

Der er nedsat en styregruppe bestående af repræsentanter fra henholdsvis Aarhus Kommune og Styrelsen for Patientsikkerhed. Denne gruppe har sammen formuleret projektbeskrivelsen. Såfremt projektet godkendes til gennemførelse, er det denne arbejdsgruppe, som er ansvarlig for gennemførelse af projektet i alle dets faser.

Sagsnr. 5-2210-1620/1/

Reference LHU

T 7222 7966

E senord@sst.dk

Styrelsen for Patientsikkerhed
Embedslægeinstitutionen Nord

Falstersvej 10
8940 Randers SV
Tlf. +45 7222 7970
Email senord@sst.dk

www.stps.dk

Formål

Formålet med projektet er at afprøve en mulig metode til identifikation af borgerisiko/patientrisiko og opfølgning på de sundhedsfaglige forhold på de kommunale plejehjem, herunder

- at afprøve tilsyn på borgerforløb/patientforløb
- at afdække og udvikle datakilder som input til udtagning af risiko-institutioner
- at gøre forsøg med selvevaluering som en del af tilsyn
- at undersøge og evt. afprøve muligheden for at koble kommunens tilsyn – eller dele heraf – med det tilsyn, som udføres af Styrelsen for Patientsikkerhed
- om muligt at afprøve tilsyn i overgangene mellem hospital og kommune
- om muligt at afprøve tilsyn i hjemmeplejen, indledningsvist i overgangen mellem hjemmepleje og plejebolig
- at afprøve nye rapporteringsformer, hvor forhold observeret få steder udbreddes som information til brug i driftsherrens generelle kvalitetsudvikling på alle relevante institutioner

Metode

Målgruppe

Projektet vil inddrage alle de plejehjem og plejeboliger, hvor kommunen har foretaget indberetning til Styrelsen for Patientsikkerhed efter Vejledning nr. 10334 af 20. december 2007. I den udstrækning det er relevant, vil samarbejdsparter som hospitaler og hjemmepleje blive inddraget. Styrelsen for Patientsikkerhed identificerer kommunens enheder via virksomhedsregistret (CVR- og P-numre). De plejehjem og plejeboliger, som var undtaget for embedslægernes tilsyn i 2016 på baggrund af vurderingen efter embedslægernes tilsyn i 2015, indgår i projektet. De plejehjem og plejeboliger, som er privatejede med driftsaftale med kommunen, er udeladt fra projektet. Tilsynsbesøg vil blive gennemført efter gældende regler. Tilsynsbesøg vil blive suppleret med skriftlige selvevalueringer. Arbejdsgruppen får til opgave at udarbejde planen for tilsynsbesøgene.

Datakilder

Styrelsen for Patientsikkerhed kan umiddelbart bidrage med data fra indberetninger, patientklager, ligsyn, tidligere tilsynskonklusioner og detaljer for disses begrundelser, risikoområder baseret på aggregerede tal fra indberetninger af utilsigtede hændelser (UTH). Aarhus kommune kan umiddelbart bidrage med:

- Orientering om UTH hændelser (alvorlige/dødsfald), dato og DPSD klassifikation.
- Orientering om UTH antal pr. enhed (plejebolig / hjemmepleje)
- Antal gennemførte kvalitetsbesøg pr. enhed (forventeligt – under afklaring)
- Resultater fra borger- og pårørendeundersøgelser (tilfredshedsundersøgelser) pr. enhed
- Medarbejderundersøgelser
- Gennemførte medicin- og dokumentationsaudits

I projektet indgår desuden en overvejelse over, hvorvidt andre kilder kan bruges, herunder indhentning af data vedr. ledelse (anciennitet, lederskifte m.m.), sygefravær og kommunens egne målsætninger på kvalitetsområdet.

Målepunkter og selvevalueringstværværktøj

Der udvikles selvevalueringsmållepunkter (indikatorer), som findes fagligt relevante, og som samtidig dækker lovgivningens krav. Selvevalueringsmållepunkterne kan

være kvantitative data (antal, ja, nej, ikke relevant) eller kvalitative data (spørgsmål, der besvares med prosatekst).

Selvevalueringsværktøjet udsendes til alle de enheder, der indgår i projektet. Selvevalueringerne indrapporteres skriftligt til projektgruppen. Selvevalueringsværktøjet skal valideres på 1-2 enheder inden udsendelse med henblik på anvendelighed, forståelse og faglig mening af målepunkterne.

De fysiske tilsyn vil anvende de eksisterende målepunkter.

Tilsyn

Der foretages et fysisk tilsyn på enheder, hvor der vurderes at være størst patientrisiko og tilsyn på enheder, hvor der vurderes at være den laveste risiko, baseret på analysen af datamaterialet. Det fysiske tilsyn foretages af kommunens og embedslægeinstitutionens tilsynsførende sammen. Tilsynet vil gennemgå de målepunkter, som indgår i selvevalueringen samt de nuværende målepunkter.

Analyse

Oplysninger om de enkelte plejehjem registreres i en database. Kvantitative data analyseres med relevante statistiske metoder. Kvalitative data med relevante kvalitative metoder. Der registreres ikke personhenførbare data, hvorfor databasen ikke skal anmeldes til datastyrelsen.

Etik

Der er ikke identificeret særskilte etiske problemstillinger. Der indgår ikke personhenførbare data, og det er ikke et projekt, som retter sig mod patienter. Almindelige tavshedspligter overholdes, og projektets resultater diskuteres ikke i offentligheden før den endelige rapport er skrevet og godkendt og fremlagt for de relevante parter (deltagere i projektet, Aarhus Kommune og Styrelsen for Patientsikkerhed).

Evaluering og afrapportering

Resultatet af projektet skal bruges som bud på en mulig metode til anvendelse i de fremtidige tilsyn. Deltagerne i projektet fra Aarhus Kommune og Styrelsen for Patientsikkerhed, Embedslægeinstitutionen Nord vil herefter evaluere resultaterne både i forhold til proces, metode og i forhold til anvendelighed fremadrettet i det risikobaserede tilsyn. Der vil være fokus på identifikation af risiko, ressourceforbrug, synergieffekt og samarbejde mellem kommune og Embedslægeinstitution samt anvendeligheden af tilsynet for kommunens kompetenceudvikling og den fremadrettede læring i personalegrupperne. Oplevelsen hos de grupper, der indgår i projektets dataindsamling, kan inddrages i evalueringen ved brug af fokusgruppeinterview efter projektets gennemførelse

Tidsplan og leverancer

Projektet forelægges til gennemførelse medio februar og forventes godkendt senest den 3.3.2016.

Målepunkter og selvevalueringsværktøj udvikles inden den 15.3.2016 og udsendes til afprøvning i uge 11. Selvevalueringsskemaer udsendes efter en evt. revision den 1.4.2016 med tilbagemelding inden den 21.4.2016.

Arbejdsgruppen analyserer data fra selvevalueringsskemaerne inden 1.5.2016 med henblik på udvælgelse af hvilke plejehjem, der skal modtage et fysisk tilsynsbesøg. Det vil blive tilstræbt, at de tilsynsførende fra kommunen og fra Styrelsen for Patientsikkerhed foretager de fysiske tilsynsbesøg samme dag, så personalets tidsforbrug på tilsynsbesøg minimeres og med henblik på gensidig erfaringsudveksling og læring. Tilsynsbesøgene vil foregå i perioden fra den 1.5.2016 til den 15.7.2016.

Den afsluttende skriftlige rapport afleveres senest den 1.10.2016.

Økonomi

Projektet har ikke selvstændige økonomiske midler stillet til rådighed. Aarhus Kommune og Styrelsen for Patientsikkerhed bidrager med det, som de hver især bruger af ressourcer. Imidlertid dokumenteres tidsforbruget løbende og opgøres i forbindelse med projektets afslutning i en cost-analyse.

Bilag 2

Selvevalueringsskema

Selvevalueringsspørgsmål for Projektet Udvikling og læring vedr. tilsyn på plejehjem i Aarhus Kommune i 2016

Projektstyregruppe: Aarhus kommune og Styrelsen for Patientsikkerheden

Dette skema er udarbejdet til brug i projektet og data vil kun blive set af en arbejdsgruppe nedsat af Aarhus kommune og Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS). Data vil ikke være tilgængelige for andre eller blive brugt i anden sammenhæng. Arbejdsgruppen består af enhedschef Charlotte Hjort og oversygeplejerske Lone Husted fra STPS, leder af Kvalitet og Borgersikkerhed Elin Kallestrup og tilsynschef Sus Freundt fra Aarhus kommune.

Spørgsmålene i skemaet besvares kort og ud fra den aktuelle situation på svartidspunktet. Når spørgsmålene besvares i den elektroniske version af skemaet, vil boksenes størrelse automatisk tilpasse sig tekstmængden.

Lokalområde	
Lokalcenter/Plejehjemets navn	
Plejeboligenhed/afdeling(er)s navn	
Plejehjemets adresse	
Antal beboere fordelt på plejeboligenhed/afdelinger	
Lederens navn, stillingsbetegnelse, dato for tiltrædelse i nuværende stilling	
Navn og stillingsbetegnelse for besvarer af spørgsmål	
Dato for besvarelse	

Ordforklaring

Egenkontrol: Faglig leders kontrol og kvalitetssikring af et område

Delegation: Opgaver inden for forbeholdt virksomhed delegeres til en medhjælp, fx at foretage en blodprøve eller behandle med receptpligtig medicin

Videredelegation: Opgaver inden for forbeholdt virksomhed delegeret til en medhjælp (se ovenfor) videredeles af medhjælpen

UTH: En utilsigtet hændelse er en fejl eller hændelse, der

- opstår under sundhedsvæsnets behandling, undersøgelse, pleje eller rehabilitering
- ikke skyldes patientens sygdom
- som er skadevoldende - eller kunne have været skadevoldende

Der vil ikke blive brugt data fra UTH indberetninger, ligesom der ikke må fremgå personhenførbare oplysninger i besvarelsen

Interne overgange: Alle overgange internt i kommunen som fx ved indflytning i plejebolig, og samarbejde med personer eller enheder, som fungerer som konsulent fx demenskonsulent, fysioterapi, akutteam, hjemmepleje, produktionskøkken og lignende.

Eksterne overgange: Alle overgange mellem sektorer, enheder udenfor kommunen, fx til/fra praktiserende læger, hospitalsafdelinger, ambulatorier, mobillaboratorium, vagtlæger, beboere fra andre kommuner, eksterne leverandører og lignende.

Selvevalueringsspørgsmål for Projektet Udvikling og læring vedr. tilsyn på plejehjem i Aarhus Kommune i 2016

Projektstyregruppe: Aarhus kommune og Styrelsen for Patientsikkerheden

Medicinhandling

1.0: Har plejehjemmet instruks(er) for medicinhandling? (Ja/Nej)	
1.1: Hvis Ja: Hvordan implementeres instruksen? (Hvordan, hvem og hvor ofte kontrolleres det, at instruksen er forstået og følges i det daglige arbejde?)	
2.0: Følger ledelsen op på medicinhandlingen med egenkontrol? (Ja/Nej)	
2.1: Hvis Ja: Hvilken metode bruges til egenkontrol og hvor ofte?	
2.2: Hvis Ja: Hvordan følges der op på fund fx fejl og mangler, der findes ved egenkontrollen?	
2.3: Hvis Ja: Hvordan evalueres det, om den iværksatte indsats efter fund ved egenkontrol, giver den ønskede effekt?	
3.0: Har ledelsen en metode til afklaring af personalets kompetencer vedr. medicinhandling? (Ja/Nej)	
3.1: Hvis Ja: Afklares medicinhandlingskompetencer på det individuelle niveau i forbindelse med ansættelser? (Hvordan? Hos hvilke uddannelser?)	
3.2: Hvis Ja: Følges der op på de individuelle medicinhandlingskompetencer efter ansættelse? (Hvordan og hvor ofte? Hos hvilke uddannelser?)	
4.0: Har plejehjemmet instruks(er), der beskriver personalets opgaver i forbindelse med delegation af opgaver vedr. medicinhandling fra læger (praktiserende læge, speciallæge, hospital/ambulatorie) til personale på plejehjemmet? (Ja/Nej)	
4.1: Hvis Ja: Hvordan implementeres instruksen? (Hvordan, hvem og hvor ofte kontrolleres det, at instruksen er forstået og følges i det daglige arbejde?)	
4.2: Hvis Ja: Hvordan foretages delegationen i praksis? (Hvilken viden om behandlingsplanen oplyses fx om indikation, kontrol, opfølgning og evaluering af effekt, med angivelse af område: Praktiserende læge, speciallæge, hospital/ambulatorie)	
4.3: Hvis Ja: Hvordan, hvem og hvor ofte føres tilsyn med de(n) delegerede opgave(r) og hvorvidt behandlingsplanen følges? (Med angivelse af område: Praktiserende læge, speciallæge, hospital/ambulatorie)	
5.0: Videredeles der opgaver vedr. medicinhandling internt på plejehjemmet? (Ja/Nej)	
5.1: Hvis Ja: Til hvem (uddannelser) og hvordan videregives der opgaver vedr. medicinhandling internt på plejehjemmet?	

Selvevalueringsspørgsmål for Projektet Udvikling og læring vedr. tilsyn på plejehjem i Aarhus Kommune i 2016

Projektstyregruppe: Aarhus kommune og Styrelsen for Patientsikkerheden

5.2: Hvis Ja: Hvordan, hvem og hvor ofte føres der tilsyn med de(n) videredelegerede opgave(r) og journalføring af denne?	
5.3: Hvis Ja: Hvordan sikrer ledelsen, at medicingivning sker i overensstemmelse med ordinationen, og fordelt optimalt over døgnet?	

Journalføring

6.0: Følger ledelsen op på, at personalet journalfører i overensstemmelse med Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15/01/2013?	
7.0: Sikrer ledelsen, at omsorgsjournalen fungerer som et arbejdsredskab i varetagelse af pleje og behandling? (Ja/Nej)	
7.1: Hvis Ja: Hvordan følger ledelsen op på, at omsorgsjournalen fungerer som et arbejdsredskab i varetagelse af pleje og behandling?	
7.2: Hvis Ja: Hvordan sikrer ledelsen, at der altid er en fyldestgørende og opdateret oversigt over de mulige problemområder samt over sygdomme og handicap i omsorgsjournalen?	
7.3: Hvis Ja: Hvordan sikrer ledelsen, at der konsekvent journalføres indikation, beskrivelse af indsats, kontrol, opfølgning og evaluering af indsats i omsorgsjournalen?	
7.4: Hvis Ja: Hvordan sikrer ledelsen, at der altid journalføres information og samtykke til pleje og behandling?	

8.0: Følger ledelsen op på journalføringen med egenkontrol? (Ja/Nej)	
8.1: Hvis Ja: Hvilken metode, bruges til egenkontrol og hvor ofte?	
8.2: Hvis ja: Hvordan sikres det, at der foretages egenkontrol med den aftalte/relevante frekvens?	
8.3: Hvis Ja: Hvordan følges der op på fund fx fejl og mangler, der findes ved egenkontrollen?	
8.4: Hvis Ja: Hvordan evalueres det om den iværksatte indsats efter fund ved egenkontrol, giver den ønskede effekt?	

Utilsigtede hændelser (UTH)

9.0: Hvordan følger ledelsen op på, at alle relevante UTH rapporteres i overensstemmelse med retningslinjerne?	
10.0: Hvordan følges der op på rapporteringer af UTH på plejehjemmet?	
11.0: Er der foretaget kerneårsagsanalyse eller en særlig grundig	

Selvevalueringsspørgsmål for Projektet Udvikling og læring vedr. tilsyn på plejehjem i Aarhus Kommune i 2016

Projektstyregruppe: Aarhus kommune og Styrelsen for Patientsikkerheden

gennemgang af UTH?	
12.0: Har enheden udarbejdet handleplaner som opfølgning på UTH?	
13.0: Har enheden evalueret gennemførelse og effekt af handleplanen som opfølgning på UTH?	

Beboer og pårørende samarbejde

14.0: Indgår forventningsafstemning og struktur for samarbejdet med beboer og pårørende i forbindelse med indflytningen på plejehjemmet? (Ja/Nej)	
14.1: Hvis Ja: Hvordan og hvornår i indflytningsforløbet indgår forventningsafstemning og struktur for samarbejdet med beboer og pårørende?	
14.2: Hvis Ja: Hvordan følges op på, at de indgåede aftaler efterleves og revideres ved behov?	
15.0: Har der været klagesager siden årsskiftet?	
15.1: Hvis ja: Hvad omhandlede klagepunkterne?	
15.2: Hvis ja: Hvordan er der fulgt op på klagepunkter(ne), og har indsatsen medført den/de ønskede forbedringer?	
16.0: På hvilket niveau ligger resultatet af Tilfredshedsundersøgelsen blandt beboere og pårørende på plejehjemmet, og i de enkelte teams sammenlignet med gennemsnittet på området i kommunen? (Over, på linje, under)	
16.1: Hvis under: Kender du årsagen til niveauet, er der iværksat initiativer til at ændre det og virker de iværksatte initiativer efter hensigten?	

Ledelse og medarbejdere

17.0: Har lederen på plejehjemmet en lederuddannelse?	
18.0: Har lederen på plejehjemmet gennemgået et kompetenceafklaringsforløb som leder?	
19.0: Foregår der struktureret kvalitetsudvikling på plejehjemmet? Hvis ja: Beskriv hvordan der arbejdes med kvalitetsudvikling og hvordan indsatsen evalueres.	
20.0: På hvilket niveau ligger sygefraværet på plejehjemmet, og i de enkelte teams sammenlignet med gennemsnittet på området i kommunen? (Over, på linje, under)	
20.1: Hvis over: Kendes årsagen til niveauet, er der iværksat initiativer til at ændre det og virker de iværksatte initiativer efter hensigten?	
21.0: På hvilket niveau ligger resultatet af trivselsundersøgelsen på plejehjemmet, og i de enkelte teams sammenlignet med gennemsnittet på området i kommunen? (Over, på linje, under)	
21.1: Hvis under: Kender du årsagen til niveauet, er der iværksat	

Selvevalueringsspørgsmål for Projektet Udvikling og læring vedr. tilsyn på plejehjem i Aarhus Kommune i 2016

Projektstyringsgruppe: Aarhus kommune og Styrelsen for Patientsikkerheden

initiativer til at ændre det og virker de iværksatte initiativer efter hensigten?	
---	--

Interne Overgange

22.0: Oplever I problemer for beboerne i de interne overgange?	
22.1: Hvis ja: Beskriv hvor og hvornår I oplever problemerne, og hvilken indsats der iværksættes ved problemer i de interne overgange.	
23.0: Hvordan er effekten af iværksat indsats ved problemer i de interne overgange?	

Eksterne Overgange

24.0: Oplever I problemer for beboerne i de eksterne overgange?	
24.1: Hvis ja: Beskriv hvor, hvornår m.m. I oplever problemerne, og hvilken indsats der iværksættes ved problemer i de eksterne overgange.	
25.0: Hvordan er effekten af iværksat indsats ved problemer i de eksterne overgange?	

Evt. kommentarer til skemaet, andre relevante oplysninger, der bør inddrages:

Bilag 3

Følgerev



Projekt Udvikling og læring vedr. tilsyn på plejehjem i Aarhus Kommune

I forbindelse med den ændring af Sundhedsloven, som i øjeblikket er i høring, påtænkes det, at de frekvensbaserede faste tilsyn på plejehjem ændres. Styrelsen for Patientsikkerhed har derfor i samarbejde med Aarhus kommune nedsat en arbejdsgruppe bestående af enhedschef Charlotte Hjort og oversygeplejerske Lone Husted fra STPS, leder af Kvalitet og Borgersikkerhed Elin Kallestrup og tilsynschef Sus Freundt fra Aarhus kommune. I projektet testes en selvevalueringsmetodes anvendelighed til identifikation af patientrisiko og opfølgning på de sundhedsfaglige forhold på det kommunale område. Vi afprøver metoden på kommunens plejehjem omfattet af den nuværende tilsynsforpligtelse.

Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn indtil nu:

Der har siden 2003 været ført tilsyn med, at de sundhedsfaglige forhold blev varetaget patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt på landets plejehjem. Tilsynet er blevet varetaget efter Sundhedsloven § 219 og beskrevet i [Vejledning nr. 10334 af 20. december 2007](#) om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder. Tilsynet er hidtil blevet udført med faste skriftlige målepunkter, og den tilsynsførende har vurderet, om disse var opfyldt på et tilsynsbesøg på enheden.

Kommunens tilsyn indtil nu:

Kommunen har samtidigt varetaget fremmøde tilsyn efter Serviceloven § 151, 151a+b med indhold jf. § 83, 83a og 86. Herunder også almen faglig standard, forvaltningens regler og instruktioner, værdier og det faktuelte vedtagne serviceniveau. Der føres mindst 1 uanmeldt tilsyn årligt pr. plejeboligenhed. Endvidere kan Tilsynet inddrages ved klagesager og/eller mistanke om omsorgssvigt. Det er aktuelt fastlagt, at Tilsynet skal besøge minimum 3 - 5 borgere i hver plejeboligenhed. Tilsyn gennemføres med en anerkendende tilgang og så vidt muligt med deltagelse af, og i dialog med personale. Tilsynet har fokus på best practice for læring og fremadrettet udvikling.

Forsøg med selvevaluering:

Styrelsen for Patientsikkerhed har brug for metoder, der fremadrettet kan indgå i varetage af tilsyn med patientrisiko i organisationer. På baggrund af en mulig ændring af Sundhedsloven, hvor Styrelsen for Patientsikkerheds tilsynsopgave muligvis ændres fra frekvensbaserede tilsyn til risikobaserede tilsyn, har Aarhus kommune og Styrelsen for Patientsikkerhed taget initiativ til at afprøve en revideret tilsynsmetode på kommunens plejehjem i 2016.

Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn gennemføres på samme antal og med samme indhold som tidligere, men der tilføjes forskellige elementer i afprøvningen. Projektet vil afprøve selvevaluerings metode til identifikation af patientrisiko og opfølgning på de sundhedsfaglige forhold på det kommunale område.

Der er udarbejdet et selvevalueringskema med spørgsmål, som lederne på plejehjemmet eller en i personalegruppen, som lederen udvælger, besvarer elektronisk. Hvis der er flere ledere og afdelinger på plejehjemmet, er der mulighed for at fremsende flere særskilte besvarelser. Dette skal fremgå af de oplysninger, der noteres

11. marts 2016

Sagsnr. 5-2210-1620/1/

Reference LHU

T 7222 7966

E senord@sst.dk

først i spørgeskemaet. I den elektroniske form er der mulighed for at skrive den tekstmængde, som er relevant i forhold til besvarelse af spørgsmålene.

Besvarelsen ønskes fremsendt til luh@sst.dk og til elika@aarhus.dk senest den 21. april 2016.

På baggrund af besvarelsenerne vil arbejdsgruppen udtage et vist antal plejehjem, som vil få et tilsynsbesøg efterfølgende. På enkelte af tilsynsbesøgene vil der blive afprøvet et fælles tilsyn, det vil sige at det sundhedsfaglige tilsyn fra STPS og det kommunale tilsyn fra Aarhus kommune vil blive foretaget samtidigt.

Med venlig hilsen

Lone Husted
Oversygeplejerske, MPH

Bilag 4

Interviewguide

Interviewguide

Prioritering

- Hvem i organisationen har besvaret spørgeskemaet?
- Ud fra hvilken begrundelse har vedkommende svaret på spørgeskemaet?
- Hvor højt har organisationen prioriteret besvarelsen?

Forståelighed

- Har du forstået alle spørgsmål?
- Hvilke spørgsmål forstod du ikke?
- Var du i tvivl om nogle af de nævnte begreber i spørgeskemaet?
- Brugte du ordforklaringerne foran i skemaet?

Anvendelighed

- Hvad tænker du om skemaets relevans?
- Hvad tænker du om skemaets anvendelighed som screening af risikoforhold på et plejehjem?
- Hvor udførligt har du besvaret skemaet?
- Hvor lang tid brugte du på at besvare spørgeskemaet?
- Hvorfor anvendte du XX minutter på at besvare skemaet?
- Hvad tænker du om skemaets længde?
- Har du svaret ærligt på alle spørgsmål?
- Ville du i alle tilfælde besvare skemaet 100 % ærligt?
- Ville du svare idealistisk på nogle af spørgsmålene?

Refleksivitet

- Har det skabt refleksion?
- Kan spørgeskemaet anvendes som refleksionspapir?

Bilag 5

Oversigt over data fra
selvevalueringsskemaer

16	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
17										
18	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	IEB	Ja
19	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	IEB	Ja
20	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	IEB	IEB
21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	IEB	Ja	Ja	Ja	Ja
22										
23	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	IEB	Ja
24 + 25	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
26	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
27	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
28	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
29	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
30										
31	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
32	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
33										
34										
35	Ja	Ja	Ja	Ja	IEB	Ja	Ja	Ja	IEB	Ja
36	Ja	Ja	Ja	Ja	IEB	Ja	Ja	Ja	IEB	Ja

37	Ja	Ja	Ja	Ja	IEB	Ja	Ja	Ja	IEB	Ja
38	Ja	Ja	Ja	Ja	IEB	Ja	Ja	Ja	IEB	Ja
39	Ja	Ja	Ja	Ja	IEB	Ja	Ja	Ja	IEB	Ja
40										
41										
42										
43	Ja	Ja	IEB	IEB	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	IEB

Plejhjem ID	15.0	16.0	17.0	18.0	19.0
1					
2					
3					
4					
5	Ja	Over	IEB	Nej	Ja
6	Nej	Under	Ja	Ja	IEB
7	Ja	Over	Ja	IEB	Ja
8 + 9	Nej	Under	Ja	Ja	Ja
10	Nej	Over	Ja	Ja	Ja
11					
12	Nej	På linje	Nej	Nej	Ja

13	Nej	Over	Ja	Ja	Ja
14 + 15	Nej	Over	Nej	Nej	Ja
16	Nej	Over	Ja	Nej	Ja
17					
18	Nej	Over	Ja	Nej	Ja
19	Nej	Under	Ja	Nej	Ja
20	Ja	Under	Ja	Nej	Ja
21	Nej	Over	Ja	Ja	Ja
22					
23	Ja	På linje	Nej	Ja	Ja
24 + 25	Nej	Over	Ja	IEB	Ja
26	Ja	Over	Nej	Nej	Ja
27	Nej	På linje	Ja	Nej	Ja
28	Nej	Over	IEB	Ja	Ja
29	Nej	Under	Ja	Nej	Ja
30					
31	Ja	På linje	Nej	Nej	Ja
32	Nej	Over	IEB	Ja	Ja
33					
34					

35	Nej	Under	Ja	Ja	Ja
36	Nej	På linje	Nej	Ja	Ja
37	Nej	Over	Ja	Ja	Ja
38	Nej	Over	Ja	Ja	Ja
39	Nej	Over	Ja	Ja	Ja
40					
41					
42					
43	Nej	IEB	IEB	IEB	Ja

Plejhjem ID	20.0	21.0	22.0	24.0
1				
2				
3				
4				
5	Under	Over	Ja	Ja
6	Under	Over	Ja	Ja
7	På linje	Over	Ja	Ja
8 + 9	IEB	Under	Nej	Ja

10	Under	Over	IEB	Ja
11				
12	Under	På linje	Nej	Nej
13	Under	Over	Nej	Nej
14 + 15	Over	Over	Ja	Ja
16	Over	Over	Ja	Ja
17				
18	Under	Over	Ja	Ja
19	Under	Over	Nej	Ja
20	På linje	Under	Ja	Ja
21	Over	Under	Ja	IEB
22				
23	På linje	Over	IEB	Ja
24 + 25	På linje	På linje	Nej	Nej
26	Over	Over	Nej	Nej
27	Under	På linje	Nej	Nej
28	Under	På linje	Nej	Nej
29	Over	Under	Ja	Ja
30				
31	Over	Under	Nej	Ja

32	Over	Over	Ja	Ja
33				
34				
35	Under	På linje	Ja	Ja
36	Over	Under	Nej	IEB
37	Under	På linje	Ja	Ja
38	Under	Over	Ja	Ja
39	Under	På linje	Ja	Nej
40				
41				
42				
43	Over	Under	IEB	Ja