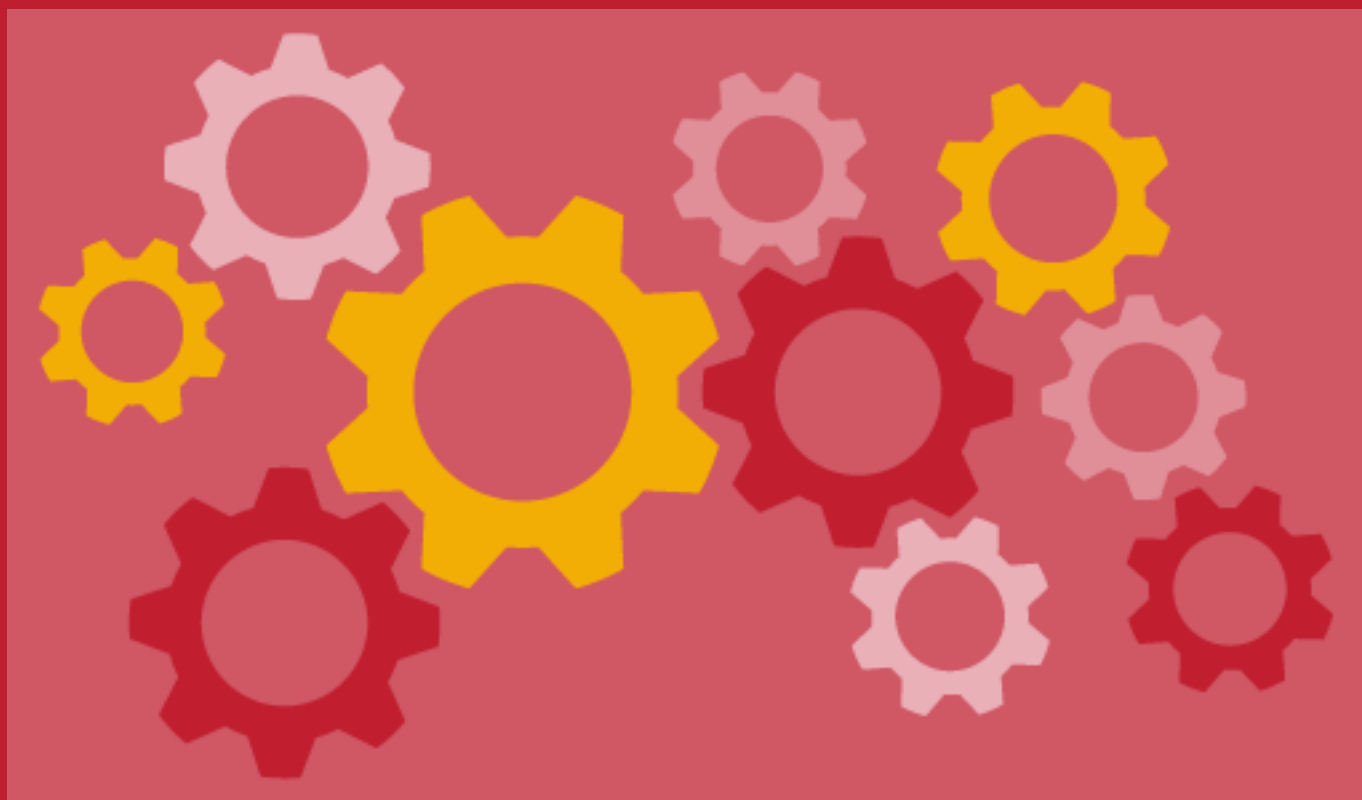


Samskabt tilsyn i Roskilde Kommune

Evaluering af et samskabelsesprojekt



*Samskabt tilsyn i Roskilde Kommune
– Evaluering af et samskabelsesprojekt*

© VIVE og forfatterne, 2024

e-ISBN: 978-87-7582-304-8

Projekt: 302544

Finansiering: Roskilde Kommune

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



Forord

Roskilde Kommune har udviklet en ny tilsynsmodel på ældreområdet ved navn "Samskab tilsyn".

Borgere, pårørende, medarbejdere, ledere, ældrerådet og repræsentanter for civilsamfundet er inddraget i et systematisk arbejde med kvalitetssikring og kvalitetsudvikling på plejecentre og i hjemmeplejen. Årlige uanmeldte tilsyn bidrager med viden om, hvad der fungerer godt og mindre godt på det enkelte sted.

VIVE har gennemført en evaluering af den første, foreløbige prototype af samskab tilsyn i Roskilde Kommune. Det har vi gjort i forbindelse med en pilotafprøvning af modellen i første kvartal 2023.

I denne rapport sammenligner vi den første, foreløbige prototype af samskab tilsyn i Roskilde Kommune med eksisterende tilsynspraksis på det kommunale ældreområde. Vi har gennemført sammenlignelige observationer og interview om hhv. den foreløbige prototype og eksisterende tilsynspraksis, jf. servicelovens § 151, servicelovens § 150 og sundhedslovens § 213 i Roskilde Kommune.

Evalueringen er finansieret af Roskilde Kommune og kvalitetssikret ved eksternt review ved to eksperter med særlig ekspertise på området.

Tak til alle der har medvirket i evalueringen!

Sanne Haase

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	6
-----------------	---

1	Indledning	9
1.1	Tilsyn på ældreområdet	9
1.2	Samskabt tilsyn i Roskilde Kommune	11
1.3	VIVEs evaluering	13
1.4	Læsevejledning	15

2	Samskabt tilsyn	16
2.1	Den første prototype	16
2.2	Lokale kvalitetsråd	18
2.3	Årlige, uanmeldte tilsyn	20
2.4	Samskabte tilsynsrapporter	27
2.5	Systematisk kvalitetsudvikling	31
2.6	Evalueringsworkshop	34
2.7	Fokusgruppeinterview	35
2.8	VIVEs anbefalinger	37
2.9	Den endelige model	38

3	Det kommunale tilsyn (SEL 151)	40
3.1	Lovgrundlaget	40
3.2	Udmøntning og rammer	41
3.3	§ 151 tilsyn ved årsskiftet 2022/2023	42
3.4	Tilsynsbesøget i praksis	43
3.5	Tilsynsrapporten	47
3.6	Opsummering	50

4	Det sundhedsfaglige tilsyn (SUL 213)	51
4.1	Lovgrundlaget	51

4.2	Udmøntningen ved STPS	51
4.3	Sundhedsfaglige tilsyn i 2022	54
4.4	Tilsynsbesøget i praksis	55
4.5	Tilsynsrapporten	62
4.6	Opsummering	67
<hr/>		
5	Ældretilsynet (SEL 150)	69
5.1	Satspuljen	69
5.2	Lovgrundlaget	70
5.3	Udmøntningen ved STPS	71
5.4	Tilsynsbesøget i praksis	75
5.5	Tilsynsrapporten	87
5.6	Opsummering	88
<hr/>		
6	Tværgående analyse og diskussion	90
6.1	Tilsynets lovbestemte fokus og afgrænsning	90
6.2	Tilsynets formål (læring og/eller kontrol)	93
6.3	Anmeldte eller uanmeldte tilsyn	95
6.4	Interne eller eksterne tilsynsførende	96
6.5	Tilsynets datagrundlag	98
6.6	Aktører i tilsynet	100
6.7	Den skriftlige tilsynsrapport	101
6.8	Opsummering	102
<hr/>		
7	Konklusion	104
<hr/>		
Bilag 1	Oversigt over observation og interview i forbindelse med undersøgelsen	105
<hr/>		
Bilag 2	Referencer	107

Hovedresultater

Tilsynskompleksitet på det kommunale ældreområde

Det kommunale tilsynsområde er kendetegnet ved flere, delvist supplerende, delvist overlappende tilsyn.

I denne rapport sammenlignes det nye koncept for samskabt tilsyn, der er udviklet i Roskilde Kommune, med de tre mest væsentlige tilsyn på det kommunale ældreområde. Det vil sige: a) Det statslige sundhedsfaglige tilsyn, der gennemføres efter sundhedslovens § 213, b) det statslige ældretilsyn, der gennemføres efter servicelovens § 150, og c) det kommunale tilsyn, der gennemføres efter servicelovens § 151, og som Roskilde Kommune igennem en længere årrække har haft udliciteret til en privat leverandør.

Væsentlige forskelle mellem tilsynene

Væsentlige forskelle mellem de fire forskellige tilsynsmodeller, der beskrives i denne rapport, relaterer sig både til tilsynenes

- lovbestemte fokus og afgrænsning
- formål (læring og/eller kontrol)
- brug af interne og/eller eksterne tilsynsførende
- varsling (om tilsynet er anmeldt eller uanmeldt)
- datagrundlag
- inddragelse af forskellige aktørgrupper
- mundtlige hhv. skriftlige afrapportering.

Styrker ved samskabt tilsyn er lokal forankring og helhedsorientering

Styrken ved samskabt tilsyn er bl.a., at det kombinerer tilsynet af de indsatser, der gennemføres efter service- og sundhedsloven, i én samlet tilsynsmodel.

Det er også en styrke, at samskabt tilsyn er forankret i lokale kvalitetsråd, der er sammensat af borgere, pårørende, medarbejdere, ledere, ældrerådet og repræsentanter for civilsamfundet.

De lokale kvalitetsråd udpeger fokuspunkter for tilsynet, drøfter resultater af tilsynet og beslutter, hvilke indsatser der skal igangsættes på baggrund af tilsynet i et vedvarende og systematisk arbejde med at forbedre kvaliteten på det enkelte plejecenter og i den enkelte hjemmeplejeenhed.

Det giver et andet afsæt for at sikre læring og kvalitetsudvikling, end der er i de øvrige tilsynsmodeller.

Ny indsigt opnås ved at følges med medarbejderne på arbejde

Samskabt tilsyn gennemføres samtidig som et årligt, uanmeldt tilsyn, hvor de tilsynsførende møder ind sammen med medarbejderne og følges med dem på arbejde. På den måde får de tilsynsførende en anden viden om dagligdagen i hjemmeplejen og på plejecentre end i de øvrige tilsynsmodeller, hvor tilsynet varsles på forhånd og primært baserer sig på journalgennemgang og interview med mindre grupper af ledere og medarbejdere.

Roskilde Kommune har justeret det koncept for dataindsamling, som de anvendte under afprøvningen af tilsynsmodellen i 2023, da dataindsamlingen var meget omfattende, og tilsynet ikke kunne gennemføres i løbet af en enkelt arbejdsdag.

Der savnes fortsat viden om, hvordan dataindsamlingen i forbindelse med såvel samskabt tilsyn som de øvrige tilsynsmodeller på ældreområdet mest hensigtsmæssigt tilrettelægges med henblik på at få den nødvendige viden inden for den tidsperiode, der er til rådighed for tilsynet.

Mundtlige fremlæggelser tilskynder til kvalitetsudvikling

Samskabt tilsyn supplerer de formelle, skriftlige tilsynsrapporter, der udarbejdes på baggrund af tilsynet, med mundtlige fremlæggelser direkte fra de tilsynsførende til henholdsvis a) det lokale kvalitetsråd (bestående af borgere, pårørende, medarbejdere, ledere, ældrerådet og repræsentanter for civilsamfundet) og b) det centrale kvalitetsråd (bestående af relevante ledere i kommunen).

De mundtlige fremlæggelser giver i henhold til denne evalueringsrapport et bedre grundlag for læring end de skriftlige rapporter, da de mere indlevende kan fortælle om såvel de udfordringer som de gode ting, der sker i dagligdagen på plejecentrene og i hjemmeplejen.

På denne basis tilskynder og motiverer de til kvalitetsudvikling og læring – både med afsæt i det, der fungerer godt, og det, der fungerer mindre godt på plejecentrene og i hjemmeplejen.

Fordele og ulemper ved interne tilsynsførende

Samskabt tilsyn gennemføres i Roskilde Kommune af to interne tilsynsførende, hvoraf den ene samtidig deltager i de tilsyn, der gennemføres af Styrelsen for

Patientsikkerhed. Det giver en god kobling mellem den kommunale og de statslige tilsynsmodeller, som ikke ses i de øvrige tilsynsmodeller.

Fordelen ved brug af interne tilsynsførende er i øvrigt, at de kender de standarder, der er i Roskilde Kommune og ikke giver "forkerte" råd og vejledninger. Det er også en fordel, at især de decentrale ledere i hjemmeplejen og på plejecentrene er mere trygge ved de interne tilsynsførende, end de er ved eksterne tilsynsførende, og at de interne tilsynsførende har mere direkte adgang til at formidle og aktivere den viden, som de får på baggrund af tilsynsarbejdet i deres øvrige arbejde i kommunen.

Udfordringer ved brug af interne tilsynsførende kan være manglende objektivitet og armslængde, samt at de interne tilsynsførende over tid kan risikere at blive "hjemmeblinde".

Her kan det overvejes at anvende en kombination af interne og eksterne tilsynsførende i det fremadrettede udviklingsarbejde.

Samskabt tilsyn som inspiration

VIVEs evaluering finder samlet set, at Roskilde Kommune er lykkedes med at udvikle en ny og anderledes tilsynsmodel, der bl.a. udmærker sig ved at integrere tilsynet på sundheds- og ældreområdet og ved at forankre tilsynsarbejdet i lokale kvalitetsråd.

En kobling mellem interne og eksterne tilsynsførende og mellem det kommunale og nationale arbejde med kvalitetssikring og kvalitetsudvikling på ældreområdet fremstår som relevant på baggrund af denne evaluering.

1 Indledning

I dette kapitel præsenteres rapportens baggrund og formål. Først gives en kort introduktion til de problemstillinger, der er knyttet til tilsyn på ældreområdet på nationalt niveau (afsnit 1.1). Herefter præsenteres projektet samskabt tilsyn i Roskilde Kommune (afsnit 1.2). Endelig præsenteres formålet med VIVEs evaluering og evalueringens metode og datagrundlag (afsnit 1.3). Kapitlet afsluttes med en kort læsevejledning til rapporten som helhed (afsnit 1.4).

1.1 Tilsyn på ældreområdet

Ældreområdet er udfordret af et stigende antal ældre og et mindre antal mennesker i den erhvervsaktive alder. Der er ønske om afbureaukratisering – både i stat og kommuner – herunder om udvikling af "... et nyt forenklet kvalitetstilsyn på ældreområdet" (Social-, Bolig-, og Ældreministeriet 2022, s. 5).

En arbejdsgruppe under Social-, Bolig og Ældreministeriet har i perioden fra 2021 til 2022 haft til opgave at "... se nærmere på det samlede tilsyn på ældreområdet", herunder "... det kommunale tilsyn og samspillet med de statslige tilsyn på ældreområdet" (Social-, Bolig-, og Ældreministeriet 2022, s. 5).

Arbejdsgruppen finder, at det særligt er i krydsfeltet mellem ældretilsynet (Styrelsen for Patientsikkerhed), det sundhedsfaglige tilsyn (Styrelsen for Patientsikkerhed) og det kommunale tilsyn af opgaver på ældreområdet efter servicelovens § 151, at der er udfordringer (Social-, Bolig-, og Ældreministeriet 2022, s. 5)¹.

Arbejdsgruppen drøfter muligheden for at slå de to statslige tilsyn sammen, afvikle det statslige ældretilsyn, afvikle det kommunale tilsyn og/eller at lave en ny vejledning, der præciserer, hvad de tre tilsyn hver især skal bidrage med (Social-, Bolig-, og Ældreministeriet 2022, s. 36-42).

Arbejdsgruppen vurderer, at fordelene ved det kommunale tilsyn er dets læringspotentiale og fleksibilitet². De vurderer dog samtidig, at det kan være en

¹ Arbejdsgruppen berører, hvor relevant sammenhængen er mellem det kommunale tilsyn med opgaver efter servicelovens §§ 83, 83a og 86 og det generelle driftsorienterede tilsyn og det personrettede tilsyn, der begge også føres af kommunerne. De behandler ikke øvrige tilsyn som fx Fødevaretilsynet, Arbejdstilsynet og Brandtilsynet, der også føres på plejehjem.

² Flertallet af kommunerne anfører i PWC's spørgeskemaundersøgelse, at de værdsætter fleksibiliteten og muligheden for at tilpasse det kommunale tilsyn til lokale forhold.

udfordring, at kommunerne går tilsyn på sig selv, idet der dermed mangler objektivitet og armslængde (Social-, Bolig- og Indenrigsministeriet, 2022)³.

En kortlægning af kommunernes tilsyn efter servicelovens § 151 finder, at der er store forskelle på de tilsyn, der gennemføres i kommunerne (PWC, 2022).

Forskellene relaterer sig både til:

- tilsynets formål (læring og/eller kontrol)
- om der gøres brug af eksterne eller interne tilsynsførende
- om tilsynet er anmeldt eller uanmeldt
- hvilket datagrundlag der anvendes som grundlag for tilsynet (omfanget af hhv. interview, observation og gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation)
- hvilke aktørgrupper der inddrages (ledere, borgere, medarbejdere, evt. pårørende)
- hvordan og hvorvidt der udarbejdes en formel skriftlig tilsynsrapport, der sendes i høring og offentliggøres på kommunens hjemmeside, eller om der blot gives en mundtlig tilbagemelding i de tilfælde, hvor der er noget at bemærke.

Størstedelen af kommunerne angiver i PWC's spørgeskemaundersøgelse, at der er for mange tilsyn, og at tilsynene i højere grad bør tænkes sammen, da det er omkostningsfuldt, hver gang der skal udføres og samles op på et tilsyn (PWC, 2022). Nogle kommuner anfører dog samtidig, at alle tilsyn har en værdi, da de bidrager med noget forskelligt (ibid.).

Tabel 1.1 giver et overblik over de tre tilsyn, der jf. arbejdsgruppen har særlig relevans for ældreområdet⁴.

³ Dette var baggrunden for indførelsen af det statslige ældretilsyn med satspuljen i 2018 (Social-, Bolig- og Indenrigsministeriet, 2022).

⁴ Øvrige statslige tilsyn af relevans for ældreområdet omfatter i henhold til arbejdsgruppen bl.a. brandtilsyn, fødevaretilsyn, arbejdsmiljøtilsyn og legalitetstilsyn som eksempler på statslige tilsyn, og det generelle driftsorienterede tilsyn samt det personrettede tilsyn som eksempler på kommunale tilsyn.

Tabel 1.1 Tre tilsyn af særlig relevans for ældreområdet

Titel	Lovgrundlag	Indhold	Genstandsfelt
Det statslige sundhedsfaglige tilsyn	Sundhedsloven, § 213	Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet. Tilsynet gennemføres ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden.	Behandlingssteder omfatter: 1) behandlingssteder, hvor autoriserede sundhedspersoner yder behandling, 2) behandlingssteder, hvor der ydes behandling efter delegation fra autoriserede sundhedspersoner. 3) behandlingssteder, hvor ikke-autoriserede sundhedspersoner yder behandling "inden for rammen af sundhedsvæsenet".
Det statslige ældretilsyn	Serviceovens § 150 Satspuljebevilling for 2018-2021 er forlænget til og med 2024	Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) skal føre tilsyn med den personlige hjælp, omsorg og pleje efter §§ 83-87, som ydes i de registreringspligtige kommunale og private enheder.	Registreringspligtige enheder omfatter: 1) plejehjem, plejeboligbebyggelser mv. 2) offentlige og private leverandører af hjælp efter § 83 i serviceoven. Tilbud, der i væsentligt omfang omfatter støtte, efter § 85 er undtaget.
Det kommunale tilsyn	Serviceovens § 151	Den stedlige kommune har pligt til at føre tilsyn med, om de kommunale opgaver efter §§ 83, 83a og 86 udføres inden for rammerne af de afgørelser, som kommunalbestyrelsen har truffet efter disse bestemmelser, og i henhold til kommunalbestyrelsens vedtagne kvalitetsstandarder. Som led i tilsynsforpligtelsen skal kommunalbestyrelsen hvert år foretage mindst ét uanmeldt tilsynsbesøg på plejehjem, i plejeboligbebyggelser mv.	Tilsynsforpligtelsen omfatter: 1) offentlige og private leverandører af hjælp efter § 83 i serviceoven. 2) plejehjem, plejeboligbebyggelser mv. Tilbud, der i væsentligt omfang omfatter støtte, efter § 85 er undtaget.

1.2 Samskabt tilsyn i Roskilde Kommune

Roskilde Kommune har ønsket at investere i udviklingen af en ny og forbedret tilsynsmodel på ældreområdet i lyset af: "... de sager, der har været i pressen omkring svigt i ældreplejen" (Roskilde Kommune, 2021, s. 1).

Roskilde Kommune oplever samtidig, at de mange forskellige tilsyn, der er på ældreområdet, har "... modsatrettede styringslogikker, der ikke altid spiller sammen", samt at tilsynene "... primært [udføres] ud fra et kontrolhensyn" (Roskilde Kommune 2021, s. 1).

Roskilde Kommune savner: "... et mere samlet helhedsorienteret tilsyn, der koordinerer mange styringslogikker, og som fremmer løbende læring og kvalitetsforbedring – herunder en samlet kvalitetsmodel for kommunerne og det nære sundhedsvæsen" (Roskilde Kommune 2021, s. 1)⁵.

De har valgt at udvikle deres nye tilsynsmodel som samskabelse – dvs. som "... en ny måde at tænke styring på i den offentlige sektor, hvor skabelsen og udviklingen af velfærdsløsninger sker sammen med fx borgere, virksomheder, uddannelsesinstitutioner og foreninger" (Roskilde Kommune 2021, s. 1).

Processen er tilrettelagt i samarbejde med lektor, ph.d. Tina Ølgaard Bentzen, Roskilde Universitet, der har udgivet bogen 'Samskabt styring – nye veje til afbureaukratisering' (Bentzen, 2020).

Processen har involveret:

- i) Begrebsscreening og borgerindsigter via interview og fokusgrupper (marts-maj 2022)
- ii) Borgerværksteder med borgere, pårørende, ældrerådet, civilsamfundsaktører, medarbejdere, ledere mv. (juni-august 2022)
- iii) Bearbejdning af input og udvikling af et udkast til en ny kommunal tilsynsmodel på ældreområdet (september-oktober 2022)
- iv) Afprøvning af den nye tilsynsmodel sideløbende med BDO's årlige tilsyn (november-februar 2023)
- v) Evaluering af den eksisterende tilsynsproces og processen for samskabt tilsyn via workshops med relevante interessenter (marts 2023)
- vi) Justering og tilpasning af den nye tilsynsmodel, således at den er klar til videre udrulning i den øvrige organisation (marts-juni 2023).

VIVE blev inviteret ind i processen i december 2022. Ønsket var en ekstern evaluering, der både kunne bruges i) internt i kommunen som afsæt for justering og tilpasning af den nye tilsynsmodel, jf. punkt vi ovenfor, og ii) eksternt i den nationale dialog om, hvordan tilsynsopgaven hensigtsmæssigt løftes på ældreområdet.

Boks 1.1 viser succeskriterierne for Roskilde Kommunes projekt samskabt tilsyn.

⁵ Der ses en generel efterspørgsel efter tilsynsmodeller, der sætter fokus på læring frem for (kun) kontrol, og som inddrager flere forskellige målgrupper (Hjelmar, Kjer & Petersen, 2020).

Succeskriterierne er:

- At det kommunale tilsyn er reformuleret med fokus på mere involvering af relevante aktører i tilsynet og en mere nuanceret ramme for tilsynet, som fordrer og understøtter tillid, dialog og læring.
- At der iboende den nye samskabte tilsynsmodel er et fokus på, at der løbende er dialog og læring om kvaliteten i ældreplejen med involvering af borgernes, de pårørendes m.fl. og forvaltningens perspektiv, som understøtter en læringskultur.
- At der i den nye samskabte tilsynsmodel er mere fokus på kvalitative modenhedsniveauer frem for kvantitative pointfordelinger.

Produktet er en ny bæredygtig kvalitets- og tilsynsmodel i kommunal kontekst.

1.3 VIVEs evaluering

Formålet med VIVEs evaluering er – jf. aftale med Roskilde Kommune – at undersøge og dokumentere, hvordan og hvorvidt Roskilde Kommune med projekt samskabt tilsyn er lykkedes med at udarbejde en ny bæredygtig kvalitets- og tilsynsmodel i kommunal kontekst, samt hvad der videre kan gøres for at opnå dette formål.

VIVE har valgt at gribe evalueringsopgaven an som et kvalitativt komparativt casestudie (Yin, 2017), hvor vi sammenligner den nye tilsynsmodel med eksisterende tilsynspraksis på ældreområdet og drøfter fordele og ulemper ved hhv. den nye og den/de eksisterende modeller⁶.

⁶ Det var en tidlig erkendelse i analysearbejdet, at der ikke er tale om én, men flere delvist supplerende, delvist overlappende tilsynsmodeller på ældreområdet. VIVEs ønske om at sammenligne "den nye model" med "eksisterende tilsynspraksis" blev dermed en sammenligning mellem den nye model og de tre mest væsentlige tilsynsmodeller på ældreområdet. Se også afsnit 1.1 for en begrundelse for dette fokus.

Evalueringen er formativ og gennemført på et tidspunkt, hvor Roskilde Kommune endnu kun er i den tidlige fase med udvikling af sit nye koncept. Det betyder, at vi sammenligner en foreløbig prototype med tre færdigudviklede modeller⁷.

Teoretisk er evalueringen inspireret af virkningsevaluering (Pawson & Tilley, 1997) og bottom-up implementeringsteori (Hjern & Porter, 1981):

- Virkningsevaluering er brugt som afsæt for at kortlægge og analysere, hvad der virker for hvem, hvornår og hvorfor i nye og eksisterende tilsynsmodeller (Pawson & Tilley, 1997).
- Bottom-up implementeringsforskning er brugt til at kortlægge den flerhed af tilsynsmodeller, der er på ældreområdet, samt for at drøfte og analysere, hvordan og hvorvidt de bidrager meningsfuldt i forhold til løsning af dagligdagens udfordringer (Hjern & Porter, 1981).

Empirisk bygger evalueringen på et bredt datagrundlag bestående af såvel observation som interview og gennemgang af skriftligt materiale.

Der er i kronologisk orden gennemført:

- Observation af det daglige arbejde i hjemmeplejen og på plejecentre i Roskilde Kommune (to dage i hjemmeplejen, to dage på plejecenter)
- Observation af den nye tilsynsmodel, der er udviklet i forbindelse med projekt samskabt tilsyn (et tilsyn i hhv. hjemmeplejen og på plejecenter)
- Observation af eksisterende tilsynspraksis, jf. servicelovens § 151 (et tilsyn i hhv. hjemmeplejen og på plejecenter)
- Interview med alle relevante aktører i og omkring projektet (borgere, pårørende, medarbejdere, ledere, tilsynsførende, udviklingssygeplejersker, chefer, direktører, forskere, ældreråd og civilsamfundsaktører).
- Observation af eksisterende tilsynspraksis, jf. servicelovens § 150 og sundhedslovens § 213 (to ældretilsyn og tre sundhedsfaglige tilsyn)
- Gennemgang af skriftligt materiale om nye og eksisterende tilsynsmodeller udleveret af Roskilde Kommune og/eller offentligt tilgængeligt på nettet.

Se Bilag 1 for en mere detaljeret oversigt over de observationer og interview, der er gennemført i forbindelse med evalueringen.

⁷ Alle modeller er dog under vedvarende udvikling. Konkret er Styrelsen for Patientsikkerhed på tidspunktet for denne evaluering i gang med at udvikle nye målepunkter for hhv. det sundhedsfaglige tilsyn og ældretilsynet i 2024.

1.4 Læsevejledning

Rapporten er disponeret i følgende seks kapitler:

Kapitel 1 (dette kapitel) beskriver evalueringens baggrund, formål, metode og datagrundlag.

Kapitel 2 beskriver den nye tilsynsmodel, der er udviklet, afprøvet, evalueret og justeret i Roskilde Kommune. Den afrapporterer samtidig VIVEs foreløbige analyse, konklusion og anbefaling til Roskilde Kommune om justering af den prototype, der blev afprøvet som del af samskabelsesprocessen, inden den blev justeret og klargjort til implementering i hele kommunen.

Kapitel 3-5 beskriver eksisterende tilsynspraksis, jf. henholdsvis servicelovens § 151 (kapitel 3), sundhedslovens § 213 (kapitel 4) og servicelovens § 150 (kapitel 5). Der er lagt vægt på at give sammenlignelige beskrivelser af henholdsvis lovgrundlaget, udmøntningen, "tilsynsbesøget i praksis" og tilsynsrapporten til brug for evalueringens tværgående analyse og konklusion (kapitel 6-7).

Kapitel 6 indeholder en tværgående analyse og diskussion af de fire forskellige tilsynsmodeller, der indgår i analysen, og dermed af den samlede tilsynskompleksitet, der aktuelt findes på det kommunale ældreområde. Kapitlet baserer sig dels på de empiriske beskrivelser af de fire forskellige tilsynsmodeller i kapitlerne 2-5, dels på de interview VIVE har foretaget i forbindelse med evalueringen.

Kapitel 7 indeholder rapportens konklusion på spørgsmålet om, hvordan og hvorvidt Roskilde Kommune er lykkedes med udvikling af en ny, bæredygtig tilsynsmodel i kommunal kontekst, samt hvad der videre kan gøres for at opnå dette formål.

2 Samskabt tilsyn

I dette kapitel beskriver vi den nye model for samskabt tilsyn, der er udviklet, afprøvet, evalueret og justeret i Roskilde Kommune.

Kapitlet er disponeret i tre dele, hvor:

Afsnit 2.1-2.5 beskriver den første foreløbige prototype, der blev afprøvet i perioden fra januar til marts 2023.

Afsnit 2.6-2.8 beskriver resultatet af Roskilde Kommunes interne evalueringsworkshop (afsnit 2.6), VIVEs interview med projektdeltagerne (afsnit 2.7) og VIVEs foreløbige konklusioner og anbefalinger om tilpasning af modellen inden justering og klargøring til implementering (afsnit 2.8)⁸.

Afsnit 2.9 beskriver den endelige model for "samskabt tilsyn", der er udviklet af Roskilde Kommune, og som efter planen fremadrettet skal erstatte eksisterende tilsynspraksis, jf. servicelovens § 151, i Roskilde Kommune⁹.

For en beskrivelse af datagrundlaget henvises til hhv. afsnit 1.3 og bilag 1-2.

2.1 Den første prototype

Roskilde Kommune har udviklet en samlet model for kvalitetssikring og kvalitetsudvikling på det kommunale ældreområde, hvor årlige, uanmeldte tilsyn spiller sammen med et vedvarende og systematisk arbejde med kvalitetssikring og kvalitetsudvikling, der er forankret i lokale kvalitetsråd.

De lokale kvalitetsråd er sammensat af i alt cirka 10-12 borgere, pårørende, medarbejdere, ledere, ældrerådet og repræsentanter for civilsamfundet i området omkring det lokale plejecenter og/eller den lokale hjemmeplejeenhed. De mødes fire gange om året for at drøfte kvaliteten på enheden.

De årlige, uanmeldte tilsyn gennemføres af to interne tilsynsførende fra Roskilde Kommune¹⁰. De giver en pejling på kvaliteten i form af et kvalitetskompas med konkrete anbefalinger til fokus for det lokale arbejde med kvalitetsudvikling på det enkelte plejecenter/i den enkelte hjemmeplejeenhed.

⁸ VIVE udarbejdede på dette tidspunkt hhv. en PowerPoint-præsentation og en foreløbig skriftlig afrapportering til Roskilde Kommune.

⁹ For en beskrivelse af eksisterende tilsynspraksis i Roskilde Kommune, jf. servicelovens § 151, henvises til kapitel 3.

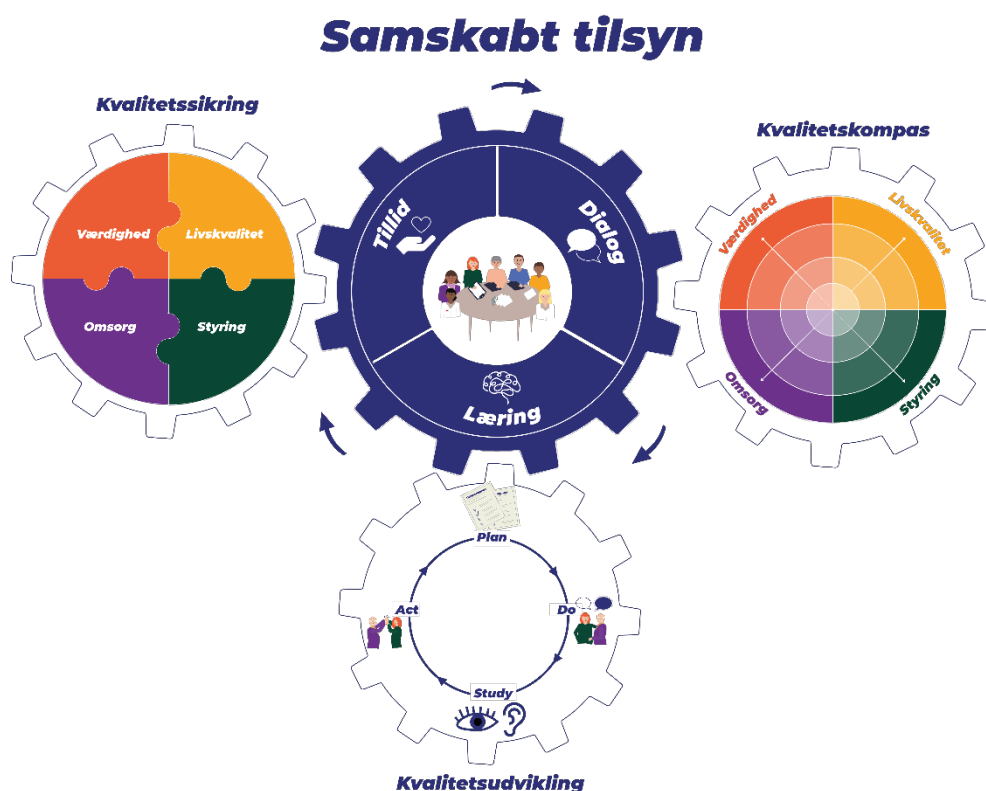
¹⁰ I princippet kunne det også gennemføres af eksterne tilsynsførende.

Fire temaer for kvalitet udgør en fælles referenceramme for tilsynsarbejdet og det løbende arbejde med kvalitetssikring og kvalitetsudvikling i de lokale kvalitetsråd. De fire temaer er: 1. Værdighed, 2. Livskvalitet, 3. Omsorg samt 4. Styring¹¹.

Under afprøvningen blev "Samskabt tilsyn" introduceret og forklaret med afsæt i en **PowerPoint-præsentation** (Figur 2.1), hvoraf det fremgår, at udgangspunktet for samskabt tilsyn er tillid, dialog og læring på baggrund af et løbende arbejde om kvalitetssikring, kvalitetskompas og kvalitetsudvikling.

PowerPoint-præsentationen og de tilhørende mundtlige forklaringer var svære at forstå, både for VIVE og de mange forskellige aktører der indgik i udviklingsarbejdet. VIVE har derfor anbefalet en mere enkel sprogbrug og en mere enkel fremstilling i udviklingen af den endelige tilsynsmodel (se også afsnit 2.7 og 2.8).

Figur 2.1 Samskabt tilsyn i Roskilde Kommune



Kilde: Roskilde Kommune

¹¹ Der har været forskellige overskrifter på de fire temaer i løbet af afprøvningen. Indholdet har imidlertid været det samme.

2.2 Lokale kvalitetsråd

I forbindelse med udviklingen og afprøvningen af den nye tilsynsmodel blev der etableret 5 lokale kvalitetsråd på 3 ud af 11 plejecentre og 2 ud af 15 hjemmeplejeenheder i Roskilde Kommune.¹²

Planen var, at der efterfølgende, og i forbindelse med implementering i hele kommunen, skulle være ét kvalitetsråd pr. plejecenter og et større eller mindre antal kvalitetsråd i hjemmeplejen.

Tabel 2.1 viser antallet af indbyggere, plejecentre, hjemmeplejeenheder og kvalitetsråd i Roskilde Kommune under afprøvningen. Den viser også, hvor mange kvalitetsråd der er etableret i den endelige model.

Tabel 2.1 Antal indbyggere, plejecentre, hjemmeplejeenheder og lokale kvalitetsråd i Roskilde Kommune under afprøvningen samt i den endelige model

	Antal (i alt)	Kvalitetsråd under afprøvningen	Kvalitetsråd i den endelige model
Indbyggere*	90.460		
Borgere over 80 år*	4.901		
Plejecentre	11 (9 kommunale og 2 private)	3	11
Hjemmeplejeenheder	15	2	2
Hjemme- og sygeplejedistrikter**	2	2	2

Note: * Tal fra tredje kvartal 2023

** Hvert distrikt består af hhv. 7 og 8 hjemmeplejeenheder

Kilde: Roskilde Kommune

Det fremgår af boksen, at kvalitetsrådene under afprøvningen er forankret i et mindre antal plejecentre og hjemmeplejeenheder, mens de i den endelige model forankres i hhv. samtlige plejecentre og de to mere overordnede hjemme- og sygeplejedistrikter.

Heri ligger et skifte i forankringen mellem afprøvning og udrulning på hjemmeplejeområdet, men ikke på plejecenterområdet.

¹² Planen er fremadrettet, at det skal varetages af den decentrale ledelse.

Aktiviteter under afprøvningen

Arbejdet med etablering og drift af de lokale kvalitetsråd blev i forbindelse med afprøvningen varetaget af de to kvalitetskonsulenter fra Roskilde Kommune, der samtidig var ansvarlige for det mere overordnede udviklingsprojekt.

De lokale kvalitetsgrupper mødtes tre gange i forbindelse med afprøvningen for at:

- 1) definere de mere specifikke fokusområder, som de ønsker, at tilsynet skal have i forbindelse med tilsynsbesøget på deres enhed
- 2) drøfte resultatet af tilsynet for (på denne baggrund) at træffe beslutning om, hvilke indsatser de ønsker igangsat
- 3) igangsætte et systematisk arbejde med kvalitetsudvikling på de relevante områder¹³.

VIVE havde ikke anledning til at deltage i de møder, hvor fokuspunkterne blev valgt (punkt 1), men vi har efterfølgende deltaget i de møder, hvor resultatet af tilsynet blev drøftet, indsatserne blev udvalgt, og det systematiske arbejde med kvalitetsudvikling blev igangsat (punkt 2-3).

Vi beskriver drøftelserne i regi af de lokale kvalitetsråd nærmere i afsnit 2.4 (valg af indsatser på baggrund af tilsynet) og 2.5 (systematisk kvalitetsudvikling).

Boks 2.1 giver et eksempel på de fokusområder, der blev formuleret i et af de lokale kvalitetsråd i forbindelse med afprøvningen, og som efterfølgende er gengivet i den skriftlige tilsynsrapport.

¹³ De lokale kvalitetsråd medvirkede herudover i det mere overordnede arbejde med udvikling og evaluering af den nye tilsynsmodel.

Boks 2.1 Eksempel på fokusområder i en lokal hjemmeplejeenhed

Fokusområder for tilsynet

- Tryghed – Undersøge om man "ser" det andet menneske. Kan I mærke nærværet?
- Kulturen og risici for forråelse – Er der først fokus på, at det er et menneske, der ydes pleje og omsorg for, og dernæst en opgave?
- Selvbestemmelse – Er der fleksibilitet i forhold til opgaveløsningen – tages der udgangspunktet i, hvad borgerne ønsker og har brug for?
- Hjemlighed – Er der ordentlighed ved besøget og hjemlighed (skal ikke ligne et hospital)?
- Ansvar og kompetenceforhold – Er der de rette kompetencer i forhold til at have dialog med borgere?
- Betingelser – Er der tid til opgaven – Er der rammer og muligheder nok?

2.3 Årlige, uanmeldte tilsyn

I forbindelse med afprøvningen af det nye koncept for samskabt tilsyn blev der udviklet en foreløbig prototype for det årlige, uanmeldte tilsyn, der jf. servicelovens § 151 skal gennemføres på plejecentre (alle plejecentre) og i hjemmeplejen (udvalgte hjemmeplejeenheder).

I dette afsnit redegør vi først for de ambitioner, der jf. interview, observation og gennemgang af skriftligt materiale har været for den nye tilsynsmodel (afsnit 2.3.1 og 2.3.2).

Derefter redegør vi for, hvordan det årlige, uanmeldte tilsynsbesøg – jf. projektplanen – var planlagt til at foregå over tre arbejdsdage (afsnit 2.3.3).

Endelig redegør vi for VIVEs observationer af tilsynsbesøget i praksis (afsnit 2.3.4) og de tilsynsførendes umiddelbare erfaringer med, hvad der kan lade sig gøre og ikke i løbet af en arbejdsdag.

VIVEs anbefalinger om tilpasning og justering inden udbredelse fremgår af afsnit 2.8.

2.3.1 Ambitionen med det nye tilsyn (1)

Det nye, samskabte tilsyn i Roskilde Kommune er forholdsvis eksplicit formuleret som et alternativ til eksisterende tilsynspraksis.

Fokus for tilsynet er tillid, dialog og læring, og hensigten er, at de tilsynsførende skal få indblik i hjemmeplejen og plejecentrenes faktiske virkelighed frem for det kunstige billede, som de tilsynsførende jf. projektets deltagere får, når de kun mødes med få særligt udvalgte medarbejdere og baserer deres viden på det, der står i journalerne.

Det nye, samskabte tilsyn er på denne baggrund tilrettelagt, således at de tilsynsførende møder reelt uanmeldt ind sammen med medarbejderne om morgenen på den dag, hvor tilsynet skal gennemføres.

Lederen varsles ikke, før de tilsynsførende konkret befinder sig på matriklen.

Tilsynsbesøget er endvidere tilrettelagt, således at de tilsynsførende deltager i morgenmødet sammen med medarbejderne og bruger formiddagen på at følges med to medarbejdere på arbejde. Når formiddagsbesøgene er slut, og der opstår en naturlig pause i medarbejdernes arbejde, samler de hele medarbejdergruppen til en "samskabt tilsynssceance". Herefter gennemfører de tilsynsførende den øvrige dataindsamling, der skal gennemføres i forbindelse med tilsynsbesøget og afrunder besøget med en tilbagemelding til lederne samt de evt. interesserede medarbejdere, der fortsat er på arbejde.

2.3.2 Ambitionen med det nye tilsyn (2)

De to kvalitetsudviklingskonsulenter, der har haft ansvar for udarbejdelse af den samlede model for kvalitetssikring og kvalitetsudvikling i Roskilde Kommune, har *samtidig* ønsket:

- At bruge det årlige, uanmeldte tilsyn til at indhente et solidt datagrundlag (kvalitativt og kvantitativt) til udarbejdelse af det kvalitetskompasset, der jf. afsnit 2.1 indgår som et væsentligt element i den nye, samskabte tilsynsmodel.
- At det årlige, uanmeldte tilsyn skulle bidrage til forberedelse af alle de mange forskellige tilsyn, der foretages på ældreområdet – ikke bare det sundhedsfaglige tilsyn og ældretilsynet, der gennemføres ved Styrelsen for Patientsikkerhed – men også brandtilsynet, fødevarerilsynet og arbejdsmiljøtilsynet, der alle spiller en væsentlig rolle på ældreområdet.

Kvalitetsudviklingskonsulenterne har på denne baggrund udarbejdet et (længere) spørgeskema til de decentrale ledere der indeholder spørgsmål om alt det, som de har brug for, at de decentrale ledere giver dem information om i forbindelse med tilsynsbesøget, plus alt det, som de decentrale ledere forventes at have styr på i forbindelse med alle de forskellige tilsyn, som der gennemføres på ældreområdet.

Kvalitetsudviklingskonsulenterne har herudover lagt en plan, hvor to tilsynsførende bruger det uanmeldte tilsynsbesøg til at følges med medarbejderne på arbejde, observere samspillet mellem borgere, medarbejdere og ledere, observere fysiske forhold og artefakter i borgerens hjem samt på fællesarealer, interviewe borgerne, medarbejderne, lederne og de pårørende, gennemgå et mindre udvalg af journaler og besigtige medicinopbevaringen og medicinadministrationen i medicinrummet samt i borgerens hjem.

Endelig har de valgt at udarbejde et spørgeskema til medarbejderne, som skulle udleveres og besvares i forbindelse med tilsynsbesøget.

2.3.3 Tilsyn over tre arbejdsdage

Planen var, at tilsynsbesøget kunne gennemføres og afrundes i løbet af tre arbejdsdage, hvor selve det fysiske tilsynsbesøg blev gennemført på dag 1, dag 2 blev brugt på at analysere datamaterialet, og dag 3 blev brugt på at give lederne en times mundtlig ledersupervision på et virtuelt møde (Boks 2.2).

Boks 2.2 Opbygning af tilsynsbesøget under afprøvningen

- Dag 1: Uanmeldt tilsynsbesøg på enheden
- Dag 2: Analyse og forberedelse af ledersupervision
- Dag 3: Virtuel ledersupervision af én times varighed

I praksis var det de tilsynsførendes erfaring, at det var svært at nå at gennemføre hele dataindsamlingen på dag 1. Derfor besluttede de – i forbindelse med afprøvningen – at udskyde nogle af dataindsamlingsaktiviteterne til dag 2. Det gjaldt pårørende interview og journalgennemgang, der således ikke blev gennemført på stedet, men fra skrivebordet.

Spørgeskemaet til medarbejderne blev typisk distribueret, men ikke indsamlet i løbet af den tid, der a priori var afsat til tilsynsbesøget.

Det indgik i det samlede datagrundlag for den skriftlige tilsynsrapport, der efterfølgende blev udarbejdet (se afsnit 2.4 for en beskrivelse heraf), men ikke i den foreløbige analyse og ledersupervision, der blev givet i forbindelse med selve tilsynsbesøget.

2.3.4 VIVEs observationer

VIVE observerede to af de i alt fire uanmeldte tilsynsbesøg, der blev gennemført i forbindelse med afprøvningen af den nye tilsynsmodel.

Vi observerede, hvordan tilsynsbesøget – på dette tidspunkt – fulgte en forholdsvis fast skabelon, hvor de tilsynsførende dukkede uanmeldt op på tilsynsstedet klokken ca. kl. 06.45 om morgenen. Her meddelte de lederne deres ankomst, hvorefter de afventede morgenmødet kl. 07.00¹⁴.

De tilsynsførende deltog herefter i morgenmødet, hvor de vekselvirkede mellem at introducere til det nye, samskabte tilsyn, forklare hvad der skulle ske i løbet af dagen og at observere det almindelige morgenmøde.

De tilsynsførende fremhævede i forbindelse med VIVEs observationer, at formålet med det nye, samskabte tilsyn var tillid, dialog og læring – ikke kontrol, og de var meget omhyggelige med at påpege – og rose – den gode dialog og de gode faglige drøftelser, som de observerede under morgenmødet. De tilsynsførende spurgte samtidig nysgerrigt ind til de forhold, hvor de vidste, at der evt. kunne være udfordringer, fordi STPS havde det som tema og fokusområde (eksempelvis risikosituationslægemidler).

De tilsynsførende bad herefter om at få lov til at følges med hhv. en social- og sundhedshjælper og en social- og sundhedsassistent i løbet af formiddagen. Et sted var de udvalgt på forhånd (lederen havde spurgt, hvem der var interesseret, og to medarbejdere havde meldt sig). Et andet sted blev de valgt på dagen, idet der kun var én assistent på arbejde, og lederen spurgte en af hjælperne, om det kunne være noget for hende (hvilket hun accepterede).

Den tilsynsførende, der fulgtes med assistenten, havde fokus på sundhedslovsydelse og afstedkom i løbet af formiddagen, at de både tjekkede medicinopbevaringen i medicinrummet og decentralt hos borgerne¹⁵. I de tilfælde,

¹⁴ Reelt havde flere af lederne gennemskuet, at tilsynet skulle gennemføres den pågældende dag, idet de havde fri adgang til de tilsynsførendes kalendere og vidste, at tilsynet skulle gennemføres inden for de kommende uger. De tilsynsførende havde oprettet tilsynet som "privat" aftale, men lederne kunne ikke desto mindre godt regne ud, hvad der sandsynligvis skulle foregå på dagen.

¹⁵ Begge tilsynsførende havde fokus på samtlige fire temaer, der er omdrejningspunkt for samskabt tilsyn. De havde her ud over aftalt at dele opgaverne mellem sig, som det fremgår af dette afsnit.

hvor der var fejl, gjorde hun opmærksom på det og henviste i denne forbindelse ofte til Styrelsen for Patientsikkerhed. Deres fokus og indsatsområder kendte hun indgående, både fordi det fremgår af deres hjemmeside, og fordi hun har det som sit almindelige arbejde at hjælpe de decentrale enheder med at forberede styrelsens tilsynsbesøg (se også kapitel 4).

Den tilsynsførende, der fulgtes med hjælperen, havde fokus på servicelovsydelserne og afstedkom i løbet af formiddagen, at hun både fik mulighed for at observere fællesarealerne på plejecenteret og interviewe borgerne i hjemmet¹⁶. Det fungerede udmærket i hjemmeplejen, hvor borgerne umiddelbart var mere åndsfriske og indstillede på at medvirke ved interview, end de var på plejecenteret. På plejecenteret var det svært at bruge interview som metode, og den/de tilsynsførende var derfor mere afhængige af observation og indlevelse. Observation og indlevelse var også relevante i hjemmeplejen, men her kunne de meningsfuldt blive suppleret med interview med borgerne i forbindelse med besøgene.

Begge tilsynsførende brugte de situationer, der opstod under transporten eller i forbindelse med ventetid hos borgerne, til at interviewe medarbejderne og bede dem vise/demonstrere, hvordan og hvorvidt de brugte de it-redskaber, som medarbejderne havde fået til brug for deres arbejde. De oplevede medarbejdernes frustration, når it-redskaberne ikke virkede, fx fordi der ikke var dækning, eller når det kunne tage op til en halv time at få adgang til specifikke moduler. De oplevede også, hvordan der opstod uhensigtsmæssig ventetid, når medarbejderne fx skulle vente på medarbejdere fra andre enheder, hvis arbejde ikke var koordineret i forhold til hjemmeplejen. De oplevede arbejdet, som det i praksis foregår, for to udvalgte medarbejdere i hjemmeplejen hhv. på plejecenter.

VIVE oplevede, at de medarbejdere, som de tilsynsførende fulgtes med, i høj grad var interesserede i at lære og i at høre, om de tilsynsførende vurderede, at de gjorde deres arbejde godt, og om der var noget, de kunne gøre bedre. De tilsynsførende var omhyggelige med at rose i de situationer, hvor de så noget, der var godt. De påpegede det også og var indlevede i de situationer, hvor der var eksempler på fejl og mangler (fx medicin uden angivelse af cpr-nummer, eller medicin der var udløbet). I de situationer gjorde de venligt medarbejderen opmærksom på det og roste efterfølgende medarbejderen for hurtigt at rette op på det igen.

De tilsynsførende fulgte medarbejdernes almindelige arbejdsrytme og kom således tilbage til hjemmeplejens og/eller plejecenterets lokaler omkring kl. 10.45-11.45. Her drøftede de kort, hvilke pårørende det ville være relevant at

¹⁶ Se note 20.

tage kontakt til, og bad lederen/planlæggeren om at træffe aftale med de pårørende om, hvornår det kunne passe dem, at de tilsynsførende kunne gennemføre et interview (fysisk interview eller telefoninterview).

Herefter samlede de tilsynsførende de ledere og medarbejdere, der var på arbejde, til en fælles tilbagemelding på, hvad de foreløbig havde observeret, samt en semistruktureret drøftelse af kvaliteten på enheden med afsæt i de fire kvalitetstemaer samt de evt. særlige fokusområder, der var valgt af det lokale kvalitetsråd.

På nogle enheder brugte de herudover også noget af tiden på at gennemgå journalerne for nogle af de borgere, som de tilsynsførende havde været med på besøg hos, samt på at medarbejderne skulle udfylde og aflevere det spørgeskema, der var udarbejdet til kortlægning af medarbejdernes perspektiv.

Det var de tilsynsførendes oplevelse, at det var svært at nå det hele i løbet af den time, der var til rådighed, og bl.a. derfor besluttede de at udskyde journalgennemgangen til dag 2, ligesom de overdrog arbejdet med udlevering og indsamling af spørgeskemaer til de decentrale ledere og medarbejdere i det lokale kvalitetsråd.

I tidsrummet fra kl. 12.00-13.00 var det oprindeligt planen, at de tilsynsførende ville interviewe de pårørende. Men det havde typisk ikke været muligt for lederen/planlæggeren at få aftaler i stand til dette tidspunkt.

De tilsynsførende besluttede derfor at bruge tidsrummet fra kl. 12.00-13.00 på et møde med de decentrale ledere. Medarbejderne var på dette tidspunkt ude ved borgerne for at foretage deres daglige frokostbesøg.

Mødet med de decentrale ledere tog form af en forholdsvis fri drøftelse af det, som de tilsynsførende (og lederne) havde observeret og erfaret i forbindelse med tilsynsbesøget, samt deres mere generelle perspektiver på de udfordringer og muligheder, der er for at sikre en god kvalitet i ældreplejen og på plejecentre i Roskilde Kommune.

Mødet blev afrundet og afsluttet med aftaler om den resterende dataindsamling og det mere konkrete tidspunkt for ledersupervision på dag 3.

Ledere og tilsynsførende var enige om, at det ikke gav mening at samle medarbejderne til en fælles afrunding og afslutning af dagen, da dataindsamlingen dels ikke var endeligt afsluttet, dels lige havde været samlet i forbindelse med den samskabte tilsynssceance omkring frokosttid¹⁷.

¹⁷ Der blev på denne baggrund ikke givet en formel tilbagemelding til medarbejderne om resultatet af tilsynsbesøget ud over den tilbagemelding, som medarbejderne havde fået i forbindelse med den samskabte tilsynssceance omkring frokosttid.

De tilsynsførende gennemførte interviewene med de pårørende samme dag og eftermiddag eller den efterfølgende dag. På samme tidspunkt foretog de den journalgennemgang, der endnu afventede efter afslutning af det fysiske tilsynsbesøg på matriklen.

På dag 3 mødtes de tilsynsførende virtuelt med den decentrale ledelse for at give dem en samlet feedback på det, de havde observeret. Ledersupervisionen tog form af en forholdsvis fri drøftelse mellem de tilsynsførende og de decentrale ledere om, hvad der fungerede godt og mindre godt på enheden samt i ældreplejen i Roskilde Kommune¹⁸.

Spørgeskemaet til medarbejderne var typisk endnu ikke udfyldt og indsamlet på dette tidspunkt. De tilsynsførende aftalte derfor med de decentrale ledere, at de bare skulle afleveres senere.

Tabel 2.2 viser aktiviteterne under tilsynsbesøget i samskabt tilsyn på tidspunktet for VIVEs evaluering.

Tabel 2.2 Det uanmeldte tilsynsbesøg under afprøvningen

Dag	Aktivitet
1	Varsle tilsynet (kl. 06.45-07.00) Deltage i morgenmødet (kl. 07.00-07.20) Følges med to medarbejdere på arbejde (kl. 07.20-10.45) Mødes med medarbejderne samt evt. ledere (kl. 10.45-11.45) Mødes med lederne og afrunde dagen (kl. 12.00-13.00) Evt. pårørendeinterview (kl. 13-)
2	Skrivebordsarbejde 1) Pårørendeinterview 2) Journalgennemgang 3) Gennemgang af besvarelser på lederspørgeskemaet Samlet vurdering
3	Ledersupervision (virtuelt møde af én times varighed)
x	Gennemgang af besvarelser på medarbejderspørgeskemaet

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af dataindsamlingen

Roskilde Kommune har efterfølgende videreudviklet og tilpasset det tilsynsbesøg, der gennemføres i forbindelse med projekt samskabt tilsyn, således at dataindsamlingen kan gennemføres på en enkelt dag. Se afsnit 2.9 for en beskrivelse af den endelige tilsynsmodel i Roskilde Kommune.

¹⁸ I praksis var der mange overlap mellem dette møde og det møde, der blev afholdt over middag i forbindelse med selve det uanmeldte tilsynsbesøg.

2.4 Samskabte tilsynsrapporter

Under afprøvningen var det planen, at de to tilsynsførende – på baggrund af det årlige, uanmeldte tilsyn, der er gennemført, jf. afsnit 2.3 ovenfor, – skulle udarbejde et ”kvalitetskompass”, der igen skulle danne afsæt for det videre arbejde med kvalitetsudvikling i regi af de lokale kvalitetsråd.

De skulle samtidig – sammen med de lokale kvalitetsråd – udarbejde en tilsynsrapport med beskrivelse af: a) den samlede tilsynsmodel, b) de fokusområder, som det lokale kvalitetsråd havde ønsket, at de tilsynsførende skulle undersøge specifikt på deres enhed, c) resultatet af det uanmeldte tilsyn, d) de lokale kvalitetsråds bemærkninger, samt e) de lokale kvalitetsråds valg af indsatsområder.

Processen for udarbejdelse af tilsynsrapporten var den, at de to tilsynsførende udarbejdede et første udkast til punkt a-c ovenfor. Det sendte de til det lokale kvalitetsråd forud for et møde, hvor den ene af de to tilsynsførende mundtligt redegjorde for de observationer, indtryk og vurderinger, som hun og den anden tilsynsførende havde gjort på baggrund af tilsynet.

Herefter blev det lokale kvalitetsråd guidet igennem en proces, hvor de to og to reflekterede over, hvad de bemærkede af godt og mindre godt på baggrund af tilsynet og en fælles drøftelse af, hvilke indsatser de på denne baggrund ønskede at igangsætte.

Resultatet af det samlede møde blev brugt som afsæt for den tilsynsførendes arbejde med færdiggørelse af den endelige tilsynsrapport, som kvalitetsrådet efterfølgende fik til høring, inden den var klar til offentliggørelse på kommunens hjemmeside¹⁹.

I dette afsnit beskriver vi først selve de tilsynsførendes skriftlige afrapportering af det uanmeldte tilsyn (kvalitetskompasset) og de lokale kvalitetsråds modtagelse heraf på møderne i de lokale kvalitetsråd.

Herefter beskriver vi den proces, hvorigennem de tilsynsførende mundtligt redegjorde for resultatet af tilsynet, indhentede de lokale kvalitetsråds bemærkninger og faciliterede en proces med valg af indsatsområder.

Det efterfølgende systematiske arbejde med kvalitetsudvikling beskrives i afsnit 2.5.

¹⁹ Tilsynsrapporterne blev ikke offentliggjort i forbindelse med afprøvningen, men planen er, at de fremadrettet skal det.

2.4.1 Den skriftlige afrapportering (kvalitetskompasset)

Den skriftlige afrapportering af det uanmeldte tilsyn omfattede under afprøvningsen en visuel modenhedsvurdering af enheden i 16 dimensioner samt en længere kvalitativ beskrivelse af de tilsynsførendes observationer og anbefalinger på i alt ca. 20-25 sider²⁰.

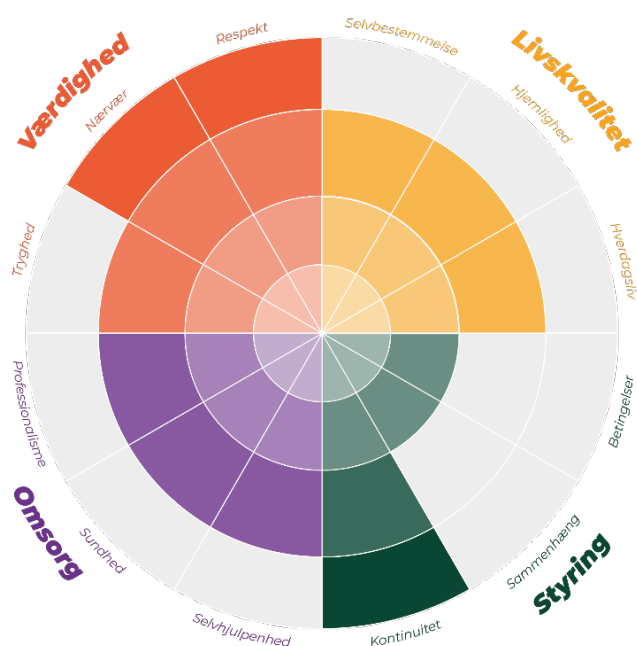
2.4.1.1 Visuel modenhedsvurdering

Den visuelle modenhedsvurdering (Figur 2.2) er tænkt til at give en hurtig pejling på kvaliteten på den enkelte enhed.

Den kaldes et "kvalitetskompas" og er baseret på i) en operationalisering af hver af de 4 kvalitetstemaer i 3 underdimensioner, og ii) en scoring af enheden på en skala fra 1-4 inden for hver underdimension.

Figur 2.2 viser et eksempel på en af de modenhedsvurderinger, der blev udarbejdet i forbindelse med afprøvningsen.

Figur 2.2 Kvantitativ modenhedsvurdering i forbindelse med afprøvningsen



Kilde: Roskilde Kommune

²⁰ Roskilde Kommune har senere revideret modellen, således at modenhedsvurderingen nu kun foregår i 12 dimensioner (3 dimensioner for hver af de 4 kvalitetstemaer).

Der var forholdsvis megen diskussion af den kvantitative modenhedsvurdering i forbindelse med afprøvningen, idet deltagerne fra de lokale kvalitetsråd generelt set ikke ønskede, at der skulle gives karakterer, og de endvidere havde svært ved at se, hvordan det omfattende, kvalitative datamateriale, der var blevet indhentet i forbindelse med det uanmeldte tilsynsbesøg, kunne sammenfattes i en enkelt karakter²¹.

Ved møderne med de lokale kvalitetsråd var der også spørgsmål om, hvorfor den enkelte enhed havde fået den ene frem for den anden karakter, og hvorfor enheden ikke scorede topkarakter ved den nye tilsynsmodel (som de var vant til ved de tilsyn, der blev foretaget af Styrelsen for Patientsikkerhed og den eksterne leverandør af tilsyn efter servicelovens § 151).

Drøftelserne af den kvantitative modenhedsvurdering skyggede i u hensigtsmæssigt omfang for de øvrige væsentlige drøftelser af den lokale kvalitetsråds bemærkninger til og valg af indsatser på baggrund af tilsynet²².

Kvalitetskonsulenterne fra kommunen oplevede, at de skulle bruge uforholdsmæssig meget tid på at forklare, hvorfor enheden havde fået den ene frem for den anden karakter – og på at forklare, hvordan det var såvel muligt som meningsfuldt at give karakterer på baggrund af tilsynet²³.

2.4.1.2 Den kvalitative redegørelse

Den længere kvalitative redegørelse er tænkt til at formidle resultatet af det uanmeldte tilsyn – jf. ambitionen om at beskrive hjemmeplejens og plejecentrenes virkelighed, herunder både det, der virker godt og mindre godt.

Da der er tale om en dybere kvalitativ dataindsamling, fylder den skriftlige af-rapportering af dataindsamlingen, som afrapportering af kvalitative studier har for vane, forholdsvis meget. Der er mange væsentlige pointer og fund, som – qua de anvendte metoder – kan beskrives i fyldestgørende detaljer og i forhold til hvilke, det tit lige netop er detaljen, der er interessant og viser, hvordan kvaliteten rent faktisk er (og ikke er) på enheden.

I forbindelse med afprøvningen fremgik det, at der var forholdsvis få af deltagerne i de lokale kvalitetsråd, der havde nået og/eller formået at læse den samlede afrapportering forud for mødet i det lokale kvalitetsråd.

²¹ Roskilde Kommune taler ikke om karakterer, men om en "modenhedsvurdering af enheden i et udvalg kvalitetsmærker". I teksten vælger vi at bruge deltagerens ord, da de stadig oplevede, at der var tale om, at enheden fik karakterer, og da det netop var dette, de oplevede som problematisk.

²² Det gjorde sig særligt gældende på plejeboligområdet.

²³ Se note 26.

De, der havde gjort det, havde gode og specifikke kommentarer og spørgsmål til den skriftlige fremstilling. De havde generelt set også ønske om en kortere formidling, hvor mere blev flyttet i bilag.

De tilsynsførende forsøgte så vidt muligt at imødekomme dette i forbindelse med deres efterfølgende bearbejdning og arbejde med færdiggørelse af den endelige tilsynsrapport.

De endelige rapporter var ikke nødvendigvis kortere, men havde en anden struktur, hvor mere var flyttet i bilag.

2.4.2 Kvalitetsrådets bemærkninger og ønskede indsatser

De lokale kvalitetsråd blev i forbindelse med afprøvningen af den nye tilsynsmodel guidet igennem en proces, hvor de mundtligt drøftede deres bemærkninger (godt, mindre godt) til tilsynet, samt deres valg af indsatser/fokusområder på baggrund af tilsynet²⁴.

Forud for disse drøftelser indgik en kort mundtlig fremlæggelse ved én af de tilsynsførende om tilsynets mest væsentlige konklusioner.

Den mundtlige fremlæggelse var væsentlig i den forstand, at flere af deltagerne ikke havde nået/formået at læse den skriftlige afrapportering. Samtidig gav den mundtlige fremlæggelse en mere levende fremstilling af, hvad den tilsynsførende havde oplevet og erfaret i forbindelse med tilsynsbesøget end selve den skriftlige afrapportering.

Den efterfølgende drøftelse af bemærkninger skete ved, at deltagerne to og to blev bedt om at drøfte, hvad de hver især hæftede sig ved af godt og mindre godt. Her forklarede deltagerne også hinanden, hvad der stod (og ikke stod) i rapporten.

Kvalitetskonsulenterne faciliterede en opsamling i plenum med i) forslag til og godkendelse af det lokale kvalitetsråds bemærkninger samt ii) drøftelse af relevante indsatsområder.

Opsamlingen var struktureret, så der både var eksempler på, hvad gruppen bemærkede af godt og mindre godt, og der blev defineret én indsats for hvert af de fire temaer, der var valgt som afsæt for tilsynsarbejdet.

Tabel 2.3 viser et eksempel på de bemærkninger og indsatser, der blev udarbejdet/valgt af ét af de lokale kvalitetsråd der medvirkede i afprøvningen.

²⁴ Begge dele (både bemærkninger og valg af indsatser/fokusområder) fremgår efterfølgende i den samlede skriftlige og samskabte tilsynsrapport.

De specifikke formuleringer er udarbejdet af kvalitetskonsulenterne og sendt til høring/godkendelse hos de lokale kvalitetsråd.

Tabel 2.3 Eksempel på bemærkninger og indsatsområder i en af de samskabte tilsynsrapporter, der blev udarbejdet i forbindelse med afprøvningen²⁵

Bemærkninger	Indsatsområder
<p>Kvalitetsrådet har (...) gennemgået og drøftet kvalitetskompasset og har følgende bemærkninger:</p> <p>Kvalitetsrådet er glade for, at borgere udtrykker god tone, respekt og tryghed. Kvalitetsrådet er ligeledes glade for, at de bruger triagering/Roskildehjulet som systematisk tidlig opsporing af sygdom, og ser en stor værdi i, at der er denne daglige opmærksomhed på alle borgere.</p> <p>Kvalitetsrådet er blevet opmærksomme på, at nærvær i relationen, kontinuitet og godt kendskab til de borgere, man kommer hos, er altafgørende for omsorgsarbejdets kvalitet.</p> <p>Kvalitetsrådet er ligeledes blevet opmærksomme på, at der er behov for et styrket fokus på hjemlighed i de hjem, hvor borgerne bor alene og ikke er selvhjulpne.</p> <p>Endelig er kvalitetsrådet blevet opmærksomme på, at der er visse overordnede udfordringer med de it-teknologiske redskaber, og hvad det betyder for både smidighed og kvalitet i udførelsen af de forskellige indsatser.</p>	<p>Kvalitetsrådet (...) har udpeget følgende 4 indsatsområder i 2023 fordelt på temaerne:</p> <p>Værdighed: Hvordan styrker vi fokus på nærvær i relationen imellem borgeren og personalet?</p> <p>Livskvalitet: Hvordan kan vi skærpe medarbejdernes opmærksomhed på hjemlighed hos borgerne?</p> <p>Omsorg²⁶: Hvordan kommer vi igen til at få fokus på rehabiliterende mål og tilgange?</p> <p>Styring: Hvordan får vi sikret optimale arbejds- og kommunikationsredskaber i hjemmeplejen (centrale midler hertil efterspørges).</p>

Kilde: Roskilde Kommune

2.5 Systematisk kvalitetsudvikling

Tanken er, at der løbende skal foregå et systematisk arbejde med at sikre og udvikle kvaliteten med afsæt i de lokale kvalitetsråd.

De lokale kvalitetsråd, der har medvirket i afprøvningen, har på denne baggrund modtaget undervisning i forbedringsmetoden.

Undervisningen blev givet af Dansk Selskab for Patientsikkerhed på et møde af 2 timers varighed, hvor de lokale kvalitetsråd samtidig er blevet guidet igennem en proces, hvor de har udarbejdet en "samskabt handleplan" for én af de indsatser, de – jf. afsnit 2.4 – har valgt med afsæt i den deres drøftelse af

²⁵ I tilsynsrapporten anvendes termen "kvalitetsgruppe". Dette er siden ændret til kvalitetsråd. I denne rapport har vi valgt at bruge de senest gældende betegnelser.

²⁶ I tilsynsrapporten anvendes termen "pleje og omsorg" som overskrift for tema 3. Dette er senere ændret til "omsorg". I denne rapport har vi valgt at bruge de senest gældende betegnelser.

den mundtlige og skriftlige fremstilling af det uanmeldte tilsyn, der er gennemført i forbindelse med afprøvningen.

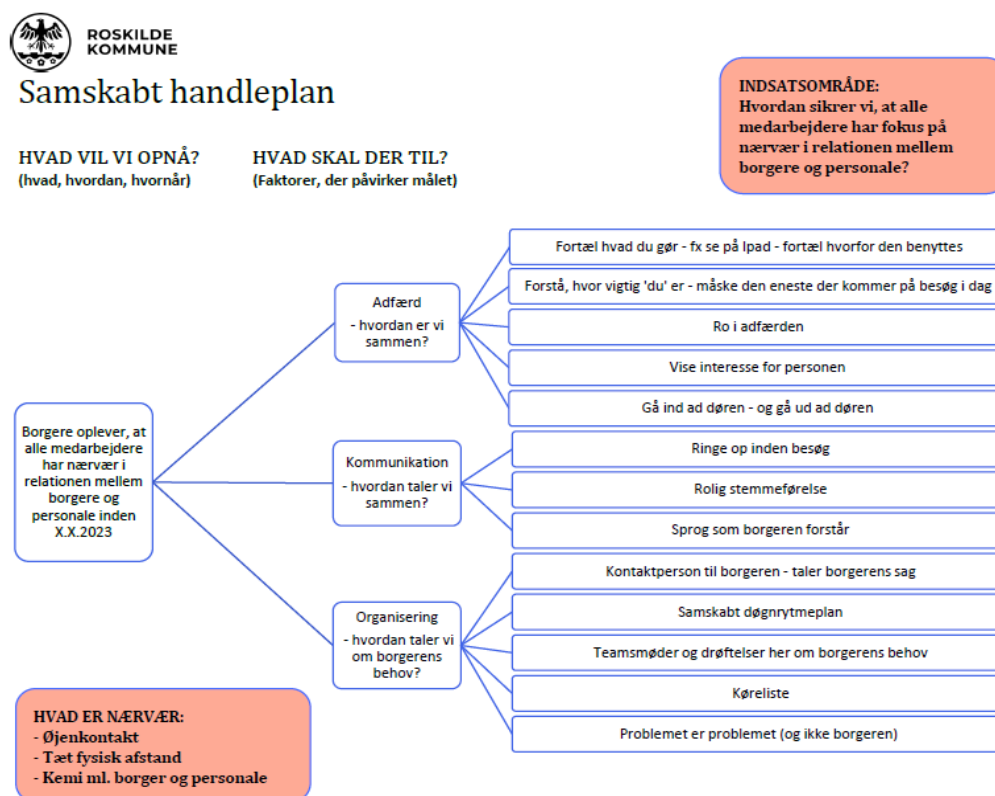
VIVE deltog ved denne session på to af de enheder, der medvirkede under afprøvningen.

Det var ved begge sessioner tydeligt, at det var svært for deltagerne at vælge mellem de flere forskellige indsatsområder, og at det var også svært for dem at tilegne sig de metoder, som kvalitetskonsulenten fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed underviste i løbet af de i alt 2 timer, som mødet varede.

Ikke desto mindre lykkedes det alle kvalitetsråd at vælge et indsatsområde og lægge en plan for kvalitetsudvikling med afsæt i dette emne.

Figur 2.3 viser den "samskabte handleplan" fra samme enhed, hvis fokusområder, kvantitative modenhedsvurdering, bemærkninger og indsatsområder er beskrevet i afsnit 2.3-2.4.

Figur 2.3 Eksempel på en samskabt handleplan fra projekt samskabt tilsyn



Kilde: Roskilde Kommune

Eksemplet er interessant, fordi enheden vælger at arbejde med et indsatsområde på et område, hvor enheden scorer højt i den kvalitative modenhedsvurdering, og hvor enheden jf. den mundtlige såvel som den skriftlige fremlæggelse fra de tilsynsførende udviser en meget stort nærvær og omsorg.

Det er generelt VIVEs indtryk på baggrund af dataindsamlingen, at det ikke er de kvantitative modenhedsmålinger, men de kvalitative drøftelser af de tilsynsførendes kvalitative beskrivelser, der har ført til motiverede ændringer igangsat af de lokale kvalitetsråd.

Den mundtlige og skriftlige fremlæggelse af de tilsynsførendes kvalitative observationer har imidlertid i flere tilfælde ført til såvel bemærkninger som ønskede ændringer, fx i det tilfælde, hvor personalet har oplevet udfordringer med de it-redskaber, de har fået stillet til rådighed for deres arbejde, og som ofte ikke fungerer efter hensigten, hvilket de tilsynsførende "ved selvsyn" har fået lov til at observere og dokumentere i deres tilsynsrapport.

I det konkrete tilfælde er det imidlertid ikke den tilsynsførende, der har fundet noget at bemærke. Hun redegør tværtimod detaljeret for, hvordan hun har oplevet en særdeles god kvalitet med god dialog mellem medarbejderen og de borgere, som hun har været ude hos.

Det er den tilsynsførendes ensidigt positive beskrivelser, der får én af borgerne i det lokale kvalitetsråd til at reagere, fordi det, som den tilsynsførende beskriver, ikke er beskrivende for den virkelighed, som hun – som borger – kender og møder i hjemmeplejens daglige virke. Her er der rigtignok eksempler på medarbejdere, der er lige så gode som den medarbejder, den tilsynsførende har observeret. Men der er også andre. De "sidder med hovedet i iPad'en" og burde efter borgerens mening "overhovedet ikke være ansat".

Borgerens reaktion og efterfølgende meget detaljerede beskrivelser af, hvad der kendetegner hhv. god og helt uacceptabel adfærd hos de medarbejdere, der kommer i hendes hjem, afstedkom en længere og god diskussion i det lokale kvalitetsråd om, hvordan og i et vist omfang også hvorfor der er forskelle på den indsats, som borgerne modtager fra forskellige medarbejdere i hjemmeplejen.

Det medførte, at det lokale kvalitetsråd angav det som én af deres bemærkninger, at de var blevet opmærksomme på betydningen af nærhed for kvaliteten i opgaveløsningen. Det medførte også, at de valgte det som én ud af de fire indsats, der er beskrevet i tilsynsrapporten, at de ville arbejde med at styrke nærværet blandt medarbejderne på enheden. Og på det møde, hvor gruppen skulle vælge ét (og kun ét) indsatsområde, som de ville arbejde videre med, var det dette emne, gruppen valgte som fokus for deres arbejde.

Det er en generel pointe på baggrund af VIVEs observationer, at det er den kvalitative dataindsamling, den mundtlige fremlæggelse og forankringen af tilsynsarbejdet i lokale kvalitetscirkler, der udgør den største innovation og forbedring i forhold til eksisterende tilsynspraksis.

Vi har derfor anbefalet Roskilde Kommune at bibeholde disse elementer i den endelige model for samskabt tilsyn, der skal udbredes til hele kommunen.

2.6 Evalueringsworkshop

Roskilde Kommune afholdt en evalueringsworkshop efter at have afprøvet den nye model for samskabt tilsyn i fem enheder. Dette med henblik på justering af konceptet, inden det er klar til at blive udrullet i hele kommunen (se også kapitel 1 for en beskrivelse af det samlede samskabelsesforløb).

På evalueringsworkshoppen faciliterede konsulenterne en proces, hvor deltagerne bl.a. havde mulighed for at angive, hvad de ønskede at fastholde, fjerne og forandre i forbindelse med udviklingsarbejdet (Roskilde Kommune 2023).

Eksempler på elementer, som deltagerne ønskede at **fastholde**, var typisk dialogen, inddragelsen af de mange forskellige aktørgrupper, samt at tilsynet kom "helt ned i plejen" (Roskilde Kommune 2023).

Eksempler på elementer, som deltagerne ønskede at **fjerne**, var typisk modenhedsvurderingen, der blev opfattet som udtryk for, at der blev givet karakterer (Roskilde Kommune 2023)²⁷.


Eksempler på elementer, som deltagerne ønskede at **forandre**, var bl.a. at tilsynet skulle have et større fokus på aften og nat, at det skulle være den lokale leder (og ikke kvalitetskonsulenten fra kommunen), der var tovholder i kvalitetsrådet (Roskilde Kommune 2023).

Det blev desuden fremhævet, at konceptet var "for diffust/fluffy" og svært at forstå og forklare for de medvirkende aktører.

Figur 2.4 viser opsamlingen fra en af de hjemmeplejegrupper, der medvirkede i afprøvningen.

²⁷ Se note 26.

Figur 2.4 Opsamling fra en hjemmeplejegruppe



FASTHOLDE

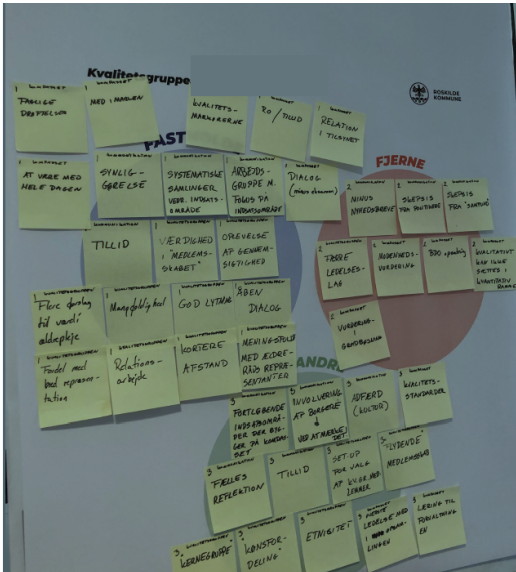
1. Oplevelse af gennemsigthed, kortere afstand
1. Flere forslag til værdi i ældreplejen
1. God lytning, åben dialog, relationsarbejde
1. Fordel med bred repræsentation, meningsfuldt med Ældreårsrepræsentanter, Mangfoldighed
2. Dialog (minus eksamen), Faglige drøftelser
2. Med i marken
2. Rol/tillid, Relation i tilsynet, At være med hele dagen
4. Synliggørelse
4. Systematiske indsamlinger vedr. indsatsområde
4. Arbejdsgruppe med fokus på indsatsområde
4. Tillid

FJERNE

1. Færrer ledelseslag
1. Modernhedsvurdering, vurdering i gradbojning
2. BDO opsætning
2. Kvalitativt kan ikke sættes i kvantitativ ramme
4. Nyhedsbreve
4. Skepsis fra politikere, fra "samfund"

FORANDRE

1. Set up for valg af kvalitetsgruppemedlemmer
1. Flydende medlemskab/ kernegruppe/ kansfordeling/ Etnicitet
2. Øverste ledelse med i opsamlingen
2. Læring til forvaltningen
4. Fortløbende indsatsområder der bygger på kompasset
4. Involvering af borgere - ved at mærke det
4. Adfærd (kultur)
4. Fælles refleksion



Kilde: Roskilde Kommune, 2023

2.7 Fokusgruppeinterview

Tilbagemeldingerne fra VIVEs interview flugtede med de tilbagemeldinger, der blev givet på evalueringsworkshoppen, jf. ovenfor.

Samtlige de forskellige aktørgrupper, der medvirkede ved VIVEs interview, var positivt indstillede over for projektet og den nye tilsynsmodel. Dette gjaldt også de repræsentanter for ældrerådet, der i starten havde været kritiske og troede, der var tale om en spareøvelse.

Medarbejderne vægtede, at den nye tilsynsmodel kom meget tættere på en forståelse af praksis og de udfordringer, de står med som medarbejdere i hjemmeplejen end eksisterende tilsynsmodeller. Endvidere var tilsynet uanmeldt, og at de tilsynsførende ikke bare ignorerede dem (medarbejderne), når de kom for at gå deres tilsyn.

Borgerne havde svært ved at forstå og forklare konceptet, men de havde da syntes, at det var hyggeligt at være med. De vidste generelt ikke, hvilke indsatsområder som den lokale enhed havde valgt at arbejde videre med – heller ikke i det tilfælde, vi har beskrevet i denne rapport, og hvor det er en borgers detaljerede fortællinger om forskellene mellem medarbejderne i hjemmeplejen,

der danner afsæt for det lokale kvalitetsråds videre drøftelser og ønske om at arbejde med udvikling lige netop på dette område.

Repræsentanterne for civilsamfundet (Ældrerådet, Ældre Sagen) fortalte, at de fra starten havde været ret kritiske over for konceptet, fordi de havde opfattet det som en spareøvelse. Nu var de blevet klar over, at det var det ikke. Det var både mere omfattende, mere retvisende og med større mulighed for at opnå reel indflydelse på det, der var vigtigt, end det var i den eksisterende tilsynsmodel.

De decentrale ledere var generelt set også positive over for konceptet. De fortalte med begejstring om de konkrete ændringer i forhold til medarbejdernes adgang til velfungerende it-løsninger, som bl.a. var blevet ændret, fordi Ældrerådet havde "råbt op", og der herefter var blevet handlet. "Hurra for Ældrerådet", sagde én af de decentrale ledere spontant i forbindelse med interview.

De decentrale ledere var også af den opfattelse, at det var en fordel med interne tilsynsførende, fordi de kunne gå direkte tilbage til cheferne og fortælle om alt det, der ikke virkede, på baggrund af deres tilsynsbesøg. De fremhævede endvidere, at de interne tilsynsførende havde bedre kendskab til de interne retningslinjer i Roskilde Kommune end de eksterne tilsynsførende og derfor bedre kunne vejlede dem om, hvad der var rigtigt/forkert.

De pårørende opfattede det som væsentligt, at det nye samskabte tilsyn reelt var uanmeldt. De havde generelt set ikke meget til overs for tilsyn, der bliver anmeldt på forhånd, og fortalte lange anekdoter om tilsyn inden for bl.a. fødevarerbranchen, hvor køleskabe blev tørret af og mayonnaisen hældt på rene fade, før tilsynet skal komme – og fra skoleverdenen, hvor det kun er særligt udvalgte medarbejdere (som man håber vil sige det rigtige) der bliver udvalgt til at få lov til at mødes med de tilsynsførende (de medarbejdere, som de frygter vil kunne sige noget problematisk får venligst besked om ikke at møde på arbejde den pågældende dag).

De pårørende ønskede om muligt et tilsyn, der i endnu større omfang fik viden om de faktiske forhold i ældreplejen, og som også gerne fokuserede på den sene eftermiddag, aften og nat. Som pårørende var det deres erfaring, at det ofte var på disse tidspunkter, der kunne være udfordringer, idet der kun var få medarbejdere på arbejde, og lederne ofte ikke var til stede.

De tilsynsførende oplevede, at de havde lært meget, og at meget kunne ændres på baggrund af den første afprøvning. De opfattede det i høj grad som relevant at gå tilsyn på den måde, hvor de fulgtes med medarbejderne på arbejde – og de anså ligeledes den skriftlige afrapportering til og med det lokale kvalitetsråd som væsentlig. Selve arbejdet med udarbejdelse af en detaljeret kvalitativ tilsynsrapport opfattede de som tidskrævende og uholdbar som del

af en bæredygtig løsning på længere sigt. De kvalitative studier er væsentlige, og det samme er den kvalitative afrapportering, men længden på rapporten og den tid, der bruges på at udarbejde den, kan med fordel afkortes.

De private leverandører var ikke omfattet af afprøvningen, men VIVE havde anledning til at interviewe en repræsentant for de private leverandører i forbindelse med observationen af eksisterende tilsynspraksis i kommunen. Det fremgik i den forbindelse, at den private leverandør havde en præference for eksterne tilsynsførende, fordi de frygtede en manglende armslængde mellem de interne tilsynsførende og de kommunale chefer, som kendte hinanden (for godt, fordi begge parter var ansat i kommunen²⁸).

Roskilde Kommune har hele vejen igennem forløbet understreget, at det fremadrettet lige så godt kan være en ekstern leverandør, der leverer det tilsyn, som indgår i den nye, samskabte tilsynsmodel.

2.8 VIVEs anbefalinger

VIVE konkluderede på baggrund af sin dataindsamling, at der var stor opbakning til den nye tilsynsmodel blandt samtlige de borgere, pårørende, medarbejdere, ledere, ældrerådet og repræsentanter for civilsamfundet, der havde medvirket i afprøvningen.

Samtidig så vi, at den nye tilsynsmodel havde bidraget til at løse nogle af de velkendte problemer på ældreområdet, som det ellers ikke havde været muligt at løse i det eksisterende ledelsessystem.

De virkningsmekanismer, der var relevante i denne forbindelse, var dels forankringen af tilsynsarbejdet i de lokale kvalitetsråd med deltagelse af borgere, pårørende, ældrerådet og repræsentanter for civilsamfundet, dels at den tilsynsførende fulgtes med medarbejderne på arbejde.

VIVE anbefalede på baggrund af sin samlede dataindsamling at arbejde videre med at tilpasse og justere den nye model for samskabt tilsyn, således at dataindsamlingen blev mere effektiv, og tilsynsrapporterne blev kortere og i større omfang gjorde brug af standardiserede fraser.

Vi anbefalede også Roskilde Kommune at lade sig inspirere af eksisterende tilsynspraksis i forhold til i) hel eller delvis brug af eksterne tilsynsførende, ii) strukturering af dataindsamlingen, så tilsynet kunne gennemføres i løbet af en

²⁸ Denne problemstilling italesættes også af arbejdsgruppen vedr. tilsyn på ældreområdet, som netop fremhæver, at udfordringen ved det kommunale tilsyn kan være manglende objektivitet og armslængde, idet kommunen går tilsyn på sig selv (Social-, Bolig- og Indenrigsministeriet, 2022).

enkelt arbejdsdag, og iii) inddragelse af medarbejdere og ledere i forhold til en evt. journalgennemgang i forbindelse med tilsynsbesøget.

Vi rejste tvivl om den kvantitative modenhedsvurdering, fordi den i noget omfang skyggede for de dialoger i det lokale kvalitetsråd, der i øvrigt fremstod som styrken ved den nye kvalitetsmodel.

Endvidere var der på baggrund af VIVEs dataindsamling ikke noget, der pegede på, at det var de kvantitative modenhedsvurderinger, der ansporede til kvalitetsudvikling med afsæt i den nye tilsynsmodel (det gjorde tværtimod den mundtlige fortælling om de kvalitative observationer).

Vi anbefalede at lade spørgeskemaet til medarbejderne udgå af dataindsamlingen og at forkorte det (meget omfattende) spørgeskema, der var blevet udsendt til lederne i forbindelse med forsøgsprojektet.

Endelig anbefalede vi Roskilde Kommune at udvikle en mindre abstrakt sprogbrug, så borgere og pårørende lettere kunne forklare deres venner og naboer, hvad modellen gik ud på – og så det (dermed) ville blive lettere at rekruttere borgere og pårørende til at medvirke i de lokale kvalitetsråd.

2.9 Den endelige model

Roskilde har efterfølgende justeret og tilpasset den nye tilsynsmodel, så den er klar til udbredelse i Roskilde Kommune i efteråret 2023.

Den **endelige tilsynsmodel** tager ligesom den tilsynsmodel, der blev afprøvet, udgangspunkt i tillid, dialog og læring.

Den består jf. modelbeskrivelsen i følgende fire dele:

- Kvalitetskompas, der sætter retning for arbejdet med kvalitet
- Kvalitetsråd, hvor samarbejdet om kvalitet er forankret
- Metode for årlige, uanmeldte tilsyn
- Metode for løbende arbejde med kvalitet og en værktøjskasse til dette.

Kvalitetskompasset har samme udformning, som det havde i forbindelse med afprøvningen. Kvalitet vurderes inden for samme fire temaer (1: livskvalitet, 2: værdighed, 3: omsorg og 4: styring), men der er sket en bevægelse, således at der nu kun anvendes 12 (ikke 16) underdimensioner.

Kvalitetsrådene består (ligesom under afprøvningen) af repræsentanter for i) den decentrale ledelse, ii) medarbejderne (hjemmepleje, sygepleje), iii) ældre-rådet, iv) borgere, v) pårørende og vi) civilsamfund. Der etableres ét kvalitetsråd pr. plejecenter og ét kvalitetsråd pr. hjemmeplejedistrikt. Kvalitetsrådene udpeges for en periode på 2 år og modtager undervisning i forbedringsmetoden ved Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Tilsynsmetoden er revideret på baggrund af afprøvningen og VIVEs anbefalinger. Der er fortsat tale om uanmeldte tilsyn, der gennemføres af to interne kvalitetskonsulenter fra Roskilde Kommune. Der er også fortsat tale om tilsyn, der går tæt på hjemmeplejens og plejecentrenes dagligdag, idet de tilsynsførende møder ind sammen med medarbejderne om morgenen, følges med dem på arbejde og giver deres samlede afrapportering til den samlede gruppe af medarbejdere, der er på arbejde den pågældende dag²⁹. Men der er skåret ned på dataindsamlingsaktiviteterne, således at tilsynsbesøget afsluttes efter den samskabte tilsynssceance ved frokosttid (eftermiddagen bruges i stedet på den skriftlige afrapportering samt evt. opfølgende pårørendeinterview).

Tilbage meldingen på baggrund af tilsynsbesøget gives til det lokale kvalitetsråd, der svarende til afprøvningen drøfter relevante indsatser og handleplaner³⁰. Disse indarbejdes også svarende til afprøvningen i den endelige tilsynsrapport, der sendes til høring ved det lokale kvalitetsråd og fremadrettet vil blive offentliggjort på kommunens hjemmeside.

Metoden til kvalitetsudvikling er forbedringsmetoden. Dansk Selskab for Patientsikkerhed forestår undervisningen, og Roskilde Kommune udvikler en værktøjskasse til de lokale kvalitetsråd, der bl.a. indeholder skabeloner til handleplaner, drejebog for møder i det lokale kvalitetsråd, dialogkort og små film.

VIVE har ikke gennemført en evaluering af den endelige model, der jf. planen skal anvendes i hele Roskilde Kommune fra november 2023.

²⁹ Dette sker i forbindelse med den samskabte tilsynssceance omkring frokosttid.

³⁰ Der er ledersupervision på dag 3 med henblik på at forberede lederen på dette møde.

3 Det kommunale tilsyn (SEL 151)

Afprøvningen den nye tilsynsmodel (samskabt tilsyn) i Roskilde Kommune skete sideløbende med, at Roskilde Kommune gennemførte sine vanlige tilsyn efter servicelovens § 151.

I dette kapitel beskrives "eksisterende tilsynspraksis" på området. Vi beskriver først lovgivningen (afsnit 3.1) og aftalen med den eksterne leverandør (afsnit 3.2). Herefter gives et samlet overblik over de tilsyn, der blev gennemført i 2022/2023 (afsnit 3.3) og et mere detaljeret indblik i hhv. tilsynsbesøget (afsnit 3.4) og tilsynsrapporten (afsnit 3.5).³¹

Kapitlet er udarbejdet, således at det muliggør sammenligning mellem hhv.

- den nye model for samskabt tilsyn, der er udviklet, afprøvet, evalueret, justeret og implementeret i Roskilde Kommune (kapitel 2)
- eksisterende tilsynspraksis, jf. servicelovens § 151 (dette kapitel)
- eksisterende tilsynspraksis, jf. servicelovens § 150 (kapitel 4)
- eksisterende tilsynspraksis, jf. sundhedslovens § 213 (kapitel 5).

For en tværgående analyse henvises til kapitel 6.

3.1 Lovgrundlaget

Den stedlige kommune har efter **servicelovens § 151** pligt til at føre tilsyn med, at de kommunale opgaver efter §§ 83, 83 a og 86 løses i overensstemmelse med de afgørelser, kommunalbestyrelsen har truffet efter disse bestemmelser og i henhold til kommunalbestyrelsens vedtagne kvalitetsstandarder³².

Som led i tilsynsforpligtelsen skal kommunalbestyrelsen hvert år foretage mindst ét uanmeldt tilsynsbesøg på plejehjem, mens det ikke er nærmere specificeret, hvordan og hvor hyppigt evt. tilsyn på hjemmeplejeområdet skal gennemføres.

Tilsynet omfatter – jf. serviceloven – indsatsen over for de beboere og lejere, der modtager kommunale serviceydelser (dvs. ikke evt. pårørende i hjemmet).

³¹ For et samlet overblik over datagrundlaget henvises til Bilag 1.

³² Dette er også lovgrundlaget for samskabt tilsyn.

Tilsynet må ikke varetages af leverandører eller personer, der udfører opgaver på området.

3.2 Udmøntning og rammer

Roskilde Kommune traf fra 2016 aftale med en ekstern leverandør om at gennemføre de årlige uanmeldte tilsynsbesøg på plejecentrene, samt for kommunale og private leverandører af personlig pleje og praktisk hjælp (Roskilde Kommune, 2016). Aftalen er efterfølgende forlænget – senest i 2022.

Af det skriftlige materiale, VIVE har fået stillet til rådighed for analysen, fremgår det som begrundelse for valget af den eksterne leverandør til at gennemføre tilsynsopgaven, at:

Den eksterne leverandør "... har store erfaringer med gennemførelse af tilsynsopgaver i de danske kommuner, herunder tilsyn med ældreområdet (...). Tilsynsbesøgene tager udgangspunkt i at skabe læring og udvikling og dermed styrke kvaliteten af det arbejde, som udføres på ældreområdet, samtidig med at det naturligvis er nødvendigt at foretage opfølgning på, hvorvidt ydelserne er i overensstemmelse med borgernes behov" (Roskilde Kommune, 2016).

På tilsynsbesøgene vil der bl.a. være fokus på:

- "Om borgerne får den hjælp, de har ret til efter loven og de beslutninger, der er truffet af byrådet samt Roskilde Kommunes politiske vedtagne kvalitetsstandarder og øvrige kommunale beslutninger
- Om hjælpen tilrettelægges og udføres fagligt forsvarligt
- Om der er en god sammenhæng og kvalitet i indsatserne
- Om der er en ligeværdig kommunikation og omgangstone mellem borgere og medarbejdere, og om begge parter er en del af samarbejdsprocessen
- Om indsatserne er forebyggende, så der gribes ind, inden mindre problemer udvikler sig til alvorlige problemer
- At bidrage til en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne gennem en anerkendende og konstruktiv tilgang til medarbejdere og ledelse" (Roskilde Kommune, 2016).

Et tilsyn afsluttes med en mundtlig tilbagemelding til leder, og herefter følger en rapport, som sammenfatter de tilsynsførendes indtryk og vurderinger, ligesom der kan gives anbefalinger til fremadrettede handlinger med henblik på udvikling og læring.

Der opfordres til "... god og konstruktiv dialog" med den eksterne tilsynsførende i forbindelse med tilsynsbesøgene (Roskilde Kommune, 2016).

3.3 § 151 tilsyn ved årsskiftet 2022/2023

De eksterne tilsyn, jf. servicelovens § 151, foretages i Roskilde Kommune som uanmeldte tilsyn i perioden fra november til februar.

Roskilde Kommune har årligt opgjort det samlede resultat af tilsynene og rapporteret dette til det politiske udvalg.

Af rapporteringen fra de tilsyn, der er gennemført ved årsskiftet 2022/2023, fremgår det, at den eksterne leverandør har gennemført tilsyn på samtlige plejecentre, 3 ud af 13 hjemmeplejeenheder (heraf én privat) samt kommunens § 83a enhed, HTSH.

Det fremgår af kommunens afrapportering, at alle § 151-tilsyn har fundet, at kriterierne i høj eller meget høj grad er opfyldt, samt at der er udarbejdet anbefalinger til den private leverandør og 5 af kommunens plejecentre om et øget fokus på bl.a. dokumentation og medicinadministration.

Den eksterne leverandør oplyser som kommentar til denne evalueringsrapport, at man ikke kan sammenfatte resultatet af deres tilsyn på den måde, som Roskilde Kommune har gjort i deres tilbagemelding til det politiske udvalg. Konkret kan man ikke udregne én samlet score på baggrund af de vurderinger, de laver, i 6-7 forskellige dimensioner – og dermed lave en samlet konklusion om, hvorvidt kriterierne i høj eller meget høj grad er opfyldt.

Tabel 3.1 giver på denne baggrund et overblik over de § 151-tilsyn, der er gennemført af den eksterne leverandør i Roskilde Kommune i januar/februar 2023 – uden angivelse af tilsynets konklusioner.

Tabel 3.1 Overblik over § 151-tilsyn i Roskilde Kommune, december 2022-marts 2023

Enhed	Dato	Konklusion	Initiativer
Akutpleje og rehabilitering			
HTSH	8/12-2022	-	
Hjemmepleje/sygepleje			
Distrikt 1	2/2-2023	-	
Distrikt 2	13/12-2022	-	
Den private leverandør	28/2-2023	-	Anbefaling om fokus på dokumentationspraksis, opfølgning af leveret hjælp, kontinuitet i opgaveudførelsen
Plejecentre			
PC1	3/2-2023	-	
PC2	7/2-2023	-	
PC3	2/3-2023	-	Anbefaling om fokus på dokumentationspraksis, fokus på medicin håndtering
PC4	9/3-2023	-	Anbefaling om fokus på dokumentationspraksis, kommunikation mellem personale og borgere, fokus på medicin håndtering
PC5	8/2-2023	-	Anbefaling om fokus på dokumentationspraksis og medicin håndtering
PC6	28/11-22	-	
PC7	23/11-22	-	
PC8	9/2-2023	-	Anbefaling om fokus på dokumentationspraksis og medicin håndtering
PC9	11/1-23	-	
PC10	8/3-2023	-	Anbefaling om fokus på medicin håndtering
PC11	30/1-23	-	

Kilde: Roskilde Kommune

3.4 Tilsynsbesøget i praksis

VIVE fik i forbindelse med evalueringen af projekt samskab tilsyn mulighed for at deltage på to tilsynsbesøg med den eksterne leverandør af tilsyn efter servicelovens § 151 i Roskilde Kommune.

Det ene tilsyn blev gennemført i en hjemmeplejeenhed; den anden på et plejecenter.

Varsling

Begge tilsyn blev, efter aftale med Roskilde Kommune, varslet ved 15-tiden dagen før tilsynsbesøget skulle gennemføres. Her sendte den eksterne leverandør en e-mail til lederen på enheden med information om, at tilsynet ville blive foretaget den kommende dag, samt hvilken dagsplan der foreløbig var for tilsynet.

Dette var jf. de tilsynsførende normal praksis, der gav de decentrale ledere mulighed for at være forberedt, når de tilsynsførende ankom på matriklen for på den måde at få mulighed for at deltage i tilsynet og få førstehåndsindtryk af styrker og udviklingsområder afdækket under tilsynet og dermed få mulighed for at opnå mest mulig læring.

Praksis i henhold til interview med de tilsynsførende ændres, fordi det har været problematiseret i pressen, at tilsynet dermed ikke er uanmeldt. Dette blev af de tilsynsførende oplevet som en ærgerlig ændring, da lederne så ikke kunne forventes at være til stede ved tilsynets start og dermed potentielt ikke kunne få mulighed for at indgå mest muligt i tilsynet.

VIVE spurgte kritisk de decentrale ledere, hvor meget man egentlig kunne nå at forberede, hvis man kun blev varslet dagen før. Svaret fra en erfarende leder på området var, at "... du ville blive overrasket" over, hvor meget man kan nå i løbet af en nat". Samt at det ikke er nogen udfordring for de tilsynsførende, at en journal er frisk opdateret – det er det kun og tværtimod, hvis den ikke er det, hvorfor det kan give god mening at sørge for, at journalerne ser godt ud på tidspunktet for tilsynsbesøget.

Det var de tilsynsførendes overbevisning, at de med den metodiske tilgang og stikprøveudvælgelse godt kunne se igennem og vurdere enheden, også selv om det havde været varslet siden eftermiddagen dagen før. Det kan eksempelvis ses af journalsystemet, hvis der er væsentlige ændringer i en borgers journal natten før tilsynet – hvilket tilsynet så vil bemærke i rapporten.

Dagsprogram

Tilsynet gennemføres, jf. VIVEs observation og interview, efter et forholdsvis fast dagsprogram, hvor tilsynsførende ankommer kl. 09.00 og slutter ca. kl. 15.00 (hvis det gennemføres af en enkelt tilsynsførende) eller ca. kl. 13.00 (hvis det gennemføres af to tilsynsførende, der i et vist omfang kan dele opgaven mellem sig).

Der er følgende faste elementer i de tilsynsbesøg, som VIVE observerer: i) møde/semistrukturerede interview med ledelsen, ii) gennemgang af journaler med en eller flere medarbejdere (dokumentationsansvarlige), iii) minutiøs gennemgang af de udvalgte borgers medicin i medicinrum eller hos borger ved

besøg i hjemmeplejen, iv) besøg og semistruktureret interview hos borgere, v) semistruktureret interview med pårørende, vi) fokusgruppeinterview med medarbejdere og vii) foreløbig tilbagemelding til ledelsen³³.

Tilsynsførende vælger umiddelbart efter ankomst og cirka 5-10 minutter inde i mødet med ledelsen de borgere og pårørende, som de ønsker skal være omfattet af tilsynet.

Udvælgelsen sker, jf. de tilsynsførende, uvildigt og objektivt som en stikprøve ud fra bestemte/aftalte kriterier for hvilke borgere og pårørende, hvor tilsynet skal gennemgå dokumentation, medicin og foretage interview med fokus på systematik, rød tråd i dokumentationen mv. Stikprøver udvælges i hjemmeplejen med afsæt i de dagsplaner, som planlægger har udarbejdet for dagen, og i dialog med planlægger/ledelse om, hvorvidt der er tale om borgere hhv. pårørende, som kan rumme besøg, og som kan give et relevant vurderingsgrundlag.

På plejecenter sker det på baggrund af en oversigt over de borgere, der er på de forskellige afsnit.

Udvælgelsen er *tilfældig* i den forstand, at det er tilsynsførende, der tilfældigt udpeger de borgere, som de potentielt vil besøge, interviewe, interviewe pårørende til eller gennemgå journalerne for. Den er *informeret af det skrevne* ved, at den tilsynsførende med afsæt i journalen kan se, hvad der er tale om for en borger – og fx vælge at fravælge en borger, der kun får rengøring, eller om hvem det fremgår, at vedkommende har svær demens. Den er *informeret af ledelse og planlægger* ved, at de også bliver bedt om at vurdere, om der er tale om en borger og/eller pårørende, der vil have lyst til at få og medvirke i interview.

Interviewet med ledelsen gennemføres med afsæt i en struktureret interviewguide, der tillader den tilsynsførende at følge op på, hvad der er sket siden sidst³⁴ – hvilke ledelses- og medarbejderressourcer der er på stedet – hvilke evt. udfordringer ledelsen oplever i forhold til kvaliteten af indsatsen på stedet, og hvordan de arbejder med at løse dette.

Efter interviewet med ledelsen gennemføres en journalgennemgang for de borgere, som tilsynsførende har udvalgt som stikprøve, jf. ovenfor. Den gennemføres af tilsynsførende sammen med en eller flere medarbejdere, som ledelsen har valgt, og som kan få indblik i, hvad tilsynet vurderer som styrker og udviklingspunkter i deres journalføring. Ledelsen har mulighed for at sidde med ved journalgennemgangen i det omfang, de har lyst til det, og tilsynsførende kommentere

³³ Ydermere foretages situationsbestemte faglige observationer under tilsynet.

³⁴ Herunder opfølgning på anbefalinger fra sidste tilsyn og udvikling af den faglige kvalitet generelt.

rer både, når det er rigtig godt, det der står i journalen (fx en grundig livshistorie) – og når der er fejl og mangler (fx om det er det rigtige handelsnavn der fremgår vedr. medicin).

Efter journalgennemgangen er der gennemgang af medicinbehandlingen, herunder dokumentation, opbevaring, dispensering og udlevering af medicin til de udvalgte borgere, enten i et evt. medicinrum eller i borgerens egen bolig. Her ses det igen, at de tilsynsførende både roser – deler tips og tricks – og fremhæver det, når der er udfordringer, fx medicin uden navn eller udløbsdato.

Sideløbende eller samtidig gennemføres besøg ved de borgere og telefonisk interview med de pårørende, der er udvalgt som stikprøve. Herefter er der fokusgruppeinterview med 4-6 medarbejdere (ledelsen udvælger, hvem der skal deltage) og endelig en foreløbig tilbagemelding til ledelsen på stedet om, hvad tilsynsførende har set og evt. kommer til at bemærke og anbefale i tilsynsrapporten.

De eksterne tilsynsførende har en aftale med kommunen om straks at kontakte forvaltningen, hvis de gør observationer, der giver anledning til øjeblikkelig handling. Det er der ikke i forbindelse med de tilsynsbesøg, som VIVE har anledning til at observere i forbindelse med denne evaluering.

VIVE spørger de tilsynsførende, hvad de tænker og mener om den nye model for samskabt tilsyn, som Roskilde Kommune har under udvikling, og herunder hvad de tilsynsførende tænker om at skulle møde ind sammen med medarbejderne om morgenen (hvilket fremhæves som en fordel) og give en mundtlig tilbagemelding til forvaltningen om deres samlede analyse af udfordringer på ældreområdet (hvilket ses som en fordel ved de interne tilsynsførende).

De eksterne tilsynsførende forklarer, at de arbejder med/tilbyder en række forskellige afdæknings- og afrapporteringsmetoder til kommunerne, herunder både følgeskab med medarbejderne, egentlige observationsstudier og mundtlig tilbagemelding til forvaltningen³⁵.

Specifikt i forhold til Roskilde Kommune vurderer de, at de får den viden, der er nødvendig, for at de kan gennemføre deres tilsyn inden for den ramme og de metoder, som Roskilde Kommune har valgt i de indgåede kontrakter. De har et dybt kendskab til ældreområdet, og de gør – som del af den eksisterende model – også brug af situationsbestemte observationer. At følges med medarbejderne på arbejde ville kunne bruges til at kvalificere deres viden om medarbejdernes kliniske praksis yderligere, men har ikke været del af kontrakten med Roskilde Kommune.

³⁵ Sidstnævnte har også tidligere været del af aftalen med Roskilde Kommune.

Angående den mundtlige tilbagemelding til forvaltningen vurderer de, at det kunne give rigtig god mening, hvis de eksterne tilsynsførende – svarende til de interne tilsynsførende – gav en samlet mundtlig redegørelse for deres observationer til forvaltningen. Det har tidligere været del af deres aftale med Roskilde Kommune med "fin effekt".

3.5 Tilsynsrapporten

De eksisterende tilsynsrapporter er cirka 10-15 sider lange og følger en fast skabelon med i) et forord, der kort introducerer til tilsynet og rapportens opbygning, ii) et afsnit med overskriften "oplysninger", der indeholder et skema med faktuelle oplysninger om tilsynet og tilbuddet, samt iii) et længere afsnit med titlen "uanmeldt tilsyn" (BDO, 2022).

Afsnittet vedr. det uanmeldte tilsyn er bygget op omkring i) en overordnet vurdering, ii) en score på 1-5 i fem dimensioner samt iii) et skema med hhv. bemærkninger og anbefalinger i hver dimension.

3.5.1 Overordnet vurdering

Af den overordnede vurdering fremgår, at det eksterne tilsynsfirma har gennemført et uanmeldt tilsyn og kommet frem til følgende vurdering på baggrund af det datamateriale, der er indsamlet via observation, interview og gennemgang af skriftligt materiale (BDO, 2022, s 4).

Som konklusion på et uanmeldt tilsyn i samme hjemmeplejeenhed der medvirker i VIVEs evaluering, fremgår det, at:

"Det er tilsynets overordnede vurdering, at leverandøren er en meget velfungerende enhed, som har engagerede medarbejdere og ledelse, som medvirker til trivsel for borgerne".

Leverandøren leverer jf. rapporten "... op til Roskilde Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau – dog med få mangler i dokumentationen. Pleje, omsorg og praktisk hjælp leveres med en god faglig kvalitet, og borgerne er meget tilfredse med hjælpen".

Tilsynets vurdering er samtidig, at "... der i høj grad er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at hjælpen ydes fleksibelt og tilrettelægges på borgernes præmisser. Medarbejderne kan på relevant vis reflektere over, hvordan de arbejder med sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende indsatser".

Endelig vurderes det, at der "... i hjemmeplejeenheden er en imødekommende kultur, hvor medarbejderne har en feedbackkultur i forhold til uhensigtsmæssig kommunikation".

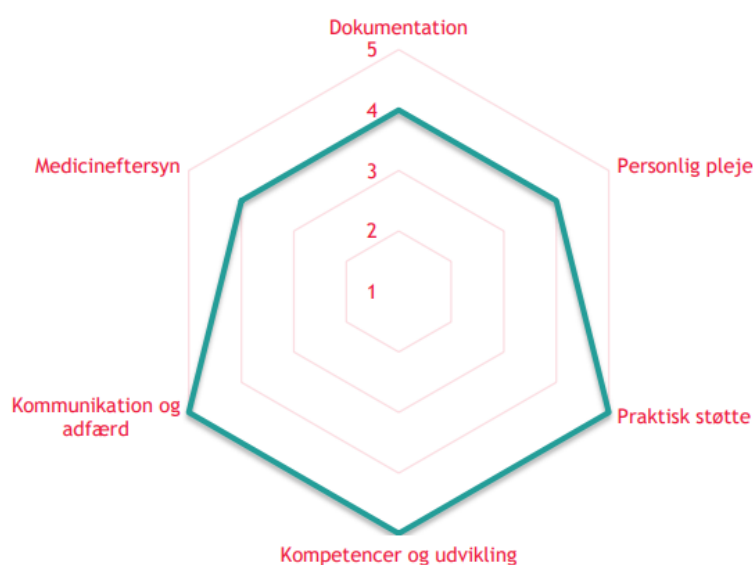
Tilsynet har "... ved medicineftersyn fundet enkelte mangler i forhold til opbevaring og håndtering af medicin". Men "Ledelsen redegør for, hvordan der er fulgt op på anbefalinger på sidste års tilsyn, samt at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx kompetenceafklaring og kompetenceudvikling og UTH" (BDO, 2022, s. 4).

Det fremgår af citaterne, at den eksterne leverandør af tilsyn efter servicelovens § 151 i høj grad lægger vægt på også at rose leverandøren for det, de er gode til. På den måde ses der ikke forskel mellem eksisterende og ny tilsynspraksis, jf. servicelovens § 151 i Roskilde Kommune.

3.5.2 Score i 6-7 dimensioner

Figur 3.1 viser scoren for samme hjemmeplejeenhed. Det fremgår, at tilsynet har fokuseret på dimensionerne: dokumentation, personlig pleje, praktisk støtte, kompetencer og udvikling, kommunikation og adfærd samt medicineftersyn. Det fremgår endvidere, at den aktuelle enhed har scoret fra 4-5 i disse dimensioner.

Figur 3.1 Eksempel på en score i den almindelige tilsynspraksis



Kilde: BDO, 2022

Scoren ("edderkoppespindet") giver ligesom kvalitetskompasset et visuelt overblik af, hvordan enheden har klaret sig på de dimensioner, som tilsynet omfatter. Det er denne score, interviewpersonerne henviser til, når de udtaler, at der ikke er den store forskel mellem kvalitetskompasset i den nye, samskabte tilsynsmodel og "det spindelvæv", der findes på forsiden af den eksterne leverandørs rapporter.

På plejecentre scores tilsvarende i 7 dimensioner, idet der her indgår pårørendeinterview.

3.5.3 Bemærkninger og anbefalinger

Tabel 3.2 viser eksempler på bemærkninger fra tilsynsrapporten.

Tabel 3.2 Eksempel på bemærkninger og anbefalinger fra den eksisterende tilsynspraksis i kommunen

2.3 TILSYNETS BEMÆRKNINGER OG ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger i forhold til den fremadrettede udvikling hos leverandøren:

Bemærkninger	Anbefalinger
<p><u>Dokumentation</u></p> <p>Tilsynet bemærker få mangler i dokumentationen, f.eks.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I et tilfælde mangler der udfyldelse af de generelle oplysninger. • I et tilfælde mangler funktionsevnetilstande enkelte opdateringer og i et andet tilfælde mangler borgerens forventninger og mål. • I et tilfælde mangler døgnrytmeplanen opdatering på et enkelt område. • I et tilfælde ses der manglende dokumentation for opfølgning på vægttab. 	<p>Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter det systematiske og strukturerede arbejde med implementering af ny dokumentationspraksis.</p>
<p><u>Pleje og omsorg</u></p> <p>Tilsynet bemærker, at en borger, som er bevilget klippekort, ønsker mere faste aftaler for anvendelsen. Borgeren udtrykker samtidigt, at medarbejderne ofte henvender sig til den pårørende i hjemmet.</p>	<p>Tilsynet anbefaler, at ledelsen i det konkrete tilfælde afstemmer forventninger med borgeren om brugen af klippekort og kontakten til borgerens pårørende.</p>

Kilde: BDO, 2022

Tabellen viser, hvordan den eksterne leverandør beskriver de mangler, de har fundet i forbindelse med tilsynsarbejdet og deres anbefalinger på denne baggrund.

Interviewene viser, at det netop er i forbindelse med fejl og mangler, at lederne oplever ubehag ved de eksterne tilsyn, der "kun har fokus på fejl og mangler".

VIVE finder ikke belæg for, at der kun er fokus på fejl og mangler i den eksterne leverandørs tilsynsrapporter.

Derimod finder vi belæg for, at der både er fokus på læring og kontrol (at fremhæve det gode og påpege det, der er udfordringer med) i forbindelse med tilsynet.

3.6 Opsummering

Det fremgår af dette kapitel, at der i Roskilde Kommune gennemføres ét årligt tilsyn pr. plejecenter, ét nedslag pr. hjemmeplejedistrikt, ét nedslag i HTSH og ét nedslag ved den private leverandør³⁶.

Tilsynet er historisk gennemført af en ekstern leverandør efter en fast skabelon, der inkluderer i) interview med ledelsen, ii) journalgennemgang, iii) medicinhåndtering, iv) interview med medarbejderne, v) interview med borgere, vi) interview med de pårørende, vii) løbende observation af faglig praksis under tilsynet, viii) tilbagemelding til ledelsen og ix) skriftlig afrapportering i en tilsynsrapport, der offentliggøres på kommunens hjemmeside.

Herudover har det eksterne tilsyn gennemført opstarts- og afslutningsmøde med forvaltningen frem til 2021. I 2022 blev der gennemført i alt 15 tilsyn, og forvaltningen konkluderede, at de alle fandt, at indsatsen i meget høj grad eller høj grad opfyldte kriterierne.

Den skriftlige tilsynsrapport indeholder en visuel fremstilling af målopfyldelse i form af et spindelvæv samt en kortere kvalitativ redegørelse, der både fremhæver det, som enheden er god til, og det, som enheden er mindre god til.

³⁶ Tilsynet på plejecenterområdet omfatter både kommunale og private plejecentre.

4 Det sundhedsfaglige tilsyn (SUL 213)

STPS skal – jf. sundhedslovens § 213 – gennemføre tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på behandlingssteder, hvor der udføres behandling af eller på delegation af autoriserede sundhedspersoner. Det omfatter bl.a. (men ikke kun) hjemmeplejen, sygeplejen, akut- og træningsområdet samt plejeboligområdet i kommunerne.

I dette kapitel gennemgås lovgrundlaget samt udmøntningen ved Styrelsen for Patientsikkerhed. Endvidere omfanget af og konklusionen på de tilsyn, der har været gennemført i kalenderåret 2022, VIVEs observation af tre forskellige tilsynsbesøg i Roskilde Kommune samt den skriftlige afrapportering i de tilsynsrapporter, der udarbejdes og offentliggøres af styrelsen på styrelsens hjemmeside.

Kapitlet er baseret på observation, interview og gennemgang af skriftligt materiale, der er udleveret af Roskilde Kommune eller offentligt tilgængeligt via styrelsens hjemmeside. Det er udarbejdet, så det giver grundlag for sammenligning med hhv. samskabt tilsyn (kapitel 2) og eksisterende tilsynspraksis, jf. servicelovens § 151 (kapitel 3) og servicelovens § 150 (kapitel 5).

Såvel Roskilde Kommune som styrelsen har haft mulighed for at kommentere kapitlet inden offentliggørelse.

4.1 Lovgrundlaget

STPS skal – jf. sundhedslovens § 213 – gennemføre tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på behandlingssteder, hvor der udføres behandling af eller på delegation af autoriserede sundhedspersoner. Det omfatter bl.a. (men ikke kun) hjemmeplejen, sygeplejen, akut- og træningsområdet samt plejeboligområdet i kommunerne.

4.2 Udmøntningen ved STPS

STPS gennemfører både personrettede tilsyn og organisationstilsyn:

- Personrettede tilsyn gennemføres med autoriserede sundhedspersoner i de tilfælde, hvor der foreligger en konkret mistanke om, at den autoriserede sundhedsperson er til fare for patienternes sikkerhed (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2023d)
- Organisationstilsyn gennemføres dels som stikprøvebaserede tilsyn ud fra en risikobetragtning, dels som reaktive tilsyn på baggrund af fx bekymringshenvendelser fra personale eller pårørende eller omtaler i medierne (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2023d).

Ved de planlagte organisationstilsyn, hvor enheden udvælges ud fra en stikprøve, har STPS ingen forudgående viden om problemer om patientsikkerheden på stedet. Tilsynsbesøget varsles mindst 6 uger i forvejen og tager afsæt i 14 målepunkter, som STPS har liggende på deres hjemmeside (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2023d).

Ved de planlagte organisationstilsyn, hvor enheden udvælges ud fra en stikprøve, har STPS ingen forudgående viden om problemer om patientsikkerheden på stedet. Tilsynsbesøget varsles mindst 6 uger i forvejen og tager afsæt i 14 målepunkter, som STPS har liggende på deres hjemmeside (<https://stps.dk/da/tilsyn/>).

Ved de reaktive organisationstilsyn, hvor tilsynet gennemføres på baggrund af fx bekymringshenvendelser fra personale eller pårørende eller omtale i medierne, gennemføres tilsynet med et varsel på 14 dage og med afsæt i en konkret skriftlig redegørelse til enheden om, hvad der vil være fokus for tilsynet.

STPS foretager i begge tilfælde en **vurdering** på baggrund af tilsynet, om der er problemer med patientsikkerheden, og i hvilken grad det evt. er tilfældet.

Hvert behandlingssted bliver kategoriseret efter, om der er:

- Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden
- Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden
- Større problemer af betydning for patientsikkerheden
- Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden.

Hvis STPS vurderer, at der ikke er problemer af betydning for patientsikkerheden, vil dette fremgå af den skriftlige rapport, som enheden får tilsendt med en høringsfrist på 21 dage (Social-, Bolig- og Ældreministeriet 2022, s. 25).

Hvis STPS vurderer, at der er mindre problemer af betydning for patientsikkerheden, vil de typisk henstille til, at der bliver rettet op på problemerne, og det

vil fremgå af den skriftlige rapport, som enheden får tilsendt³⁷ (Social-, Bolig- og Ældreministeriet 2022, s. 25).

Hvis STPS vurderer, at der er større problemer af betydning for patientsikkerheden, vil de høre enheden om et påbud om at bringe forholdene i orden. Høringsfristen er 21 dage, og hvis enheden når at bringe forholdene i løbet af de 21 dage, vil der ikke blive udstedt et påbud. Hvis enheden ikke når at bringe forholdene i orden i løbet af 21 dage, vil påbuddet blive udstedt, og STPS vil følge op på, om kravene bliver efterlevet – evt. med et reaktivt tilsyn (Social-, Bolig- og Ældreministeriet 2022, s. 25).

Hvis STPS vurderer, at der er kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden, har STPS mulighed for at give et påbud om at indstille virksomheden helt eller delvist, indtil behandlingsstedet kan dokumentere, at de patientmæssige krav er opfyldt. I disse tilfælde er høringsfristen typisk 7 dage, evt. kortere. STPS vil følge op på, om kravene bliver efterlevet, og om påbuddet kan ophæves – oftest med et udgående tilsyn (Social-, Bolig- og Ældreministeriet 2022, s. 26).

4.2.1 Målepunkter

De målepunkter, som STPS anvender som afsæt for deres tilsynsarbejde, er offentligt tilgængelige på styrelsens hjemmeside.

Målepunkterne vedrører: behandlingsstedets organisering, journalføring, delegation, faglige fokuspunkter, medicin håndtering, patienternes retsstilling, hygiejne samt "øvrigt".

Styrelsen har herudover et antal refleksionspunkter, der har betydning for patientsikkerheden, men som ikke indgår i den faglige vurdering af behandlingsstedet.

Refleksionspunkterne vedrører risikosituationslægemidler, information og kompetencer samt patientsikkerhed og er et supplement til de eksisterende målepunkter.

³⁷ Hvis enheden når at rette op på problemerne inden for høringsfristen, vil dette fremgå af den endelige rapport, men de vil fortsat blive kategoriseret med "mindre problemer af betydning for patientsikkerheden" (Social- Bolig og Ældreministeriet 2022, s. 25).

4.3 Sundhedsfaglige tilsyn i 2022

Tabel 4.1 giver en oversigt over de sundhedsfaglige tilsyn, der er gennemført i Roskilde Kommune i 2022.

Det fremgår af tabellen, at der er gennemført i alt seks sundhedsfaglige tilsyn i hhv. hjemme- og sygeplejen (to tilsyn), på plejecentre (to tilsyn) og på området for akutpleje, træning og rehabilitering (to tilsyn).

Tre tilsyn er almindelige, planlagte, sundhedsfaglige tilsyn, hvor enheden er valgt på baggrund af en stikprøve, og hvor STPS vurderer patientsikkerheden ud fra de 14 målepunkter, der fremgår på styrelsens hjemmeside.

To tilsyn har særligt fokus på ortopædkirurgiske patientforløb. Tilsynet er også i dette tilfælde planlagt og stikprøvebaseret, og de specifikke målepunkterne for denne type tilsyn fremgår også af styrelsens hjemmeside.

Det sidste tilsyn er et reaktivt sundhedsfagligt tilsyn på baggrund af et ældretilsyn fra 2021, der udløste et påbud.

Styrelsen finder i alle seks tilfælde kun mindre problemer af betydning for patientsikkerheden³⁸.

Tabel 4.1 Oversigt over sundhedsfaglige tilsyn i 2022

Organisatorisk enhed	Behandlingssted	Baggrund for tilsynet	Dato	Tilsynets konklusioner	Påbud, henstillinger og/eller krav
Hjemme- og sygepleje	HS1	Planlagt sundhedsfagligt tilsyn	03-05-2022	Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden	Henstillinger (4)
	HS2	Planlagt sundhedsfagligt tilsyn	25-08-2022	Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden	Henstillinger (5)
Plejecentre	PC2	Planlagt ortopædkirurgisk tilsyn	07-06-2022	Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden	Henstillinger (4)
	PC4	Reaktivt sundhedsfagligt tilsyn på baggrund af tidligere udstedt ældretilsynspåbud givet december 2021	14-06-2022	Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden	Henstillinger (3)

³⁸ De evt. henstillinger, der har været i tilsynsrapporterne fra Styrelsen for Patientsikkerhed, fremgår ikke af oversigten, da de ikke er fundet relevante for sagsfremstillingen til det politiske udvalg.

Organisatorisk enhed	Behandlingssted	Baggrund for tilsynet	Dato	Tilsynets konklusioner	Påbud, henstillinger og/eller krav
Akutpleje, rehabilitering og Træning og rehabilitering	TR1	Planlagt sundhedsfagligt tilsyn	07-06-2022	Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden	Henstillinger (1)
	HTSH	Planlagt ortopædkirurgisk tilsyn	07-06-2022	Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden	Henstillinger (1)

Kilde: Roskilde Kommune

4.4 Tilsynsbesøget i praksis

VIVE har haft mulighed for at observere tre sundhedsfaglige tilsyn i Roskilde Kommune i forbindelse med denne undersøgelse.

Der er tale om:

- et planlagt, stikprøvebaseret tilsyn med særligt fokus på risikosituationslægemidler. Det er gennemført på en sygeplejeklinik i Roskilde Kommune.
- to reaktive tilsyn udløst af bekymringshenvendelser i hhv. hjemme- og sygeplejen samt på et plejecenter.

De tre tilsyn er forløbet forholdsvis forskelligt, både i forhold til graden af forberedelse (fra Roskilde Kommunes side) og i forhold til STPS' vurdering og valg om at give en henstilling og/eller at udstede et forbud.

I det første tilfælde var tilsynet omhyggeligt forberedt fra Roskilde Kommunes side, og Styrelsens vurdering var, at der ikke var problemer af betydning for patientsikkerheden. Den sygeplejerske, der normalt bemandede klinikken, var ikke til stede, men lederen, kvalitetskonsulenterne og de særligt udvalgte medarbejdere svarede godt og havde god mulighed for sparring med den tilsynsførende.

I det andet tilfælde var tilsynet ligeledes omhyggeligt forberedt fra Roskilde Kommunes side, og Styrelsens vurdering var, at der kun var mindre problemer af betydning for patientsikkerheden. Lederen, kvalitetskonsulenterne og de særligt udvalgte medarbejdere svarede godt, og der blev kun fundet mindre forhold at bemærke af betydning for patientsikkerheden.

I det tredje tilfælde var tilsynet kun i mindre omfang forberedt fra Roskilde Kommunes side, og Styrelsens vurdering var, at der var større problemer af betydning for patientsikkerheden, hvorfor de valgte at udstedte et påbud.

I det følgende beskriver vi de tre tilsyn i forholdsvis omhyggelig detaljer – både i forhold til de metoder, som STPS anvender til dataindsamling, hvordan og hvorvidt der i tilsynsarbejdet er fokus på læring og/eller kontrol, og i forhold til den læring der er før, under og efter et tilsyn.

4.4.1 Sygeplejeklinikken

Tilsynsbesøget på sygeplejeklinikken var et planlagt, stikprøvebaseret tilsyn med særlig fokus på risikosituationslægemidler.

Det betød, at STPS ikke på forhånd havde nogen viden om evt. udfordringer af betydning for patientsikkerheden på enheden. Det betød også, at de havde sat kortere tid af til tilsynsbesøget, end de gør til et almindeligt sundhedsfagligt tilsyn, idet det ikke var samtlige 14 målepunkter, de skulle igennem, men blot de mere specifikke målepunkter, som STPS har udarbejdet for det specifikke sundhedsfaglige tilsyn vedr. risikosituationslægemidler.

STPS havde varslet tilsynet 6 uger inden besøget, og de mødte frem på behandlingsstedet kl. 09.00. Her var der en række ledere, medarbejdere og kvalitetskonsulenter fra Roskilde Kommune samlet, men ikke den faste sygeplejerske, der normalt bemandede klinikken³⁹. I stedet var tre sygeplejersker fra kommunen repræsenteret tillige med områdelederen for hjemme- og sygeplejen i distriktet og en kvalitetskonsulent fra kommunen.

STPS indledte tilsynet med at redegøre for tilsynets baggrund og formål. Herefter var der en introduktion til tilsynet, og de tilsynsførende sendte et skema rundt, hvor alle skulle beskrive sig med navn og titel, således at STPS efterfølgende havde en oversigt over, hvem der havde medvirket ved tilsynet.

STPS gennemførte et interview med ledelsen (områdelederen) og de fremmødte medarbejdere, hvoraf det fremgik, at den sygeplejerske, der normalt bemandede sygeplejeklinikken, var syg, men at det normalt – ved sygdom – ville være sygeplejen i distriktet, der dækkede ind og afløste, dvs. at de tre sygeplejersker, der var til stede ved interviewet, var repræsentanter for den organisatoriske enhed og den medarbejdergruppe, der normalt ville gå ind og afløse i denne situation.

³⁹ Den faste sygeplejerske var syg.

STPS foretog herefter en gennemgang af et mindre antal udvalgte journaler (stikprøve på 3) for nogle af de borgere, der kom i klinikken, og i forhold til hvem der kunne være relevant til at vurdere risikosituationslægemidler.

De var grundige i gennemgangen og kom undervejs med flere venlige spørgsmål, der understøttede, at den sygeplejerske, der førte musen, kunne få tid til at orientere sig i journalerne og finde de relevante oplysninger. De var både venlige og tydelige omkring, at de ikke havde nogen holdning til, hvor de aktuelle oplysninger fremgik – bare de fremgik – og kvalitetskonsulenten fra kommunen var ligeledes venligt understøttende i at komme med forslag til, hvor oplysningerne evt. kunne være at finde, når sygeplejersken ikke lige umiddelbart kunne finde dem⁴⁰. Det fremgik, at kvalitetskonsulenten og de tilsynsførende havde et forudgående kendskab til hinanden, og at den tilsynsførende i denne forbindelse også var bekendt med, at Roskilde Kommune nyligt havde opdateret en række af deres vejledninger på forskellige områder. Det betød, at den tilsynsførende fra STPS ikke behøvede at se dem igennem (for det havde hun allerede gjort ved sit tidligere tilsynsarbejde).

Den tilsynsførende var generelt set meget rosende i forhold til en række af de beskrivelser, som sygeplejersken fandt i journalerne, og hun kom herudover med en række gode råd om forbedringer, som hun understregede bare var gode råd – ikke andet.

Efter at have observeret medicinadministrationen i samarbejde med en (anden) sygeplejerske lukkede hun den formelle del af tilsynet med en klar konklusion om, at alt var, som det skulle være, og at tilsynet ikke havde fundet noget at bemærke.

Herefter åbnede hun for en times semistruktureret drøftelse af relevante forhold for kvaliteten på stedet, som hun understregede var fri i den forstand, at den ikke ville påvirke tilsynets konklusioner.

Her havde især kvalitetskonsulenten og områdelederen mulighed for at stille spørgsmål til og hente sparring fra den tilsynsførende i forhold til spørgsmål, hvor de selv var i tvivl i forhold til, hvad der var gældende på forskellige områder. Den tilsynsførende kunne i de fleste tilfælde svare umiddelbart, men i det ene tilfælde, hvor hun ikke kunne, lovede hun at undersøge det og vende tilbage med en tilbagemelding, hvilket var meget værdsat fra kvalitetskonsulentens side.

⁴⁰ Udfordringen for de tilsynsførende er, at det kan være forskelligt fra kommune til kommune, hvor oplysningerne er at finde i omsorgssystemerne. Det er det, fordi det er muligt for kommunerne at skræddersy systemet, så det passer til lige netop deres behov, dvs. at systemet vil være forskelligt fra kommune til kommune. Det har de tilsynsførende af princip ikke nogen holdning til – de er der for at sikre, at oplysningerne er at finde, når der er brug for dem, og så må det være op til den enkelte kommune at afgøre, hvor de står.

4.4.2 Hjemmeplejeenheden

Tilsynsbesøget på hjemmeplejeenheden var et reaktivt tilsyn på baggrund af en anonym bekymringshenvendelse.

Den tilsynsførende havde ikke på baggrund af henvendelsen en forventning om, at der ville være større problemer. Hun havde derfor valgt i vid udstrækning at gribe tilsynsbesøget an som et almindeligt sundhedsfagligt tilsyn med fokus på kvaliteten generelt. Den specifikke sag ville hun selvfølgelig spørge ind til, men det var ikke det, hun på forhånd forventede ville fylde ved tilsynsbesøget.

Tilsynsbesøget var planlagt til at starte kl. 09.00 og vare til ca. kl. 15.00. Da de tilsynsførende mødte op, var ledere, medarbejdere og kvalitetskonsulenter allerede samlet. De havde forberedt en fremlæggelse af de tiltag, som lederen havde med henblik på kvalitetsudvikling på stedet, og en redegørelse – på godt og ondt – om de udfordringer de oplevede qua den borgersammensætning, der var i forhold til deres enhed.

Den tilsynsførende forklarede fra starten af tilsynsbesøget, hvordan hun forventede at dimensionere dagen, og hvilke forskellige punkter der derfor var på dagsordenen. Herunder ville hun gerne interviewe de fremmødte ledere og medarbejdere, gennemgå nogle af journalerne og ud og gennemgå medicinen i nogle af borgernes hjem.

De var to tilsynsførende ved besøget, og de vekselvirkede og dækkede ind for hinanden i forhold til, hvem der førte ordet, og hvem der tog referat. Også i dette tilfælde delte de en seddel ud, hvorpå deltagerne kunne skrive, hvad deres navn og titel var. De gennemførte en session med tilsynets baggrund og formål, præsentation bordet rundt og en gennemgang af tidsplanen.

Herefter var der en redegørelse fra lederen og efterfølgende mere fri drøftelse, både om enheden generelt og den specifikke sag, der havde udløst bekymringshenvendelsen. Ledere, kvalitetskonsulenter og medarbejdere svarede generelt set tilfredsstillende på styrelsens spørgsmål, og der var – set fra de tilsynsførendes perspektiv – intet at bemærke på dette tidspunkt af tilsynsbesøget.

Efterfølgende vekselvirkede en journalgennemgang med borgerbesøg (de tilsynsførende ville gerne nå begge dele, men borgerbesøgene skulle gennemføres på et tidspunkt, hvor i) borgerne havde givet tilsagn, og ii) medarbejderne havde tid til at tage de tilsynsførende med rundt). Dette sikrede de tilsynsførende ved, at de forholdsvis hurtigt fra morgenstunden udvalgte de borgere, som de gerne ville ud og besøge, således at planlæggerne kunne nå at træffe aftale med borgerne om, at det var ok, at de kom på besøg, således

at der kunne findes en medarbejder, der kunne tage de tilsynsførende med rundt (for de tilsynsførende fra STPS må ikke besøge borgerne alene).

I løbet af formiddagen indledte de tilsynsførende journalgennemgangen, men afbrød den, da tiden var kommet til borgerbesøgene. De gennemførte borgerbesøgene og vendte tilbage til hhv. frokost og resten af journalgennemgangen, efter besøgene ved borgerne var gennemført.

Det var under ét af borgerbesøgene, at den tilsynsførende sammen med medarbejderen fandt eksempler på medicin, der var blevet for gammel, hvilket den tilsynsførende var nødt til at bemærke.

Alt andet klarede enheden godt, og de tilsynsførende afsluttede besøget med en klar og tydelig tilkendegivelse af, at de kun havde fundet mindre forhold af betydning for patientsikkerheden; konkret den medicin, der var blevet for gammel, og det var de helt sikre på, at medarbejdere og ledere nok skulle nå at rette op på inden høringsfristen udløb – medarbejderen var allerede i gang.

VIVE spurgte efterfølgende ledere og medarbejdere, hvor stort arbejde, de havde gjort med at forberede dette tilsynsbesøg, og det fremgik, at det også havde været vel forberedt, men ikke på samme måde som besøget i sygeplejeklinikken⁴¹. De havde drøftet deres egen rolle i forhold til den specifikke sag, der havde ført frem til bekymringshenvendelsen, og forberedt en balanceret fremlæggelse af udfordringer og påtænkte indsatser på enheden. Fremlæggelsen var, jf. den tilsynsførendes refleksioner, god, og netop som man kunne forvente af en leder på det niveau, der medvirkede ved tilsynsbesøget. Journalerne indeholdt alle relevante oplysninger. Medarbejderne svarede relevant – og så var der bare lige den med medicinen, der var udløbet.

Alt i alt gik tilsynsbesøget godt, og de lokale ledere og kvalitetskonsulenter havde besluttet at afvente resultatet af tilsynet, før de tog handling i forlængelse af den konkrete bekymringshenvendelse. Der var ikke grund til bekymring på enheden hverken set fra Roskilde Kommunes egen eller set fra de tilsynsførendes side i denne sag.

4.4.3 Plejecenteret

Tilsynet på plejecenteret var også et eksempel på et reaktivt tilsyn på baggrund af en (anden) bekymringshenvendelse.

I dette tilfælde var de tilsynsførende mere bekymrede inden tilsynsbesøget, end de var i forhold til besøget i hjemmeplejen, jf. ovenfor, så de planlagde at bruge

⁴¹ Forskellen bestod i, at fokus for tilsynet i sygeplejeklinikken var risikosituationslægemidler, hvilket omfattede ca. 15 patienter. I hjemmeplejen var fokus på alle borgere, og de valgte at gå alle journaler igennem som del af forberedelsesarbejdet. Det var en større opgave, som varede cirka 14 dage.

en del mere af tiden på at spørge kritisk ind til den konkrete sag (set i forhold til den tid, som de også ønskede at bruge på de mere generelle forhold).

Besøget startede kl. 09.00 og var planlagt til perioden fra kl. 09.00-15.00 på enheden. Det virkede mindre godt forberedt fra enhedens side, både i forhold til hvem der deltog (plejehjemslederen, en kvalitetskonsulent fra kommunen og en enkelt medarbejder) og i forhold til det lokale, der var valgt til fremlæggelsen (lederens kontor), hvor der fx ikke var en skærm, der kunne anvendes til journalgennemgang i forbindelse med tilsynet⁴².

Den tilsynsførende introducerede tilsynet efter samme skabelon, som VIVE også havde observeret i de to forrige tilfælde. Det vil sige, at der var en præsentation af tilsynets baggrund og formål, en redegørelse af, hvad der skulle ske på dagen, og en præsentation bordet rundt kombineret med et skema, hvor deltagerne skriftligt kunne redegøre for deres navn og titel.

Lederen tilkendegav i forbindelse med introduktionen, at hun ikke kunne forstå, hvorfor styrelsen havde valgt at gennemføre tilsynet. Hun mente, at hendes medarbejdere havde gjort det godt. Nu stod hun i den situation, hvor hun skulle forklare og fastholde for dem, at de var dygtige og havde gjort det rigtige i en situation, hvor der var kommet en klage.

De tilsynsførende brugte den time, der var afsat til interview, på at spørge til de generelle som specifikke forhold på enheden af betydningen for patientsikkerheden.

Herefter gik de ind i et andet rum sammen med kvalitetskonsulenten og den medarbejder, der var udvalgt til at medvirke ved besøget⁴³. De gennemgik journalerne, hvor de – ligesom medarbejderen – kunne se, at der var flere fejl og mangler, og det tog på denne baggrund forholdsvis lang tid for den tilsynsførende at gennemgå journalerne for de i alt tre borgere, som de indledningsvist havde udvalgt til at indgå i afdækningen.

Der ligger en forholdsvis omhyggelig tidsstyring i et tilsynsbesøg, hvor de tilsynsførende løbende skal tage stilling til, om de fx vil prioritere at gennemføre en journalgennemgang på alle de tre borgere, som de initialt har udvalgt – eller om de vil prioritere at bruge tiden på andre, også relevante forhold.

I det konkrete eksempel overvejede de tilsynsførende efter journal nummer 2, om de skulle prioritere tiden på noget andet end journal nummer 3, men de valgte at tage journal nummer 3 med eksplicit henblik på at give enheden en chance. De problematiske forhold, de havde fundet på ét ud af tre afsnit, var

⁴² Årsagen til at bruge lederens kontor var, at skærmen netop denne dag ikke virkede i det mødelokale, der ellers var booket.

⁴³ Lederen blev tilbudt at deltage, men ønskede det ikke.

måske ikke gældende for alle afsnit på plejecenteret. Og hvis de kun var gældende for et eller to ud af tre afsnit, så kunne det være en fordel at pege på, at det ikke gjaldt hele plejecenteret, og at de kunne lære af hinanden indbyrdes i det videre udviklingsarbejde.

I praksis fandt de tilsynsførende kritisable forhold via journalgennemgangen alle tre steder. Medarbejderen var, ligesom kvalitetskonsulenten og VIVE, vidner til en dataindsamling, der kompetent og afklaret afdækkede, at der var udfordringer på stedet, som der burde handles på.

Da de tilsynsførende trak sig tilbage for at samstemme deres tilbagemelding til enheden, var de ikke i tvivl om, at tilsynet ville udløse et påbud.

De indkaldte lederen, der modtog tilbagemeldingen sammen med medarbejderen og kvalitetskonsulenten, som i vid udstrækning virkede uforstående over for analysen – bl.a. fordi hun ikke selv havde medvirket ved journalgennemgangen.

De tilsynsførende skulle bruge ekstra tid (og de tog den ekstra tid) på tilbagemeldingen til lederen, fordi hun ikke havde deltaget i hele tilsynsbesøget. Endvidere fordi hun fra starten ikke havde forventet, at der var tale om et problem, dvs. at det i noget omfang kom bag på hende, at dette var tilbagemeldingen fra de tilsynsførende.

De tilsynsførende var professionelt venlige i deres tilbagemelding, men samtidig tydelige på, at de havde fundet problematiske forhold, som de forventede ville udløse et påbud.

Kvalitetskonsulenten fra kommunen blev i lokalet sammen med den lokale leder, da de tilsynsførende var gået, og hun lovede, at hun nok skulle hjælpe hende med at komme videre.

4.4.4 Samlet indtryk

Det er VIVEs samlede indtryk på baggrund af dataindsamlingen vedr. det sundhedsfaglige tilsyn, at det er velstruktureret omkring de målepunkter og de undersøgelsesmetoder, som styrelsen anvender. Endvidere at dette er vel beskrevet på styrelsens hjemmeside, således at kommunerne har god mulighed for at forberede sig på evt. tilsyn, hvis de har ønske om det. Tilsyn, der er godt forberedt, vil mere sandsynligt medføre gode vurderinger. I disse tilfælde ligger læringen i perioden frem til tilsynet, og ikke efter.

Det er selvfølgelig afgørende, at de decentrale enheder fastholder den læring, der er gjort før, under og efter et tilsyn. Her spiller både kommunens kvalitetskonsulenter og ledere på mange niveauer en væsentlig rolle.

4.5 Tilsynsrapporten

STPS har en fast skabelon for afrapportering af sine tilsynsbesøg. Af forsiden fremgår det, hvilken type af tilsyn der er tale om, samt på hvilken dato tilsynet er gennemført. Herefter er rapporten struktureret i seks kapitler:

- i) Vurdering
- ii) Krav eller henstillinger
- iii) Fund ved tilsynet
- iv) Relevante oplysninger
- v) Målepunkter
- vi) Lovgrundlag og generelle oplysninger

4.5.1 Vurdering

Den overordnede vurdering kan være kortere og længere alt efter tilsynets konklusion. Er konklusionen "ingen problemer af betydning for patientsikkerheden", gives en kortfattet begrundelse. Er konklusionen "større problemer af betydning for patientsikkerheden" gives en længere begrundelse og opsamling vedr. tilsynets konklusion.

Figur 4.1 viser et eksempel på en kortfattet begrundelse i et tilfælde, hvor der ikke er fundet problemer af betydning for Patientsikkerheden.

Figur 4.1 Kortfattet begrundelse efter tilsyn

1. Vurdering

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **26-05-2023** vurderet, at der på **Plejecenter [REDACTED]** er

Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview, journal- og instruks gennemgang ved det aktuelle tilsyn.

Vi konstaterede, at alle målepunkter var opfyldt.

Plejecenter [REDACTED] fremstod sundhedsfagligt velorganiseret i forhold til blodfortyndende medicin, med gode procedurer og høj grad af systematik, og vi identificerede ingen problemer af betydning for patientsikkerheden.

Styrelsen stiller ingen krav eller henstillinger til behandlingsstedet på baggrund af det aktuelle tilsynsbesøg. Vi afslutter tilsynet.

Kilde: Styrelsen for Patientsikkerhed, 2023a

Figur 4.2 viser et eksempel på en længere begrundelse i et tilfælde, hvor der er fundet større problemer af betydning for patientsikkerheden. Vurderingen indeholder i dette tilfælde både styrelsens vurdering og styrelsens konklusion efter partshøring. I det konkrete eksempel vælger styrelsen at give påbud om, at behandlingsstedet skal opfylde de nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold i orden. Påbuddet offentliggøres på styrelsens hjemmeside og sundhed.dk og fjernes, når det er efterlevet.

Figur 4.2 Længere begrundelse efter tilsyn

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget oplysninger om faktuelle forhold, som i relevant omfang er tilrettet i tilsynsrapporten.

Styrelsen anerkender, at behandlingsstedet har iværksat en proces med henblik på at rette op på manglerne i medicinhåndteringen og i den sundhedsfaglige dokumentation, herunder undervisning af personalet.

Vi finder det dog ikke dokumenteret, at tiltagene på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden på behandlingsstedet.

Vi har derfor den **8. august 2023** givet behandlingsstedet påbud om, at behandlingsstedet skal opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold i orden.

Påbud offentliggøres separat på stps.dk og på sundhed.dk. Når vi konstaterer, at påbuddet er efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **30-05-2023** vurderet, at der på **Plejecentret [redacted]** er

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview, journal- og instruks gennemgang ved det aktuelle tilsyn.

Sundhedsfaglige vurderinger og dokumentation

Ved tilsynsbesøget konstaterede vi, at journaler ikke blev ført systematisk og at der i flere af de oprettede aktuelle problemområder manglede vurderinger og beskrivelser af, hvordan sygdomme og funktionsnedsættelser kom til udtryk hos patienterne. Endvidere konstaterede vi manglende beskrivelse af den pleje og behandling, som skulle udføres hos patienten. I flere tilfælde var der ikke dokumenteret opfølgning og evaluering af den udførte pleje og behandling. Manglerne i den sundhedsfaglige dokumentation betød, at personalet i flere tilfælde ikke i tilstrækkelig grad kunne redegøre for, hvilke overvejelser, der var gjort, hvilken pleje og behandling, der var planlagt, og hvilken pleje og behandling, der var udført samt resultatet heraf.

Det er vores vurdering, at omfanget af mangler i dokumentationen også var et udtryk for, at kommunens instruks for journalføring ikke var implementeret i det fornødne omfang.

Fortsættes næste side...

Kilde: Styrelsen for Patientsikkerhed, 2023b

Det er endvidere vores vurdering, at den manglende beskrivelse af pleje, behandling, opfølgning og evaluering ikke alene kan henføres til manglende journalføring, men i flere tilfælde må tages som udtryk for manglende udførelse heraf.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at behandlingsstedets sundhedsfaglige dokumentation ikke i tilstrækkeligt og nødvendigt omfang beskrev patienternes aktuelle problemstillinger og risici. Der var flere problemområder, der ikke var fagligt vurderet, ved tilsynet kunne der ikke i tilstrækkeligt omfang redegøres for, at relevante faglige observationer blev foretaget i relation til disse tilstande.

Det er vores vurdering, at mangelfuld sundhedsfaglig dokumentation samt manglende systematik, entydighed og overskuelighed i dokumentationen rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, samt ved håndtering af en eventuel akut opstået situation.

Medicinhåndtering

Ved tilsynsbesøget konstaterede vi, at der var enkelte mangler i kvittering for ikke dispenserbar medicin herunder risikosituationslægemidlet insulin.

Vi konstaterede endvidere manglende medicin i to ud af tre medicinbeholdninger af ikke doserbar medicin, samt medicin der var overskredet udløbsdatoen samt, at der på behandlingsenheden var en arbejdsgang, hvor der blev rettet på label på medicinæsken i hånden, hvis der var ændringer i medicinordinationen.

På baggrund af de konstaterede mangler ved medicinhåndtering var det vores vurdering, at instruks for medicinhåndtering ikke var implementeret i det fornødne omfang.

Det er vores vurdering, at fejl og mangler i den praktiske medicinhåndtering udgør en alvorlig risiko for patientsikkerheden, idet der kan være tvivl om den givne medicin og dermed tvivl om effekten hos patienten. Det øger desuden risikoen for, at patienten ikke modtager behandlingen eller modtager forkert behandling.

Patienters retsstilling

Der var flere eksempler på, at patientens samtykkekompetence og handleevne ikke var tydeligt beskrevet i journalen. Behandlingsstedet dokumenterede ikke systematisk, at der var givet informeret samtykke til behandling, eller om der var givet samtykke/stedfortrædende samtykke, før der var blevet taget kontakt til en læge.

Opsamling

Vi har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, herunder at de uopfyldte målepunkter fordelte sig inden for flere områder og var gennemgående.

Manglerne vurderes at have et større omfang, der kræver målrettet arbejde med systematisk sundhedsfaglig vurdering og dokumentation, medicinhåndtering og patienters retsstilling inden målepunkterne kan opfyldes.

Styrelsen vurderer, at der samlet er tale om større problemer af betydning for patientsikkerheden.

Kilde: Styrelsen for Patientsikkerhed, 2023b

4.5.1.1 Krav eller henstillinger

Krav eller henstillinger fremgår af et standardiseret skema, der oplyser, hvilke krav eller henstillinger styrelsen har i forhold til hvilket målepunkt.

Tabel 4.2 viser et eksempel på krav i et tilfælde, hvor der er fundet større problemer af betydning for patientsikkerheden (samme tilfælde som ovenfor)⁴⁴. Henstillinger fremstilles efter samme grundskabelon, dvs. at det specifikt fremgår, hvilket målepunkt der er tale om, og hvad der stilles som krav/henstilles om på baggrund af tilsynet.

⁴⁴ Henstillinger fremstilles efter samme grundskabelon.

Tabel 4.2 Eksempel på krav i et tilfælde, hvor styrelsen har fundet større problemer af betydning for patientsikkerheden (samme tilfælde som ovenfor)

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed stiller følgende krav:

Målepunkt		Krav
2.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at der foreligger den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer Behandlingsstedet skal sikre, at den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i patientens tilstand
4.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår, hvilke aftaler der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap
5.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuell pleje og behandling, opfølgning og evaluering	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme
9.	Gennemgang af og interview om instruks for medicin håndtering	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instruksen for medicin håndtering, og at personalet følger denne Behandlingsstedet skal sikre, at af håndtering af risikosituationslægemidler foregår patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt og følger Sundhedsstyrelsens vejledninger
11.	Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicin håndtering	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patients medicinbeholdning Behandlingsstedet skal sikre, at der dokumenteres, hvem der har dispenseret og administreret ikke-dosebar medicin, og hvornår
		<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, er ikke overskredet
12.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser om patienten er vurderet helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling Behandlingsstedet skal sikre, at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation

Kilde: Styrelsen for Patientsikkerhed 2023b

4.5.1.2 Fund ved tilsynet

Tilsynets fund fremgår af et standardiseret skema, der systematisk gennemgår alle målepunkter og krydser af, om målepunktet er opfyldt, ikke opfyldt eller ikke er aktuelt. I de tilfælde, hvor målepunktet ikke er opfyldt, gives der en begrundelse for dette.

Tabel 4.3 viser et eksempel på, hvordan skemaet er udfyldt vedrørende målepunkterne 9 og 10 i samme tilfælde som fremhævet ovenfor.

Tabel 4.3 Medicinhåndtering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering</u>		X		På baggrund af de konstaterede mangler ved medicinhåndtering vurderes det, at instruks for medicinhåndtering ikke var implementeret i det fornødne omfang.
10.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>	X			

Kilde: Styrelsen for Patientsikkerhed 2023b

4.5.1.3 Relevante oplysninger

Afsnittet med relevante oplysninger oplister en række faktuelle oplysninger om behandlingsstedet samt baggrunden for tilsynet. Endvidere hvem der deltog i tilsynet, hvem den afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til, og hvem der foretog tilsynet.

4.5.1.4 Målepunkterne

Afsnittet med målepunkter oplister de målepunkter, der er anvendt for tilsynet (samme beskrivelser som ligger offentligt tilgængeligt på styrelsens hjemmeside, og som enheden er blevet tilsendt forud for tilsynsbesøget).

4.5.1.5 Generelle oplysninger

Afsnittet med generelle oplysninger indeholder generelle oplysninger om tilsynets baggrund, formål og indhold – svarende til de oplysninger, der findes på styrelsens hjemmeside og også er gengivet i denne rapport (afsnit 3.2.2).

4.6 Opsummering

Det sundhedsfaglige tilsyn på det kommunale ældreområde omfatter både tilsyn med hjemmeplejen, sygeplejen, akut- og træningsområdet samt plejeboligområdet.

Der blev i 2022 gennemført i alt 6 sundhedsfaglige tilsyn på ældreområdet i Roskilde Kommune, hvoraf samtlige fandt mindre problemer af betydning for patientsikkerheden.

VIVE har haft anledning til at observere 3 sundhedsfaglige tilsyn i Roskilde Kommune i forbindelse med udarbejdelsen af denne evalueringsrapport.

2 tilsyn fremstod som vel forberedte fra kommunens side. De resulterede begge i tilsynsrapporter, der ikke fandt nogen problemer af hensyn til patientsikkerheden.

1 tilsyn fremstod som mindre godt forberedt fra kommunens side. Her fandt styrelsen større problemer af betydning for patientsikkerheden, og de valgte at udstede et påbud.

Styrelsens tilsynsarbejde er stærkt struktureret omkring en fast liste af målepunkter og en fast fremgangsmåde, der sikrer de tilsynsførende at komme igennem alle de dataindsamlingsaktiviteter, som de skal igennem i løbet af et tilsynsbesøg.

Dagsprogrammet består i grove træk af: i) interview med ledelsen samt evt. relevante medarbejdere, ii) gennemgang af journaler samt iii) besigtigelse af medicinopbevaringen sammen med personalet samt iv) tilbagemelding til ledelsen samt evt. udvalgte medarbejdere.

Tilsynet er varslet 6 uger før, hvis der er tale om planlagte tilsyn og 2 uger før, hvis der er tale om reaktive tilsyn.

Styrelsen kan gennemføre tilsyn uden varsel, hvis de har behov for det.

De kan give påbud om at indstille virksomheden helt eller delvist, hvis der er kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden.

5 Ældretilsynet (SEL 150)

Ældretilsynet blev indført på en satspuljebevilling fra 2018-2021 og er senere forlænget til og med 2024 (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2023c).

I dette kapitel beskrives satspuljebevillingen, lovteksten og udmøntningen ved Styrelsen for Patientsikkerhed. Herefter gives en oversigt over de ældretilsyn, der har været gennemført i Roskilde Kommune i 2023, samt et indblik i det mere konkrete tilsynsarbejde baseret på VIVEs observationer af to ældretilsyn, hvoraf ét har været gennemført i Roskilde Kommune, og et andet har været gennemført i en anden kommune, der har ønsket at være anonym i denne fremstilling⁴⁵.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ligesom Roskilde Kommune og den anden medvirkende kommune haft beskrivelsen til gennemsyn inden offentliggørelse.

5.1 Satspuljen

Ældretilsynet blev indført på en satspuljebevilling fra 2018-2021 og er senere forlænget til og med 2024 (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2023c).

Baggrunden for at oprette et statsligt ældretilsyn var, jf. bemærkningerne til lovforslaget, at der "er brug for en højere grad af uvildighed i tilsynet med den hjælp, som kommunen selv og private leverandører leverer" (Social-, Bolig- og Ældreministeriet 2022, s. 8).

Med satspuljeaftalen for 2018-2021 blev det aftalt, at Styrelsen for Patientsikkerhed frem til udgangen af 2021 skulle føre et uafhængigt tilsyn med, om den hjælp, som ydes i plejeenhederne efter servicelovens §§ 83-87, har den fornødne kvalitet (Social-, Bolig- og Ældreministeriet 2022, s. 8).

Et bredt flertal i folketinget besluttede i 2020 at forlænge satspuljeforsøget, samtidig med at tilsynet bliver styrket ved obligatoriske læringsforløb til de plejeenheder, der har fået påbud af Ældretilsynet.

⁴⁵ Årsagen til, at der indgår et ældretilsyn i en anden kommune, er helt lavpraktisk, at der ikke blev gennemført et ældretilsyn i Roskilde Kommune på et tidspunkt, hvor VIVE havde mulighed for at deltage inden for den tidsramme, som VIVE havde til rådighed for at gennemføre sine observationer. På denne baggrund valgte VIVE i samråd med Roskilde Kommune at tage kontakt til andre kommuner med henblik på at få mulighed for at gennemføre det relevante observationsstudie.

Opfølgings- og læringsforløbene gennemføres af Sundhedsstyrelsen (Social-, Bolig- og Ældreministeriet 2022, s. 8) og *beskrives ikke nærmere i denne rapport*⁴⁶.

5.2 Lovgrundlaget

Ældretilsynet er indskrevet i servicelovens § 150, hvoraf det fremgår, at "Styrelsen for Patientsikkerhed skal føre tilsyn med den personlige hjælp, omsorg og pleje efter §§ 83-87, som ydes på registreringspligtige kommunale og private enheder, jf. servicelovens § 150c".

Den personlige hjælp, omsorg og pleje, der skal føres tilsyn med, omfatter:

1. Personlig pleje, praktisk bistand og madservice efter servicelovens § 83 (her har borgerne frit valg af leverandør)
2. Rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83
3. Tilbud om afløsning eller aflastning, jf. servicelovens § 84
4. Evt. tilbud om midlertidigt ophold, jf. servicelovens § 84, stk. 2
5. Hjælp, omsorg, støtte, genoptræning og hjælp til udvikling af færdigheder, jf. servicelovens § 85
6. Genoptræning og vedligeholdende træning efter servicelovens § 86
7. Tilbud om ovenstående bortset fra genoptræning og vedligeholdende træning i døgndrift.

De enheder, der er omfattet af registreringspligten, omfatter:

1. Plejehjem mv., jf. § 192
2. Plejeboligbebyggelser, der er omfattet af lov om almene boliger mv. eller lov om boliger for ældre og personer med handicap, friplejeboligbebyggelser, der er omfattet af lov om friplejeboliger
3. Andre tilsvarende boligenheder, herunder midlertidige pladser, hvor hjælpen udgår fra servicearealer, og der er tilknyttet fast personale
4. Leverandører, som leverer hjælp efter § 83, jf. § 91 (150c).⁴⁷

⁴⁶ Baggrunden for dette har været et ønske om at fokusere på selve tilsynsbesøget og de forskelle og ligheder, der er i forhold til hhv. samskabt tilsyn, det eksisterende kommunale ældretilsyn og det eksisterende sundhedsfaglige tilsyn. Et videre studie af tilrettelæggelsen og udbyttet af læringsforløbene vurderes imidlertid i høj grad at være relevant som bidrag til den samlede forståelse af såvel eksisterende tilsynspraksis som de muligheder og perspektiver, der er i udvikling af én samlet model for tilsyn på ældreområdet.

⁴⁷ Registreringspligten er via lovgivningen eksplicit afgrænset fra at omfatte enheder, hvor hjælpen og støtten til borgerne i enheden i væsentligt omfang omfatter støtte efter § 85 (150c).

Fokus for ældretilsynet er således på den hjælp, der leveres efter en bred række af paragraffer (SEL § 83-87) til de borgere, de er omfattet af en enkelt paragraf (fx SEL § 83, SEL § 192 eller SEL § 84, stk. 2).

5.3 Udmøntningen ved STPS

Ældretilsynet varetages enten som et planlagt tilsyn på baggrund af risikoanalyser og stikprøver eller som et reaktivt tilsyn, typisk på baggrund af bekymringshenvendelser eller medieomtaler.

Styrelsen for Patientsikkerhed skal samlet set gennemføre tilsyn på 10 % af de behandlingssteder, der har ladet sig registrere, jf. ovenfor.

Tilsynet varsles typisk 6 uger, før tilsynet gennemføres (<https://stps.dk/da/tilsyn/aeldretilsynet/>).

Styrelsen for Patientsikkerhed *kan* vælge at gennemføre uvarslede tilsyn, hvis særlige forhold tilsiger dette.

Det kan bl.a. ske, hvis Styrelsen vurderer, at formålet med tilsynet vil være forspildt ved varsling, hvis der er afgørende hensyn til private eller offentlige interesser, eller hvis der er tale om meget alvorlige forhold, som gør det nødvendigt at udføre et tilsynsbesøg øjeblikkeligt.

5.3.1 Vurdering

Ved tilsynet vurderes plejeenhederne ud fra fire kategorier i forhold til den fornødne kvalitet:

0. Ingen problemer af betydning for kvaliteten indebærer, at samtlige målepunkter er opfyldt.
1. Mindre problemer af betydning for kvaliteten indebærer, at der hos den enkelte plejeenhed er ét eller flere målepunkter, som ikke er opfyldt. I dette tilfælde skelnes mellem:
 - 1.a "mindre problemer", hvor styrelsen vurderer, at der er tale om forhold, som ikke indebærer en større risiko for kvaliteten, og at plejeenheden relativt let vil kunne rette op på disse forhold.
 - 1.b "mindre problemer med handleplan", hvor plejeenheden bliver bedt om at indsende en handleplan med en beskrivelse af, hvordan de vil arbejde med at løfte kvaliteten.

2. Større problemer af betydning for kvaliteten indebærer, at der er problemer af betydeligt omfang, som medfører en risiko for den fornødne kvalitet. Denne vurdering udløser et påbud til plejeenheden om at rette op på problemerne inden for en nærmere fastsat tidsfrist.
3. Kritiske problemer af betydning for kvaliteten indebærer, at problemerne er af så alvorlig karakter, at Styrelsen for Patientsikkerhed kan give påbud om, at plejeenheden midlertidigt indstiller indsatsen helt eller delvist.

5.3.2 Opfølgning

I de tilfælde, hvor en plejeenhed får et påbud med krav til den social- og plejefaglige indsats, vil ældretilsynet følge op på påbuddet.

Opfølgning efter påbud vil typisk ske ved, at Styrelsen for Patientsikkerhed gennemfører et nyt tilsynsbesøg.

Her vil Styrelsen fortsætte dialogen med plejeenheden om, hvad der skal til for at opnå den fornødne kvalitet, indtil påbuddet kan ophæves.

De enheder, der får påbud eller krav om midlertidigt at indstille driften helt eller delvist, skal samtidig tage imod et opfølgnings- og læringsforløb ved det udgående rejsehold under Videnscenter for Værdig Ældrepleje i Sundhedsstyrelsen.

5.3.3 Temaer og målepunkter

De temaer og målepunkter, som styrelsen bruger i tilsynsarbejdet, er offentligt tilgængelige på styrelsens hjemmeside.

Boks 5.1 viser de temaer og målepunkter, der var gældende på det tidspunkt, hvor VIVE gennemførte sine observationsstudier.

Boks 5.1 Oversigt over temaer og tilhørende målepunkter

- 1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død**
 - 1.1. Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet
 - 1.2. Pleje af borgere ved livets afslutning
- 2. Trivsel og relationer**
 - 2.1. Borgernes trivsel og relationer
- 3. Målgrupper og metoder**
 - 3.1. Borgere med kognitive funktionsevnededsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug
 - 3.2. Forebyggelse af magtanvendelse
 - 3.3. Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand
 - 3.4. Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne
- 4. Organisation, ledelse og kompetencer**
 - 4.1. Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold
- 5. Procedurer og dokumentation**
 - 5.1. Plejeenhedens dokumentationspraksis
- 6. Aktiviteter og rehabilitering**
 - 6.1. Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter § 83a
 - 6.2. Borgere med behov for hjælp med rehabiliterende sigte efter §83
 - 6.3. Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86
 - 6.4. Tilbud om aktiviteter til borgerne

Kilde: Målepunkter for ældretilsynet på plejecentre, hjemmeplejeenheder og midlertidige pladser. Styrelsen for Patientsikkerhed, 2021, s. 8.

5.3.4 § 150-tilsyn i kalenderåret 2022

Tabel 5.1 giver et overblik over de ældretilsyn, der er gennemført i Roskilde Kommune i 2022.

Tabel 5.1 Ældretilsyn i Roskilde Kommune, 2022

Organisatorisk enhed	Behandlingssted	Baggrund for tilsynet	Dato	Tilsynets konklusioner	Påbud, krav eller henstillinger
Hjemmepleje	HJPL1	Planlagt ældretilsyn	22-11-2022	Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet	Henstillinger (5)
Plejecentre	PC3	Reaktivt ældretilsyn på baggrund af opfølgning på påbud givet den 23.09.2021	28-01-2022	Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet	Henstillinger (1)
	PC4	Reaktivt ældretilsyn på baggrund af opfølgning på påbud givet december 2021	28-06-2022	Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet	Ingen
	PC1	Reaktivt ældretilsyn på baggrund af bekymringshenvendelse	11-08-2022	Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet	Henstillinger (8)
	PC3	Reaktivt ældretilsyn på baggrund af bekymringshenvendelse	08-11-2022	Kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet	Påbud vedr. systematik på den sygeplejefaglige udredning, medicinbehandling og dokumentation
	PC10	Planlagt ældretilsyn	17-nov	Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet	Ingen

Kilde: Roskilde Kommune

Det fremgår af tabellen, at der er gennemført i alt 6 ældretilsyn i hhv. hjemmeplejen (1 tilsyn) og på plejecentre (5 tilsyn på 4 enheder).

Tilsynet i hjemmeplejen finder mindre problemer af betydning af kvaliteten.

De 5 tilsyn på plejecentre finder hhv. ingen problemer af betydning for kvaliteten (2 plejecentre), mindre problemer af betydning for kvaliteten (2 plejecentre) og større problemer af betydning for kvaliteten, hvilket udløser 1 påbud.

Tilsynet i hjemmeplejen er planlagt, og det samme er det sidste tilsyn i plejecenteret (det der finder, at der ikke er nogen problemer af betydning for kvaliteten). De 4 øvrige tilsyn på plejecentre er reaktive på plejebolig (på baggrund af hhv. bekymringshenvendelser (2 tilsyn) eller opfølgning på tidligere udstedte påbud (2 tilsyn)).

Det plejecenter, der får påbud på baggrund af en bekymringshenvendelse i 2022, er samme plejecenter, der fik henstilling om opfølgning og udarbejdelse af handleplaner på baggrund af en opfølgning på et tidligere påbud givet af STPS i 2021. Dette plejecenter har efterfølgende været igennem et læringsforløb ved Sundhedsstyrelsens rejsehold.

Det påbud, der blev givet, handlede om hhv. systematik i den sygeplejefaglige udredning, medicin håndtering og dokumentation.

5.4 Tilsynsbesøget i praksis

VIVE har haft anledning til at studere to forskellige ældretilsyn i forbindelse med denne afrapportering.

Det første ældretilsyn blev gennemført som et planlagt tilsyn ved en privat leverandør af personlig pleje og praktisk bistand. De fik en meget positiv tilbagemelding fra de tilsynsførende, og vurderingen i tilsynsrapporten var: ingen problemer af betydning for den samlede kvalitet (kategori 0).

Det andet ældretilsyn blev gennemført som et reaktivt tilsyn ved et kommunalt drevent plejecenter. De fik også en positiv tilbagemelding fra de tilsynsførende, og vurderingen i tilsynsrapporten var: mindre problemer af betydning for den samlede kvalitet uden risiko for patientsikkerheden (kategori 1.a).

I dette afsnit gives en kort beskrivelse af hver af de to tilsyn. Bagefter gives en kort opsamling på, hvad der kendetegner ældretilsynet i praksis.

Nulrapporten/tilsynet ved den private leverandør

Tilsynet ved den private leverandør var et planlagt tilsyn, der var varslet 6 uger, inden det skulle gennemføres.

Her fik den private leverandør et brev fra styrelsen, hvoraf det fremgik, at de var tilfældigt udtrukket til at deltage, samt at tilsynet ville have fokus på det sæt af målepunkter, der fremgår på styrelsens hjemmeside.

Kommunen bliver ikke varslet, når der skal gennemføres tilsyn ved de private leverandører på ældreområdet, så de er ikke nødvendigvis orienteret om, at dette sker, før styrelsen offentliggør tilsynsrapporten på deres hjemmeside.

I det konkrete tilfælde valgte den private leverandør imidlertid at tage kontakt til kommunen for at få sparring og rådgivning om, hvad det vil sige at få og deltage i et tilsyn.

Kommunens kvalitetskonsulent (der normalt bistår de kommunale leverandører i arbejdet med at forberede og modtage et tilsyn) bidrog både med sparring telefonisk og ved personligt fremmøde hos den private leverandør, hvor hun forklarede, hvordan tilsynene med styrelsen foregår, hvad de har fokus på, og

hvad leverandøren (privat eller offentlig) dermed med fordel kan have fokus på i sit forberedelsesarbejde.

Enheden forberedte herefter tilsynet på samme vis, som VIVE har observeret, at de øvrige kommunale enheder normalt forbereder deres tilsyn, dvs. de gennemgik journalerne for at sikre, at de levede op til styrelsens krav, ligesom de sikrede, at de fornødne procedurebeskrivelser var tilgængelige på datoen for styrelsens besøg.

På selve dagen mødte VIVE op på enheden sammen med Styrelsen for Patientsikkerhed. Styrelsen havde på forhånd planlagt dagens program i dialog med lederen, dvs. at der var fastsat tidspunkter for hhv. interview med ledelsen, interview med medarbejderne, journalgennemgang og feedback.

Hos leverandøren var der forberedt morgenmad i et mødelokale. Ejeren deltog sammen med sine to teamledere og kvalitetskonsulenten fra kommunen.

De to tilsynsførende fra STPS præsenterede sig og forklarede, hvad tilsynsbesøget gik ud på. De lagde vægt på transparent at forklare, at der var tale om et planlagt tilsyn, hvor enheden tilfældigt var trukket ud til at deltage, samt hvad der skulle ske i løbet af dagen.

Den ene af de to tilsynsførende (den person, der førte ordet) havde plancher med, der gav et overblik over hhv. det samlede tilsynsbesøg (Figur 5.1) og styrelsens målepunkter (Figur 5.2).

Figur 5.1 Overblik overtilsynsbesøget

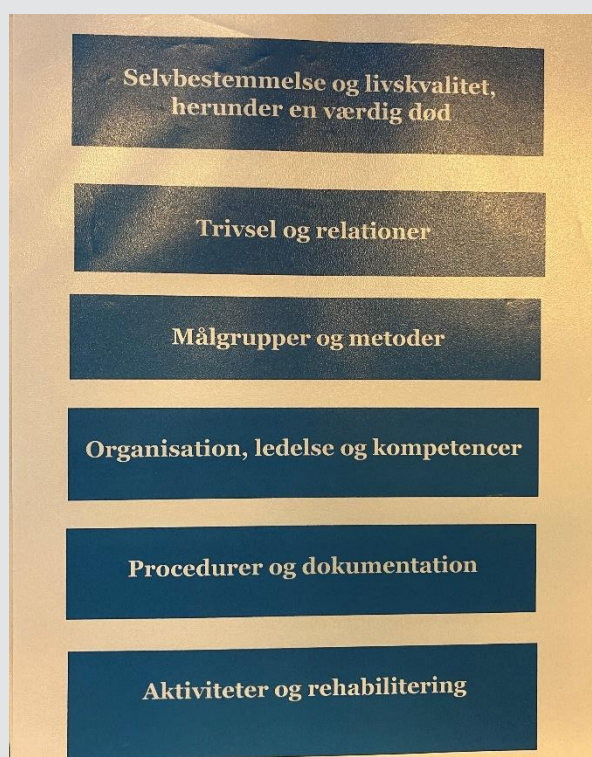


Kilde: Foto taget i forbindelse med dataindsamlingen

Hun introducerede først selve tilsynsbesøget (Figur 5.1) og forklarede, at hun selv ville interviewe ledelsen og medarbejderne, mens hendes kollega ville interview tre borgere og tre pårørende. Herefter ville de foretage en journalgennemgang på tre borgere, holde en timeout og give mundtlig feedback, hvor der "helst ikke skulle være noget, der kom bag på nogen", fordi hun og hendes kollega ville "være tydelige, når og hvis de fandt noget".

Hun forklarede ved brug af den anden planche (Figur 5.2), at det, som de ville undersøge, både handlede om borgernes selvbestemmelse og livskvalitet, trivsel og relationer, og om enhedens procedurer og dokumentation. Det ville de undersøge ved interview og journalgennemgang, og om det var ok (det var det).

Figur 5.2 Planche med styrelsens målepunkter



Kilde: Foto taget i forbindelse med dataindsamlingen

Herefter gav hun ordet til lederen på enheden, der gav en præsentation af enheden, hvor de tilsynsførende havde mulighed for løbende at stille spørgsmål, og hvor der også var plads til, at kvalitetskonsulenten – sammen med lederen – uddybede og forklarede nogle af de samarbejdsrelationer, der var på tværs i kommunen og på tværs af sektorgrænser, fx i forhold til almen praksis og sygehus.

Efter den indledende præsentation var der en kort planlægnings-session, hvor de to tilsynsførende bad lederen og de to teamledere om nogle konkrete forslag til borgere, der havde forskellige former for mere eller mindre komplekse problemstillinger – og pårørende, som der var mere eller mindre velfungerende at samarbejde med – og på denne baggrund foretog et kvalificeret valg af, hvilke borgere og pårørende de ønskede at interviewe.

Der var et bagscenearbejde i forhold til dette, idet enheden dels havde forbedret nogle borgere og pårørende på, at de evt. ville blive interviewet, inden tilsynet kom på besøg. Det havde de bl.a. ved at uddele en planche om tilsynsbesøget, og ved at tale med nogle af borgerne og de pårørende om det. Disse borgere og pårørende var ikke "valgt", men forberedt på at de måske ville blive det. Og i løbet af formiddagen, efter styrelsen – på dagen – havde foretaget sit endelige valg, arrangerede enheden, at styrelsen kunne komme med en medarbejder ud på besøg hos tre borgere og afholde interview (pr. telefon) med tre pårørende. Det blev fleksibelt planlagt i løbet af dagen med afsæt i "det muliges kunst", konkret fx hvilke pårørende der reelt besvarede telefonopkaldet fra enheden og således blev del af stikprøven.

På selve enheden delte de to tilsynsførende sig efter den indledende præsentation af enheden, således at den ene gennemførte et interview med ledelsen og den anden tog med en medarbejder ud for at besøge tre borgere.

Interviewet med ledelsen fokuserede på de overordnede målepunkter, der var for tilsynsarbejdet, og som de tilsynsførende indledningsvist havde forklaret, at de ville fokusere på. Det tog cirka en time og blev afholdt fra kl. 10.00-11.00.

Da lederinterviewet var færdigt, var der endnu en halv time til, at der var planlagt interview med medarbejderne (fra kl. 10.30-11.30), og den af de to tilsynsførende, der var på stedet, besluttede at bruge den ledige tid på at gennemføre et pårørendeinterview.

Herefter kom interviewet med medarbejderne, hvor den tilsynsførende måtte bruge tid på at gøre medarbejderne trygge, fordi de var "helt vildt nervøse for at styrelsen skulle komme på besøg".

Selve interviewet blev gennemført ved, at den tilsynsførende spredte et antal laminerede kort ud over bordet og opfordrede hver af de deltagende medarbejdere til at tage et kort, som de gerne ville sige noget om, og herefter tage en medarbejder, et kort og et emne ad gangen.

Kortene afspejlede de emner, der var for tilsynsbesøget, og vi gengiver et billede af dem under beskrivelsen af næste tilsynsbesøg.

Selve interviewet forløb godt med gode drøftelser og diskussioner mellem medarbejderne og de tilsynsførende. Nogle af spørgsmålene var svære at forstå for medarbejderne, fx hvad der mentes med "faglige metoder". Men når de blev tilskyndet til at beskrive, hvad de gjorde i konkrete borgersager, og hvilke tanker de havde i denne forbindelse, fremgik det, at de *i praksis* i høj grad havde en faglighed med ind i arbejdet, også selv om de fx ikke kendte navnet på de forskellige former for faglige metoder, som Sundhedsstyrelsen fokuserer på i sit udviklingsarbejde.

Interviewet blev afsluttet med medarbejdere, der oplevede og eksplicit tilkendegav, at de havde haft en god oplevelse, og at det både havde været spændende og interessant at medvirke i interviewet. Den indledende nervøsitet var således erstattet af en form for lettelse over, at det ikke bare "ikke havde været så slemt", men faktisk "havde været godt".

Efter medarbejderinterviewet var der en kort frokostpause, hvorunder den anden tilsynsførende kom tilbage, således at begge var klar til at medvirke ved journalgennemgangen over frokosten.

Journalgennemgangen blev gennemført ved, at den tilsynsførende bad den teamleder, som "førte musen", om at slå op på en given borger og vise, "hvis jeg ikke kender hende, hvor går jeg ind". Herefter læste hun højt op og anerkendte og roste beskrivelserne, som var "dejligt opdaterede" og "så konkret og udpenslet, at man sagtens kan gennemføre det, og det er ros!".

Der var generelt set kun ros til journalgennemgangen, hvor det eneste, den tilsynsførende evt. kunne finde at bemærke vedrørte sygeplejedelen, og det var der jo ikke fokus på ved dette tilsyn⁴⁸.

De to tilsynsførende trak sig således tilbage for at drøfte, hvad de hver især havde set og observeret, idet den ene havde interviewet borgerne og nogle af de pårørende, mens den anden havde interviewet ledelsen, medarbejderne og andre af de pårørende. De var enige om, at der ikke var noget, der ikke var til den fornødne kvalitet, og at det kunne de godt sige. De var også enige om, at det, de havde set, virkelig var godt, således at den ene af de to tilsynsførende, der skulle give den mundtlige feedback, "nok skulle huske at skamrose dem". De huskede, at sidst, de var der – det var i 2019 – havde der været nogle fund på dokumentationen, og "hvis man skal være djævelens advokat, så har de selvfølgelig lige været igennem alle journalerne". Men med hele den måde, enheden arbejder på, og som de også kan se afspejlet i den måde, som journalerne er (frisk) opdaterede på, så finder de kun dygtighed og kompetence.

Tilbage meldingen til enheden skete ved, at den tilsynsførende takkede for dagen og for, at enheden havde bidraget så konstruktivt. Hun tog laminatet (Figur

⁴⁸ Kvalitetskonsulentten ville dog ikke desto mindre tale med lederen af sygeplejen om det.

5.1) op igen og forklarede, at: "Efter alt det her får I nu jeres feedback". Og: "Det er sjældent, at jeg kan gøre det så kort som i dag. Det er simpelthen så flot. (...) I får en nulrapport".

Den tilsynsførende forklarede herefter, hvad hun havde set, og hvad hun lagde vægt på i sin vurdering. Hun fortalte om, hvad hun selv havde lagt mærke til og bemærket under leder- og medarbejderinterviewet, og hvordan der kun havde været ros fra borgerne og de pårørende. Hun opfordrede lederen og teamlederne til "virkelig at være stolte af jer selv", samt til at "huske at give det med videre".

Tilsynsbesøget blev afsluttet med, at de to tilsynsførende forlod stedet, hvorefter lederen og kvalitetskonsulenten fra kommunen debriefede.

Kvalitetskonsulenten var glad for det gode samarbejde med den private leverandør, og at lederen havde inviteret hende med ind, samt at de tilsynsførende også havde givet hende lov til at medvirke ved medarbejderinterviewet.

Det gav et godt indblik – for hende – i forhold til hendes generelle forståelse af den generelle indsats på ældreområdet og dermed hendes mulighed for at styrke indsatsen i kommunen som helhed.

Det varslede tilsyn/plejecenteret

Tilsynsbesøget på plejecenteret var et reaktivt tilsyn som følge af en bekymringshenvendelse.

Styrelsen havde fået en bekymringshenvendelse fra en pårørende til én af beboerne på plejecenteret og havde på denne baggrund besluttet at gennemføre et reaktivt ældretilsyn baseret på de almindelige målepunkter.

Tilsynsbesøget var planlagt i dialog med lederen for enheden, og der var lagt et program for dagen, som lederen havde skrevet op på en planche i mødelokalet. Af planchen fremgik, at programmet var som følger:

Klokken

- 09.00-09.45 Interview med ledelsen
- 09.45-10.15 Fortsat interview (udviklingssygeplejersken deltager)
- 10.30 Aktivitet med NN (en navngiven medarbejder)
- 11.00-12.00 Interview med medarbejderne (5 navngivne)
- 12.00-12.30 Deltagelse i frokost (2 forskellige enheder)
- 12.30-14.45 Journalgennemgang (5 navngivne medarbejdere/ledere)
- 14.45-15.00 Tilbage melding

Programmet afspejler den planlægning, der fra Styrelsens og enhedens side har været af tilsynsbesøget, herunder det arbejde, der er forbundet med at sikre, at relevante medarbejdere og ledere er tilstede under interview og i forbindelse med journalgennemgangen.

Det afspejler også en svagt anderledes disponering af tiden under dette tilsynsbesøg (på plejecenteret) end tilsynsbesøget i hjemmeplejen, idet der både afsættes tid til observation af en aktivitet (med en aktivitetsmedarbejder) og deltagelse i frokost (2 enheder) foruden de interview med hhv. ledelsen, medarbejderne, borgerne og de pårørende, som også var del af det andet tilsyn⁴⁹.

Konkret foregik dagen på den måde, at de tilsynsførende mødte op på enheden kl. 09.00, hvor tilsynsbesøget var forberedt som beskrevet ovenfor, og hvor lederen og en håndfuld afdelingsledere samt en kvalitetskonsulent fra kommunen var til stede i mødelokalet.

De tilsynsførende indledte besøget med tydeligt og transparent at fortælle, at baggrunden for tilsynet var en bekymringshenvendelse – og at dem får de som styrelse mange af. Når de får en bekymringshenvendelse, ser de på den og beslutter, hvad de vil gøre ved den: om de vil behandle sagen administrativt eller gennemføre et tilsynsbesøg. Det er ikke alvorsgraden, der afgør, om de gør det ene eller det andet, men hvordan de får den nødvendige viden. Og det har de i dette tilfælde vurderet, at de bedst får ved et fysisk besøg.

Tilsynsbesøget, understreger den tilsynsførende, er et organisatorisk tilsyn, hvor de ser på rammerne for den enkelte medarbejders faglige indsats og ikke på den enkelte medarbejder i sig selv.

Tilsynet gør brug af en række temaer, som de belyser via interview, journalgennemgang og observation af en aktivitet. De lægger meget vægt på, hvad de hører fra borgere og pårørende og bringer det med tilbage, hvis de får deres tilladelse og/eller følger op på det via journalgennemgangen.

Den tilsynsførende understreger i forbindelse med introduktionen, at de er der som myndighed. De har en kontrolfunktion, samtidig med at de lægger vægt på læring – og det mener de godt, de kan balancere. De lægger vægt på begge dele og vil gerne i dialog med både lederne, borgerne, medarbejderne og de enkelte pårørende i løbet af dagen.

⁴⁹ Disponeringen med lederinterview fra morgenstunden – øvrige interview i løbet af formiddagen – og journalgennemgang over frokost er den samme og adskiller ældretilsynet fra såvel det sundhedsfaglige tilsyn og det eksisterende tilsyn efter servicelovens § 1515 i Roskilde Kommune, hvor journalgennemgangen foretages om formiddagen og interviewene efterfølgende (se også beskrivelsen i dette afsnit).

Den tilsynsførende understreger, at deltagerne gerne må stille spørgsmål undervejs – det er de meget velkomne til: "Eller hvis I tænker, at der er en skjult dagsorden – det er der ikke".

Herefter drøfter de rent praktisk, hvem der skal være tilstede under journalgennemgangen, herunder om lederen skal være til stede (det er mest af hensyn til læring). Endvidere hvilke borgere og pårørende, de skal prioritere til besøg og (telefon-)interview. Det er vigtigt for dem at få etableret aftalerne med borgere og pårørende med det samme, således at interviewene kan gennemføres i løbet af formiddagen, inden journalgennemgangen om eftermiddagen.

De to tilsynsførende planlægger en arbejdsdeling, hvor enheden først får lov til at fortælle om bekymringshenvendelsen, og der derefter er et generelt lederinterview. Begge tilsynsførende deltager i den første del (redegørelsen for bekymringshenvendelsen). Herefter bliver den ene i rummet og gennemfører lederinterviewet og den efterfølgende observation af en aktivitet. Den anden forlader rummet for at gennemføre interview med borgerne og de pårørende. Ved frokosttid vurderer de, om der er mulighed for at deltage i frokosten, samt om der er pårørendeinterview, de skal deles om at gennemføre. Efter frokosten deltager begge i journalgennemgangen, hvorefter de trækker sig tilbage for at afstemme deres indtryk og forberede den mundtlige tilbagemelding til enheden, inden de efter planen er færdige kl. 15.00.

VIVE vælger ikke at gå nærmere ind i bekymringshenvendelsen, der kort fortalt handler om en pårørende, der ikke oplever, at personalet er gode nok til at forstå og dermed pleje hendes bedstemor.

Enheden fortæller om deres oplevelse af situationen, herunder om samarbejdet med den pårørende, og de drøfter åbent og kommer med gode råd til enheden om, hvad de vurderer virker fornuftigt, og hvad enheden evt. kan overveje at gøre mere/mindre af i den konkrete situation.

Herefter gennemføres det ordinære ledelsesinterview, hvor enheden redegør for, hvordan enheden er opbygget – hvor mange forskellige former for personale der er – hvordan de samarbejder mv., hvorefter den tilsynsførende gennemfører et semistruktureret interview med afsæt i styrelsens almindelige målepunkter.

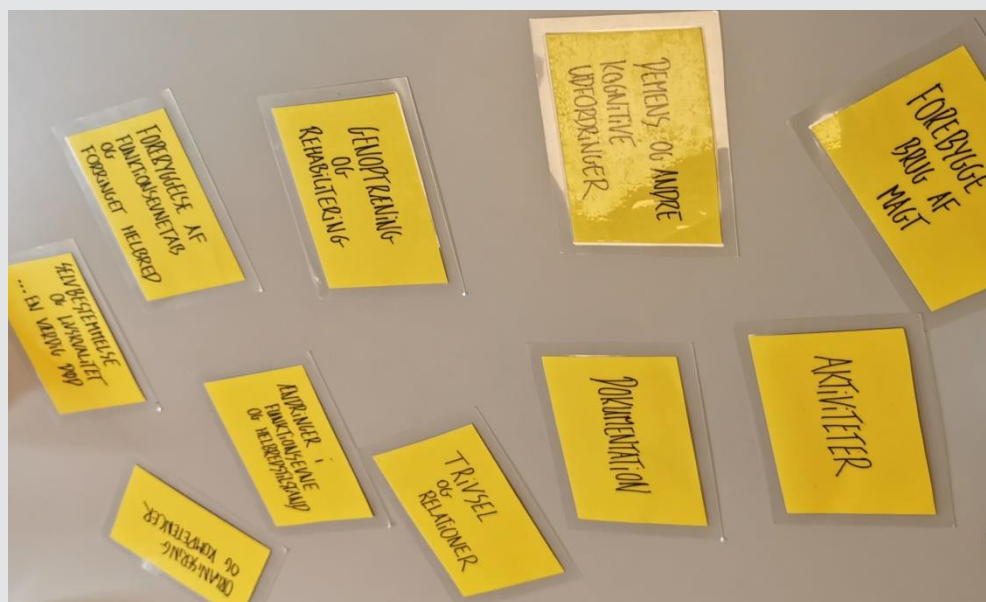
Den tilsynsførende, der gennemfører ledelsesinterviewet, er kun lige knap færdig kl. 11.00, da aktiviteten begynder, men hun prioriterer at deltage i denne, fordi det er vigtigt for hende at kunne vurdere, hvordan enheden arbejder med deltagelse og aktivitet.

Aktiviteten forløber godt. Borgerne er samlet i fællesrummet, hvor en aktivitetsmedarbejder engagerer dem i fællessang. Det er én af borgerne, der har

udarbejdet sanghæftet, og som har ansvaret for at medbringe dem. Borgerne skiftes til at vælge, hvilke sange der skal synges. De hjælper hinanden med at finde melodien, og bruger evt. YouTube. En borger kommer pludselig i tanke om en sang, der ikke står i hæftet, og hun synger for sammen med en anden borger, der ellers ikke plejer at deltage i aktiviteten. Det er en god oplevelse, som også efterfølgende fremhæves af den tilsynsførende i hendes vurdering og tilbagemelding til enheden.

Interviewet med medarbejderne gennemføres med brug af samme slags laminerede plastikkort, som de tilsynsførende også brugte i forbindelse med det andet ældretilsyn (Figur 5.3). De lægges ud på bordet, og medarbejderne tilskyndes til at trække et kort for dermed at igangsætte det fælles arbejde med at belyse det konkrete emne. Medarbejderinterviewet går også godt og vidner om gode drøftelser og forståelse af væsentlige problematikker i tilknytning til kvaliteten på ældreområdet.

Figur 5.3 Laminerede plastikkort



Kilde: Foto taget i forbindelse med dataindsamlingen

Medarbejderinterviewet er først lige færdigt kl. 12.00, og den tilsynsførende beslutter, at hun ikke når frokosten, hvorimod det er relevant for hende at springe til for at assistere sin kollega i arbejdet med at nå alle de relevante pårørendeinterview, inden der er journalgennemgang kl. 13.15.

Det lykkes dem ikke at komme i kontakt med den specifikke pårørende, der har sendt bekymringshenvendelsen, selv om de prøver. De beslutter, at det er ok,

fordi de har hørt hendes version, og fordi hun sikkert ville sige det samme til dem, som hun allerede har gjort.

De taler i stedet med tre andre pårørende og hører deres perspektiver, herunder også deres (kritiske) perspektiver på de besparelser, der har været, og den deraf følgende beslutning om at skære ned i personalegruppen, således at der fx ikke er en ansvarshavende sygeplejerske til stede om aftenen⁵⁰.

Herefter gennemfører de journalgennemgangen. Der er 9 mennesker tilstede i rummet foruden de 2 tilsynsførende og undertegnede observatør fra VIVE.

De tilsynsførende siger, at de gerne vil fokusere journalgennemgangen på 3 borgere, hvoraf de 2 første er valgt, så de repræsenterer borgere med forskellige former for komplekse problemstillinger på to forskellige enheder i huset, og den tredje er den borger, som bekymringshenvendelsen drejer sig om.

Da borgerne er valgt, forlader de medarbejdere og ledere, der ikke har tilknytning til de aktuelle borgere og enheder, rummet, dvs. at vi er 6 mennesker tilbage foruden de 2 tilsynsførende og undertegnede observatør fra VIVE.

Herefter gennemfører de tilsynsførende journalgennemgangen på samme måde, som VIVE har set dem gennemføre de øvrige journalgennemgange, dvs. at de beder en af de deltagende medarbejdere om at føre musen og slå op på den pågældende borger, hvorefter de læser op (højt) – orienterer sig – stiller spørgsmål om, hvor de kan finde forskellige former for oplysninger og tålmodigt afventer, at medarbejderne finder dem frem, idet det er deres klare og tydeligt udtrykte holdning og tilgang, at det ikke er op til dem at bestemme, hvor tingene står, bare de står der, så de relevante fagpersoner kan finde dem og (dermed) bruge dem i de situationer, hvor det er relevant.

Journalgennemgangen går fint. Samtlige de tre journaler, vi gennemgår, er opdateret enten dagen før eller samme dag om morgenen (man kan løbende læse, hvem der senest har opdateret dem og hvornår, og det fremgår, at det er sygeplejerskerne, der har haft travlt med at gennemgå og kvalitetssikre de mere overordnede beskrivelser i perioden op til tilsynet).

De tilsynsførende orienterer sig imidlertid ikke kun i de mere overordnede og nyligt opdaterede oplysninger, de går også tilbage og optrevler forskellige former for historier, fx hvordan der er reageret på observationer om fald, og hvad der er dokumenteret om relevante helbredstilstande i relation til de (fald)-episoder, de har observeret.

På den måde får de tilsynsførende, via journalgennemgangen, ikke kun indblik i, hvordan journalerne på det mere overordnede niveau er opdateret, men også i

⁵⁰ Assistenten ringer i stedet til sygeplejersken fra akutteamet.

nogle borgerforløb, hvor de via journalerne kan få et indblik i, hvad der er gjort og ikke gjort i forskellige former for sager. Journalgennemgangen bliver et redskab, sammen med interview og observation, der belyser relevante dimensioner af såvel borgeroplevet som faglig og organisatorisk kvalitet i forbindelse med tilsynsarbejdet, og som de tilsynsførende i forbindelse med ældretilsynet aktivt forsøger at bruge til at forfølge og be- eller afkræfte nogle af de hypoteser, som de – via interview og gennemgang af relevant skriftligt materiale forud for tilsynsbesøget – har dannet.

Journalgennemgangen udgør i det konkrete tilfælde kun mindre fund, som de tilsynsførende løbende gør opmærksom på og opfordrer enheden til at følge op på.

Ved de tilsynsførendes timeout diskuterer de systematisk de fund, de har gjort, og hvordan de skal rubriceres i forhold til det skema, som de tilsynsførende bruger i deres tilsynsarbejde (Boks 5.2). De diskuterer også, hvor mange borgerjournaler de har observeret en given problemstilling i, dvs. om der er tale om gennemgående fund og problemstillinger eller blot noget, de har fundet i det enkelte tilfælde.

Den samlede konklusion på baggrund af tilsynet er, at der er mindre problemer, men at de ikke er gennemgående, og at tilsynet er sikre på, at enheden selv kan komme i mål. Det vil den tilsynsførende sige til dem først, så vil hun redegøre for fundene, og så vil hun give dem noget ros til sidst.

Tilbagemeldingen går godt. Den tilsynsførende siger tak for enhedens åbenhed og at hun er betrygget i, at der er den fornødne kvalitet. Der er nogle fund, som hun vil vende tilbage til. Og nogle gode ting. Men de er ikke ude i noget påbud, så det er første stop.

Deltagerne fra enheden reagerer med lettelse og glæde, og den tilsynsførende redegør herefter både for sine fund og for de gode ting, hun har observeret.

Tilsynsbesøget afsluttes med, at de tilsynsførende forlader stedet, og lederne og den kommunale kvalitetskonsulent debriefer efter mødet. De er selvfølgelig glade for, at tilsynet er gået godt, og at der ikke er fundet noget mere alvorligt at bemærke med kvaliteten på enheden.

Lederen bemærker dog samtidig, at det er mange ressourcer, der sættes af til det samlede program, og at det særligt mærkes i det tilfælde, hvor styrelsen aflyser en eller flere aktiviteter på grund af manglende tid (fx blev styrelsens deltagelse i frokosten aflyst i forbindelse med det aktuelle tilsynsbesøg).

Med den samlede mængde af tilsyn, der gennemføres – ikke kun fra Styrelsen for Patientsikkerhed, men også fra andre tilsynsførende myndigheder – er det

noget, hun som leder kan mærke: "Vi har jo virkelig mange tilsyn ud over dem fra Styrelsen, og vi deltager altid i rigtig mange, fordi det lægger tilsynsprogrammerne altid op til. Men det er på bekostning af driften hver gang".

Diskussion

Det fremgår af VIVEs observationer, at ældretilsynet gennemføres inden for rammen af samme overordnede skabelon, som de tilsynsførende kontrolleret improviserer inden for i forbindelse med det enkelte tilsyn.

Den overordnede skabelon tilsiger, at der skal være stor transparens i forhold til tilsynsarbejdet, og at enheden skal være med på, hvad der sker hele vejen igennem forløbet.

Der er en dagsplan, hvor de tilsynsførende skal nå at få en indledende præsentation af enheden og dermed et begavet grundlag for at vælge borgerne inden for de første tre kvarter, således at der kan etableres aftaler med borgerne og de pårørende om, at de tilsynsførende kan komme med på besøg.

Lederinterviewet, medarbejderinterviewet, aktiviteten/aktiviteterne og journalgennemgangen er planlagt på forhånd, og interview er målrettet lagt før journalgennemgang for at kunne bruge den til at kvalificere og validere de indtryk, der er skabt via interview samt evt. observation.

De tilsynsførende graver ekstra dybt der, hvor der potentielt er problemer – for via denne kritiske granskning reelt at kunne tillade konklusioner om, at de ikke har fundet noget.

De kan "skrue bissen på", hvis de vurderer, det er nødvendigt, men ser det ikke som del af deres ordinære tilsyn, hvor de i stedet betragter det som deres opgave sobert og transparent at gennemføre deres tilsyn og at fortælle enheden, hvad de er kommet frem til – både i form af evt. fund og evt. positive opmærksomhedspunkter.

De deler ud af gode råd undervejs, men holder hele tiden fast i, at det er op til enheden, hvordan de fx vil dokumentere. Altså en balance mellem, hvad der er noget, de skal – noget der skal til for at lave op til den fornødne kvalitet – og meget der er frivilligt og op til enheden.

Kvalitetskonsulenterne fra kommunen oplever, at det i nogle tilfælde er her, der er udfordringer. At enhederne har svært ved at skelne mellem, hvad der er skal, og hvad der bare er noget, styrelsen har sagt. Det er bl.a. derfor, de gerne vil være med til tilsynsbesøgene, både så de kan støtte enheden undervejs, og så de kan blive bedre til at forberede og samle op på tilsynsbesøgene som helhed.

VIVE observerer flere gange i forbindelse med tilsynsbesøget, at de tilsynsførende laver afgrænsninger mellem, hvad der er del af dette tilsyn (ældretilsynet), og hvad der er del af det sundhedsfaglige tilsyn. Flere af de tilsynsførende fortæller, at de går begge former for tilsyn og således har et udmærket blik for, hvad der hører under det ene og det andet.

Begge de enheder, VIVE observerede, er lettede efter tilsynsbesøget er afsluttet. Det har de også grund til at være, idet der dels ikke er fundet problemer af betydning for kvaliteten (på baggrund af et planlagt tilsyn) og mindre problemer af betydning for kvaliteten (på baggrund af en bekymringshenvendelse).

Vi har ikke observeret nogle ældretilsyn, der har resulteret i et påbud, men henviser til beskrivelsen af de sundhedsfaglige tilsyn for en forståelse af denne problematik.

5.5 Tilsynsrapporten

Tilsynsrapporten er stramt struktureret efter samme skabelon, som anvendes ved de sundhedsfaglige tilsyn.

Det vil sige, at der er en forside, der redegør for, hvilken type af tilsyn der er gennemført, hvor og hvornår og af hvem.

Her efter seks kapitler, hvoraf:

Kapitel 1 redegør for tilsynets baggrund og fokus. Det består i de konkrete tilfælde, der er beskrevet i denne rapport, af to ultrakorte afsnit, der forklarer, at der fx er tale om et ældretilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse, og at tilsynet har valgt at tage afsæt i det fulde målepunktsæt.

Kapitel 2 redegør for "relevante forhold" vedr. hhv. enheden og tilsynet. Det består af to punktlister vedr. hhv. enhedens overordnede organisation og ledelse, samt hvem der har medvirket ved tilsynet.

Kapitel 3 redegør for tilsynets overordnede vurdering, evt. ændringer på baggrund af partshøring samt en oplysning om, hvorvidt tilsynet er afsluttet. Det er fremhævet i en boks. Den ledsages af en prosatekst, der på få sider beskriver de fund, der er gjort, og begrundet styrelsens vurdering.

Kapitel 4 redegør i skemaform for evt. henstillinger eller påbud, der er givet på baggrund af tilsynet. Det fylder typisk kun en enkelt side.

Kapitel 5 indeholder et længere skema, hvoraf det systematisk fremgår, hvilke konkrete målepunkter der er gjort fund indenfor. Målepunkterne er grupperet inden for de seks temaer, der er for tilsynsarbejdet. Der kan afkrydses hhv. opfyldt, ikke opfyldt eller ikke aktuelt for hvert målepunkt, ligesom der kan gives en beskrivelse af, hvad der evt. ikke er opfyldt, og hvad der er henstillet og/eller givet af påbud på denne baggrund.

Boks 5.2 viser indledningen til dette skema.

Boks 5.2 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgerne oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv	X			
B	Ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgers livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet	X			
C	Medarbejdernes				

Kilde: Styrelsen for Patientsikkerhed 2022

Kapitel 6 indeholder en kort redegørelse for ældretilsynets baggrund, temaer og målepunkter. Der er tale om en standardbeskrivelse, der anvendes i alle tilsynsrapporter.

Kapitel 7 indeholder en kort redegørelse for den vurdering, som ældretilsynet foretager af plejeenheden. Den er også standardiseret.

5.6 Opsummering

Det fremgår af dette kapitel, at ældretilsynet er indført på baggrund af en opfattelse af, at der er behov for et eksternt og objektivi tilsyn af arbejdet på landets plejecentre, hjemmeplejeenheder og midlertidige pladser.

Tilsynet er indskrevet i lovgivningen, hvoraf det fremgår, at styrelsen skal føre tilsyn med, at kommunerne lever op til det, der fremgår af en forholdsvis lang række forskellige paragraffer i indsatsen til de borgere, der (som minimum) er omfattet af en enkelt paragraf.

Ældretilsynet gennemføres som udgangspunkt som et planlagt tilsyn, der varsles 6 uger før. Det kan imidlertid også gennemføres som et reaktivt tilsyn med 14 dages varsel eller evt. som et uvarslet tilsyn.

Styrelsen for Patientsikkerhed har offentliggjort en række temaer og målepunkter, som de systematisk bruger i tilsynsarbejdet.

De tilstræber stor transparens, både via sin hjemmeside, de informationsbreve de sender ud, og de tilgange de anvender ved det enkelte tilsyn.

Tilsynet gennemføres i sin nuværende form på 6 timer fra kl. 09.00-15.00, hvor de tilsynsførende introducerer tilsynet, indhenter en række faktuelle oplysninger om enheden og gennemfører interview med hhv. ledelsen, medarbejderne og 3 borgere hhv. 3 pårørende. De observerer evt. en aktivitet, og gennemfører herefter en fokuseret journalgennemgang, hvor de kvalificerer og validerer de indtryk, der har fået på baggrund af interview. Herefter samler de deres indtryk og giver en foreløbig tilbagemelding til enheden.

Den samlede tilsynsrapport er stramt struktureret og let at finde rundt i og få overblik på baggrund af. Der gives ikke karakterer, men tales ikke desto mindre om en "0-rapport" i de tilfælde, hvor der ikke er gjort nogen fund.

Fokus i rapporten er på fund eller ikke-fund, og de konklusioner der dermed kan drages om, hvorvidt enheden lever op til den fornødne kvalitet, eller om der er problemer for patientsikkerheden.

Den ros, som de tilsynsførende evt. giver i forbindelse med tilsynsbesøget, har ikke samme plads i rapporten, som de evt. fund der er gjort.

6 Tværgående analyse og diskussion

I dette kapitel findes en tværgående analyse og diskussion af, hvad der kendetegner de fire forskellige tilsyn, der er beskrevet i denne evalueringsrapport.

Vi diskuterer først de forskelle, der kan ses i tilsynenes fokus og afgrænsning som følge af den lovmæssige forankring og mere konkrete operationalisering af tilsynsarbejdet i hhv. Roskilde Kommune og Styrelsen for Patientsikkerhed (afsnit 6.1).

Herefter diskuteres de forskelle, der kan ses i forhold til tilsynets formål (læring og/eller kontrol) (afsnit 6.2), varsling (afsnit 6.3), brug af interne hhv. eksterne tilsynsførende (afsnit 6.4), datagrundlag (afsnit 6.5), aktører (afsnit 6.6) og skriftlige afrapportering (afsnit 6.7).

Temaerne for afsnit 6.2-6.7 er inspireret af PWC's analyse af de forskelle, der er mellem de kommunale tilsyn, der gennemføres efter servicelovens § 151 (PWC, 2022). PWC beskæftiger sig således også med de forskelle, der er i forhold til tilsynenes formål, varsling, brug af interne hhv. eksterne tilsynsførende, datagrundlag og aktører i deres analyse. Hvor PWC har fokus på spørgsmålet om, hvorvidt der udarbejdes skriftlige tilsynsrapporter, der offentliggøres på kommunens hjemmeside, diskuterer vi tilsynsrapporternes opbygning og komposition. Det gør vi, fordi alle de tilsynsmodeller, der indgår i denne rapport, indebærer udgivelse af skriftlige tilsynsrapporter⁵¹. De relevante forskelle vedrører således tilsynsrapporternes indhold og opbygning – ikke om de udarbejdes og offentliggøres.

6.1 Tilsynets lovbestemte fokus og afgrænsning

De tilsyn, der beskrives i denne rapport, gennemføres inden for rammen af tre forskellige paragraffer og med hver deres udmøntning ved hhv. Roskilde Kommune og Styrelsen for Patientsikkerhed.

Formålet er i alle tilfælde med afsæt i lovgrundlaget at føre tilsyn med, om der er den fornødne kvalitet. Det er formålet med det sundhedsfaglige tilsyn, som fører tilsyn med de indsatser, der leveres efter *sundhedsloven* i hjemmeplejen og på plejecentre. Det er formålet med ældretilsynet, som fører tilsyn med de

⁵¹ Tilsynsrapporten i samskabt tilsyn blev ikke offentliggjort under afprøvningen, men planen er, at den skal offentliggøres i den endelige model.

indsatser, der leveres efter *serviceloven* i hjemmeplejen og på plejecentre. Og det er formålet med de kommunale tilsyn, der leveres efter servicelovens § 151, *bl.a.* i hjemmeplejen og på plejecentre⁵².

Hvilke enheder udvælges til tilsyn?

Der, hvor tilsynene adskiller sig, er bl.a. i afgørelsen af, hvilke enheder tilsynene skal gennemføres på.

Her ses der både forskelle mellem de statslige og kommunale tilsyn, og mellem hjemmepleje- og plejecenterområdet.

De statslige tilsyn (ældretilsynet og det sundhedsfaglige tilsyn) gennemføres dels ud fra et stikprøveprincip, dels på baggrund af bekymringshenvendelser. De rammer i princippet plejecenter og hjemmeplejeområdet lige, idet alle plejecenter- og hjemmeplejeenheder skal lade sig registrere, således at alle i princippet har lige stor chance for at blive udtrukket til tilsyn⁵³.

De kommunale tilsyn efter servicelovens § 151 prioriterer plejecenterområdet, hvor der pr. lov skal gennemføres ét uanmeldt tilsyn om året. Hjemmeplejen skal der kun gennemføres stikprøver i – hvilket i Roskilde Kommune historisk er praktiseret, således at der udvælges to hjemmeplejeenheder om året (ét pr. distrikt), samtidig med at der gennemføres tilsyn ved henholdsvis den private leverandør og kommunens leverandør af træning/rehabiliteringsforløb.

Samskabt tilsyn er afprøvet på 3 ud af 11 plejecentre og i 2 ud af 15 hjemmeplejeenheder i perioden fra november 2023 til marts 2024 – og det skulle i forbindelse med afprøvningen afklares, hvor mange hjemmeplejeenheder, der efterfølgende skulle indgå i den endelige model.

Roskilde Kommune har i forbindelse med udrulningen foreløbig besluttet at etablere lokale kvalitetsråd på samtlige 11 plejecentre og i hvert af kommunens 2 hjemme- og sygeplejedistrikter. Det medfører implicit, at der etableres kvalitetsråd (og gennemføres tilsyn) på samtlige plejecentre, mens der kun etableres 2 kvalitetsråd (og gennemføres 2 tilsyn) for kommunens i alt 15 hjemmeplejeenheder.

⁵² Kommunerne skal, jf. servicelovens § 151, føre tilsyn med de ydelser, der leveres efter servicelovens §§ 83, 83a og 86. De enheder, der leverer disse indsatser, er ikke nødvendigvis de samme. Således leveres §§ 83, 83a og 86 i Roskilde Kommune i nogle tilfælde af forskellige enheder, der så forventes at samarbejde om borgerne.

⁵³ Antallet af bekymringshenvendelser påvirker dog antallet af stikprøvebaserede tilsyn, da der samtidig er en fast defineret kapacitetsgrænse. Ligeledes kan kommunernes registreringspraksis også påvirke antallet af stikprøvebaserede tilsyn, da det kan være forskelligt, hvilke kriterier de ligger til grund for registrering af enheder i den enkelte kommune.

Valget af, hvilke og hvor mange hjemmeplejeenheder der medvirker i tilsynsarbejdet, spiller en rolle, idet der alt andet lige må forventes at være bedre forudsætninger for læring og udvikling på de enheder, der medvirker i tilsynsarbejdet end de enheder, der ikke gør det.

I forbindelse med udrulningen bør det være et opmærksomhedspunkt for Roskilde Kommune, om der kan bevares den samme praksisnærhed og (dermed) det samme ejerskab for konceptet i hjemmeplejen, som der kan på plejecenterområdet, når tilsynsarbejdet forankres på distriktsniveau.

Hvad fokuserer tilsynet på?

Tilsynene adskiller sig også i forhold til det fokus, de har på hhv. servicelov og sundhedslov – og inden for rammen af serviceloven på de paragraffer, der er inkluderet, og dem der ikke er.

Det sundhedsfaglige tilsyn fokuserer entydigt på de ydelser, der leveres efter sundhedsloven og har – på denne baggrund – bl.a. fokus på medicinadministration og journalføring. De tilsynsførende opsøger ikke systematisk information om de forhold, der er relevante for ældretilsynet, men kan – på baggrund af et sundhedsfagligt tilsyn – vælge at gennemføre et risikobaseret ældretilsyn i de tilfælde, hvor de vurderer, at det er relevant.

Ældretilsynet fokuserer (omvendt/ligeledes) entydigt på de ydelser, der leveres efter serviceloven og har – på denne baggrund – bl.a. fokus på forhold som selvbestemmelse og hjemlighed. De tilsynsførende opsøger ikke systematisk information om de forhold, der er relevante for det sundhedsfaglige tilsyn, men kan – på baggrund af et ældretilsyn – vælge at gennemføre et risikobaseret sundhedsfagligt tilsyn i de tilfælde, hvor de oplever, at det er relevant.

Det kommunale tilsyn, der gennemføres efter servicelovens § 151 i Roskilde Kommune, har både fokus på servicelov og sundhedslov – ikke fordi det står i lovteksten, men fordi Roskilde Kommune har ønsket det sådan. Den private leverandør af tilsyn efter servicelovens § 151 har således fået til opgave at gennemgå medicinadministration og journalføring som del af deres tilsynsarbejde.

Samskabt tilsyn har både fokus på de ydelser, der leveres efter sundheds- og serviceloven. Det giver set fra deltagerens perspektiv i høj grad mening, da det er de vedrører de samme borgere, ledere og medarbejdere, og da det ofte ikke giver mening at skelne i dagligdagens praksis.

Samtidig fremgår det af beskrivelserne i kapitel 2-6, at det statslige sundhedsfaglige tilsyn går dybere, fx i sin journalgennemgang, end de kommunale

tilsyn gør, samt at det statslige ældretilsyn vedrører en bredere palette af paragraffer i serviceloven end såvel samskabt tilsyn som den eksisterende tilsynspraksis i Roskilde Kommune⁵⁴.

En bedre samtænkning af de statslige og kommunale tilsyn fremstår som relevant, også på baggrund af denne analyse⁵⁵.

6.2 Tilsynets formål (læring og/eller kontrol)

Læring indgår og understøttes på forskellig måde i de fire tilsyn, der indgår i denne rapport.

Det statslige sundhedsfaglige tilsyn gennemføres for at sikre, at der er den fornødne sundhedsfaglige kvalitet på behandlingsstedet. Den læring, der er i forbindelse med tilsynet, sker ofte i fasen frem til tilsynet, hvor enheden har mulighed for at forberede sig, bl.a. med afsæt i de målepunkter, der er offentligt tilgængelige på styrelsens hjemmeside. Ved selve tilsynsbesøget har de decentrale ledere og kvalitetskonsulenter mulighed for at stille spørgsmål og deltage i fx journalgennemgangen, hvilket kan være nyttigt ud fra et læringsperspektiv. De tilsynsførende deler også ud af deres viden, idet de er markante og skarpe på, hvornår der er tale om forhold, der skal være opfyldt, og hvornår det er op til den enkelte kommune, hvordan de vil gøre det. VIVEs observationer og interview viser, at særligt de decentrale ledere og kvalitetskonsulenter er glade for de muligheder, de hermed får, for at stille spørgsmål til de tilsynsførende. De fremhæver den del af tilsynet, hvor selve vurderingen lukkes, og der er mulighed for fælles refleksion, som særdeles givtig i denne sammenhæng – men understreger samtidig, at den kun gennemføres i de tilfælde, hvor der er tid til det, dvs. hvor det ikke går ud over den dataindsamling, der i øvrigt er nødvendig for at gennemføre tilsynet.

Det statslige ældretilsyn gennemføres for at sikre, at der er den fornødne kvalitet i hjemmeplejen og på plejecentrene. Det er samtidig tilrettelagt, så de enheder, der får påbud, skal igennem et læringsforløb ved Sundhedsstyrelsen. VIVE har ikke haft mulighed for at følge disse læringsforløb i forbindelse med denne evaluering. Ved observation og interview vedr. selve tilsynsbesøget fremgår det imidlertid, at læringen (svarende til det sundhedsfaglige tilsyn) i vid udstrækning ligger i forberedelsesfasen, hvor enhederne har god tid til at forberede sig og sikre, at fx journalerne er opdaterede. De interviewpersoner, der medvirker ved VIVEs interview, har imidlertid generelt set været positivt overraskede over at

⁵⁴ For eksempel inkluderes § 84 om aflastning samt § 85 om socialpædagogisk bistand.

⁵⁵ En bedre samtænkning af tilsynene anbefales også af arbejdsgruppen vedr. tilsyn på ældreområdet (Social-, Bolig- og Ældreministeriet 2022), se kapitel 1 for en beskrivelse.

medvirke ved ældretilsynet, fordi det anvender andre og nye metoder, der bidrager til læring og refleksion. Det er især de kort, der anvendes ved interview med medarbejderne, der fremhæves positivt af interviewpersonerne.

Det eksisterende tilsyn efter servicelovens § 151 gennemføres for at sikre, at indsatsen i hjemmeplejen og på plejecentrene lever op til de politisk vedtagne kvalitetsstandarder. De eksterne tilsynsførende tilstræber at give mulighed for læring, bl.a. ved at give gode råd. Det, der ifølge interviewpersonerne fra Roskilde Kommune kan være udfordringen i denne situation, er, hvis de råd, som de eksterne tilsynsførende kommer med, ikke svarer til det, som forvaltningen i Roskilde Kommune har besluttet. Her oplever de, at de i nogle situationer har haft et efterarbejde med at forklare de decentrale ledere, hvad der er praksis i Roskilde Kommune, og hvad der ikke er⁵⁶.

Samskabt tilsyn i Roskilde Kommune er etableret efter samme paragraf som det eksisterende tilsyn efter servicelovens § 151, men har (i modsætning hertil) eksplicit fokus på at fremme tillid, dialog og læring. De centrale virkemidler er i henhold til denne evaluering i) forankringen af tilsynsarbejdet i de lokale kvalitetsråd, samt ii) det forhold, at de tilsynsførende følges med medarbejderne på arbejde og dermed får et andet indblik i hjemmeplejen og plejecentrenes dagligdag, end det er muligt at få ved øvrige tilsynsmodeller. Den kvantitative modenhedsvurdering, der er tænkt til at give en pejling på kvaliteten og dermed incitament til at arbejde med udvikling på de områder, hvor der evt. er udfordringer, synes ikke at virke efter hensigten – i hvert fald ikke på decentralt niveau⁵⁷. Her er det til gengæld de mundtlige fremlæggelser, direkte fra de tilsynsførende til de lokale kvalitetsgrupper, der synes at spille en rolle.

VIVEs evaluering finder, at samskabt tilsyn skaber en anden basis for læring end de statslige tilsynsmodeller, bl.a. fordi det er forankret i de lokale kvalitetsgrupper, følger medarbejderne på arbejde og bruger mundtlige fremlæggelser som virkemiddel i afrapporteringen.

De statslige tilsynsmodeller har i sammenligning den fordel, at de tilsynsførende har større viden om, hvad der er gældende retningslinjer på nationalt niveau, og hvad der er god praksis i andre kommuner, hvilket kan bidrage med læring og

⁵⁶ Styrelsen har en anden legitimitet, fordi de forholdsvis snævert forholder sig til, hvad der er den fornødne kvalitet, givet lovgrundlaget. De giver kommunerne metodefrihed, også i forhold til journalerne, hvor der kan være store forskelle fra kommune til kommune om, hvor hvad fremgår, fordi man som kommune kan tilkøbe skræddersyede moduler i omsorgssystemerne. Det giver en stor variation i, hvor man kan finde oplysningerne fra kommune til kommune, hvilket Styrelsen af princip ikke blander sig i – blot oplysningerne er at finde, når de gennemgår journalerne.

⁵⁷ Det er muligt, at den giver bedre mening på centralt niveau, dvs. i forvaltningen som helhed, men det har vi ikke haft mulighed for at undersøge i forbindelse med denne evaluering.

indsigt via dialog mellem de eksterne tilsynsførende og de kommunale kvalitetskonsulenter og ledere, der medvirker ved interview⁵⁸.

6.3 Anmeldte eller uanmeldte tilsyn

Samskabt tilsyn adskiller sig fra alle de øvrige tilsyn, der beskrives i denne rapport, ved, at tilsynet gennemføres *reelt uanmeldt* fra morgenstunden⁵⁹, og projektdeltagerne tager vedvarende aktivt afstand til den almindelige tilsynspraksis, hvor tilsynet varsles på forhånd, således at enheden har mulighed for at forberede sig, og der – i et eller andet omfang – bliver tale om en skueproces med det formål at give et godt indtryk og – om muligt at opnå en ”nulfejlsrapport”.

Under afprøvningen fremgår det af VIVEs observationer og interview, at nogle af de decentrale enheder *havde* forberedt sig og *var* vidende om, at tilsynet ville blive gennemført, om ikke nødvendigvis (men også) på den enkelte dag, så i løbet af de kommende uger eller måneder.

Forberedelsen var for det første sket ved, at de decentrale ledere havde haft adgang til de tilsynsførendes kalendere og således kunne se, hvilke dage de havde blokeret til tilsyn – og ved at de decentrale ledere løbende talte sammen og vidste, at når der først er gennemført tilsyn ét sted, så bliver der det nok også snart et andet.

Forberedelsen var for det andet sket ved, at de decentrale ledere i nogle tilfælde på forhånd havde aftalt med medarbejderne, hvem der havde lyst til at deltage ved tilsynsbesøget. Hermed skete der både et konkret valg og en mere konkret forberedelse af de medarbejdere (og disses borgere), der medvirkede ved tilsynsbesøget.

Når dette er sagt, så *mødte* de tilsynsførende i samskabt tilsyn uanmeldt op fra morgenstunden på de enheder, der medvirkede i forsøget, så såvel de decentrale ledere som medarbejderne og de øvrige interviewpersoner vægter dette som en central værdi. De projektansvarlige forventer samtidig, at det vil blive mere uklart i den endelige model, hvornår de tilsynsførende kommer på besøg, da der er flere enheder, der indgår i tilsynsmodellen, og tilsynsaktiviteten bliver spredt over en længere periode.

⁵⁸ På dette punkt viser denne evaluering, at der er basis for et godt samspil mellem det nationale og kommunale tilsynsarbejde, samt at samskabt tilsyn tilbyder en bedre kobling end eksisterende praksis, hvor kommunen gjorde brug af en ekstern leverandør, der ikke på samme måde som den interne tilsynsførende kan bygge bro mellem de forskellige tilsynsmodeller.

⁵⁹ Der er også gennemført forsøg, hvor de tilsynsførende møder ind uanmeldt i aftenvagte. Det vil sige, at det er princippet, at de tilsynsførende møder uanmeldt ind sammen med medarbejderne, og at det ikke er væsentligt, om tilsynet gennemføres i dag-, aften- eller for den sags skyld nattevagt.

Dette skal ses i modsætning til eksisterende kommunal tilsynspraksis (der eksplicit tages afstand til ved interview), hvor leverandøren *varsles dagen før*. Dette har jf. interview med den eksterne leverandør af tilsyn på ældreområdet i Roskilde Kommune været problematiseret i pressen, hvilket igen har ført til en ændring af deres interne procedurer, således at de ikke længere må varsle dagen før, hvilket de ellers anser for at være praktisk, fordi enheden hermed kan nå at forberede sig, således at de relevante ledere og medarbejdere er til stede, når de kommer for at gennemføre deres tilsynsbesøg.

Det skal i høj grad også ses i modsætning til de tilsynsbesøg, som STPS gennemfører, og hvor enhederne får 6 uger til at forberede sig, når der er tale om et planlagt tilsyn, og 2 uger til at forberede sig, når der er tale om et reaktivt tilsyn⁶⁰.

Ud fra et læringsperspektiv synes det relevant at bemærke, at der også kan foregå læring i forberedelsesperioden, hvor kommunens kvalitetskonsulent ofte har en god dialog med enhederne om, hvad styrelsen vil fokusere på, og hvad de således skal være opmærksomme på i forbindelse med deres tilsynsarbejde. Givet, at de evt. nyindførte rutiner eller arbejdsgange fastholdes, så kan dette medvirke til at skabe udvikling på enheden.

Ud fra et bredere generaliseringsperspektiv synes det også at være relevant at drøfte, om kommunerne og enhederne har så stor tillid til de tilsynsførende, at de reelt vil være interesserede i at basere en fremtidig tilsynsmodel på uvarslede tilsyn, der (i princippet) gennemføres døgnet rundt.

I forsøgsprojektet anvendes kendte, interne tilsynsførende. Den ene er tidligere leder i kommunen og dermed også tidligere kollega til lederne på de decentrale enheder, der medvirker i forsøgsprojektet. Den anden er kendt på enhederne, fordi hun hjælper dem med at forberede de besøg, som gennemføres af styrelsen. I det omfang der ikke blev anvendt interne, men eksterne tilsynsførende, er det et åbent spørgsmål, om enhederne ville være lige så begejstrede for de uanmeldte tilsyn, som de har været i forsøgsprojektet.

Det er det også, hvis det fx var Styrelsen for Patientsikkerhed, der indførte en ny praksis, hvor de udelukkende baserede sig på uvarslede tilsynsbesøg.

6.4 Interne eller eksterne tilsynsførende

Samskabt tilsyn i Roskilde Kommune adskiller sig også fra de øvrige tilsynsmodeller ved, at det baserer sig på interne tilsynsførende.

⁶⁰ Styrelsen kan vælge at gennemføre uvarslede tilsyn, hvis de vurderer, at der er grundlag for det.

De decentrale ledere har jf. interview været meget begejstrede for de interne tilsynsførende, og de har også fremhævet det som en fordel, at de interne tilsynsførende kunne gå direkte tilbage til ledelsen i kommunen med deres observationer og på denne baggrund bevirke en forskel.

Det er også indskrevet i modellen, at der – centralt i Roskilde kommune – etableres et tværgående kvalitetsråd, der samlet set skal se på alle de forskellige tilsynsrapporter, der udarbejdes, og gennemgå og vurdere evt. tiltag der er nødvendige i kommunen samlet set, i lyset af alle de forskellige former for tilsyn, der er gennemført. Alt dette er udarbejdet med henblik på at sikre læring og handling på baggrund af de tilsyn, der gennemføres.

VIVE har på denne baggrund bl.a. drøftet med de eksterne tilsynsførende, hvordan de arbejder med tilbageløb til kommunen som helhed på baggrund af deres tilsynsarbejde. Her fremgår det, at de udmærket ville kunne give en samlet tilbagemelding til kommunen på baggrund af den samlede mængde af tilsyn, hvis kommunen var interesseret i dette. Det er en aftale, de har med andre kommuner, men ikke noget Roskilde Kommune har ønsket skulle være del af den tidligere tilsynsmodel.

VIVE har samtidig diskuteret med såvel de interne tilsynsførende som de øvrige aktører, der har medvirket ved interview, hvilke fordele der er ved hhv. interne og eksterne tilsynsførende. Fordelene ved de interne tilsynsførende handler bl.a. om, at de kender kommunens procedurer og ikke kommer med "forkerte råd og vejledning". Det opfattes som en ulempe, når de eksterne tilsynsførende kommer med forskellige former for råd og vejledninger, der ikke stemmer med det, der er besluttet i Roskilde Kommune.

Her kommer de eksterne tilsynsførende i en klemme, fordi det

- på den ene side efterspørges, at de bidrager med læring – hvilket typisk vil ske ved, at de deler deres viden og kommer med gode råd.
- på den anden side problematiseres, når de giver gode råd, der går videre end det absolut fornødne minimum, der står i lovgivningen, fordi kommunen selv har ret til at beslutte og afgøre, hvordan den vil tilrettelægge sin indsats.

De interne tilsynsførende oplever omvendt, at det kan blive en udfordring, at de bliver "hjemmeblinde". At de slet og ret ikke er i stand til at se de udfordringer, der evt. kan være på ældreområdet, fordi de vænner til, hvad der lokalt er tingenes tilstand, og (på denne baggrund) ikke længere er i stand til at problematisere det.

Noget af det unikke i forsøgsprojektet var den genuine undring og læring, som især den ene af de tilsynsførende opnåede ved at følges med medarbejderne

på arbejde – og via disse observationer erfare, hvad der er nogle af de helt grundlæggende problemer på ældreområdet.

Den tilsynsførende kunne, via sine kvalitative afrapporteringer og (især) sine mundtlige formidlinger, forklare dette for såvel ledelsen som de lokale kvalitetsråd, og det dannede igen afsæt for, at projektet kunne gøre noget ved nogle af de mere grundlæggende, men på alle måder velkendte problemer, der er på ældreområdet.

Her kan de eksterne tilsynsførende også blive "hjemmeblinde", når de har gået tilsyn i mange år. De vænner sig til, at "nå ja, det og det er et problem, men det er det jo alle steder, det ved vi jo godt". Det forhindrer både dem og systemet som helhed i at handle på de problemer, der på denne måde bliver velkendte.

VIVE har ved interview drøftet de fordele og ulemper, der evt. kan være ved en kombination af interne og eksterne tilsynsførende. Den kobling, der ses mellem de eksterne tilsynsførende (fra styrelsen) og den interne tilsynsførende (fra Roskilde Kommune), der har som del af sit daglige arbejde at forberede de statslige tilsyn, er ikke uinteressant, fordi hun kobler det eksterne, uafhængige blik, som styrelsen repræsenterer, med en dyb forståelse af den virkelighed, der er i Roskilde Kommune.

6.5 Tilsynets datagrundlag

VIVE har observeret store forskelle i det datagrundlag og de metoder, der anvendes til at generere data i forbindelse med tilsynsarbejdet.

Der er betydelige forskelle, både mellem samskab tilsyn og de øvrige tilsynsmodeller og internt mellem de øvrige tilsynsmodeller.

Samskab tilsyn benytter sig i forsøgsperioden af et forholdsvis bredt datagrundlag bestående af såvel spørgeskema til medarbejdere og ledere, observation af to medarbejders arbejde, observation af et morgenmøde, observation af evt. aktiviteter (primært på plejecenter) efterfulgt af en "samskab tilsyns-scene" med ledere og medarbejdere omkring frokosttid, interview med ledelsen (dag 1), interview med de pårørende (dag 2), journalgennemgang (dag 2) og en tilbagemelding til og supervision af ledelsen (dag 3).

I den endelige udgave er dataindsamlingen rationaliseret, således at tilsynsbesøget kan gennemføres i løbet af en enkelt arbejdsdag. Det baserer sig nu på

en forkortet version af spørgeskemaet til lederen, deltagerobservation samt den samskabte tilsynssceance, der afholdes omkring frokosttid⁶¹.

Eksisterende tilsynspraksis i kommunen kobler en præsentation af enheden med et lederinterview efterfulgt af en journalgennemgang (om formiddagen) efterfulgt af interview med borgere og pårørende, interview med medarbejderne samt gennemgang af medicinadministrationen. Det er effektivt, og det er velstruktureret, og efter en kort timeout kan ledelsen få deres tilbagemelding om eftermiddagen, inden tilsynet afsluttes.

Det statslige sundhedsfaglige tilsyn samler de relevante ledere og medarbejdere til et indledende møde, hvor der gives en præsentation af enheden og afholdes interview med såvel ledelsen som relevante medarbejdere. Herefter gennemføres en journalgennemgang med deltagelse af relevante medarbejdere samt evt. ledere. Der gennemføres også et antal borgerbesøg, hvor de tilsynsførende tager ud i borgerens hjem for at besigtige medicinadministrationen sammen med en medarbejder. Tilbagemeldingen gives til den samlede gruppe af ledere og deltagende medarbejdere, inden tilsynet afsluttes. Der indgår ikke borger-, pårørende- og medarbejderinterviews i denne model.

Det statslige ældretilsyn starter ligesom det eksisterende kommunale tilsyn og det statslige sundhedsfaglige tilsyn med et møde, hvor ledelsen samt evt. udvalgte medarbejdere eller kvalitetskonsulenter kan give en præsentation af enheden. Herefter afholdes interview med ledere, medarbejdere, borgere og pårørende, før der gennemføres en journalgennemgang, og de tilsynsførende trækker sig tilbage for en kort periode, hvorefter de giver ledelsen samt evt. udvalgte medarbejdere en samlet tilbagemelding. Der indgår ikke besigtigelse af medicinadministrationen i denne model.

Noget af det, der er interessant ved samskabt tilsyn i Roskilde Kommune, er, at de bruger andre metoder til dataindsamling end de metoder, der anvendes i de øvrige tilsynsmodeller. Dette gælder især brugen af deltagerobservation som metode, idet det tillader den tilsynsførende at opnå et dybere indblik i medarbejdernes dagligdag og de udfordringer, de støder på i deres arbejde, end det er muligt at opnå, når tilsynet (udelukkende) baserer sig på interview og journalgennemgang.

Et valg af én dataindsamlingsmetode indebærer imidlertid et fravalg af andre, i det omfang det er en underliggende præmis, at tilsynsbesøget skal kunne gennemføres i løbet af en enkelt arbejdsdag.

VIVEs observationer viser, at de statslige tilsyn bl.a. bruger den systematiske journalgennemgang til at få et bredere indblik i, hvad der sker i hjemmeplejen

⁶¹ Der er fokus på journalføring ved såvel deltagerobservation som den samskabte tilsynssceance ved frokosttid, og der skal afholdes to pårørendeinterview i forbindelse med tilsynet.

og på plejecentrene i alle døgnets timer. Den systematiske journalgennemgang er ikke irrelevant som dataindsamlingsmetode, heller ikke når enhederne har haft mulighed for at forberede tilsynsbesøget og dermed opdatere oplysningerne i journalerne.

Roskilde Kommune har skåret forholdsvis markant i dataindsamlingsaktiviteterne for at muliggøre, at tilsynet kan gennemføres på en enkelt arbejdsdag, samt at de fortsat kan gøre brug af deltagerobservation som primær metode.

VIVE har ikke evalueret den endelige tilsynsmodel, men kun den model, der blev afprøvet som del af udviklingsprojektet. Vi har på denne baggrund ikke basis for at udtale os om, hvorvidt den endelige dataindsamlingsmetode er tilstrækkelig og/eller med fordel kan suppleres med øvrige metoder.

6.6 Aktører i tilsynet

Samskabt tilsyn adskiller sig forholdsvis markant fra de øvrige tilsynsmodeller, fordi tilsynsarbejdet er forankret i lokale kvalitetsråd, der repræsenterer såvel borgerne som de pårørende og civilsamfundet *foruden* medarbejderne, ældre-rådet og den lokale ledelse.

Forankringen af tilsynsarbejdet i lokale kvalitetsråd, der har mulighed for at formulere fokuspunkterne for tilsynet (generelt og specifikt i det enkelte tilfælde), og som *mundtligt* får en tilbagemelding direkte fra den tilsynsførende om, hvad tilsynet har fundet, er i høj grad interessant.

Det er den, fordi den – jf. denne rapport – er med til at bringe en helt anden forståelse for, hvad der er væsentligt, ind i tilsynsarbejdet, end det er muligt at få, når de eksisterende statslige og kommunale tilsyn tager afsæt i lovtækt og paragraffer. Det bliver på en helt anden måde konkret og virkeligt, når det er virkelige borgere, medarbejdere og ledere, der formulerer fokuspunkterne for tilsynet, end når dette formuleres i abstrakte fraser og begreber, der i princippet kan dække hvad som helst.

Forankringen af tilsynsarbejdet i lokale kvalitetsråd medvirker også til at skabe en løbende kvalitetssikring af arbejdet på enheden, som de årlige/uanmeldte og/eller stikprøvebaserede eller reaktive tilsyn ikke kan opnå. De er begrænset til og af den dataindsamling, som de gennemfører på den konkrete dag og/eller i det konkrete forløb, som de indgår i sammen med enheden.

Ved en forankring af tilsynsarbejdet i lokale kvalitetsråd, der mødes fire gange om året for at drøfte kvaliteten på enheden, skabes en vedvarende og langt

mere informeret kvalitetssikring, end der kan opnås ved det traditionelle enkeltstående tilsynsbesøg. Det gør det, fordi borgerne, medarbejderne og de pårørende kender forholdene på stedet, også i aften- og nattetimerne. De kommer der, de ved hvad der foregår, og de kan gøre opmærksom på det, når der er noget, der ikke er, som det skal være, og som bekymrer dem.

Den nødvendige viden vil i mange tilfælde (men selvfølgelig ikke altid) være til stede i de lokale kvalitetsråd, og derfor er det en væsentlig nyskabelse, at de er dem, der fungerer som ankerpunkt for tilsynsarbejdet. Ved at lade den tilsynsførende mødes med det lokale kvalitetsråd før og efter et tilsyn skabes et nyt og bedre informationsfundament, end den tilsynsførende ellers ville kunne opnå som grundlag for sit arbejde.

6.7 Den skriftlige tilsynsrapport

VIVE har observeret en del forskelle mellem de skriftlige tilsynsrapporter, der udarbejdes af hhv. Styrelsen for Patientsikkerhed, den eksterne leverandør af tilsyn efter servicelovens § 151 i Roskilde Kommune, og Roskilde Kommune selv i forbindelse med afprøvningen af samskabt tilsyn.

De tilsynsrapporter, der blev udarbejdet i forbindelse med afprøvningen af samskabt tilsyn, var meget lange og forholdsvis svære at forfatte og få overblik i⁶². De bestod samtidig af et kvantitativt "kvalitetskompass", som deltagerne havde svært ved at forene med ambitionen om at udvikle en ny model, der i modsætning til eksisterende tilsynsmodeller "ikke gav karakter"⁶³.

De tilsynsrapporter, der udarbejdes af hhv. den eksisterende leverandør af tilsyn efter servicelovens § 151 og Styrelsen for Patientsikkerhed, er generelt set lettere at tilgå og danne sig overblik i.

Begge parter tilbyder en samlet vurdering af enheden, som begrundes i introteksten.

- Den eksterne leverandør af tilsyn efter servicelovens § 151 lægger både vægt på at rose for det, som enheden er god til, og påpege de evt. fund, der er gjort i forbindelse med tilsynet.
- De statslige myndigheder arbejder nedad fra "0 fejl" over mindre problemer, henstillinger og påbud.

⁶² Der var tale om en afprøvning, hvor fokus jf. Roskilde Kommune var på transparens om kvaliteten, ikke på om formatet var kort og overskueligt.

⁶³ Roskilde Kommune fremhæver, at der ikke har været tale om at give karakterer, men om at foretage en vurdering af enheden i fire dimensioner. Deltagerne omtaler det ikke desto mindre som karaktergivning – svarende til, hvad de oplever, at der sker, når den eksterne leverandør og Styrelsen udarbejder deres rapporter.

VIVE ser på baggrund af den samlede analyse i denne rapport fordele ved kortere tilsynsrapporter, der er lettere at udarbejde og få overblik i, bl.a. fordi de har en samlet og let genkendelig struktur, og bl.a. fordi de gør brug af standardiserede fraser.

Vi ser også, at der kan være udfordringer ved at vurdere en enheds kvalitet på en skala fra 1-4 på baggrund af en primært kvalitativ dataindsamling.

Det, der er styrken i samskabt tilsyn, er de kvalitative beskrivelser af, hvad der fungerer godt og mindre godt, og de mundtlige tilbagemeldinger til såvel den lokale kvalitetsgruppe som forvaltningen i helhed.

Disse elementer indgår ikke i nogle af de øvrige tilsynsmodeller, heller ikke selvom den eksterne leverandør af tilsyn efter servicelovens § 151 – jf. fremstillingen i kapitel 3 – har gode erfaringer med brug af dette element, også i andre kommuner.

6.8 Opsummering

Det fremgår af dette kapitel, at de fire tilsynsmodeller både adskiller sig i forhold til lovgrundlag, udmøntning og deres fokus på læring i forbindelse med tilsynsarbejdet.

I forhold til lovgrundlaget er det en fordel ved samskabt tilsyn, at det både vedrører de ydelser, der leveres efter sundhedsloven og efter serviceloven.

Tilsynet er samtidig bredere end dette, idet det tager afsæt i de fire temaer, der er defineret som led i samskabelsesprojektet⁶⁴, og de fokuspunkter der er udpeget af de lokale kvalitetsgrupper forud for tilsynsbesøget.

Til gengæld vedrører samskabt tilsyn en mere snæver mængde af potentielt relevante paragraffer inden for serviceloven end ældretilsynet – og det kan blive en udfordring, at der fremadrettet ikke planlægges én kvalitetsgruppe pr. hjemmeplejeenhed, men pr. hjemmeplejedistrikt i Roskilde Kommune, da det giver større afstand fra kvalitetsråd til praksis.

Samskabt tilsyn arbejder med og understøtter konkret, praksisorienteret læring på en anden måde end de øvrige tilsynsmodeller. Det gør det både, fordi arbejdet er forankret i lokale kvalitetsgrupper, og fordi tilsynet bruger det som metode, at de følges med medarbejderne på arbejde.

⁶⁴ Heri indgår bl.a. også nogle af temaerne for de øvrige tilsyn, dvs. brand, fødevarer og arbejdsmiljø.

Det er en vigtig del af samskabt tilsyn, at de tilsynsførende møder reelt uanmeldt ind sammen med medarbejderne om morgenen, men spørgsmålet er, om denne praksis er ønskværdig og realistisk, hvis der ikke gøres brug af interne, men eksterne tilsynsførende – og hvis det fx var Styrelsen for Patient-sikkerhed, der kom uanmeldt forbi på tilsynsbesøg.

Brugen af interne tilsynsførende kan ses som en styrke ved samskabt tilsyn, fordi de decentrale medarbejdere og ledere har en større tillid til dem, end de har til de eksterne tilsynsførende, men det er samtidig en ulempe, fordi de interne tilsynsførende risikerer at blive hjemmeblinde.

Datagrundlaget for samskabt tilsyn er på samme tid dybere og mere spinkelt end de øvrige tilsynsmodeller, og VIVEs evaluering er ikke konklusiv i forhold til spørgsmålet om, hvad der samlet set og på sigt er tilstrækkeligt.

Inddragelsen af relevante aktører i tilsynet er noget af det, der udmærker samskabt tilsyn i forhold til øvrige tilsynsmodeller, og her er tale om et interessant formelement, der også kunne være relevant at overveje i forhold til fx forankringen af de statslige tilsyn. Generelt forekommer en tættere kobling af det statslige og kommunale tilsynsarbejde relevant på baggrund af denne evaluering.

Hvad angår den skriftlige afrapportering finder denne evaluering, at der kan være udfordringer ved kvantitative målinger, samt at der er fordele ved kortere og mere standardiserede afrapporteringer. På dette punkt er der fortsat grundlag for udvikling og justering af den prototype, der blev afprøvet.

7 Konklusion

Rapporten viser samlet set, at Roskilde Kommune er lykkedes med udvikling af en ny og på mange måder anderles tilsynsmodel, der forankrer tilsynsarbejdet i lokale kvalitetsråd, som mødes fire gange om året for at drøfte og bidrage til udviklingen af kvaliteten i hjemmeplejen og på plejecentrene.

De lokale kvalitetsråd består af borgere, pårørende, medarbejdere, ledere, ældrerådet og repræsentanter for civilsamfundet med tilknytning til det lokale plejecenter eller den lokale hjemmeplejeenhed.

Det er de lokale kvalitetsråd, der formulerer fokuspunkterne for tilsynsarbejdet, og det er også de lokale kvalitetsråd, der *mundtligt* får en tilbagemelding fra de tilsynsførende om, hvad de har observeret af godt og mindre godt i forbindelse med deres tilsynsbesøg.

Det danner afsæt for et arbejde med kvalitetsudvikling lokalt med udgangspunkt i såvel resultatet for tilsynet som den viden, som de decentrale ledere, medarbejdere, borgere, pårørende, ældrerådet og repræsentanter for civilsamfundet har.

Styrken ved den nye model, der er udviklet af Roskilde Kommune, er forankringen af tilsynsarbejdet i de lokale kvalitetsråd, der løbende samarbejder om at udvikle kvaliteten på enheden. Ulempen er, at der alene anvendes interne tilsynsførende – med den risiko det indebærer for at blive hjemmeblind.

En kobling mellem interne og eksterne tilsynsførende, og mellem det kommunale og nationale arbejde med kvalitetssikring og kvalitetsudvikling på ældreområdet, synes relevant på baggrund af denne evaluering.

Her vil det være en fordel med én samlet tilsynsmodel, der er skræddersyet til det kommunale ældreområde, og som ikke eksporterer systemets kompleksitet til det udførende niveau.

Bilag 1 Oversigt over observation og interview i forbindelse med undersøgelsen

Bilagstabel 1.1 Observation i forbindelse med undersøgelsen

Aktivitet	Enhed	Omfang
Observation af det daglige arbejde på ældreområdet	Et plejecenter og en hjemmeplejeenhed	To arbejdsdage hvert sted, i alt 4 arbejdsdage
Observation af det uanmeldte tilsyn i regi af projekt samskab tilsyn	Et plejecenter og én hjemmeplejeenhed (samme som ovenfor)	Et tilsynsbesøg hvert sted, i alt 2 tilsynsbesøg
Observation af ledersupervision i regi af projekt samskab tilsyn	Et plejecenter og én hjemmeplejeenhed (samme som ovenfor)	Et møde hvert sted, i alt 2 møder
Observation af arbejdet i de lokale kvalitetsråd	Et plejecenter og én hjemmeplejeenhed (samme som ovenfor)	2 møder hver sted, i alt 4 møder
Observation af det uanmeldte tilsyn i Roskilde Kommune (eksisterende praksis)	Et plejecenter og én hjemmeplejeenhed (andre end ovenfor)	2 arbejdsdage
Observation tilsynsarbejdet i regi af Styrelsen for Patientsikkerhed (det sundhedsfaglige tilsyn)	En sygeplejeklinik, et plejecenter og en hjemmeplejeenhed i Roskilde Kommune.	I alt 3 tilsyn
Observation af tilsynsarbejdet i regi af Styrelsen for Patientsikkerhed (ældretilsynet)	En hjemmeplejeenhed i Roskilde Kommune og et plejecenter i en anden kommune	I alt 2 tilsyn

Bilagstabel 1.2 Interview i forbindelse med undersøgelsen

Målgruppe	Interview form	Antal inter- view	Antal inter- view- perso- ner
Styregruppen	Gruppeinterview	1	2
Forskningsrådgiveren	Individuelt interview	1	1
Kvalitetsrådet	Gruppeinterview	1	6
De tilsynsførende i projekt samskabt tilsyn	Gruppeinterview	1	2
Afdelingsledere og områdeledere i kvalitetsrådene	Gruppeinterview	1	7
Medarbejdere i kvalitetsrådene	Gruppeinterview	1	7
Borgere i kvalitetsrådene	Individuelle interview og gruppeinterview	2	3
Pårørende i kvalitetsrådene	Gruppeinterview	1	2
Repræsentanter for ældrerrådet	Gruppeinterview	1	6
Repræsentanter for civilsamfundet	Gruppeinterview	1	1
Sundheds- og omsorgschefen	Individuelt interview	1	1
Planlæggere og teamkoordinatorer	Gruppeinterview	1	4
Udviklingssygeplejersker mv.	Gruppeinterview	1	10
Projektgruppen	Gruppeinterview	1	2
Medarbejdere, der ikke er del af kvalitetsrådene	Gruppeinterview	1	5
De tilsynsførende i den eksisterende kommunale tilsynsmodel *	Individuelt interview og gruppeinterview	2	3
De tilsynsførende fra Styrelsen for Patientsikkerhed *	Individuelle interview	5	8
De tidligere tilsynsførende i kommunen	Individuelt interview	1	1
Kvalitetskonsulent med ansvar for samarbejdet med den eksterne leverandør i den eksisterende tilsynsmodel	Individuelt interview	1	1
I alt	-	25	72

Note: * disse interview blev gennemført i forbindelse med observationsstudiet.

Bilag 2 Referencer

- BDO (2022). *Tilsynsrapport Roskilde Kommune. Sundhed og Omsorg. Fritvalgsområdet – Kommunal leverandør af pleje og praktisk hjælp. Distrikt 1. Uanmeldt tilsyn, 2022*. København: BDO.
- Bentzen, T.Ø. (2020). *Samskabt Styring. Nye veje til afbureaukratisering*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Hjelmar, U., Kjer, M.G. & Petersen, N.B.G. (2020). *Redskaber til øget lokalt selvstyre i den offentlige sektor. En systematisk kortlægning af eksisterende viden fra Skandinavien*. København: Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Hjern, B. & Porter, D. (1981). Implementation Structures: A New Unit of Administrative Analysis. *Organization Studies*, 2(3), 211-227.
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage Publications.
- PWC (2022). *Analyse af det kommunale tilsyn på ældreområdet – afrapportering på breddekortlægning og kommunecases*. Februar 2022. Tilgængelig d. 24. 1. 2024 på: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/AEldre/PwC_SST_Analyse-af-det-kommunale-tilsyn.ashx?sc_lang=da&hash=EC210B3D32EF6FF7F5FF4E1D0A88BDCD
- Roskilde Kommune (2021). *Samskabt Tilsyn på Ældreområdet #Alletiders-Ældrelev. Internt projektdokument udleveret til VIVE i forbindelse med dataindsamlingen*. Roskilde: Roskilde Kommune.
- Roskilde Kommune (2023). *Opsamling fra evalueringsworkshop. Evaluering af pilotafprøvning af samskabt tilsyn. Internt projektdokument udleveret til VIVE i forbindelse med denne undersøgelse*. Roskilde: Roskilde Kommune.
- Social-, Bolig- og Indenrigsministeriet (2022). *Afrapportering fra arbejdsgruppen om tilsyn på ældreområdet*. Publikation, 28-6-2022. Tilgængelig d. 24. 1. 2024 på: <https://sm.dk/publikationer/2022/jun/afrapportering-fra-arbejdsgruppen-om-tilsyn-paa-aeldreomraadet>
- Styrelsen for Patientsikkerhed (2022). *Ældretilsynet. Tilsynsrapport. Reaktivt tilsyn, 2022. Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87*. København: Styrelsen for Patientsikkerhed. Tilgængelig d. 24. 1. 2024 på: <https://stps.dk/media/28974/FE0946D995064FBE9223FB9C6440A701.pdf>

Styrelsen for Patientsikkerhed (2023a). *Tilsynsrapport... Sundhedsfagligt, planlagt, udgående tilsyn på blodfortyndende medicin. Plejeområdet, 2023*. København: Styrelsen for Patientsikkerhed. Tilgængelig d. 24.1. 2024 på: <https://stps.dk/media/28100/A4B49012B76B48DB856D35FE38F74E2F.pdf>

Styrelsen for Patientsikkerhed (2023b). *Tilsynsrapport... Sundhedsfagligt, reaktivt, udgående tilsyn. Plejeområdet, 2023*. København: Styrelsen for Patientsikkerhed. Tilgængelig d. 24. 1. 2024 på: <https://stps.dk/media/30607/4AB92CD36FCE410BB9827BD6CBCBAC66.pdf>

Yin, R.K. (2017). *Case Study Research and Applications. Design and Methods*. 6th ed. Sage Publications.

VIVÉ