



Kvalitet på offentlige og private plejecentre i Danmark

Hjelmar, Ulf ; Bhatti, Yosef; Rostgaard, Tine; Petersen, Ole Helby; Vrangbæk, Karsten; Larsen, Patricia Thor; Jacobsen, Lily

Publication date:
2016

Citation for published version (APA):
Hjelmar, U., Bhatti, Y., Rostgaard, T., Petersen, O. H., Vrangbæk, K., Larsen, P. T., & Jacobsen, L. (2016). *Kvalitet på offentlige og private plejecentre i Danmark.*

Kvalitet på offentlige og private plejecentre i Danmark

Ulf Hjelmar, Yosef Bhatti, Tine Rostgaard, Ole Helby Petersen,
Karsten Vrangbæk, Patricia Thor Larsen og Lily Michelle Molsbergen Jacobsen

December 2016

**FORSKNINGSPROJEKTET "DOKUMENTATION AF EFFEKTER VED
KONKURRENCEUDSÆTTELSE AF OFFENTLIGE OPGAVER"**

DEL-RAPPORT 6

Denne rapport præsenterer resultaterne af del-undersøgelse 6 fra forskningsprojektet "Dokumentation af effekter ved konkurrenceudsættelse af offentlige opgaver".

Rapporten kan downloades fra hjemmesiden www.ruc.dk/effektdoku.

Udgivelsesår: 2016. Version 1.

Copyright: Forfatterne.

Publikationen må citeres mod tydelig angivelse af originalkilden.

Om forskningsprojektet

Forskningsprojektet "Dokumentation af effekter ved konkurrenceudsættelse af offentlige opgaver" er et forskningsprojekt med deltagelse af forskere fra seks danske forskningsmiljøer. Projektet undersøger effekterne af konkurrenceudsættelse med fokus på danske forhold og belyser både effekter på tekniske områder og velfærdsområder.

Forskningsprojektet ledes af Roskilde Universitet. Læs mere om forskningsprojektet på www.ruc.dk/effektdoku.

Om rapportens forfattere

Ulf Hjelmar, forskningsprogramleder, ph.d., KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Yosef Bhatti, seniorforsker, ph.d., KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Tine Rostgaard, professor (Mso), ph.d., KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Ole Helby Petersen, professor (Mso), ph.d., Institut for Samfundsvidenskab og Erhverv, Roskilde Universitet.

Karsten Vrangbæk, professor, ph.d., Institut for Statskundskab og Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Patricia Thor Larsen, cand.scient.adm., tidligere studentermedhjælp.

Lily Michelle Molsbergen Jacobsen, stud.scient.adm., studentermedhjælp.

Indhold

Sammenfatning	5
1 Indledning.....	8
1.1 Baggrund og formål med undersøgelsen	8
1.2 Definition af offentlige og private plejecentre	9
1.3 Kvalitet i plejecentre.....	10
1.4 Operationalisering af kvalitetsbegrebet i dette studie	12
1.5 Tidligere studier af kvalitet på plejecentre.....	13
1.5.1 Gennemgang af internationale studier	13
1.5.2 Gennemgang af danske studier.....	17
2 Metode og datakilder.....	21
2.1 Spørgeskemaundersøgelse.....	21
2.1.1 Udvikling af spørgeskema.....	22
2.1.2 Gennemførelse af spørgeskemaundersøgelse	22
2.1.3 Repræsentativitet i spørgeskemaundersøgelsen	24
2.2 Opgørelser fra tilsynsrapporter	25
2.2.1 Tilgængelige data fra tilsynsrapporterne	25
2.2.2 Gennemførelse af kodningen	27
2.3 Opsummering af datagrundlaget	27
3 Generelle karakteristika for danske plejecentre	28
4 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen.....	31
4.1 Strukturel kvalitet.....	32
4.2 Proceskvalitet	37
4.3 Outcome-kvalitet.....	40
4.4 Opsummering af spørgeskemaundersøgelsens resultater.....	42
5 Opgørelser af kvalitet i Embedslægens tilsynsrapporter	43
5.1 Strukturel kvalitet.....	44
5.2 Proceskvalitet	46
5.3 Opsummering af resultaterne fra tilsynsrapporterne.....	48
6 Konklusioner.....	50
6.1 Generelle kvalitetsmæssige forhold.....	50
6.2 Forskelle i kvalitet baseret på spørgeskemaundersøgelsen.....	51

6.3	Forskelle i kvalitet baseret på data fra tilsynsrapporter	52
6.4	Samlet konklusion	53
6.5	Afrunding og perspektivering	54
	Referencer	57
	Appendiks 1: Spørgeskema til plejecentrene	60
	Appendiks 2: Deskriptiv statistik for variablene i spørgeskemaet	71
	Appendiks 3: Fulde resultater for multivariate analyser	81

Sammenfatning

Formålet med denne rapport er at bidrage til en systematisk beskrivelse af kvalitet på danske plejecentre, herunder at belyse, hvorvidt der er systematiske forskelle i kvaliteten på tværs af offentlige og private plejecentre i Danmark. Plejecentre anvendes jf. Lov om almene boliger § 5. 13 stk. 2 som betegnelse for en samling af individuelle og almene plejeboliger, hvortil der er knyttet omsorgs- og servicefunktioner med tilhørende personale svarende til den pågældende beboergruppes behov, eller i almindelig tale, plejehjem. Vi anvender i rapporten den samlede betegnelse plejecentre.

Tre ejerskabstyper anvendes i rapporten: '*Offentlige*' plejecentre, som drives af kommunerne, '*selvejende*' plejecentre, som har driftsoverenskomst med kommunerne og drives af private organisationer men uden mulighed for at trække et overskud ud af virksomheden (non-profit), og '*øvrige private*' plejecentre, som omfatter friplejehjem og udliciterede plejehjem, der begge har lovgivningsmæssig mulighed for at trække et overskud ud af driften (for-profit). Inden for kategorien øvrige private plejecentre findes en række selvejende plejehjem, som formelt set opererer under Friplejeloven og derved har mulighed for at trække et overskud ud af driften, men som af forskellige grunde har valgt ikke at benytte sig af denne mulighed.

Kvalitetsforståelser: Struktur, proces og outcome

I analysen opereres med tre tilgange til at definere og vurdere kvaliteten af plejecentre, som oprindeligt blev formuleret af Donabedian (1983, 1988). *Strukturel kvalitet* omfatter forudsætningerne for at udøve pleje til de ældre (fx antallet af medarbejdere per plejehjemsbeboer). *Proceskvalitet* omfatter elementer og procedurer i den konkrete pleje (fx udarbejdelse og opfølgning på personlige handleplaner). Endelig indgår i analyserne også *outcome-kvalitet*, hvormed menes en dimension, der refererer til resultaterne af plejen (fx omfanget af ulykker og skader blandt beboerne og udvalgte helbredsmaal). Den konkrete operationalisering af de forskellige delelementer i de tre kvalitetsdimensioner er bl.a. inspireret af en svensk undersøgelse af kvalitet på offentlige og private plejecentre (Stolt, Blomqvist og Winblad, 2011).

Den svenske undersøgelse inkluderer både selvejende non-profit og udliciterede for-profit plejecentre og finder, at offentlige plejecentre har en højere strukturel kvalitet, mens private non-profit og for-profit plejecentre har en højere proces kvalitet. Outcome-kvalitet indgår ikke i den svenske undersøgelse. Selvom der er mange ligheder mellem Danmark og Sverige er der også betydelige forskelle i den konkrete organisering af plejehjemsområdet. En væsentlig forskel er, at hovedparten (cirka 90 procent) af de private plejecentre i den svenske undersøgelse er for-profit private plejecentre, og dermed var kun cirka 10 procent non-profit plejecentre. Til sammenligning er der i Danmark både en lavere andel af private plejecentre generelt og en overvægt af selvejende non-profit plejecentre blandt de private aktører på markedet.

Rapportens datagrundlag

Metodisk bygger rapporten på en spørgeskemaundersøgelse udsendt til ledere af alle danske plejecentre samt kodning af Embedslægens tilsynsrapporter for de enkelte plejecentre. Der er med spørgeskemaundersøgelsen såvel som kodningen af Embedslægens tilsyn tale om en totalundersøgelse af alle plejecentre i Danmark. I spørgeskemaundersøgelsen indgår svar fra over 350 plejecentre svarende til en samlet besvarelsesprocent på 42. Der er lavet en bortfaldsanalyse, som giver indikation på, at bortfaldet ikke er systematisk i en grad, så det påvirker undersøgelsens hovedresultater.

I analysen af Embedslægens tilsynsrapporter indgår 907 plejecentre, hvilket udgør tæt på 100 % af plejecentrene i Danmark. Tilsynsrapporterne har den fordel, at de er baseret på uvildig inspektion af samtlige plejecentre og ikke som spørgeskemaundersøgelsen er afhængig af, at de forskellige plejecentre har ønsket og/eller har fundet tid til at deltage. Anvendelsen af disse to datakilder gør os i stand til metodisk at udvide den førnævnte svenske undersøgelse ved at supplere egenrapporterede oplysninger indhentet fra spørgeskemaundersøgelsen med administrative data registeret af Embedslægen som officiel tilsynsførende myndighed på området.

Generelle kvalitetsforhold på plejecentrene

I rapporten rapporteres en række generelle karakteristika for plejecentrene i Danmark. Hermed er det muligt at få en tværgående indsigt i de grundlæggende forhold, der kendetegner plejecentrene, og som kan have en konsekvens for den kvalitet i plejen, som plejecentrene kan tilbyde borgerne. Det fremgår af undersøgelsen, at plejecentre i Danmark typisk ikke er meget store. Kun omkring 3 procent af plejecentrene har over 100 beboere. Typisk har plejecentrene lidt over 40 beboere. Langt de fleste pladser er faste – under 5 procent af pladserne er midlertidige. Kapaciteten er generelt tæt på at være fuldt udnyttet – ca. 96 procent af kapaciteten er udnyttet på danske plejecentre.

Rapporten viser også, at beboerne typisk vurderes at være relativt plejekrævende. Over 50 procent af beboerne vurderes til at lide af en demenssygdom, over 5 procent af Parkinson, mens knap 20 procent vurderes til at lide af følger efter apopleksi. Endvidere vurderes godt 20 procent af beboerne at have psykiske lidelser, og lidt mere end 3 procent af beboerne får palliativ pleje (terminalt forløb).

I forhold til bemanning og personalekategorier viser analysen, at der i gennemsnit er lidt over 1 ansat per beboer, og at langt de fleste medarbejdere er deltidsansatte (under 37 timer om ugen). Langt de fleste ansatte har en uddannelse som social- og sundhedsassistent eller social- og sundhedshjælper. Analysen viser også, at der er stor variation mellem plejecentrene i forhold til bemanning og vagttyper. Det ses blandt andet, at der er flere sygeplejersker, professionsuddannede og øvrige personalekategorier på større plejecentre, og der ses også meget store variationer mellem, hvilke personalegrupper (fx sygeplejersker), der er til stede på plejecentrene udenfor dagtimerne (kl. 8-16).

Forskelle i kvalitet mellem offentlige, selvejende og øvrige private plejecentre

Det er vanskeligt at måle forskelle i kvalitet mellem offentlige, selvejende og øvrige private plejecentre. Dette gælder generelt, da der er tale om en meget kompleks ydelse, og det gælder i særlig grad i forhold til danske forhold, da der er forholdsvis få private for-profit plejecentre i Danmark. Ca. 15 procent af plejecentrene i vores spørgeskemaundersøgelse er private. Ser man nærmere på disse 15 procent, så fremgår det, at de fleste af disse er selvejende institutioner (ca. 9 procent), mens øvrige private plejecentre (udliciterede plejecentre og friplejehjem) udgør 6 procent af plejecentrene. Med så relativt få selvejende og øvrige private plejecentre i undersøgelsen er der derfor en vis statistisk usikkerhed i undersøgelsens resultater.

I forhold til strukturel kvalitet er forskellene mellem offentlige, selvejende og øvrigt private plejecentre ikke entydige. Der er dog indikationer på, at offentlige plejecentre har en lidt højere strukturel kvalitet. Private plejecentre, særlig de øvrige private plejecentre, har eksempelvis en større andel medarbejdere, der er timelønnede end offentlige plejecentre, og disse plejecentre har dermed som udgangspunkt dårligere vilkår for at sikre en høj kontinuitet blandt medarbejderne end offentlige plejecentre.

Ydermere viser analyserne, at offentlige plejecentre leverer en anden form for processuel kvalitet end selvejende og øvrige private plejecentre. Offentlige plejecentre har en tendens til høj proceskvalitet målt på sundhedsrelaterede mål såsom procedurer for patientsikkerhed, medicinbehandling mv. med udgangspunkt i journalerne – alle kvalitetsmål, som der er fokus på i Embedslægens tilsyn. Denne forskel i proceskvalitet er særlig markant i forhold til udliciterede private plejecentre, som i gennemsnit får mere kritik end de offentlige plejecentre, om end forskellen skal tolkes med varsomhed, da gruppen af udliciterede private plejecentre er lille. Samtidig viser spørgeskemaundersøgelsen, at både selvejende og øvrige private plejecentre leverer en højere proceskvalitet end offentlige plejecentre målt ud fra service- og brugerrelaterede mål for proceskvalitet såsom tilberedning af mad i eget køkken. Man kan altså ikke på baggrund af undersøgelsen entydigt konkludere, at offentlige, selvejende eller øvrige private plejecentre har den højeste proceskvalitet. Derimod ser det ud til, at henholdsvis offentlige, selvejende og øvrige private plejecentre lægger vægt på forskellige processuelle kvalitetsforhold.

Sluttelig viser undersøgelsen, at der er indikationer på, at private plejecentre – og særligt øvrige private plejecentre - har en lidt højere outcome-kvalitet end offentlige plejecentre på dimensionen forekomst af ulykker og skader blandt beboerne. Outcome-kvalitet er dog meget vanskelig at måle og behæftet med en stor usikkerhed, da det bl.a. er vanskeligt fuldt ud at kontrollere for beboersammensætning (plejetyngde). Vi har i undersøgelsen forsøgt at tage højde for dette forhold, men opgørelsen af denne kvalitetsdimension er forbundet med usikkerhed, og der er behov for yderligere og mere dybdegående analyser af denne dimension i fremtidige analyser af området.

1 Indledning

1.1 Baggrund og formål med undersøgelsen

Plejeboligområdet har i Danmark traditionelt været domineret af offentlige institutioner. Historisk har der dog også fra midten af 1800-tallet og frem været selvejende institutioner (fx Diakonissestiftelsen), som har tilbudt et alternativ til offentlige plejecentre. Disse selvejende plejecentre har historisk udgjort en mindre andel af samtlige plejecentre i Danmark, og antallet af selvejende plejecentre har inden for de seneste 15 år ligget på et nogenlunde stabilt niveau (Thøgersen, 2013¹). De selvejende institutioner afveg i finansiering og regulering i mange tilfælde kun i mindre grad fra de offentlige plejecentre (se afsnit 1.3. for definitioner af de forskellige former for plejecentre i Danmark).

Dette overordnede billede har ændret sig inden for de seneste år. Antalsmæssigt er langt de fleste plejecentre stadig offentlige, men de private er i stigning. I 2007 blev Friplejeboligloven vedtaget, hvilket gav private udbydere lettere adgang til markedet for plejeboliger. Formålet var at øge konkurrencen ved at give ældre borgere flere muligheder for at vælge mellem offentlige og private udbydere. Antallet af pladser i Friplejeboliger er steget fra 242 i 2009 til omkring 2.400 boliger i dag (Danmarks Statistik, RESI01; Sundhedsstyrelsen, 2016). Til sammenligning bor ca. 40.000 personer i en plejebolig i Danmark.

En tidligere analyse vurderede, at der i 2012 var 13 udbydere af Friplejeboliger i 11 kommuner, herunder selvejende plejecentre (Rambøll, 2012). En ændring af Friplejeloven i 2015 indebærer, at kommuner og friplejehjemsleverandører nu kan aftale, at kommunen får anvisningsret til én eller flere af boligerne i bebyggelsen. Der indførtes også en ny afregningsmodel. Reglerne gælder for nye friplejehjem etableret efter 1. juli 2015 og for eksisterende friplejehjem, når deres kontrakt udløber, eller hvis de forinden vælger at overgå til de nye regler. En opgørelse fra Sundhedsstyrelsen viser, at der per 1. februar 2016 var 76 certificerede friplejehjem, hvoraf en række plejehjem stadig er under etablering. Samtidig har der de senere år været et øget politisk fokus på at konkurrenceudsætte plejecentre i kommunerne. Det har resulteret i en række udbud af driften af plejecentre, hvilket har ført til, at knapt 15 plejecentre i dag er udliciteret til private udbydere.

De seneste års udvikling på plejecenterområdet har betydet, at der i dag er en større mangfoldighed af offentlige og private plejecentre end det tidligere var tilfældet. Plejecentrene varierer blandt andet i forhold til ejerskab, finansiering, medarbejdersammensætning, ledelse og servicekoncept. Disse forskelle gør det relevant at sammenligne kvaliteten på offentlige og private plejecentre, herunder at undersøge, om der er systematiske forskelle i kvaliteten på plejecentre med henholdsvis offentligt og privat ejerskab. Litteraturen om forskelle mellem offentlige og private udbydere på plejehjemsområdet har hidtil været begrænset i Danmark såvel som internationalt (Petersen og Hjelmar, 2013). En enkelt undersøgelse baseret på tre danske cases indikerer, at udlicitering af plejehjemsdrift har ført til lavere omkostninger (Rambøll, 2009), men dels er det empiriske grundlag begrænset til tre kommuner, og dels sammenlignes kvalitetsforhold ikke på en systematisk måde. Derfor er der behov for en systematisk og tilbudsgående undersøgelse af kvalitet og kvalitetsforskelle på plejecentre med offentligt og privat ejerskab.

¹ I opgørelsen af Thøgersen fås andelen til at være omkring 20 %. Denne andel er dog meget højt sat i forhold til vores opgørelser af plejecentres organiseringsform, hvor vi snarere får andelen af selvejende plejecentre til at være omkring 10 %.

Formålet med denne rapport er at gennemføre en bredt dækkende undersøgelse af kvaliteten på offentlige og private plejecentre i Danmark. Det primære formål med rapporten er at bidrage med ny viden om kvalitetsforhold på danske plejecentre, uanset om driften varetages af offentlige eller private leverandører. Det sekundære formål er at belyse, hvorvidt der er systematiske forskelle i kvaliteten på henholdsvis offentlige og private plejecentre på tværs af en lang række forskellige kvalitetsdimensioner samlet under betegnelserne strukturel, processuel og outcome-baseret kvalitet (uddybes nedenfor).

Analysen finder især inspiration fra et tidligere studie af Stolt, Blomqvist og Winblad (2011), som i Sverige har gennemført en tilsvarende undersøgelse af kvaliteten på offentlige og private plejecentre. Den svenske undersøgelse byggede på en spørgeskemaundersøgelse sendt ud til alle plejecentre i Sverige. Denne rapport om danske forhold bygger ligeledes på en spørgeskemaundersøgelse distribueret blandt landets plejecentre, ligesom vi har gennemført en systematisk kodning af Embedslægens tilsyn med alle danske plejecentre. Anvendelsen af disse to datakilder gør os i stand til at udvide den svenske undersøgelse ved at supplere egenrapporterede oplysninger indhentet fra spørgeskemaundersøgelsen med administrative data registeret af Embedslægen som statslig, tilsynsførende myndighed på plejeboligområdet.

1.2 Definition af offentlige og private plejecentre

Undersøgelsens primære formål er, som nævnt ovenfor, at sammenligne kvaliteten på offentlige og private plejecentre i Danmark. Det er imidlertid ikke helt enkelt at skelne mellem offentlige og private plejecentre. Plejecentrene kan således have forskellige former for ejerskab, forskellige former for finansiering, og de kan have forskellige grader af politisk styring og regulering. Der er fire grundlæggende former for organisering af plejecentre i Danmark. I det følgende gennemgås disse organiseringsformer kort, og der gøres rede for, hvordan vi vil behandle de enkelte organiseringsformer i analysen.

- *Kommunale plejecentre* udgør langt de fleste plejecentre i Danmark. De er offentligt ejet, finansieret og reguleret, ligesom disse plejecentre er en del af det kommunale anvisningssystem. Dermed kan disse plejecentre entydigt karakteriseres som *offentlige plejecentre*, selvom der indgår et element af beboerfinansieret brugerbetaling.
- *Selvejende plejecentre* er privatejet, men en meget stor andel af deres drift er offentligt finansieret, og de er i høj grad offentligt reguleret gennem driftsoverenskomster med kommunerne. Samtidig er de non-profit institutioner, hvormed menes, at der ikke kan trækkes et overskud ud af driften. Disse plejecentre er grundlæggende private, men de har i kraft af deres finansiering, regulering og non-profit orientering et offentligt præg. I analysen behandles denne form for plejecentre som private, men de adskilles fra de øvrige typer af private plejecentre, som opererer mere uafhængigt af den offentlige sektor og til forskel fra de selvejende plejecentre har mulighed for at udtrække profit. Således omtales plejecentrene i analysen som *selvejende private plejecentre* eller blot *selvejende plejecentre*.
- *Friplejhjem* er en relativ ny form for organisering, som blandt andet blev lovfæstet med Friplejeloven i 2007 og den reviderede Friplejelov i 2015. Friplejhjem er privatejede, de har en privat finansiering udover det offentlige tilskud, og de er ikke direkte offentligt reguleret gennem en driftsoverenskomst, som tilfældet er det for selvejende institutioner. Samtidig giver lovgivningen dem mulighed for at trække et overskud ud af driften, og de kan derved operere på for-profit vilkår. I praksis er en stor del af friplejhjemmene organiseret som selvejende plejecentre, hvilket betyder,

at de ikke benytter sig af muligheden for at trække et overskud ud af driften. Friplejehjem betegnes i analysen som *øvrige private plejecentre*.

- *Udliciterede plejecentre* er en organiseringsform, hvor en privat leverandør er blevet udpeget efter et offentligt udbud. Ligesom på de offentlige og selvejende plejecentre finansieres driften af disse plejecentre af et offentligt tilskud, som suppleres af beboerfinansieret brugerbetaling. Disse plejecentre har som udgangspunkt mulighed for at trække et overskud ud af institutionerne (for-profit), og de er underlagt genudbud af driften med nogle års mellemrum. I analysen kategoriseres disse plejecentre sammen med friplejeboligerne som *øvrige private plejecentre*.

I tabel 1.1 ses en oversigt over de forskellige typer af plejecentre, og hvilke plejecentre der behandles som henholdsvis offentlige og private plejecentre.

Tabel 1.1. Organisatoriske forskelle offentlige og private plejecentre

	Offentlige	Private		
	Kommunale	Selvejende	Friplejehjem	Udliciterede
Ejerskab	Offentlig	Privat	Privat	Privat
Finansiering	Offentlig og brugerbetaling	Offentlig og brugerbetaling	Offentlig og brugerbetaling	Offentlig og brugerbetaling
Kommunal regulering	Kommunal forvaltning	Driftsoverenskomst med kommune	Ingen kontraktretlige relationer	Kontrakt efter udbud
Kommunal anvisning	Ja	Ja	Nej*	Nej
Mulighed for profit	Nej	Nej	Ja (ifølge lovgivning)	Ja
Kategorisering i analysen	"Offentlige"	"Selvejende private"/"selvejende"	"Øvrige private"	"Øvrige private"

*Friplejehjem kan indgå aftale med kommunen om at indgå i kommunal anvisning (Lov om Friplejeboliger: paragraf 1, stk. 2).

1.3 Kvalitet i plejecentre

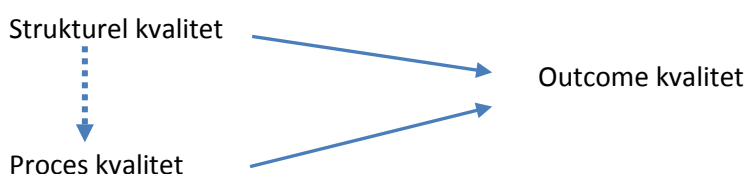
Kvalitet på plejehjemsområdet er et omdiskuteret begreb. Mange studier tager udgangspunkt i en grundlæggende skelnen mellem de tre kvalitetsdimensioner struktur, proces og outcome (resultat). Denne overordnede kvalitetstilgang kan spores tilbage til Donabedian (1983, 1988) og danner udgangspunkt for teori- og hypoteseudvikling såvel som empiriske analyser i en lang række efterfølgende studier af plejehjems-kvalitet (Harrington, 2005; Nakrem m.fl., 2009; Moulin m.fl., 2010; Stolt m.fl., 2011). I Donabedians forståelse af kvalitet danner strukturelle forhold, processuelle forhold og outcome-indikatorer en sammenhængende tilgang til at evaluere og sammenligne kvalitet på ældre- og sundhedsområdet.

Donabedian understreger, at der ikke er tale om definitioner af kvalitet, men tilgange til evaluering af kvalitet (2003: 357), og at hver af de tre tilgange kan operationaliseres på forskellig vis. Ser vi eksempelvis på outcome-kvalitet, kan det indeholde en bred vifte af objektive såvel som subjektive kvalitetsmål og således basere sig på registerbaserede mål, fagpersoner og myndigheders vurdering eller på borgeres egne oplevel-

ser. Valg af kvalitetsmål og operationalisering er naturligvis vigtigt for sammenlignende undersøgelser som nærværende rapport. Ofte vil der være et element af "det muliges kunst". Vi redegør for vores operationalisering senere i dette afsnit.

De tre tilgange til evaluering af kvalitet kan opfattes som delvist kausalt forbundet, således at strukturelle rammer om plejekvalitet (fx ressourcer, personale, bygninger) indirekte skaber rammer for processuel kvalitet (pleje, forebyggelse, involvering), hvilket igen – og antageligt mere direkte – skaber rammen for outcome-kvalitet (fx færre dødsfald, højere funktionsniveau, større livsglæde) (se figur 1.1).

Figur 1.1: Modelopstilling af teoretisk relation mellem de tre kvalitetstilgange.



De konkrete mekanismer og styrken af kausaliteten kan imidlertid være vanskelig at afdække i praksis. Derfor rapporteres de ofte sideordnet eller som forskellige kvalitetsdomæner. Donabedian og efterfølgende anvendelser af den tredelte tilgang til evaluering af plejekvalitet understreger da også, at de tre tilgange hver især har en selvstændig værdi. Dette indebærer, at tilgangene bør anvendes supplerende for at opnå et dækkende og fyldestgørende billede af den samlede plejekvalitet. Det betyder eksempelvis, at outcome-baseret kvalitet ikke er et tilstrækkeligt enkeltstående kvalitetsmål, fordi det fx også er en selvstændig kvalitet, at beboerne oplever at være involveret i tilrettelæggelsen af egen dagligdag, plejeplaner og sociale aktiviteter (proceskvalitet).

I en række af de systematiske reviews og empiriske studier, som gennemgås nedenfor, foretages imidlertid ofte en afgrænsning til fx at fokusere på outcome-kvalitet i medicinske studier af kvaliteten på plejehjem (Harrington, 2005; Spilsbury m.fl., 2011), mens andre studier fokuserer mere på strukturel og/eller processuel kvalitet (se fx Stolt m.fl., 2011).

Overordnet kan de tre tilgange til evaluering af kvalitet beskrives på følgende måde i forhold til plejesektoren:

- *Strukturel kvalitet*, som nogle gange også omtales som input-orienteret kvalitet, henviser til de rammeforhold, hvorunder plejen på plejecentre udføres. Der kan eksempelvis være tale om fysiske rammeforhold (bygninger, materiel, udstyr mv.), personmæssige karakteristika (personalesammensætning, normering, kompetencer, etc.) og organisatoriske karakteristika (organisationsstruktur, ledelsesforhold, organisationskultur mv.).
- *Processuel kvalitet* handler om de aktiviteter, der udgør plejen og øvrige aktiviteter på et plejecenter. Det kan eksempelvis være diagnosticering, behandling, rehabilitering og sygdomsforebyggelse, hvis der fokuseres på medicinske og/eller helbredsmæssige aktiviteter. Der kan også være tale om beboernes involvering i udformning af egen plejeplan, genoptræningsforløb og involvering i beslutninger om fysiske og sociale aktiviteter.
- *Outcome-kvalitet* fokuserer på resultaterne eller effekterne af plejen. Heri indgår forhold såsom utilsigtede dødsfald, levetid, forekomst af liggear, faldulykker mv. Der indgår også mere subjektive

forhold såsom livskvalitet blandt beboerne, tilfredshed med specifikke plejeelementer og tilfredshed med plejehjemmet generelt.

Som tidligere nævnt er det tænkeligt, at såvel strukturel- som proceskvalitet skaber betingelser for outcomekvalitet (se figur 1.1 ovenfor). Man kan formode, at både strukturelle betingelser og gode processer skal være til stede for at levere gode outcomes. I denne undersøgelse, og på linje med Donabedian og senere anvendelser af den tredelte tilgang til kvalitetsbegrebet, betragter vi dog alle tre dimensioner selvstændigt, da de alle leverer unik information om kvalitet og derfor er selvstændigt interessante, ligesom vores interesse primært består i at beskrive kvalitet og kvalitetsforskelle snarere end at forklare dem. Det er dog værd at have kvalitetsdimensionernes potentielle relation in mente, når man sammenligner resultater på tværs af dem.

1.4 Operationalisering af kvalitetsbegrebet i dette studie

I denne undersøgelse er vi især inspireret af en tidligere omtalt undersøgelse af kvalitet på plejecentre i Sverige, publiceret i 2011 af tre svenske forskere (Stolt, Blomqvist og Winblad, 2011). Den svenske undersøgelse er interessant, fordi den udgør et af de mest gennemarbejdede og aktuelle studier på plejeboligområdet, og det er gennemført i en samfundsmæssig og politisk kontekst (Sverige), som er sammenlignelig med den danske kontekst. Samtidig opererer den svenske undersøgelse inden for Donabedian-traditionen med tre forskellige tilgange til at vurdere kvalitet, jf. gennemgangen tidligere, og det er som nævnt ovenfor den tilgang, vi bygger videre på i denne undersøgelse.

Resultaterne af den svenske undersøgelse er, offentlige plejecentre har en bedre strukturel kvalitet end private plejecentre i form af flere ansatte per medarbejder, et højere uddannelsesniveau mv. Samtidig viser undersøgelsen, at private plejecentre har en bedre proceskvalitet end offentlige plejecentre. Dette gav sig udslag i, at beboere i private plejecentre i højere grad deltager i formuleringen af egen handleplan, og at beboerne har et større udvalg af mad mv. I forhold til outcomekvalitet kunne de svenske forskere ikke konkludere noget entydigt på grund af mangel på data om dette forhold.

Vores undersøgelse vil belyse, om der er tilsvarende forskelle i kvalitet mellem offentlige og private plejecentre i Danmark, men med en udvidelse antallet af indikatorer samt tilføjelse af en ny datakilde (Embedslægens tilsynsrapporter), som kombinerer selvrapporterede data indsamlet via en spørgeskemaundersøgelse med administrative data indhentet af den sundhedsfaglige tilsynsmyndighed på plejehjemsområdet.

Undersøgelsen af Stolt, Blomqvist og Winblad opererer med 12 kvalitetsindikatorer, heraf 9 indikatorer for strukturel kvalitet og 3 indikatorer for proceskvalitet. I den danske spørgeskemaundersøgelse, som ligger til grund for denne rapport, har vi udvidet disse indikatorer med yderligere 23 variable, herunder er der en række af de svenske indikatorer, som vi i denne undersøgelse måler med flere variable. 10 af de 23 variable omhandler strukturel kvalitet, 10 omhandler proceskvalitet, mens 3 variable er indikatorer for outcomekvalitet. Målet hermed har været at bygge videre på men også udvide og forbedre den svenske undersøgelse og derigennem tilvejebringe en dybere forståelse af kvaliteten på danske plejecentre. Navnlig tilføjer de tre indikatorer for outcome-kvalitet en ekstra dimension til undersøgelsen, som ikke blev systematisk belyst i den svenske undersøgelse. Ligeledes er der tilføjet flere procesindikatorer, således at vores undersøgelse indeholder omtrent samme antal struktur- og procesindikatorer.

I forhold til outcome-kvalitet er antagelsen, at denne nye kvalitetsdimension yderligere vil bidrage til at nuancere billedet af kvalitetsforskelle mellem offentlige og private plejecentre og derved tilføre diskussionen om kvalitet på plejecentre yderligere viden. Litteraturen på området giver ikke umiddelbart en begrundet forventning om, hvorvidt offentlige eller private plejecentre har den højeste outcome-kvalitet. Som vi skal vende tilbage til senere i rapporten skal det dog påpeges, at der er en række metodiske og datamæssige udfordringer ved at måle på outcome-kvalitet, som gør, at konklusionerne i forhold til denne dimension skal tages med særligt forbehold.

Undersøgelsen af Stolt, Blomqvist og Winblad bygger udelukkende på selvrapporterede data fra en spørgekemaundersøgelse foretaget blandt ledere af plejecentre. Dette er en rimelig metode i forhold til at belyse forskelle i selvrapporteret kvalitet mellem henholdsvis offentlige og private plejecentre. Selvrapporterede data har imidlertid en række velkendte udfordringer – herunder at respondenterne kan huske forkert eller misrapportere den faktiske kvalitet, fordi der er en stærk norm om, at man bør skabe den bedste kvalitet for brugerne, eller fordi man har incitament til misrapportering. Endelig kan en mere kritisk indstilling til kvalitet betyde, at man undervurderer de egentlige resultater, fx kan en plejecenterleder overrapportere antallet af faldulykker, hvis hun/han er relativt mere opmærksom på at undgå denne slags hændelser end lederne på andre plejecentre.

Afrapporteringerne af kvalitet kan derfor yderligere valideres – og nuanceres – ved at tilføje en anden type af kvalitetsdata, som ikke bygger på selvrapporterede oplysninger. I denne rapport har vi som tidligere omtalt forsøgt at imødegå udfordringen ved selvrapporterede data ved at tilføje kvalitetsdata indhentet fra de offentligt tilgængelige tilsynsrapporter på plejehjemsområdet fra 2014 og 2015. Tilsynsrapporterne udarbejdes minimum hvert andet år på baggrund af uanmeldte besøg og udføres af Embedslægen og kan findes på hjemmesiden for Styrelsen for Patientsikkerhed².

1.5 Tidligere studier af kvalitet på plejecentre

Systematiske kvalitetsforskelle mellem offentlige og private plejecentre er blevet belyst i en række danske såvel som internationale studier. I det følgende gennemgår vi kort de seneste års studier i henholdsvis den internationale og danske litteratur. Udvælgelsen af studier er i første omgang baseret på de seneste systematiske forskningsoversigter over studier af effekter af udlicitering (Petersen, Hjelmar, Vrangbæk og La Cour, 2011; Petersen, Hjelmar, Vrangbæk og Larsen, 2014). Derudover indgår relevante studier udgivet efter 2014 om effekter af udlicitering samt søgning i videnskabelige databaser efter studier, der belyser kvalitetsforhold på plejecentre og forskelle i kvalitet mellem forskellige offentlige, private for-profit og private non-profit plejecentre. Endelig gennemgår vi også en række danske studier, der enten har undersøgt kvalitet i plejen som et begreb eller mere empirisk fænomen.

1.5.1 Gennemgang af internationale studier

Litteraturen om kvalitet på plejecentre rummer en række systematiske reviews af internationale studier af kvalitetsmålingssystemer, kvalitetsforståelser og evalueringspraksis på plejehjemsområdet i forskellige nationale kontekster. Studiet af Mor m.fl. (2003) gennemgår den eksisterende litteratur om anvendelsen af kvalitets- og resultatindikatorer i den amerikanske plejehjemssektor og bygger ligesom flere af de øvrige

² <https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/tilsyn-med-omraader/plejehjem-og-plejeboliger/plejehjemstilsyn-og-bosteder#>

studier på Donabedians struktur-proces-outcome paradigme. Studiet problematiserer kvaliteten af de indsamlede kvalitetsinformationer. Det konkluderes ydermere, at der er en lav grad af korrelation mellem de forskellige kvalitetsindikatorer på plejecentre, ligesom der peges på, at der er store individuelle forskelle i behov og præferencer mellem individer, hvilket gør kvalitet på plejecentre meget kontekst- og individafhængigt.

I et andet systematisk litteraturreview gennemgår Nakrem m.fl. (2009) den tilgængelige litteratur om processer for udvikling og validitetstest af nationale kvalitetsindikatorer på plejehjemsområdet i syv lande, herunder Danmark. Studiet tager udgangspunkt i struktur-proces-outcome paradigmet og definerer en kvalitetsindikator som et kvantitativt mål for professionel pleje. Studiet identificerer 46 proces og/eller outcome baserede kvalitetsindikatorer på tværs af studierne i de syv lande og finder samtidig store nationale variationer i, hvordan disse kvalitetsdata bliver indsamlet og brugt. Der påpeges desuden problemer med kvalitetsindikatorernes validitet og reliabilitet i de fleste lande.

Studiet af Spilsbury m.fl. (2011) præsenterer et systematisk review af studier med fokus på forholdet mellem personale og kvalitet på plejecentre. Studiet finder 42 forskellige kvalitetsindikatorer i litteraturen og 52 måder at opgøre personalemæssige forhold på. Der er primært fokus på kliniske indikatorer og studiet finder tentativ dokumentation for, at det samlede antal sygeplejersker og assistenter er positivt korreleret med kvalitet for beboerne på plejecentre, men der er også en del blandede og inkonsistente resultater på tværs af tidligere studier. Metodisk peger artiklen på vigtigheden af ikke kun at fokusere på normering men også samlet antal personaletimer, personalekategorier, sygefravær, personaleudskiftning, uddannelse og erfaring samt organisering og ledelse af arbejdet som faktorer, der påvirker kvaliteten for beboerne på plejecentre.

Sluttelig findes en række empiriske studier, som sammenligner plejekvaliteten på tværs af ejerskabsformerne offentlige, private for-profit og/eller private non-profit plejecentre. I studiet af Stolt m.fl. (2011) gennemføres en survey-baseret sammenligning af strukturelle og processuelle kvalitetsforhold på et meget bredt udsnit af svenske plejecentre. Studiet finder, at offentlige plejecentre scorer bedre på nogle strukturelle indikatorer såsom personalenormering, mens private leverandører scorer højere på nogle procesmæssige indikatorer såsom involvering i formuleringen af egen omsorgsplan, længde mellem aftensmåltid og morgenmåltid og valgmuligheder ved måltider. Der kontrolleres for konkurrenceforhold i distrikter, og det har ikke selvstændig betydning, hvorfor det konkluderes, at de målte kvalitetsforskelle først og fremmest skyldes forskelle i ejerskabsforholdet.

Et andet svensk studie af kvalitetsopfattelser i ældreplejen har udgjort rammen for udvælgelsen af de 12 kvalitetsindikatorer, som indgår i det svenske studie af Stolt, Blomqvist og Winblad (NBHW, 2008). Studiet bygger på en række surveys med henholdsvis ledere og medarbejdere på plejecentre samt beboere og pårørende. Der peges på, at deltagelse og involvering i den personlige handleplan er vigtig, ligesom kompetence hos medarbejderne og social stimulation og sociale aktiviteter særligt fremhæves. Derudover fremhæves en række øvrige kvalitetsindikatorer, som repræsenterer både proceskvalitet og strukturel kvalitet. Outcome-kvalitet, fx tilfredshedsmålinger, diskuteres i studiet, men indgår ikke i analyserne, da der mangler data på området. Studiet af NBHW indeholder også en analyse af, hvorvidt der er forskel på de ansattes oplevelse af kvalitet og beboernes egen oplevelse af kvalitet. Analysen konkluderer her, at beboerne navnlig lægger vægt på forhold omkring deltagelse i formulering af handleplan, trygge rammer, aktivitetstilbud,

kontinuitet blandt medarbejdere og medarbejderkompetence. Efterfølgende er der i Sverige blevet arbejdet videre med kvalitetsindikatorerne i studiet fra NBHW (Socialstyrelsen, 2014).

Der er desuden en forholdsvis stor empirisk litteratur om forskelle på private for-profit og private non-profit plejecentre, som arbejder ud fra den teoretiske hypotese, at non-profit plejecentre sammenlignet med for-profit plejecentre har et lille incitament til at reducere kvaliteten på markeder karakteriseret ved høj grad af asymmetrisk information (Hirth, 1999; Chou, 2002; Grabowski og Hirth, 2003). Med asymmetrisk information henvises til en form for markedsfejl. Når der er asymmetrisk information, så har den offentlige part, der har uddelegeret en opgave, ikke fuld indsigt i opgavens udførelse, og kan dermed ikke sikre, at opgaven udføres som ønsket.

Sammenligningen af for-profit og non-profit private plejecentre er teoretisk interessant ud fra en forventning om, plejehjemsmarkeder på grund af opgavernes kompleksitet og beboernes alder er kendetegnet ved manglende indsigt i opgavernes reelle udførelse (asymmetrisk information). I denne situation beskriver nogle studier non-profit status som et troværdigt signal om kvalitet, som kan bidrage til højere kvalitet både direkte og indirekte via spillover effekt på for-profit aktører (Hirth, 1999). Studiet af Chou (2002) undersøger denne teoretiske antagelse empirisk og finder, at effekten af non-profit versus for-profit status på plejekvaliteten er større, når der er asymmetrisk information mellem plejecentre og beboere. Det konkluderes, at non-profit klarer sig bedst, når kvaliteten ikke monitoreres, mens forskellen forsvinder, når kvaliteten overvåges af pårørende til de ældre.

Hovedresultaterne fra de internationale studier, som blev gennemgået ovenfor, sammenfattes i tabel 1.2 nedenfor.

Tabel 1.2: Eksempler på internationale studier af kvalitet på plejecentre.

Studie og land	Metode og sample størrelse	Anvendte kvalitetsindikatorer	Hovedresultater	Studiets forklaringer	Sammenligning af kvalitet i offentlig og privat regi?
Donabedian (1983): Intet specifikt geografisk fokus.	Konceptuelt diskuterende artikel. Ingen empirisk analyse.	Diskuterer styrker og svagheder ved struktur-proces-outcome paradigmet sammenlignet med andre kvalitetsforståelser og tilgange i den internationale litteratur. De tre indikatorer på kvalitet opfattes som kausalt forbundet.	Diskuterer en lang række øvrige studier og tilgange til kvalitetsmåling og konkluderer, at struktur-proces-outcome paradigmet som forfatteren har udviklet er den mest velegnede tilgang til at evaluere kvalitet på ældre- og sundhedsområdet.	Studiet foretager ingen empirisk måling af kvalitetsforskelle. Ingen teoretiske forventninger til kvalitetsforskelle på offentlige og private plejecentre.	Nej.
Hirth (1999): Intet specifikt geografisk fokus.	Teori- og hypoteseudviklende artikel. Ingen empiriske test af hypoteserne.	Behandler kvalitet på plejehjem på et abstrakt, teoretisk niveau, ingen konkrete kvalitetsindikatorer.	På plejehjemsmarkeder kendetegnet ved asymmetrisk information kan non-profit status være et troværdigt signal om kvalitet og bidrage til højere kvalitet både direkte og indirekte via spillover effekt på for-profit aktører.	Non-profit aktører har mindre økonomiske incitament end for-profit aktører til at slække på kvaliteten på markeder med asymmetrisk information. Non-profit aktører kan derved modvirke konsekvenserne af markedsfejl og derigennem bidrage til højere kvalitet.	Ja – private non-profit og for-profit plejehjem.

Chou (2002): USA	Survey baseret analyse blandt plejehjemsbeboere. n = 2.992 beboere, heraf 1.275 med og 1.717 uden asymmetrisk information.	Sammenlignet kvalitet på private non-profit og for-profit plejehjem i en markedssituation med asymmetrisk information. Kvalitetsindikatorer er dødelighed, dehydrering, liggesår og urinvejsinfektion.	Studiets hypotese bekræftes empirisk, dvs. at effekten af non-profit versus for-profit status er større, når der er asymmetrisk information mellem plejehjem og beboere. Forskellen forsvinder, når kvaliteten overvåges af pårørende. Non-profit leverandører klarer sig bedst, når kvaliteten ikke monitoreres.	Studiet forklarer forskellene mellem non-profit og for-profit med, at for-profit plejehjem har større incitament til at sænke kvaliteten, når den ikke kan monitoreres og/eller beboerne ikke har pårørende, som monitorerer kvaliteten.	Ja – private non-profit og for-profit plejehjem.
Mor, Angelelli, Gifford, Morris og Moore (2003): USA.	Review af anvendelsen af kvalitets- og resultatindikatorer i den amerikanske plejehjemssektor. Ingen empirisk analyse.	Bygger (mestendels implicit) på struktur-proces-outcome paradigmet. Skelner mellem standarder, probabilistiske og outcome baserede kvalitetsmål.	Problematiserer kvalitetsinformationerne og påpeger måleproblemer og problemer med brugernes mulighed for at tolke kvalitetsinformation. Peger desuden på lav grad af korrelation mellem forskellige kvalitetsindikatorer på plejehjem.	Beskæftiger sig ikke direkte med forskelle på offentlige og private plejecentre men peger især på store individuelle forskelle i behov og præferencer mellem individer, hvilket gør kvalitet meget kontekst- og individafhængig.	Nej.
Harrington (2005): USA.	Konceptuel artikel baseret på review af tidligere litteratur og empirisk udvikling med et primært amerikansk fokus.	Studiet fokuserer på sammenhængen mellem antal og type af sygeplejepersonale og outcome-baseret kvalitet. Tager udgangspunkt i struktur-proces-outcome paradigmet. Fokuserer på kliniske outcome indikatorer.	Peger på positiv sammenhæng mellem antal sygeplejersker og outcome baseret kvalitet for beboere på plejehjem. Mange plejehjem lever ikke op til minimumsanbefalingerne om normering.	Peger på vanskeligheder ved at opgøre fx dødstal fordi det er vanskeligt at skelne mellem effekter forårsaget af dårlig pleje og dødsfald som skyldes gradvis forværring i alvorlig sygdom. Peger desuden på behov for bedre studier bl.a. af betydningen af ejerforhold for plejekvaliteten.	Nej.
Nakrem m.fl. (2009): USA, Australien, Norge, New Zealand, England, Sverige og Danmark.	Systematisk review af litteratur om processer for udvikling og validitetstest af nationale kvalitetsindikatorer på plejehjemsområdet i de syv lande.	Studiet tager udgangspunkt i struktur-proces-outcome paradigmet. De tre indikatorer opfattes som kausalt forbundet. Kvalitetsindikatorer defineres som kvantitative mål for professionel pleje. Der identificeres 46 proces eller outcome baserede kvalitetsindikatorer.	Alle lande bortset fra Sverige har nationale standarder for patientvurdering før henvisning til plejehjem. Store nationale variationer i, hvordan disse kvalitetsdata bliver indsamlet og brugt. Der er problemer med kvalitetsindikatorernes validitet og reliabilitet i de fleste lande.	Studiet foretager ingen empirisk måling af kvalitetsforskelle. Ingen teoretiske forventninger til kvalitetsforskelle på offentlige og private plejehjem.	Nej.
Spilsbury, Hewitt, Stirk og Bowman (2011): Ingen geografisk afgrænsning.	Systematisk review af tidligere studier og undersøgelser. 53 studier indgår i reviewet, heraf hovedparten fra USA.	Fokuserer på forholdet mellem personale og kvalitet på plejehjem. Finder 42 forskellige kvalitetsindikatorer i litteraturen og 52 måder at opgøre personale på. Primært fokus på kliniske indikatorer.	Der er tentativ dokumentation for, at det samlede antal sygeplejersker og assistenter er positivt korreleret med kvalitet for beboerne på plejehjem. Dog også en del blandede og inkonsistente resultater på tværs af tidligere studier.	Peger på vigtigheden af ikke kun at fokusere på normering men også samlet antal personaletimer, personalekategorier, sygefravær, personaleudskiftning, uddannelse og erfaring samt organisering og ledelse af arbejdet som faktorer, der påvirker kvaliteten for beboerne på plejehjem.	Nej.
Stolt, Blomqvist og Winblad (2011): Sverige.	Survey baseret på analyse af offentlige og private plejehjem. n = 2.629 plejeenheder, heraf 253 private hvoraf ca. 90 % er for-profit	Studiet tager udgangspunkt i struktur-proces-outcome paradigmet men har kun adgang til empirisk data om struktur- og procesforhold, som derfor bliver fokus for analysen.	Offentlige plejehjem scorer bedre på nogle strukturelle indikatorer såsom personale-normering, mens private leverandører scorer højere på nogle procesmæssige indikatorer såsom involvering i formulerin-	Kvalitetsforskellene skyldes først og fremmest i ejerskabsforhold. Der kontrolleres for konkurrenceforhold i distrikter, og det har ikke selvstændig betydning. Ejerskabsforholdene har derfor betydning	Ja: offentlige og private for-profit plejehjem.

aktører.

gen af egen omsorgsplan,
længde mellem aftensmåltid og
morgenmåltid og valgmulighe-
der ved måltider.

for forskelle i kvaliteten
mellem plejecentrene.

1.5.2 Gennemgang af danske studier

Der findes ikke tilsvarende tradition for at lave systematiske afdækninger af forskellige kvalitetsdimensioner op plejehjemområdet i Danmark³, men der har især i de senere år været en stigende politisk og forskningsmæssigt interesse for at begrebsliggøre og undersøge kvalitet i ældreplejen. Dette kan ses som en parallel til den også stigende interesse i livskvalitet for både borgere med hjemmehjælp og borgere boende i en plejebolig.

Tidligere danske undersøgelser af kvalitetsopfattelser i ældreplejen har anlagt forskellige vinkler på, hvad den gode kvalitet består af, ikke mindst i forhold til hvem der bliver bedt om at vurdere kvaliteten. Disse undersøgelser har som oftest en processuel karakter. Fra brugernes synspunkt fremhæves i danske undersøgelser fx kvalitetsegenskaber som kontinuitet i plejepersonale, og at der er tilstrækkelig tid til pleje og omsorg (fx Ældresagen, 2004; Bunnage m.fl., 2006). Medindflydelse vurderes ligeledes højt (Bunnage m.fl., 2001). Undersøgelser af kvalitet baseret på, hvad plejepersonalet opfatter som god omsorgskvalitet, viser, at plejepersonalet vurderer den ældres selvbestemmelse, tid til at hjælpe den ældre med egenomsorg, ligeværdighed, valgfrihed, respekt og værdighed højt, men plejepersonalet lægger også vægt på den professionelle indsats i samværet med de ældre, tid til nærvær, observation og til uforudsete behov (Christoffersen, 1999; Jensen, 2004).

Endelig kan der i en sontring af, hvad der opleves som kvalitet i ældreplejen, fremhæves elementer fra lovgivningsgrundlaget og de senere års reformer i ældreplejen, herunder Servicelovens vægtning af, at hjælpen arrangeres i samarbejde med den ældre, at der arbejdes efter hjælp-til-selvhjælpsprincippet, og at hjælpen er fleksibel. Serviceloven beskriver også, at afgørelser skal meddeles skriftligt, at der skal tages stilling til, om der er behov for anden hjælp, og at der skal indgås kontrakter med private leverandører i hjemmeplejen. Serviceloven fremhæver således retssikkerheden og kvaliteten i, at den ældre får mulighed for at påvirke sin egen hverdag, såvel som ret til hjælp, lighed, objektivitet, og medindflydelse.

En kvalitativ undersøgelse af, hvordan kvalitetsbegrebet blev betragtet over tid og i dagens ældrepleje, fandt dog overensstemmelse mellem en række forskelle interessentgrupper i synet på, hvad kvalitet var på det tidspunkt i forhold til det overordnede formål med plejen (Rostgaard, 2007). Undersøgelsen fandt også, at der ikke kun var ét, men fem simultane og konkurrerende overordnede kvalitetsbegreber, som både de ældre borgere, medarbejder og visitatorer kunne enes om. På tværs af disse grupper kunne kvalitet dermed begrebsliggøres og fælles forstås som: at have lige ret (lighed); at sikre, at de ældre sætter sig mål og bevæger sig hen mod dem (facilitering af rehabilitering); at sikre individualiteten (individualisme); at forhindre brud i det normale og sikre, at de ældre bliver betragtet som normale på trods af deres afhængighed af

³ Dog bør nævnes Rambølls analyse i 2009 for Udbudsrådet af effekten ved at konkurrenceudsætte bl.a. plejecentre, hvor det konkluderes at private leverandører lever op til de fastsatte kvalitetskrav for plejecentre i undersøgelsen. Konklusionen drages på baggrund af tilsynsrapporter og interviews med Ældreråd i de respektive kommuner.

hjælp (normalisering), og endelig; at sikre, at den ældre kan være uafhængig af hjælpens organisatoriske rammer (frihed) (Rostgaard, 2007).

Disse overordnede kvalitetsforståelser udgjorde grundlaget for en nærmere undersøgelse af kvalitetsprioriteringer, hvor ældre borgere, medarbejdere og visitatorer mere konkret kunne prioritere mellem forskellige kvalitetsegenskaber og dermed fremhæve, hvad der for dem var vigtigst (Rostgaard og Thorborg, 2007). Denne kvantitative undersøgelse i både plejebolig og hjemmehjælp trak som andre internationale studier på struktur- og proceselementer inspireret af Donabedian (1983, 1988). Undersøgelsen havde til formål at se på forskelle og ligheder mellem de tre interessentgruppers prioritering af konkrete kvalitetsegenskaber, og dermed om der var underliggende alliancer og konflikter, fx mellem borgeren og medarbejderens generelle opfattelse af hvilke konkrete kvalitetsegenskaber, der var væsentlige.

Kvalitet i plejeboligen blev i den omtalte undersøgelse operationaliseret som i alt 22 kvalitetsegenskaber, der opsummerede hhv. plejepersonalets *væremåde*, deres *dygtighed* defineret som henholdsvis erfaring og uddannelsesbaggrund og endelig den *kontinuitet*, der er i den tilbudte hjælp og omsorg, herunder hvor mange plejepersoner, som kommer i den ældres hjem. Kvalitet blev også vurderet ift. *hjælpens indhold*, fx hvor vigtig rengøring er i forhold til den personlige pleje, og betydningen af *omgivelserne* i plejeboligen. Endelig indgik der kvalitetsegenskaber som *fleksibilitet* og *valgmuligheder*, muligheden for at *tilpasse hjælpen til individuelle behov*, og et fokus på, hvordan den afsatte *tid til hjælp* og de *tidspunkter*, hjælpen bliver givet på, former kvalitetsopfattelserne.

Undersøgelsen blev som nævnt gennemført for både plejebolig og hjemmepleje, men fandt ift. plejebolig at ikke mindst de procesrelaterede kvalitetsegenskaber var øverst på listen hos beboerne i plejebolig, som især fremhævede vigtigheden af, at plejepersonalet udviser respekt for de ældre, og at plejepersonalet er venligt. Beboerne lagde også stor vægt på, at plejepersonalet hjalp dem med at holde påklædning og personlig hygiejne i orden, dvs. at den personlige pleje prioriteres af medarbejderne i det daglige. Plejepersonale såvel som visitatorer var overordnet enige med de ældre i, at respekt og personlig pleje er vigtige kvalitetsegenskaber i plejeboligen. Plejepersonalet i plejeboliger oplevede også kontinuiteten i det plejepersonale, der kommer hos de ældre, som et vigtigt kvalitetsaspekt. Visitatorerne fremhævede en strukturel kvalitetsegenskab som uddannelse af plejepersonalet som den tredjevigtigste betingelse for kvalitet i plejeboligen, hvorimod hverken medarbejdere eller beboere fandt dette særligt vigtigt.

Noget overraskende var det, at de sociale aspekter ikke blev vægtet højt: hverken de ældre, plejepersonalet eller visitatorerne prioriterede kvalitetsegenskaben 'samvær beboerne imellem' særligt højt, og heller ikke 'samvær med personalet', i forhold til andre kvalitetsegenskaber. Dog var der en del ældre borgere i plejebolig, som mente, at samvær med personalet er lige så vigtigt som både rengøring og den personlige pleje. Ligeledes var beboerne generelt mere tilbøjelige end medarbejderne til at fremhæve rengøring som en vigtig kvalitetsegenskab. Plejeboligbeboerne vægtede også indretning af boligen og fællesarealerne højere end plejepersonalet. Det tyder altså på, at de fysiske rammer i plejeboligen spiller en større rolle for de ældre end for plejepersonalet.

Også noget overraskende var beboernes lave prioritering af interessante aktiviteter i plejeboligen, som lå betydeligt lavere end hos plejepersonalet. I forhold til hvordan ældre med hjemmehjælp prioriterede de forskellige kvalitetsegenskaber, var det fremtrædende, at beboerne i plejebolig fremhævede en kvalitetsegenskab som "information om retten til hjælp", og også "inddragelse af de ældre i forskellige beslutnin-

ger". Undersøgelsen af vægtning af kvalitet på plejeboligområdet viste således, at der er en række forskelle og ligheder mellem de ældre, plejepersonalet og visitatorerne. Overordnet set er der mange kvalitetsegenskaber, som de tre grupper er enige om, men der er også stor diskrepans imellem en række vægtninger af kvalitetsegenskaberne.

Kvaliteten af indsatsen i plejeboligen er tilsvarende i dansk sammenhæng blevet undersøgt i en analyse for Ældrekommissionen med anvendelse af ASCOT-metoden, der ser på omsorgsbetinget livskvalitet (Rostgaard, Brünner og Fridberg, 2012). Vurderingen af kvaliteten af indsatsen er således her fokuseret på livskvalitet som overordnet outcome-indikator. Omsorgsbetinget livskvalitet operationaliseres i ASCOT-metoden inden for otte såkaldte livskvalitetsdomæner: Kontrol over dagliglivet, personlig pleje og velbefindende, mad og drikke, boligen, tryghed, aktiviteter og social kontakt. Beboernes behov på disse dimensioner blev vurderet i forhold til en situation med og uden hjælp, og ved en kombination af et standardiseret spørgeskema til beboer eller familiemedlem og til nærmeste medarbejder samt en 2-timers observation. Vurderingen af livskvalitet trækker dermed på forskellige kilder og på subjektive vurderinger i forhold til en individualiseret opfattelse af livskvalitet.

Undersøgelsen viste, at beboerne uden den hjælp, der ydes i plejeboligen, især ville have store uopfyldte behov i forhold til at kunne holde deres bolig ren og pæn, mad og drikke, tryghed, personlig pleje, og også i forhold til det at have kontrol over dagliglivet. Når der blev taget højde for den hjælp, der blev givet i plejeboligen, viste undersøgelsen, at det lykkedes at dække beboernes behov bedst i forhold til personlig pleje og i nogen grad også i forhold til boligen og mere generelt i forhold til værdighed. En ikke ubetydelig andel af beboerne vurderede, at de selv med pleje og omsorg havde store uopfyldte behov, hvad angår social kontakt og aktiviteter. Konklusionen på undersøgelsen var dermed, at det især synes at være i forhold til domænerne social kontakt og aktiviteter, at plejeboligen skulle forbedre indsatsen. 10 procent af de plejecentre, der indgik i undersøgelsen, var private, men der blev i analysen ikke skelnet mellem private og kommunale plejecentre.

Endelig kan nævnes de landsdækkende undersøgelser af brugertilfredshed, som regelmæssigt udføres af bl.a. Socialstyrelsen blandt modtagere af hjemmehjælp og beboere i plejebolig. Disse undersøgelser kan kategoriseres som subjektive vurderinger af outcome-kvalitet. Her trækkes på nogle udvalgte kvalitetsdimensioner, som går igen for både offentlige og private leverandører, og som fx omhandler kontinuitet i medarbejderstaben og i den leverede pleje. Det er dog kun opgørelsen for hjemmehjælp, der sonder mellem offentlige og private leverandører. Den seneste brugertilfredshedsundersøgelse fra 2015 blandt plejeboligbeboere inkluderede 365 beboere og viste en overordnet stor tilfredshed, hvad enten spørgsmålet handlede om overholdelse af aftalte tidspunkter, hjælpens ensartethed, eller antallet af medarbejdere der leverede praktisk hjælp eller personlig pleje. Afslutningsvis spørges ind til overordnet tilfredshed, og her angav 85 procent af beboerne, at de enten var tilfredse eller meget tilfredse med den praktiske hjælp, og 86 procent var tilfredse eller meget tilfredse med den personlige pleje. Alt i alt angav 93 procent, at de samlet set var tilfredse eller meget tilfredse med boligen, omgivelser og service.

Der bør dog tages nogle forbehold for denne slags målinger af kvalitet i ældreplejen. Typisk er de svageste ældre ikke tilstrækkeligt repræsenteret, og brugere med høre- eller synsbesvær kan også have svært ved at deltage. For brugere, der er meget afhængige af ydelsen, som de ældre ofte vil være, kan det ydermere opleves som vanskeligt at udtrykke en kritisk holdning. Endelig er det væsentligt at pointere, at mens det er yderst væsentligt, at brugerne er tilfredse med de leverede ydelser, bør dette mål ikke stå alene men sup-

pleres med evalueringer af, om formålet med indsatsen faktisk er opnået, jf. den tidligere gennemgang af den tredelte kvalitetstilgang baseret på strukturel, processuel og outcome-baseret kvalitet i ældreplejen.

2 Metode og datakilder

I dette kapitel gennemgås undersøgelsens datagrundlag i form af en spørgeskemaundersøgelse sendt ud til alle danske plejecentre samt kodning af Embedslægens tilsynsrapporter for samtlige plejecentre i Danmark.

2.1 Spørgeskemaundersøgelse

Undersøgelsens ene datakilde udgøres som nævnt af en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse udsendt til alle danske plejecentre. Formålet med spørgeskemaundersøgelsen er at skabe et indgående billede af den danske ældrepleje med særligt fokus på strukturelle, processuelle og outcome-relaterede indikatorer for kvalitet og eventuelle forskelle mellem henholdsvis offentlige, selvejende (private non-profit) og øvrige private plejecentre (private for-profit). Målgruppen for undersøgelsen var alle danske plejecentre uanset ejerskab i samtlige landets 98 kommuner. Spørgeskemaet var henvendt til plejecenterledere eller andre ledelsespersoner.

En centrale styrke ved at anvende egne spørgeskemadata til at belyse kvalitet er, at vi kan tilpasse dataindsamlingen til vores formål. Ved at anvende spørgeskemadata har vi således mulighed for at følge den metodiske tilgang i studier inspireret af Donabedian (1983, 1988), hvor der skelnes mellem strukturel kvalitet, processuel kvalitet og outcome-kvalitet. Dette undersøgelsesdesign er også blevet testet i et nyere studie gennemført i en kontekst, der minder om den danske (Stolt, Blomqvist og Winblad, 2011). Dette betyder, at mange af spørgsmålene allerede er gennemtestede og muliggør sammenligning på tværs af lande. Desuden er spørgeskemaets styrke, at langt den meste kvalitetsinformation på plejehjemsområdet ikke findes i officielle databaser eller lignende, hvorfor den kun kan fremskaffes ved hjælp af personer, der har indgående kendskab til plejecentrene.

Den vigtigste metodiske svaghed ved tilgangen er, at spørgeskemadataene er selvrapporterede. Dette betyder, at resultaterne potentielt kan påvirkes af intentionel eller ikke-intentionel fejlrapportering. Fx har undersøgelser på andre områder vist, at respondenter i spørgeskemaundersøgelser generelt tenderer til at svare, hvad der anses for social acceptabelt (Karp og Brockington, 2005). Det er let at forestille sig, at levering af dårlig kvalitet til beboere på plejecentrene af de fleste vil anses som socialt uacceptabelt. Derudover er der en umiddelbar og indbygget egeninteresse i at afrapportere kvalitetsaspekterne på en positiv måde, da det er en vurdering af egen praksis. Det kan dog også have indflydelse på afrapportering af kvalitetsaspekter, hvor kritisk man er. En leder af et plejecenter, der er meget optaget af et eller flere kvalitetsaspekter, kan således være tilbøjelig til at være mere selvkritisk. Vi har forsøgt at modgå evt. misrapportering ved at anvende spørgsmål, der er så objektive som muligt, og hvor der derfor er mindre rum for en subjektiv vurdering.

En anden begrænsning ved anvendelsen af spørgeskema er, at de er afhængig af respondenternes villighed til at deltage. Er der systematiske forskelle på dem, der deltager og ikke deltager, svækker det undersøgelsens repræsentativitet. For at begrænse denne udfordring mest muligt gennemførte vi en stringent rykkerprocedure med både elektroniske rykkere og telefonrykkere til alle plejecentre, som ikke havde besvaret spørgeskemaundersøgelsen (se afsnit 2.1.2). Desuden har vi gennemført en undersøgelse af respondenter-

nes repræsentativitet (se afsnit 2.1.3), om end det skal påpeges, at vi her er begrænset af manglende populationsdata at sammenligne vores sample op imod.

2.1.1 Udvikling af spørgeskema

Spørgeskemaet er som omtalt ovenfor blevet udviklet med inspiration fra tidligere undersøgelser, herunder især den svenske undersøgelse af Stolt, Blomqvist og Winblad (2011). I studiet af Stolt, Blomqvist og Winblad indgik 12 kvalitetsindikatorer, heraf 9 indikatorer om strukturel kvalitet og 3 indikatorer om proceskvalitet. Indikatorerne om strukturel kvalitet drejede sig om antallet af medarbejdere, medarbejdernes kvalifikationer, medarbejdernes ansættelsesforhold, medarbejderudskiftning, beboerfaciliteter og omfanget af ledelsen. Indikatorerne om proceskvalitet drejede sig om deltagelse i formuleringen af beboernes handleplan, madalternativer og muligheden for at få mad sent om aftenen og om natten.

I spørgeskemaet er disse indikatorer blevet suppleret med yderligere indikatorer, navnlig indikatorer for proceskvalitet og outcome-relaterede indikatorer. De centrale inspirationskilder til disse yderligere variable i undersøgelsen er navnlig et svensk studie fra 2014 (Socialstyrelsen, 2014) og et europæisk studie fra 2010 (Progress – European Centre, 2010). Begge disse studier er forsøg på at udvikle et dækkende sæt af indikatorer til måling af kvalitet på plejehjemsområdet.

Spørgeskemaet blev derefter pilottestet hos 5 plejecenterledere og 2 private aktørers kvalitetsansvarlige. Pilottesten blev gennemført i oktober og starten af november 2015 som telefoniske interview. Deltagerne i pilottesten havde før telefoninterviewet haft mulighed for at gennemlæse spørgeskemaet. Pilottesten medvirkede til at sikre, at spørgsmålene i spørgeskemaet var relevante og dækkende, og at det ville være muligt at indhente valide svar på de pågældende spørgsmål. En række spørgsmål blev tilføjet spørgeskemaundersøgelsen, som ikke var inspireret af andre studier på området, men var direkte inspireret af ud-sagn fra deltagerne i pilottesten.

I alt indgår i spørgeskemaet 35 variable vedrørende kvalitet, heraf 19 variable vedrørende struktur (herunder 1 indeks), 13 variable vedrørende proces (herunder 4 indeks) og 3 grupper af variable vedrørende outcomes (opstillet som 3 indeks).

I rapportens appendiks 1 og 2 præsenteres de fulde spørgebatterier, samt hvilke studier de enkelte spørgsmål er inspireret af. Vi har som udgangspunkt inkluderet alle spørgsmål i analysen, om end enkelte spørgsmål er udeladt, da de har været redundante, eller hvis den efterfølgende gennemgang af besvarelserne har vist, at spørgsmålet har været vanskeligt for respondenterne at svare på, således at besvarelserne tydeligvis er inkonsistente.

2.1.2 Gennemførelse af spørgeskemaundersøgelse

Plejecentrene i spørgeskemaundersøgelsen blev lokaliseret ved hjælp af Socialstyrelsens Tilbudsportal⁴. Her blev et udtræk af alle danske plejetilbud foretaget.

Der er en vis uklarhed omkring, hvad der kan karakteriseres som et plejecenter. Der er bl.a. nogle botilbud, som både henvender sig til voksne personer med et handicap, og som også henvender sig til ældre borgere.

⁴ Socialstyrelsens Tilbudsportal er en national samling af tilbud til blandt andet ældre.

Vores anvendelse af begrebet plejecentre omfatter både de bestående plejehjem, der hører under §192 i Serviceloven og almene plejeboliger, jf. § 5, stk. 2, i Lov om almene boliger m.v. Dertil kommer en række boliger, som betegnes som "ældrecentre" eller "ældreboliger", men som reelt også fungerer som plejecentre. Dertil kommer friplejehjem, der kan findes under Friplejeboligloven. Disse forskellige lovgivninger, som dækker plejeboligområdet, giver ikke mulighed for direkte og entydigt at lokalisere plejecentre i Danmark. Indenfor de pågældende lovgivninger og relevante paragraffer i lovgivningen indgår også midlertidige rehabiliteringsophold og tilbud til personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsættelse.

For at sikre, at alle de udtrukne institutioner reelt var plejecentre, blev listerne gennemgået manuelt. Dette resulterede i en liste på i alt 882 institutioner. For endeligt at verificere, at der var tale om plejecentre, blev der gennemført en validitetstest i to udvalgte kommuner. Her blev den forvaltningsansvarlige for ældreplejeområdet kontaktet og bedt om at forholde sig til de plejeboliger, vi havde lokaliseret i deres kommuner. De kunne begge bekræfte rigtigheden af datasættets plejeboliger for deres kommune. I den afsluttende telefoniske rykkerproces fandt vi 29 tilbud, der ikke længere fungerede som plejecentre eller var blevet sammenlagt. Til sidst blev de 5 plejecentre, der var udvalgt til pilottesten, frasorteret. Dermed endte bruttopopulationen af plejecentre på 848 danske plejecentre.

Spørgeskemaet blev sat op elektronisk ved hjælp af programmet SurveyXact. Et link til spørgeskemaet blev udsendt 12. november 2015 med e-mail direkte til lederne af plejecentrene. I de tilfælde, hvor vi ikke havde plejecenterlederens e-mail adresse, blev en e-mail sendt til plejecentrets generelle mailadresse, men stilet til plejecenterlederen. Der blev efterfølgende udsendt rykkermails i to omgange og derefter foretaget en manuel telefonisk rykkerprocedure til de plejecentre, der ikke havde afgivet besvarelser. Vi gjorde en særlig indsats for at rykke private udliciterede plejecentre, da disse grundet deres lave antal var mest kritiske i forhold til den efterfølgende analyse af eventuelle forskelle mellem offentlige og private plejecentre.

Der blev opnået en samlet besvarelsesprocent på 42 (353 fuldt gennemførte besvarelser). Dertil kommer 20 procent (173) delvise besvarelser, hvoraf de fleste dog kun har besvaret nogle få spørgsmål. Grundet spørgeskemaets tekniske karakter, hvor mange oplysninger og informationer skulle indhentes, må besvarelsesprocenten vurderes som tilfredsstillende. Det skal påpeges, at mange respondenter i de kvalitative kommentarer bemærkede, at spørgeskemaet var langt og teknisk, ligesom man til tider ønskede at kunne give flere kvalitative kommentarer, idet lukkede spørgsmål reducerer kompleksiteten. Dette er værd at huske på, når man tolker resultaterne, da det er en logisk omkostning, når man måler et så komplekst emne som kvalitet via relativt simple kvantitative indikatorer. Det skal dog samtidig understreges, at det kun er ganske få spørgsmål, hvor svarene ikke kan inkluderes i en analyse grundet mange manglende svar, eller fordi spørgsmålene tydeligvis har været besvaret på forskellig vis.⁵

I spørgeskemaet er der inkluderet spørgsmål om ejerskabsform, som vi anvender i analysen. Vi har dog også brugt officielle data fra Sundhedsstyrelsen om certificerede friplejeboliger til at berige vores skelnen mellem selvejende plejecentre og friplejehjem, så kategoriseringen følger den lovgivningsmæssige indplacering. Dette har ført til i alt 7 omkodninger af ejerskabsformer. Desuden har vi i tilfælde, hvor vi med sikkerhed kender et plejecenters ejerskabsform (fx på baggrund af utvetydige oplysninger på plejecenters hjemmeside), anvendt den pågældende ejerskabsform. Dette har ført til 2 omkodninger.

⁵ Dette er primært tilfældet ved spørgsmål omkring plejecentrenes økonomi og medarbejdernes sygefravær, hvilket sandsynligvis skyldes, at dette er indikatorer, der kræver yderligere informationsindsamling for at få mere retvisende og dækkende svar.

2.1.3 Repræsentativitet i spørgeskemaundersøgelsen

Der findes kun begrænset information om den samlede population af plejecentre, så det er som udgangspunkt svært at foretage en systematisk analyse af undersøgelsens repræsentativitet.

Vi kan med forsigtighed vurdere repræsentativiteten ud fra responsraten på tværs af ejerskabsformer. Her ses det, at kommunale plejecentre havde en svarprocent på 41 procent, private selvejende lå på 37 procent, mens 55 procent af de øvrige private besvarede undersøgelsen. Forskellen i svarprocenterne mellem kommunale og øvrige private er signifikant på 0,10-niveau. Svarprocenterne opdelt på ejerskabsformer er dog behæftet med nogen usikkerhed, da de er baseret på de informationer om plejecentrenes ejerskabsformer, som vi havde før spørgeskemaundersøgelsens gennemførelse på baggrund af information fra Tilbudsportalen og egne kodninger.⁶ I forhold til at vurdere den samlede kvalitet af danske plejecentre er forskellen i svarprocenterne af minimal betydning, eftersom de offentlige plejecentre vægter langt mest i undersøgelsen pga. deres større antal. Når man ser på resultater på tværs af typer af plejecentre (offentlige, selvejende og øvrige private), kan forskellene i svarprocenter dog potentielt have større betydning.

Som et supplement til ovenstående analyse af undersøgelsens generelle repræsentativitet, udnytter vi, at yderligere omkring 20 procent af de kontaktede plejecentre svarede på de første 4 spørgsmål men ikke gennemførte hele undersøgelsen. På denne måde har vi fået lidt information om de plejecentre, der er faldet fra undervejs i udfyldelsen af spørgeskemaet. Vi finder her ingen systematiske forskelle mellem de fuldt gennemførende plejecentre og de frafaldne plejecentre på andelen af beboere under 65 år, plejecenterets kapacitet eller procentdelen af midlertidige pladser. Vi finder dog, at de plejecentre, der frafalder, er lidt men signifikant større end de øvrige – ca. 50 beboere i gennemsnit i forhold til 42 beboere i gennemsnit. Tendensen til, at større plejecentre falder mere fra eller i mindre grad ønsker at deltage i spørgeskemaundersøgelsen, kan måske skyldes spørgeskemaets kompleksitet, der på enkelte spørgsmål på borgerniveau og omkring driftsøkonomi har været meget tids- og ressourcekrævende. I et stort plejecenter kan det være sværere for en enkelt leder, som udfylder spørgeskemaet, at have overblik over plejecenterets strukturer, procedurer og outcomes, hvorfor et fyldestgørende svar på spørgeskemaet ville kræve omfattende informationsindsamling. For at søge at tage højde for denne skævhed i besvarelserne, har vi i alle multivariate analyser inkluderet antallet af beboere som kontrolvariabel. Der er dog stadig risiko for bias i resultaterne, hvis de større plejecentre, som ikke er med i undersøgelsen, også på andre dimensioner end størrelse adskiller sig systematisk fra andre plejecentre.

Vi har også lavet en mindre supplerende frafaldsundersøgelse. I den telefoniske rykkerproces stillede vi nogle opfølgende baggrundsspørgsmål til de plejecentre, der definitivt ikke ønskede eller ikke havde ressourcer til at besvare spørgeskemaundersøgelsen (i alt 11 plejecentre besvarede denne opfølgende undersøgelse). Svarene fra disse skal naturligvis primært ses som supplerende information om manglende svar, da der i sig selv kan være selektion i, hvem der er villige til at svare på disse få spørgsmål, og da vi kun havde ressourcer til at indsamle få svar, hvorfor den statistiske usikkerhed er stor. Imidlertid bekræftede denne undersøgelse, at de plejecentre, der ikke ønskede at deltage i undersøgelsen, var større målt på antal beboere end dem, der deltog. Derudover påviste denne supplerende frafaldsundersøgelse ikke nogle umiddelbare forskelle i baggrundskaraktistika i forhold til de deltagende plejecentre.

⁶ Plejecentrene angiver i nogle tilfælde andre ejerskabsformer end dem, der optræder i Tilbudsportalen, når de svarer i spørgeskemaundersøgelsen. Disse ejerskabsformer er blevet brugt i selve analysen, men kan ikke bruges i repræsentativitetsafdækningen, da det ville give inkonsistente data afhængig af, om man deltog i undersøgelsen. Der er dog kun uoverensstemmelser i under 5 procent af tilfældene.

Samlet set finder vi relativt begrænsede og usystematiske forskelle i tendensen til at svare eller ikke at svare på undersøgelsen, om end der er en signifikant tendens til, at store plejecentre falder hyppigere fra end små, når de svarer på vores spørgeskema. Derfor må vi alt andet lige forvente, at vores deskriptive resultater overvægtter de mindre plejecentre en smule.

2.2 Opgørelser fra tilsynsrapporter

Udover spørgeskemadataene anvender vi data fra tilsynsrapporter. Vi udnytter her, at der i Danmark gennemføres ensartede tilsynsrapporter af Embedslægen på alle plejecentre, hvilket muliggør sammenligning på tværs af ejerskabsform og kommuner.

Tilsynsrapporterne er en særlig interessant datakilde, da vi ikke er afhængig af subjektive rapporteringer af egen kvalitet, som vi er i forbindelse med spørgeskemaundersøgelser. En anden vigtig forskel er, at alle plejecentre gennemgår tilsyn, uanset om de ønsker det eller ej. I undersøgelser (som fx en spørgeskemaundersøgelse), hvor organisationerne selv kan vælge at deltage, er der altid en risiko for, at dem med fx den dårligste kvalitet undlader at svare. Ulempen ved at anvende tilsynsdata er naturligvis, at vi er begrænset af de dimensioner, som tilsynet har valgt at undersøge, og at vi således ikke kan skræddersy dataindsamlingen til vores formål, sådan som det var tilfældet med spørgeskemaundersøgelsen.

Udover embedslægens tilsyn udfører de enkelte kommuner også deres egne tilsyn. Vi har dog fravalgt disse tilsyn, da disse ikke er gennemført efter en ensartet skabelon og derfor ofte indeholder meget forskelligartede informationer, der dels gør det vanskeligt at sammenligne på tværs af kommuner, og dels gør det muligt, at fx kommuner der anvender private leverandører anvender andre kriterier end dem, der selv organiserer alle deres plejecentre. Det er desuden væsentligt at tilføje, at kommuner udover forskellige skabeloner for tilsynsrapporterne også har forskellige kvalitetsstandarder, hvilket betyder, at de kommunale tilsyn på afgørende punkter kan være usammenlignelige.

2.2.1 Tilgængelige data fra tilsynsrapporterne

Sundhedsstyrelsens tilsyn gennemføres mindst hvert andet år på alle plejecentre i Danmark. De udføres i regi af Embedslægen, som er en del af Styrelsen for Patientsikkerhed, og udføres konkret af sygeplejersker eller lignende faggrupper. Tilsynene har til formål at overvåge sundhedstilstanden på plejecentrene. Sammenligneligheden mellem de enkelte tilsynsrapporter vurderes at være høj, da der løbende kalibreres på data og de tilsynsførende, samt laves audits. Data stammer udelukkende fra administrative data eller oplysninger fra lederen af plejecenteret. Der er således ikke noget brugerperspektiv, men der indgår i tilsynene interview med tilfældigt udvalgte beboere. Resultaterne fra disse interview rapporteres dog ikke i tilsynsrapporterne. Frem til 1. juli 2016, og dermed indenfor tidspunktet for data anvendt i denne undersøgelse, blev tilsynene gennemført uanmeldt. Et nyt risikobaseret tilsyn indføres fra 1. januar 2017.

Hvert plejecenter skal undergå tilsyn minimum hvert andet år.⁷ Vores kodning omfatter årene 2014-2015 med nogle få kodninger i 2016, hvor tilsynet ikke nåede at blive gennemført i de to år (12 af de i alt 907

⁷ Vi har kodet alle tilsyn, der er tilgængelige på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside (i alt 907 plejecenter, hvor der er en gyldig konklusion). Der er enkelte tilsyn, der ikke er tilgængelige på denne hjemmeside. Dem har vi søgt at finde ved søgninger på kommunernes, institutionernes og leverandørernes hjemmesider. Hovedanalyserne tager kun udgangspunkt i de tilsyn, der er tilgængelig på styrelsens hjemmeside, da der er risiko for systematik i, hvilke tilsyn leverandørerne selv gør tilgængelige, hvorimod vi ikke ser nogen fare for, at styrelsen har selekteret i tilsynene. Selv

tilsyn, der medtages i de endelige analyser). Hvis tilsynets samlede konklusion indeholder alvorlig kritik med fare for patientsikkerheden gennemføres ofte et opfølgende tilsyn senest året efter og i alvorlige tilfælde typisk nogle måneder efter det oprindelige tilsyn. Vores analyser tager i disse tilfælde udgangspunkt i de oprindelige tilsyn for at få den mest lige sammenligning mellem alle plejecentre – dvs. at alle plejecentre bliver sammenlignet på deres oprindelige målinger, uagtet at nogle efterfølgende fik muligheden for at forbedre sig i et efterfølgende tilsyn.

Tilsynet indeholder især processuelle mål for kvalitet suppleret ved nogle få strukturelle kvalitetsmål. Kerne i tilsynet er en række stikprøver af journaler, der vurderes i forhold til ca. 40 målepunkter omkring instrukser, journalføring, medicinbehandling og patientrettigheder. De fleste af kategorierne er ens på tværs af de undersøgte år, om end der er tilføjet en enkelt kategori i 2015, ligesom der er 6 temakategorier for 2014-tilsynene. Kategoriernes opfyldelse bliver registreret ud fra tre svarmuligheder: *Opfyldt* med betegnelsen 0 og *ikke opfyldt* med betegnelsen 1, samt *ikke aktuel* med betegnelsen 2.

Tilsynet munder ud i en samlet vurdering. Plejehjemmene eller plejeboligerne gives ud fra opfyldelsen af de ca. 40 målepunkter en konklusion rangerende mellem 1-5.

- 1 =Tilsynet har ikke fundet anledning til bemærkninger.
- 2=Tilsynet har fundet mindre fejl og mangler, som samlet kun indebærer ringe risiko for patientsikkerheden.
- 3=Tilsynet har fundet fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden.
- 4=Tilsynet har fundet alvorlige fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden.
- 5=Tilsynet har fundet alvorlige fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden og som har givet anledning til væsentlig kritik

Denne kategorisering er tilsynets centrale konklusion og udgør derfor være den centrale variabel i vores analyse. Vi ser også på en dikotomisering af variabelen, hvor kategorierne 4-5 udtrykker alvorlig kritik, mens 1-3 ikke udtrykker alvorlig kritik. Ofte vil svar i kategorierne 4-5 medføre gentilsyn inden for kort tid, så man kan på den måde argumentere for, at der er tale om kvalitativt forskellige kategorier i forhold til de øvrige. Udover den samlede vurdering vil vi se på summen af de individuelle vurderinger på de ca. 40 målepunkter for at se, om mønstrene er de samme som for den officielle konklusion på tilsynet.⁸

Udover ovenstående procesmål indeholder tilsynsrapporterne også information om nogle få strukturelle indikatorer, herunder personaletilstedeværelsen på henholdsvis dagvagter (hverdage), aftenvagter (hverdage), nattevagter samt weekend-/helligdage-vagter. Der er i tilsynsrapporten ikke angivet, hvor *meget* personale der er til stede på de pågældende vagter, men blot hvilke personalekategorier der er på arbejde i de forskellige tidsrum. Der skelnes her mellem personalekategorierne sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, økonomaer, ernæringsassistenter, beskæftigelsesvejledere og andre. Vi inkluderer 5 indikatorer for personaletilstedeværelse i analysen, om end dette kun skal ses som et supplement til de øvrige analyser grundet begrænsningerne i den binære information, der er kodet. Ikke desto mindre kan det være interessant at se, om fx private organisationer i

om der er enkelte tilsyn, der ikke fremgår af styrelsens hjemmeside, forventer vi ingen systematik heri. Som vi senere skal vende tilbage til, ville resultaterne ikke være forskellige, hvis vi havde medtaget alle tilgængelige tilsyn (i alt 949 plejecentre med en gyldig konklusion).

⁸ Det fremgår af vores analyser, at de to variable korrelerer stærkt, Pearson=0,80.

højere grad eller mindre grad end offentlige har faglært personale på arbejde i ydervagter (fx nattevagter og weekendvagter). Nærmere bestemt ser vi på tilstedeværelsen af sygeplejersker, andre professionsbachelorer (defineret som fysioterapeuter, ergoterapeuter og økonomaer), social- og sundhedsuddannede (social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere), ufaglærte samt personalekategorier i alt.

2.2.2 Gennemførelse af kodningen

Data fra tilsynsrapporterne har vi kodet manuelt for hvert enkelt plejecenter. Da tilsynsrapporterne er ensartede og indeholder en samlet vurdering angivet ved et standardiseret tal samt simple afkrydsninger, så er der ingen fortolkning involveret i kodningerne. Som en kvalitetssikring af kodningen har vi genkodet 31 tilfældigt udvalgte plejecentre i en region. Her fandt vi kun forskelle i under 0,1 % af kodningerne – hvoraf ingen var i den vigtigste variabel (den samlede vurdering af tilsyn). Dette indikerer, at der ikke er betydende fortolkninger involveret i kodningen, og at reliabiliteten af kodningen er høj.

Oplysning om plejecenterets ejerskabsform findes ikke i tilsynet. Dette har vi tilføjet efterfølgende på baggrund af data fra Tilbudsportalen, beriget med svar fra spørgeskemaet, hvor lederne selv har svaret på, hvilken form der kendetegner deres plejecenter. Derudover har vi manuelt kodet de plejecentre, der ikke fremgik af Tilbudsportalens data, og her anvendt Sundhedsministeriets oversigt over certificerede friplejeboliger, ligesom vi har foretaget manuelle tjek af bl.a. private leverandørers hjemmesider som et tjek af tilbudsportalens kategoriseringer. Dette har ført til enkelte ændringer, fx fordi et plejecenter først er blevet udliciteret efter datoen for tilsynet.

2.3 Opsummering af datagrundlaget

Samlet set udgøres vores datagrundlag af en spørgeskemaundersøgelse og tilsynsdata, der er forsøgt indsamlet for alle offentlige og private plejecentre. De to datakilder supplerer hinanden ved at have forskellige styrker og svagheder. Spørgeskemaundersøgelsens centrale styrke er, at vi kan skræddersy den til vores formål, ligesom resultaterne er sammenlignelige med den eksisterende litteratur om forskelle i strukturel, proces og outcome-baseret kvalitet på plejecenterområdet (fx Donabedian, 1983, Donabedian, 1988; Stolt, Blomqvist og Winblad, 2011). Spørgeskemadelens største svagheder er muligheden for misrapportering, og at man aldrig kan udelukke muligheden for systematisk frafald, hvis bestemte typer af plejecentre undlader at svare. Vores repræsentativitets- og frafaldsanalyser fandt dog kun begrænsede tegn på sidstnævnte type af svaghed.

På baggrund af disse styrker og svagheder udgør tilsynsrapporterne et godt supplement, da de er foretaget af en uafhængig offentlig myndighed, og fordi samtlige plejecentre som udgangspunkt er underlagt tilsynet. Ulempen ved tilsynet er, at det ikke er muligt at skræddersy de enkelte kategorier til denne rapporters formål, og at tilsynet primært indeholder procesmål. Det skal dog påpeges, at de procesmål for kvalitet, der behandles i tilsynsrapporterne, er forskellige fra de procesmål, der undersøges i spørgeskemaundersøgelsen. Dette betyder, at de to datakilder supplerer hinanden ved at udvide bredden af de indikatorer, der undersøges. Det er derfor ikke muligt direkte at sammenligne enkelte indikatorer på tværs af henholdsvis spørgeskemaundersøgelse og tilsynsrapporter, mens det omvendt er en betydelig styrke ved undersøgelsen, at analyserne bygger på to forskellige og hver især relativt omfattende datasæt.

3 Generelle karakteristika for danske plejecentre

I dette kapitel ser vi nærmere på de danske plejecentre ud fra en række baggrundskarakteristika, som vi har indhentet i spørgeskemaundersøgelsen, herunder hvor mange beboere der er på plejecentrene, beboernes alderssammensætning, plejecentrenes kapacitetsudnyttelse, antallet af midlertidige pladser, beboernes behov for hjælp samt beboersammensætning på plejecentrene i forhold til en række lidelser. Formålet er at beskrive generelle karakteristika for danske plejecentre og på den måde få indsigt i de grundlæggende forhold, der kendetegner plejecentrene, og som kan have en konsekvens for den kvalitet, som plejecentrene kan tilbyde borgerne. Vi ser også på eventuelle forskelle mellem kommunale plejecentre, selvejende plejecentre og øvrige private plejecentre.

Resultaterne er gengivet i oversigtsform i tabel 3.1.

Tabel 3.1: Baggrundskarakteristika for danske plejecentre. Deskriptive resultater (gennemsnit).

Indikator	Beskrivelse	Kommunale	Selvejende	Øvrige private	Total
Antal beboere	Antal beboere på plejecenteret pr. dags dato	41,8 (321)	48,7(*) (35)	44,3 (23)	42,6 (379)
Beboere under 65 år	Beboere under 65 år (procent af antal beboere i alt)	5,4 (321)	7,3 (35)	6,8 (23)	5,6 (379)
Kapacitetsudnyttelse	Antal beboere pr dags dato i procent af kapacitet i procent af antal pladser på plejecenteret (højeste kapacitet)	96,0 (319)	99,3*** (33)	98,7* (23)	96,4 (375)
Midlertidige pladser	Midlertidige pladser (rehabiliterings- og aflastningspladser m.m.) (procent af antallet af pladser/kapacitet)	5,3 (320)	1,0*** (33)	0,3*** (23)	4,6 (376)
Brug for hjælp ved forflytning	Hvor mange af plejecenterets beboere, der har brug for hjælp ved forflytning (eller er sengeliggende) (procent af antal beboere i alt)	55,2 (319)	59,5 (35)	55,4 (23)	55,6 (377)
Demenssygdom	Hvor mange af plejecenterets beboere, der lider af demenssygdom (procent af antal beboere i alt)	54,5 (318)	61,6(*) (35)	52,1 (23)	55,0 (376)
Parkinson	Hvor mange af plejecenterets beboere, der lider af Parkinson (procent af antal beboere i alt)	5,1 (318)	6,2 (35)	6,1 (23)	5,3 (376)
Følger efter apopleksi	Hvor mange af plejecenterets beboere, der lider af følger efter apopleksi (eller andre neurologiske lidelser) (procent af antal beboere i alt)	18,7 (318)	22,6 (35)	24,2 (23)	19,4 (376)
Inkontinens	Hvor mange af plejecenterets beboere, der lider af inkontinens (procent af antal beboere i alt)	67,1 (317)	70,9 (35)	64,1 (23)	67,3 (375)
Sondemad	Hvor mange af plejecenterets beboere, der modtager sondemad (procent af antal beboere i alt)	2,6 (318)	2,5 (35)	2,4 (23)	2,6 (376)
Anden hjælp ifm. madindtagelse	Hvor mange af plejecenterets beboere, der har behov for anden hjælp ved indtagelse af deres mad (procent af antal beboere i alt)	26,2 (318)	30,9 (35)	25,9 (23)	26,6 (376)
Palliativ pleje	Hvor mange af plejecenterets beboere, der får palliativ pleje (terminalt forløb) (procent af antal beboere i alt)	3,3 (318)	2,9 (35)	1,9(*) (23)	3,2 (376)
Psykiske lidelser	Hvor mange af plejecenterets beboere, der har psykiske lidelser (procent af antal beboere i alt)	20,9 (317)	21,4 (35)	20,2 (23)	20,9 (375)
Tidligere misbrugsproblemer	Hvor mange af plejecenterets beboere, der har tidligere misbrugsproblemer (procent af antal beboere i alt)	9,6 (318)	10,4 (35)	7,4 (23)	9,6 (376)

Note: Øvrige private er privat friplejehjem eller udliciteret. *Markerer at gruppen er forskellig statistisk fra "kommunalt". +markerer hvis "øvrige private" er forskellig fra "selvejende". (*/+)=0,1-niveau */+=0,05-niveau **/++=0,01-niveau ***/+++=0,001-niveau. Signifikanstest foretaget i OLS-modeller med robuste standardfejl.

Tabellens første kolonne angiver et kort navn for den baggrundsvariabel, der studeres. Anden kolonne indeholder en mere uddybende beskrivelse. I sidste kolonne ses værdien for samtlige plejecentre i undersøgelsen.

gelsen på tværs af ejerskabsformer. Eksempelvis kan vi i første række se, at der på de undersøgte plejecentre i gennemsnit er lige knap 43 beboere. De øvrige kolonner bryder totalværdien ned på ejerskabsformer. Tager vi antal beboere, kan vi eksempelvis se, at det gennemsnitligt varierer mellem ca. 42 beboere på kommunale plejecentre til 49 beboere blandt selvejende plejecentre. Denne forskel er statistisk signifikant (markeret med en stjerne) på 0,10-niveau. Alle tal dækker over gennemsnit på tværs af plejecentre og er ikke vægtet for plejecentres størrelse.⁹

Tabellen viser altså en række interessante deskriptive karakteristika ved danske plejecentre, og de vil blive trukket frem i det følgende. Udover gennemsnittene fra tabellen inddrager vi i præsentationen også yderligere deskriptiv information fra supplerende analyser om variation på tværs af plejecentre, hvor det er relevant.

Analyserer vi på tværs af ejerskabsformer, kan vi se, at det gennemsnitlige plejecenter som tidligere nævnt har en størrelse på 43 beboere. Der skal her tages forbehold for den tidligere beskrevne tendens til et større frafald blandt de største plejecentre i undersøgelsen. Det gennemsnitlige plejecenter har derfor sandsynligvis lidt flere beboere end de gennemsnitligt 43 beboere, der fremgår af vores analyse. Der er ydermere nogen variation i plejecentrenes størrelse. I yderligere analyser (ikke vist) finder vi, at de 25 procent mindste plejecentre har 26 beboere eller herunder, mens de 25 procent største plejecentre har 53 beboere eller derover. Omkring 3 procent af plejecentrene har over 100 beboere. Ser vi på beboernes alderssammensætning, så er 5,6 procent af beboerne under 65 år. I lidt over 40 procent af centrene er der ingen beboere under 65 år.

Spørgsmålet omkring kapacitetsudnyttelse viser, at plejecentrene gennemsnitligt kører tæt på fuld kapacitet. Antallet af beboere udgør lidt over 96 procent af den samlede kapacitet. Over halvdelen af plejecentrene har en kapacitetsudnyttelse på 100 procent eller derover. Antallet af midlertidige pladser svarer gennemsnitligt til 4,6 procent, hvis det sættes i forhold til plejecentrerets samlede kapacitet. Lidt under to tredjedele af plejecentrene har ikke nogen midlertidige pladser, og mere end tre fjerdedele har maksimalt 2 midlertidige pladser.

Tabellens række 5 og derunder viser, hvor mange procent af plejecentrenes beboere, der har behov for hjælp og har forskellige lidelser. Det fremgår, at 56 procent af beboerne har behov for hjælp ved forflytning. Ser vi på madindtagelse, så modtager 2,6 procent sondemad, mens omkring 10 gange så mange (26,6 procent) har behov for anden hjælp i forbindelse med indtagelse af deres mad. Over halvdelen (55 procent) af beboerne lider i gennemsnit af en demenssygdom. Af vores analyser fremgår det også, at det kun er omkring 13 procent af plejecentrene, hvor en fjerdedel eller færre af beboerne menes at have en demenssygdom. Det er med andre ord forholdsvis få plejecentre, hvor demente ikke udgør en betydelig beboergruppe.

Det ses også af analyserne, at i gennemsnit 5,3 procent af beboerne vurderes at lide af Parkinson, mens knapt 20 procent lider af følger efter apopleksi. Cirka to tredjedele (67,3 procent) af beboerne lider af inkontinens. Det anslås, at 20,9 procent af beboerne har psykiske lidelser. Psykiske lidelser vurderes dermed

⁹ Dvs. at man eksempelvis ikke ud fra tallene kan konkludere, at 55 procent af plejehjemsbeboerne lider af demens, men snarere, at det gennemsnitlige plejecenter har 55 procent demente beboere. De to tal kan være forskellige, hvis beboersammensætningen varierer på tværs af plejecenterstørrelse.

til at være cirka dobbelt så udbredt som tidligere misbrugsproblemer (9,6 procent). Til sammenligning får 3,2 procent af beboerne i gennemsnit palliativ pleje i forbindelse med et terminalt forløb.

Ser vi på tværs af ejerskabsformer er lighederne mere dominerende end forskellene. Vi fokuserer her på de signifikante forskelle, om end det skal understreges, at der også kan være forskelle på de øvrige ikke-signifikante forskellige variable, som blot ikke er markante nok til, at vi kan påvise dem statistisk. Det skal også understreges, at indikatorerne omhandler andelen af beboere, der har de pågældende lidelser. Der kan naturligvis være forskelle på alvorligheden inden for de enkelte lidelser – dvs., hvor hårdt beboerne med en given lidelse gennemsnitligt er ramt af den.

Selvejende institutioner er med ca. 49 beboere lidt større end offentlige med omkring 42 beboere i gennemsnit. Vi ser en signifikant forskel mellem offentlige plejeboliger og de to andre ejerskabsformer i forhold til kapacitetsudnyttelse, om end selvejende og øvrige private plejecentre kun har nogle få procentpoint højere udnyttelse. For midlertidige pladser er forskellene tydeligere. Der er gennemsnitligt 1 procent midlertidige pladser eller herunder hos selvejende og øvrige private plejecentre, hvis vi sammenligner antallet af midlertidige pladser med den samlede kapacitet. Dette er betydeligt (og signifikant) mindre end den tilsvarende procent for de kommunale plejecentre, hvor det er lidt over 5 procent af pladserne, som udgøres af midlertidige pladser.

Hvad angår beboersammensætningen er der en svag tendens til, at selvejende plejecentre gennemsnitligt har en smule højere andel beboere, der lider af demens, når de sammenlignes med kommunale institutioner. 61,6 procent af beboerne på selvejende institutioner vurderes at lide af demens set i forhold til 54,5 procent for kommunale plejecentre. Endelig fremgår det, at øvrige private plejecentre har lidt færre beboere, der får palliativ pleje, end det tilsvarende gælder for kommunale plejecentre. I procentpoint er forskellen moderat – gennemsnittet er 1,9 procent blandt øvrige private plejecentre mod 3,3 procent blandt kommunale plejecentre.

Samlet set er billedet fra tabel 3.1, at vi på tværs af offentlige, selvejende og øvrige private plejecentre finder forholdsvis få signifikante forskelle. Som tidligere omtalt udelukker det ikke, at der kan være forskelle mellem de tre organiseringsformer, som blot ikke er markante nok til, at vi kan påvise dem statistisk. I de næste to kapitler gennemføres en række videre analyser og sammenligninger af kvaliteten på offentlige og private plejecentre i Danmark. Vi starter med at analysere på data fra spørgeskemaundersøgelsen (kapitel 4) og går derefter videre til at analysere på data fra kodningen af Embedslægens tilsynsrapporter (kapitel 5). I det afsluttende kapitel 6 sammenfattes resultaterne på tværs af spørgeskemaundersøgelsen og tilsynsrapporterne.

4 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

I dette kapitel præsenterer vi resultaterne for vurderingen af kvalitet fra spørgeskemaundersøgelsen blandt plejecentre i Danmark. Kapitlet er opdelt i fire afsnit. De tre første afsnit følger hovedtypen af indikator. I første afsnit (4.1) ser vi på strukturelle indikatorer for kvalitet, i andet afsnit (4.2) på processuelle kvalitetsindikatorer, mens vi i tredje afsnit (4.3) ser på outcome-indikatorerne. Det sidste afsnit (4.4) opsummerer resultaterne på tværs af indikatorer. Hovedfokus i alle afsnittene følger rapportens to hovedformål: At beskrive kvaliteten i den danske plejehjemssektor generelt og at sætte fokus på forskelle og ligheder mellem ejerskabsformer.

De enkelte delanalyser i afsnit 4.1., 4.2 og 4.3 er hver gennemført i to trin. I første trin viser vi svarene for samtlige af de deltagende plejecentre samt gennemfører bivariate analyser, hvor det analyseres, om der er signifikante forskelle i svarene fra henholdsvis kommunale plejecentre, selvejende plejecentre og øvrige private plejecentre. Det angives i disse analyser, om der er statistisk signifikante forskelle mellem kommunale plejecentre og henholdsvis selvejende plejecentre og øvrige private plejecentre (friplejehjem og udliciterede plejecentre). Det angives ydermere, om der er signifikante forskelle mellem selvejende plejecentre og øvrige private plejecentre. På det grundlag kan det konkluderes, om der er signifikante forskelle i svarafgivelsen mellem offentlige og private plejecentre, og om der er tilsvarende forskelle mellem de to typer af private plejecentre, selvejende plejecentre og øvrige private plejecentre.

Det skal bemærkes, at vi for de fleste spørgsmål har svar for omkring 320 kommunale plejecentre, cirka 35 selvejende og omkring 25 øvrige private plejecentre. Det lave antal svar fra selvejende plejecentre og særligt øvrige private plejecentre gør, at det er relativt svært at finde signifikante forskelle mellem grupperne. Derfor er det vigtigt at understrege, at der godt kan eksistere relevante kvalitetsforskelle, selv om der ikke er signifikante forskelle i analysen – det betyder blot, at vi ikke med tilstrækkelig statistisk sikkerhed kan påvise, at de er der. Den statistiske usikkerhed er en konsekvens af, at langt de fleste plejecentre i Danmark trods de senere års forøgede diversitet i ejerskabsformer stadig er offentlige.

I andet trin af delanalyserne i afsnit 4.1., 4.2 og 4.3 gennemføres en samlet multivariat analyse med henblik på at teste, om de enkelte forklaringsfaktorer fortsat har en signifikant betydning, når der tages højde for betydningen af de andre forklaringsfaktorer, såsom størrelse, plejetyngde etc. Vi kommenterer her primært på, om resultaterne understøtter eller afkræfter de umiddelbart observerede forskelle i første trin.

Formålet med de multivariate analyser er at tage højde for faktorer, der kan påvirke udfaldet på kvalitetsindikatorerne, og som samtidig kunne være korreleret med ejerskab. Dette er særligt vigtigt i forhold til at måle effekter på outcome-indikatorer, eftersom outcomes for borgere naturligvis vil være påvirket af borgernes karakteristika. Har man eksempelvis en høj plejetyngde (høj andel af plejkrævende borgere), er det naturligt at have et højere medicinforbrug. Kontrollerer man ikke for plejetyngden, så risikerer man reelt at måle beboernes karakteristika i stedet for plejecenterets kvalitet. Der kan ligeledes være forskel på, hvor mange ressourcer den enkelte kommune tildeler sine plejecentre og derfor, hvor godt grundlag man har for at tilbyde en høj kvalitet.

Vi prøver i de multivariate analyser at tage højde for disse faktorer, men det skal understreges, at det i alle ikke-eksperimentelle studier er en potentiel fejlkilde, at man ikke kan være sikker på, at alle baggrundsfak-

torer er indfanget tilstrækkeligt. Vi har dog medtaget flere faktorer end i tidligere undersøgelser (fx Stolt, Blomqvist og Winblad, 2011). Det skal også understreges, at vigtigheden af kontrol for beboersammensætning er størst for outcome-variablene, mens procesindikatorer for kvalitet og strukturelle indikatorer i mindre grad må forventes at være påvirket af disse faktorer.

Alle de multivariate analyser i kapitlet gennemføres med samme modelspecifikation, hvor vi kontrollerer for 6 variable på plejecenterniveau og 4 variable på kommuneniveau. På plejecenterniveau tager vi højde for størrelse (antal beboere) samt indikatorer på plejetyngde (andel beboere med demens, andel beboere med apopleksi, andel beboere med tidligere misbrugsproblemer, andel beboere med Parkinson samt andel beboere i palliativ pleje). Vi søger herved at tage højde for de systematiske forskelle i kvalitet, der kan opstå, hvis eksempelvis private leverandører systematisk modtager mere eller mindre plejkrævende beboere end de offentlige plejecentre.

På kommuneniveau tager vi (inspireret af Stolt, Blomqvist og Winblad, 2011) højde for skattegrundlag, procent stemmer på venstreorienterede partier (her defineret som A, B, F og Ø), befolkningstæthed (som en by/land indikator) og kommunernes nettoudgifter til ældre, da disse faktorer kan have indflydelse på, hvor mange ressourcer plejecentrene får tilført, ligesom de kan være en indikator på, hvilken type befolkningsgrundlag, som beboerne kommer fra.

4.1 Strukturel kvalitet

Vi ser indledende på den strukturelle kvalitet og minder i den forbindelse om, at den nok mest relevante tidligere undersøgelse på området – den svenske undersøgelse af Stolt, Blomqvist og Winblad (2011) – viste, at offentlige plejecentre har en højere strukturel kvalitet, mens private plejecentre har en højere proces kvalitet.

I tabel 4.1 angiver vi resultaterne for de strukturelle indikatorer. Første kolonne angiver et kort navn for indikatoren. Anden kolonne viser en uddybende beskrivelse af indikatoren. Endelig angiver de fire sidste kolonner variabelens gennemsnitlige værdi for henholdsvis kommunale plejecentre, selvejende plejecentre, øvrige private plejecentre samt samtlige plejecentre på tværs af de tre ejerskabsformer. En stjerne indikerer, at en værdi for selvejende eller øvrige private plejecentre er statistisk forskellige fra offentlige plejecentre. Det er således de kommunale plejecentre, der er referencekategori i sammenligningerne. Når øvrige private plejecentre er forskellige fra selvejende plejecentre, er det markeret med et plus. Med andre ord: Når der for øvrige private er en stjerne for medarbejdere/beboere, kl. 20-23, betyder det, at normeringen på 0,12 er signifikant forskellig fra den kommunale normering på 0,15. Tilsvarende når der for "fuldtidsansatte/beboere" står "++", indikerer det, at de 0,11 for øvrige private er signifikant forskellig fra de 0,27 for selvejende.

Tabel 4.1: Strukturelle kvalitetsindikatorer fra spørgeskemaet. Deskriptive resultater (gennemsnit)

Indikator	Beskrivelse	Kommunale	Selvejende	Øvrige private	Total
Ansatte/beboere	Antal ansatte i alt divideret med antal beboere	1,35 (321)	1,32 (34)	1,29 (22)	1,34 (377)
Medarbejdere./beboere, kl. 15-20	Antal medarbejdere på vagt kl. 15-20 divideret med antal beboere.	0,16 (321)	0,14* (35)	0,15 (23)	0,16 (379)
Medarbejdere/beboere, kl. 20-23	Antal medarbejdere på vagt kl. 15-20 divideret med antal beboere.	0,15 (320)	0,13 (35)	0,12* (23)	0,14 (379)
Medarbejdere/beboere, kl. 23-07	Antal medarbejdere på vagt kl. 23-07 divideret med antal beboere.	0,05 (321)	0,05* (35)	0,05 (23)	0,05 (378)
Fuldtidsansatte medarbejdere/beboere	Antal fuldtidsansatte i alt divideret med antal beboere	0,15 (321)	0,27* (35)	0,11 ++ (23)	0,16 (379)
Deltidsansatte medarbejdere/beboere	Antal deltidsansatte i alt divideret med antal beboere	0,95 (321)	0,85 (35)	0,91 (23)	0,94 (379)
Timelønnede medarbejdere/beboere	Antal timelønnede i alt divideret med antal beboere	0,21 (321)	0,26(*) (35)	0,31* (23)	0,22 (379)
Frivillige/beboere	Antal frivillige i alt divideret med antal beboere	0,33 (321)	0,46 (35)	0,41 (23)	0,35 (379)
Mellemlang videregående sundhedsuddannelse og lign.	Antal sundheds- og socialfaglige medarbejdere med længere uddannelse divideret med samlet antal medarbejdere*100	6,25 (320)	7,61* (34)	8,85 (22)	6,53 (376)
Social- og sundhedsuddannelse	Antal sundheds- og socialfaglige medarbejdere/samlet antal medarbejdere*100	76,37 (320)	63,70*** (34)	68,40** (22)	74,76 (376)
Uden sundhedsfaglig uddannelse	Personale uden relevant sundheds- og socialfaglig uddannelse divideret med antal medarbejdere*100	7,18 (320)	10,83* (34)	7,58 (22)	7,53 (376)
Medarbejderomsætning	Antal nyansatte de seneste 12 måneder divideret med antal medarbejdere*100	11,23 (320)	9,69 (34)	13,23(+) (22)	11,20 (376)
Fordeling af medarbejdere (fuldtid)	Antal fuldtidsansatte i alt divideret med antal medarbejdere*100	11,20 (320)	21,21** (34)	9,69 ++ (22)	12,02 (376)
Fordeling af medarbejdere (deltid)	Antal deltidsansatte i alt divideret med antal medarbejdere*100	71,69 (320)	67,56 (34)	74,74 (22)	71,50 (376)
Fordeling af medarbejdere (timelønnede)	Antal timelønnede i alt divideret med antal medarbejdere*100	14,81 (320)	20,34** (34)	25,67** (22)	15,95 (376)
Frivillige/medarbejdere	Antal frivillige i alt divideret med antal medarbejdere*100	26,09 (320)	39,50 (34)	31,67 (22)	27,63 (376)
Ledelse	Antal ansatte med personaleledelsesansvar divideret med antal medarbejdere*100	3,27 (320)	5,92*** (34)	5,73*** (22)	3,65 (376)
Private madlavningsfaciliteter	Adgang til private madlavningsfaciliteter (mere end et te-køkken)? (procent af antal beboere)	41,05 (313)	22,32* (32)	27,27 (22)	38,59 (367)
Indeks - udendørs faciliteter	Indeks over 3 spørgsmål vedrørende adgang til grønne arealer, særlige grønne arealer og terrasser/altaner. Items er standardiserede.	-0,01 (312)	0,09 (32)	-0,04 (23)	0,00 (367)

Note: Øvrige private er privat fripleje eller udliciteret. *Markerer at gruppen er forskellig statistisk fra "kommunalt". +markerer hvis "øvrige private" er forskellig fra "selvejende". (*)/+0,1-niveau */+0,05-niveau **/++0,01-niveau ***/+++0,001-niveau. Signifikanstest foretaget i OLS-modeller med robuste standardfejl.

Tabellens sidste kolonne viser en række interessante forhold om den samlede strukturelle kvalitet i den danske plejehjemssektor. Eksempelvis er der i gennemsnit lidt over 1,3 ansat pr. beboer, hvis alle typer af ansatte tælles med (vi anvender ansatte pr. beboer, hvor det er relevant og ikke beboere pr. ansat, da der i nogle personalekategorier er 0 ansatte). I række 2-4 kan vi se, hvor mange medarbejdere der er på vagt uden for dagtimerne. Vi fokuserer på vagter uden for dagtimerne, da specielt disse vagter tidligere har været i fokus i diskussioner om bemanning. Tallene svinger mellem 0,16 medarbejdere pr. beboer kl. 15-20 og ned til 0,05 medarbejdere kl. 23-07. Normeringen er altså ca. 3 gange så stor om eftermiddagen som om natten. Vi kan også se, at langt de fleste ansatte er deltidsansatte – der er omkring 6 gange så mange deltidsansatte som fuldtidsansatte. Fuldtidsansatte betegner her ansatte, som er fast ansat 37 timer om ugen.

Langt de fleste ansatte har en social- og sundhedsuddannelse (ca. 75 procent), som dækker over uddannelsen som social- og sundhedsassistent og social- og sundhedshjælper. Det ses også, at der er over 10 gange så mange medarbejdere med en social- og sundhedsuddannelse i forhold til medarbejdere med mellemlange

videregående sundhedsfaglige uddannelser (7 procent). Medarbejdere uden sundhedsfaglige uddannelser er også i mindretal (8 procent). Det fremgår også, at der er en løbende medarbejderomsætning – ca. 11 procent af de ansatte er i gennemsnit blevet ansat inden for det sidste år. Ledelsen udgør omkring 4 procent af samtlige ansatte på plejecentrene. Det kan diskuteres, om meget ledelse er en god eller dårlig ting, hvad angår kvalitet. Fylder ledelsen for lidt, kan der være manglende styring af plejecenterets aktiviteter, og er der for meget ledelse, kan det dræne plejecenteret for ressourcer og give medarbejderne ringe rum for at udfolde deres faglighed. Selv om indikatoren altså ikke er entydig, finder vi den interessant at have med. Endelig kan det bemærkes, at lidt under 40 procent af beboerne på de adspurgte plejecentre har adgang til private madlavningsfaciliteter ud over et tekøkken.

Ser man på tværs af de tre ejerskabsformer, er det første man kan bemærke ud fra tabel 4.1, at der kun er forholdsvis få signifikante forskelle mellem henholdsvis kommunale, selvejende og øvrige private plejecentre, og navnlig at der kun er få høj-signifikante forskelle (på et 0,01 eller 0,001 niveau). Dette skyldes ikke mindst, at der kun indgår forholdsvis få selvejende og øvrige private plejecentre i analysen, og der derfor skal forholdsvis store forskelle i svarafgivelsen til, at forskellene er statistisk signifikante. I den svenske undersøgelse indgik der eksempelvis flere private plejecentre (253 private plejecentre), og statistisk set kan man derfor forvente flere signifikante forskelle i den svenske undersøgelse i forhold til den danske undersøgelse.

På trods af det mere spinkle datagrundlag i den danske undersøgelse, er der dog en række statistisk signifikante forskelle, som vil blive fremhævet her. I kun 4 af de 19 indikatorer finder vi signifikante forskelle mellem offentlige plejecentre på den ene side og begge typer af private plejecentre på den anden side. Både selvejende og øvrige private plejecentre har en markant større andel medarbejdere, der er timelønnede, end offentlige plejecentre. Dette gælder både, hvis man måler dette i forhold til antal beboere eller antal medarbejdere. Dette må anses som en væsentlig kvalitetsparameter, da borgerne i høj grad efterspørger kontinuitet blandt medarbejderne, og det er sværere at indfri med timelønnet personale. I forhold til ledelse er der signifikant mere ledelse per medarbejder hos selvejende og øvrige private plejecentre. Forskellen er ret markant, idet ledelsen er næsten dobbelt så stor blandt disse institutioner i forhold til medarbejderantallet. Det er imidlertid vanskeligt at tolke på dette resultat og vurdere, om det er en indikation på kvalitet eller en indikation på manglende kvalitet. En sådan tolkning ville kræve en opfølgende kvalitativ undersøgelse af ledelsens rolle på de tre former for plejecentre.

Endelig er der en mindre del af personalet, der har en social- og sundhedsuddannelse blandt de selvejende og øvrige private plejecentre – dette dækker blandt andet over, at der er flere tekniske ansatte. I forhold til de øvrige 15 indikatorer for strukturel kvalitet er der ikke statistisk signifikante forskelle mellem offentlige plejecentre og begge typer af private ejerskabsformer, om end der i en del tilfælde er forskelle mellem offentlige plejecentre og enten de selvejende eller de øvrige private plejecentre.

Vi kan også konkludere, at selvejende plejecentre på en række kvalitetsparametre er signifikant forskellige fra kommunale plejecentre. På nogle indikatorer er kvaliteten lavere hos de selvejende – dette drejer sig udover de allerede nævnte indikatorer om færre medarbejdere på vagt i to af de tidsrum, vi har spurgt til (ydertimer, hvor der typisk er en lav bemanning), større andel medarbejdere uden sundhedsfaglig uddannelse, og mindre adgang til private madlavningsfaciliteter for beboerne. Til gengæld har de selvejende plejecentre flere fuldtidsansatte medarbejdere, en større andel fuldtidsansatte medarbejdere, og en større andel medarbejdere med mellemlange videregående uddannelser. Kategorien af øvrige private plejecentre

adskiller sig i forhold til offentlige plejecentre ved at have færre medarbejdere på vagt pr. beboer i tidsrummet 20-23 foruden de forhold, der er nævnt ovenfor, hvor både selvejende og øvrige private plejecentre var forskellige.

De selvejende og øvrige private plejecentre adskiller sig særligt fra hinanden ved, at øvrige private har færre fuldtidsansatte medarbejdere både i forhold til beboere og medarbejderfordeling samt en større medarbejderomsætning. I alle 3 tilfælde synes kvaliteten altså højere blandt de selvejende, om end det skal påpeges, at der for 16 ud af 19 indikatorer ikke er nogen signifikant forskel.

Indtil videre har vi set på de deskriptive forskelle mellem henholdsvis kommunale, selvejende og øvrige private plejecentre. Det er imidlertid muligt, at der er bagvedliggende forskelle mellem de forskellige plejecentre, der kan forklare dele af disse forskelle. Dermed menes, at der kan være samvarierende og bagvedliggende variable, som har en skjult indvirkning på vores afhængige variabel (kvalitet), og vi derfor kan komme til at konkludere på et forkert grundlag. Et eksempel på dette er fra den svenske undersøgelse af Stolt, Blomqvist og Winblad, som i en supplerende analyse viste, at den tilsyneladende sammenhæng mellem offentlig/privat på den ene side og kvalitet på den anden side i nogle tilfælde forsvandt, hvis man kontrollerede for strukturelle forhold. I dette tilfælde var det socio-demografiske forskelle, særlig mellem land og by, som gjorde en afgørende forskel i analyserne (Stolt, Blomqvist og Winblad, 2011: 564). De private leverandører var ikke var ligeligt repræsenteret i land- og bymæssige områder, og det var i virkeligheden i høj grad denne effekt, der slog igennem i resultaterne.

I det følgende gennemfører vi derfor multivariate analyser, hvor vi kontrollerer for 6 variable på plejehjemsniveau og 4 på kommuneniveau som beskrevet indledningsvist i dette kapitel. I tabel 4.2. angives regressionskoefficienterne for ejerskabstype. Kontrolvariablene er inkluderet i modellerne, men er af pladmæssige årsager kun vist i appendiks (tabel A3.1).

Første kolonne angiver et kort navn for indikatoren. Anden kolonne viser en uddybende beskrivelse af indikatoren. De to næste kolonner angiver regressionskoefficienter for henholdsvis selvejende og øvrige private plejecentre. Hermed ses det, om den gennemsnitlige værdi for hver af de to ejerskabsformer er forskellig fra kommunale plejecentre. Den femte kolonne angiver i en forsimplet form vha. ja/nej, om der er en forskel mellem selvejende og øvrige private plejecentre. Den sjette kolonne angiver, hvor stor en forklaringskraft vores model på den pågældende kvalitetsfaktor har. Den syvende kolonne angiver, hvor mange plejecentre, der indgår i den pågældende opgørelse og analyse.

Den multivariate analyse bekræfter grundlæggende de resultater, som fremgik af den bivariante analyse (tabel 4.1). Analysen viser dermed, at bagvedliggende strukturelle forhold ikke ændrer grundlæggende ved de umiddelbare sammenhænge, der blev fundet tidligere, om end lidt færre forskelle bliver signifikante. Der er nu kun to tilfælde, hvor de selvejende og øvrige private plejecentre begge er signifikant forskellige fra de offentlige plejecentre – begge typer af private plejecentre har færre medarbejdere med en social- og sundhedsuddannelse og mere ledelse. Forskellen i timelønnede ansatte gælder nu kun for øvrige private, som også har færre medarbejdere på arbejde i et af de undersøgte tidsrum. Selvejende har større andel medarbejdere med mellemlang videregående uddannelse, færre med social- og sundhedsuddannelse og flere på både fuldtid og deltid.

Samlet set fremgår det, at der er relativt få systematiske kvalitetsforskelle mellem henholdsvis offentlige plejecentre på den ene side og selvejende og øvrige private plejecentre på den anden side. Der er dog en lille tendens til en højere strukturel kvalitet blandt offentlige plejecentre særligt sammenlignet med øvrige private plejecentre.

Tabel 4.2.: Strukturelle kvalitetsindikatorer fra spørgeskemaet. Multivariate resultater (OLS).

Indikator	Beskrivelse	Selvejen- de	Øvrige private	Selvejende- øvrige private forskjel?	R-Sq	N
Ansatte/beboere	Antal ansatte i alt divideret med antal beboere	-0,109 (0,083)	-0,057 (0,071)	Nej	0,110	373
Medarbejdere./beboere, kl. 15-20	Antal medarbejdere på vagt kl. 15-20 divideret med antal beboere.	-0,0187 (0,0117)	-0,00437 (0,0157)	Nej	0,086 3	375
Medarbejdere/beboere, kl. 20-23	Antal medarbejdere på vagt kl. 20-23 divideret med antal beboere.	-0,0112 (0,0101)	-0,0188* (0,00721)	Nej	0,148	375
Medarbejdere/beboere, kl. 23-07	Antal medarbejdere på vagt kl. 23-07 divideret med antal beboere.	-0,00581 (0,00397)	-0,00389 (0,00342)	Nej	0,285	374
Fuldtidsansatte medarbejdere/beboere	Antal fuldtidsansatte i alt divideret med antal beboere	0,0420 (0,0362)	-0,0325 (0,0225)	(*)	0,184	375
Deltidsansatte medarbejdere/beboere	Antal deltidsansatte i alt divideret med antal beboere	-0,0344 (0,0616)	-0,0312 (0,0607)	Nej	0,163	375
Timelønnede medarbejdere/beboere	Antal timelønnede i alt divideret med antal beboere	-0,0104 (0,0394)	0,0939* (0,0450)	*	0,069 0	375
Frivillige /beboere	Antal frivillige i alt divideret med antal beboere	0,183 (0,153)	0,0502 (0,0617)	Nej	0,109	375
Mellemlang videregående sundhedsuddannelse og lign.	Antal sundheds- og socialfagligt personale med længere uddannelse divideret med antal medarbejdere*100	1,419(*) (0,790)	2,603 (1,997)	Nej	0,057 6	372
Social- og sundhedsuddannelse	Sundheds- og socialfagligt personale med kortere uddannelse/antal medarbejdere*100	-8,616** (3,132)	-7,345* (2,923)	Nej	0,112	372
Uden sundhedsfaglig uddannelse	Personale uden relevant sundheds- og socialfaglig uddannelse divideret med antal medarbejdere*100	2,287 (1,456)	0,149 (1,558)	Nej	0,041 2	372
Medarbejderomsætning	Antal nyansatte de seneste 12 måneder divideret med antal medarbejdere*100	-0,356 (1,524)	1,657 (1,749)	Nej	0,036 6	372
Fordeling af medarbejdere (fuldtid)	Antal fuldtidsansatte i alt divideret med antal medarbejdere*100	4,914(*) (2,736)	-1,791 (1,656)	*	0,202	372
Fordeling af medarbejdere (deltid)	Antal deltidsansatte i alt divideret med antal medarbejdere*100	5,758(*) (3,253)	3,324 (3,826)	Nej	0,187	372
Fordeling af medarbejdere (timelønnede)	Antal timelønnede i alt divideret med antal medarbejdere*100	2,538 (2,393)	9,766** (3,521)	(*)	0,119	372
Frivillige/medarbejdere	Antal frivillige i alt divideret med antal medarbejdere*100	20,37 (13,65)	3,607 (5,000)	Nej	0,112	372
Ledelse	Antal ansatte med personaleledelsesansvar divideret med antal medarbejdere*100	1,764*** (0,332)	2,308*** (0,580)	Nej	0,317	372
Private madlavningsfaciliteter	Adgang til private madlavningsfaciliteter (mere end et te-køkken)? (procent af antal beboere)	-10,93 (9,366)	-12,80 (9,906)	Nej	0,046 1	363
Indeks - udendørs faciliteter	Indeks over 3 spørgsmål vedrørende adgang til grønne arealer, særlige grønne arealer og terrasser/altaner. Items er standardiserede.	0,145 (0,110)	-0,0473 (0,131)	Nej	0,031 9	363

Note: Øvrige private er privat fripleje eller udliciteret. Ustandardiserede regressionskoefficienter vist. Klyngerobuste standardfejl på kommuneniveau i parenteser. (*)=0,1-niveau, *=0,05-niveau **=0,01-niveau ***=0,001-niveau. Der er kontrolleret for plejecentrenes størrelse (antal beboere), andel beboere med demens, andel beboere med apopleksi, andel beboere med tidligere misbrugsproblemer, andel beboere med Parkinson og andel beboere i palliativ pleje. Der er desuden kontrolleret for kommunens skattegrundlag, procent stemmer på venstreorienterede partier, befolkningstæthed samt nettoudgifter til ældre.

4.2 Proceskvalitet

I dette afsnit vil vi se nærmere på procesindikatorerne. I det følgende gengives analysens hovedresultater i form af to tabeller. I tabel 4.3 gengives de deskriptive resultater af analysen, og i tabel 4.4. ses resultaterne af de multivariate analyser.

Tabel 4.3: Processuelle kvalitetsindikatorer fra spørgeskemaet. Deskriptive resultater (gennemsnit).

Indikator	Beskrivelse	Kommunale	Selvejende	Øvrige private	Total
Fast kontaktperson	Har plejecenterets beboere en fast kontaktperson blandt personalet? (0=nej, 100=ja)	97,44 (312)	93,75 (32)	95,65 (23)	97,00 (367)
Indeks generel deltagelse	Indeks af 3 spørgsmål vedrørende deltagelse i beboerråd, pårørendemøder og dialogmøder med frivillige. Items er standardiserede.	-0,01 (312)	0,10 (32)	-0,06 (23)	0,00 (367)
Deltagelse i handleplaner	Om beboerne inddrages i udarbejdelsen af deres handleplaner for pleje? (1= aldrig, 4 = Altid)	3,32 (307)	3,39 (31)	3,13 (23)	3,31 (361)
Systematisk gennemgang af handleplaner	Hvor ofte beboernes individuelle planer for pleje gennemgås på en systematisk måde (4=månedlig, 1=sjældnere)	3,25 (311)	3,41 (32)	3,43 (23)	3,28 (366)
Madlavning på stedet	Maden tilberedes i eget køkken (f.eks. produktionskøkken) (0=tilberedes ikke – 100=Hver dag)	59,19 (310)	81,25** (32)	95,65***(+) (23)	63,42 (365)
Indeks faste tidspunkter for søvn	Indeks af 2 spørgsmål vedrørende faste tidspunkter for at gå i seng og stå op. Items er standardiserede.	0,00 (310)	0,02 (32)	0,01 (23)	0,00 (365)
Faste	Om der går mere end 11 timer fra sidste aftensmåltid til morgenmåltidet (1=aldrig, 4=altid).	2,45 (303)	2,19(*) (32)	1,95** (22)	2,40 (357)
Indeks for retningslinjer for forebyggelse	Indeks af 3 spørgsmål vedrørende faste retningslinjer til forebyggelse af faldulykker, tryksår, aggressiv og/eller selvskadende adfærd. Items er standardiserede.	0,01 (307)	0,02 (32)	-0,12 (23)	0,00 (362)
Indeks for samtaler	Indeks over 3 spørgsmål vedrørende samtaler inden indflytning, livsforlængende behandling, samtaler med pårørende til afdøde beboere. Items er standardiserede.	0,01 (301)	0,00 (32)	-0,08 (22)	0,00 (355)
Indeks over aktiviteter	Indeks af 4 spørgsmål om generelle gruppeaktiviteter, gruppeaktiviteter ledet af personale, individuelle aktiviteter, styrke- og balancetræning. Items er standardiserede.	-0,03 (310)	0,11 (32)	0,25 (23)	0,00 (365)
Individuelt rehabiliteringsforløb	Individuelt rehabiliteringsforløb efter fx hjerteanfald, blodpropper m.v. (0=nej, 100=ja)	81,06 (301)	90,63(*) (32)	77,27 (22)	81,69 (355)
Systematisk egenkontrol af kvalitet	Om der er systematisk egenkontrol af kvaliteten. (1=udføres ikke, 4=oftere end årligt)	3,15 (300)	3,34 (32)	3,43 (21)	3,19 (353)
Tilfredshedsundersøgelser	Tilfredshedsundersøgelser bl. beboerne (udover ved tilsyn) (1=Udføres ikke, 4=Oftere end årligt)	2,00 (300)	2,03 (32)	2,38*+ (21)	2,03 (353)

Note: Øvrige private er privat fribleje eller udliciteret. *Markerer at gruppen er forskellig statistisk fra "kommunalt". +markerer hvis "øvrige private" er forskellig fra "selvejende". (*)/+=0,1-niveau */+=0,05-niveau **/++=0,01-niveau ***/+++=0,001-niveau. Signifikantstest foretaget i OLS-modeller med robuste standardfejl.

I første kolonne i tabel 4.3 angives et kort navn for indikatoren. Anden kolonne viser en uddybende beskrivelse af indikatoren. Endelig angiver de fire sidste kolonner variabelens gennemsnitlige værdi for henholdsvis kommunale plejecentre, selvejende plejecentre, øvrige private plejecentre samt samtlige plejecentre på tværs af de tre kategorier. En stjerne indikerer, at en værdi for selvejende eller øvrige private plejecentre er

statistisk forskellig fra offentlige plejecentre. Når øvrige private plejecentre er forskellige fra selvejende plejecentre, er det markeret med et plus.

Det fremgår af tabellen (sidste kolonne), at på omkring 97 procent af de undersøgte plejecentre har beboerne en fast kontaktperson. Beboerne vurderes ud fra besvarelserne på spørgeskemaet også generelt at have gode muligheder for at blive inddraget i deres handleplaner. På en skala fra 1 til 4, hvor 4 angiver mest inddragelse, er gennemsnittet på tværs af ejerskabsformer ca. 3,3. Et lignende gennemsnit på en tilsvarende skala gælder i forhold til en systematisk gennemgang af handleplaner (3,28).

Det fremgår også, at plejecentrene scorer 63 på en 0-100 skala over, om maden bliver tilberedt i plejecentrets eget køkken, mens plejecentrene svarer ca. midt i på en skala vedrørende, om der går 11 timer fra sidste aftensmåltid til morgenmåltidet (2,4 på en skala fra 1-4 hvor 4 angiver at der altid går mere end 11 timer). Endvidere ses det, at omkring 82 procent af plejecentrene har individuelle rehabiliteringsforløb efter hjerteanfald, blodpropper m.v. De fleste plejecentre svarer desuden, at de gennemfører systematisk egenkontrol ofte (ca. 3,2 på en skala fra 1-4 hvor 4 er oftere end årligt), mens tilfredsundersøgelser blandt beboerne udføres sjældnere (ca. 2,0 på en skala fra 1-4 hvor 4 er oftere end årligt).

Ser vi på forskelle på tværs af plejecentre med offentligt og privat ejerskab, så ser vi igen, at vi kun i relativt få tilfælde finder signifikante forskelle mellem grupperne. I to tilfælde er der forskelle mellem offentlige og begge typer af private plejecentre. I begge tilfældene indikerer forskellene en højere kvalitet hos de private plejecentre. De private plejecentre tilbereder meget oftere mad på stedet - de selvejende scorer i gennemsnit 81 på 0-100 skalaen, de øvrige private scorer 96, mens de offentlige ligger på 59. Det fremgår også, at der sjældent går mere end 11 timer mellem aftensmåltid og morgenmåltid i de private plejecentre. I begge tilfælde er forskellen særligt udpræget i forhold til de øvrige private.

Ud over de ovennævnte forskelle har selvejende plejecentre hyppigere individuelle rehabiliteringsforløb (91 procent) end kommunale leverandører (81 procent). Øvrige private plejecentre gennemfører oftere tilfredsundersøgelser end både offentlige og selvejende plejecentre. Med andre ord: Tager man svarene i spørgeskemaundersøgelsen for pålydende, synes der i lighed med tidligere studier at kunne findes en signifikant højere processuel kvalitet blandt private plejecentre i forhold til offentlige plejecentre.

De beskrevne forskelle har været de umiddelbare forskelle mellem henholdsvis kommunale, selvejende og øvrige private plejecentre, som ikke har taget højde for evt. bagvedliggende forskelle mellem de forskellige plejecentre, der kan forklare dele af disse forskelle. I det følgende gennemfører vi derfor multivariate analyser, hvor vi kontrollerer for 6 variable på plejecenterniveau og 4 på kommuneniveau. I tabel 4.4. angives regressionskoefficienterne for ejerskabstype. Kontrolvariablene er inkluderet i modellerne, men er af pladsmæssige årsager kun vist i appendiks (tabel A3.2).

Første kolonne angiver et kort navn for indikatoren. Anden kolonne viser en uddybende beskrivelse af indikatoren. De to næste kolonner angiver regressionskoefficienter for henholdsvis selvejende og øvrige private plejecentre. Hermed ses det, om den gennemsnitlige værdi for de to ejerskabsformer er forskellig fra kommunale plejecentre. Den femte kolonne angiver, om der er en forskel mellem selvejende plejecentre og øvrige private plejecentre. Den sjette kolonne angiver, hvor stor en forklaringskraft vores model har for den pågældende kvalitetsfaktor. Den syvende kolonne angiver, hvor mange plejecentre, der indgår i den pågældende opgørelse og analyse.

Resultaterne følger de bivariate tendenser, men igen med færre faktorer, der bliver statistisk signifikante. Tendensen til mindre faste og flere rehabiliteringsforløb blandt selvejende er ikke længere signifikant forskellig fra offentlige plejecentre. Det samme gælder forskellen mellem øvrige private og offentlige plejecentre på gennemførelsen af tilfredshedsundersøgelser. Endelig skal det bemærkes, at effektestimaterne for madlavning på stedet er større for øvrige private end for selvejende plejecentre, men at forskellen mellem de to ikke længere er signifikant.

Det gennemgående billede er begrænsede signifikante forskelle mellem de forskellige ejerskabsformer, men at både selvejende og øvrige private plejecentre har en lille tendens til højere proceskvalitet end de offentlige plejecentre.

Tabel 4.4: Processuelle kvalitetsindikatorer fra spørgeskemaet. Multivariate resultater (OLS).

Indikator	Beskrivelse	Selvejende	Øvrige private.	Selvejende- øvrige private forskelle?	R-Sq	N
Fast kontaktperson	Har plejecenterets beboere en fast kontaktperson blandt personalet? (0=nej, 100=ja)	-5,888 (7,595)	-2,11 (4,351)	Nej	0,0275	363
Indeks - generel deltagelse	Indeks af 3 spørgsmål vedrørende deltagelse i beboerråd, pårørendemøder og dialogmøder med frivillige. Items er standardiserede.	0,125 (0,163)	-0,0777 (0,172)	Nej	0,0352	363
Deltagelse i handleplaner	Om beboerne inddrages i udarbejdelsen af deres handleplaner for pleje? (1= aldrig, 4 = altid)	0,0637 (0,155)	-0,229 (0,214)	Nej	0,0637	357
Systematisk gennemgang af handleplaner	Hvor ofte beboernes individuelle planer for pleje gennemgås på en systematisk måde (4=månedlig, 1=sjældnere)	0,0406 (0,142)	0,19 (0,119)	Nej	0,0531	362
Madlavning på stedet	Maden tilberedes i eget køkken (f.eks. produktionskøkken) (0=tilberedes ikke – 100=Hver dag)	19,27* (8,758)	36,26*** (6,015)	(*)	0,0836	361
Indeks - faste tidspunkter for søvn	Indeks af 2 spørgsmål vedrørende faste tidspunkter for at gå i seng og stå op. Items er standardiserede.	0,212 (0,234)	0,0454 (0,217)	Nej	0,0295	361
Faste	Om der går mere end 11 timer fra sidste aftensmåltid til morgenmåltidet (1=altid, 4=altid).	-0,228 (0,186)	-0,551* (0,214)	Nej	0,0948	353
Indeks for retningslinjer for forebyggelse	Indeks af 3 spørgsmål vedrørende faste retningslinjer til forebyggelse af faldulykker, tryksår, aggressiv og/eller selvskadende adfærd. Items er standardiserede.	0,000374 (0,206)	-0,13 (0,177)	Nej	0,0454	358
Indeks for samtaler	Indeks over 3 spørgsmål vedrørende samtaler inden indflytning, livsforlængende behandling, samtaler med pårørende til afdøde beboere. Items er standardiserede.	0,013 (0,144)	-0,0595 (0,155)	Nej	0,027	351
Indeks over aktiviteter	Indeks af 4 spørgsmål om generelle gruppeaktiviteter, gruppeaktiviteter ledet af personale, indiv. aktiviteter, styrke- og balancetræning. Items er standardiserede.	-0,0335 (0,187)	0,258 (0,178)	Nej	0,0546	361
Individuelt rehabiliteringsforløb	Individuelt rehabiliteringsforløb efter fx hjerteanfald, blodpropper m.v. (0=nej, 100=ja)	10,01 (6,037)	-5,957 (8,902)	Nej	0,0534	351
Systematisk egenkontrol af kvalitet	Om der er systematisk egenkontrol af kvaliteten. (1=udføres ikke, 4=ofte end årligt)	-0,0225 (0,220)	0,257 (0,226)	Nej	0,0396	349

Tilfredshedsundersøgelser	Tilfredshedsundersøgelser bl. beboerne (udover ved tilsyn) (1=Udføres ikke, 4=Oftere end årligt)	-0,195 (0,216)	0,326 (0,260)	Nej	0,0571	349
---------------------------	--	-------------------	------------------	-----	--------	-----

Note: Øvrige private er privat fripleje eller udliciteret. Ustandardiserede regressionskoefficienter vist. Klyngerobuste standardfejl på kommuneniveau i parenteser. (*)=0,1-niveau, *=0,05-niveau **=0,01-niveau ***=0,001-niveau. Der er kontrolleret for plejecentrenes størrelse (antal beboere), andel beboere med demens, andel beboere med apopleksi, andel beboere med tidligere misbrugsproblemer, andel beboere med Parkinson og andel beboere i palliativ pleje. Der er desuden kontrolleret for kommunens skattegrundlag, procent stemmer på venstreorienterede partier, befolkningstæthed samt nettoudgifter til ældre.

4.3 Outcome-kvalitet

Vi har også inddraget 3 indeks for outcome-kvalitet baseret på spørgsmålene fra spørgeskemaet. Vi har for det første inddraget en indikator for omfanget af ulykker og skader på plejecentrene. Indikatoren udgøres af et indeks, hvor der indgår fire spørgsmål om faldulykker, forekomsten af tryksår, fraktur på ben eller hofte samt forekomsten af selvskadende adfærd. Samlet set viser denne indikator, om det enkelte plejecenter er gode til at forebygge og undgå ulykker og skader, og i analysen vil vi kontrollere for plejetyngde og andre faktorer, som kan have en indvirkning på omfanget af ulykker og skader på det enkelte plejecenter.

Vi har også inddraget en indikator for brugen af medicin. Denne indikator dækker over et indeks med fire spørgsmål om brugen af smertestillende medicin på daglig basis (minimum 2 lægemidler), brugen af minimum 3 psykofarmaka samtidig, og brugen af antipsykotisk medicin og antidepressiv medicin. Det skal understreges, at det er vanskeligt at tolke entydigt på denne indikator. Det kan være et tegn på lav kvalitet med en høj og uhensigtsmæssig brug af medicin, men omvendt kan der også være tale om en korrekt medicinering. Derudover er det ikke plejeboligerne, der bestemmer medicineringen udover almindelig smertestillende medicin, så det kan være vanskelig entydigt at henføre medicinforbrug af fx psykofarmaka til det enkelte plejecenter. Denne indikator skal derfor fortolkes med væsentlig forsigtighed.

Endelig indgår også en outcome-indikator for beboernes fysiske helbred, som bygger på et indeks med 3 spørgsmål om underernæring, overvægt og symptomer på dehydrering. I forhold til denne indikator skal man være særlig opmærksom på, om man kan henføre disse helbredsforhold til plejeboligtilbuddet. Helbredsforholdene kan også være et resultat af borgernes livsforløb i øvrigt og være uafhængige af plejeboligtilbuddet. Særlig vigtigt er det derfor at forsøge at kontrollere for socio-økonomiske forhold og andre forhold, som kan have en betydning for borgernes helbredstilstand.

Den svenske undersøgelse af Stolt, Blomqvist og Winblad (2011) indeholdt ikke indikatorer for outcome-kvalitet, så de tilføjede indikatorer for outcome-kvalitet i den danske undersøgelse tilføjer en ny dimension til dette undersøgelsesdesign.

I første kolonne i tabel 4.5 angives et kort navn for indikatoren. Anden kolonne viser en uddybende beskrivelse af indikatoren. Endelig angiver de fire sidste kolonner variabelens gennemsnitlige værdi for henholdsvis kommunale, selvejende, øvrige private plejecentre samt alle plejecentre på tværs af de tre kategorier. En stjerne indikerer, at en værdi for selvejende eller øvrige private plejecentre er statistisk forskellige fra offentlige plejecentre. Når øvrige private plejecentre er forskellige fra selvejende plejecentre, er det markeret med et plus.

Tabel 4.5: Outcome-kvalitetsindikatorer fra spørgeskemaet. Deskriptive resultater (gennemsnit).

Indikator	Beskrivelse	Kommunale	Selvejende	Øvrige private	Total
Indeks over ulykker	Indeks af 4 spm. om % af beboere, der har oplevet faldulykker, tryksår, fraktur på ben eller lårben, aggressive og/eller selvskadende adfærd. Items er standardiserede.	0,02 (307)	-0,01 (32)	-0,27***(+) (23)	0,00 (362)
Indeks over medicin	Indeks af 4 spm. om andel af beboere, der smertedækkes dagligt med min. 2 lægemidler, gives min. 3 psykofarmaka, gives anti-psykotisk medicin, gives antidepressiv medicin. Items er standardiserede (note 2).	0,00 (266)	0,04 (30)	-0,20 (19)	-0,01 (315)
Indeks over beboerens fysiske helbred	Indeks af 3 spm. om andelen af beboerne, der er underernærede, overvægtige og udvider symptomer på dehydrering. Items er standardiserede.	-0,03 (288)	0,17 (32)	0,02 (21)	0,00 (341)

Note: Øvrige private er privat fripleje eller udliciteret. *Markerer at gruppen er forskellig statistisk fra "kommunalt". +markerer hvis "øvrige privat" er forskellig fra "selvejende". (*)/=0,1-niveau */+=0,05-niveau **/+=0,01-niveau ***/+=0,001-niveau. Signifikantstest foretaget i OLS-modeller med robuste standardfejl. Note 2: Vi har i spørgeskemaet spurgt separat til minimum 3 psykofarmaka og antipsykotisk hhv. antidepressiv medicin for at sætte fokus på såvel polyfarmaci, som udvalgte typer psykofarmaka.

Det ses af tabel 4.5, at der er en tendens til, at øvrige private plejecentre rapporterer en højere outcome-kvalitet. Dette gælder signifikant i forhold til forekomsten af ulykker og skader, hvor øvrige private plejecentre i spørgeskemaet rapporterer færre ulykker og skader end offentlige plejecentre. Det er dog vigtigt at minde om, at der er tale om egenrapporterede data fra plejecentrene selv. I forhold til brugen af medicin er der en insignifikant tendens til, at øvrige private plejecentre bruger mindre medicin end offentlige plejecentre. For beboerens fysiske helbred er der stort set ingen forskelle.

Disse resultater kan dog dække over bagvedliggende forhold på de enkelte plejecentre som fx forskelle i andelen af beboere med henholdsvis en lille og en stor plejetyngde. Dette er der til en vis grad taget højde for i den multivariate analyse, som præsenteres nedenfor i tabel 4.6.

Tabel 4.6: Outcome-kvalitetsindikatorer fra spørgeskemaet. Multivariate resultater (OLS).

Indikator	Beskrivelse	Selvejende	Øvrige private	Selvejende- øvrige private forskelle?	R-Sq	N
Indeks over ulykker og skader	Indeks af 4 spm. om % af beboere, der har oplevet faldulykker, tryksår, fraktur på ben eller lårben, aggressive og/eller selvskadende adfærd. Items er standardiserede.	-0,239* (0,0971)	-0,330*** (0,0853)	Nej	0,120	358
Indeks over medicin	Indeks af 4 spm. om andel af beboere, der smertedækkes dagligt med min. 2 lægemidler, gives min. 3 psykofarmaka, gives anti-psykotisk medicin, gives antidepressiv medicin. Items er standardiserede (note 2).	-0,0518 (0,171)	-0,204 (0,175)	Nej	0,0825	315
Indeks over fysik	Indeks af 3 spm. om andelen af beboerne, der er underernærede, overvægtige og udvider symptomer på dehydrering. Items er standardiserede.	0,00642 (0,124)	-0,0152 (0,115)	Nej	0,0883	338

Note: Øvrige private er privat fripleje eller udliciteret. Ustandardiserede regressionskoefficienter vist. Klyngerobuste standardfejl på kommuneniveau i parenteser. (*)=0,1-niveau, *=0,05-niveau **=0,01-niveau ***=0,001-niveau. Der er kontrolleret for plejecentrenes størrelse (antal beboere), andel beboere med demens, andel beboere med apopleksi, andel beboere med tidligere misbrugsproblemer, andel beboere med Parkinson og andel beboere i palliativ pleje. Der er desuden kontrolleret for kommunens skattegrundlag, procent stemmer på venstreorienterede partier, befolkningstæthed samt nettoudgifter til ældre. Note 2: Vi har i spørgeskemaet spurgt separat til minimum 3 psykofarmaka og antipsykotisk hhv. antidepressiv medicin for at sætte fokus på såvel polyfarmaci, som udvalgte typer psykofarmaka.

Første kolonne angiver et kort navn for indikatoren. Anden kolonne viser en uddybende beskrivelse af indikatoren. De to næste kolonner angiver regressionskoefficienter for henholdsvis selvejende plejecentre og øvrige private plejecentre. Hermed ses det, om den gennemsnitlige værdi for de to ejerskabsformer er forskellig fra kommunale plejecentre. Den femte kolonne angiver, om der er en forskel mellem selvejende og øvrige private plejecentre. Den sjette kolonne angiver, hvor stor en forklaringskraft vores model har for den pågældende kvalitetsfaktor. Den syvende kolonne angiver, hvor mange plejecentre, der indgår i den pågældende opgørelse og analyse.

Den multivariate analyse bekræfter (se tabel A3.3 i appendiks for fulde regressionsresultater), at beboere på øvrige private plejecentre i signifikant mindre grad oplever ulykker og skader, også når der kontrolleres for bagvedliggende forhold. I den kontrollerede analyse bliver selvejende nu også signifikant. Dette tyder altså på, at selvejende såvel som øvrige private plejecentre er bedre til at forebygge og forhindre ulykker i form af faldulykker, tryksår, knoglebrud, selvskadende adfærd m.m., om end der som tidligere nævnt skal tages forbehold for, at data er selvrapporteret ligesom det er svært at være sikker på, at der er kontrolleret for alle relevante baggrundsforhold.

I forhold til medicinbrug og fysik kan der ikke ses systematiske forskelle mellem ejerskabsformerne for plejecentrene, heller ikke når der kontrolleres for bagvedliggende forhold.

Tilføjelsen af indikatorer for outcome-kvalitet har nuanceret billedet af kvalitetsforskellene. Målt i forhold til outcome-kvalitet er der indikationer på, at selvejende og øvrige private plejecentre har en lidt højere kvalitet, og det gælder navnlig for de øvrige private plejecentre. Der indgår 3 indikatorer for outcome-kvalitet, og i forhold til en af disse indikatorer (forekomst af ulykker og skader), så viser vores analyser, at både selvejende og øvrige private plejecentre har en signifikant højere kvalitet, mens der altså ikke findes signifikante forskelle på de øvrige outcome-indikatorer.

4.4 Opsummering af spørgeskemaundersøgelsens resultater

Spørgeskemaundersøgelsen viser en række interessante forhold om den generelle kvalitet i den danske plejehjemssektor. Undersøgelsen viser bl.a., at der i gennemsnit er lidt over 1 ansat per beboer, at langt de fleste ansatte er deltidsansatte, og at langt de fleste ansatte på danske plejecentre har en social- og sundhedsuddannelse eller lignende. I forhold til proceskvalitet viser analysen, at på langt de fleste af de undersøgte plejecentre har beboerne en fast kontaktperson. Beboerne synes også at have gode muligheder for at blive inddraget i deres handleplaner, ligesom langt de fleste plejecentre angiver at have individuelle rehabiliteringsforløb efter hjerteanfald, blodpropper mv.

I forhold til forskelle mellem offentlige og private plejecentre, så er der nogle indikationer på, at offentlige plejecentre har en højere strukturel kvalitet end både selvejende og øvrige private plejecentre. Der er tale om indikationer på dette og ikke en entydig og klar sammenhæng. Omvendt indikerer analysen, at især øvrige private plejecentre har tendenser til en højere proces kvalitet, om end der også her er flere ligheder end forskelle mellem de forskellige ejerskabsformer. Sluttelig fandt vi indikationer på, at både selvejende og øvrige private plejecentre har en højere outcome-kvalitet, om end det her også skal understreges, at forskellen vedrørte én blandt tre indikatorer, ligesom der er stor usikkerhed om denne opgørelse, da det ikke fuldt ud er klarlagt, om forskelle i plejetyngde har påvirket dette resultat.

5 Opgørelser af kvalitet i Embedslægens tilsynsrapporter

I dette kapitel ser vi på resultaterne for tilsynsrapporterne. Som nævnt i kapitel 2 er et væsentlig formål med denne del af undersøgelsen at supplere spørgeskemadata med informationer, der ikke er baseret på selvrapportering. Desuden bliver tilsyn gennemført på alle plejecentre, hvorfor vi ikke som i spørgeskemaet er afhængige af, at det enkelte plejecenter vælger at deltage i undersøgelsen. Vi har derfor brugbare svar for 907 plejecentre eller næsten 3 gange så mange som i spørgeskemaundersøgelsen.¹⁰ Da vi har flere observationer end i spørgeskemaundersøgelsen, kunne man i princippet i analysen af tilsyn også skelne mellem friplejehjem og udliciterede plejecentre. Usikkerheden ville dog fortsat være stor, og derfor følger vi den samme 3-delning af ejerskabsformer som i den resterende del af rapporten (kommunale, selvejende og øvrige private, hvoraf sidstnævnte kategori som tidligere omtalt består af både friplejehjem og udliciterede plejecentre). Vi vil dog i analyserne fremhæve, hvis estimerne for friplejehjem og udliciterede plejecentre afviger meget fra hinanden.

Sundhedsstyrelsens tilsyn omfatter primært processuelle mål, og det er derfor særligt på denne kvalitetsdimension, at det er muligt at supplere analyserne i kapitel 4, som byggede på spørgeskemadata. Som vi tidligere har diskuteret fokuserer Embedslægetilsynet primært på processuelle indikatorer om fx medicin-håndtering med udgangspunkt i borgernes journaler.

Strukturen i kapitlet er den samme som i kapitel 4, om end vi ikke for tilsynsdata har nogen outcome-dimension med, da der ikke indgår direkte outcome-mål i tilsynsrapporterne. I kapitel 5.1 ser vi først på strukturindikatorer, i kapitel 5.2 ser vi dernæst på procesindikatorer, og endelig sammenfatter vi vores fund i kapitel 5.3. Det skal understreges, at procesindikatorerne er de centrale variable fra tilsynene og derfor bør tillægges størst vægt. Det er således disse, der indeholder tilsynenes samlede konklusion.

Hver af de to analyseafsnit (5.1 og 5.2) bliver som i kapitel 4 udført i to trin. I første del ser vi på den overordnede fordeling på kvalitetsdimensionerne og på de deskriptive forskelle i resultaterne mellem de forskellige ejerskabsformer. Vi fokuserer som nævnt særligt på tilsynenes samlede konklusion, men inddrager også en række supplerende variable, som er tilgængelige på en ensartet måde på tværs af tilsynsrapporterne. Dette drejer sig blandt andet om strukturelle variable vedrørende tilstedeværelsen af forskellige personalekategorier i forskellige tidsrum.

I andet trin i hver af de to analyseafsnit gennemfører vi multivariate analyser for at se, om de i 5.1 fundne resultater kan forklares med bagvedliggende forskelle på tværs af institutioner og kommuner. På institutionsniveau kontrollerer vi for antallet af beboere, da man fx kunne forestille sig, at det er lettere at holde styr på kvaliteten i små enheder. Der er ikke i tilsynsrapporterne mål for plejetyngde. Dog betyder det store antal observationer, at vi kan kontrollere for kommunale variationer mere præcist end tidligere ved at tilføje såkaldte kommunale fixed effects – dvs. en dummyvariabel for hver kommune (undtaget en referencekommune). Disse tager højde for uobserverede forskelle mellem kommuner, som blandt andet kan omfatte plejetyngde. Desuden vurderes plejetyngde ikke at være helt så central for processuel kvalitet, som den er

¹⁰ Som nævnt i metodeafsnittet ser vi på tilsynsrapporter tilgængelig fra Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside. Vi har ved søgninger på kommuners, institutioners og leverandørers hjemmeside fundet 42 yderligere tilsynsrapporter. Vi medtager ikke disse i analysen ud fra en teoretisk risiko for, at de enkelte institutioner kan være selektive med, om de vælger at gøre tilsynsrapporter tilgængelige. Vi har dog gentaget analyserne, hvor de 42 yderligere tilsynsrapporter er inkluderet. Dette ændrer ikke ved konklusionerne.

for outcome-kvalitet, der blev undersøgt i kapitel 4. Endelig inkluderer vi dummyvariable for årstallet, hvor tilsynet blev gennemført, grundet de små forskelle i individuelle indikatorer de enkelte år. Det er tænkeligt, at disse kan medføre forskelle i konklusionerne, ligesom man kunne forestille sig, at plejecentrene når at justere sig ind i forhold til tilsynene, jo senere de bliver kontrolleret.

5.1 Strukturel kvalitet

Vi starter med at se på de deskriptive forskelle mellem ejerskabsformer på de fem udvalgte strukturelle indikatorer, som indgår i tilsynene. Som tidligere nævnt skal det erindres, at de centrale variable i tilsynet omhandler de processuelle mål, og derfor skal de strukturelle indikatorer primært ses som et supplement til resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen. Vores fem variable stammer fra tilsynenes information om, hvilke medarbejdergrupper der er til stede på henholdsvis dagvagter, aftenvagter, nattevagter og week-endvagter. Vi ser på, hvor ofte følgende medarbejdergrupper er på vagt: sygeplejersker, andre professionsuddannede (defineret som fysioterapeuter, ergoterapeuter og økonomaer), medarbejdere med social- og sundhedsuddannelse (social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere) samt ufaglærte.¹¹ Desuden udregner vi en variabel for alle personalegrupper nævnt i tilsynet.

Alle variable er udregnet som gennemsnitlig tilstedeværelse på tværs af de 4 vagttyper, således at en værdi på 0 for fx sygeplejersker betyder, at der ikke er sygeplejersker til stede på nogen vagttyper, mens 0,5 betyder, at der er sygeplejersker på halvdelen af vagttyperne og 1, hvis de er der på alle vagttyper. For de kategoriseringer, der indeholder flere medarbejdergrupper, tager vi et gennemsnit på tværs af medarbejdergrupperne. Vi minder om, at det i tilsynet kun er angivet, om en medarbejdergruppe er til stede på det pågældende tidspunkt – ikke hvor mange medarbejdere, der er tale om. Indikatorerne siger derfor noget om, hvorvidt forskellige kompetencer er til stede, mens det ikke er muligt at udtale sig om normeringer på baggrund af dem (her henvises til resultaterne fra spørgeskemaanalysen i kapitel 4). De deskriptive resultater for strukturel kvalitet fremgår af tabel 5.1.

Tabel 5.1: Strukturelle kvalitetsindikatorer fra tilsynsrapporterne. Deskriptive resultater (gennemsnit).

Indikator	Beskrivelse	Kommunale	Selvejende	Øvrige private	Total
Sygeplejersker	Om der er sygeplejersker i de 4 vagttyper angivet i tilsynet (0=ingen af vagttyperne, 1=alle)	0,29 (784)	0,47*** (87)	0,41** (33)	0,31 (904)
Andre professionsuddannede	Om der er fysioterapeuter, ergoterapeuter og økonomaer i de 4 vagttyper angivet i tilsynet (0=ingen af vagttyperne, 1=alle)	0,06 (784)	0,12*** (87)	0,09+ (33)	0,07 (904)
Social- og sundhedsuddannede	Om der er social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere i de 4 vagttyper angivet i tilsynet (0=ingen af vagttyperne, 1=alle)	0,92 (784)	0,97*** (87)	0,95* (33)	0,93 (904)
Ufaglærte	Om der er ufaglærte i de 4 vagttyper angivet i tilsynet (0=ingen af vagttyperne, 1=alle)	0,15 (784)	0,20 (87)	0,30* (33)	0,16 (904)
Personalekategorier i alt	Gennemsnit på tværs af alle personalekategorier i de 4 vagttyper (0=ingen til stede, 1=alle personalekategorier til stede i alle vagttyper)	0,28 (784)	0,34*** (87)	0,34*** (33)	0,28 (904)

¹¹ Det skal understreges, at der inden for hver medarbejderkategori kan være uddannelsesmæssige og kompetencemæssige forskelle mellem de forskellige underkategorier (fx forskelle mellem social- og sundhedsassistenter på den ene side og social- og sundhedshjælpere på den anden side). Vi medregner ikke medarbejdergrupper på tilkald i tabellerne.

Note: Øvrige private er privat fripleje eller udliciteret. *Markerer at gruppen er forskellig statistisk fra "kommunalt". +markerer hvis "privat" er forskellig fra "selvejende". (*)/+=0,1-niveau */+=0,05-niveau **/++=0,01-niveau ***/+++=0,001-niveau. Signifikanstest foretaget i OLS-modeller med robuste standardfejl.

Hvis vi starter med total-kolonnen kan vi se, at der i 31 procent af vagttyperne i gennemsnit er sygeplejersker til stede. Andre professionsbacheloruddannede er hver især til stede i gennemsnitligt 7 procent af vagttyperne, social- og sundhedsuddannede er til stede i 93 procent af vagttyperne og ufaglærte i 16 procent, mens gennemsnittet på tværs af alle personalekategorier er 28 procent. Tabellen angiver kun gennemsnit på baggrund af alle vagter, men dykker man længere ned i tilsynets resultater, er der ikke overraskende store variationer på tværs af vagttyper. På dagvagter er der eksempelvis sygeplejersker til stede på 77 procent af plejecentrene, mens det tilsvarende tal for nattevagter er 6 procent.

Man kan også dykke yderligere ned i de forholdsvis grove klassificeringer af personalegrupper. Eksempelvis er der social- og sundhedsassistenter til stede ved 89 procent af vagterne, mens der er social- og sundhedshjælpere til stede ved hele 97 procent af vagterne. Denne forskel er i øvrigt i høj grad drevet af nattevagterne, hvor der er social- og sundhedsassistenter til stede i 67 procent af plejecentrene, mens det tilsvarende tal for social- og sundhedshjælpere er 93 procent.

De selvejende og øvrige private plejecentre skiller sig signifikant ud i forhold til kommunale plejecentre, uanset hvilken profession vi ser på. Eksempelvis har et gennemsnitligt selvejende plejecenter sygeplejersker til stede på ca. halvdelen af vagterne, mens noget tilsvarende kun er tilfældet for ca. en tredjedel af vagterne hos kommunale plejecentre. Øvrige private plejecentre ligger også signifikant højere end offentlige plejecentre på denne indikator. For professionsbacheloruddannede ligger selvejende plejecentre højere end både kommunale og øvrige private plejecentre, mens både selvejende og øvrige private plejecentre skiller sig ud, hvad angår social- og sundhedsuddannet personale. Deler man kategorien op, er forskellene primært signifikante for selvejende, om end øvrige private har signifikant flere social- og sundhedsassistenter på 0,10-signifikansniveauet).

Desuden har øvrige private plejecentre cirka dobbelt så hyppigt ufaglærte på vagt som kommunale plejecentre. Endelig synes der generelt at være en større diversitet i medarbejderkategorierne hos private plejecentre. Det kan naturligvis diskuteres, om dette er positivt eller negativt, da større diversitet eksempelvis kan dække over flere kortuddannede eller ufaglærte medarbejdere. Der er i tabel 5.1 generelt ikke markante forskelle mellem friplejehjem og udliciterede plejecentre, hvis man underopdelser "øvrige private" ejerskabsformen. En delvis undtagelse er sygeplejersker, der specifikt blandt udliciterede plejecentre en anelse oftere er til stede end på offentlige plejecentre.

I tabel 5.2 undersøger vi de 5 indikatorer i en multivariat analyse, hvor der er inkluderet plejecenterets størrelse (antal beboere), årstals-dummies samt kommunale fixed effects. Konklusionerne fra de multivariate analyser er analoge til de bivariate analyser. Selvejende plejecentre skiller sig i forhold til offentlige plejecentre ud på alle kategorier på nær ufaglærte medarbejdere, mens øvrige private skiller sig ud for ufaglærte, social- og sundhedsuddannede (deler man kategorien op er forskellen kun signifikant for social- og sundhedsassistenter og kun på 0,10-niveau) og personalekategorier i alt. Endelig har offentlige plejecentre færre personalekategorier i alt end de øvrige to ejerskabsformer. Vi har i tabel 5.2 kun angivet hovedkoefficienterne, mens de fulde modeller angives i appendiksets tabel A3.4. Det skal dog kort nævnes, at de fulde modeller viser, at der i gennemsnit oftere er sygeplejersker, professionsuddannede og personaleka-

tegorier i det hele taget i større plejecentre. Dette er forventeligt, da den større volumen gør det muligt at ansætte mere specialiseret arbejdskraft.

Tabel 5.2: Strukturelle kvalitetsindikatorer fra tilsynsrapporterne. Multivariate resultater (OLS).

Indikator	Beskrivelse	Selvejende	Øvrige private	Selvejende- øvrige private forskelle?	R-sq.	N
Sygeplejersker	Om der er sygeplejersker i de 4 vagttyper angivet i tilsynet (0=ingen af vagttyperne, 1=alle)	0,110* (0,0430)	0,0693 (0,0648)	Nej	0,408	898
Andre professionsuddannede	Om der er fysioterapeuter, ergoterapeuter og økonomer i de 4 vagttyper angivet i tilsynet (0=ingen af vagttyperne, 1=alle)	0,0362** (0,0115)	0,00899 (0,0189)	Nej	0,461	898
Social- og sundhedsuddannede	Om der er social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere i de 4 vagttyper angivet i tilsynet (0=ingen af vagttyperne, 1=alle)	0,0405** (0,0140)	0,0372* (0,0176)	Nej	0,221	898
Ufaglærte	Om der er ufaglærte i de 4 vagttyper angivet i tilsynet (0=ingen af vagttyperne, 1=alle)	0,0325 (0,0375)	0,159* (0,0711)	(*)	0,326	898
Personalekategorier i alt	Gennemsnit på tværs af alle personalekategorier i de 4 vagttyper (0=ingen til stede, 1=alle personalekategorier til stede i alle vagttyper)	0,0473*** (0,00958)	0,0533** (0,0200)	Nej	0,447	898

Note: Øvrige private er privat fripleje eller udliciteret. Ustandardiserede regressionskoefficienter vist. Klyngerobuste standardfejl på kommuneniveau i parenteser. (*)=0,1-niveau, *=0,05-niveau **=0,01-niveau ***=0,001-niveau. Der er kontrolleret for plejecenterets størrelse og inkluderet kommunale fixed effects samt års fixed effects.

5.2 Proceskvalitet

De centrale kvalitetsindikatorer i tilsynet er tilsynets vurderinger, som primært omhandler processuelle faktorer. Den centrale indikator er den samlede vurdering, hvor 1 udtrykker den højeste kvalitet i form af ingen bemærkninger, mens 5 udtrykker den dårligste karakter i form af konstatering af alvorlige fejl med risiko og patientsikkerheden og væsentlig kritik. Udover at undersøge variabelen i sin oprindelige form, anvender vi også en dikotom udgave af variabelen, hvor vi undersøger, hvor stor andel, der har fået alvorlig kritik – defineret som de to dårligste scores på skalaen, dvs. scoren 4 eller 5. Ud over den overordnede vurdering er der i tilsynet også foretaget vurderinger af cirka 40 individuelle kvalitetsindikatorer. Vi udregner på den baggrund en indikator, der angiver, hvor stor andel af vurderingerne, der afføder kritik:

Tabel 5.3: Processuelle kvalitetsindikatorer fra tilsynsrapporterne. Deskriptive resultater (gennemsnit).

Indikator	Beskrivelse	Kommunale	Selvejende	Øvrige private	Total
Samlet vurdering	Samlet vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1=ingen bemærkninger, 5=fejl med risiko for patientsikkerhed og væsentlig kritik.	2,32 (787)	2,39 (87)	2,52 (33)	2,34 (907)
Alvorlig kritik	Andelen der har fået scoren 4 og 5 i tilsynet.	0,05 (787)	0,08 (87)	0,15 (33)	0,06 (907)
Individuelle vurderinger	Gennemsnit af tilsynets vurdering på individuelle dimensioner (ekskl. tema-tilsynskategorier fra 2014). 0=ingen kritik. 1=kritik på alle punkter.	0,15 (784)	0,16 (87)	0,17 (33)	0,15 (904)

Note: Øvrige private er privat fripleje eller udliciteret. *Markerer at gruppen er forskellig statistisk fra "kommunalt". +markerer hvis "øvrige privat" er forskellig fra "selvejende". (*)/+0,1-niveau */+0,05-niveau **/+0,01-niveau ***/+++0,001-niveau. Signifikantstest foretaget i OLS-modeller med robuste standardfejl.

På tværs af alle plejecentre er den gennemsnitlige vurdering 2,34 på 1-5 skalaen, hvor 5 udtrykker den laveste kvalitet. Variablen "alvorlig kritik" viser tilsvarende, at relativt få plejecentre (6 procent) bliver udsat for en af de to mest alvorlige kritik kategorier, dvs. scoren 4 eller 5. Endelig kan vi se, at plejecentrene i gennemsnit får kritik på 15 procent af de individuelle indikatorer, som de bliver vurderet på.

Resultaterne viser en tendens til, at øvrige private plejecentre bliver udsat for mere kritik end kommunale plejecentre, om end forskellen ikke er signifikant ($p=0,22$). Tendensen drives primært af de udliciterede plejecentre, som får en gennemsnitlig vurdering på 2,9, hvilket trods det lave antal observationer er signifikant på 0,10-niveau. Det skal dog understreges, at de få observationer gør resultaterne sensitive overfor enkelte plejecentre. Tendensen genfindes, hvis vi ser på alvorlig kritik, hvor 15 procent af de øvrige private plejecentre opnår alvorlig kritik set i forhold til 5 procent blandt de kommunale og 7 procent blandt de selvejende plejecentre. Forskellen mellem kommunale og øvrige private plejecentre er igen insignifikant (dog signifikant hvis man anvender logistisk regression). Igen er tallet særligt drevet af udliciterede plejecentre, hvor 30 procent opnår alvorlig kritik (signifikant forskelligt fra offentlige plejecentre på 0,10-niveau), mens 9 procent af friplejehjemmene opnår det samme. Det skal dog understreges, at der kun er 10 udliciterede plejecentre i analysen, hvilket gør den statistiske usikkerhed forholdsvis stor.

Trods tendenserne til forskelle i den overordnede vurdering, er der ikke markante forskelle mellem plejecentrene, når man ser på kritik på tværs af individuelle indikatorer. Af de cirka 40 indikatorer i tilsynet får kommunale plejecentre i gennemsnit kritik på 15 procent. Selvejende og øvrige private plejecentre ligger tæt på med henholdsvis 16 procent og 17 procent - et tal der i øvrigt både er gældende for friplejehjem og udliciterede plejecentre.

Som tidligere ser vi, om resultaterne holder, når der kontrolleres for organisatoriske og kommunale karakteristika. Tabel 5.4 viser resultaterne.

Tabel 5.4: Processuelle kvalitetsindikatorer fra tilsynsrapporterne. Multivariate resultater (OLS).

Indikator	Beskrivelse	Selvejende	Øvrige private	Selvejende- de-øvrige private forskelle?	R-sq.	N
Samlet vurdering	Samlet vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1=ingen bemærkninger, 5=fejl med risiko for patientsikkerhed og væsentlig kritik.	0,0354 (0,0941)	0,295 (0,194)	Nej	901	0,247
Alvorlig kritik	Alvorlig kritik (scoren 4 og 5 i tilsynet).	0,0283 (0,0424)	0,132 (0,102)	Nej	901	0,162
Individuelle vurderinger	Gennemsnit af tilsynets vurdering på individuelle dimensioner (ekskl. tema-tilsynskategorier fra 2014)	-0,0219* (0,00922)	0,0367 (0,0249)	*	898	0,371

Note: Øvrige private er privat fripleje eller udliciteret. Ustandardiserede regressionskoefficienter vist. Klyngerobuste standardfejl på kommuneniveau i parenteser. (*)=0,1-niveau, *=0,05-niveau **=0,01-niveau ***=0,001-niveau. Der er kontrolleret for plejecenterets størrelse og inkluderet kommunale fixed effects samt års fixed effects.

Resultaterne fra de multivariate analyser følger i store træk de deskriptive resultater. Der er tendens til mere kritik til øvrige private plejecentre, men tendensen er ikke signifikant. Punkttestimatet svarer til ca. 1/3 trin på 1-5 skalaen. Havde man udskilt friplejehjem og udliciterede plejecentre, havde den hyppigere forekomst af kritik af udliciterede plejecentre været signifikant på 0,05-niveau. For alvorlig kritik er der ikke signifikant forskel ($p=0,20$), om end punkttestimatet for private plejecentre er forholdsvis højt – alvorlig

kritik sker 13 procentpoint hyppigere hos øvrige private end hos offentlige plejecentre. Forskellen er væsentlig større, når man udskiller øvrige private plejecentre, men dog stadig ikke statistisk signifikant.

Betragter vi de individuelle vurderinger, får selvejende institutioner en anelse mindre kritik end de offentlige plejecentre, når man tager højde for modellens variable. Forskellen er i substantielle termer moderat – 2 procentpoint færre kritikpunkter. Der er ingen signifikant forskel på offentlige og øvrige private plejecentre.

I tabel 5.4 har vi kun vist hovedkoefficienterne, mens yderligere koefficienter er angivet i tabel A3.5 i appendiks. Et interessant resultat herfra er værd at nævne: Store plejecentre synes konsistent at få mere kritik end små plejecentre. Dette gælder uanset, om vi ser på den samlede vurdering eller de individuelle vurderinger (resultatet er ikke signifikant for alvorlig kritik, men punktestimatet er betydeligt – 9 procentpoint hyppigere kritik pr. 100 beboere). Vi kan dog ikke ud fra modellen afgøre, om kritikken af store plejecentre skyldes stordriftsulemper for kvalitet, eller om det skyldes, at de bliver tilført færre midler eller mere resourcesvage borgere end andre plejecentre i kommunen. Man ikke kan udelukke, at de større plejecentre får tildelt borgere med større plejetyngde, selv når man tager højde for kommunale variationer i plejetyngde, som der er gjort her.

5.3 Opsummering af resultaterne fra tilsynsrapporterne

Hovedresultatet fra analysen af tilsynsrapporterne er, at der er en tendens til, at øvrige private plejecentre modtager mere kritik end offentlige plejecentre. Dette gælder uanset, om vi ser på den fulde palet af bedømmelser eller kun ser på alvorlig kritik. Det skal dog understreges, at forskellen kun er signifikant, når man udskiller udliciterede plejecentre som selvstændig kategori. Det er dog bemærkelsesværdigt, at forskellene ofte forekommer for udliciterede plejecentre, særlig når man tager i betragtning, at der kun er ganske få øvrige private plejecentre i alt. Omvendt betyder det naturligvis også, at resultaterne er drevet af relativt få observationer, og at der er betydelig usikkerhed om den eksakte effektstørrelse. Vi finder ikke tilsvarende forskelle, når vi aggregerer vurderinger på individuelle indikatorer. Dog finder vi i de multivariate analyser en svag tendens til, at selvejende plejecentre får en smule mindre kritik på individuelle indikatorer end kommunale plejecentre gør.

Hovedfokus i tilsynsrapporterne er som tidligere omtalt de processuelle indikatorer. Ser vi på de strukturelle indikatorer, der kan udledes på baggrund af tilsynsrapporterne, finder vi også en række forskelle. Selvejende institutioner har oftere end offentlige plejecentre de undersøgte professionstyper på vagt på nær ufaglærte, hvor der ingen forskel er. Øvrige private plejecentre har tilsvarende oftere end offentlige plejecentre de fleste professionstyper på vagt. Undtagelsen er her andre professionsuddannede. Øvrige private skiller sig ud i forhold til både offentlige og selvejende plejecentre ved oftere at bruge ufaglærte medarbejdere.

Resultaterne er interessante i forhold til konklusionerne fra kapitel 4, hvor vi fandt indikationer på, at de selvejende såvel som de øvrige private plejecentre leverer højere processuel kvalitet. I analysen af processuel kvalitet baseret på tilsynsrapporterne er der en lille tendens til, at selvejende klarer sig bedre end offentlige plejecentre, men denne forskel går ikke igen, når øvrige private plejecentre sammenlignes med offentlige plejecentre. Tilmed så vi, at når vi skiller udliciterede plejecentre ud fra kategorien øvrige private

plejecentre, så er der en tendens til hyppigere kritik sammenlignet med offentlige plejecentre. Der kan være mindst 3 forklaringer på forskellene.

En første mulig forklaring er systematiske misrapporteringer i spørgeskemaundersøgelsen. Selv om denne dataindsamlingsmetode er anvendt i den eksisterende litteratur, så er det en potentiel fejlkilde, at plejecentrene kan have en tendens til at fremstille sig selv i det bedst mulige lys, selv om spørgeskemaundersøgelsen er anonym. Dette kan føre til en systematisk overrapportering af kvalitet. Det er muligt, at denne tendens til misrapportering er forskellig på tværs af ejerskabsformer, fx hvis plejecentre med den ene ejerskabsform prioriterer en dimension højere end andre, eller hvis en ejerskabsform generelt opererer i et miljø med mere usikkerhed. Misrapporteringsproblemerne bør dog mindskes betragteligt af, at vi har fokuseret på indikatorer, hvor der er et forholdsvis entydigt svar, og svarene således ikke i særlig høj grad beror på en subjektiv vurdering.

En anden mulig forklaring er systematiske misrapporteringer i tilsynene. Dette må alt andet lige anses som mindre sandsynligt end den første forklaring, da der er tale om et uafhængigt tilsyn, der ikke umiddelbart har noget incitament til at favorisere nogle parter. Man kan dog naturligvis ikke udelukke, at man ubevidst foretager grundigere tilsyn i nogle plejecentre, fordi man har en forudgående antagelse om, at kvaliteten er højere eller lavere. Hvis dette er tilfælde i den ene eller anden retning, vil det naturligvis skævvride resultaterne.

Den sidste og nok mest oplagte forklaring er, at både spørgeskema og tilsynsrapporter måler processuel kvalitet, men at det er forskellige typer af processer, der fokuseres på, og at kvaliteten kan variere på tværs af disse. I spørgeskemaet fokuseres der i højere grad på inddragelse af beboere, evalueringer og forhold omkring madlavning. I tilsynsrapporterne fokuseres der mere på processuelle mål omkring medicinbehandling mv. med udgangspunkt i journalerne. Det er tænkeligt, at private plejecentre prioriterer (eller af andre årsager er gode til) førstnævnte typer af procesmål, mens det omvendte gør sig gældende for offentlige plejecentre. Hvorvidt det er tilfældet kan ikke afgøres på baggrund af de data, vi har til rådighed i rapporten, men vil være et centralt spørgsmål at undersøge i fremtidige analyser, fx med udgangspunkt i dybdegående casestudier.

6 Konklusioner

Formålet med undersøgelsen har været at bidrage til en beskrivelse af kvalitet på danske plejecentre, herunder at belyse, hvorvidt der er systematiske forskelle i kvaliteten på tværs af offentlige og private plejecentre. De undersøgte kvalitetsdimensioner har været henholdsvis strukturel kvalitet, processuel kvalitet og outcome-kvalitet. Undersøgelsen har været opbygget omkring to hovedtyper af data – en spørgeskemaundersøgelse rettet mod alle landets plejecentre med en svarrate på 42 procent samt et datasæt opbygget på baggrund af embedslægens tilsynsrapporter med næsten samtlige plejecentre i Danmark. I det følgende opsummeres og diskuteres undersøgelsens hovedresultater fra analysen af henholdsvis spørgeskemaundersøgelsen og tilsynsrapporterne. Afslutningsvis gives en samlet konklusion på undersøgelsen.

6.1 Generelle kvalitetsmæssige forhold

I rapportens kapitel 3 rapporteredes generelle karakteristika for plejecentrene i Danmark. Målet hermed var at opnå indsigt i de grundlæggende forhold, der kendetegner plejecentrene, og som kan have en konsekvens for den kvalitet, som plejecentrene kan tilbyde borgerne. Det fremgår bl.a.:

- At det gennemsnitlige plejecenter har en størrelse på 43 beboere.
- At der er nogen variation i plejecentrenes størrelse - de 25 procent mindste plejecentre har 26 beboere eller herunder, mens kun omkring 3 procent af plejecentrene har over 100 beboere.
- At 5,6 procent af beboerne er under 65 år. I lidt over 40 procent af centrene er der ingen beboere under 65 år.
- At antallet af beboere udgør lidt over 96 procent af den samlede kapacitet.
- At antallet af midlertidige pladser svarer til 4,6 procent, hvis det sættes i forhold til plejecentrenes samlede kapacitet.
- At over halvdelen (55 procent) af beboerne vurderes til at lide af en demenssygdom.
- At 5,3 procent af beboerne vurderes til at lide af Parkinson, mens knap 20 procent vurderes at lide af følger efter apopleksi.
- At knap 21 procent af beboerne vurderes til at have psykiske lidelser.
- At godt 3 procent af beboerne får palliativ pleje ifm. et terminalt forløb.

Undersøgelsen pegede også på en række interessante forhold om den samlede kvalitet i den danske plejehjemssektor. Spørgeskemaundersøgelsen fremhævede bl.a. forskellige forhold omkring den strukturelle kvalitet på danske plejecentre. Det ses bl.a.:

- At der i gennemsnit er lidt over 1 ansat per beboer.
- At langt de fleste ansatte er deltidsansatte.
- At langt de fleste ansatte har en social- og sundhedsuddannelse.
- At beboerne typisk har en fast kontaktperson blandt medarbejderne.
- At beboerne vurderes til at have gode muligheder for at blive inddraget i deres handleplaner.
- At langt de fleste plejecentre har individuelle rehabiliteringsforløb efter hjerteanfald, blodpropper mv.

På baggrund af analysen af tilsynsrapporterne ses det, at der er stor variation mellem plejecentrene i forhold til bemanning og vagttyper. Det ses blandt andet, at der er flere sygeplejersker, professionsuddannede og personalekategorier i større plejecentre, og der ses meget store variationer mellem, hvilke personalegrupper (fx sygeplejersker), der er til stede på plejecentrene udenfor dagtimerne (kl. 8-16). Det skal dog understreges, at tilsynsrapporterne kun måler tilstedeværelse af personalegrupper på forskellige vagttyper og ikke måler den faktiske normering.

6.2 Forskelle i kvalitet baseret på spørgeskemaundersøgelsen

Den samlede analyse af spørgeskemadata viser, at private plejecentre har en tendens til højere proceskvalitet og outcome-kvalitet, mens der er tendens til, at offentlige plejecentre leverer en højere strukturel kvalitet.

Offentlige plejecentre har i forhold til begge typer af private plejecentre bivariat signifikant færre medarbejdere, som er timelønnede. Dette er en væsentlig kvalitetsparameter, da borgerne i høj grad efterspørger kontinuitet blandt medarbejderne. I forhold til medarbejdernes uddannelsesmæssige kvalifikationer, medarbejderudskiftning og faciliteter for beboerne, så er der ikke mange signifikante forskelle mellem offentlige og private plejecentre. Statistisk kan vi dog kun tale om indikationer på en højere strukturel kvalitet blandt offentlige plejecentre og ikke en entydig og klar sammenhæng. De selvejende plejecentre har på 3 af de 19 indikatorer en højere kvalitet end de øvrige private plejecentre, så der er også svage indikationer på kvalitetsforskelle mellem de forskellige typer af private ejerskabsformer. De multivariate resultater er generelt i tråd med de bivariante, om end eksempelvis forskellen mellem offentlige og selvejende på timelønnede medarbejdere ikke længere er signifikant.

Det fremgår også af spørgeskemaundersøgelsen, at selvejende og navnlig øvrige private plejecentre har tendenser til en højere proceskvalitet. Selvejende plejecentre har eksempelvis bivariat hyppigere individuelle rehabiliteringsforløb end kommunale plejecentre, hvilket i undersøgelsen anses som en kvalitetsfaktor. Tilsvarende viser analysen også, at øvrige private plejecentre oftere gennemfører tilfredsfredsundersøgelser end både offentlige og selvejende plejecentre. Derudover ses det, at selvejende plejecentre og især øvrige private plejecentre hyppigere har madlavning på stedet end offentlige plejecentre. I forhold til proceskvalitet angiver begge hovedtyper af private plejecentre i højere grad end offentlige, at de sikrer, at madlavningen bliver udført på stedet. Det fremgår også, at der sjældent går mere end 11 timer mellem aftensmåltid og morgenmåltid i øvrige private plejecentre. Multivariat ses primært forskelle på madlavning og faste og i sidstnævnte tilfælde er kun for øvrige private.

Der er i spørgeskemaundersøgelsen også indikationer på, at private plejecentre (og særligt øvrige private) har en højere outcome-kvalitet. Analysen viser, at der er indikationer på, at private plejecentre har en lavere forekomst af ulykker og skader end offentlige plejecentre. Det er dog kun de øvrige private plejecentre, der adskiller sig signifikant fra offentlige plejecentre i de bivariante analyser, mens det i de multivariate analyser både er selvejende og øvrige private, der har færre ulykker og skader end offentlige plejecentre. Tilføjes af indikatorer for outcome-kvalitet i denne undersøgelse har nuanceret billedet af kvalitetsforskellene. I analysen indgår dog kun 3 indeks for outcome-kvalitet, så det er et forholdsvist spinkelt grundlag at konkludere ud fra. Der er endvidere betydelige uklarheder med fortolkning af særligt medicineringsindek-

set. Vi taler derfor om indikationer på højere kvalitet og ikke entydigt om en højere kvalitet. Der er behov for yderligere og bredere funderede analyser af outcome-kvalitet for at kunne konkludere mere entydigt på området.

Spørgeskemaundersøgelsen er udarbejdet med inspiration i den eksisterende internationale litteratur, og det er medvirkende til at sikre en høj validitet i undersøgelsen. Tre centrale forbehold skal dog understreges i forhold til undersøgelsens validitet. Det ene forbehold er, at besvarelsesprocenten er 42. Det kan generelt i denne type af studier ikke udelukkes, at der er systematiske forskelle i, hvem der har svaret – og det er et betydeligt metodisk forbehold i dette studie, hvor svarprocenten er under 50 procent. Et andet forbehold er, at svarene i en spørgeskemaundersøgelse er selvrapporterede. En potentiel fejlkilde er derfor, at respondenterne misrapporterer systematisk. Vi har dog ikke fundet indikationer på dette, men det kan principielt ikke udelukkes og må derfor fremhæves som et metodisk forbehold.

Endelig er et væsentlig forbehold, at der kan være uobserverede forskelle mellem plejecentrene. Vi har forsøgt at tage højde for dette så godt som muligt. Dels har vi grundigt beskrevet de tre hovedtyper af plejecentre og fundet, at der er begrænsede forskelle mellem dem i forhold til de baggrundsvariable, som vi observerer. Desuden har vi grundigere end eksisterende studier kontrolleret for beboersammensætning og forhold på kommuneniveau. Man kan dog kun kontrollere for de ting, der observeres, og det kan ikke udelukkes, at der er relevante uobserverede faktorer. Eksempelvis kan der være relevante gradforskelle inden for de diagnoser, vi kontrollerer for. Forbeholdet om uobserverede forskelle er særligt relevant i forhold til outcome-analyserne, eftersom beboer-outcomes er særligt sensitive overfor, hvilken type af beboere, som udgør grundlaget for analyserne.

6.3 Forskelle i kvalitet baseret på data fra tilsynsrapporter

Analysen af tilsynsrapporten udgør et vigtigt supplement til spørgeskemaundersøgelsen, da den baserer sig på data fra en uafhængig offentlig myndighed. Den er således ikke afhængig af selvrapportering fra plejecentrene, ligesom plejecentrene ikke behøver aktivt at deltage, hvilket giver et større antal observationer samt gør, at man kan være sikker på at have et repræsentativt sample.

I forhold til de strukturelle kvalitetsindikatorer kan der udledes nogle få konklusioner på baggrund af tilsynsrapporterne. Det ses således, at selvejende plejecentre oftere end øvrige plejecentre har professionsuddannet personale på vagt. Øvrige private plejecentre skiller sig ud i forhold til de både offentlige og selvejende plejecentre ved oftere at bruge ufaglærte medarbejdere. Begge grupper af private plejecentre har oftere sygeplejersker, social- og sundhedsuddannede og personalekategorier i alt på vagt end offentlige plejecentre. Det fremgår bl.a., at et gennemsnitligt selvejende plejecenter har sygeplejersker til stede ved ca. halvdelen af vagterne, mens det tilsvarende kun er tilfælde for cirka en tredjedel af vagterne hos offentlige plejecentre. De bivariate og multivariate konklusioner er stort set ens på ovennævnte indikatorer.

Det fremgår desuden af analysen af de processuelle kvalitetsindikatorer, at øvrige private plejecentre modtager mere kritik i tilsynsrapporterne end offentlige plejecentre. Dette gælder uanset, om vi ser på den fulde palet af bedømmelser eller kun ser på alvorlig kritik (score 4 eller 5). Forskellen er dog kun signifikant i forhold til udliciterede plejecentre som selvstændig kategori, og ikke i forhold til den samlede gruppe af private plejecentre (selvejende, friplejehjem og udliciterede plejecentre). Det skal dog bemærkes, at resul-

taterne fra analysen af tilsynsrapporterne er drevet af relativt få observationer, og at der er betydelig usikkerhed om den eksakte effektstørrelse.

Konklusionen på analysen baseret på Embedslægens tilsyn er dermed, at offentlige plejecentre får lidt mindre samlet kritik i tilsynsrapporterne, men at denne forskel kun er signifikant, når vi udskiller udliciterede plejecentre som selvstændig kategori fra kategorien af øvrige private plejecentre. Ligesom med analyserne baseret på spørgeskemaundersøgelsen er der kun tale om indikationer på kvalitetsforskelle på tværs af ejerskabsformer. Dette skyldes primært, at resultaterne fra de udliciterede plejecentre er baseret på relativt få observationer, hvilket skyldes, at der er relativt få udliciterede plejecentre i Danmark sammenlignet med antallet af offentlige plejecentre. Der er ingen signifikante forskelle i hyppigheden af kritik fra Embedslægen, når vi sammenligner de tre overordnede kategorier af henholdsvis offentlige, selvejende og øvrige private plejecentre.

6.4 Samlet konklusion

Analyserne er først gennemført som deskriptive analyser for at belyse de umiddelbare sammenhænge mellem ejerskabsform og kvalitetsindikatorer. Derudover er der konsekvent også gennemført en multivariat analyse for hver af de undersøgte kvalitetsdimensioner for at kontrollere for bagvedliggende forhold. Begge typer af analyser fremviste overordnet de samme resultater, og det styrker troværdighederne af den samlede analyse.

I forhold til *strukturel kvalitet* er der generelt ikke de store forskelle mellem offentlige på den ene side og de selvejende og øvrigt private plejecentre på den anden side. Der er dog indikationer på, at offentlige plejecentre har en lidt højere strukturel kvalitet end de private plejecentre. Både selvejende og de øvrigt private plejecentre – og særlig de øvrige private plejecentre – har eksempelvis en markant større andel medarbejdere, der er timelønnede end offentlige plejecentre – og har dermed som udgangspunkt dårligere vilkår for at sikre en høj kontinuitet blandt medarbejderne. De selvejende og øvrige private plejecentre adskiller sig særligt fra hinanden ved, at øvrige private har færre fuldtidsansatte medarbejdere både i forhold til beboere og medarbejderfordeling samt en større medarbejderomsætning. Disse forhold og andre forhold omkring den strukturelle kvalitet er navnlig belyst i spørgeskemaundersøgelsen, da der kun indgår få strukturelle kvalitetsindikatorer i tilsynsrapporterne.

I forhold til *proceskvalitet* er resultatet fra undersøgelsen af tilsynsrapporterne ikke konsistent med resultatet fra spørgeskemaundersøgelsen. Analysen af proceskvalitet på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen indikerer, at de private plejecentre i gennemsnit scorer bedre, mens analysen på baggrund af tilsynsrapporterne indikerer det modsatte, om end kun for udliciterede plejecentre. På baggrund af det relativt omfattende datamateriale, som er indsamlet og behandlet i denne rapport, kan det derfor ikke afgøres, hvorvidt offentlige, selvejende eller øvrige private plejecentre scorer bedst i forhold til procesmæssig kvalitet. Det afhænger af, om resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen eller tilsynsrapporterne lægges til grund, og hvor fint man inddeler kategorien af øvrige private plejecentre.

En oplagt forklaring på disse forskelle i konklusionerne mellem henholdsvis spørgeskemaundersøgelsen og tilsynsrapporterne er, at processuelle mål kan dække over forskellige forhold, og at man reelt ikke undersøger de samme forhold i spørgeskema og tilsynsrapporter. Spørgeskemaundersøgelsen fokuserer primært på

processuelle kvalitetsmål som madlavning og evaluering, mens tilsynsrapporterne tager udgangspunkt i mere formelle processuelle mål, som primært opgøres med udgangspunkt i beboernes journaler. Der ses således tegn på, at selvejende og øvrigt private plejecentre scorer højest i forhold til mere subjektive mål rettet mod brugernes oplevelse af kvalitet, mens offentlige plejecentre omvendt scorer højest i forhold til mere formelle procedurer. På denne baggrund konkluderer vi, at offentlige plejecentre sammenlignet med de selvejende plejecentre og de øvrige private plejecentre leverer forskellige former for processuel kvalitet.

Samtidig viser undersøgelsen, at der er indikationer på, at selvejende plejecentre og øvrige private plejecentre har en lidt højere *outcome-kvalitet* end offentlige plejecentre (lavere forekomst af ulykker og skader blandt beboerne). Outcome-kvalitet er dog meget vanskelig at måle og behæftet med en stor usikkerhed, da det bl.a. er vanskeligt fuldt ud at kontrollere for eventuelle forskelle i plejetyngden på tværs af plejecentrene. Undersøgelsens samlede indsigter og resultater sammenfattes i tabel 6.1 nedenfor.

Tabel 6.1: Sammenfatning af strukturel, proces og outcome kvalitet på offentlige og private plejecentre.

Datakilde	Strukturel kvalitet	Processuel kvalitet	Outcome kvalitet
Spørgeskemaundersøgelse	Tendens til at være højere i offentlige plejecentre	Tendens til at være højere i både selvejende plejecentre og øvrige private plejecentre	Tendens til at være højere i selvejende og øvrige private plejecentre (men kun på én indikator og behæftet med betydelig usikkerhed)
Embedslægens tilsynsrapporter	Blandede resultater for offentlige, selvejende og øvrige private plejecentre	Tendens til at være højere i offentlige plejecentre (men kun når man udskiller udliciterede plejecentre, ingen forskel ift. selvejende plejecentre og øvrige private plejecentre)	Ikke belyst i tilsynsrapporterne

6.5 Afrunding og perspektivering

Ældreplejen er i Danmark ligesom i andre nordiske lande som udgangspunkt offentligt funderet. Også plejeboligområdet har traditionelt været domineret af offentlige institutioner. Historisk har et mindre antal selvejende institutioner tilbudt et alternativ til offentlige plejeboliger, men de afviger i finansiering og regulering ikke meget fra de offentlige institutioner. Ønsket om øget konkurrenceudsættelse og vedtagelsen af Fripnejeboligloven i 2007 har dog betydet, at en række private, for-profit institutioner er kommet til i de senere år, og uden krav om at underlægge sig samme kommunale regulering og anvisningspligt, som det er tilfældet for de selvejende og offentlige plejecentre.

Omfangsmæssigt udgør de private plejecentre stadig et mindretal af de samlede plejehjemspladser, men der er over tid kommet flere til. Fx er antallet af pladser i Fripnejeboliger nu omkring 2.400 boliger mod 242 pladser i friplejeboliger i 2009. Heraf er en del pladser udbudt af selvejende organisationer, hvilket betyder, at der i praksis er et vist overlap mellem kategorierne selvejende plejehjem og friplejehjem. Udviklingen gør det relevant at undersøge, om der er systematiske forskelle i kvaliteten på offentlige, selvejende og private for-profit plejecentre.

Vi har i denne rapport valgt at operationalisere kvalitetsbegrebet på baggrund af Donabedian's struktur-proces-outcome paradigme. Tilsvarende tilgange anvendes i en stor del af den internationale litteratur,

som er blevet gennemgået i rapporten. Litteraturen peger dog på, at de standardiserede kvalitetsindikatorer kommer lidt til kort overfor de store individuelle forskelle i behov og præferencer mellem borgerne, hvilket gør kvalitet på plejecentre meget kontekst- og individafhængigt. En klassisk og relativ tilgængelig kvalitetsindikator som bruger/medarbejder forholdet kan fx ikke stå alene. Det ses i litteraturen, at der er en tentativ sammenhæng mellem antallet af uddannede medarbejdere og kvalitet i plejen, men også at andre og lige så vigtige forhold kan påvirke kvaliteten, såsom sygefravær, personaleudskiftning, uddannelse og erfaring samt ledelse af arbejdet.

Tilsvarende pegede gennemgangen af den danske litteratur på, at de processuelle kvalitetsindikatorer såsom kontinuitet i medarbejderstaben, men også mere relationelle faktorer, bliver vægtet højt af både beboere og personale. Vores undersøgelse har haft mulighed for at inddrage processuelle faktorer såsom inddragelse af beboeren i udarbejdelsen af personlig handleplan, mens undersøgelsen har været begrænset i forhold til et mere udvidet borgerperspektiv på kvaliteten. En mere komplet gennemgang af forskelle mellem kvaliteten for offentlige og private leverandører af plejecentre kunne således i højere grad inddrage brugernes perspektiv. Her bør dog rejses et metodisk forbehold, da sådanne undersøgelser bør tage højde for, at selv de svageste borgere skal kunne blive repræsenteret, som det fx sker i ASCOT-undersøgelserne af omsorgsbaseret livskvalitet, men også at det tillige kan være relevant at få en vurdering af kvalitet fra et fagligt medarbejderperspektiv.

Overordnet set peger vores analyse af kvalitet på offentlige, selvejende og øvrige private plejecentre på, at der er tendenser til mindre forskelle, men gennemgående er der langt flere ligheder end forskelle. Analysen har delvist bekræftet resultaterne fra den svenske undersøgelse af Stolt, Blomqvist og Wiinblad (2011), som konkluderede, at offentlige på den ene side og private non-profit og for-profit plejecentre på den anden side har forskellige måder at arbejde med kvalitet på. Offentlige plejecentre scorer i vores undersøgelse generelt bedst på strukturel kvalitet (fx medarbejdernes ansættelsesforhold og medarbejdersammensætning), mens selvejende og øvrige private plejecentre generelt scorer bedre processuel kvalitet (fx brugerinddragelse og brugeroplevet kvalitet).

Fraværet af flere signifikante forskelle mellem offentlige og private plejecentre kan meget vel hænge sammen med, at kun få plejecentre er private for-profit plejecentre (ca. 6 procent af plejecentrene i vores spørgeskemaundersøgelse), og det er vanskeligt metodisk at påvise signifikante forskelle med så begrænset et datagrundlag. Den manglende forskel kan også hænge sammen med, at der på trods af forskelle i offentlige og private ejerskabsformer er en betydelig offentlig finansiering og regulering af området, som er med til at udligne forskelle i kvalitet mellem offentlige, selvejende og øvrige private plejecentre. Selvejende plejecentre er eksempelvis grundlæggende private, men de har i kraft af deres finansiering, regulering og non-profit orientering et markant offentligt præg.

Vi har i analysen behandlet strukturel kvalitet, proceskvalitet og outcome-kvalitet selvstændigt og uafhængigt af hinanden. I litteraturen på området er det blevet påvist, at strukturel kvalitet og proceskvalitet kan skabe betingelser for outcome-kvalitet. Formodningen er, at der skal være strukturelle betingelser til stede, og der skal implementeres gode processer, før man kan levere gode outcomes for beboerne på plejecentrene. Denne sammenhæng mellem kvalitetsdimensionerne har vi ikke mulighed for at efterprøve i vores analyse af kvalitetsforhold i danske plejecentre. Det ville kræve mere valide mål for outcome-kvalitet, før en sådan analyse vil kunne blive gennemført. Fremtidig forskning på området kunne med fordel kombinere valide mål for outcome-kvalitet (fx registerbaserede data på individniveau) med de to andre kvalitets-

dimensioner (strukturel kvalitet og proces kvalitet) for at få et samlet billede af kvalitet på plejecentre, og et billede af hvordan forskellige kvalitetsforhold kan være betinget af hinanden.

Referencer

- Bertelsen, T.M. & Rostgaard, T. (2013). 'Marketisation in eldercare in Denmark: Free choice and the quest for quality and efficiency', i G. Meagher & M. Szebehely (eds.) *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Stockholm Studies in Social Work; No. 30.
- Bunnage, D., Gregersen, O., Hansen, E.B., Meilbak, N. & Platz, M. (2001). *Kvalitet i ældreplejen*. 01:3. København: SFI.
- By- og Boligudvalget (2014) Betænkning over Forslag til folketingsbeslutning om at ophæve lov om friplejeboliger, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=163719>.
- Chou, S. Y. (2002). Asymmetric information, ownership and quality of care: an empirical analysis of nursing homes. *Journal of Health Economics*, 21(2), 293-311.
- Christophersen, J. (1999). *Livskvalitet hos de svageste ældre – en undersøgelse af de tre plejehjem*. Ældresagen.
- Donabedian, A. (1983). Quality assessment and monitoring. Retrospect and Prospect. *Evaluation and the Health Professions*, 6(3), 363-375.
- Donabedian, A. (1988). Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*, 25 (1), 173-192.
- Donabedian, A. (2003). An introduction to quality assurance in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 15 (4): 357-358.
- Gjerstrup, K.D. (2009). Selvevaluering af kvalitet på plejehjem. *Sygeplejersken*, (11): 44-49.
- Grabowski, D. C., & Hirth, R. A. (2003). Competitive spillovers across non-profit and for-profit nursing homes. *Journal of health economics*, 22(1), 1-22.
- Harrington, C. (2005). Quality of care in nursing home organizations: Establishing a health services research agenda. *Nursing Outlook*, 53(6), 300-304.
- Hirth, R. A. (1999). Consumer information and competition between nonprofit and for-profit nursing homes. *Journal of Health Economics*, 18(2), 219-240.
- Jensen, M.L. (2004). *At skynde sig langsomt. Hjemmehjælpere mellem kvalitet og travlhed. Svage ældre i eget hjem*. Delrapport 2. Ældre Sagen.
- Karp, J. A. & D. Brockington (2005): "Social Desirability and Response Validity: A Comparative Analysis of Overreporting Voter Turnout in Five Countries", *Journal of Politics*, 67(3): 825-40.
- Mor, V., Angelelli, J., Gifford, D., Morris, J., & Moore, T. (2003). Benchmarking and quality in residential and nursing homes: lessons from the US. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 258-266.

Nakrem, S., Vinsnes, A. G., Harkless, G. E., Paulsen, B., & Seim, A. (2009). Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: international review of literature, policy and practice. *International journal of nursing studies*, 46(6), 848-857.

NBHW (2008): *Öppna jämförelser 2008. Vård och omsorg om äldre*. Stockholm: National Board of Health and Welfare.

Petersen, O. H., Hjelmars, U., Vrangbæk, K. & la Cour, L. (2011). *Effekter ved udlicitering af offentlige opgaver. En forskningsbaseret gennemgang af danske og internationale undersøgelser fra 2000-2011*. København: AKF.

Petersen, O.H. og Hjelmars, U. (2012): "*Effekter af konkurrence om offentlige opgaver på ældre og daginstitutionsområdet*", i *Analyse af offentlig-privat samarbejde i Danmark og Sverige*. Valby: Udbudsrådet.

Petersen, O. H., & Hjelmars, U. (2013). Marketization of welfare services in Scandinavia: A review of Swedish and Danish experiences. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 17(4), 3-20.

Petersen, O.H., Hjelmars, U., Vrangbæk, K. & Larsen, P.T. (2014). *Effekter ved udlicitering af offentlige opgaver. En forskningsoversigt over danske og internationale studier fra 2011-2014*. Del 1 af Forskningsprojektet 'Dokumentation af effekter ved konkurrenceudsættelse af offentlige opgaver'. Roskilde: Roskilde Universitet.

Progress – European Centre (2010): *Measuring Progress: Indicators for care homes*. The European programme for employment and social solidarity 2007-2013.

Rambøll (2009) *Effektanalyse af konkurrenceudsættelse af pleje- og omsorgsopgaver i kommuner*. København: Udbudsrådet.

Rambøll (2009) *Evaluering af lov om Friplejeboliger*, udarbejdet for Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter. København: Rambøll.

Rostgaard, T. (2007). *Begreber om kvalitet i ældreplejen. Temaer, roller og relationer*. SFI 07:13. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Rostgaard, T. og Thorgaard, C. (2007). *God kvalitet i ældreplejen. Sådan vægter de ældre, plejepersonale og visitatorer*. SFI 07:27. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Rostgaard, T. Brünner, R. og Fridberg, T. (2012) *Omsorg og livskvalitet i plejeboligen*. SFI rapport 12:03. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Socialministeriet/Epinion (2015). *Brugerundersøgelse om hjemmehjælp i eget hjem og plejebolig/plejehjem*. København: Social - og Ældreministeriet.

Socialstyrelsen (2014): *Beskrivning av indikatorerna i Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre 2014*.

Spilsbury, K., Hewitt, C., Stirk, L., & Bowman, C. (2011). The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 48(6), 732-750.

Stolt, R., Blomqvist, P. & Winblad, U. (2011): Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine*, 72(4): 560-567.

Sundhedsstyrelsen (2016) *Certificerede friplejeboligleverandører pr. 1. februar 2016*. København: Sundhedsstyrelsen.

Thøgersen, M. (2013): *Selvejende institutioner i Danmark*. Arbejdsnotat netværk for forskning i Civilsamfund og Frivillighed.

Ældrekommissionen (2012): *Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem*. Social- og Integrationsministeriet.

Ældresagen (2004): *Ældrepakken – fra et brugerperspektiv*. Rapport for Ældresagen.

<http://www.aeldresagen.dk/informationpage.asp?id=12A-7B28B-5008-4588-8683-A7F9462B60C9>.

Appendiks 1: Spørgeskema til plejecentrene

Hvor mange beboere er der på plejecenteret pr. dags dato?

Hvor mange af plejecentrets beboere er under 65 år?

Hvor mange pladser er der på plejecenteret (højeste kapacitet)?

Hvor mange ud af plejecentrets pladser er midlertidige (rehabiliterings- og aflastningspladser m.m.)?

Efter din bedste vurdering, hvor mange af plejecentrets beboere:

(Samme beboer kan indgå flere gange)

Har brug for hjælp ved forflytning (eller er sengeliggende)?

Lider af demenssygdom?

Lider af Parkinson?

Lider af følger efter apopleksi (eller andre neurologiske lidelser)?

Lider af inkontinens?

Modtager sondemad?

Har behov for anden hjælp ved indtagelse af deres mad?

Får palliativ pleje (terminalt forløb)?

Har psykiske lidelser?

Har tidligere misbrugsproblemer?

I det følgende vil vi stille dig nogle spørgsmål om plejecenterets personale

Hvor mange ansatte er der samlet set på plejecenteret (inkl. plejepersonale, ledelse, teknisk personale og vikarer)?

Hvor mange ansatte/frivillige er der på plejecentret?

Fastansatte på fuldtid (37 timer)

Fastansatte på deltid (under 37 timer)

Timelønnede vikarer eller midlertidigt ansatte

Frivillige

Medarbejdere på særlige vilkår

Elever, studerende

**Hvor meget sygefravær har plejecentrets ansatte efter din bedste vurdering i gennemsnit årligt?
(Angives i %)**

Hvor mange ansatte er på vagt i timerne mellem (tag udgangspunkt i den seneste uge):

Kl. 15 - 20? _____

Kl. 20 - 23? _____

Kl. 23 - 07? _____

Hvor mange er blevet ansat på plejecentret inden for de seneste 12 måneder?

Hvor mange ansatte på plejecentret har personaleledelsesansvar?

Du bedes inddele plejecentrets ansatte (inkl. ledelse, vikarer m.fl.) på følgende uddannelseskategorier:

Sundheds- og socialfagligt personale med længere uddannelse (sygeplejerske, ergoterapeut, fysioterapeut, pædagog mv.)

Sundheds- og socialfagligt personale med kortere uddannelse (sосу-assistenten, medhjælper mv)

Personale uden relevant sundheds- og socialfaglig uddannelse

Teknisk administrativt personale (kontoransatte, rengøringspersonale, køkkenmedarbejdere mv.)

Hvor stort er det årlige budget til videreuddannelse og opkvalificering?.

I det følgende stilles spørgsmål angående plejecentrets organisering og finansiering

Hvor stor er den årlige kommunale driftsbevilling pr. beboer (i gennemsnit, 2015, samtlige udgifter inkl. løn til administration m.m.)? Hvis dette ikke kan besvares, så kan du fortsætte til næste spørgsmål.

Hvor meget betaler den enkelte beboer månedligt i husleje for at bo på plejecentret (dækker ikke el, varme, mad, vask mv.)?

Hvilken driftsform karakteriserer bedst plejecenteret?

- (2) Kommunalt plejehjem
- (3) Selvejende institution
- (4) Privat friplejehjem
- (5) Privat plejehjem efter udlicitering/konkurrenceudsættelse

Vi vil nu stille dig en række spørgsmål om plejecenterets fysiske faciliteter

Hvor mange af plejecenterets beboere har:

Adgang til privat bad?

Adgang til private madlavningsfaciliteter (mere end et te-køkken)?

Du bedes fordele plejecentrets boliger på følgende boligformer:

1-rumsboliger

2-rumsboliger (eller større)

Hvor mange af ovenstående benyttes i øjeblikket til samboende ægtepar eller nære familie-medlemmer?

Hvor mange af ovenstående benyttes i øjeblikket til øvrige samboende?

Har beboerne på plejecentret:

	Nej, ingen beboere	Ja, nogle beboere	Ja, alle beboere
Adgang til generelle grønne områder (fælles have eller terrasse)?	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>
Adgang til særlige grønne udenørsarealer såsom sansehaver, drivhuse og køkkenhaver?	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>
Adgang egen terrasse eller altan?	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>

Vi vil nu stille en række spørgsmål om plejecenterets tilbud

Giver plejecentret i dag mulighed for jævnligt at:

	Ja	Nej	Nej, men overvejes
Deltage i beboerråd?	(1) <input type="checkbox"/>	(0) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>
Deltage i pårørendemøder?	(1) <input type="checkbox"/>	(0) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>
Deltage i dialogmøder med frivillige?	(1) <input type="checkbox"/>	(0) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>

Hvor mange af de beboere har en individuel handleplan for pleje?

Inddrages beboerne i udarbejdelsen af deres...

	Altid	Ofte	Sjældent	Aldrig	Ved ikke/Kan ikke svare
Handleplaner for pleje?	(2) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Madplan?	(2) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>

Hvor ofte gennemgås beboernes individuelle handleplaner for pleje på en systematisk måde?

- (2) Månedligt
- (3) Mindst en gang halvårligt
- (4) Mindst en gang årligt
- (5) Sjældnere

Har plejecenterets beboere en fast kontaktperson blandt personalet?

- (1) Nej
- (2) Ja

Hvor ofte...

	7 gange om ugen eller oftere	3-6 gange om ugen	1-2 gange om ugen	Mindst 1 gang om måneden	Sjældnere end 1 gang om måneden eller aldrig
Har beboerne adgang til generelle gruppeaktiviteter (fx bingo)?	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Har beboerne adgang til me-	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

				Sjældnere end
	7 gange om	3-6 gange om	1-2 gange om	Mindst 1 gang
	ugen eller oftere	ugen	ugen	om måneden
				1 gang om måneden eller aldrig

ningsfulde og tilpassede gruppeaktiviteter ledet af plejepersonale eller andet professionelt personale?

Får beboerne tilbud om individuelle aktiviteter (ledsagede gåture eller andet)?

(2) (3) (4) (5) (6)

Har beboerne adgang til styrke og balancetræning ledet af plejepersonale eller andet professionelt personale?

(2) (3) (4) (5) (6)

I hvilken grad planlægges og udarbejdes plejecentrets aktiviteter på baggrund af de individuelle handleplaner for pleje?

- (1) Slet ikke
- (2) I mindre grad
- (3) I nogen grad
- (4) I høj grad
- (6) Ved ikke/Kan ikke svare

Hvordan tilberedes den varme mad på plejecentret?

	Hver dag	Nogle dage	Tilberedes ikke
I eget køkken (f.eks. produktionskøkken)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
I anretterkøkken	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>

Går der normalt mere end 11 timer fra det sidste aftensmåltid til morgenmåltidet?

- (3) Altid
- (2) Ofte
- (1) I mindre grad
- (0) Aldrig
- (6) Ved ikke/Kan ikke svare

Er der som hovedregel et fast tidspunkt for:

	Nej	Ja
Hvornår beboerne går i seng om aftenen?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>
Hvornår beboerne står op om morgenen?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>

I det følgende vil vi stille dig en række spørgsmål om beboernes generelle sundhedstilstand

Har plejecentret faste procedurer og retningslinjer til forebyggelse af:

	Nej	Ja
Faldulykker?	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>
Tryksår?	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>
Aggressiv/og eller selvskadende adfærd?	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>

Hvor mange af plejecentrets beboere har oplevet én eller flere af følgende inden for den seneste måned:

Faldulykker?

Tryksår?

Fraktur på ben eller lårben?

Agressiv og/eller selvskadende adfærd?

Hvor stor en del af plejecentrets beboere:

	Størstedelen	Mere end halvdelen	Ca. halvdelen	Mindre end halvdelen	De færreste	Ved ikke/Kan ikke svare
Smertedækkes dagligt med 2 eller flere lægemidler samtidig?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Gives 3 eller flere psykofarmaka samtidig?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Gives antipsykotisk medicin?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

	Størstedelen	Mere end halvdelen	Ca. halvdelen	Mindre end halvdelen	De færreste	Ved ikke/Kan ikke svare
Gives antidepressiv medicin?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Hvor mange rapporteringer af følgende har plejecentret foretaget inden for de seneste 30 dage?

Fejlmedicinering

Magtanvendelse

På dit plejecenter tilbydes...

	Nej	Ja
Den ældre og dennes pårørende en samtale i den ældres hjem inden indflytning?	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>
Informerende samtaler med stillingtagen til livsforlængende behandling?	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>
Samtaler med pårørende til afdøde beboere?	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>
Beboerne et individuelt rehabiliteringsforløb efter fx hjerteanfald, blodpropper eller hjerneblødninger?	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>

Hvor stor en del af plejecentrets beboere:

	Størstedelen	Mere end halvdelen	Ca. halvdelen	Mindre end halvdelen	De færreste	Ved ikke/Kan ikke svare
Er underernærede?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Er overvægtige?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Udviser symptomer på dehydrering?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Hvor ofte udføres følgende:

	Oftere end årligt	Årligt	Sjældnere end årligt	Udføres ikke
Tilfredshedsundersøgelser blandt beboerne (udover ved tilsyn)?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Tilfredshedsundersøgelser blandt pårørende (udover ved tilsyn)?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Systematisk egenkontrol af kvali- teten?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>

Appendiks 2: Deskriptiv statistik for variablene i spørgeskemaet

Nedenfor angiver vi gennemsnit på tværs af de tre hovedgrupper for de spørgsmål, der indgik i spørgeskemaundersøgelsen. Der er tale enten om rå gennemsnit (efter rensning af data), eller hvor det er relevant gennemsnit divideret med antal beboere eller antal medarbejdere. Nogle ganske spørgsmål er ikke afrapporteret, eftersom der de medførte manglende og inkonsistente svar, og at det derfor ikke er muligt at lave meningsfulde gennemsnit. Vi viser udelukkende svar for enkeltvariable – indeks kan findes i hovedteksten med en forklaring af, hvilke variable de består af. Vi angiver i tabellen signifikante forskelle (se tegnforklaringen nedenfor). Forskellene tager udgangspunkt i signifikanstestene for bivariate OLS regressioner med robuste standardfejl, hvor grupperne er inkluderet som dummyvariable (for simpelhedens skyld er anvendt OLS uanset variabelens skalaniveau).

Tegnforklaring:

*Markerer at gruppen er forskellig statistisk fra "kommunalt"

+markerer hvis "øvrige private" er forskellig fra "selvejende"

(*)/+0,1-niveau */+=0,05-niveau **/++=0,01-niveau ***/+++0,001-niveau

Indikator	Spørgsmål	Inspirationsstudie	Resultat i alt	Resultat Kommunal	Resultat Selvejende	Resultat Privat/Friplejehjem
Baggrundsvariabel	Antal beboere Hvor mange beboere er der på plejecenteret pr. dags dato? (antal beboere i gennemsnit)	Stolt, R., Blomquist, P. & Winblad, U. (2011)	42,6 (379)	41,8 (321)	48,7(*) (35)	44,3 (23)
Baggrundsvariabel	Alderssammensætning Hvor mange af plejecentrets beboere er under 65 år? (procent af antal beboere i alt)	Sveriges Socialstyrelse (2014)	5,6 % (379)	5,4 % (321)	7,3 % (35)	6,8 % (23)
Baggrundsvariabel	Kapacitet Hvor mange pladser er der på plejecenteret (højeste kapacitet)? (Antal beboere pr dags dato i procent af kapacitet – lav tal= lille kapacitetsudnyttelse)	Stolt, R., Blomquist, P. & Winblad, U. (2011)	96,4 % (375)	96,0 % (319)	99,3 %*** (33)	98,7 % * (23)
Baggrundsvariabel	Midlertidige pladser Hvor mange ud af plejecentrets pladser er midlertidige (rehabiliterings- og aflastningspladser m.m.)? (procent af antallet af pladser/kapacitet)	Inspireret af deltagere i pilottesten.	4,6% (376)	5,3% (320)	1,0 % *** (33)	0,3 % *** (23)
Baggrundsvariabel	Beboersammensætning Efter din bedste vurdering, hvor mange af plejecentrets beboere (procent af antal beboere i alt):	Stolt, R., Blomquist, P. & Winblad, U. (2011)				
	Har brug for hjælp ved forflytning (eller er sengeliggende)? (procent af antal beboere i alt)		55,6 % (377)	55,2 % (319)	59,5 % (35)	55,4 % (23)
	Lider af demenssygdom? (procent af antal beboere i alt)		55,0 % (376)	54,5 % (318)	61,6 %(*) (35)	52,1 % (23)
	Lider af Parkinson? (procent af antal beboere i alt)		5,3 % (376)	5,1 % (318)	6,2 % (35)	6,1 % (23)
	Lider af følger efter apopleksi (eller andre neurologiske lidelser)? (procent af antal beboere i alt)		19,4 % (376)	18,7 % (318)	22,6 % (35)	24,2 % (23)
	Lider af inkontinens? (procent af antal beboere i alt)		67,3 % (375)	67,1 % (317)	70,9 % (35)	64,1 % (23)
	Modtager sondemad? (procent af antal beboere i alt)		2,6 % (376)	2,6 % (318)	2,5 % (35)	2,4 % (23)
	Har behov for anden		26,6 %	26,2 %	30,9 %	25,9 %

	<i>hjælp ved indtagelse af deres mad? (procent af antal beboere i alt)</i>		(376)	(318)	(35)	(23)
	<i>Får palliativ pleje (terminalt forløb)? (procent af antal beboere i alt)</i>		3,2 % (376)	3,3 % (318)	2,9 % (35)	1,9 % (*) (23)
	<i>Har psykiske lidelser? (procent af antal beboere i alt)</i>		20,9 % (375)	20,9 % (317)	21,4 % (35)	20,2 % (23)
	<i>Har tidligere misbrugsproblemer? (procent af antal beboere i alt)</i>		9,6 % (376)	9,6 % (318)	10,4 % (35)	7,4 % (23)
Indikator	Spørgsmål	Inspirationsstudie	Resultat i alt	Resultat Kommunal	Resultat Selvejende	Resultat Privat/Friplejehjem
Strukturel	Antal ansatte <i>Hvor mange ansatte er der samlet set på plejecenteret (inkl. plejepersonale, ledelse, teknisk personale og vikarer)? (antal medarbejdere divideret med antal beboere)</i>	Stolt, R., Blomquist, P. & Winblad, U. (2011)	1,34 (377)	1,35 (321)	1,32 (34)	1,29 (22)
Strukturel	Fastansatte i forhold til antal beboere <i>Fastansatte på fuldtid (37 timer) (antal fastansatte medarbejdere divideret med antal beboere)</i>	Stolt, R., Blomquist, P. & Winblad, U. (2011)	0,16 (379)	0,15 (321)	0,27* (35)	0,11 ++ (23)
Strukturel	Deltidsansatte i forhold til antal beboere <i>Fastansatte på deltid (under 37 timer) (antal deltidsansatte divideret med antal beboere)</i>	Stolt, R., Blomquist, P. & Winblad, U. (2011)	0,94 (379)	0,95 (321)	0,85 (35)	0,91 (23)
Strukturel	Timelønnede i forhold til antal beboere <i>Timelønnede vikarer eller midlertidigt ansatte (antal timelønnede divideret med antal beboere)</i>	Stolt, R., Blomquist, P. & Winblad, U. (2011)	0,22 (379)	0,21 (321)	0,26(*) (35)	0,31* (23)
	Frivillige i forhold til antal beboere <i>Frivillige (antal frivillige divideret med antal beboere)</i>	Eget studie	0,35 (379)	0,33 (321)	0,46 (35)	0,41 (23)
Strukturel	Fastansatte i forhold til antal ansatte <i>Fastansatte på fuldtid (37 timer) (antal fastansatte medarbejdere divideret med antal medarbejdere*100)</i>	Stolt, R., Blomquist, P. & Winblad, U. (2011)	12,02 (376)	11,20 (320)	21,21** (34)	9,69 ++ (22)
Strukturel	Deltidsansatte i forhold til antal ansatte <i>Fastansatte på deltid (under 37 timer) (antal deltidsansatte divideret med antal medarbejdere*100)</i>	Stolt, R., Blomquist, P. & Winblad, U. (2011)	71,50 (376)	71,69 (320)	67,56 (34)	74,74 (22)
Strukturel	Timelønnede i forhold til antal ansatte <i>Timelønnede vikarer eller</i>	Stolt, R., Blomquist, P. & Winblad, U. (2011)	15,95 (376)	14,81 (320)	20,34** (34)	25,67** (22)

	<i>midlertidigt ansatte (antal timelønnede divideret med antal medarbejdere*100)</i>					
Strukturel	Frivillige i forhold til antal ansatte <i>Frivillige (antal frivillige divideret med antal medarbejdere*100)</i>	Inspireret af deltagere i pilottesten	27,63 (376)	26,09 (320)	39,50 (34)	31,67 (22)
Strukturel	Medarbejdere på særlige vilkår <i>Medarbejdere på særlige vilkår (antal medarbejdere på særlige vilkår divideret med antal medarbejdere*100)</i>	Inspireret af deltagere i pilottesten	6,16 (376)	6,34 (320)	5,54 (34)	4,46(*) (22)
Strukturel	Elever og studerende <i>Elever, studerende (antal elever og studerende divideret med antal medarbejdere*100)</i>	Inspireret af deltagere i pilottesten	6,78 (376)	7,06 (320)	6,00 (34)	3,90*** + (22)
	Ansatte på vagt <i>Hvor mange ansatte er på vagt i timerne mellem (tag udgangspunkt i den seneste uge):</i>	Inspireret af deltagere i pilottesten				
Strukturel	<i>- Kl. 15 - 20? (antal medarbejdere på vagt divideret med antal beboere)</i>		0,16 (379)	0,16 (321)	0,14* (35)	0,15 (23)
Strukturel	<i>- Kl. 20 - 23? (antal medarbejdere på vagt divideret med antal beboere)</i>		0,14 (379)	0,15 (321)	0,13 (35)	0,12* (23)
Strukturel	<i>- Kl. 23 - 07? (antal medarbejdere på vagt divideret med antal beboere)</i>		0,05 (378)	0,05 (320)	0,05* (35)	0,05 (23)
Strukturel	Personaleomsætning <i>Hvor mange er blevet ansat på plejecentret inden for de seneste 12 måneder? (procent af antal nyansatte medarbejdere divideret med antal medarbejdere*100)</i>	Stolt, R., Blomquist, P. & Winblad, U. (2011)	11,20 (376)	11,23 (320)	9,69 (34)	13,23(+) (22)
Strukturel	Sygefravær <i>Hvor meget sygefravær har plejecentrets ansatte efter din bedste vurdering i gennemsnit årligt? (i %)</i>	Eget studie	5,64 (326)	5,82 (278)	4,76* (26)	4,49** (22)
Strukturel	Personaleansvar <i>Hvor mange ansatte på plejecentret har personaleledelsesansvar? (procent af medarbejdere med personaleansvar divideret med antal medarbejdere*100)</i>	Stolt, R., Blomquist, P. & Winblad, U. (2011)	3,65 (376)	3,27 (320)	5,92*** (34)	5,73*** (22)
Strukturel	Medarbejderkategorier <i>Du bedes inddele plejecentrets ansatte (inkl. ledelse, vikarer m.fl.) på følgende uddannelseskategorier:</i>	Stolt, R., Blomquist, P. & Winblad, U. (2011)				
	<i>Sundheds- og socialfagligt personale med længere uddannelse</i>		6,53 (376)	6,25 (320)	7,61* (34)	8,85 (22)

	(sygeplejerske, ergoterapeut, fysioterapeut, pædagog mv.) (antal medarbejdere divideret med antal medarbejdere*100)					
	Sundheds- og socialfagligt personale med <u>kortere uddannelse</u> (sosu-assisterter, medhjælpere mv) (antal medarbejdere divideret med antal medarbejdere*100)		74,76 (376)	76,37 (320)	63,70*** (34)	68,40** (22)
	Personale uden relevant sundheds- og socialfaglig uddannelse (antal medarbejdere divideret med antal medarbejdere*100)		7,53 (376)	7,18 (320)	10,83* (34)	7,58 (22)
	Teknisk administrativt personale (kontoransatte, rengøringspersonale, køkkenmedarbejdere mv.) (antal medarbejdere divideret med antal medarbejdere*100)		8,48 (376)	7,61 (320)	13,16*** (34)	13,94** (22)
Strukturel	Faciliteter Hvor mange af plejecentrets beboere har:	Stolt, R., Blomquist, P. & Winblad, U. (2011)				
	Adgang til privat bad? (procent af antal beboere)		99,50 (366)	99,41 (312)	100,00(*) (32)	100,00(*) (22)
	Adgang til private madlavningsfaciliteter (mere end et te-køkken)? (procent af antal beboere)		38,59 (367)	41,05 (313)	22,32* (32)	27,27 (22)
Strukturel	Boligformer Du bedes fordele plejecentrets boliger på følgende boligformer:	Inspireret af deltagere i pilottesten				
	2-rumsboliger (eller større) (procent af samtlige 1- og 2-rumsboliger)		50,49 (365)	52,11 (311)	36,73(*) (32)	47,58 (22)
	Hvor mange af ovenstående benyttes i øjeblikket til samboende ægtepar eller nære familiemedlemmer? (procent af samtlige 1- og 2-rumsboliger)		1,97 (365)	1,74 (311)	3,86 (32)	2,49 (22)
	Hvor mange af ovenstående benyttes i øjeblikket til øvrige samboende? (procent af samtlige 1- og 2-rumsboliger)		1,52 (365)	1,09 (311)	6,25 (32)	0,59 (22)
Strukturel	Fælles faciliteter Har beboerne på plejecentret:	Inspireret af deltagere i pilottesten				
	Adgang til generelle grønne områder (fjelles)		99,18 (367)	99,20 (312)	100,00(*) (32)	97,83 (23)

	<i>have eller terrasse)? (indeks hvor 100 gives til "ja, alle", 50 til "nogen", 0 til "ingen")</i>					
	<i>Adgang til særlige grønne udendørsarealer såsom sansehaver, drivhuse og køkkenhaver? (indeks hvor 100 gives til "ja, alle", 50 til "nogen", 0 til "ingen")</i>		73,84 (367)	71,96 (312)	85,94* (32)	82,61 (23)
	<i>Adgang egen terrasse eller altan? (indeks hvor 100 gives til "ja, alle", 50 til "nogen", 0 til "ingen")</i>		72,21 (367)	73,08 (312)	67,19 (32)	67,39 (23)
Indikator	Spørgsmål	Inspirationsstudie	Resultat i alt	Resultat Kommunal	Resultat Selvejende	Resultat Privat/Friplejehjem
Processuel	Fast kontaktperson <i>Har plejecenterets beboere en fast kontaktperson blandt personalet? (0=nej, 100=ja)</i>	Inspireret af deltagere i pilottesten	97,00 (367)	97,44 (312)	93,75 (32)	95,65 (23)
Processuel	Deltagelse <i>Giver plejecentret i dag mulighed for jævnlige at:</i>	Stolt, R., Blomquist, P. & Winblad, U. (2011)				
	<i>Deltage i beboerråd? (0=Nej – 100=Ja)</i>		76,84 (367)	76,60 (312)	75,00 (32)	82,61 (23)
	<i>Deltage i pårørendemøder? (0=Nej – 100=Ja)</i>		86,65 (367)	87,18 (312)	90,63 (32)	73,91 (23)
	<i>Deltage i dialogmøder med frivillige? (0=Nej – 100=Ja)</i>		57,77 (367)	56,41 (312)	68,75 (32)	60,87 (23)
Processuel	Individuel handleplan <i>Hvor mange af beboere har en individuel handleplan for pleje? (procent af antal beboere)</i>	Stolt, R., Blomquist, P. & Winblad, U. (2011)	98,54 (366)	98,30 (311)	99,85* (32)	100,00** (23)
Processuel	Inddragelse <i>Inddrages beboerne i udarbejdelsen af deres:</i>	Inspireret af deltagere i pilottesten				
	<i>Handleplaner for pleje? (1= aldrig, 2 = Sjældent, 3 = Ofte, 4 = Altid)</i>		3,31 (361)	3,32 (307)	3,39 (31)	3,13 (23)
	<i>Madplan (1= aldrig, 2 = Sjældent, 3 = Ofte, 4 = Altid)</i>		3,23 (364)	3,23 (309)	3,09 (32)	3,39 (23)
Processuel	Systematisk gennemgang <i>Hvor ofte gennemgås beboernes individuelle handleplaner for pleje på en systematisk måde? (4=Månedligt, 3=Mindst</i>	Inspireret af deltagere i pilottesten	3,28 (366)	3,25 (311)	3,41 (32)	3,43 (23)

	<i>en gang halvårligt, 2=Mindst en gang årligt, 1=Sjældnere)</i>					
Processuel	Aktiviteter <i>Hvor ofte..</i>	Inspireret af deltagere i pilottesten				
	<i>Har beboerne adgang til generelle gruppeaktiviteter (fx bingo)? (0 = Sjældnere end en gang om måneden – 100 = syv gange om ugen) skala efter hyppighed)</i>		63,70 (365)	62,10 (310)	71,09* (32)	75,00** (23)
	<i>Har beboerne adgang til meningsfulde og tilpassede gruppeaktiviteter ledet af plejepersonale eller andet professionelt personale? (0 = Sjældnere end en gang om måneden – 100 = syv gange om ugen) skala efter hyppighed)</i>		65,27 (365)	64,84 (310)	67,19 (32)	68,48 (23)
	<i>Får beboerne tilbud om individuelle aktiviteter (ledsagede gåture eller andet)? (0 = Sjældnere end en gang om måneden – 100 = syv gange om ugen) skala efter hyppighed)</i>		50,89 (365)	50,97 (310)	48,44 (32)	53,26 (23)
	<i>Har beboerne adgang til styrke og balancetræning ledet af plejepersonale eller andet professionelt personale? (0 = Sjældnere end en gang om måneden – 100 = syv gange om ugen) skala efter hyppighed)</i>		47,33 (365)	46,69 (310)	50,00 (32)	52,17 (23)
Processuel	Planlægning af aktiviteter <i>I hvilken grad planlægges og udarbejdes plejecentrets aktiviteter på baggrund af de individuelle handleplaner for pleje? (1=Slet ikke, 2=I mindre grad, 3=I nogen grad, 4=I høj grad)</i>	Inspireret af deltagere i pilottesten	3,38 (365)	3,36 (310)	3,41 (32)	3,57 (23)
Processuel	Mad <i>Hvordan tilberedes den varme mad på plejecentret?</i>	Inspireret af deltagere i pilottesten				
	<i>I eget køkken (f.eks. produktionskøkken) (0=tilberedes ikke – 100=Hver dag)</i>		63,42 (365)	59,19 (310)	81,25** (32)	95,65***(+) (23)
	<i>I anretterkøkken (0= tilberedes ikke – 100=Hver dag)</i>		61,26 (364)	65,86 (309)	39,06** (32)	30,43*** (23)
Processuel	Faste tidspunkter for søvn <i>Er der som hovedregel et fast tidspunkt for:</i>					

	<i>Hvornår beboerne går i seng om aftenen?</i> (0=nej, 100=ja)		13,97 (365)	13,87 (310)	15,63 (32)	13,04 (23)
	<i>Hvornår beboerne står op om morgenen?</i> (0=nej, 100=ja)		15,89 (365)	15,81 (310)	15,63 (32)	17,39 (23)
Processuel	Faste <i>Går der normalt mere end 11 timer fra det sidste aftensmåltid til morgenmåltidet?</i> (1=aldrig, 4=altid)	Stolt, R., Blomquist, P. & Winblad, U. (2011)	2,40 (357)	2,45 (303)	2,19(*) (32)	1,95** (22)
Processuel	Procedurer og retningslinjer <i>Har plejecentret faste procedurer og retningslinjer til forebyggelse af:</i>	European Centre (2010) Sveriges Socialstyrelse (2014)				
	<i>Faldulykker?</i> (0=nej, 100=ja)		90,88 (362)	91,21 (307)	96,88 (32)	78,26+ (23)
	<i>Tryksår?</i> (0=nej, 100=ja)		97,24 (362)	97,39 (307)	96,88 (32)	95,65 (23)
	<i>Aggressiv/og eller selvskadende adfærd?</i> (0=nej, 100=ja)		79,83 (362)	79,80 (307)	75,00 (32)	86,96 (23)
Processuel	Samtaler og individuelle forløb <i>På dit plejecenter tilbydes...</i>	Sveriges Socialstyrelse (2014)				
	<i>Den ældre og dennes pårørende en samtale i den ældres hjem inden indflytning?</i> (0=nej, 100=ja)		73,80 (355)	74,75 (301)	65,63 (32)	72,73 (22)
	<i>Informerede samtaler om livsforlængende behandling?</i> (0=nej, 100=ja)		92,39 (355)	92,03 (301)	96,88 (32)	90,91 (22)
	<i>Samtaler med pårørende til afdøde beboere?</i> (0=nej, 100=ja)		70,42 (355)	70,76 (301)	71,88 (32)	63,64 (22)
	<i>Beboerne et individuelt rehabiliteringsforløb efter fx hjerteanfald, blodpropper eller hjerneblødninger?</i> (0=nej, 100=ja)		81,69 (355)	81,06 (301)	90,63(*) (32)	77,27 (22)
Processuel	Evaluering <i>Hvor ofte udføres følgende:</i>	Inspireret af deltagere i pilottesten				
	<i>Tilfredshedsundersøgelser blandt beboerne (udover ved tilsyn)?</i> (1=Udføres ikke, 2=Sjældnere end årligt, 3=Årligt, 4=Oftere end årligt)		2,03 (353)	2,00 (300)	2,03 (32)	2,38 (21)
	<i>Tilfredshedsundersøgelser blandt pårørende (udover ved tilsyn)?</i> (1=Udføres ikke, 2=Sjældnere end årligt, 3=Årligt, 4=Oftere end årligt)		1,77 (353)	1,75 (300)	1,72 (32)	2,19(*) (21)

	<i>Systematisk egenkontrol af kvaliteten? - Ofte end årligt (1=Udføres ikke, 2=Sjældnere end årligt, 3=Årligt, 4=Ofte end årligt)</i>		3,19 (353)	3,15 (300)	3,34 (32)	3,43 (21)
Indikator	Spørgsmål	Inspirationsstue	Resultat i alt	Resultat Kommunal	Resultat Selvejende	Resultat Privat/Friplejehjem
Outcome	Utsigtede hændelser <i>Hvor mange af plejecentret beboere har oplevet én eller flere af følgende inden for den seneste måned:</i>	European Centre (2010) Sveriges Socialstyrelse (2014)				
	<i>Faldulykker? (procent af antal boboere)</i>		7,45 (360)	7,53 (305)	7,45 (32)	6,35 (23)
	<i>Tryksår? (procent af antal boboere)</i>		1,90 (361)	1,92 (306)	2,32 (32)	0,96*(+) (23)
	<i>Fraktur på ben eller lårben? (procent af antal boboere)</i>		0,85 (361)	0,91 (306)	0,82 (32)	0,04***+ (23)
	<i>Agressiv og/eller selvskadende adfærd? (procent af antal boboere)</i>		4,19 (362)	4,47 (307)	3,28 (32)	1,76** (23)
	<i>Smertedækkes dagligt med 2 eller flere lægemidler samtidig? (0=De færreste – 100=Størstedelen) (skala efter hvor mange)</i>		40,28 (301)	41,44 (254)	35,71 (28)	31,58 (19)
	<i>Gives 3 eller flere psykofarmaka samtidig? (0=De færreste – 100=Størstedelen) (skala efter hvor mange)</i>		6,32 (281)	6,14 (236)	8,93 (28)	4,41 (17)
	<i>Gives antipsykotisk medicin? (0=De færreste – 100=Størstedelen) (skala efter hvor mange)</i>		6,97 (294)	6,68 (247)	9,82 (28)	6,58 (19)
	<i>Gives antidepressiv medicin? (0=De færreste – 100=Størstedelen) (skala efter hvor mange)</i>		20,94 (302)	21,36 (254)	21,55 (29)	14,47(*) (19)
Outcome	Rapporteringer <i>Hvor mange rapporteringer af følgende har plejecenteret foretaget inden for de seneste 30 dage?</i>	Inspireret af deltagere i pilottesten				
	<i>Fejlmedicinering</i>					

			0,08 (354)	0,09 (301)	0,05* (32)	0,05* (21)
	<i>Magtanvendelse</i>		0,01 (354)	0,01 (301)	0,00** (32)	0,00*** (21)
Outcome	Beboernes fysik <i>Hvor stor en del af plejecentrets beboere:</i>	European Centre (2010)				
	<i>Er underernærede? (procentandel af antal beboere)</i>		5,34 (337)	5,55 (284)	3,91 (32)	4,76 (21)
	<i>Er overvægtige? (procentandel af antal beboere)</i>		10,72 (338)	10,00 (285)	15,63 (32)	13,10 (21)
	<i>Udviser symptomer på dehydrering? (procentandel af antal beboere)</i>		1,38 (326)	1,18 (275)	3,23 (31)	1,25 (20)

Appendiks 3: Fulde resultater for multivariate analyser

Tabel A3.1. Fulde resultater for de multivariate analyser i tabel 4.2.

	(1)	(2)	(2)	(4)	(5)	(6)	(7)
	An- satte/beboere	Medarb./be- boer, kl. 15- 20	Medarb./be- boer, kl. 20- 23	Medarb./be- boer, kl. 23- 07	Fuldtid- sansatte/be- boere	Deltid- tid- sansatte/be- boere	Time- lønnede/beb- oere
Kommunalt (ref.kategori)	-	-	-	-	-	-	-
Selvejende	-0,109 (0,0826)	-0,0187 (0,0117)	-0,0112 (0,0101)	-0,00581 (0,00397)	0,0420 (0,0362)	-0,0344 (0,0616)	-0,0104 (0,0394)
Øvrige private	-0,0566 (0,0713)	-0,00437 (0,0157)	-0,0188* (0,00721)	-0,00389 (0,00342)	-0,0325 (0,0225)	-0,0312 (0,0607)	0,0939* (0,0450)
Beboere	-0,00428* (0,00179)	-0,000327(*) (0,000189)	-0,000375* (0,000143)	- 0,000477*** (0,000578)	0,000483 (0,000383)	-0,00351** (0,00108)	-0,000945 (0,000708)
Demens (%)	0,00369** (0,00113)	0,000562*** (0,000138)	0,000590*** (0,0000873)	0,000142** (0,0000477)	0,000483 (0,000320)	0,00313*** (0,000697)	0,000626 (0,000473)
Parkinson (%)	-0,00859* (0,00374)	-0,00131* (0,000522)	-0,00113* (0,000436)	-0,0000281 (0,000177)	-0,000220 (0,00137)	-0,00423 (0,00372)	0,000191 (0,00187)
Tidligere misbrugsproblemer (%)	-0,00234 (0,00175)	0,000609 (0,000467)	0,000289 (0,000292)	0,000130 (0,000189)	0,00148 (0,000978)	-0,000605 (0,00145)	-0,000108 (0,00125)
Apopleksi (%)	0,00228 (0,00137)	-0,0000139 (0,000242)	0,000153 (0,000206)	0,0000527 (0,0000585)	0,000847(*) (0,000457)	0,000308 (0,00100)	-0,0000813 (0,000611)
Palliativ pleje (%)	0,0123** (0,00363)	0,00104** (0,000360)	0,000969* (0,000437)	0,000283 (0,000225)	0,00210 (0,00223)	0,00497(*) (0,00292)	0,00105 (0,00169)
Beskatningsg (100000 kr.)	0,199* (0,0944)	0,0133 (0,00948)	0,0223* (0,0105)	0,0149*** (0,00309)	0,0762(*) (0,0403)	-0,0491 (0,0955)	0,116* (0,0451)
Bef.tæthed (1000/km2)	0,00549 (0,0158)	-0,000259 (0,00198)	-0,00122 (0,00150)	-0,000561 (0,000682)	0,0187** (0,00660)	-0,0185 (0,0153)	0,0167 (0,0117)
Socialistisk (%)	-0,00257 (0,00256)	-0,000176 (0,000319)	-0,0000789 (0,000281)	0,0000443 (0,000103)	0,00277** (0,00103)	-0,00554* (0,00239)	0,000128 (0,00111)
Ældreudgifter (10000 kr.)	0,101 (0,0673)	-0,00103 (0,00573)	-0,000886 (0,00452)	0,00291 (0,00183)	0,00437 (0,0230)	0,00506 (0,0418)	-0,00766 (0,0275)
Konstant	0,674* (0,298)	0,131*** (0,0314)	0,0946** (0,0287)	0,0222(*) (0,0115)	-0,212(*) (0,113)	1,252*** (0,265)	0,0316 (0,140)
P-værdi, selvejende-privat forskel	0,46	0,45	0,51	0,67	0,08	0,97	0,05
N	373	375	375	374	375	375	375
R2	0,110	0,0863	0,148	0,285	0,184	0,163	0,0690
F-statistik	5,973	4,607	6,399	8,818	5,202	6,593	2,025
RMSE	0,495	0,0655	0,0492	0,0183	0,171	0,359	0,199

Note: Øvrige private er private friplejehjem eller udliciterede. Ustandardiserede regressionskoefficienter vist. Standardfejl klyngerobuste på kommuneniveau i parenteser. (*)=0,1-niveau, *=0,05-niveau **=0,01-niveau ***=0,001-niveau

Tabel A3.1 (fortsat). Fulde resultater for de multivariate analyser i tabel 4.2.

	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
	Frivil- il- lige/beboere	Videreg. kompe- tencer	Basale kompe- tencer	Uden sundhedsfag lig udd.	Medar- bejderomsæ tning	Fordeling af medar- bejdere (fuldtid)	Fordeling af medar- bejdere (deltid)
Kommunalt (ref.kategori)	-	-	-	-	-	-	-
Selvejende	0,183 (0,153)	1,419(*) (0,790)	-8,616** (3,132)	2,287 (1,456)	-0,356 (1,524)	4,914(*) (2,736)	5,758(*) (3,253)
Øvrige private	0,0502 (0,0617)	2,603 (1,997)	-7,345* (2,923)	0,149 (1,558)	1,657 (1,749)	-1,791 (1,656)	3,324 (3,826)
Beboere	-0,00293* (0,00113)	0,00464 (0,0128)	-0,0318 (0,0397)	-0,00634 (0,0236)	-0,0101 (0,0236)	0,0602* (0,0290)	-0,0577 (0,0386)
Demens (%)	-0,000880 (0,000886)	-0,00664 (0,0147)	0,0264 (0,0352)	0,00287 (0,0177)	-0,0494* (0,0192)	0,0156 (0,0231)	0,0334 (0,0398)
Parkinson (%)	0,0128(*) (0,00737)	-0,0402 (0,0452)	-0,00578 (0,131)	-0,0335 (0,0996)	0,0855 (0,0952)	0,0866 (0,106)	0,0204 (0,143)
Tidligere misbrugsproblemer (%)	-0,00271 (0,00242)	0,0799 (0,0492)	0,00350 (0,0739)	0,0161 (0,0542)	0,0945(*) (0,0487)	0,0985 (0,0705)	-0,00546 (0,0916)
Apopleksi (%)	0,00112 (0,00123)	0,0194 (0,0216)	-0,0582 (0,0448)	-0,00575 (0,0254)	0,0160 (0,0301)	0,0510 (0,0351)	-0,0766 (0,0609)
Palliativ pleje (%)	-0,000475 (0,00208)	0,0279 (0,0518)	0,0226 (0,0755)	0,0589 (0,0397)	-0,0655 (0,0471)	0,0408 (0,0989)	-0,192 (0,146)
Beskatningsg (100000 kr.)	-0,188* (0,0797)	1,563 (1,893)	-2,319 (2,788)	4,053** (1,333)	2,187 (1,573)	4,707(*) (2,782)	-7,502* (3,314)
Beftæthed (1000/km2)	-0,0129 (0,0126)	-0,249 (0,198)	-1,063* (0,476)	0,407(*) (0,214)	-0,125 (0,298)	1,043* (0,503)	-2,344*** (0,563)
Socialistisk (%)	-0,00766* (0,00348)	-0,0280 (0,0474)	0,0502 (0,118)	0,00867 (0,0453)	0,0539 (0,0524)	0,242** (0,0772)	-0,232* (0,114)
Ældreudgifter (10000 kr.)	0,0364 (0,0818)	0,867 (0,848)	-1,241 (2,244)	-0,513 (0,748)	-1,822(*) (0,996)	0,341 (1,562)	-3,043 (2,414)
Konstant	0,968*** (0,261)	0,590 (4,907)	84,62*** (8,062)	1,742 (4,538)	14,02** (4,970)	-15,02(*) (8,133)	110,6*** (12,32)
P-værdi, selvejende-privat forskel	0,37	0,57	0,75	0,28	0,35	0,04	0,52
N	375	372	372	372	372	372	372
R2	0,109	0,0576	0,112	0,0412	0,0366	0,202	0,187
F-statistik	4,060	1,577	9,072	5,203	2,577	5,842	9,215
RMSE	0,468	5,629	14,26	8,510	10,61	11,83	17,03

Note: Øvrige private er privat fripleje eller udliciteret. Ustandardiserede regressionskoefficienter vist. Standardfejl klyngerobuste på kommuneni-
veau i parenteser. (*)=0,1-niveau, *=0,05-niveau **=0,01-niveau ***=0,001-niveau

Tabel A3.1 (fortsat). Fulde resultater for de multivariate analyser i tabel 4.2.

	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)
	Fordeling af medarbejdere (time-lønnede)	Frivillige/medar.	Ledelse	Private madlavnings faciliteter	Indeks udendørs faciliteter
Kommunalt (ref.kategori)	-	-	-		
Selvejende	2,538 (2,393)	20,37 (13,65)	1,764*** (0,332)	-10,93 (9,366)	0,145 (0,110)
Øvrige private	9,766** (3,521)	3,607 (5,000)	2,308*** (0,580)	-12,80 (9,906)	-0,0473 (0,131)
Beboere	-0,0140 (0,0270)	-0,191* (0,0790)	-0,0247*** (0,00507)	0,159 (0,127)	0,00105 (0,00138)
Demens (%)	0,00208 (0,0226)	-0,138(*) (0,0704)	-0,00929(*) (0,00498)	-0,0957 (0,109)	0,00165 (0,00169)
Parkinson (%)	0,0789 (0,112)	1,193(*) (0,695)	0,0131 (0,0252)	-0,0118 (0,516)	0,00416 (0,00751)
Tidligere misbrugsproblemer (%)	-0,0119 (0,0762)	-0,190 (0,174)	0,0118 (0,0157)	-0,146 (0,217)	-0,00311 (0,00316)
Apopleksi (%)	-0,0181 (0,0327)	0,0353 (0,101)	0,00674 (0,00611)	-0,0750 (0,140)	0,000398 (0,00188)
Palliativ pleje (%)	-0,0597 (0,0649)	-0,0750 (0,149)	-0,0167** (0,00584)	0,415 (0,401)	-0,00811 (0,00605)
Beskatningsg (100000 kr.)	8,002** (2,496)	-14,33** (4,929)	1,162** (0,370)	-13,27 (8,605)	0,125(*) (0,0720)
Beftæthed (1000/km2)	0,927 (0,718)	-1,545 (1,002)	0,245** (0,0728)	-3,107* (1,483)	-0,0430* (0,0185)
Socialistisk (%)	0,0143 (0,0710)	-0,526* (0,240)	0,00606 (0,0120)	-0,186 (0,256)	0,00174 (0,00292)
Ældreudgifter (10000 kr.)	-1,461 (1,917)	1,464 (5,537)	0,300 (0,243)	3,477 (4,791)	0,0292 (0,0586)
Konstant	6,654 (8,997)	79,83*** (18,22)	1,020 (1,270)	60,02* (29,16)	-0,508(*) (0,292)
P-værdi, selvejende-privat forskel	0,07	0,19	0,45	0,90	0,26
N	372	372	372	363	363
R2	0,119	0,112	0,317	0,0461	0,0319
F-statistik	2,680	4,199	27,14	4,005	2,183
RMSE	10,88	37,54	1,801	46,45	0,615

Note: Øvrige private er privat fripleje eller udliciteret. Ustandardiserede regressionskoefficienter vist. Standardfejl klyngerobuste på kommuneniveau i parenteser. (*)=0,1-niveau, *=0,05-niveau **=0,01-niveau ***=0,001-niveau

Tabel A3.2. Fulde resultater for de multivariate analyser i tabel 4.4.

	(1) Fast kon- taktperson	(2) Indeks generel deltagelse	(3) Deltagelse i handlepla- ner	(4) Systematisk gennemgang af handle- planer	(5) Madlavning på stedet	(6) Indeks faste tidspunkter for søvn	(7) Faste
Kommunalt (ref.kategori)	-	-	-	-	-	-	-
Selvejende	-5,888 (7,595)	0,125 (0,163)	0,0637 (0,155)	0,0406 (0,142)	19,27* (8,758)	0,212 (0,234)	-0,228 (0,186)
Øvrige private	-2,110 (4,351)	-0,0777 (0,172)	-0,229 (0,214)	0,190 (0,119)	36,26*** (6,015)	0,0454 (0,217)	-0,551* (0,214)
Beboere	0,0148 (0,0319)	0,00326* (0,00163)	0,000836 (0,00199)	-0,00363(*) (0,00208)	0,175 (0,121)	0,00200 (0,00204)	0,00302 (0,00226)
Demens (%)	0,0518 (0,0316)	-0,00230 (0,00148)	-0,00345(*) (0,00188)	0,000500 (0,00176)	0,0203 (0,104)	-0,00282 (0,00210)	-0,00444* (0,00192)
Parkinson (%)	-0,281 (0,186)	0,00615 (0,00737)	-0,00240 (0,00715)	-0,000193 (0,00639)	-0,858(*) (0,495)	-0,0105 (0,00746)	0,0115 (0,00943)
Tidligere misbrugsproblemer (%)	-0,124 (0,102)	0,00371 (0,00297)	-0,00419 (0,00450)	0,000852 (0,00376)	-0,189 (0,265)	-0,00631 (0,00557)	0,0118** (0,00444)
Apopleksi (%)	0,00345 (0,0533)	0,000486 (0,00242)	0,00509(*) (0,00264)	-0,00186 (0,00207)	0,226 (0,150)	-0,00149 (0,00292)	0,00551(*) (0,00313)
Palliativ pleje (%)	0,0228 (0,0935)	-0,00256 (0,00466)	0,00560 (0,00421)	0,00802** (0,00299)	-0,174 (0,408)	0,0118 (0,00755)	0,000854 (0,00864)
Beskatningsg (100000 kr.)	1,658 (2,729)	0,124 (0,117)	0,431** (0,136)	0,227 (0,140)	-9,124 (10,08)	-0,0807 (0,182)	0,337* (0,135)
Beftæthed (1000/km2)	0,619 (0,709)	-0,0424 (0,0287)	-0,0645** (0,0219)	0,0343 (0,0336)	0,498 (1,208)	-0,0468 (0,0325)	-0,00985 (0,0278)
Socialistisk (%)	-0,0978 (0,0956)	-0,000400 (0,00527)	0,00309 (0,00455)	-0,00566 (0,00472)	0,174 (0,250)	0,00336 (0,00533)	0,00223 (0,00468)
Ældreudgifter (10000 kr.)	1,078 (1,995)	0,0757 (0,0706)	0,183* (0,0862)	0,0841 (0,0851)	2,450 (4,593)	-0,0308 (0,101)	-0,170(*) (0,0967)
Konstant	93,40*** (8,246)	-0,559 (0,415)	1,823*** (0,395)	2,880*** (0,439)	51,60(*) (27,08)	0,296 (0,589)	2,276*** (0,447)
P-værdi, selvejende-privat forskel	0,66	0,38	0,29	0,36	0,09	0,58	0,21
N	363	363	357	362	361	361	353
R2	0,0275	0,0352	0,0637	0,0531	0,0836	0,0295	0,0948
F-statistik	0,697	3,025	3,290	2,877	8,466	3,056	4,744
RMSE	17,22	0,680	0,765	0,670	43,31	0,975	0,879

Note: Øvrige private er privat fripleje eller udliciteret. Ustandardiserede regressionskoefficienter vist. Standardfejl klyngerobuste på kommuneni-veau i parenteser. (*)=0,1-niveau, *=0,05-niveau **=0,01-niveau ***=0,001-niveau

Tabel A3.2 (fortsat). Fulde resultater for de multivariate analyser i tabel 4.4.

	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
	Indeks for retningslinjer for forebyggelse	Indeks for samtaler	Indeks over aktiviteter	Indv. rehabiliteringsforløb	Systematisk egenkontrol af kvalitet	Tilfredshedsundersøgelser
Kommunalt (ref.kategori)	-	-	-	-	-	-
Selvejende	0,000374 (0,206)	0,0130 (0,144)	-0,0335 (0,187)	10,01 (6,037)	-0,0225 (0,220)	-0,195 (0,216)
Øvrige private	-0,130 (0,177)	-0,0595 (0,155)	0,258 (0,178)	-5,957 (8,902)	0,257 (0,226)	0,326 (0,260)
Beboere	-0,00171 (0,00194)	-0,000303 (0,00162)	0,000261 (0,00186)	0,0594 (0,0838)	0,000774 (0,00260)	-0,00365 (0,00229)
Demens (%)	0,00283 (0,00178)	0,000183 (0,00164)	0,00197 (0,00161)	-0,0183 (0,0966)	0,000983 (0,00230)	-0,00410* (0,00190)
Parkinson (%)	0,00695 (0,00720)	-0,0138 (0,00977)	-0,00583 (0,00694)	0,0949 (0,542)	0,00802 (0,00913)	0,0141 (0,00911)
Tidligere misbrugsproblemer (%)	0,00510 (0,00334)	-0,00133 (0,00431)	-0,00216 (0,00559)	-0,428(*) (0,216)	0,00169 (0,00614)	-0,00126 (0,00537)
Apopleksi (%)	0,00102 (0,00225)	-0,000291 (0,00227)	0,00101 (0,00265)	0,410** (0,125)	-0,000424 (0,00372)	-0,00253 (0,00313)
Palliativ pleje (%)	0,00253 (0,00207)	0,00949* (0,00390)	-0,00121 (0,00297)	0,484** (0,169)	0,00975(*) (0,00585)	0,0000779 (0,00368)
Beskatningsg (100000 kr.)	0,0798 (0,181)	0,139 (0,138)	0,0864 (0,140)	-0,802 (6,749)	0,0448 (0,155)	0,204 (0,338)
Bef.tæthed (1000/km2)	-0,0357 (0,0418)	0,00561 (0,0199)	0,0119 (0,0230)	-2,094* (0,943)	0,102** (0,0332)	0,0948* (0,0432)
Socialistisk (%)	-0,00880* (0,00440)	0,000873 (0,00441)	-0,00537 (0,00423)	-0,101 (0,260)	0,00649 (0,00524)	0,00602 (0,00573)
Ældreudgifter (10000 kr.)	0,145 (0,0898)	-0,0254 (0,0768)	0,231** (0,0840)	6,451 (4,257)	-0,146 (0,0937)	-0,0165 (0,123)
Konstant	-0,503 (0,502)	-0,121 (0,418)	-0,943* (0,444)	54,97** (18,63)	3,175*** (0,588)	1,790* (0,820)
P-værdi, selvejende-privat forskel	0,62	0,69	0,23	0,10	0,40	0,14
N	358	351	361	351	349	349
R2	0,0454	0,0270	0,0546	0,0534	0,0396	0,0571
F-statistik	1,727	0,907	3,034	2,736	2,730	2,172
RMSE	0,732	0,623	0,724	38,28	1,012	0,920

Note: Øvrige private er privat fripleje eller udliciteret. Ustandardiserede regressionskoefficienter vist. Standardfejl klyngerobuste på kommuneniveau i parenteser. (*)=0,1-niveau, *=0,05-niveau **=0,01-niveau ***=0,001-niveau

Tabel A3.3. Fulde resultater for de multivariate analyser i tabel 4.6.

	(1) Indeks over ulykker og skader	(2) Indeks over medicin	(3) Indeks over fysik
Kommunalt (ref.kategori)	-	-	-
Selvejende	-0,239* (0,0971)	-0,0518 (0,171)	0,00642 (0,124)
Øvrige private	-0,330*** (0,0853)	-0,204 (0,175)	-0,0152 (0,115)
Beboere	-0,00391* (0,00159)	-0,000526 (0,00208)	0,00322 (0,00271)
Demens (%)	0,00735*** (0,00151)	0,000257 (0,00168)	0,00176 (0,00125)
Parkinson (%)	-0,000762 (0,00719)	0,0167* (0,00820)	0,0108 (0,00796)
Tidligere misbrugsproblemer (%)	-0,00571(*) (0,00318)	0,0151*** (0,00396)	0,00136 (0,00368)
Apopleksi (%)	0,00458 (0,00385)	-0,000889 (0,00260)	0,00346 (0,00247)
Palliativ pleje (%)	0,00236 (0,00553)	-0,00547(*) (0,00284)	-0,00227 (0,00244)
Beskatningsg (100000 kr.)	-0,0483 (0,110)	0,263 (0,279)	0,282 (0,184)
Bef.tæthed (1000/km2)	0,0708*** (0,0178)	0,0138 (0,0280)	0,0317 (0,0223)
Socialistisk (%)	-0,00724* (0,00327)	-0,00131 (0,00397)	-0,000124 (0,00451)
Ældreudgifter (10000 kr.)	-0,00305 (0,0617)	-0,00613 (0,0776)	0,00580 (0,0703)
Konstant	0,148 (0,318)	-0,567 (0,592)	-0,898(*) (0,470)
P-værdi, selvejende-privat forskel	0,46	0,51	0,89
N	358	315	338
R2	0,120	0,0825	0,0883
F-statistik	11,06	3,369	4,937
RMSE	0,676	0,656	0,626

Note: Øvrige private er privat fripleje eller udliciteret. Ustandardiserede regressionskoefficienter vist. Standardfejl klyngerobuste på kommuneniveau i parenteser. (*)=0,1-niveau, *=0,05-niveau **=0,01-niveau ***=0,001-niveau

Tabel A3.4. Fulde resultater for de multivariate analyser for strukturindikatorer fra tilsynsdata (jf. tabel 5.2).

	(1) Sygeplejersker	(2) Profession	(3) Social- og sundheds- uddannelse	(4) Ufaglærte	(5) Personalekate- gorier i alt
Kommunalt	-	-	-	-	-
Selvejende	0,110* (0,0430)	0,0362** (0,0115)	0,0405** (0,0140)	0,0325 (0,0375)	0,0473*** (0,00958)
Øvrige private	0,0693 (0,0648)	0,00899 (0,0189)	0,0372* (0,0176)	0,159* (0,0711)	0,0533** (0,0200)
Antal 100 beboere	0,179*** (0,0478)	0,0566*** (0,0145)	0,0883*** (0,0230)	0,0728 (0,0591)	0,0740*** (0,0159)
Tilsyn i 2014	-	-	-	-	-
Tilsyn i 2015	-0,0234 (0,0166)	-0,0170** (0,00606)	0,0169* (0,00828)	-0,0280 (0,0197)	-0,0104(*) (0,00628)
Tilsyn i 2016	0,257*** (0,0706)	0,00820 (0,0293)	-0,00832 (0,0146)	-0,0527 (0,0761)	0,0120 (0,0197)
Konstant	0,190*** (0,0182)	0,0328*** (0,00746)	0,886*** (0,00959)	0,542*** (0,0260)	0,289*** (0,00821)
P-værdi, selv- ejende-privat forskell	0,50	0,18	0,85	0,09	0,75
N	898	898	898	898	898
R2	0,408	0,461	0,221	0,326	0,447
F-statistik
RMSE	0,206	0,0739	0,106	0,258	0,0634

Note: Øvrige private er privat fripleje eller udliciteret. Ustandardiserede regressionskoefficienter vist. Standardfejl klyngerobuste på kommuneni-
veau i parenteser. (*)=0,1-niveau, *=0,05-niveau **=0,01-niveau ***=0,001-niveau

Tabel A3.5. Fulde resultater for de multivariate analyser for procesindikatorer fra tilsynsdata (jf. tabel 5.4).

	(1) Samlet	(2) Alvorlig kritik	(3) Individuel vurdering
Kommunalt	-	-	-
Selvejende	0,0354 (0,0941)	0,0283 (0,0424)	-0,0219* (0,00922)
Øvrige private	0,295 (0,194)	0,132 (0,102)	0,0367 (0,0249)
Antal 100 beboere	0,319* (0,123)	0,0881 (0,0657)	0,0519** (0,0172)
Tilsyn i 2014	-	-	-
Tilsyn i 2015	0,348*** (0,0515)	0,0773*** (0,0189)	0,0493*** (0,00835)
Tilsyn i 2016	0,327* (0,168)	0,0499 (0,0691)	0,0314 (0,0313)
Konstant	1,937*** (0,0568)	0,00397 (0,0275)	0,0701*** (0,00909)
P-værdi, selvejende-privat forskel	0,22	0,39	0,02
N	901	901	898
R2	0,247	0,162	0,371
F-statistik	.	.	.
RMSE	0,617	0,231	0,0811

Note: Øvrige private er privat fripleje eller udliciteret. Ustandardiserede regressionskoefficienter vist. Standardfejl klyngerobuste på kommuneniveau i parenteser. (*)=0,1-niveau, *=0,05-niveau **=0,01-niveau ***=0,001-niveau