

Vi ses i morgen

9 notater om FOAs visioner
for ældreområdet

Indholdsfortegnelse

Indledning: Fællesskab og et værdigt ældre liv	5
Den overordnede vision - Vi ses i morgen.....	5
En ny retning for ældreplejen.....	5
Centrale pejlemærker.....	5
Et håb.....	6
Notat: Bæredygtige mindre enheder i hjemmeplejen	7
Baggrund	7
Organiseringen af ældreområdet i dag	7
Buurtzorg – en hollandsk hjemmeplejemodel på vej til Danmark	8
Buurtzorg på dansk – lokale teams	8
FOAs forslag til mini-hjemmeplejedistrikter	10
Referencer	10
Notat: Økonomisk styring på ældreområdet – skitse til en ny model	11
Bedre økonomistyring skal tage fat i ét eller flere af følgende problemer:	12
Den gældende økonomistyring af ældreområdet	12
Den lokale og opgavenære budgetstyring.....	13
Ideer og principper til bedre økonomistyring af ældreområdet	15
Referencer	18
Notat: Nær visitation	19
Visitationen og BUM-modellen som ramme for styringen af opgaverne i hjemmeplejen	19
Kommunale kvalitetsstandarder	20
Bestiller- og udfører-model og frit valg	20
Dokumentation.....	21
Udfordringerne for fremtidens ældrepleje visitation	22
FOA har følgende forslag:.....	22
Notat: Øget kvalitet i ældreplejen – større krav og mere sparring.....	23
Baggrunden for FOAs anbefalinger	23
Udviklingen på sundheds- og ældreområdet i kommunerne	24
Hvad er kvalitet?.....	26
Kvaliteten foregår i mødet mellem borger og medarbejder	26
Hvad er kvalitet for borgeren?	27
Hvad har medarbejderen brug for, hvis de skal levere en høj kvalitet til borgerne?.....	27
Hvilken rolle har arbejdspladsen?	28
Behov for en kvalitetsramme fra Sundhedsstyrelsen	29

Rette kompetencer til rette opgaver.....	30
Referencer	31
Notat: Et nyt tilsyns- og klagesystem – det skal være lettere at være borger	32
Baggrund: Klage- og tilsynssystemet i dag	32
Klagemuligheder	33
Borgerrådgivere.....	34
Tilsynssystemet.....	34
Politisk aftale om ældretilsynet.....	36
Formål og principper – hvad skal klage- og tilsynssystemet kunne?	36
Udfordringer i det nuværende system	37
FOAs 10 forslag til et nyt klage- og tilsynssystem	39
Notat: Frit valg til borgeren, men ikke fri profit til virksomheder	42
Baggrund	42
Rammerne om det frie valg.....	42
Frit valg af hjemmehjælp.....	43
Friplejehjem.....	44
Udlancerede plejecentre	45
Plejhjem med driftsoverenskomst	45
Omsorgsforsikringer	45
Udfordringer ved inddragelsen af private tilbud.....	46
FOAs anbefalinger: Klarere rammer for private aktører	47
Referencer	49
Notat: Sundhedshuse – også en del af ældreområdet.....	51
Baggrund – hvad er et sundhedshus?	51
Hvad skal formålet med sundhedshuse være?	52
FOAs konkrete forslag til sundhedshusene	54
Notat: Hygiejne og rengøring er en del af kernevelfærden.....	57
Baggrund: Rengøring under corona-pandemien.....	58
Etablering af hygiejneorganisationer	58
Hvordan skal vi prioritere og organisere rengøring i ældreplejen?	58
Ad. 1: Krav til kvalitet og kvalitetssikring af rengøring i ældreplejen?	59
Hvordan kvalitetssikrer vi rengøringsopgaven?	60
Tilsyn med rengøring	60
FOAs anbefalinger til sikring af en høj kvalitet	61
Ad 2: Organisering af rengøringsopgaverne i ældreplejen?.....	61
Organiseringens betydning for rengøringskvaliteten.....	62

FOAs anbefalinger til rengøringsorganiseringen	63
Referencer	64
Notat: Hvordan får vi mere meningsfuld dokumentation?.....	65
Baggrund	65
Medarbejdernes oplevelse af dokumentation	65
Forskellige typer af dokumentation	66
De nyeste regler og systemer	67
Hvordan får vi mere meningsfuld dokumentation?.....	68
Referencer	70

Indledning: Fællesskab og et værdigt ældre liv

Det er en fælles opgave at understøtte ældre medborgere, som bliver syge og svage. Understøtte dem i at have en værdig ældredom.

Vi skal tænke fællesskab og styrkelse af de ældre medborgere, der ikke kan klare sig selv. Hvis vi ikke sørger for at understøtte et værdigt ældre-liv, som har en almen anerkendt standard, så risikerer vi et samfund, hvor velstillede ældre borgere kan supplere eller erstatte hjælpen, samtidig med at en stor del af ældre medborgere ikke har den mulighed. Vi risikerer et parallelt samfund – et a og et b hold.

Vi skal tænke det hele menneske og den enkeltes behov og ønsker til det bedst mulige liv. Vi skal skabe den tryghed og kontinuitet, der er behov for, så ingen skal frygte at blive afhængig af fællesskabets hjælp.

Den overordnede vision - Vi ses i morgen

Når en Hanne Jensen fra hjemmeplejen har været på besøg hos Jens Petersen på 87 og hjulpet ham med medicinen og det praktiske for at få dagene til at fungere, så skal de kunne sige "vi ses i morgen" langt oftere, end det sker i dag. Når Gerda Hansen på demensafsnittet på plejehjemmet skal få dagen til at fungere, mødes hun af medarbejdere med de rette kompetencer. Når den pårørende har brug for at blive hørt, er der rum og tid til det.

En ny retning for ældreplejen

En ny retning for ældreplejen kræver, at vi ser på en lang række forskellige elementer i ældreplejen. Der skal ses på styringsmodel, på økonomi, på organisering, på tilsyn og mange flere aspekter af ældreplejen.

En ny retning kræver mod og visioner. Her har vi samlet en række notater med bud på og holdninger til ældreplejen. Vi vil løbende komme med bud på flere områder, men har valgt at samle det, vi har bud på nu.

Centrale pejlemærker

Nær visitation – målet er, at borger og medarbejder i samarbejde skaber det bedst mulige liv. I dag visiteres ofte til en række ydelser. Vi skal have fokus på borgens særlige behov og ønsker til hverdagen/livet.

Større fagligt råderum – målet er, at medarbejderne i langt højere grad får mulighed for at bruge deres faglighed i arbejdet med borgerne.

En ny model for den økonomiske styring – målet er et opgør med BUM-modellens fokus på ydelser, samt at økonomien bliver lettere at styre.

Tættere samspil med de pårørende – målet er, at de pårørende inddrages i løsninger og dialog omkring borgere, der får hjælp, så der skabes størst mulig tryghed og forståelse for borgeren og borgerens muligheder.

Ny organisering – målet er, at hjemmeplejen organiseres i mindre teams med stort råderum i forhold til planlægning af arbejdet. Det er én af vejene til at få færre medarbejdere i den enkelte borgers hjem.

Styrkelse af arbejdsfællesskaber – målet er at styrke det tværfaglige samarbejde mellem de mange forskellige faggrupper, der er omkring borgeren.

Faglig ledelse – målet er, at lederne i højere grad er nærværende i arbejdet omkring borgerne og styrker kvalitet og faglighed.

Sparring for alle medarbejdere – målet er, at medarbejderne får mulighed for individuel faglig sparring.

Styrkelse af faglig dokumentation – målet er, at medarbejderne har let adgang til relevant viden om den enkelte borger, og at der er mindre vægt på registrering af ydelser og kontrol af medarbejderne.

Der skal stilles krav til kvaliteten – målet er, at de mange gode kvalitetsredskaber, som vi ved virker, i langt højere grad bliver anvendt.

Sundhedshuse som lokale videntcentre – målet er, at sundhedshusene bidrager til at styrke vidensniveauet og kvaliteten i ældreplejen.

Et mere simpelt tilsyns- og klagesystem – målet er, at det bliver lettere for borgerne at finde rundt i systemet, og at der sker en systematisk opfølgning på borgernes klager.

En prioriteret rengøringsindsats – målet er, at rengøringen bliver tænkt ind som en del af kerneydelsen på ældreområdet.

Klarere rammer for private aktører – målet er at skabe bedre samarbejde mellem sundheds- og ældrevores instanser samt at sikre, at man ikke kan tjene uforholdsmæssigt mange penge på ældreomsorg.

Et håb

Jeg håber, at du vil tage godt imod vores analyser og overvejelser om en ny retning for ældreplejen.

Notaterne kan læses hver for sig, så det er muligt alene at dykke ned i de emner, du er særligt interesseret i. Der vil komme bidrag om flere emner i løbet af efteråret, blandt andet om faglig ledelse.

Det er helt afgørende at vi i fællesskab udvikler og afprøver nye løsninger.



Torben Hollmann
Sektorformand for social- og sundhedssektoren

Notat: Bæredygtige mindre enheder i hjemmeplejen

En god hjemmepleje kræver tætte relationer mellem hjælper og borger. Mange forskellige hjælpere kan skabe utryghed hos den enkelte borger. Desværre er store enheder og mange medarbejdere i hjemmet ofte virkeligheden i den danske hjemmepleje. Det er med til at give en stresset hverdag for både medarbejdere og ældre borgere.

Fremtiden ældrepleje skal have mere nærvær og nærhed. Derfor kigger mange kommuner i dag til Holland og organisationen Buurtzorg, som gennem de sidste 10 år har udviklet en model, som netop har fokus på omsorg og kontinuitet i relationen.

I dette notat beskrives først ældreområdet organisering i dag, samt de problemer der ligger heri. Derefter beskrives Buurtzorg-modellen og forsøget på at oversætte den til en dansk virkelighed. Til sidst beskrives FOAs forslag til en ny model for mindre teams i form af nye mini-hjemmeplejedistrikter.

Væsentligste pointer

- Udviklingen af ældreplejen lader sig i disse år inspirere af den Hollandske model, Buurtzorg, men den kan ikke overføres til danske forhold én til én.
- Hver dag er ikke ens – derfor skal hjemmeplejen kunne være fleksibel og konstant tilpasse sig hverdagens udfordringer.
- Der skal etableres arbejdsfællesskaber i form af mini-hjemmeplejedistrikter eller lokale teams med fast normering, et geografisk optage-distrikt og en høj grad af selvbestemmelse.
- Minidistrikter bestående af lokale teams kræver en ny og stærk faglig ledelse.

Baggrund

Organiseringen af ældreområdet i dag

I dag er ældreområdet splittet op i et større eller mindre antal selvstændige budgetenheder: Visitation, sygepleje, genoptræning/rehabilitering, kommunal udførerenhed, plejecenter, private leverandører, hjælpemidler, madforsyning og eventuelt tøjvask/vaskeri. Kommunerne kan dertil vælge en større eller mindre geografisk opdeling på distrikter og områder. Ofte kan distrikter bemande flere hundrede medarbejdere.

Med så store enheder kan det være svært som medarbejder at finde ind i arbejdsfællesskabet. Mange forskellige personer er inde over den samme borger, og dialogen om borgeren sker ofte kun skriftligt.

Etableringen af større tværgående enheder skal derfor vejes op mod hensynet til nærhed, overskuelighed og selvbestemmelse målrettet den enkelte borgers behov. Hvis enhederne bliver for store, vil der være en tendens til at anvende standardløsninger og samtidig bruge uforholdsmæssigt mange ressourcer på selve styringen. Dette alene fordi styringsopgaverne bliver adskilt fra den faglige dagligdag – modsat målene med en nærhedsreform.

De større tværgående enheder skal derfor kombineres med udvikling af nye mindre arbejdsfællesskaber som bærende element for den daglige opgaveudførelse og -prioritering. Arbejdsfællesskaberne skal være tværfaglige og med et stort råderum i forhold til prioritering og opgavetilrettelæggelse.

I processen med at lave en ny organisering med mindre arbejdsfællesskaber er det relevant at se på Hollands Buurtzorg-model.

Buurtzorg – en hollandsk hjemmeplejemodel på vej til Danmark

"Humanity over Bureaucracy" er den bærende værdi for Buurtzorg. Og deres motto er "Først kaffe, så pleje og omsorg."

Buurtzorg er en 10 år gammel hollandsk hjemme- og sygeplejemodel, drevet frem af den private nonprofit virksomhed af samme navn. Buurtzorg's værdi og motto udtrykker meget klart organisationens overordnede mål om, at hjælpen skal tage afsæt i borgerens ønsker og ressourcer.

Buurtzorg betyder noget i retning af 'lokalområde omsorg'.

Buurt = Kvarter
Zorg = omsorg

Buurtzorg-organisationen består af selvstyrende teams, som har ansvar for (selv)ledelse og arbejdstilrettelæggelse internt. I Holland har Buurtzorg skåret ned på ledelse, administration og dokumentation – både som følge af en bevidst filosofi og som følge af det vidstrakte ansvar, der ligger i de selvstændige teams.

Ideen er, at medarbejderne får tid til at lytte til borgeren, lave et dagligt fagligt "bestik af situationen" og møde borgeren med de behov og ønsker, borgeren har netop denne dag. Medarbejdernes faglighed kommer i fokus og får mere plads på bekostning af krav til dokumentation og stram tidsstyring. Den grundlæggende tilgang er rehabiliterende og en motivation til den ældre om at være en del af lokalsamfundet. Derfor er der også en høj grad af involvering af frivillige og pårørende. I det hele taget er det vigtigt, at teamet er en del af det lokale bybillede – og derfor også forankret i et bestemt lokalområde.

Når ordningen har stor succes i Holland, skyldes det primært to ting:

- 1) *Fleksibilitet*: Teamet består af medarbejdere med forskellige faglige baggrunde (SOSU'er og sygeplejersker) med et højt fagligt grundniveau. Hjemme- og sygepleje er integreret, og der er fokus på at udnytte den fleksibilitet, der ligger i, at samtlige medarbejdere kan udføre det meste arbejde.
- 2) *Mindre administration*: Ved at skære udgifterne til administration ned til et minimum – ved at fjerne ledelseslag og reducere dokumentationskravene – har den hollandske organisation sparet midler, som kan gå til ekstra plejetid, herunder kaffesnakken før plejen.

Buurtzorg's succes i Holland kan også måles på organisationens store medarbejdertilfredshed. Organisationen udmærker sig bl.a. ved teamets store selvbestemmelse og ansvar, hvor gruppen leder og fordeler arbejdet mellem sig, og også har ansættelseskompetence.

Buurtzorg på dansk – lokale teams

I den hollandske kontekst fremstår Buurtzorg som et fuldt udbygget og velkonsolideret koncept, men der er udfordringer med at overføre modellen til andre lande. Selvom Buurtzorg er etableret i flere lande, har det vist sig svært at oversætte modellen til andre forhold end de hollandske.

Det gør sig også gældende i forhold til en dansk kontekst. De økonomiske og juridiske rammer i Holland er væsentlig anderledes end i Danmark, hvor bl.a. den danske BUM-model gør, at visitationen ofte er meget detaljeret og beskriver præcise opgaver/ydelser.

Men det har ikke holdt en række kommuner i Danmark fra at gøre forsøget og skabe deres bud på en dansk Buurtzorg model. 7 af de 31 projekter, som i december 2020 fik del i puljen "Omsorg og nærvær i ældreplejen", arbejder netop med Buurtzorg.¹ Samtidig var Buurtzorg et tilbagevendende emne i debatterne på Ældretopmødet 2020, og det personalepolitiske samarbejde Fremfærd Sundhed & Ældre (overenskomstsamarbejde mellem KL og de faglige organisationer) har i 2020 startet et projekt, som vil understøtte kommuner, der arbejder med Buurtzorg og lokale teams.² Endelig bliver der i regi af opfølgningen på Ældretopmødet 2020 set på de barrierer i visitationen og BUM-modellen, som kommunerne støder på.

Der er flere grunde til, at en række kommuner ønsker at drage erfaringer med en dansk Buurtzorg-model. Flere håber på at opnå mere attraktive arbejdspladser, hvor det i dag kan være svært at sikre fastholdelse og rekruttering. Samtidig kan et højere uddannelsesniveau i hjemmeplejens teams skabe højere kvalitet og effektivitet i plejen. Men ikke mindst ønsker kommunerne at skabe en god relation mellem medarbejdere og borgere og sikre større borgerindflydelse på hjælpen.

FOA støtter i meget høj grad op om kommunernes ønske om at sikre mere attraktive arbejdspladser og mere fokus på borger-medarbejderrelationen. Samtidig ser vi tre udfordringer i det fremtidige arbejde med Buurtzorg på dansk:

1. Kompetencer

I Danmark har vi generelt et højt uddannelsesniveau, men vi har samtidig et stort problem med, at der er så mange ikke-uddannede på området. Det bliver et problem, fordi det kræver et højt kompetenceniveau, når et mindre team skal udvise fleksibilitet.

2. Ledelse

I og med at det er lokale teams, så ændres den ledelsesmæssige rolle. Det kræver en høj grad af faglig ledelse og sparring.

3. Visitation

Hvis medarbejderne skal have mulighed for at tage bestik af situationen til hvert besøg hos de ældre, kræver det en anden form for visitation end en detaljeret opgaveliste. Man bør fx se på, hvordan man visiterer i forhold til rehabilitering.

Der skal tages højde for disse udfordringer, når der udvikles modeller for Buurtzorg-på-dansk.

¹ Sundhedsministeriet (2020): "Pulje på 245 mio. kr. til 31 konkrete projekter til omsorg og nærvær i ældreplejen bliver nu udmøntet"

² VPT (2020): Fremfærd Sundhed og Ældre styrker nytænkning på ældreområdet

FOAs forslag til mini-hjemmeplejedistrikter

FOA foreslår, at en bæredygtig organisering eksempelvis kan tage udgangspunkt i "mini-hjemmeplejedistrikter". De lokale minidistrikter kunne være rammestyrede frem for aktivitetsstyrede. Rammerne skal fastsættes efter den demografiske udvikling omsat i forventet antal borgere med behov for støtte inden for distriktet. Ressourcerne tildeles således til det enkelte distrikt i udgangspunktet efter en gennemsnitlig udgift per borger.

Ændringer i rammerne omsættes derfra efter en hovedregel for sammenhæng mellem den samlede normering og antal borgere. Andre hensyn, fx sociale forhold kan indgå i rammestyningen. Eksempelvis kan det betyde, at 12 medarbejdere har ansvaret for 60 borgere. Det er den størrelse, som Buurtzorg-modellen i Holland bruger. Fem ekstra borgere udløser en ekstra fuldtidsnormering mere – fem færre borgere betyder en normering mindre. Borgerne kommer som udgangspunkt fra det samme lokalområde, og derfor er de 12 medarbejdere også kendt i området. Men der skal være en praktisk fleksibilitet i forhold til, hvor faste de geografiske grænser er mellem mini-distrikterne, og det skal konkret besluttes, om der skal være en opdeling i ét eller flere arbejdsfællesskaber inden for distriktet.

Medarbejdernes faglige niveau skal ligge højt, så teamet bliver meget fleksibelt i forhold til opgavevaretagelsen. De tolv ansatte i minidistriktet fungerer som et arbejdsfællesskab, som disponerer opgaver imellem sig og håndterer dag til dag problemstillinger, midlertidige ændringer i de ældres behov for hjælp, diverse særlige forhold netop den dag, men også sygemeldinger, ferie og andet fravær i personalegruppen.

Boks. FOAs forslag til mini-hjemmeplejedistrikter

- **Mini-hjemmeplejedistrikter:** Der skal etableres arbejdsfællesskaber i form af mini-hjemmeplejedistrikter med fast normering, et geografisk optage-distrikt og en høj grad af selvbestemmelse.
- **Størrelse:** Teams bestående af ca. 12 medarbejdere med ansvar for ca. 60 borgere (fleksibelt i forhold til lokale forhold, plejetyngde osv.).
- **Økonomi:** Rammestyning af de små distrikter, men med skelen til bl.a. sociale forhold.
- **Lokal forankring:** Medarbejderne er kendt i lokalområdet.
- **Arbejdsfællesskab:** Højt fagligt niveau blandt medarbejderne og fleksibel opgavevaretagelse.
- **Visitation:** En mere nær visitation med større råderum og fleksibilitet.
- **Faglig ledelse:** Større ansvar og fleksibilitet for medarbejderne må ikke betyde mindre ledelse. Der er stort behov for faglig sparring og en ledelse, der har medarbejdernes ryg.

Referencer

Sundhedsministeriet, 2020: "Pulje på 245 mio. kr. til 31 konkrete projekter til omsorg og nærvær i ældreplejen bliver nu udmøntet", <https://sum.dk/nyheder/2020/december/pulje-paa-245-mio-kr-til-31-konkrete-projekter-til-omsorg-og-naervaer-i-aeldreplejen-bliver-nu-udmoentet>

VPT (2020): "Fremfærd Sundhed og Ældre styrker nytænkning på ældreområdet", <https://vpt.dk/sundhed/fremfaerd-sundhed-og-aeldre-styrker-nytaenkning-paa-aeldreområdet>

Notat: Økonomisk styring på ældreområdet – skitse til en ny model

FOA skitserer her nogle principper for bedre økonomistyring på ældreområdet.

Bedre økonomistyring på ældreområdet skal kort fortalt fremme en god ældrepleje. Herunder give plads til kvalitetsforbedring og en optimal anvendelse af de allokerede medarbejderressourcer til gavn for borgerne. FOAs udgangspunkt er, at dette mål kun kan opnås ved samtidig at sikre et godt arbejdsmiljø og gode vilkår for den enkelte medarbejder.

FOAs forslag skal hver især konkretiseres og ikke mindst balanceres mellem forskellige hensyn. Der er således ikke tale om en færdig model, men alene om nogle ideer og principper, der forhåbentlig kan være til inspiration i en konkret udmøntning.

Først beskrives den gældende økonomistyring på ældreområdet samt de problemer, som styringen medfører. Derefter præsenterer FOA en række mulige veje til at ændre den nuværende økonomistyring.

Væsentligste pointer:

- I dag medvirker økonomistyringen ofte til bureaukrati og ressourcespild, til usikkerhed og nedskæringer med fokus på budgetoverholdelse frem for kvalitetssikring og til formelle krav til organisering og opdeling, der vanskeliggør tværgående udvikling og samarbejde.
- Fokus er ikke i tilstrækkelig grad på borgerne. I stedet er opbygget et system, der bygger på økonomiske incitamenter om maksimal "indtjening" i forhold til omkostninger.
- FOA har følgende forslag til en bedre økonomistyringsmodel:
 1. *Demografisk styret budgetmodel:* Det samlede budget til ældreområdet skal reguleres efter den reelle udvikling i udgiftsbehovet i takt med befolkningsudviklingen. Det gælder både for den samlede kommunale ramme og for budgettet i den enkelte kommune. Der skal også være plads til kvalitets- og serviceforbedringer.
 2. *Det samlede kommunale budget er backup:* Det enkelte udvalgsområde skal ikke bære hele den økonomiske usikkerhed ved at blive tvunget til at omprioritere mellem opgavemæssigt adskilte udgiftsområder. Det samlede kommunale budget bør komme i spil, hvis et af opgaveområderne skal (om)prioriteres.
 3. *Integreret ældrepleje i bæredygtige budget-enheder:* Jo mere integreret opgaverne er organiseret, jo mere økonomisk robuste vil de enkelte enheder blive. Dermed vil man kunne målrette indsatsen til borgernes behov og ønsker uden at sætte budgetsikkerheden over styr.
 4. *Lokale arbejdsfællesskaber med samlet ansvar for borgerne:* Større tværgående og økonomisk bæredygtige enheder kan med fordel kombineres med udvikling af nye, mindre arbejdsfællesskaber/arbejdsteams som bærende element for den daglige opgaveudførelse og -prioritering.

Bedre økonomistyring skal tage fat i ét eller flere af følgende problemer:

- Aktivitetsstyringen i hjemmeplejen har i dag skabt et u hensigtsmæssigt system, hvor enkeltydelser helt ned på minuttet er kommet i fokus, frem for fokus på borgeren og det behov, som borgeren har i den konkrete situation.
- Den traditionelle (ramme)styringskæde bliver brudt med en model for aktivitetsstyring, men kun på dele af ældreplejen. Det kan i sig selv skabe budgetusikkerhed, at enheder på samme niveau i styringskæden bliver styret meget forskelligt.
- Budgettildelingsmodellen kan samlet virke uigennemskuelig, og ansvaret vil derfor være uklart fordelt mellem de forskellige led i styringskæden (centrale tværgående enheder, faglige centre og institutioner).
- Budgetfremskrivning og -regulering er ofte uklart præsenteret og virker uigennemsigtigt, særligt i forhold til håndtering af den demografiske udvikling. Og der bliver alt for ofte ikke taget hensyn til den reelle udvikling i udgiftsbehovene.
- De udførende enheder er ofte adskilt på kryds og tværs af rent økonomisk-styringsmæssige hensyn uden faglig begrundelse. Det skaber barrierer for en optimal ressourceudnyttelse.
- Ældreplejen er økonomisk og styringsmæssigt integreret med det specialiserede socialområde, men fagligt og opgavemæssigt adskilt. Det medvirker ofte til unødvendig økonomisk usikkerhed.

Det er problemer, der samlet skaber en presset hverdag for medarbejderne, hvor fokus er på overholdelse af planer og budgetter frem for på borgeren og fagligheden. Borgerne er ikke i centrum. Det skal der gøres op med.

Det er FOAs påstand, at der ikke i større omfang er lovgivningsmæssige barrierer for at ændre økonomistyringen på området. Trods en række krav såvel efter Serviceloven som efter Sundhedsloven, herunder regler om frit valg efter serviceloven, og trods de generelle lovregler for styring af den kommunale forvaltning, er det i høj grad op til den enkelte kommune at fastsætte rammer for økonomistyring og organisering på ældreområdet. I forhold til fritvalgsområdet er der dog nogen usikkerhed om, hvorvidt de nuværende lovkrav vil gøre det vanskeligt – men dog næppe umuligt – med en ændring som skitseret nedenfor.

Uanset ændret økonomistyring vil muligheden for at levere en bedre kvalitet dog fortsat være meget afhængig af de samlede rammer for området, herunder den samlede regulering som følge af befolkningsudviklingen.

Den gældende økonomistyring af ældreområdet

Kommunerne er i dag grundlæggende rammestyrede. Det betyder, at den samlede kommunale finansiering kan anvendes til alle de opgaver, som en kommune kan og skal løse i henhold til lovgivningen eller kommunalfuldmagtsreglerne (ikke lovfastsatte opgaver).

Finansieringen og fordelingen heraf er afhængig af de bagvedliggende vilkår – demografi, indkomst, sociale udfordringer, geografi m.v. Men rammen er samlet fastsat politisk via finanslov og økonomiaftaler med kommunerne.

Den enkelte kommune har en samlet budgetramme, som i vedtagelsen af det kommunale budget bliver delt op i forskellige aktivitetsområder (bevillinger). Generelt er hele sundheds-, social- og ældreområdet oftest rammestyret via én samlet bevilling. I nogle tilfælde dækker denne ramme – stort set – alle udgifter på området. I andre tilfælde ”gemmer” kommunen dele af budgettet på tværgående bevillinger, der senere kan flyttes til aktivitetsområderne (fx reserve til demografiregulering) eller udmøntes centralt og tværgående (fx bygningsvedligeholdelse, bilpark o.a.).

Det politiske sektorudvalg har et overordnet ansvar for hele deres samlede udvalgsområde – der som ofte inkluderer både social- og handicapområdet og nogle gange også sundhedsområdet.

Kommunerne anvender forskellige budgetmodeller for blandt andet **fremskrivning** af de enkelte dele i budgettet, og tilsvarende forskellige budgetmodeller for, hvordan og hvornår en politisk prioritering indgår.

Den lokale og opgavenære budgetstyring

På de overordnede bevillingsniveauer er der næsten altid rammestyret. Men længere nede i den økonomiske styringskæde er der også aktivitetsbaseret økonomi.

Ældreområdet er splittet op i et større eller mindre antal selvstændige enheder med ansvar for hver deres del af det samlede budget: Visitation/bestillerenheden, sygeplejen, genoptræning/rehabilitering, kommunale udførerenhed i hjemmeplejen, plejecentrene, private udførere i hjemmeplejen, hjælpemidler, madfor- syning og eventuelt tøjvask/vaskeri. Kommunerne kan dertil vælge en større eller mindre geografisk opde- ling af ansvaret på distrikter og områder. Der er en del variation mellem kommunerne i uddelegering af det økonomiske og ledelsesmæssige ansvar og i organiseringen mellem opgaveområderne.

Borgere, der modtager praktisk hjælp, personlig pleje og/eller madservice i eget hjem, har frit valg af leve- randør, hvorfor der både er kommunale og private leverandører på hjemmeplejeområdet. På plejebolig- området findes både kommunale, private og selvejende plejecentre. Denne organisering mellem offentlig og privat er med til at sætte rammer for den økonomiske styring.

Hjemmeplejen styres normalt ved, at den bevilgende enhed (visitationen/bestilleren) har en rammebevil- ling. Den udførende kommunale enhed vil, som de private aktører på området, få afregning for de bestilte – eller leverede – ydelser (normalt opgjort i timer) leveret i de ældres hjem. Dermed er den udførende enhed i den såkaldte BUM-model (bestiller-udfører-modtager model) som udgangspunkt aktivitetsstyret. Udfører- enheden kan dog have en større eller mindre del af budgettet reguleret som et rammebudget, eksempelvis udgifter til ledelse, bygninger og biler. Teoretisk kan afregningen også ske via andre afregningsmodeller end via timebaseret aktivitet. Det har været muligt siden omlægning af kravene i fritvalgsmodellen i 2013. I praksis følger kommunernes afregning på fritvalgsområdet dog fortsat en time- og ydelsesmodel.

Det helt overordnede problem ved aktivitetsstyringen er, at den udmåles efter enkeltydelser og ned på mi- nutter til hver enkelt ydelse. Det udfoldes i en køreliste til medarbejdere, hvor man får x minutter til de

forskellige ydelser, som borgerne er visiteret til. I en presset hverdag skaber det et alt for stort fokus på de enkelte ydelser frem for på borgerens konkrete behov, som jo kan variere fra dag til dag. Det skaber stress og frustrationer hos medarbejderne, og det reducerer kvaliteten af hjælpen til borgerne.

Der er gjort en del forsøg på at opbløde denne styring og fx indskærpe, at minutterne er udtryk for et gennemsnitsmål og dermed vejledende i det daglige arbejde. Det er lidt vanskeligt at sige, i hvor høj grad denne opblødning er udbredt i kommunerne. Men ud fra tilbagemeldinger til FOA tyder det på, at der mange steder bliver holdt fast i en ret stram minutfordeling også i det daglige arbejde.

En eventuel opblødning af den interne tids- og aktivitetsstyring skal også holdes op mod kommunernes behov for at kunne håndtere de eksterne leverandører på fritvalgsområdet. Kommunerne skal dels kunne føre kontrol med leveringen af de visiterede ydelser og dels kunne håndtere borgernes ret til at skifte leverandør fra den ene dag til den anden. Samlet betyder det fortsat bindinger på styringsmodellen.

Et andet problem ved aktivitetsstyringen er, at budgettet kan svinge hurtigere end udgifterne kan følge med. I perioder vil der være for mange udgifter til personaletimer og andre for få, da personalet – heldigvis – ikke kan reguleres efter behovet fra uge til uge eller fra dag til dag. Tilsvarende vil de samlede udgifter være afhængig af andre faktorer, som enheden kun delvist og indirekte har indflydelse på (til- og afgang af medarbejdere, sygefravær m.v.).

Der bliver en konflikt mellem flere hensyn: På den ene side budgetoverholdelse og på den anden side robusthed i forhold til udsving i udgifterne og ønsker om at minimere usikkerheden for den enkelte medarbejder (jobsikkerhed, fuldtidsstillinger m.v.) og for den enkelte borger (samme eller få hjælpere møder borgeren, og der er sikkerhed for samme hjælp hver gang).

Plejecentrene og hjemmesygeplejen er i højere grad rammestyrer. Som udgangspunkt alene med en årlig budgetregulering, men dog med mulighed for budgettilpasninger på baggrund af halvårs- og kvartalsrapporter. Den årlige regulering følger forskellige principper i de enkelte kommuner. Ligeledes er der en del variation mellem kommunerne i forhold til den budgetmæssige og ledelsesmæssige organisering mellem områder, herunder ved håndteringen af snitfladen mellem hjemmesygepleje og hjemmepleje jf. VIVEs analyse af økonomisk styring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløb (2020).

Det er generelt lettere at rammestyre plejehjem: På et plejehjem er der x boliger som du kan tildele en normering. Det er ret stabilt. Presset kan øges af sygdom (fx infektioner) eller mange terminale borgere. Men udsvinget i ressourcebehov over året er begrænset.

I hjemmeplejen er leverancerne mere forskellige, fordi hjemmeplejen både har stabile borgere med samme hjælpebehov og meget syge borgere i alle aldre, der netop er udskrevet fra hospital, skrantende borgere og terminale borgere. Der er sæsonudsving og tilfældige udsving. Hvis der i løbet af et år kommer fem ekstra borgere med højt plejebenhov i stedet for fem "lette", så er en fast ramme ubrugelig. Der skal tilføres flere ressourcer.

Men selv på plejehjem er en rigid rammestyring alligevel hverken mulig eller ønskelig. Der er behov for at kunne have dialog om behov for tillægsbevillinger m.v. og der er behov for relativt store enheder for at opnå en tilstrækkelig robust økonomi.

Ideer og principper til bedre økonomistyring af ældreområdet

FOA foreslår, at nedenstående ideer og principper bør indgå i en videreudvikling af økonomi- og budgetstyring af ældreområdet.

Uanset valg af model for den samlede økonomistyring kan der være både fordele og ulemper, der skal vejes op mod hinanden. Under hvert punkt er opsummeret nogle af de overvejelser, der bør indgå i udformningen af den konkrete model.

Der er således ikke tale om et forslag til en nøglefærdig ny økonomistyring. Men alene om ideer og principper, der kan indgå i en videreudvikling mod en bedre økonomistyring.

1. Demografisk styret budgetmodel

Det samlede budget til ældreområdet skal reguleres efter den reelle udvikling i udgiftsbehovet i takt med befolkningsudviklingen.

Det gælder både for den samlede kommunale ramme og for budgettet i den enkelte kommune. Der bør ske en regulering af den samlede ramme for området, som følger de reelle, aldersbetingede udgiftsbehov for alle de opgaveområder, hvor efterspørgslen påvirkes af alderssammensætningen i befolkningen.

Derudover skal der tages hensyn til udviklingen i opgave- og ansvarsfordelingen mellem det regionale sundhedsvæsen og kommunerne, og til de udefrakommende krav og vilkår i øvrigt (den teknologiske udvikling, specifikke mål- og kvalitetskrav i lovgivningen mv.).

Der skal herigennem være plads til kvalitets- og serviceforbedringer. Det skal sikre, at den offentlige ældrepleje kan følge med den generelle velstandsudvikling i samfundet. En velstandsudvikling, der blandt andet kan give plads til genopretning af ældreplejen efter mange års nedskæringer.

Fordelene ved en automatisk og mere dækkende regulering for den demografiske udvikling i den kommunale budgetlægning vil være øget budgetsikkerhed på området i forhold til sammenhæng mellem opgaver og ressourcer. Samtidig kan der være en sikring af, at udviklingen på området følger med samfundsudviklingen. **Ulempen** vil være, at man kan "låse" området til en fast (fælles national?) standard (et minimumsniveau), og dermed måske fratage incitamentet til en konkret politisk prioritering. Ulempen kunne også være, at man fjerner incitamentet til udvikling og effektivisering på området.

2. Det samlede kommunale budget er backup

Der er ingen saglige argumenter for, at det enkelte udvalgsområde skal bære hele den økonomiske usikkerhed ved at blive tvunget til at omprioritere mellem opgavemæssigt adskilte udgiftsområder.

På social- og sundhedsområdet er der erfaringer med forskellige modeller for opgave- og udvalgsstrukturen, der skal afspejle fælles udfordringer og et samlet tværgående ansvarsområde. Men særligt social- og sundhedsområdet dækker fortsat opgaver, som ikke naturligt hænger sammen økonomisk.

Det samlede kommunale budget bør i lige så høj grad komme i spil, hvis et af opgaveområderne skal (om)prioriteres. Blot fordi et politisk udvalg har fået ansvaret for flere opgaveområder, er "deres" økonomi ikke adskilt fra resten af kommunen. Der er i langt højere grad behov for (at vende tilbage til) et fælles ansvar for den samlede økonomi i kommunen.

Fordelen vil være, at "hovsa"-besparelser kan undgås ved at sprede ansvaret til hele kommunen.

Ulemper vil være, at det entydige politiske ansvar måske forsvinder, og at det kan gå ud over helt "uskyldige" områder, som ikke fra starten har haft indflydelse på prioriteringerne.

3. Integreret ældrepleje i bæredygtige budget-enheder

Jo mere integreret opgaverne er organiseret, jo mere økonomisk robuste vil de enkelte enheder blive. Dermed vil man kunne målrette indsatsen til borgernes behov og ønsker uden at sætte budget-sikkerheden over styr.

Integrationen kan både være mellem hjemmepleje, rehabilitering og sygepleje og mellem "udkørende" ydelser og "plejehjems"-ydelser.

Det fælles ledelsesmæssige og økonomiske ansvar skal kombineres med en faglig og indholdsmæssig integration for at større, tværgående enheder giver mening andet end på papiret. Der skal samtidig være en reel og systematisk dialog mellem de enkelte opgaveområder og den ledelse, der har ansvaret for hele områdets økonomi (politisk og/eller administrativt). Der kan eksempelvis etableres særlige koordineringsudvalg mellem enhederne med både ledere og medarbejdere.

Særligt en dialog/integration mellem visitations- og driftsopgaver (på tværs af det traditionelle skel mellem bestiller og udfører) kan medvirke til bedre ressourceudnyttelse, større indflydelse på eget arbejde og mindre utryghed om beskæftigelsen.

Fordele: Integrerede løsninger kan medvirke til bedre arbejdsmiljø og større jobtilfredshed med brede og sammenhængende opgaveområder også for den enkelte medarbejder. Samtidig minimeres utryghed og usikkerhed, fordi behovet for budgettilpasninger samlet set bliver mindre. Endelig kan integrationen medvirke til en mere effektiv ressourceudnyttelse fx ved at nedbringe behovet for eksterne vikarer.

Etableringen af økonomisk bæredygtige enheder skal vejes op mod hensynet til nærhed, overskuelighed og selvbestemmelse målrettet den enkelte borgers behov. **Ulemper** er, at hvis enhederne bliver for store, vil der være en tendens til at anvende standardløsninger og samtidig bruge uforholdsmæssig mange ressourcer på selve styringen. Det sker alene fordi styringsopgaverne bliver adskilt fra den faglige dagligdag. Samtidig kan øget jobsikkerhed ske på bekostning af mindre indflydelse på arbejdsbetingelser og opgavefordeling – i og med, at du ikke automatisk kan vælge opgaveområder til og fra.

4. Lokale arbejdsfællesskaber med samlet ansvar for borgerne

Større tværgående og økonomisk bæredygtige enheder kan med fordel kombineres med udvikling af nye, mindre arbejdsfællesskaber/arbejdsteams som bærende element for den daglige opgaveudførelse og -prioritering.

Arbejdsfællesskaberne kan være (tværfaglige) teams, der kan dække flere forskellige kompetencer og opgaver. Der er samtidig behov for, at de har et stort råderum i forhold til prioritering og opgave-tilrettelæggelse.

En løsning kunne **eksempelvis** tage udgangspunkt i **mini-hjemmeplejedistrikter** eller arbejdsfællesskaber – med et optageområde på i gennemsnit 55-60 borgere. Hvert arbejdsfællesskab kunne have en fast normering f.eks. på 12 personer, som også er den størrelse, Buurtzorg-modellen i Holland bruger.

Konkret besluttet opdeling og budgettildeling i forhold til arbejdsfællesskaberne inden for den større økonomiske (budget)enhed i en dialog mellem de enkelte fællesskaber og den tværgående ledelse (jf. VIVEs analyse af økonomistyringen, 2020).

Ressourcerne tildeles som udgangspunkt til det enkelte arbejdsfællesskab efter en gennemsnitlig udgift (=normering) per borger svarende til det samlede nettodriftsbudget for den samlede økonomiske enhed. Men den "automatiske" ramme tilpasses i dialog mellem enhederne til de reelle forhold og ændringer fra år til år. Dette kan eventuelt ske gennem en kontrakt- eller aftalebaseret styring (arbejdsgrundlag), som er fastsat for hvert enkelte arbejdsfællesskab af den ansvarlige leder. Blot forudsætter det, at en sådan "aftale" er et redskab til dialog, og ikke et redskab alene til kontrol.

Med andre ord er arbejdsfællesskaberne i princippet rammestyret frem for aktivitetsstyret. Udviklingen i rammerne fastsættes efter den demografiske udvikling, omsat i forventede behov for støtte inden for distriktet til et bestemt antal borgere, med tillæg for de øvrige behov for udgiftsvækst efter opgavefordeling, sociale og geografiske forhold, teknologisk udvikling mv.

Ændringer i rammerne omsættes efter en kommunalt fastsat hovedregel for sammenhæng mellem den samlede normering og antal borgere. Eksempelvis kan det betyde, at 12 medarbejdere har ansvaret for 55 borgere med et udgangspunkt om, at ressourcer og opgaver samlet skal give luft til at dække ind ved mindre ændringer i såvel fravær som opgaver. Groft sagt er den sidste stilling i reserve og kan på en god dag give ekstra service – på en dårlig dag dække huller ved fravær og/eller ekstra behov. Fem ekstra borgere udløser således én ekstra fuldtidsnormering – Fem færre borgere betyder én normering mindre. Andre hensyn fx forskelle i sociale forhold eller forventet plejetyngde kan indgå i den samlede rammetildeling. Hvis fx der er tale om særligt dårligt stillede borgere, kan en ændring på fx tre borgere udløse en tilsvarende ændring i normering/budget og grundbudgettet også være tilsvarende større pr. borger (pr. modtager af hjemmepleje m.v.).

Fordelene ved den decentrale model baseret på arbejdsfællesskaber er større fleksibilitet og selvbestemmelse for den enkelte borger og de enkelte medarbejdere, der i fællesskab prioriterer og

tilrettelægger dagligdagen. Den større medbestemmelse på eget arbejde giver samtidig et bedre arbejdsmiljø generelt og herunder mindre sygefravær. Samlet giver det bedre ressourceudnyttelse og i sidste ende mere velfærd for pengene.

Ulemper kan opstå med skæv udvikling i belastning og kvalitet, som vi kender det fra børneområdet. Det medvirker til, at det kan være svært at fastholde ensartet service på tværs af grupperne. Samtidig kan de mange små enheder gøre det vanskeligt at have overblik over området. Med 1100-1200 brugere bliver det rigtig mange enheder i én kommune. Og endelig er det oplagt, at små enheder er mere følsomme overfor udsving i opgaverne, hvis de som udgangspunkt skal have deres eget ramme budget.

Det betyder blandt andet, at de små enheder med 12 medarbejdere er for små ud fra en rent budget- og styringssynsvinkel (men samtidig den maksimale størrelse for et arbejdsteam). Der vil således være behov for nærmere at afklare den økonomiske og ledelsesmæssige sammenhæng til de større tværgående budgetenheder (jf. punkt 3 ovenfor). Herunder også, hvordan det daglige ledelsesansvar skal håndteres.

I enheder med en stor grad af selvorganisering er det særligt vigtigt med klare spilleregler og forventningsafstemning i forhold til ansvars- og kompetencefordeling mellem lederen med budgetansvar, arbejdsteamet og den enkelte medarbejder. Det gælder blandt andet i forhold til forventninger om fleksibilitet i dagligdagen: Kan borgernes behov og ønsker for eksempel få større vægt i forhold til arbejdstiderne?

Referencer

VIVE: Økonomisk styring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløb, 2020

VIVE: Kommunernes brug af demografimodeller på ældreområdet, 2020

§17, stk. 4 udvalg i Ikast-Brande Kommune om forsøgsprojekt på ældreområdet (med tilhørende analyser)

Konsultationer med kommunale ledere og økonomimedarbejdere med erfaring indenfor ældreområdet.

Notat: Nær visitation

Den måde, som hjemmeplejen er opbygget og styret på, udfordrer kvaliteten på en række områder. Fx er den økonomiske og organisatoriske opdeling af visitation og udførende enheder kimen til et stort behov for dokumentation og korrespondance mellem niveauerne, en ikke så fleksibel hverdag hos den ældre og vanskeligheder ved at tilpasse personale til det visiterede behov.

Hvis en del af løsningen på disse problemer er, at hjemmeplejen organiseres i mindre lokalt forankrede teams med stor selvbestemmelse, fast normering og med stor borgerindflydelse, så kræver det også at kigge på den måde, vi visiterer i dag. En model der lægger sig op ad de principper, som den hollandske Buurtzorg model er bygget på.

Væsentligste pointer

- Fremtidens ældrepleje skal ikke have en skarpt opdelt organisering mellem visitation og udførende enheder.
- Fremtidens visitation skal ikke fokusere på enkelt ydelser, men visitere med mål for hjælpen.
- Fremtiden hjemmepleje skal have større råderum og fleksibilitet i opgaveløsningen, forankret i mindre lokale teams.

Visitationen og BUM-modellen som ramme for styringen af opgaverne i hjemmeplejen

Medarbejderne på ældreområdet arbejder i et komplekst arbejdsfelt. Udviklingen i sundhedsvæsenet og forholdet til den primære sektor, borgernes tilstand, det kommunale ældreområde, dets organisering og vendingen mod rehabilitering, forebyggelse, sundhedsfremme, tidlig opsporing etc. er alt sammen noget, som ledelse og medarbejdere skal forholde sig til i deres daglige arbejde.

Ældreområdet er reguleret af Serviceloven og Sundhedsloven. To lovgivninger som har meget forskellige tilgange til den ældre og vidt forskellige af forholde sig til som medarbejder.

Boks 1. I serviceloven er følgende paragraffer relevante for opgaverne på ældreområdet

§ 83 vedrører det der i daglig tale ofte kaldes hjemmehjælp. Dette rummer tre typer af service, som beskrives i stk.1:

” Kommunalbestyrelsen skal tilbyde 1) personlig hjælp og pleje, 2) hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og 3) madservice.”

§ 83 a kaldes rehabiliteringsforløb eller midlertidig hjemmehjælp, fordi der er tale om de samme tre services som i §83, blot givet midlertidigt med et rehabiliterende sigte:

Kommunen skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83, stk. 1.”

§ 84 vedrører to aspekter af aflastning: Stk. 1 vedrører borger i eget hjem:

”Kommunalbestyrelsen skal tilbyde afløsning eller aflastning til ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.”

Stk. 2 gælder ophold på midlertidige pladser:

”Kommunen kan tilbyde midlertidigt ophold til personer, der i en periode har et særligt behov for omsorg og pleje.”

§ 86 handler om træning, der ikke sker som følge af, at en borger har fået udarbejdet en genoptræningsplan fra et hospital:

” Kommunalbestyrelsen skal tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse.”

§ 88. Kommunen skal bevilge hjælpen ud fra en konkret og individuel vurdering. Kommunen skal behandle og træffe afgørelse ved alle anmodninger om hjælp.

”Kommunalbestyrelsen skal træffe afgørelse om tildeling af personlig hjælp og pleje m.v. efter dette kapitel. Kommunalbestyrelsen skal behandle anmodninger om hjælp efter § 83 ved en konkret, individuel vurdering af behovet for hjælp til de opgaver, som modtageren ikke selv kan udføre.”

Stk. 2. Tilbud efter § 86, som handler rehabilitering gives efter en konkret, individuel vurdering af træningsbehovet.

§ 89. handler om, hvordan borgeren får meddelelse om den hjælp de vil modtage, men der er ikke nogen krav om tidsangivelser, formulering

”I forbindelse med afgørelsen efter dette kapitel skal ansøgeren skriftligt oplyses om, hvilken hjælp der er bevilget. Kommunalbestyrelsen kan ved mindre, begunstigende justeringer i hjælpen undlade at fremsende en ny skriftlig oplysning herom til borgeren.”

§ 90. Hjælp efter §§ 83 og 86 skal leveres i overensstemmelse med den afgørelse, kommunalbestyrelsen har truffet efter §§ 88 og 89. Kommunalbestyrelsen skal sørge for, at den tildelte hjælp efter § 83 leveres inden for en rimelig frist, hvis leverandøren ikke kan overholde de aftaler, der i forbindelse med afgørelsen efter § 88, stk. 1, er indgået om levering af hjælpen.

Kommunale kvalitetsstandarder

Alle kommuner skal politisk fastlægge et bestemt serviceniveau inden for serviceloven. I praksis betyder det, at politikerne årligt skal godkende en kvalitets-standard for tilbud om hjemmehjælp, rehabilitering, genoptræning og vedligeholdelsestræning. Som en del af kvalitetsstandarder er en kommune forpligtet til at stille kvalitetskrav til den kommunale og den/de private leverandører, som afspejler kommunens serviceniveau, målsætninger og øvrige retningslinjer for, hvordan hjælpen skal udføres.

Hvis kommunen beslutter at ændre serviceniveauet, og det ændrede serviceniveau medfører ændringer i en borgers ret til ydelser, har den pågældende borger krav på en ny afgørelse baseret på en konkret og individuel vurdering af behovet for hjælp.

Bestiller- og udfører-model og frit valg

I servicelovens § 91 stilles der krav om til kommunerne om, at borgere, der modtager hjælp efter § 83 – i daglig tale hjemmehjælp – skal kunne vælge mellem to eller flere leverandører af denne hjælp, hvoraf kun den ene leverandør kan være kommunal.

I kommunerne opererer man derfor på servicelovsområdet med myndighedsopgaver, der løses af visitatorer. Deres opgave er at foretage den individuelle og konkrete vurdering af den enkelte borgers behov og dernæst træffe skriftlig afgørelse i henhold til serviceloven om evt. tildeling af hjælp. For at sikre uvildighed og armslængde er de visitatorer, som træffer afgørelse om tildeling af hjemmehjælp (ydelser efter § 83), adskilt organisatorisk fra de udførende medarbejdere, som er tæt på borgerne og leverer hjælpen. Blandt andet fordi det ligger i hele fritvalgsordningen, at den, der bestiller en opgave, skal være uvildig og ikke være tættere på nogen af de mulige leverandører end andre – dermed heller ikke tæt på de kommunale leverandører. Derfor er visitatorerne i myndighedsafdelinger oftest placeret fysisk helt adskilt fra

hjemmeplejen, og medarbejderne i visitationen holder en vis armslængde til de udførende medarbejdere i kommunernes hjemmepleje.

At kommunerne har den myndighed (visitationen), der træffer en afgørelse om tildeling af en given ydelse, og som dermed bliver bestiller af ydelsen fra de leverandører, der udfører ydelserne hos borgerne, har afgørende betydning for styringsmodellen. Denne model kaldes en Bestiller-Udfører-Model (BUM).

Sundhedsloven, som er det andet lovområde hjemmeplejen er reguleret af, er bygget grundlæggende anderledes op end Serviceloven, og tildeling og udførelse af ydelser efter sundhedsloven er tilsvarende meget forskellige. Sundhedsloven opererer slet ikke med samme stringente og lovgivningsbestemte adskillelse af bestiller og udfører. Denne forskel på service- og sundhedslov skaber grundlæggende forskellige rammer og udførelse af opgaverne.

Formålet med adskillelsen af bestiller og udfører er bl.a. at sikre ensartet serviceniveau, men også en gennemskuelig styring af økonomi og tildeling af ydelser i en kommune. Det skal sikre borgernes rettigheder, idet de har krav på en individuel og konkret vurdering og en skriftlig afgørelse efter serviceloven. Men modellen er med til at skabe de perspektivforskelle mellem medarbejderne i driften og visitatorer, som kan føre til oplevelser af unødigt skriftlig kommunikation og dokumentation, og som kan skabe endog meget forskellige opfattelser af, hvad en borger har behov for af ydelser. BUM-modeller kan fungere mere eller mindre godt i praksis. Men det er afgørende at forstå, hvad de betyder i praksis for både medarbejdere og borgere. Og at de har rødder i lovgivningen – ikke alene i kommunernes valg af organisering.

Dokumentation

Den måde hjemmeplejen, er opbygget og styret på, udfordrer kvaliteten på en række områder. Fx er den økonomiske og organisatorisk opdelingen af visitation og udførende enheder kimen til et behov for dokumentation og korrespondance mellem niveauerne, en ikke så fleksibel hverdag hos den ældre og vanskeligheder ved at tilpasse personale til det visiterede behov.

Med New Public Management, som BUM-modellen er et udtryk for, har kommunerne forsøgt at få kontrol med kompleksiteten, men det kan ikke lade sig gøre – det er et umuligt projekt. Og frem for at mindske kompleksiteten, så opbygges en ny kompleksitet i form af komplekse visitations- og styresystemer. Derfor er der behov for, at man arbejder ud fra kørerliste/opgavelister, Fælles Sprog 3 og forskellige it-baserede dokumentationsløsninger. Arbejdsredskaber som egner sig til at styre, hvilke ydelser der bliver givet og dokumenteret, at kommunen rent faktisk udfører de ydelser, som er bevilget.

Men modellen begrænser muligheder for at skrue lidt op og ned for hjælpen fra dag til dag i dialog mellem borgerne og medarbejderne. Det betyder, at mange medarbejdere ikke mener, at de bruger deres faglighed godt nok og ofte går fra hjemmet med en følelse af, at det ikke var den relevante hjælp, den ældre modtog. Samtidig oplever mange borgere ikke at have indflydelse på hjælpen i hverdagen.

Det overordnede dilemma er, at borgerne på den ene side har et retskrav i forbindelse med bevillingen af hjælp, hvor kommunen skal være sikker på, at den kommunale eller private leverandør udfører det arbejde, som de bliver betalt for. På den anden side bliver systemet til tider fastlåst i kørelister og detaljstyring,

sådan at dagligdagen bliver ufleksibel og systemet vinder over mennesket. Der er behov for at slægge på kontrolleren og opgive at kontrollere den samlede kompleksitet.

Udfordringerne for fremtidens ældrepleje visitation

For at skabe en bedre ældrepleje er der behov for at overveje en re-tænkning af visitationen og den måde, hjælpen bliver bevilget hjælp på, så opgaverne løses mere fleksibelt og i fællesskab med borgeren.

To områder skal udfordres:

1. *Hvor skarp skal de organisatoriske opdelinger mellem visitation og udførende enhed være. Skal adskillelsen være fysisk, organisatorisk og/eller økonomisk?*

Ved en skarp opdeling af visitation og udførende enhed skabes et behov for skriftlighed og dokumentation mellem de to enheder.

- a. Hvad er det for ydelser, den ældre har fået tildelt?
- b. Hvordan er penge flowet mellem enhederne?
- c. Hvordan er proceduren, hvis medarbejdere i den udførende enhed opdager ændrede behov hos den ældre?

2. *Hvor detaljeret skal tildeling af hjælp være i forhold til de ældres retskrav?*

Nogle kommuner laver de lovpligtige bevillingsskrivelser meget detaljeret på tid og enkeltydelser, hvor andre kommuner visiterer i pakker. Men der er generelt en vis usikkerhed omkring, hvor detaljeret en bevillingsskrivelse skal være. Skal en bevilling beskrive forskellige ydelser eller kan den, som det i en vis grad er tilfælde på rehabilitering, indeholde mål for ydelsen?

FOA har følgende forslag:

- Der skal være en løbende dialog, gerne på daglig basis, mellem visitation og udførende enhed – vi kalder det nær visitation.
- Vi skal væk fra enkeltydelsesvisitation og visitere mere i forhold til, hvad det er, man gerne vil opnå med hjælpen. Vi skal fx væk fra at visitere til 2 bade om ugen og i stedet visitere til 'at opretholde personlig hygiejne'. Dermed får medarbejderne og deres team et råderum til at afgøre, hvad der skal til for at hjælpe den ældre.
- Fremtidens ældrepleje skal have en mere gennemskuelig økonomi, som ikke er afhængig af, hvor udfyldt ydelseskataloget er.
- Området reguleres i hovedtræk af både serviceloven og sundhedsloven. Det skaber unødigt administration og registrering, og skaber forvirring for medarbejderne i forhold til at registrere arbejdet. En fælles lovgivning på ældreområdet kan være med til at afhjælpe dette.

Notat: Øget kvalitet i ældreplejen – større krav og mere sparring

I dette notat skitseres FOAs anbefalinger til, hvordan vi kan øge kvaliteten i ældreplejen. Først beskrives baggrunden for FOAs anbefalinger, herunder udvalgte rapporter og en kort beskrivelse af udviklingen på ældreområdet. Dernæst følger et afsnit om, hvad 'kvalitet' er, og hvad der er kvalitet for borgerne. På baggrund heraf beskrives det, hvad medarbejderne har brug for, hvis de skal levere den kvalitet, som borgerne selv efterspørger. Til slut er FOAs anbefalinger til, hvad arbejdspladserne og Sundhedsstyrelsen konkret kan gøre for at hæve kvaliteten i ældreplejen, samt hvordan vi i højere grad sikrer rette kompetencer til rette opgaver.

Væsentligste pointer

- **Bredt kvalitetsbegreb;** For FOA handler kvalitet både om fagligheden i de konkrete ydelser, der leveres (fx rengøring og sårbehandling), og kvalitet forstået som borgerens oplevede kvalitet og værdighed. Og det handler både om ydelser efter servicelov og sundhedslov.
- **Behov for mere systematik:** De borgere, som i dag er i kontakt med ældreplejen, har væsentligt mere komplekse behov end tidligere. Der er derfor behov for, at der sættes mere systematisk ind for at sikre kvaliteten i mødet mellem borger og medarbejder. Bl.a. skal der anvendes redskaber til at sikre den tidlige opsporing, og der skal være en mere systematisk tilgang til værdighed.
- **Tværfaglige møder omkring borgeren:** Alle arbejdspladser skal mindst én gang om ugen holde tværfaglige møder, hvor teamet gennemgår alle borgerne, og hvor der er rum for refleksion og sparring.
- **Kvalitetsramme:** Sundhedsstyrelsen skal stille krav til den kvalitet, der leveres i ældreplejen for at sikre, at kvalitetsarbejdet prioriteres tilstrækkeligt på alle arbejdspladser.
- **Rette kompetencer:** Der er i dag store forskelle på, hvilke opgaver social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere må udføre i forskellige kommuner. Sundhedsstyrelsen bør derfor i samarbejde med KL og FOA få kigget på, hvordan kompetencerne i højere grad udnyttes.

Baggrunden for FOAs anbefalinger

Som baggrund for FOAs anbefalinger er en lang række rapporter og undersøgelser. I det følgende fremhæves de væsentligste kilder.

I beskrivelsen af borgernes behov er vi i høj grad informeret af konsulenthuset PWC og Videnscenter for Værdig Ældreplejes rapporter om sårbare ældre i hjemmeplejen.³ Vi finder det især interessant, hvor meget det betyder for borgerne at have faste hjælpere. Rapporten omhandler kun hjemmeplejen, men selvom der er væsentlige forskelle på hjemmeplejen og plejehjemmene, vil mange af de ældres behov være de samme på tværs af de to sektorer. FOA har derfor ikke opdelt vores anbefalinger til hhv. hjemmepleje og plejehjem, omend vores anbefalinger vil skulle tilpasses til det enkelte arbejdssted.

³ PWC og Videnscenter for Værdig Ældrepleje: "Sårbare ældres møde med hjemmeplejen" samt "Løftestænger til udvikling af hjemmeplejen" (2021)

I forhold til strukturer og vilkår i ældreplejen samt social- og sundhedsmedarbejdernes roller og opgaver bygger vi i høj grad på rapporten om social- og sundhedshjælpere og -assistenter fra VIVE.⁴ Blandt andet finder vi konklusionerne om de ændrede opgaver på ældreområdet meget relevante, ligesom de store kommunale forskelle på social- og sundhedsassistenteres opgaver er værd at fremhæve.

Derudover henter vi meget viden direkte fra vores medlemmer, blandt andet igennem vores medlemsundersøgelser. Særlig relevant er undersøgelsen om medlemmernes indsats i forhold til tidlig opsporing.⁵

I forhold til vores konkrete anbefalinger er vi meget inspireret af det fælles udspil som opfølgning på Ældre-topmødet 2020 fra Helen Kæstel, Inge Kristensen, Kari Rose Holm og Sidsel Vinge. Ligesom forfatterne til dette udspil mener FOA, at Sundhedsstyrelsen skal spille en langt større rolle i forhold til den kommunale ældrepleje. Vi ser gerne, at Sundhedsstyrelsen stiller krav til den kvalitet, der leveres i ældreplejen. Det skyldes blandt andet at opgaverne i ældresektoren har ændret sig. Borgerne er i dag langt mere syge og svækkede, og det sundhedsfaglige fylder derfor væsentligt mere. Mange borgere, som tidligere ville være behandlet på sygehuset, får nu behandling i kommunen i stedet. Det stiller større krav til systematikken i den kommunale behandling og pleje.

En øget systematik i ældreplejen er også nødvendig, hvis vi skal gøre op med ulighed i sundhed. Vi ved fra Sundhedsstyrelsens egen rapport, at ulighed i sundhed er stigende, og det kræver politisk handling, hvis vi vil komme det til livs.⁶ Et væsentligt sted at sætte ind er at anvende redskaber til at opdage sygdom og mistrivsel i tide, særligt for de borgere, som ikke selv kan råbe op og heller ikke har stærke pårørende, der kan. En systematisk tidlig indsats kan være med til at holde flere ældre borgere ude af sygehusene. Det er til gavn for både de ældre og for samfundsøkonomien.

FOAs anbefalinger henter også inspiration i det arbejde, som Dansk Selskab for Patientsikkerhed har stået i spidsen for med forbedringsmodellen, 'I sikre hænder' mv. Denne systematiske tilgang til kvalitet har vist gode resultater. Det har ført til mere patientsikkerhed, men har også haft afledte effekter i form af øget arbejdsglæde og faglig stolthed. Projekterne har også vist, at systematisk brug af data kan opleves som meningsfuldt for medarbejderne, fordi de kan anvende data direkte i deres daglige arbejde.

Selvom FOA lægger op til en væsentligt større national rolle i forhold til kvalitetsudviklingen på ældreområdet, er det dog også nødvendigt, at der bliver plads til lokale forskelligheder og lokal iderigdom. Kvalitet er ikke one-size-fits-all. FOAs anbefalinger forsøger at finde denne balance mellem nationale krav og fortsat lokalt spillerum.

Udviklingen på sundheds- og ældreområdet i kommunerne

Der sker i disse år en voldsom udvikling i opgaverne på det kommunale sundheds- og ældreområde. Dette skyldes blandt andet ændringer i demografien og sygdomsbilledet, hvor vi i dag ser væsentligt flere (ældre) borgere med en eller flere kroniske sygdomme.

⁴ VIVE: "Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne" (2021)

⁵ <https://www.foa.dk/~media/faelles/pdf/rapporter-undersogelser/2021/tidlig%20opsporing%20pdf.pdf>

⁶ Sundhedsstyrelsen og SDU: "Social ulighed i sundhed og sygdom" (2020)

I VIVEs rapport om social- og sundhedsassistenter og -hjælpere beskrives flere væsentlige udviklingstendenser på ældreområdet:

- **Opgaveændringer** udspringer primært af den videnskabelige og teknologiske udvikling på sundhedsområdet, som gør det muligt at behandle flere, mere effektivt, og ofte også med mere skånsomme metoder. Derfor bliver mere hospitalsbehandling konverteret fra stationær til ambulans aktivitet, og (efter)behandling kan i stigende omfang foregå i hjemmet, hvilket påvirker de kommunale medarbejders opgaver. Konsekvensen er, at flere (og svagere) ældre i dag behandles, og at indlæggelsestiden forkortes. Det betyder, at kommunerne i stigende grad skal løse opgaver i relation til borgere, der tidligere enten ikke blev tilbudt (så meget) behandling, eller som i dag udskrives tidligere i behandlingsforløbet til (efter)behandling og pleje i kommunerne.
- **Opgaveøgning** er til dels en konsekvens af, at der bliver flere (behandlingskrævende) ældre, og at flere har kroniske lidelser. Men det skyldes også, at udviklingen i medicinsk teknologi muliggør behandling af flere sygdomme og mere skånsomme teknikker, som muliggør behandling af langt flere ældre og sygere patienter end tidligere. Den medicoteknologiske udvikling fører til opgaveøgning i alle sektorer, også i kommunerne, og dermed for hjælpere og assistenters opgaveløsning i hverdagen.
- **Opgaveglidning** fra det specialiserede sygehusvæsen til primærsektoren er ikke noget nyt fænomen, men i årene siden strukturreformen i 2007 er der kommet et øget fokus på omfanget og konsekvenserne af opgaveglidning. Opgaveglidning sker blandt andet som følge af opgaveøgning og opgaveændring kombineret med kortere indlæggelsesforløb og omlægning fra stationær til ambulans aktivitet på sygehusene. Det har også medvirket til, at opgaver er "gledet" fra sygehussektoren ud i primærsektorren. Der er tale om en lang række forskellige typer af opgaver: Alt fra postoperativ pleje af nyopererede, der udskrives efter stadig kortere indlæggelsesforløb; til pleje og efterbehandling af ældre medicinske patienter, der udredes og sættes i behandling langt hurtigere i dag.
- **Den rehabiliterende tilgang:** Hjælp til selvhjælp har i et eller andet omfang altid har været et kendt mantra i hjemmeplejen, men fokuset på rehabilitering er øget markant med indførelsen af rehabilitering på hjemmeplejeområdet i serviceloven (2015). For social- og sundhedsmedarbejderne i kommunerne betyder den udvikling, at de skal undergå en faglig forandring og arbejde anderledes end ved en kompenserende tilgang. De skal "samarbejde struktureret med borgeren om at finde dennes mål, de skal arbejde tværfagligt, og de skal arbejde med at aktivere borgeren i løsningen af opgaver fremfor at gøre opgaver for borgerne" (Sundhedsstyrelsen, 2017b). Som led i disse udviklinger sker samtidig en øget anvendelse af en lang række velfærdsteknologier. Nogle teknologier retter sig mod personalets opgaver, fx robotstøvsugere, mens andre interagerer mere direkte med borgeren, som fx selvskyllende toiletter eller skærmopkoblede borgerbesøg.

Samlet set betyder disse udviklingstendenser, at der stilles nye krav til medarbejderens faglighed og kompetencer. Der er derfor behov for, at der sættes mere systematisk ind for at sikre kvaliteten i mødet mellem borger og medarbejder.

Hvad er kvalitet?

FOA har et bredt kvalitetsbegreb. For os er kvalitet både fagligheden i de konkrete ydelser, der leveres (fx rengøring, sårbehandling og medicinering), og kvalitet forstået som borgerens oplevede kvalitet og værdighed (fx tonen over for borgeren, borgerens selvbestemmelse osv.).

Blikket på det hele menneske er afgørende, hvis borgerens signaler skal tolkes rigtigt. Fx kan en borgers urolige adfærd skyldes en urinvejsinfektion, men det kan også skyldes noget mere psykologisk, fx at borgeren ikke kan huske ugedagen. Det hele blik på borgeren er afgørende for at tolke borgerens signaler rigtigt.

Som beskrevet ovenfor er borgerne i ældreplejen i dag mere syge end tidligere, og deres behov er blevet væsentligt mere komplekse. Denne udvikling har ved med til at øge arbejdspladserne fokus på at sikre patientsikkerheden og sygeplejefagligheden. Dette har på mange måder været en positiv udvikling, men det kan risikere at flytte medarbejdernes fokus væk fra den hele borger, så der bliver for meget fokus på borgerens blodprocent i stedet for, hvordan borgeren faktisk har det. Heldigvis findes der også gode værktøjer, som har fokus på borgerens værdighed og selvbestemmelse.

Boks 1. Gode eksempler på kvalitetsredskaber til at sikre borgerens værdighed og selvbestemmelse

- **Den socialpædagogiske handleplan:** Udarbejdes ved borgere med en udfordrende adfærd (særligt på demensområdet). Her går relevante medarbejdere sammen og laver først en liste med de mulige årsager til adfærden (alle byder ind), med udgangspunkt i borgerens færdigheder og interesser. Herefter udarbejdes en handleplan for, hvordan man bedre kan støtte borgeren, fx ved at afspille bestemt musik eller foretage ændringer i dagsrytmen.
- **Livshistorier:** Udfyldes for alle borgere, der flytter på plejehjem eller begynder at få pleje i eget hjem. En medarbejder har en lang snak med borgeren om, hvem de er – deres hverdagsliv, familie, vaner, livshistorie osv. Ud fra det laves en handleplan for borgeren med de rutiner, som bedst støtter borgeren. Alle medarbejdere skal kende handleplanen. Fx kan der være en aftale om, at alle medarbejdere inden besøg hos en borger skal have læst handleplanen. Der kan også laves plancher om borgeren, som kan hænge i borgerens bolig. Det hjælper medarbejderen til hurtigere at danne en relation til borgeren, og mange borgere er glade for at kigge på og finde genkendelse i plancherne.

Kvaliteten foregår i mødet mellem borger og medarbejder

Det er væsentligt, at kvalitetsarbejdet starter hos borgeren. Hvad er kvalitet for borgeren, og hvilke forandringer vil komme borgeren mest muligt til gavn? Kvaliteten opstår i meget høj grad i mødet mellem borger og medarbejder. Så når vi ved, hvad der er kvalitet for borgeren, bør vi spørge os selv, hvordan vi bedst muligt hjælper medarbejderen til at skabe denne kvalitet. Dvs. hvad har medarbejderen brug for, for at kunne levere den ønskede kvalitet til borgeren?

Først når vi kender svarene på de to spørgsmål, kommer arbejdspladsen (kommunen/ledelsen) og de nationale myndigheder ind i billedet. Her må det centrale spørgsmål være, hvordan arbejdspladsen kan hjælpe medarbejderen med at hjælpe borgeren bedst muligt?

Boks 2. Tre spørgsmål om kvalitet

1. Hvad er kvalitet for borgeren?
2. Hvad har medarbejderen brug for, for at kunne levere den ønskede kvalitet for borgeren?
3. Hvilken rolle har arbejdspladsen (og de nationale myndigheder) i at sikre dette?

FOA kommer her med sit bud på, hvordan de tre spørgsmål kan besvares.

Hvad er kvalitet for borgeren?

Vi ved allerede meget om, hvad der er vigtigt for borgeren. Hvis vi spørger borgeren, vil de fleste nikke genkendende til, at følgende er vigtigt for dem:

- At jeg bliver set som **et helt menneske** med min egen historie, mine egne behov og ønsker.
- At det er **de samme personer**, som kender mig godt, der kommer i mit hjem.
- At jeg bliver mødt af personale med en **stærk faglighed**.
- At der er nogen, der **holder øje med mig** – om der fx sker en negativ udvikling i mit fysiske eller psykiske helbred.
- At der er mulighed for **at klare de små ting** - at hjælpe med at finde mine briller eller skifte en pære.
- At jeg **bliver lyttet til**, hvis jeg fx vil erstatte støvsugningen med en kaffesnak.
- At jeg **ved, hvornår personalet kommer** og også selv har indflydelse på tidspunktet.
- At jeg kan få en **sikker pleje og behandling**.
- At der er **én, der har det overordnede ansvar** for mig og min behandling.

Ældreplejen skal indrettes med udgangspunkt i borgerens ønsker og behov. Medarbejderne er først og fremmest optaget af, hvordan de kan skabe den bedst mulige kvalitet for borgerne. Men hvad har medarbejderne brug for, hvis kvaliteten skal øges?

Hvad har medarbejderen brug for, hvis de skal levere en høj kvalitet til borgerne?

Medarbejderne i ældreplejen har en stor faglig tyngde og leverer hver dag en kæmpe indsats for borgerne. Alligevel går mange medarbejdere med en oplevelse af, at de ikke kan levere den kvalitet, som de både selv og borgeren efterspørger. For at medarbejderne skal kunne levere en høj kvalitet, skal følgende være på plads:

- **”Vi ses i morgen”**: Der er behov for, at medarbejderne så vidt muligt ser de samme borgere. Kontinuitet gør, at medarbejderne lærer borgerne at kende og kan følge deres udvikling.
- **Konkrete redskaber til tidlig opsporing**: Nogle steder mangler systematikken i den tidlige opsporing, fx i form af skemaer. Hvis der ikke er systematik, er det kun dem, der råber højest, som bliver opdaget.
- **Fleksibilitet**: Der skal være mulighed for at tage hånd om de borgere, der har en dårlig dag og derfor har behov for lidt ekstra hjælp og støtte. Der skal være tillid til, at medarbejderen har fagligheden til at se, hvor behovet er størst den pågældende dag.

- **Faglig sparring:** Der skal være mulighed for at sparre med kolleger og ledere, både om en konkret borger og om svære problematikker og dilemmaer generelt. Det er vigtigt med faglig ledelse til fx at hjælpe medarbejderen med at prioritere sin tid eller med at håndtere borgere med komplekse behov.
- **Tværfaglig dialog og anerkendelse:** Der skal være et samarbejde på tværs af fagligheder, som kan se borgerne fra forskellige vinkler. Det kræver også anerkendelse af hinandens faglighed.
- **Fokus på kvalitet:** Arbejdspladsen skal have et (systematisk) fokus på kvalitet, hvor ny viden og metoder løbende indarbejdes i praksis. Kvalitet skal her forstås bredt som både de konkrete social- og sundhedsfaglige ydelser og borgerens værdighed mere bredt.
- **Tryghed og læringskultur:** Der skal være en tryghed for personalet til at stille spørgsmål til rutiner, og der skal være en åben kultur i forhold til at lære af fejl. Man skal fx ikke være bange for at påpege det, hvis man har lavet en fejl.
- **Klar ansvarsfordeling:** Det skal være klart for medarbejderen, hvem der har ansvaret for hvad omkring borgeren. Dette dækker over mere end bare at levere ydelserne på kørelisten. Det skal være klart, hvem der holder særligt øje med borgerens velbefindende, lytter til borgerens behov og koordinerer borgerens pleje og behandling.

Hvilken rolle har arbejdspladsen?

Alle arbejdspladser bør have et systematisk fokus på kvalitet. Det gælder både i forhold til at holde tværfaglige møder, anvende de nødvendige redskaber til at sikre et systematisk kvalitetsarbejde, let adgang til instrukser mv. I Boks 3 nedenfor skitseres FOAs anbefalinger til arbejdspladsernes kvalitetsarbejde.

Boks 3. FOAs anbefalinger til et systemtisk kvalitetsarbejde

Alle arbejdspladser i ældreplejen skal have fokus på den faglige kvalitet. Kvalitet skal forstås bredt. Det er både kvaliteten i de konkrete ydelser, der leveres (fx rengøring, sårbehandling og medicinering), og kvalitet forstået som borgerens værdighed (fx tonen over for borgeren, borgerens selvbestemmelse osv.).

For at sikre fokus på kvalitet skal følgende være opfyldt på hver arbejdsplads:

1. **Tværfaglige møder mindst én gang ugentligt:** På de tværfaglige møder gennemgår teamet alle borgerne, med særligt fokus på borgere med komplekse problemstillinger. Møderne skal også bruges til at drøfte mere generelle tematikker. Det kan fx være, hvis der er kommet nye retningslinjer omkring den sundhedsfaglige indsats, eller hvis medarbejderne har brug for faglig sparring til motivationsarbejdet. Møderne kan også bruges til at tale om de ting, der kan være psykisk hårde ved at arbejde i ældreplejen. Lederen deltager i møderne.
2. **Redskaber til tidlig opsporing:** Den enkelte arbejdsplads skal anvende redskaber for at følge med i borgernes udvikling. Det kan fx være habitualskemaer, Hjulet eller lignende. Det er nødvendigt for at sikre en systematik i den tidlige opsporing, hvor udviklingen hos de mest sårbare ældre også opfanges.

3. **Mindre teams omkring borgeren:** Kommunens og arbejdspladsens organisering skal tilgodese behovet for, at borgeren så vidt muligt ser de samme medarbejdere. Dette gælder særligt for de mest sårbare borgere. I hjemmeplejen kan det fx være en organisering i mindre teams. Særligt skal der være fokus på, at vikarer anvendes så lidt som muligt.
4. **Fleksibilitet og plads til faglighed:** Medarbejderne skal have mulighed for at tage hånd om de borgere, der har behov for lidt ekstra hjælp, fx fordi de har en dårlig dag. Der skal være tillid til, at medarbejderen har fagligheden til at se, hvor behovet er størst den pågældende dag. Organiseringen og arbejdstilrettelæggelsen skal sikre denne fleksibilitet.
5. **Faglig tovholder:** Der skal være én medarbejder, som har et særligt ansvar for borgeren, og som kan koordinere borgerens pleje og behandling. Det skal give borgeren tryghed og samtidig sikre en tydelighed omkring ansvarsfordelingen blandt medarbejderne.
6. **Systematisk tilgang til værdighed:** Værdighed er en del af alle ydelser, men skal også behandles og reflekteres over særskilt. Alle arbejdspladser skal have en systematisk tilgang, der sikrer borgerens selvbestemmelse i forhold til plejen, og at medarbejderen kender og forstår borgerens livshistorie, ønsker og behov. Det kan fx være igennem værktøjer som brug af livshistorier, den socialpædagogiske handleplan mv. (se Boks 1).
7. **Tryghed og læringskultur:** Alle arbejdspladser skal have fokus på at skabe en tryk og lærende kultur, hvor medarbejderne kan fortælle åbent om fejl eller kritisere en bestemt praksis, uden at frygte for at miste sit arbejde. Hvis dette ikke er tilfældet på arbejdspladsen, kan der bl.a. hentes hjælp fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.
8. **Patientsikkerhed:** Alle arbejdspladser skal arbejde systematisk med at sikre borgernes sikkerhed. Der skal være en systematisk og lærende tilgang til UTH'er, ligesom fx forbedringsmodellen kan anvendes til at forbedre patientsikkerheden i det daglige arbejde.
9. **Let adgang til instrukser:** Alle medarbejdere skal have mulighed for let at tilgå vejledninger i, hvordan bestemte situationer gribes an, fx øjendrypning eller tryksårsforebyggelse. Det kan være svært for medarbejderne at holde overblikket over de mange instrukser og kliniske retningslinjer på ældreområdet, særligt fordi der ofte sker opdateringer. Arbejdspladserne skal derfor sikre:
 - a. Let adgang til opdaterede vejledninger (fx med en app som MyMedCards).
 - b. At frontpersonalet bidrager til at opdatere vejledninger, så de giver mening i hverdagens praksis. Det skal ikke være en opgave alene for en kvalitetskonsulent.
 - c. Struktur for, hvordan medarbejderne løbende får at vide, at der er sket opdateringer.

Behov for en kvalitetsramme fra Sundhedsstyrelsen

Der er store forskelle på, hvor meget den enkelte arbejdsplads prioriterer kvalitetsarbejdet. Det gælder fx i forhold til at bruge kvalitetsredskaber systematisk, at bruge data aktivt og at udføre tidlig opsporing. Flere

steder er netop kvalitetsredskaberne noget af det, der spares væk, når kommunen ikke kan få økonomien til at hænge sammen.

I regi af opfølgningen på Ældretopmødet 2020 har Sundhedsstyrelsen selv foreslået, at der skal udarbejdes en kvalitetsramme for ældreområdet. Det er lidt uklart, hvad Sundhedsstyrelsen lægger i begrebet "kvalitetsramme", særligt i forhold til om det kun er nogle anbefalinger, eller om der også skal være krav.

FOA støtter op om, at Sundhedsstyrelsen udarbejder en kvalitetsramme. Den skal sikre et vist kvalitetsniveau og samtidig skubbe til en kvalitetsudvikling i kommunerne. Målet må være, at kvalitetsrammen bruges af alle, både ledere og medarbejderne, til at udvikle kvaliteten på deres arbejdsplads og i snitfladerne til andre instanser.

Hvis det skal have en effekt, er det helt afgørende, at kvalitetsrammen ikke kun indeholder løse anbefalinger, men derimod indeholder nogle faglige krav, som den enkelte kommune, hjemmeplejeenhed og plejecenter skal følge. Dette skal sikre, at kvalitetsarbejdet prioriteres alle steder, og at alle får indsamlet den nødvendige data til at få skabt bedre sammenhæng for borgeren.

FOA anbefaler, at kvalitetsrammen indeholder punkterne fra Boks 3 ovenfor.

For FOA er det afgørende, at slutbrugerne fra start tænkes ind, når kvalitetsrammen udarbejdes. FOA anbefaler derfor, at Sundhedsstyrelsens kvalitetsramme udformes på en måde, så den "uden oversættelse" kan bruges af frontpersonale. Dvs. at den skal findes i en kort udgave, som er konkret og praksisnær. Denne tilgang vil have flere fordele:

- Kvalitetsrammen vil kunne bruges af medarbejderne til at lægge et fagligt pres på deres ledelse, hvis de oplever, at dele af kvalitetsrammen ikke opfyldes.
- Kvalitetsarbejdet vil i højere grad blive forankret helt ude ved borgeren, frem for på et skrivebord.
- Medarbejderne vil i fællesskab på hver arbejdsplads kunne bruge kvalitetsrammen til at drøfte kvalitetsudvikling, herunder også organisering og metoder. Det vil give et fælles ejerskab til kvalitetsudviklingen.

Det er helt afgørende, at kvalitet og kvalitetsudvikling sættes på dagsordenen, ikke kun på ledelsesniveau, men helt ude ved medarbejderne. FOAs anbefaling om dels at udarbejde en kort udgave af kvalitetsrammen samt anbefalingen om ugentlige tværfaglige møder skal ses i dette lys.

Rette kompetencer til rette opgaver

Der er meget store kommunale forskelle i fordelingen af sygeplejeopgaver (opgaver efter sundhedsloven). Nogle steder løser social- og sundhedsassistenter næsten kun plejeopgaver efter serviceloven, mens de andre steder stort set kun løser sygeplejeopgaver efter sundhedsloven.

Dette er beskrevet i VIVE-rapporten om social- og sundhedshjælpere og -assistenter (s. 8):

Kommunernes kompetenceskemaer udstikker rammerne for, hvilke sundhedslovsopgaver, hjælpere og assistenter må løse i praksis. Både i form, opbygning og til dels indhold er kompetenceskemaerne forskellige. Fælles er, at hjælpere har kompetence til at udføre elementære opgaver i stabile og kendte forløb, der ofte ligger i forlængelse af plejeopgaverne, og at assistenter løser grundlæggende sygeplejeopgaver i stabile og delvist forudsigelige forløb. Assistenter har kompetence til at udføre langt flere sundhedsopgaver end hjælpere. Men en central pointe er variationen i opgavefordelingen på tværs af kommuner, som betyder, at hvilke sundhedslovsopgaver, assistenter og hjælpere løser i praksis, afhænger af, i hvilken kommune de er ansat.

Helt konkret betyder det, at en social- og sundhedsassistent må udføre fx medicindosering og kateterpleje i én kommune, men at denne opgave tages fra vedkommende, hvis personen skifter kommune.

I en tid med rekrutteringsudfordringer og et personale, der er udfordret på tid, er det helt afgørende, at vi får udnyttet personalets kompetencer til fulde. Én af grundene til, at dette ikke sker alle steder, kan være, at nogle ledere og kommuner ikke ved ret meget om, hvad social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere er uddannet til, og hvilke forskelle der er mellem de to uddannelser.

FOA anbefaler derfor, at arbejdspladserne får set deres egen praksis og kompetenceprofiler igennem i forhold til, om de får udnyttet kompetencerne tilstrækkeligt. Derudover anbefaler FOA, at Sundhedsstyrelsen i samarbejde med KL og FOA får kigget på, hvordan både social- og sundhedsassistenternes og social- og sundhedshjælpernes kompetencer i højere grad udnyttes bedst muligt.

Referencer

Dansk Selskab for Patientsikkerhed: "I sikre hænder" – www.isikrehænder.dk

FOAs medlemsundersøgelse om tidlig opsporing - <https://www.foa.dk/~media/faelles/pdf/rapporter-undersogelser/2021/tidlig%20opsporing%20pdf.pdf>

Sundhedsstyrelsen og SDU: "Social ulighed i sundhed og sygdom" (2020)

PWC og Videnscenter for Værdig Ældrepleje: "Sårbare ældres møde med hjemmeplejen" samt "Løftestænger til udvikling af hjemmeplejen" (2021)

VIVE: "Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne" (2021)

Notat: Et nyt tilsyns- og klagesystem – det skal være lettere at være borger

I dette notat gennemgås først det nuværende klage- og tilsynssystem. Derefter opridses FOAs mål for klage- og tilsynssystemet på ældreområdet, og på baggrund heraf FOAs konkrete forslag til ændringer i det nuværende klage- og tilsynssystem.

Væsentligste pointer:

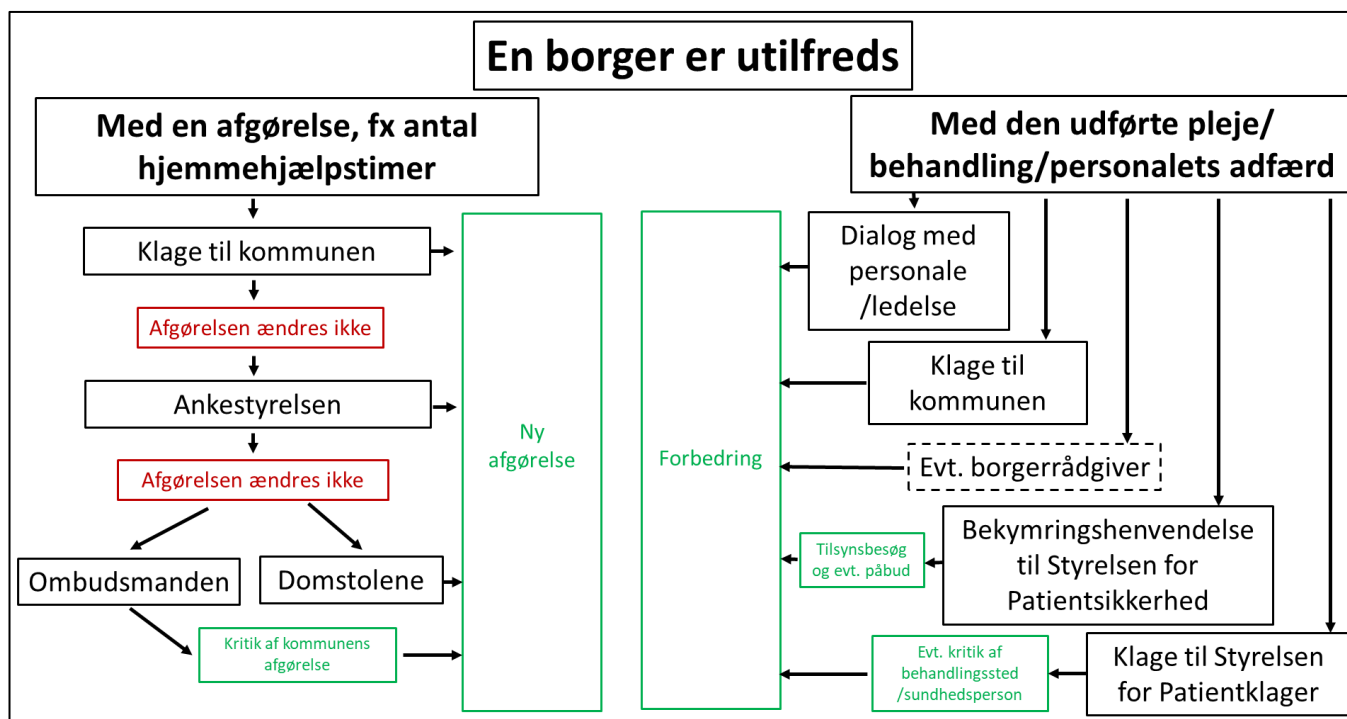
- **Det nuværende tilsyns- og klagesystem er alt for komplekst**, og derfor meget svært for borgerne at finde rundt i. Dertil er sagsbehandlingstiden for lang, og der er brug for mere fokus på læring og dialog.
- **Systemet skal være mere gennemskueligt for borgerne**. Derfor foreslår FOA, at der bliver én indgang til at klage, samt at alle kommuner får en borgerrådgiver. Dertil skal det være en rettighed for borgeren at få en dialogsamtale – både i kommunen og regionen, uden at det knyttes op på en patientklageproces.
- **Tilsynssystemet skal reformeres og styrkes**. En sådan reform skal bl.a. indeholde opfølgning på alle bekymringshenvendelser, at der ses på muligheden for at rekvirere et tilsyn, og der bliver en større samtænkning af tilsyn. Dertil skal ældretilsynet og det sundhedsfaglige tilsyn slås sammen.
- **Systematisk overvågning af kommunale afgørelser**. Der skal i højere grad være en overvågning af, om der systematisk sker fejl i de kommunale afgørelser på ældreområdet.

Baggrund: Klage- og tilsynssystemet i dag

Det er ikke altid lige til at få adresseret sin klage til det rette sted. Figur 1 illustrerer en borgers rejse igennem systemet. Der er skelnet mellem, om borgeren er utilfreds med enten en afgørelse eller den udførte pleje og behandling. I næste afsnit er en beskrivelse af de enkelte klageinstansers rolle. Figuren viser med stor tydelighed, at systemet i dag er enormt komplekst.

I figuren er også bekymringshenvendelser til Styrelsen for Patientsikkerhed nævnt. En bekymringshenvendelse er ikke en klage over en bestemt situation, men bruges derimod til at vække tilsynsmyndighedens opmærksomhed i forhold til at sikre, at der er en tilstrækkelig patientsikkerhed og værdig tilgang på det konkrete behandlingssted.

Figur 1: En borgerklages rejse igennem systemet



Klagemuligheder

Det er i dag muligt at klage til sin kommune over både afgørelser (fx antal hjemmehjælpstimer), men også selve den måde hjælpen leveres på, personalets adfærd mv. Det er dog kun afgørelser, der kan ankes videre i systemet til Ankestyrelsen og eventuelt ombudsmanden. Der er ingen generelle regler for, hvordan kommunen skal svare på en henvendelse om fx personalets adfærd, eller hvem der skal behandle den type klage, men de fleste kommuner har regler for det. Mange kommuner har en borgerrådgiver, som kan hjælpe borgeren videre, hvis forvaltningen i første omgang ikke har givet borgeren et fyldestgørende svar på en klage over fx personalets adfærd.

Derudover kan man klage til Styrelsen for Patientklager, fx hvis man mener, at der er sket fejlmedicinering eller hvis man er utilfreds med plejen.

I boks 1 er en oversigt over de forskellige klageinstanser.

Boks 1. Klagemuligheder for borgeren	
Kommunen	Man kan klage til kommunen over en række forhold: <ul style="list-style-type: none"> ○ En afgørelse, hvis man fx mener, at man har fået bevilget for få timer. ○ Den praktiske opgaveløsning, fx rengøringskvaliteten. ○ Kvaliteten i den sundhedsfaglige behandling. ○ Personalets adfærd, fx medarbejderens tone.

Ankestyrelsen	Ankestyrelsen kan behandle sager om afgørelser, jf. ovenfor. Sagen bliver sendt videre til Ankestyrelsen sammen med kommentarerne fra myndigheden, hvis myndigheden fastholder sin afgørelse. Man kan ikke klage over Ankestyrelsens afgørelser til en anden administrativ myndighed, men man har mulighed for at få sagen prøvet ved domstolene.
Ombudsmanden	Folketingets Ombudsmand kontrollerer, at sagsbehandlinger og afgørelser er lovlige. Ombudsmanden kan selv tage sager op eller kan vælge at undersøge en sag, hvor en eller flere borgere mener, at en myndighed har tilsidesat lovgivningen. Ombudsmanden kan ikke selv træffe afgørelser, men kan kritisere og henstille til, at en myndighed behandler sagen igen og eventuelt ændrer sin afgørelse. Oftest vælger myndighederne at rette sig efter Ombudsmandens udtalelser og kritik.
Styrelsen for Patientklager eller Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn	Hvis man er utilfreds med den sundhedsfaglige behandling, man har modtaget, kan man sende en klage til Styrelsen for Patientklager. Sundhedsfaglig behandling omfatter bl.a. undersøgelse, sygdomsbehandling, pleje, genoptræning og journalføring. Borgere kan enten klage over behandlingsstedet (her afgøres sagen af Styrelsen for Patientklager) eller klage over konkrete sundhedspersoner (her afgøres sagen af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn).

Borgerrådgivere

Nogle kommuner har valgt at ansætte en borgerrådgiver. Borgerrådgiverne har ikke beføjelse til at ændre en afgørelse i en sag, men rådgiverne kan behandle henvendelser og klager om kommunens sagsbehandling, personalets optræden samt sagsbehandlingstid. Borgerrådgiveren kan også fungere som mægler mellem borger og kommunens medarbejder, hjælpe med at finde vej i det kommunale system, hjælpe med klage muligheder samt hjælpe med at forstå breve fra kommunen.

Tilsynssystemet

Der findes en række tilsyn på ældreområdet. Først og fremmest har kommunen selv pligt til at føre tilsyn med ældreområdet. En del kommuner vælger at have eksterne til at føre tilsynet for dem. Styrelsen for Patientsikkerhed fører tilsyn med sundheds- og ældreområdet og har et blik på både sundhedsloven og serviceloven med henholdsvis det sundhedsfaglige tilsyn og Ældretilsynet. Styrelsen udfører både planlagte tilsyn af behandlingssteder og reaktive tilsyn, som både kan være rettet mod et behandlingssted eller en konkret sundhedsperson. Reaktive tilsyn gennemføres med kort eller uden varsel.

Man kan sende en bekymringshenvendelse til Styrelsen for Patientsikkerhed, hvis man er bekymret for:

- Patientsikkerheden på et behandlingssted
- En konkret sundhedsperson, fx på grund af misbrug
- Om en plejeenhed har den fornødne kvalitet i hjælpen, plejen og omsorgen til de ældre.

Når Styrelsen for Patientsikkerhed modtager en bekymringshenvendelse, undersøger de, om mistanken er begrundet eller ej. Hvis mistanken er begrundet, iværksættes de nødvendige tiltag.

Styrelsen for Patientsikkerhed har forskellige sanktionsmuligheder:

- Styrelsen kan give påbud til behandlingssteder, dvs. at behandlingsstedet skal opfylde visse patientsikkerhedsmæssige krav. Styrelsen har mulighed for at give et påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvist. Der er en høringsperiode, hvor behandlingsstedet har mulighed for at påpege faktuelle forhold i rapportudkastet, som de er uenige i. Hvis der er tale om den mest alvorlige kategori (Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden), er høringsfristen som udgangspunkt på syv dage, men kan være kortere, hvis det er nødvendigt af hensyn til patientsikkerheden.
- Den enkelte sundhedsperson kan blive sat under skærpet tilsyn og kan i yderste tilfælde få frataget sin autorisation.

Udover Styrelsen for Patientsikkerhed fører kommunerne også tilsyn med deres egne ydelser, dvs. at den hjælp, borgeren modtager, er i overensstemmelse med kommunens kvalitetsstandarder.

I Boks 2 er en oversigt over de forskellige tilsynsinstanser.

Boks 2. Tilsynsmyndigheder på ældreområdet	
Styrelsen for Patientsikkerhed	<p>Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn på sundheds- og ældreområdet. Styrelsen har to typer af tilsyn med ældreplejen.</p> <p><i>Det sundhedsfaglige tilsyn:</i> Tilsyn med at sundhedsloven overholdes, og at både et tilsyn med autoriserede sundhedspersoner og behandlingssteder. Der gennemføres både planlagte tilsyn samt reaktive tilsyn som gennemføres på baggrund af en bekymringshenvendelse, en klagesag, en pressesag eller lignende. Reaktive tilsyn gennemføres med kort eller uden varsel.</p> <p><i>Ældretilsynet:</i> Tilsynet skal bidrage til læring og udvikling af de social- og plejefaglige indsatser på ældreområdet efter servicelovens §§ 83-87. Styrelsen fører årligt tilsyn med 10 procent af alle relevante enheder i ældreområdet. Der er tale om organisatoriske tilsyn. Dvs. det er tilsyn med plejeenheder, ikke med den enkelte medarbejder.</p>
Det kommunale tilsyn	<p>Kommunen har pligt til at føre tilsyn med, at den hjælp borgerne modtager (hjemmehjælp, rehabilitering, genoptræning mv.), leveres i overensstemmelse med de afgørelser kommunen har truffet, og er i overensstemmelse med kommunens kvalitetsstandarder. Kommunernes tilsynspligt gælder, uanset om der er tale om en kommunal, regional eller privat leverandør af serviceydelserne. Tilsynsvirksomheden skal være</p>

	aktiv, opsøgende og systematisk. Som led i tilsynet med plejeboliger skal kommunen foretage mindst ét uanmeldt tilsynsbesøg om året.
--	--

Politisk aftale om ældretilsynet

I november 2020 blev der indgået en aftale om at forlænge Ældretilsynet. Aftalen indeholdt blandt andet følgende:

- Ældretilsynet under Styrelsen for Patientsikkerhed videreføres for perioden 2022-2024.
- En forpligtelse til, at de plejeenheder, som modtager et påbud fra Ældretilsynet vedrørende den social- og plejefaglige indsats, skal tage imod et obligatorisk opfølgings- og læringsforløb ved et udgående rejsehold under Videnscenter for værdig ældrepleje i regi af Sundhedsstyrelsen.
- Styrelsen for Patientsikkerhed skal iværksætte en informationsindsats i forhold til muligheden for at indgive en bekymringshenvendelse til Styrelsen for Patientsikkerheds Ældretilsyn.
- Styrelsen for Patientsikkerheds Ældretilsyn skal fremadrettet håndtere indgående bekymringshenvendelser på en måde, der understøtter, at Styrelsen for Patientsikkerheds Ældretilsyn kan opfange mønstre i bekymringshenvendelser fra pårørende og medarbejdere mv. På baggrund af den nye registreringspraksis afrapporteres én gang årligt om bekymringshenvendelser til Folketingets ældreordførere.

Formål og principper – hvad skal klage- og tilsynssystemet kunne?

Før vi ser på, hvordan vi kan forbedre klage- og tilsynssystemet, er det væsentligt at se på, hvad formålet med klage- og tilsynssystemet er. Helt overordnet må målet være, at vi får et sundheds- og ældrevesen, hvor kvaliteten og patientsikkerheden er i højsædet, og hvor både borgere og sundhedspersoner føler sig trygge. Det er i den forbindelse væsentligt, at vi finder den rette balance mellem læring og kontrol. På den ene side skal tilsynssystemet selvfølgelig sikre en kontrol, så der kan sættes målrettet og hurtigt ind, hvor patientsikkerheden og værdigheden er utilstrækkelig. Og det skal være muligt for borgere og pårørende at henvende sig et sted, hvis man oplever, at kommunen ikke udfører en ordentlig og værdig ældrepleje. På den anden side skal vi have fokus på at opbygge en læringskultur, hvor vi bliver endnu bedre til at forebygge og lære af fejl. En bærende pille i en stærk læringskultur er, at medarbejderne taler åbent om fejl eller utilstrækkelig kvalitet, og fx bruger lærende systemer som UTH-systemet til at opnå læring lokalt og nationalt.

Hvis der ikke er en god læringskultur med psykologisk tryghed, er der risiko for, at det medfører mindre patientsikkerhed. For så er der ikke længere nogen, der tør tale om deres fejl – og dermed er der ingen læring på tværs. Læg dertil, at der begås flere fejl, når man ikke føler sig psykologisk tryg.

I forhold til klagesystemet er det helt centralt, at det er gennemskueligt for både borgere og medarbejdere. Det skal som borger være let at finde ud af, hvem man kan klage til, og hvordan man klager. Og hverken borger eller medarbejder skal vente alt for længe på en afklaring. Derudover skal der så vidt muligt være fokus på dialog og læring, når der er sket en fejl.

FOAs mål for et godt tilsyns- og klagesystem er skitseret i Boks 3.

Boks 3. FOAs mål for et godt tilsyn- og klagesystem	
Vi ønsker, at <u>tilsynssystemet</u> skal sikre:	<ul style="list-style-type: none">• En høj kvalitet i arbejdet, patientsikkerhed og værdighed for borgeren.• At tilsynene gør os klogere – også de tilsyn, som ikke foregår på vores arbejdssted.• At der så vidt muligt er fokus på hele arbejdsstedet frem for de enkelte medarbejdere.• At de forskellige tilsyn ikke går lårene af hinanden, og at de ikke kommer med modsatrettede anbefalinger.• Tryghed for, at medarbejderne får en ordentlig og retfærdig behandling ved de individrettede tilsyn.
Vi ønsker, at <u>klagesystemet</u> skal sikre:	<ul style="list-style-type: none">• Én indgang til at klage.• At borgeren hjælpes og holdes i hånden undervejs.• At vi så vidt muligt forsøger os med dialog.• At der bliver skrevet til os i et sprog, vi kan forstå• At klagesagerne gør os klogere – også de klagesager, som ikke handler om os selv.• Tryghed for, at medarbejdere og borgere får en retfærdig behandling.

Udfordringer i det nuværende system

Der er en række udfordringer i det nuværende system. Nedenfor skitseres nogle af de væsentligste udfordringer.

Det er for svært at være borger og pårørende i systemet

- **Et meget komplekst system:** Hvis man ser på systemet med borgerens blik, bliver det meget tydeligt, hvor komplekst det er. Fx at systemet i dag er så opdelt i henholdsvis et klage- og tilsynssystem, og at der er stor forskel på klage over "afgørelser" og "udført behandling". Der er mange instanser involveret, og mulighed for både klage, anke, bekymringshenvendelser mv. Dette er særligt svært for samfundets mest sårbare grupper.

- **Manglende viden om bekymringshenvendelser:** Der har i meget høj grad manglet kendskab til muligheden for bekymringshenvendelser, både blandt borgere, pårørende og personale. En del af den politiske aftale fra november 2020 er at igangsætte en informationskampagne om bekymringshenvendelser, men selvom det kan afhjælpe problemet, er der formentligt fortsat brug for yderligere kommunikation om muligheden.
- **Manglende dialog:** I mange tilfælde er klagesystemet ikke det bedste svar på den vrede, utryghed eller afmagt, som en patient eller pårørende står med. Mange borgere har faktisk mere ud af at få en dialogsamtale.

Tilsynssystemet

- **Der mangler samtænkning og koordinering mellem tilsyn:** Der bliver foretaget mange forskellige tilsyn, både fra forskellige fagministerier og styrelser og fra kommunerne selv. Desværre koordineres tilsynsvirksomheden ikke, hverken i forhold til anbefalinger eller hvilke dage, de kommer. På ældreområdet er der udover det sundhedsfaglige tilsyn og Ældretilsynet også fx kommunernes eget tilsyn, arbejdstilsynet, brandtilsynet, fødevarekontrol, revision og meget mere. Det enkelte plejehjem kan også opleve, at de forskellige tilsyn siger noget forskelligt. Fx at Ældretilsynet foreslår, at der skabes hjemlig hygge med sofaer på gangen, som brandmyndighederne derefter vil have fjernet. Det er derfor ikke underligt, at mange hjemmeplejeenheder og plejehjem oplever, at de skal bruge meget tid på at leve op til forskellige tilsynsmyndigheders krav, og at det kan være svært at navigere i.
- **Der bruges meget tid på tilsyn på arbejdspladserne, som ikke nødvendigvis skaber kvalitet.** Der bruges mange ressourcer på forberedelse af de planlagte tilsynsbesøg, som går fra kerneopgaven, og som ikke altid er arbejdet værd. Særligt ved indsamling af materiale, som tilsynsmyndigheden anmoder om forud for et tilsynsbesøg.
- **Der mangler (eller har manglet) systematik om bekymringshenvendelser.** Der har ikke tidligere været et egentligt overblik over, hvilke bekymringshenvendelser Styrelsen modtog – antal, karakteren af dem, hvor mange de fulgte op på mv. Den politiske aftale fra november 2020 indeholder heldigvis et spor vedr. bekymringshenvendelser, hvorefter der formentlig vil blive større systematik og overblik over bekymringshenvendelser. Endvidere er det positivt, at der bliver åbenhed omkring antallet af bekymringshenvendelser. Det bliver interessant at se, om problemet med den manglende systematik hermed er løst.
- **Der skal endnu mere fokus på læring:** Der er fortsat ikke tilstrækkeligt fokus på læring. Fx oplever mange, at de godt kunne bruge en mere konkret tilbagemelding efter et tilsynsbesøg og mulighed for hjælp til, hvordan problemerne kan løses. Det er positivt, at der med den politiske aftale fra november 2020 blev indført obligatoriske opfølgings- og læringsforløb ved påbud. Dermed knyttes læring tættere på tilsyn.
- **Mistillid blandt sundhedsmedarbejdere:** Mange sundhedsmedarbejdere føler en utryghed omkring tilsynene, og der mangler tillid til systemet. Det gælder særligt de individrettede tilsyn.

Klagesystemet

- **Klagesystemet har lange ventetider:** Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i Styrelsen for patientklager ligger i 2020 på henholdsvis 16 og 14 måneder for disciplinærnævns- og forløbsklager. Det var også højt før Corona.
- **Kommunikationen** til borgere og medarbejdere er svær at forstå og skaber utryghed.
- **Kommunale afgørelser:** Der er sket en udvikling i, hvor svækkede ældre skal være, for at de kan få tildelt hjemmehjælp eller anden hjælp fra kommunerne. Der mangler i dag en systematisk overvågning af, om kommunernes afgørelser på ældreområdet er korrekte.

FOAs 10 forslag til et nyt klage- og tilsynssystem

FOA har følgende konkrete forslag til, hvordan en ny model kan opbygges. Forslagene skal hjælpe med at gøre det lettere for borgeren at finde vej i systemet samt sikre mere læring, dialog og en større samtænkning på tværs. I Figur 2 på notats sidste side er en oversigt over borgerens vej igennem systemet, hvis FOA får sine forslag igennem.

1. Alle kommuner skal have en borgerrådgiver

Borgerrådgiverne skal holde borgerne i hånden og hjælpe dem hele vejen igennem systemet. De kan fx sidde ved siden af, mens borgeren ringer til den nationale klageinstans (se nedenfor). Borgerrådgiverne skal også hjælpe borgeren med det skriftlige, både at læse og skrive breve. Der skal være et tæt, løbende samarbejde mellem borgerrådgiverne og den nationale klageinstans.

2. Ret til dialogsamtale

Hvis man i dag har påbegyndt en proces med en patientklage, har man i regionerne ret til at få en dialogsamtale. FOA ønsker, at denne ret udvides til også at gælde kommunerne, samt at det ikke knyttes op på, at borgeren skal have startet en patientklageproces. Der skal være ledende sundhedspersoner eller lignende med til samtalen. Borgeren skal have ret til en bisidder og hjælp til at skaffe en bisidder. Ordningen kan evt. tage udgangspunkt i en evaluering af de eksisterende erfaringer med dialogsamtaler.

3. Én indgang til klage

Det skal ikke være borgerens ansvar at finde vej igennem systemet. FOA foreslår derfor, at borgerne kun skal klage ét sted hen, som derefter sørger for – i samråd med borgeren – at klagen behandles det rigtige sted. Klageinstansen skal være national, men skal have et tæt og løbende samarbejde med patientvejledere og borgerrådgivere. Den nye klageinstans skal først og fremmest holde borgeren i hånden. Uanset hvad borgeren ringer ind med af klage, skal den nye instans hjælpe borgeren viden. Det kan fx være hvordan borgeren kan gå i dialog med sin kommune (fx sammen med den lokale borgerrådgiver), eller hvordan man udformer en patientklage.

4. Den nye klageinstans skal sikre sammenhængen til øvrige instanser

Den nye instans skal sørge for, at tilsynssystemet og klagesystemet tænkes sammen. FOA foreslår,

at den nye klageinstans får følgende muligheder:

- Indkalde til samtale mellem borger og kommune (fx repræsenteret ved en leder fra det konkrete plejehjem), inkl. med en bisidder. Dvs. det skal være obligatorisk for kommunen/regionen at afholde samtalen.
- Sende klagen videre til kommunen, som herefter behandler klagen. Hvis borgeren ikke får medhold i at ændre en afgørelse, skal den nationale klageinstans sørge for at oplyse borgeren om mulighederne for at anke klagen.
- Sende klagen videre til Ankestyrelsen, hvis borgeren har et ønske om dette.
- Sende klagen videre til Styrelsen for Patientklager, som herefter går i dialog med borgeren om, hvordan klagen skal udformes.
- Formidle klagen videre som en bekymringshenvendelse til Styrelsen for Patientsikkerhed, som derefter har pligt til at vende tilbage til borgeren

5. Opfølgning på alle bekymringshenvendelser

Der skal indføres en fast praksis om, at Styrelsen for Patientsikkerhed følger op på alle bekymringshenvendelser, så borgere, pårørende og medarbejdere oplever, at det nytter noget at henvende sig. Fx kan der være en tommelfingerregel om, at Styrelsen for Patientsikkerhed vender tilbage til borgeren senest inden for 14 dage. Dertil skal der selvfølgelig stadig være mulighed for anonyme henvendelser. Der skal også være mulighed for at indsende bekymringshenvendelser uden om den nationale instans for at sikre, at også medarbejdere eller andre kan indsende en bekymringshenvendelse.

6. Undersøge mulighed for at rekvirere et tilsyn

Der skal ses på muligheden for, at man som borger, pårørende, medarbejder eller leder kan "rekvirere" et tilsyn. For en leder kan det fx være relevant, hvis pårørende klager over, at driften/plejen ikke gør det godt nok. Der kan stilles nogle specifikke krav op til, hvornår det kan lade sig gøre, fx at det skal være mindst et år siden seneste tilsyn.

7. Læring på tværs

Den systematiske læring i sundhedsvæsenet foregår lige nu mange steder. Der er behov for et øget fokus på, hvordan der kan tænkes i læring på tværs af Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn, klagesystemet, UTH'er osv. Der skal være dialog på tværs og læringsopsamlinger, som spredes til resten af sundhedsvæsenet.

8. Samtænkning af de mange tilsyn

Der skal ske en samtænkning af de mange tilsyn, så de ikke træder hinanden over tæerne, og så de ikke giver modsatrettede anvisninger. Det gælder også i forhold til det kommunale tilsyn.

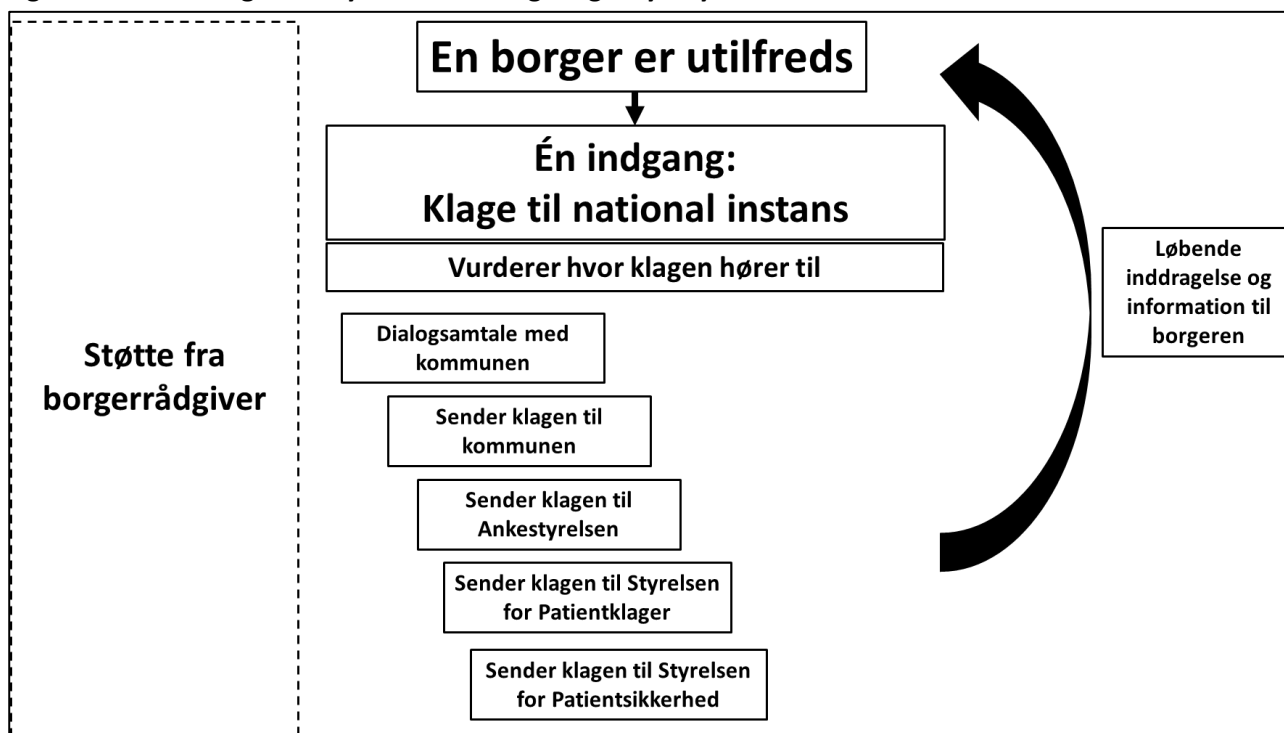
9. Ældretilsynet og det sundhedsfaglige tilsyn skal slås sammen:

De to tilsyn udføres af samme myndighed, de samme tilsynsførerne, de samme steder. Styrelsen for Patientsikkerhed anbefaler tilmed selv en sammenlægning af tilsynene. Det vil derfor være helt oplagt at slå de to tilsyn sammen. Dette vil bl.a. sikre et helhedssyn i tilsynene, så der tænkes på tværs af servicelov og sundhedslov. Samtidig vil det for medarbejdere og ledere være enklere at forholde sig til ét samlet tilsyn end to tilsyn, som ikke nødvendigvis koordinerer på tværs.

10. Systematisk overvågning af de kommunale afgørelser

Der skal i højere grad være en overvågning af, om der systematisk sker fejl i de kommunale afgørelser på ældreområdet. Ankestyrelsen skal i samarbejde med den nationale klageinstans holde øje med, om der er mønstre i de klagesager, der kommer ind, og de har herefter pligt til at handle på det, hvis der sker systematiske fejl i kommunerne.

Figur 2. FOAs forslag til en ny model for klage- og tilsynssystemet



Notat: Frit valg til borgeren, men ikke fri profit til virksomheder

Frit valg, friplejehjem og andre private tilbud er kommet for at blive. Mange danskere er glade for, at de selv kan være med til at bestemme, hvem der kommer i deres hjem – og mange vælger de private firmaer til. Omvendt har det frie valg medført problemer, som vi er nødt til at få håndteret.

I dette notat gennemgås først rammerne om det frie valg, herunder forskellige typer af private aktører, som er på ældreområdet. Derefter oplyses nogle af de udfordringer, som inddragelsen af private aktører kan medføre, og til slut er FOAs anbefalinger.

Væsentligste pointer:

- Der er en risiko for, at der bliver udviklet et A- og B-hold på ældreområdet, bl.a. med indførelsen af omsorgsforsikringer. Vi skal sætte foden ned over for dette og i stedet styrke vores offentlige tilbud på ældreområder.
- Man skal ikke kunne tjene uforholdsmæssigt mange penge på omsorg for ældre borgere. FOA er derfor kritiske over for profit på velfærd, udlicitering og skatteunddragelse.
- Inddragelsen af private aktører giver udfordringer, som vi er nødt til at få håndteret. Det gælder bl.a. i forhold til at sikre et godt samarbejde mellem sundheds- og ældrevesenets instanser og at prioritere den tidlige opsporing.
- De mange konkurser på ældreområdet har skabt stor utryghed blandt både borgere og medarbejdere.
- Der er en række utilsigtede konsekvenser ved det frie valg. Bl.a. et dyrt og bureaukratisk kontrolapparat i kommunerne, øgede dokumentationskrav og en besværliggjort kommunal planlægning.

Baggrund

Danskerne er utrygge ved at blive gamle. De tvivler på, at velfærdssamfundet kan give dem en tryk alderdom. Godt halvdelen af danskerne over 40 år – 54 procent – er utrygge ved, om den skattefinansierede ældrepleje, som kommunerne tilbyder, vil være tilstrækkelig i forhold til deres ønsker.

Utryghed om det offentlige tilbud har medvirket til etableringen af frit valg på ældreområdet. Men det handler også om "markedsgørelse" af det offentlige tilbud, der gennem konkurrence med private skal få incitament til at effektivisere. Og endelig handler frit valg også om vores ønske om inddragelse og selvbestemmelse som borgere.

Rammerne om det frie valg

Generelt kan man sige, at indførelsen af frit valg både fremmer **udlicitering** af driftsopgaverne – hvor kommunerne stadig har ansvar og finansiering – og en egentlig **privatisering**, hvor borgeren selv bestiller og betaler (tillægs)ydelse som supplement eller erstatning for den skattefinansierede ældrepleje.

Rammerne for frit valg på ældreområdet er løbende udviklet og justeret. Mest markant i 2013, hvor den daværende socialdemokratisk-ledede regering gjorde det mere attraktivt for kommunerne at sende opgaven i udbud. Frem for at flere aktører bliver godkendt via godkendelsesmodellen og timeprisen tager udgangspunkt i kommunens udgifter, så kan en eller flere aktører byde på opgaven og dermed sætte deres

timepris i udbuddet I dag er der indført muligheder for frit valg på alle opgaver, der leveres i henhold til serviceloven, både hjemmepleje, plejehjem og kost. Der er kun i begrænset omfang de samme muligheder for frit valg af ydelser leveret efter sundhedsloven.

Siden indførelsen af frit valg på ældreområdet er der etableret en lang række private tilbud, men det har vist sig ikke i alle tilfælde at være så god en forretning. Vi har set over 50 konkurer på hjemmeplejeområdet. Og det til trods for, at 35 procent af de ældre, som modtager praktisk hjælp i egen bolig, benytter sig af det frie valg (2018).

Mens anvendelsen af private leverandører på hjemmeplejeområdet har været nogenlunde konstant de sidste år, er der et voksende privat marked på friplejehjemsområdet. Både private selskaber som Attendo og selvejende organisationer som diakonhjemmene og OK-Fonden ekspanderer i disse år.

Seneste skud på stammen private omsorgsforsikringer som vi kender det fra private sundhedsforsikringer. Fx valgte forsikringskoncernen Tryg sidste år at lancere en såkaldt omsorgsforsikring. En forsikring målrettet de voksne børn til ældre, som har brug for hjælp. Forsikringen giver mulighed for et supplement til den kommunale ældrepleje.

Samlet vokser det private marked på ældreområdet, og intet tyder på, at den udvikling stopper. Nedenfor beskrives forskellige dele af denne privatisering og udlicitering på ældreområdet. Først beskrives frit valg af hjemmehjælp og derefter forskellige typer af private plejehjem: 1) friplejehjem, 2) udliciterede plejehjem og 3) plejehjem med driftsoverenskomst. Til slut beskrives omsorgsforsikringerne.

Frit valg af hjemmehjælp

Fra 2003 blev det lovpligtigt for danske kommuner at etablere frit valg af leverandør på hjemmehjælpsområdet. Modtagere af hjemmehjælp havde herefter ret til at vælge hjemmehjælp fra enten kommunen eller en godkendt privat leverandør. Det frie valg blev etableret for ydelserne praktisk hjælp, personlig pleje og madservice.

Kommunerne blev i 2003 givet tre alternative modeller for indførelsen af det frie valg. De kunne for det første vælge godkendelsesmodellen, hvorefter den enkelte kommune godkendte de private leverandører, der søgte om tilladelse til at drive leverandørvirksomhed i kommunen, og som levede op til kommunens servicestandarder. I denne model blev de private leverandører afregnet til kommunens egne, langsigtede omkostninger. For det andet kunne kommunen benytte sig af udbudsmodellen, hvor hjemmehjælp helt eller delvist blev sendt i udbud, og hvor en eller flere leverandører herefter blev udvalgt ud fra det økonomisk mest fordelagtige tilbud. Under udbudsmodellen skulle kommunen, hvis den ønskede at fortsætte som leverandør, deltage i udbuddet på lige fod med de øvrige tilbudsgivere, og havde dermed risiko for at miste leverandørretten. For det tredje kunne kommunen indføre det frie valg ved en kombination af udbuds- og godkendelsesmodellen, hvor timeprisen blev fastsat på baggrund af et udbud, og hvor flere leverandører herefter kunne søge om godkendelse med samme afregning som den vindende tilbudspris.

En lovændring i 2013 betød, at kommunerne fik mulighed for at benytte udbudsmodellen samtidig med, at de selv kunne stå uden for udbuddet. Siden starten af 2014 har et stigende antal kommuner indført eller

overvejer at indføre denne udbudsmodel (Quartz+CO, 2014), men godkendelsesmodellen er så vidt vides fortsat den mest udbredte måde at tilvejebringe det frie valg i hjemmeplejen på.

I 2017 blev kravene til de private leverandører skærpet for at begrænse antallet af konkurser.⁷ Det kom i kølvandet på et stort antal konkurser, der bl.a. skal ses i sammenhæng med ændringer mod flere udbud og større vægt på priskonkurrence. Man kan sige, at overgangen fra et meget beskyttet "marked" stort set uden priskonkurrence til et marked med højere grad af reel konkurrence har medført dette.

Friplejehjem

Som visiteret til plejehjemsplads har man frit valg af plejecenter. Kommunen tilbyder en plads, når der er en ledig til rådighed. Men borgeren kan vælge et hvilket som helst plejecenter i landet, hvor der er plads. Borgeren kan vælge et privat friplejehjem i stedet for det kommunale, nøjagtig som de kan vælge mellem forskellige leverandører i hjemmeplejen under fritvalgsordningen.

Friplejehjem er privat ejede, enten som et privat aktieselskab, anpartsselskab eller som en selvejende virksomhed. De fleste friplejehjem er selvejende institutioner, men de senere år har flere firmaer vist interesse for området og har udviklet kommercielle forretningskoncepter.

Friplejehjem er etableret med private penge og hovedsageligt drives med offentlige tilskud. Et friplejehjem er ikke reguleret gennem en almindelig driftsoverenskomst med kommunen, sådan som selvejende institutioner normalt vil være. Det giver friplejehjemmet et større råderum for selv at bestemme og have deres egen profil. Samtidig giver lovgivningen mulighed for en selskabsform, hvor der kan trækkes profit ud til ejerne.

I 2014/15 indførte Folketinget "fri etableringsret" for friplejehjem, og herefter er antallet af friplejehjem steget voldsomt. I 2012 var 14 plejecentre drevet som friplejehjem. Ifølge Plejehjemoversigten.dk var der i efteråret 2019 29 aktive friplejehjem. Dertil kommer 15 plejehjem, der var registreret som "private" i oversigten, og som kan være organiseret som friplejehjem. Det er dog fortsat en meget lille andel af det samlede antal plejehjem i Danmark. Der var i alt 915 plejecentre for ældre i 2019 (VIVE 2020a).

Selvom der er fri etableringsret, når det gælder friplejehjem, så kræver det en certificering fra Sundhedsstyrelsen. Man skal som minimum certificeres til at levere personlig pleje, praktisk hjælp og madservice efter servicelovens §§ 83 og 87. Der er både faglige og økonomiske krav til leverandører, der vil etablere et friplejehjem. For at få en certificering skal ansøgeren redegøre for forskellige forhold som fx

- Personalesammensætning og -uddannelse, herunder planer for efter- og videreuddannelse samt den samlede normering.
- Oplysninger om leveringen af ydelser, herunder om den kvalitet, der bliver tilstræbt i ydelserne, og hvordan den bliver sikret.
- Brugen af magtanvendelse, og hvordan den kan minimeres.
- Offentlig gæld, at virksomheden er solvent, og at virksomheden ikke er begæret konkurs eller står over for et ejerskifte.

⁷ Regeringen (2017): "Politisk aftale skal forebygge konkurser i private hjemmeplejefirmaer"

Udliciterede plejecentre

En håndfuld kommuner har eller har haft udliciterede plejecentre. Det er blandt andet Solrød, Holbæk, Frederiksberg, Kolding, Haderslev, Gribskov og Jammerbugt. Virksomheder som Attendo, Altiden, Forenede Care og OK-fonden har kontrakter med kommunerne.

Typisk er der indgået kontrakter på 5 til 7 år, og der har været en række anden-generations-udbud. Samtidig har flere kommuner valgt ikke at genudbyde, når kontrakten er udløbet.

I modsætning til friplejehjem er udliciterede plejecentre reguleret af en kontrakt med kommunen, og plejehjemmet har som oftest ikke de store manøvrer muligheder i forhold til den pleje, de skal levere. Men mange kommuner har svært ved at kontrollere, om kontrakten bliver overholdt og har måske heller ikke de rigtige redskaber til at sanktionere overtrædelser af kontrakter.

Plejehjem med driftsoverenskomst

I en række kommuner har man valgt at gå en anden vej. Her er samarbejdet med private (selvejende) plejehjem organiseret efter principperne for driftsoverenskomster mellem en kommune og en selvejende organisation. Et princip som i mange år har været udbredt på dagtilbudsområdet og i mindre grad på social- og ældreområdet.

Ved en driftsoverenskomst betragtes den selvejende organisation på en række parametre som en intern del af kommunen. Den selvejende organisation har dog egen bestyrelse og til en vis grad eget værdigrundlag – dog underlagt ledelsesbeføjelser fra kommunen om bl.a. løn- og ansættelsesforhold.

Som noget relativt nyt har udviklet sig en praksis med et mini-udbud forud for etableringen af driftsoverenskomsten. Aftalen indgås derefter mellem selvstændige parter og først derefter er kommunen overordnet ledelse for institutionen. På den måde bliver etableringen af nye driftsoverenskomster et alternativ til traditionelle udbud og udlicitering mellem den offentlige og den private sektor.

Omsorgsforsikringer

Forsikringsselskabet Tryg lancerede i 2020 en omsorgsforsikring rettet mod voksne børn, der er bekymrede for den pleje, omsorg og hjælp, som deres forældre eller andre pårørende får. Tilbuddet er i første omgang et forholdsvist beskedent skridt i forhold til at overtage finansieringen af traditionelle velfærdsopgaver fra det offentlige. Forsikringen, som kommer til at koste i gennemsnit 190 kroner om måneden – afhængig af hvilken kommune, man bor i – er målrettet personer over 70 år. Den nye forsikring dækker eksempelvis hjemmepleje og rengøringshjælp efter operation eller indlæggelse samt hospitalskompensation og ekstra transport til behandling efter sygdom og ulykke. Desuden dækker Senior Omsorg, som Tryg har døbt pakken, en række ydelser, som kendes fra en almindelig sundheds- og ulykkesforsikring, men målrettet ældre. Selvom det kun er et mindre skridt, er det formentlig kun begyndelsen på et marked, som vil vokse sig markant større de kommende år. Tryg udtaler selv: "Vi kigger lige nu ind i en form for megatrend, hvor folk går fra at forsikre deres Bilka-buler og deres cykler til at ville forsikre deres velfærd og deres nærmeste. Vi tror på, at velfærdsforsikringer er fremtidens marked."⁸

⁸ Berlinske (2020): "Ny forsikring for ældre skaber modstand"

Udfordringer ved inddragelsen af private tilbud

Der er en række udfordringer og opmærksomhedspunkter, når man vælger at inddrage private tilbud i ældreplejen. Det gælder både for borgere, medarbejdere, den kommunale planlægning samt på længere sigt i forhold til ulighed i adgang til ydelser.

- **Et A og B-hold**

Hvis ældreplejen ikke kan understøtte et værdigt ældreliv, som har en almen anerkendt standard, risikerer vi et samfund, hvor velstillede ældre borgere kan supplere eller erstatte hjælpen, fx igennem private omsorgsforsikringer, samtidig med at en stor del af ældre medborgere ikke har denne mulighed. Det risikerer at medføre et A og et B hold. Allerede nu er der ved at blive opbygget et parallelt system i form af et pensions- og forsikringsmarked, der tilbyder ydelser, som i bund og grund bør løses af kommunerne.

- **Profit på velfærd**

Når private aktører træder ind på det offentlige 'marked', vil det ofte være med profit for øje – det gælder uanset, om der er tale om omsorgsforsikringer, friplejehjem eller privat hjemmepleje. Der er især grund til at være opmærksom på friplejehjemmene. Meget tyder på, at vi får mange flere friplejehjem de kommende år, hvor også nye private aktører kommer på banen for at drive dem. Et særligt aspekt handler om selve bygningerne, når der sker nyopførelse af plejehjem og plejeboliger. Det giver en særlig forretningsmulighed for private investorer, der ønsker at investere i ejendomsmarkedet, men ikke nødvendigvis i ældreplejen (kapitalfonde, pensionskasser m.v.). Vi har set eksempler på, at private plejefirmaer på den baggrund indgår alliancer med ejendomsselskaber, og at ejerskab til bygningerne kan skifte undervejs uafhængig af driften.

- **Dyrt kontrolapparat i kommunerne**

Kommunerne skal have et forholdsvis stort kontrolapparat op at køre i forbindelse med kontrakter med private leverandører på plejecentre og i hjemmeplejen. Kommunen skal både kontrollere kvaliteten og lave en økonomisk kontrol. Et sådant kontrolapparat er dyrt og koster meget bureaukrati, men omvendt er der set tilfælde af overfaktureringer i millionklassen, som viser problemerne med en effektiv kontrol.

- **Besværliggør den kommunale planlægning**

Den frie etableringsret for friplejehjem sætter den kommunale planlægning under pres. Et friplejehjem er ikke nødvendigvis integreret i kommunernes planlægning af ældreområdet, og etableringen af et nyt friplejehjem kan komme til at betyde meget for, hvordan kommunen udvikler sit ældreområde.

- **Kvaliteten i private tilbud**

Man kan ikke entydigt sige, at kvaliteten er bedre eller dårligere i private tilbud. Når vi ser på kvalitet på plejeboligområdet, viser det sig, at leverandører med forskellige ejerforhold har forskellige vilkår og fortrin i forhold til at levere kvalitet (hvis vi ser på gennemsnit). Kommunale plejecentre har for eksempel færre timelønnede medarbejdere end private plejecentre og får samlet mindre kritik end udlicite-rede plejecentre i Embedslægens tilsyn. Embedslægens tilsyn har fokus på plejecentrenes journaler og vedrører eksempelvis sundhedsrelaterede mål såsom procedurer for patientsikkerhed og

medicin håndtering (er nu omdannet til det sundhedsfaglige tilsyn under Styrelsen for Patientsikkerhed). Omvendt synes private plejecentre (både selvejende, friplejehjem og udliciterede plejecentre) at levere en lidt højere kvalitet ud fra bruger- og servicereleterede mål. For eksempel er der i gennemsnit flere private end kommunale plejecentre, der tilbereder mad i eget køkken (VIVE 2016).

- **Problemer med sammenhæng til de øvrige instanser**

De private aktører er ikke en del af den kommunale organisation, hvilket kan gøre kommunikationen på tværs af fx den private hjemmepleje og det kommunale akutteam mere kompleks. Samtidig kan borgeren stå i den situation at have valgt et privat firma til rengøringen, men blive nødt til at få kommunale hjælp ved behov for sygepleje, fordi firmaet ikke tilbyder sundhedsydelser. Det kan betyde flere snitflader og flere forskellige medarbejdere i borgerens hjem.

- **Tidlig opsporing**

I sundhedsvæsenet er der et stort politisk og fagligt fokus på, at man igennem øget tidlig opsporing kan hindre sygdom, sygdomsforværring og funktionsnedsættelse. Det forudsætter, at alle de medarbejdere, som kommer i borgerens hjem, har et fokus på den hele borger og ikke kun de konkrete opgaver. Medarbejderne skal sørge for at iværksætte nye indsatser eller overdrage information til andre relevante instanser, hvis der er tegn på forværring af borgerens tilstand. Det gælder også det personale, som kun er sat til at gøre rent. Med inddragelsen af private aktører risikerer den tidlige opsporing at blive forringet, dels fordi der kan være en dårligere integration mellem de forskellige instanser (jf. ovenfor), og dels fordi der kan være snævert fokus på en virksomheds opgaver (det, der bliver betalt for) frem for den hele borger.

- **Det frie valg øger dokumentationskravene**

For at sikre en fair konkurrence mellem det private og det offentlige er der med det frie valg også indført en adskillelse mellem udfører og modtager. Dette har medført et stort behov for dokumentation og korrespondance mellem niveauerne, fordi kommunen skal være sikker på, at den kommunale eller private leverandør udfører det arbejde, som de bliver betalt for. Denne dokumentation tager tid fra borgerkontakten.

- **Utryghed i forbindelse med konkurser**

Det kan være svært at få økonomien, efterspørgslen og logistikken til at hænge sammen for private virksomheder på hjemmeplejeområdet. Derfor har vi siden indførelsen af fritvalg oplevet alt for mange konkurser. Det skaber en unødigt utryghed blandt modtagere af hjælp og selvfølgelig de berørte medarbejdere. Og det skaber akutte problemer for kommunerne, som uanset hvad stadig har ansvaret for, at de ældre får hjælpen.

FOAs anbefalinger: Klarere rammer for private aktører

Mange danskere ønsker, at det er private firmaer, som kommer i deres hjem. Derfor er frit valg, friplejehjem og andre private aktører formentlig kommet for at blive. Det er dog helt væsentligt, at inddragelsen af private aktører sker inden for meget klare rammer. FOA har derfor følgende anbefalinger:

1. En styrket ældrepleje i Danmark

Grobunden for et marked på ældreområdet er, at mange frygter for, at de ikke kan få den hjælp, de behøver, og at det ikke er trygt at flytte på plejehjem. Hvis vi skal undgå et 'parallel-samfund' kræver det derfor, at vi får styrket vores samlede ældrepleje, så alle kan være trygge ved, at de får en ordentlig og værdig pleje.

2 Vi skal sætte foden ned – de private omsorgsforsikringer er en glidebane

Selvom private omsorgsforsikringer endnu er i sin vorden, er det et symptom på et dybere problem i velfærdssamfundet. Hvis vi accepterer forsikringerne, risikerer vi at underminere basale velfærdsrettigheder – for hvordan skal man overtale den rigeste halvdel af befolkningen til at betale for noget, som er for dårligt til, at de selv vil anvende det? Når det handler om basale ydelser såsom hjemmepleje og rengøringshjælp efter hospitalsophold og transport til behandling efter sygdom, er det helt afgørende, at velfærdssamfundet har et ordentligt tilbud til borgerne – her skal vi være meget varsomme med at lade private forsikringer komme ind i billedet.

3 Man skal ikke kunne tjene penge på ældreomsorg

FOA mener grundlæggende ikke, at koncerner fx ejet af internationale investeringsfonde skal kunne tjene penge på offentligt finansieret velfærd. Derfor har FOA kørt en kampagne med fokus på at forhindre profit på velfærd på det specialiserede socialområde. Her har det været meget tydeligt, at flere private virksomheder har ønsket at trække store summer ud af driften til ejerne. Selvom eksemplerne på ældreområdet er nogle andre, og mange private aktører har måtte sande, at der ikke er store penge at tjene på ældreområdet, er det vigtigt at holde fast i samme linje her. Det skyldes også, at ældreområdet, i takt med en større ældrebefolkning kombineret med rekrutteringsudfordringer, i fremtiden kan blive mere lukrativt for private virksomheder.

4 Klare rammer for udlicitering

Det er afgørende, at der er klare rammer for udlicitering, som sikrer, at pengene bruges rigtigt og ikke går fra borgerne og medarbejderne. Derfor skal der stilles krav imod fx skatteunddragelse, og der skal i forbindelse med udliciteringer og andre former for konkurrenceudsættelse i videst muligt omfang tages hensyn til medarbejdernes løn, arbejdsvilkår, arbejdsmiljø og tryghed. Fx kan der stilles krav om færre timelønnede medarbejdere.

5 Styrke sammenhængen til den øvrige ældrepleje

Der skal ses på, hvordan man i højere grad kan styrke sammenhængen på tværs af ældreplejen, så det frie valg så vidt muligt ikke medfører ekstra snitflader. Dertil skal der stilles krav om, at også de private firmaer har et fokus på tidlig opsporing og videregiver vigtig information om borgerne til kommunen.

6 Opgør med ideen om, at frit valg nødvendigvis er lig med øget selvbestemmelse

De nuværende regler om frit valg af leverandør garanterer ikke øget selvbestemmelse. I nogle tilfælde vil frit valg indebære, at den ældre borger også samtidig får mulighed for at prioritere mellem indholdsmæssigt forskellige tilbud, fx ved at vælge et friplejehjem med et bestemt værdi- og prioriteringsgrundlag. I andre tilfælde vil den ældre borger, i hvert fald i princippet, få leveret præcis de

samme ydelser (som borgeren er visiteret til af kommunen) og kan derfor principielt alene vælge ud fra forventning om leverandørernes kvalitet i leveringen. Vi skal derfor gøre op med ideen om, at det frie valg nødvendigvis giver borgerne mere selvbestemmelse.

7 Afbureaukratisering af det frie valg

Det frie valg fører desværre meget bureaukrati med sig. Dels i form af den ekstra dokumentation som ligger til grund for bestiller-udfører-modellen og dels i form af det ekstra kontrolapparat, som kommunerne bruger til at holde øje med de private aktører. Vi er nødt til at se på, om vi kan gøre det anderledes, så flere af de offentlige midler kan gå direkte til borgerkontakten.

8 Sikre høj kvalitet og læring på tværs

Der er tegn på, at de private leverandører har større problemer, når de får besøg af tilsyn. Det er derfor vigtigt, at der fortsat er et stærkt tilsyn, og at der sættes fokus på at stille store krav til kvaliteten i de private tilbud. Omvendt skal de offentlige tilbud ikke være bange for at lære af de private tilbud, fx i forhold til borger- og pårørendeinddragelse.

Referencer

Berlinske (2020): "Ny forsikring for ældre skaber modstand – det er en meget uheldig glidebane", <https://www.berlinske.dk/danmark/ny-forsikring-for-aeldre-skaber-modstand-det-er-en-meget-uheldig-glidebane>

Regeringen, 2017: "Politisk aftale skal forebygge konkurser i private hjemmeplejefirmaer", <https://www.regeringen.dk/nyheder/2017/politisk-aftale-skal-forebygge-at-private-hjemmeplejefirmaer-gaar-konkurs/>

Rostgaard, T. (2014): Konkurrenceudsættelse i ældreplejen - Politik, policyinstrumenter og konsekvenser for kvalitet, økonomi og medarbejderforhold. Aalborg: Aalborg Universitet.

VIVE (2015): "Frit valg under godkendelsesmodellen på hjemmehjælpsområdet 2008-2013: Effekter på de kommunale timepriser", <https://www.vive.dk/da/udgivelser/frit-valg-under-godkendelsesmodellen-paa-hjemmehjaelps-effekter-paa-de-kommunale-timepriser-14718/>

VIVE (2016): Kvalitet på offentlige og private plejecentre i Danmark, <https://www.vive.dk/da/udgivelser/kvalitet-paa-offentlige-og-private-plejecentre-i-danmark-8800/>

VIVE (2020a): "Normeringer på danske plejecentre", <https://www.vive.dk/da/udgivelser/normeringer-paa-danske-plejecentre-14825/>

VIVE (2020b): "Debatindlæg: Her er, hvad vi ved om frit valg på ældreområdet", https://www.vive.dk/da/udgivelser/her-er-hvad-vi-ved-om-frit-valg-paa-aeldreområdet-15545/?utm_campaign=%E2%80%99Kom%20Godt%20Hjem%E2%80%99-

indsats%20i%20Horsens%20%7C%20Frit%20valg%20p%C3%A5%20%C3%A6ldre-
omr%C3%A5det%20%7C%20Webinar%20om%20velf%C3%A6rdsteknologi%20til%20bor-
gere%20som%20ikke%20selv%20kan%20give%20samtykke%20%7C%20Sundhedsv%C3%A6senets%20le-
derprogram&utm_medium=newsletter&utm_source=VIVEs

Quartz+Co (2014): "Analyse af offentlig-privat samarbejde", https://fm.dk/media/16237/Analyseafoffentligprivatsamarbejde_QuartzCo_december2014.pdf

Notat: Sundhedshuse – også en del af ældreområdet

Lige nu taler alle om sundhedshuse, men det er uklart, om vi egentlig taler om det samme. Der er behov for en klar strategi for sundhedshuse – hvad skal de lave, hvor de skal ligge, hvilke borgere skal de tage sig af osv.

I dette notat er først en kort beskrivelse af, hvad sundhedshuse egentlig er. Dernæst er en diskussion af, hvad formålet med sundhedshusene bør være, og til sidst FOAs konkrete bud på, hvordan sundhedshusene kan se ud.

De væsentligste pointer

- **Samlet strategi for sundhedshusene:** Der skal udarbejdes en strategi for sundhedshusene, som sætter en klar retning og skaber de nødvendige rammer, som kommuner og regioner herefter kan arbejde ud fra, evt. som en del af arbejdet i de nye sundhedsklynger.
- **Start hos borgeren:** Når vi skal udvikle en strategi for sundhedshuse, skal vi ikke starte med at se på, hvad der kan flyttes ud af sygehusene. Vi skal derimod starte med at spørge, hvad borgeren har brug for, særligt de mest udsatte borgere, og udvikle sundhedshusene med udgangspunkt i de behov.
- **Sundhedshusene skal tænkes bredt:** Vi skal ikke kun se på sundhedshuse med "sundhedsbriller", men også se på koblingen til social- og beskæftigelsesområdet. Når sundhedshusene skal etableres, skal vi derfor også spørge fx boligforeninger og socialrådgivere, hvilke behov de ser.
- **En del af strategien imod ulighed i sundhed:** Hvis ikke ulighed i sundhed bliver tænkt ind fra start, ved vi desværre, at hensynet til de mere sårbare borgere hurtigt skubbes i baggrunden. Omvendt, hvis det gøres rigtigt, har sundhedshusene et stort potentiale for at bidrage med meget af det, som de mest sårbare borgere efterspørger.
- **Placeres i de mest udsatte områder:** Der skal placeres sundhedshuse i de områder, hvor de mest udsatte borgere bor. Sundhedshusene skal være specifikt rettet mod at skabe tryghed for de borgere, som har de største behov, og som normalt ikke kommer til læge i tide.
- **Videnscenter for det kommunale sundheds- og ældrevesen:** Sundhedshusene skal bidrage til en faglig opkvalificering af kommunerne i forhold til sundhedsfaglige kompetencer og fungere som videnscenter for den kommunale ældrepleje.

Baggrund – hvad er et sundhedshus?

Sundhedshuse giver mulighed for, at flere forskellige sundhedstilbud samles under samme tag. Det kan være lægepraksis, sundhedsplejersker, hjemmepleje, genoptræning, forebyggelse, speciallæger mv. Der er allerede sundhedshuse rundt omkring i hele Danmark, og flere er på vej.

Den overordnede idé med sundhedshuse er at samle en række sundhedstilbud under samme tag. Sundhedshusene er i dag meget forskellige – både i størrelse, ejerform, opgaver og personalesammensætning. En type kan være kommunale sundhedshuse med fx genoptræning og rehabilitering, som måske samtidig lejer lokaler ud til psykologer, praktiserende læger mv. Det kan også være et større lægehus ejet af praktiserende læger og med forskelligt personale ansat.

Boks 1. Fem overordnede typer af sundhedshuse

Martin Sandberg Buch skitserer fem overordnede typer af sundhedshuse:

1. I den ene ende af skalaen finder vi større lægepraksisser med flere praktiserende læger samlet og måske en fysioterapeut eller kommunalt sundhedspersonale tilknyttet.
2. Der findes også rent kommunale sundhedscentre, hvor funktioner som rehabilitering, genoptræning og forebyggelse er samlet under ét tag. Nogle har også misbrugsbehandling og sundhedspleje. Dette er ifølge Martin Sandberg Buch den mest udbredte variant af sundhedshuse.
3. På næste trin på skalaen findes større, tværsektorielle sundhedshuse med både kommunale og private aktører som fysioterapeuter, læger og tandlæger.
4. Og i den mest avancerede udgave af sundhedshuset er der også koblet akutfunktion og satellitafdelinger fra sygehusene, hvor kronikere kan modtage ambulante behandling.
5. Endelig findes en femte slags sundhedshuse i landets største kommuner. Der er tale om specialiserede sundhedshuse, som beskæftiger sig med ét område som f.eks. Københavns Kommunes Center for Diabetes.

Kilde: Politiken Sundhed

Hvad skal formålet med sundhedshuse være?

I disse år ser vi en stor stigning i antallet af ældre borgere og borgere med én eller flere kroniske sygdomme. Denne udvikling har været med til, at sundhedshuse er kommet på tegnebrættet mange steder. En af begrundelserne er, at sundhedshuse skal være med til at aflaste sygehusene, så de ikke sander til. Blandt andet vil sundhedshusene kunne overtage mange af de ambulante kontroller og mindre behandlinger, som i dag foregår på sygehus.

FOA er ikke uenig i denne analyse, men omvendt er det væsentligt, at sundhedshusene ikke har som primært formål at aflaste sygehusene. Vi skal passe på, at de nye sundhedshuse ikke bare bliver små "minisygehuse". For det første fordi det kan risikere at gå ud over de seneste års nødvendige specialisering og kvalitetsforbedringer. For det andet fordi det ikke er den væsentligste rolle, som sundhedshusene skal spille – FOA har væsentligt større ambitioner end det.

FOA vil også advare imod at tro på, at behandlingen nødvendigvis bliver billigere, når den rykker ud i et sundhedshus. For hvorfor skulle det blive billigere, hvis det er den samme ydelse udført af det samme

personale, blot i en ny bygning? FOA vil derfor gerne advare imod at sundhedshuse bliver en spareøvelse. Vi skal starte et helt andet sted.

Hvis de nye sundhedshuse skal blive en succes, er det helt nødvendigt, at vi bliver konkrete på, hvilken rolle de skal spille. Her er det afgørende, at vi ikke først ser på, hvad der kan flyttes ud af sygehusene, men derimod spørger, hvad der er borgernes behov. Hvilke behov har borgerne for en sundhedsfaglig behandling tættere på eller i eget hjem? Og hvilke borgere har de største behov?

Samtidig er det vigtigt, at vi ikke kun ser sundhedshusene med "sundhedsbriller", men også ser på, hvordan de kan spille en rolle for den kommunale ældrepleje, så vi kan styrke hele det kommunale sundheds- og ældrevesen? Og også bredere end det - hvordan sundhedshusene kan spille en rolle for de mest udsatte borger i sammenhængende indsatser på tværs af social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet?

FOA vil derfor anbefale, at vi får kigget bredt på problemstillingen og får udviklet en ambitiøs strategi for, hvad sundhedshusene skal kunne. Det handler ikke blot om at flytte sygehusydelse ud til sundhedshuse, men om hvordan sundheden kommer helt ud i borgerens eget hjem og lokalsamfundet.

I det følgende skitseres de formål, som ifølge FOA bør danne baggrunden for den strategi for sundhedshuse, som skal udarbejdes.

Boks 2. Formål med sundhedshuse

- 1. Opgør med ulighed i sundhed:** De sidste mange år er uligheden i sundhed ikke blot stagneret, men ligefrem steget. Det er derfor afgørende, sundhedshusene får som eksplicit og højt prioriteret formål at hjælpe de borgere, som har de største behov. Sundhedshusene må ikke blot blive et ekstra tilbud for borgere med flest ressourcer.
- 2. Kompetenceløft i kommunerne:** Opgaverne i kommunerne har ændret sig. Patienter bliver i dag udskrevet langt tidligere, hvormed en større del af behandlingen varetages i kommunerne – på akutpladser, i eget hjem, på plejecentrene osv. Samtidig er borgere i ældreplejen i dag så svækkede, at de har brug for stor sundhedsfaglig ekspertise. Sundhedshusene skal bidrage til at styrke kommunernes videnskabsmæssigt.
- 3. Nærhed:** Specialiseringen på færre enheder har for mange borgere betydet, at de nu har længere til sygehuset. Samtidig ser vi et stigende antal borgere med kroniske sygdomme, som går hyppigt til kontrol og mindre behandlinger. Sundhedshusene skal være med til at bringe behandlingen tættere på borgerne igen – og meget gerne helt ind i borgernes stuer.
- 4. Tværfaglighed:** Sundhedshusene skal være mere end et lokalfællesskab. De skal være tværfaglige knudepunkter, hvor forskellige faggrupper mødes og bliver klogere på hinandens fagligheder, og hvor man kan sparre om at løse borgerens behov bedst muligt.

5. **Styrke den opsøgende og forebyggende indsats:** Mange indlæggelser kan undgås, hvis der sættes ind i tide. Mange patienter kan få et lettere sygdomsforløb, hvis sygdommen opdages i tide. Sundhedshusene skal styrke den tidlige opsporing af sygdom.
6. **Fokus på det hele menneske:** Sundhedshusene skal have fokus på at se det hele menneske – fysisk, psykisk og socialt. Mange patienter har dårlig trivsel, og det kan være med til at forværre deres helbred yderligere. I sundhedshusene skal der være brede kompetencer til at se hele vejen rundt om borgeren.
7. **Sammenhæng:** Mange borgere oplever, at de forskellige dele af sundhedsvæsenet ikke taler ordentligt sammen. For mange af de udsatte borgere gælder det ikke blot sundhedsvæsenet, men et meget bredere udsnit af offentlige instanser – socialområdet, beskæftigelsesområdet osv. Sundhedshusene skal hjælpe borgerne med at samle trådene.
8. **Plads til generalisterne:** Sundhedsvæsenet er i stigende grad blevet befolket af specialister. På sundhedshusene skal der gives plads til generalisterne, dvs. sundhedspersoner med speciale i det almindelige. De undersøgelser og behandlinger, som skal foregå i sundhedshusene, skal være fokuseret omkring de mest hyppige sygdomme – resten skal foregå på de specialiserede hospitaler.

FOAs konkrete forslag til sundhedshusene

De nye sundhedshuse skal ikke være nye minisygehuse – FOA har større ambitioner end det. Sundhedshusene skal modvirke ulighed i sundhed, skabe tilgængelighed for borgere med størst behov og sikre et kompetenceløft af det nære sundheds- og ældrevæsen.

FOA har derfor følgende forslag til de nye sundhedshuse:

1. **Lav en samlet strategi for sundhedshusene:** Sundhedshuse er i dag meget uensartede, hvilket bl.a. skyldes forskellige lokale behov. Det, der giver mening og er muligt i København, passer ikke nødvendigvis på Samsø. Der bør dog i højere grad være en samlet ramme for, hvad sundhedshusene skal kunne, og hvilken rolle de skal spille i det samlede sundhedsvæsen. FOA anbefaler derfor, at der udarbejdes en strategi for sundhedshusene, som sætter en klar retning og skaber de nødvendige rammer, som kommuner og regioner herefter kan arbejde ud fra, evt. som en del af arbejdet i de nye sundhedsklynger.
2. **En integreret del af strategien imod ulighed i sundhed:** Det er væsentligt, at sundhedshuse bliver tænkt sammen med andre initiativer, der skal modvirke ulighed i sundhed. Hvis ikke ulighed i sundhed bliver tænkt ind fra start, ved vi desværre, at hensynet til de mere sårbare borgere hurtigt skubbes i baggrunden. Omvendt, hvis det gøres rigtigt, har sundhedshusene et stort potentiale for at bidrage med meget af det, som de mest sårbare borgere efterspørger: Større nærhed og tilgængelighed, sammenhæng på tværs af de forskellige sektorer og et helhedssyn på borgeren.

- 3. Bred involvering:** Hvis sundhedshusene skal modvirke ulighed i sundhed, kræver det, at der er en særlig ekspertise til stede, som ikke er rent sundhedsfaglig eller sundhedsøkonomisk. Derfor er det ikke kun de sædvanlige parter, der skal sidde rundt om bordet, når strategien for sundhedshusene skal udarbejdes. Her skal også andre fagligheder og interesser tænkes ind, bl.a. eksperter i ulighed i sundhed og socialt udsatte borgere, socialrådgivere, repræsentanter fra almene boligforeninger osv. Dette gælder også i etableringen af hvert enkelt sundhedshus. Fx kan sundhedshuse i udsatte boligområder indgå et samarbejde med de lokale boligorganisationer om, hvordan man bedst muligt indretter et hus, som også de mest udsatte borgere vil føle sig velkomne i.
- 4. Placer sundhedshuse i de mest udsatte områder:** Der skal placeres sundhedshuse i de områder, hvor de mest udsatte borgere bor. Her kan sundhedshusene fungere som en tryk og velkendt ramme om sundheden for den enkelte borger og dermed understøtte, at de fx opsøger en læge eller et rygestopkursus tidligere end før. Sundhedshusene skal være specifikt rettet mod at skabe tryghed for de borgere, som har de største behov, og som normalt ikke kommer til læge i tide. Her kan vi lære meget af coronakrisen, hvor forskellige håndholdte indsatser i udsatte områder, ændrede åbningstider mv., øgede vaccinetilslutningen og testvilligheden.
- 5. Sundhedshuse i områder med langt til sygehuse:** Med samlingen og specialiseringen på de store sygehuse – og med flere patienter med behov for hyppige kontroller og behandlinger – er der opstået et behov for sundhedstilbud tættere på borgernes liv. Der skal derfor etableres sundhedshuse de steder, hvor borgerne i dag har meget langt til sygehuset. Stor afstand til sundhedstilbuddene er især en udfordring for de mindst ressourcestærke borgere, hvor dét at komme ud ad døren kan være en udfordring.
- 6. Sundhedshusene som lokale sundhedsvidenscentre:** Sundhedshusene skal bidrage til at løfte kvaliteten i ældreplejen og de kommunale sundhedsindsatser. De skal være videnscentre, som fx har de nyeste sundhedsfaglige retningslinjer, og som bidrager med faglig viden til bl.a. hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og plejecentrene. Fx kan de afholde kurser for de ansatte, og de kan fungere som sparringspartnere i forhold til mere komplekse sundhedsopgaver. Sundhedshusene kan på den måde blive faglige kraftcentre, som kan gøre det nære sundhedsvæsen mere attraktivt at være en del af og dermed tiltrække flere dygtige sundhedspersoner.
- 7. Bred vifte af fagligheder:** Sundhedshuse skal have en bred vifte af faglige funktioner, fra det læge- og sygeplejefaglige til genoptræning, ernæringsvejledning, forebyggelse, aflastning, psykologhjælp mv. Men mange steder vil sundhedshusene også skulle tænkes bredere end dette. Netop fordi sundhedshusene især skal have udsatte borgere som målgruppe, vil det også i mange tilfælde være oplagt at have fx en socialrådgiver ansat, som kan hjælpe borgeren igennem systemet.
- 8. Sammenhængen til sociale tilbud:** Borgere uden for arbejdsmarkedet har langt oftere fysiske og psykiske problemer, end de der har et job. Sundhedsvæsenet har svært ved at håndtere disse borgere, fordi deres behov også rækker ind på socialområdet og beskæftigelsesområdet. Mange sundhedshuse bør derfor også indeholde jobcenter eller socialkontor – eller i hvert fald have meget

tætte forbindelser til disse sektorer. På den måde kan sundhedshusene hjælpe borgerne på tværs af de forskellige systemer.

- 9. Kvalitetsplan for udflytningen af behandlinger fra sygehusene:** Hvis mere behandling skal rykke ud i sundhedshuse og ud i borgernes hjem, er det helt afgørende, at det foregår inden for klart definerede rammer. Ellers risikerer vi at stå i de udfordringer, som i dag er med de ca. 3500 midlertidige pladser i kommunerne, hvor man desværre nogle steder kan stille spørgsmålstegn ved den sundhedsfaglige kvalitet. De midlertidige pladser er uden journaladgang, epikriser, medicinskabe osv., samtidig med at patienterne bliver stadigt mere syge. Det er væsentligt, at der udarbejdes en kvalitetsplan, som klart beskriver, hvilke opgaver der kan rykkes ud af sygehuse, og hvad der skal til for, at kvaliteten bliver opretholdt.

- 10. Tilbud til psykiatriske patienter:** Psykiatrien er et af de områder, hvor der i meget høj grad er behov for at styrke de nære og sammenhængende tilbud til borgerne. Alt for mange borgere med psykiatriske problemstillinger får ikke en tilstrækkelig og koordineret behandling og indsats. Der er brug for, at overgange og samspil mellem behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien, somatikken og almen praktiserende læge forbedres, så borgerne oplever en 360 graders indsats, når de har behov for det. Nogle sundhedshuse vil derfor helt oplagt kunne få en central rolle i forhold til at gøre adgangen lettere for de mest udsatte psykiatriske patienter, som selv har svært ved at søge hjælp og koordinere indsatsen. I sundhedshusene kan distriktskykiatrien, sociale tilbud og sundhedstilbud til udsatte borgere naturligt samles og være et vedholdende tilbud, hvor der er et kendskab til borgeren. Her kan borgerne opleve at blive imødekommet i genkendelige rammer, så deres behov for hjælp ikke afvises.

- 11. Fjern barrierer for samarbejde:** Der kan være en række lovgivningsmæssige barrierer for at etablere samarbejde mellem fx kommunale og regionale aktører i et sundhedshus. Eksempelvis har kommunale aktører ikke bemyndigelse til at træffe beslutninger for praktiserende læger eller regionsansat sundhedspersonale – og det samme gør sig gældende den anden vej. Der ligger således en væsentlig udfordring i at etablere en samlet ledelse på tværs af sektorer.

Notat: Hygiejne og rengøring er en del af kernevelfærden

COVID-19 har øget anerkendelsen af rengøringsopgaven blandt både borgere og kommunens andre ansatte, herunder synliggjort den værdi, som rengøringspersonalet leverer på daglig basis.

Der er således et positivt fokus på rengøring netop nu. Desværre er der langt fra sikkerhed for, at dette momentum bliver omsat til varige forbedringer. Tværtimod er mange kommuner allerede tilbage til et lavere rengøringsniveau, og i mange tilfælde har den økonomiske prioritering også under corona-pandemien ikke dækket alle mer-opgaverne, særligt på ældreområdet. Tilsvarende har kun et fåtal af kommunerne indtil nu omsat det hygiejniske sigte til en strategi om rengøringsfaglig uddannelse.

Særligt på ældreområdet er der behov for at finde anbefalinger og løsningsmodeller, der løfter fagligheden inden for rengøring og hygiejne, men som samtidig fastholder en sammenhængende og nær ældrepleje. Rengøring på ældreområdet bør ikke (igen) blive en "periferi-ydelse", men skal være en del af kernevelfærden.

I dette notat er først en kort beskrivelse af rengøringsindsatsen under corona-pandemien, herunder etableringen af hygiejneorganisationer i kommunerne. Den resterende del af notatet er inddelt i to emner, som både indeholder baggrund samt FOAs anbefalinger:

1. Rengøringskvalitet og kvalitetssikring på ældreområdet
2. Organisering af rengøring på ældreområdet

Væsentligste pointer:

- **Ressourcer:** Såvel de konkrete behov som de formelle krav er øget både før og under coronapandemien. Kvalitetskravene kan ikke efterleves uden flere ressourcer til opgaverne.
- **Balance mellem nærhed og rengøringsfaglighed:** Der skal så vidt muligt være en organisering tæt på den enkelte borger, men samtidig skal der være et blik for at sikre tilstrækkelig systematik og faglig viden om rengøring.
- **Nøglemedarbejdere:** Der bør udpeges lokale nøglemedarbejdere med ansvar for kvaliteten af rengøringen på team- og arbejdspladsniveau.
- **Hygiejneorganisation:** Alle kommuner skal etablere en hygiejneorganisation, som har fokus på kvalitetssikring af rengøringen, og som medarbejderne kan referere til.
- **Uddannelse:** Alle medarbejdere, der i praksis udfører rengøringsopgaver, skal have den nødvendige uddannelse og instruktion. For nøglemedarbejderne indebærer det en egentlig faglig uddannelse med fokus på rengøring og hygiejne.
- **Tilsyn:** Det sundhedsfaglige tilsyn bør også føre tilsyn med rengøringen.

Baggrund: Rengøring under corona-pandemien

Under CORONA-pandemien er der stillet nye krav til rengøring og hygiejne. Det gælder ikke mindst på ældreområdet, hvor mange sårbare borgere og flere kritiske opgaver naturligt stiller skærpede krav. Sundhedsmyndighederne har gennem perioden udsendt både retningslinjer for og vejledninger til, hvordan kommunerne bør bidrage til afbrydelse af smittekæder via et øget hygiejnisk fokus i rengøringen.

Det kommer oven i de almindelige vejledninger for hygiejnisk rengøring (de Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer, NIR). Disse vejledninger er implementeret i varierende grad blandt kommunerne, men COVID-19 har skærpet opmærksomheden på en yderligere implementering.

De nye, skærpede krav til rengøring og hygiejne kommer efter årelange effektiviseringer og besparelser. Blandt andet udtrykt gennem en lavere rengøringsfrekvens i hjemmeplejen, og ved daglig nedprioritering af rengøringsopgaverne i forhold til andre presserende opgaver i hele ældreplejen.

De skærpede krav skal oftest håndteres af mange ufaglærte medarbejdere. På trods af gode muligheder for lønrefusion under uddannelse er andelen af faglært arbejdskraft inden for rengøringsområdet fortsat på et meget lavt niveau i de fleste kommuner – også indenfor ældreplejen.

Etablering af hygiejneorganisationer

I Danmark modtager flere patienter pleje og behandling på sygehusene, som fortsætter i kommunerne efter udskrivelsen. Det stiller nye krav til kommunerne.

COVID-19 har sat yderligere fart på etableringen af hygiejneorganisationer til at håndtere de faglige krav til rengøring og hygiejne. Hvor kun cirka halvdelen af kommunerne havde en enten snæver eller tværgående hygiejneorganisation inden COVID-19, er det nu alene 10 pct. af kommunerne, som ikke har påbegyndt etableringen af en hygiejneorganisation. Men størstedelen af kommunerne (78) har endnu ikke vedtaget en egentlig hygiejnepolitik med klare mål (ved udgangen af 2020).

Hvordan skal vi prioritere og organisere rengøring i ældreplejen?

Nu hvor hverdagen efterhånden er ved at indfinde sig efter pandemien, står kommunerne overfor et valg om enten at fastholde (dele af) det højere rengøringsniveau fra perioden under COVID-19 eller gå tilbage til det vanlige rengøringsniveau (som har varieret meget mellem kommunerne). Det er en både generel og sektorspecifik prioritering i mange kommuner.

Særligt for ældreområdet rejser dette valg to overordnede og principielle spørgsmål, som vi vil se nærmere på i det følgende:

1. Hvilket rengøringsniveau er nødvendigt i fremtiden, hvordan fastsætter vi kravene, og hvordan sikrer vi kvaliteten?
2. Hvordan skal vi organisere rengøringsopgaverne – henholdsvis i borgernes private hjem og på de kommunale institutioner indenfor ældrepleje- og sundhedsområdet.

Ad. 1: Krav til kvalitet og kvalitetssikring af rengøring i ældreplejen?

I dette afsnit undersøger vi, hvordan man bedst muligt kan sikre en høj kvalitet samt kvalitetssikring af rengøringen i ældreplejen. Først en kort beskrivelse af, hvorfor rengøringskvaliteten er så vigtig.

Rengøringskvaliteten er afgørende for antallet af infektioner

Under COVID-19 har vi erfaret, at god rengøring spiller en rolle for forebyggelse af smitte og infektioner. Statistikken viser massiv nedgang i forskellige infektionssygdomme som fx influenza. God kvalitet i rengøring gør det ikke alene, men bidrager til denne statistik. Det er også påvist i tidligere undersøgelser, at hygiejnisk rengøring kan nedbringe infektioner og smittespredning – såvel i sundhedsvæsen, ældrepleje som i andre del af den borgerne velfærd.

Infektioner i ældreplejen er ofte dyre. 10% af infektionsramte plejehjemsbeboere indlægges på sygehuse, hvilket svarer til ca. 150 ekstra indlæggelser pr. år. De resterende 90% behandles og plejes i primærsektoren, hvilket heller ikke er omkostningsfrit.

Der er udarbejdet en række studier af, hvordan man kan reducere antallet af infektioner (se boks 1). Studierne peger blandt andet på, at følgende skal sikres:

- Nødvendige ressourcer (tid) til at udføre rengøringen.
- Infektionshygiejnisk viden på alle niveauer – alle medarbejdere skal have en ekspert at læne sig op ad.
- Klar rollefordeling i forbindelse med ledelse og ansvar.

Boks 1. Videnskabelige studier af, hvordan antallet af infektioner kan reduceres

- I en dansk kontekst har man undersøgt, hvordan det tværsektorielle arbejde kan forbedres, med henblik på at sikre den bedste infektionshygiejne for borgeren. Studiet peger på, at et tværsektorielt samarbejde om infektionshygiejne fungerer bedst, når det er formaliseret i sundhedsaftaler mellem kommune og sygehus, og at forebyggelsen af institutionserhvervede infektioner påkræver infektionshygiejnisk viden på alle niveauer i organisation. Studiet finder, at det skaber tryghed hos medarbejderne at have en ekspert de kunne læne sig op ad. Studiet konkluderer ligeledes at følgende ting motiverer til et tværsektorielt samarbejde: 1. Fælles fokus på faglighed og kompetence i forhold til infektionshygiejne, og 2. Klar rollefordeling i forbindelse med ledelse og ansvar.
- I et amerikansk studie fra 2012, inddelte man 10 plejehjem i to kategorier: dem med høje rater af MRSA-tilfælde, og dem med lave rater af MRSA-tilfælde. Dette målt på baggrund af hospitalsindlæggelser og screening af bakterier hos beboerne. Man fandt, at der var flest MRSA-bakterier i de plejehjem hvor der havde været flest hospitalsindlæggelser, hvor der blev brugt kortere tid på rengøring, og hvor fællesrummene sjældent blev rengjort. Studiet tyder på, at flere resurser (i form af tid) og forbedrede rengøringspraksisser kan reducere niveauet af MRSA-bakterier på plejehjem.
- En gennemgang af evidensbaserede studier af tyske plejehjem finder, at den bedste metode til at reducere infektioner er ved multimodalt og multidisciplinært forebyggelsesarbejde. Med multimodalt og multidisciplinært menes, at der skal sættes flere samtidige interventioner i gang, for eksempel forvaltning af antibiotika og hyppig uddannelse i infektionshygiejne. Samtidig skal interventioner udføres i et samarbejde mellem de forskellige fagpersoner på plejehjemmet.

Der er ingen tvivl om, at rengøring er væsentligt for at reducere antallet af infektioner. Derfor har Statens Serum Institut (SSI) som del af de infektionshygiejniske retningslinjer (NIR) udarbejdet en retningslinje for rengøring i den borgernære, kommunale velfærd (daginstitutioner, skoler, ældrepleje osv.). Kravene til ældreområdet er yderligere konkretiseret i "Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer For plejehjem, hjemmehjælp og bo- og opholdssteder (2020)". De infektionshygiejniske retningslinjer er implementeret i meget varierende grad i kommunerne, om end corona-pandemien har skærpet opmærksomheden på dem.

Hvordan kvalitetssikrer vi rengøringsopgaven?

For at kvalitetssikre rengøringsopgaven, bør der, ifølge retningslinjerne fra SSI, stilles krav til medarbejderens **uddannelse**. Infektionshygiejnisk rengøring kan kun udføres af medarbejdere, der forstår "hvordan" og "hvorfor" rengøringen har et infektionshygiejnisk fokus. Ved at stille uddannelseskrav til rengøringsmedarbejderne, sættes der fokus på den rolle, som god hygiejne og rengøring spiller i velfærdsydelser og på de enkelte arbejdspladser. Ledere skal desuden have en faglig viden, der gør, at de kan instruere og understøtte medarbejdernes arbejde og sikre, at der leveres den kvalitet, der er aftalt.

Der skal etableres **rengøringsaftaler/-politikker** for at sikre, at de enkelte institutioner lever op til infektionshygiejniske mål. Politikkerne skal blandt andet indeholde en beskrivelse af rengøringsmetoder, rollefordeling, krav om infektionshygiejniske retningslinjer (håndhygiejne, arbejdsdragt m.m.), samt krav om oplæring.

Der skal samtidig anvendes et fælles system til bestemmelse af **rengøringskvaliteten**. Beskrivelsen af kvalitetsniveauer inden for de forskellige arbejdspladstyper og brancher bygger oven på de gængse standarder til beskrivelse og vurdering af rengøringskvalitet. I Danmark er det i regi af Dansk Standard, at standarder for rengøringskvalitet udvikles. SSI foreslår INSTA 800 som det konkrete værktøj. INSTA 800 indeholder et fælles "rengøringssprog" og procedure for kvalitetsvurdering.

Tilsyn med rengøring

En anden måde at sikre rengøringskvaliteten er igennem tilsyn. Men der er i dag ikke et tilsyn målrettet rengøringen.

Retningslinjerne fra Statens Serum Institut indgår som grundlag for de tilsyn, som Styrelsen for Patientsikkerhed udfører. Det sundhedsfaglige tilsyn henviser selv til de infektionshygiejniske retningslinjer fra Statens Serum Institut, herunder også retningslinjen for rengøring i den borgernære, kommunale velfærd. Alligevel dækker det sundhedsfaglige tilsyn – ifølge Styrelsen for Patientsikkerhed selv – i dag kun håndhygiejne samt i nogle tilfælde rengøring af specifikke instrumenter og ikke rengøring mere generelt. Ældretilsynet fører heller ikke målrettet tilsyn med rengøringen. Det sker med den begrundelse, at de er meget varsomme med at blande sig i det kommunale serviceniveau.

Uden for sundhedssektoren (ved ydelser leveret i henhold til sundhedsloven) er det ikke obligatorisk at tage udgangspunkt i SSIs retningslinjer for infektionshygiejnisk rengøring. Dette til trods for, at retningslinjerne er meldt ud som anbefaling til alle borgernære velfærdsydelser, også i kommunerne.

FOAs anbefalinger til sikring af en høj kvalitet

På baggrund af retningslinjer og viden på området har FOA følgende anbefalinger til at sikre en høj kvalitet i rengøringen på ældreområdet:

- Rengøring på ældreområdet skal udføres i henhold til de generelle standarder (INSTA800) og Serum-instituttets egne retningslinjer (NIR).
- Opgaverne skal udføres af rengøringsfagligt uddannet personale.
- Opgaverne skal ledelsesmæssigt og organisatorisk være forankret via en hygiejneorganisation og med en formuleret strategi/politik, som konkret udmønter de generelle retningslinjer i kommunens kvalitetskrav.
- Det sundhedsfaglige tilsyn bør også føre tilsyn med rengøring på sundheds- og ældreområdet. En løsning kan være, at de ikke fører direkte tilsyn med rengøringskvaliteten (da det kræver rengøringskyndige), men derimod fører tilsyn med fx rengøringspersonalets uddannelse, om kommunen har en hygiejneorganisation, om kommunen selv har en egenkontrol med rengøringen osv.

Ad 2: Organisering af rengøringsopgaverne i ældreplejen?

I dette afsnit ser vi nærmere på, hvordan man bedst muligt kan organisere rengøringsopgaverne i ældreplejen. Her er det i første omgang vigtigt at skelne mellem forskellige typer af arealer, der skal gøres rent.

Arealerne på ældreområdet kan inddeles i fire forskellige kategorier:

1. Borgerens eget hjem
2. Fællesarealer på plejecentre (fx opholdsstuer, gangarealer mv.)
3. Servicearealer på plejecentre (fx kontorlokaler og kaffestuer for personale)
4. Borgerens private område på plejecentre (fx borgerens lejlighed)

Der gælder forskellige regler alt efter, hvor rengøringen foregår. Rengøring i borgerens eget hjem er fx underlagt frit valg, dvs. at borgeren selv kan vælge enten kommunal eller privat leverandør, mens områderne på plejecentre ikke er underlagt frit valg. Samtidig vil organiseringen af rengøringsopgaven, rengøringspersonalets faglige baggrund mv. ofte variere på tværs af områderne.

Organisering af rengøringsopgaverne i dag

Implement har foretaget en analyse for FOA af organiseringen af rengøringsopgaverne i kommunerne (se boks 2). Undersøgelsen viser bl.a., at organiseringen af rengøringen på ældreområdet adskiller sig fra organiseringen af rengøringen på de resterende områder for samtlige 28 undersøgte kommuner – uagtet deres leverancemodel og organisation.

Undersøgelsen viser, at kommunerne organiserer rengøringsopgaven på ældreområdet meget forskelligt:

1. Blandt nogle af undersøgelsens kommuner bliver rengøringen på ældreområdet hovedsageligt varetaget af en kommunal, central rengøringsenhed, der enten går på tværs af kommunens

forvaltninger eller er forankret i ældreområdet. I disse kommuner varetager den kommunale rengøringsenhed dog alene rengøringen på fællesarealer og/eller servicearealer på plejecentrene, men ikke rengøringen i borgerens eget hjem samt i borgerens lejlighed (på et plejecenter). Denne rengøring foretages i stedet af hhv. hjemmeplejen (jf. dog fritvalgsordningen, som medfører, at borgeren selv kan vælge leverandør) og af plejecenteret selv.

2. Blandt de 28 kommuner i undersøgelsen er der to kommuner, hvor en central rengøringsenhed også foretager rengøringen i borgerens private område på plejecentre og én kommune, hvor en central rengøringsenhed ligeledes varetager rengøring i borgerens eget hjem – nemlig Køge Kommune.
3. Blandt størstedelen af de undersøgte kommuner varetages rengøringen på ældreområdet lokalt på de enkelte plejecentre, for alle areal typer. Der er en vis variation både kommunerne imellem samt blandt de enkelte plejecentre internt i kommunerne i forhold til, hvilket personale der i så fald varetager rengøringsopgaverne. På nogle plejecentre kan det være særskilt personale (husassistenter), der udelukkende varetager rengøringsopgaver og få andre, praktiske opgaver, mens det blandt andre kommuner/plejecentre i praksis er det samme personale, der varetager både pleje- og praktiske opgaver (herunder rengøring i borgernes private boliger). Især i hjemmeplejen foretages rengøringen af borgernes boliger typisk af plejepersonalet iblandt øvrige (pleje)opgaver.

På institutioner lokaliseret i bygninger ejet og udlejet af private/almene boligselskaber, har boligselskabet oftest ansvaret for rengøringen på fælles- og/eller servicearealer, ligesom der også observeres eksempler på, at plejecentrene lokalt anvender en privat tredjepart til rengøringsopgaver af service- og/eller fællesarealer, både hvis kommunen i øvrigt har eller ikke har rengøringsopgaver udliciteret. Endelig findes eksempler på plejecentre, hvor rengøringen foretages af både eget personale, den kommunale rengøringsenhed, boligselskabets medarbejdere samt private leverandører – afhængig af arealtype (Holbæk Kommune).

Boks 2. Implement's undersøgelse af kommunernes håndtering af rengøringsopgaver, før og under corona-pandemien (2021)

Implement har for FOA undersøgt, hvordan kommunerne har håndteret rengøringsopgaverne, før og under pandemien, og hvilke forventninger kommunerne selv har til de fremtidige løsninger.

Undersøgelsen ser nærmere på rengøring i fire udvalgte kommuner, der hver især har særlig fokus på rengøringsopgaven og samtidig forskellige bud på organiseringen. De fire er Esbjerg, Holbæk, Køge og Lolland Kommuner. Undersøgelsen har derudover interviewet 24 repræsentativt udvalgte kommuner, som giver et nogenlunde dækkende billede af situationen i landets kommuner (med variation på størrelse og geografi via trinvis udvælgelse).

Kilde: Implement (2021): Den kommunale rengøring og erfaringer fra COVID-19

Organiseringens betydning for rengøringskvaliteten

Undersøgelsens resultater om ældreområdet er ikke entydige. Det skyldes den store variation kommunerne imellem netop hvad angår organiseringen på dette område.

Fælles for kommunerne er dog, at hvis rengøringen på ældreområdet **ikke** foretages af en central, fælleskommunal rengøringsenhed (hvilket er gældende for størstedelen af kommunerne), så har det under COVID-19 været ældreområdet selv, som har varetaget ekstraopgaver relateret til rengøring. For størstedelen af kommunerne er ældreområdet således ikke tilført yderligere ressourcer til håndtering af disse ekstraopgaver, men har i stedet måttet klare det indenfor gældende økonomiske ramme.

Et antal kommuner nævner dog, at det i tilfælde med spidsbelastning på ældreområdet – bl.a. i forbindelse med smitteudbrud på plejecentre – har været muligt at trække på kommunens rengøringsenhed, hvis denne har haft kapacitet hertil. På den måde er ældreområdet tilført 'gratis' ressourcer til rengøringsopgaver, om end dette primært er sket ad hoc og relativt usystematisk.

En række af de kommuner, hvor rengøringsopgaver varetages lokalt på plejecentre og i hjemmeplejen (iblandt øvrige opgaver), oplever, at rengøringen på ældreområdet i en presset hverdag kan blive nedprioriteret i forhold til plejeopgaver. Det kan medføre, at rengøringen periodisk ikke foretages så grundigt, som det kunne forventes.

Dertil vurderes det blandt en længere række kommuner, at personalet på ældreområdet, som forestår rengøringen (enten husassistenter eller plejepersonalet), ikke altid anvender en lige så ensartet systematik og/eller metode, som når rengøringen foretages af centraliseret og dedikeret rengøringspersonale (hvad enten denne systematik affødes af frekvens-/programmeret rengøring, INSTA 800 og/eller NIR). Samtidig opleves en tilsvarende mere begrænset systematik i den kontrol og kvalitetssikring, der foretages af rengøringen på ældreområdet, når ikke rengøringen foretages og kontrolleres af centraliseret og dedikeret rengøringspersonale/-tilsyn.

Syv kommuner (29 pct.) vurderer således, at rengøringen nedprioriteres i relation til plejeopgaver, hvis opgaverne ikke er organisatorisk adskilt. 12 kommuner (50 pct.) vurderer endvidere, at rengøringen ikke foretages eller kontrolleres systematisk, når det udføres lokalt på plejecentrene.

FOAs anbefalinger til rengøringsorganiseringen

Organisering af rengøringsopgaverne på ældreområdet indeholder især ét dilemma:

På den ene side viser erfaringsopsamling og analyse, at der umiddelbart kan være fordele ved en specialisering og eventuelt centralisering, så den rengøringsfaglige indsigt styrkes, opgaverne prioriteres og kvaliteten sikres. På den anden side vil en specialisering stride mod andre hensyn: Flexibilitet, borgerindflydelse, og borgerkontakt, tryghed ved at opgaverne i borgerens eget hjem bliver varetaget af (få) medarbejdere med kendskab til borgeren samt faglig sammenhæng til andre opgaver, eksempelvis personlig hygiejne, madlavning m.v.

På baggrund af de forskellige hensyn har FOA følgende anbefalinger til rengøringsorganiseringen:

- **I borgerens eget hjem:** Der bør tages udgangspunkt i en organisering tæt på den enkelte borger. Det beskrevne dilemma kan måske løses ved, at et medarbejderteam med samlet ansvar for ældreplejen til en bestemt gruppe af borgere får placeret et ansvar for rengøring og hygiejne hos én eller flere af medarbejderne i teamet. Denne (disse) nøglemedarbejder(e) skal så varetage opgaven med at sikre

kvaliteten i rengøringsopgaverne, uanset hvem i teamet der udfører dem. Medarbejderen kan i forhold til hygiejne og rengøring referere til kommunen hygiejneorganisation. Og medarbejderen skal sikres de nødvendige kompetencer gennem uddannelse.

- **Plejehjem mv.** I forhold til rengøringsopgaver på kommunens institutioner (plejehjem m.v.) kunne en løsning også her være en klar forankring af ansvaret for hygiejne og rengøring i den lokale organisation gennem udpegning af en eller flere nøglemedarbejdere med kompetencer og viden inden for området.
- **Uddannelse og instruktion:** Udover den centrale nøglemedarbejder er det vigtigt, at alle medarbejdere, der udfører rengøringsopgaver i praksis – uanset om de er ansat til det eller til bredere opgaver – får den nødvendige uddannelse og instruktion.
- **Forskellige typer af opgaver:** Endelig er det af hensyn til sammenhæng og kontinuitet i opgaverne og af hensyn til arbejdsmiljøbelastning væsentligt, at de medarbejdere, der udfører rengøringsopgaver, også har andre arbejdsopgaver. Det uanset om der er tale om husassistenter, social- og sundheds- hjælpere eller andre ansættelsesgrupper.

Referencer

Implement (2021): Den kommunale rengøring og erfaringer fra COVID-19

Statens Serum Institut (2020): "Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer For plejehjem, hjemmepleje og bo- og opholdssteder", <https://hygiejne.ssi.dk/NIRPrimaersektor>

Statens Serum Institut (2021): "Kortlægning af kommunale hygiejneindsatser i kommunerne", https://hygiejne.ssi.dk/-/media/arkiv/subsites/infektionshygiejne/organisering/120531_final_rapport_kortlgning-kommunal-hygiejne-2020.pdf?la=da

Notat: Hvordan får vi mere meningsfuld dokumentation?

Dokumentation fylder meget i ældreplejen og er også helt nødvendigt for at sikre patientsikkerheden og kontinuiteten for borgeren. Men der er også store udfordringer med de rammer, der er for dokumentationen i dag. I dette notat kommer FOA med vores bud på, hvordan dokumentationen kan forbedres og gøres mere meningsfuld. Først er der en beskrivelse af, hvordan det ser ud i dag og derefter FOAs løsningsforslag.

De væsentligste pointer

- Det er helt nødvendigt med dokumentation i ældreplejen, hvis vi skal sikre en høj kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng for borgerne. Desværre er der mange medarbejdere, som oplever, at en del af dokumentationen ikke er meningsfuld, og at de ikke har den nødvendige tid til at dokumentere.
- Det er afgørende, at medarbejderne kan se meningen med de ting, der skal registreres, og at der er gennemsigtighed omkring, hvad data anvendes til.
- Data skal være med til at bakke op omkring fagligheden og indsatsen for borgerne. Dvs. at fokus primært skal ligge på det faglige arbejde omkring borgerne (den vandrette dokumentation mellem medarbejderne) og i mindre grad blot som information til ledelsen (den lodrette dokumentation).
- Ledelsen skal spille en større rolle i forhold til at sikre gode rammer for dokumentation, bl.a. den nødvendige tid, en god oplæring samt ordentligt hardware og software.
- Kommunerne skal involvere medarbejderne, når der skal udvælges nye systemer, og når der skal justeres i systemerne. Det er medarbejderne, som ved mest om, hvordan systemerne fungerer i dagligdagen.

Baggrund

Dokumentation er en nødvendig del af opgavevaretagelsen i ældreplejen. Dokumentation giver viden om indsatsen, som er afgørende for, at medarbejderne kan sikre og udvikle kvaliteten. Samtidig sikrer dokumentationen, at aftenvagten ved, hvad dagvagten har lavet, og at alle kan se, hvad status på borgeren er. Dertil er det vigtigt i forhold til at sikre koordinering mellem forskellige instanser og medarbejdergrupper i sundhedsvæsenet.

Medarbejdernes oplevelse af dokumentation

Dokumentation fylder meget i hverdagen i ældreplejen. FOAs medlemmer, der arbejder på plejecentrene, bruger ca. 45 minutter om dagen på at dokumentere og registrere. I hjemmeplejen bruger man i gennemsnit 37 minutter om dagen. Og på genoptræningstilbuddene/rehabiliteringscentre bruger medlemmerne i gennemsnit 56 minutter om dagen.⁹

Et af de største problemer med dokumentation er, at mange medarbejdere oplever, at de mangler tid til den faglige dokumentation – især i hjemmeplejen. De oplever, at de har svært ved at nå dokumentationen i løbet af en travl dag, og at det tager meget tid fra borgerkontakten.

Blandt FOAs medlemmer i ældreplejen er omkring 6 ud af 10 er enige i, at der er overflødig dokumentation og registreringer. Medarbejderne i ældreplejen støder særligt på følgende problemer:

⁹ Det siger FOAs medlemmer om emner i sammenhængsreformen, FOA 2017

1. Dobbeltregistreringer i forbindelse med dokumentation, fx både i borgerens bog i hjemmet og i den elektroniske journal – dermed bliver der både en fysisk registrering på papir og på computeren.
2. Registrering af de opgaver, som allerede er beskrevet i fx kørelistes og handleplaner, og som derfor kan opfattes som overflødig. En del peger på, at der i højere grad er behov for kun at dokumentere, når noget afviger fra det normale frem for at dokumentere det hele. Dertil kommer, at der stadig er en del, der i 2017 fortsat registrerede komme- og gåtider, selv om det blev fjernet som et lovkrav tilbage i 2012. Dermed kan der være eksempler på overregistreringer.
3. Derudover peger flere af medlemmerne på, at de oplever tekniske problemer med dokumentationen eller forældet IT-udstyr.

Omvendt er der også mange medarbejdere i ældreplejen, som ikke oplever store problemer med overflødig dokumentation, og som ikke synes, at de bruger for meget tid på det. Og stort set alle medarbejdere i ældreplejen kan se det faglige formål med det, der skal dokumenteres og registreres. Det peger i retningen af, at vi skal være meget mere præcise på, hvad for noget dokumentation vi taler om.

Forskellige typer af dokumentation

Der findes flere typer af dokumentation, som det er væsentligt at skelne mellem:

- Dokumentation af sundhedslovsydelser (journalføring).
- Dokumentation som følge af visitation/afgørelser efter serviceloven.
- Dag-til-dag-dokumentation til brug for løbende forbedringer (forbedringsdata).
- Dokumentation som styringsredskab / ledelsesinformation.

Der vil ofte være overlap mellem de forskellige typer af dokumentation, men det er alligevel godt at holde sig for øje, at dokumentationen har forskellige formål og målgrupper, alt efter hvad baggrunden er.

Forskel på dokumentation efter serviceloven og sundhedsloven

Serviceloven og sundhedsloven stiller forskellige krav til dokumentation af opgaverne i ældreplejen. Serviceloven stiller i udgangspunktet ikke krav til dokumentation af selve indsatsen. I stedet er der krav om at dokumentere den administrative afgørelse om, hvilken og hvor meget hjælp en borger er visiteret til. Omvendt er der ved sygepleje, som gives efter sundhedsloven, krav om, at selve indsatsen dokumenteres, hvorimod der ikke er krav om administrativ afgørelse.¹⁰ Det er derfor væsentligt for både den kommunale administration, ledere og de udførende medarbejdere at være bevidste om de forskellige krav til dokumentation af plejefaglige og sundhedsfaglige opgaver.

Dokumentationen efter sundhedsloven kaldes journalføring. Der er netop kommet en ny bekendtgørelse vedr. journalføring, som beskrives i et senere afsnit.

Forbedringsdata og tidlig opsporing

Mange arbejdspladser anvender forskellige former for dag-til-dag dokumentation, der skal sikre kvaliteten. Det kan være habitualsekemaer, Hjulet eller lignende, eller det kan være store tavler på plejehjemmet. Medarbejderne kan fx bruge skemaerne til at sikre den tidlige opsporing af sygdoms- og funktionsforværring,

¹⁰ Sundheds- og Ældreministeriet samt KL: "Forenkling af regler og dokumentationskrav i ældreplejen" (2018)

forebygge tryksår, holde styr på medicinen osv. Formålet kan også være at sikre kvalitetsudviklingen, fx ved at bruge dag-til-dag-dokumentationen til at holde øje med om indførelsen af nye arbejdsgange giver de ønskede resultater. Denne anvendelse af skemaer er bl.a. en del af Dansk Selskab for Patientsikkerheds metoder i "I sikre hænder".¹¹

Ledelsesinformation / styringsredskab

Kommunen og den lokale ledelse vil ofte gerne kunne følge med i, hvordan det står til ude på det enkelte plejehjem, evt. for at sammenligne forskellige institutioner med hinanden. Dvs. anvende data som styringsredskab. Disse ønsker kan også komme fra nationalt hold. Det kan fx være at få overblik over, hvordan det går med sygefraværet blandt medarbejderne, antallet af bade som borgeren modtager, hvor lang tid medarbejderne bruger på hvert enkelt besøg, eller om en indsats mod medicinfejl faktisk virker.

De nyeste regler og systemer

Dokumentationen på ældreområdet er under konstant udvikling. Det gælder særligt i forhold til de tekniske systemer og udstyr, som ofte udskiftes og opdateres i kommunerne. Den største nye ændring, som har betydning for alle kommuner, er, at der er indført en ny standard (Fælles Sprog III), som alle kommuner skal følge. Derudover er der d. 1. juli 2021 kommet nye regler for journalføring. Begge dele er beskrevet i det følgende.

Fælles sprog III

Fælles Sprog III (fremover FSIII) er en fælleskommunal standard for registrering af data på sundheds- og ældreområdet i kommunerne, som kommunerne skal anvende. Det omfatter både ydelser under serviceloven og sundhedsloven. Implementeringen af FSIII er påbegyndt i alle kommuner, men er endnu ikke implementeret i bund endnu.

FSII har 3 niveauer til klassifikation af data. Niveau 1 er de paragraffer, en indsats ydes efter, mens niveau 2 rummer de fælleskommunale indsatser. Niveau 3 – som er en yderligere udspecificering af indsatserne på niveau 2 – findes der ikke en fælles kommunal standard for, og det er kun niveau 1 og 2, som er obligatoriske.¹²

Baggrunden for at indføre et fælles system og klassificering har bl.a. været, at det gerne skulle give et mindre tidsforbrug på dokumentation. F.eks. vil der ved et samlet system blive færre dobbeltregistreringer, fordi de samme grundoplysninger kun skal dokumenteres én gang frem for både i forbindelse med opgaver efter serviceloven og opgaver efter sundhedsloven. Ligeledes vil konkrete opgaver blive dokumenteret på samme måde uanset medarbejder, hvilket kan reducere både variation samt den tid andre medarbejdere bruger på at finde relevant information. Fælles Sprog III skal desuden være med til at sikre, at man undgår dokumentation i form af prosa og i stedet i et overskueligt system kun dokumenterer den information, der er behov for. Endelig er formålet med Fælles Sprog III også, at det skal være lettere at indhente data fra kommunerne for at blive klogere på, hvad der foregår på det kommunale sundheds- og ældreområde, samt hvilke indsatser der virker og ikke virker (ved at sammenholde data fra kommunerne med sygehusene).¹³

¹¹ www.isikrehænder.dk

¹² VIVE: "Social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistenter i kommunerne" (2021)

¹³ Fælles Sprog III-hjemmesiden: <http://www.fs3.nu/>

Selve implementeringen af Fælles Sprog III har dog været omkostningstungt, og mange medarbejdere har oplevet, at det er meget tidskrævende og med alt for mange "klik". Meget af dette handler formentlig om overgangen til et nyt system, men det er for tidligt at sige endnu.

Ny bekendtgørelse om journalføring

D. 1. juli 2021 trådte en ny bekendtgørelse om journalføring i kraft. Den har været længe undervejs, og FOA har været tæt involveret i processen. Til bekendtgørelsen er der udarbejdet fem forskellige praksisnære vejledninger, herunder en vejledning for sygeplejefagligt personale, som skal understøtte personalet i ældreplejen i at journalføre korrekt.

En af de centrale ændringer i reglerne er, at ledelsens ansvar er blevet tydeligere. Pligten til at føre journal hviler på den enkelte medarbejder, men som noget nyt er det gjort tydeligt, at ledelsen har ansvar for, at de generelle rammer er på plads, så medarbejderne har optimale muligheder for at føre journal. I vejledningerne står der nu, at ledelsen har ansvar for:

- At de ansatte har adgang til at føre journal.
- At de ansatte er uddannet eller oplært til at føre journal.
- At det nødvendige udstyr til journalføring er til rådighed.
- At de ansatte har tid til at føre journal.

Dertil er det nu præciseret, at kun relevante observationer skal journalføres. Det er fortsat de 12 sygeplejefaglige problemområder, der er grundlaget for journalføring, men det er i den nye vejledning blevet præciseret, at sygefagligt personale kun skal journalføre observationer, som er nødvendige for pleje, behandling og opfølgning med mere. Tidligere har det været praksis også at journalføre ikke relevante observationer.

Endelig er det gjort tydeligt, at journalføringen skal ske i forbindelse med patientkontakten. Hvis det ikke er muligt – for eksempel på grund af andre akutte opgaver – kan medarbejderne undtagelsesvis vente med at føre journal, men det skal ske snarest muligt og under alle omstændigheder inden ens arbejdsdag er omme. Det er ledelsens ansvar at sikre, at det er muligt.

Der er derfor en forventning om, at den nye journalføringsbekendtgørelse gør det lettere for medarbejderne, dels fordi ledelsens ansvar bliver tydeligere – bl.a. til at sikre det nødvendige udstyr og oplæring – og dels fordi reglerne for, hvad der skal journalføres, er blevet klarere.¹⁴

Hvordan får vi mere meningsfuld dokumentation?

Størstedelen af den dokumentation, der gennemføres i ældreplejen, giver god mening og er med til at underbygge en ældrepleje i top. Men medarbejdernes oplevelser fra hverdagens praksis viser også, at der er store forbedringsmuligheder. FOA har følgende anbefalinger til at sikre, at vi får mere af den meningsfulde dokumentation og mindre unødvendig dokumentation:

¹⁴ Styrelsen for Patientsikkerhed (2021)

- 1. Pas på med for mange nye dokumentationskrav – både lokalt og nationalt:** Der er mange hensyn og ønsker til dokumentation i ældreplejen, og politikere og ledere finder hele tiden på nye fokusområdet. Det skaber en risiko for, at nye hensyn bliver til yderligere dokumentationskrav, fordi der ikke samtidig bliver set på de eksisterende dokumentationskrav. Isoleret set vil nye krav om dokumentation ofte give god mening, når de indføres, men når der ses på den samlede dokumentationsmængde, kan kravene have utilsigtede konsekvenser og f.eks. bevirke dobbeltregistrering.
- 2. Fokus på den vandrette dokumentation:** Hvis dokumentationen skal fungere, skal alle medarbejdere prioritere det i deres daglige arbejde, hvor de ofte har travlt. Det er derfor helt afgørende, at dokumentationen giver mening for medarbejderne og at de kan se et fagligt formål med det. Der skal fokus på at styrke den vandrette dokumentation, dvs. hvor dokumentationen fungerer som et arbejdsredskab mellem medarbejdere, som har til formål at styrke plejen og omsorgen for borgerne. Vi skal til gengæld skrue ned for den lodrette dokumentation, dvs. op mod ledelse/visitationen osv. Den dokumentation handler primært om at gøre ledelsen glad og vise, hvad man har lavet og, hvor længe det tog.
- 3. Data om kvalitet:** Data retter opmærksomheden bestemte steder hen, og det er derfor meget væsentligt, hvad ledelse og beslutningstagere får data om. Det er en af grundene til, at der ikke kun skal være data om fx sygefravær og antal ydelser, men også data om det, der opleves som relevant for medarbejderne og direkte siger noget om kvaliteten for borgerne. Fx om antal tryksår, antal dage uden medicinfejl osv. Data om kvaliteten i indsatsen kan dermed rette ledelsens opmærksomhed hen på fx at undgå tryksår. Og medarbejderne kan opleve, at denne type af data er mere meningsfuld, fordi den direkte kan hjælpe med den tidlige opsporing og hjælpe de allersvageste borgere.
- 4. Man skal hurtigt kunne se egne data:** Medarbejderne skal kunne se resultaterne af deres egen dokumentation. De mange data skal ikke forsvinde i et sort hul, som kun ledere og politikere har adgang til. Medarbejderne skal se, hvad data kan bruges til, fx til at lære af hinanden, til at se hvilke indsatser der virker osv. Der må ikke gå flere måneder eller år, før de kan se resultaterne af deres registreringer.
- 5. Ledelsen skal spille en langt større rolle:** Ansvar for en ordentlig journalføring skal i langt højere grad ligge hos ledelsen frem for den enkelte medarbejder. Ledelsen skal sikre ordentlige rammer, så medarbejderne har den nødvendige tid og kompetencer til at journalføre, og der skal være lokale instrukser, som beskriver journalføringen.
- 6. Der skal være den nødvendige tid:** Vores medlemmer oplever desværre ikke altid at have den nødvendige tid til den faglige dokumentation. Det skal der være, for ellers kan man komme ud for, at man fx ikke når at overlevere vigtige oplysninger til ens kolleger, der møder ind efter en. Med den nye journalføringsbekendtgørelse bliver det slået helt fast, at det er ledelsens ansvar at sikre den tilstrækkelige tid for medarbejderne, og kommunerne skal holdes op på, at dette efterleves.

7. **Fokus på en lærings- og forbedringskultur:** Hvis data skal give mening, skal de være sandfærdige. Derfor er det afgørende, at medarbejderne oplever, at det er OK at rapportere om fejl – de må ikke blive bange for at indberette ”dårlige” tal. Derfor skal ledelserne have fokus på at opbygge en lærings- og forbedringskultur, hvor man åbent taler om fejl, og hvad man kan lære af dem, frem for en nul-fejls-kultur.
8. **Vigtigt med ordentligt udstyr og oplæring til alle medarbejdere:** Vi oplever desværre, at FOAs medlemmer nogle gange nedprioriteres i forhold til hardware – så det fx kun er andre medarbejdergrupper, som har en iPad, mens vores medlemmer må nøjes med en iPhone osv. Eller at man er flere om at dele én pc. Vi oplever også, at det ikke er alle medarbejderne, som kommer på kursus i nye IT-systemer eller får en indføring i de nyeste opdateringer. Det er helt afgørende, at vi får alle medarbejdere med, hvis data skal give mening og kunne bruges til at sikre gode overleveringer.
9. **Involvering af medarbejdere er vigtig i forbindelse med ny software:** Der er blandede oplevelser med det nye Fælles Sprog III og med de forskellige kommunale omsorgssystemer. Samtidig er disse systemer helt afgørende i det daglige arbejde i ældreplejen. Det tydeliggør vigtigheden af, at kommunerne involverer medarbejderne, når der skal udvælges nye systemer, og når der skal justeres i systemerne. Det er medarbejderne, som ved mest om, hvordan systemerne fungerer, og hvad der mangler for at de kan registrere mest hensigtsmæssigt.
10. **Pas på med små lokale kæpheste:** Der er store lokale forskelle på, om medarbejderne oplever unødvendigt dokumentation. Det bør rettes op. Det gælder især de steder, hvor man oplever dobbeltregistreringer, eller hvor registreringerne opleves som bare nice-to-have for ledelsen. De steder hvor tidsregistrering af ydelser og kontrol af komme- og gå tider stadig findes, skal det drosles ned.

Referencer

Dansk Selskab for Patientsikkerhed – ”I sikre hænder” - www.isikrehænder.dk

FOA-undersøgelse om medlemmernes syn på dokumentation (2017) – ”Det siger FOAs medlemmer om emner i sammenhængsreformen”, <https://www.foa.dk/~media/faelles/pdf/rapporter-undersogelser/2017/medlemsunders%C3%B8gelse%20om%20sammenh%C3%A6ngsreformen%20pdf.pdf>

Fælles Sprog III-hjemmesiden: <http://www.fs3.nu/>

Styrelsen for Patientsikkerhed – ”Fem vejledninger skal hjælpe med journalføring efter nye regler” (2021) - <https://stps.dk/da/nyheder/2021/fem-vejledninger-skal-hjaelpe-med-journalfoering-efter-nye-regler/>

Sundheds- og Ældreministeriet samt KL: ”Forenkling af regler og dokumentationskrav i ældreplejen” (2018): https://www.ftf.dk/fileadmin/Billedbase/tillidsreform/Rapport_Forenkling_af_regler_og_dokumentationskrav_i_aeldreplejen.pdf

VIVE: "Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne" (2021):
<https://www.vive.dk/media/pure/15862/5251831>