

## **FOAs høringsvar vedr. kvalitetsplan, tværkommunale samarbejder mv.**

FOA støtter op om ambitionerne i den nye kvalitetsplan. Det er helt afgørende, at der sker en styrkelse af det nære sundhedsvæsen, og at omstillingen til mere behandling i det nære sundhedsvæsen sker strategisk og fagligt funderet.

Lovforslaget om kvalitetsplanen har dog det grundlæggende problem, at sundheds- og ældreområdet ikke tænkes sammen. Når Sundhedsstyrelsen med lovforslaget får mandat til at komme med bindende krav, gælder det kun ydelserne efter sundhedsloven og ikke efter serviceloven. Denne opdeling giver ingen mening i en praktisk hverdag, hvor de samme medarbejdere hos de samme borgere løser opgaver efter både sundhedslov og servicelov. Derfor var et af formålene i arbejdet med en ny ældrelov, at servicelov og sundhedslov skulle tænkes sammen.

FOA frygter, at der med dette lovforslag slås søm i denne problematiske styringsmæssige ramme med to forskellige lovgivninger, hvor der i stedet bør være et opgør med den. FOA vil derfor kraftigt opfordre til, at der allerede nu sker en samtænkning af ældreområdet og sundhedsområdet. Dette skal også sikre, at Sundhedsstyrelsen får det nødvendige mandat til at skabe de faglige rammer på ældreområdet, som bl.a. blev anbefalet af det rådgivende panel og ekspertgrupperne i arbejdet med en ny ældrelov.

FOA vil opfordre til, at kvalitetsplanen tænkes nøje sammen med arbejdet i regi af psykiatriplanen, jf. at psykiatriske patienter nævnes som målgruppe for kvalitetsplanen.

På de næste sider uddybes FOAs bekymringer ligesom lovforslagets øvrige dele kommenteres.

FOA stiller naturligvis gerne op, hvis nogle af pointerne skal udfoldes.

Venlig hilsen



Tanja Nielsen

Sektorformand, Social- og sundhedssektoren

### **Bemærkninger vedr. kvalitetsplanen**

Det har længe været efterspurgt, at der sættes klare krav til det kommunale sundhedsområde, når flere opgaver flyttes ud af sygehusene. Det er derfor positivt, at den nye § 118 b vil give Indenrigs- og sundhedsministeren mulighed for at fastsætte forpligtende krav til kommunernes sundhedstilbud.

De senere år har vi set, at kommunerne har overtaget flere sundhedsopgaver, hvilket oprettelsen af de mange akutpladser og midlertidige pladser er et eksempel på. Desværre har udviklingen båret præg af tilfældig opgaveflytning som følge af pressede sygehuse, og kvaliteten og rammerne er derfor ikke fulgt med. FOA ser derfor positivt på, at Sundhedsstyrelsen i højere grad skal rådgive om, hvordan en ændret opgavevaretagelse kan se ud.

Problemet opstår dog, når der med lovforslaget sættes to streger under adskillelsen mellem ydelser efter sundhedsloven og ydelser efter serviceloven. Mere specifikt står det i lovforslaget, at ”ministeren kan fastsætte nærmere regler for kommunalbestyrelser og regionsråd om indsatser, kvalitetskrav hertil samt tilrettelæggelsen heraf i henhold til sundhedsydelseerne.”

For medarbejderne og borgerne i ældresektoren giver det ingen mening at skelne skarpt mellem servicelovsydelser og sundhedslovsydelser. Det er de samme medarbejdere, de samme borgere og de samme besøg, som er underlagt to forskellige lovgivninger med helt forskellige krav og styringsmekanismer. Det giver ingen mening i en praktisk hverdag, og det virker forstyrrende for medarbejderne. En undersøgelse fra FOA viser, at fire ud af ti ansatte i ældreplejen i høj eller nogen grad oplever udfordringer med bureaukrati og unødigt ventetid, fordi hjælpen i ældreplejen reguleres af forskellige regelsæt.<sup>1</sup>

Et eksempel: Hvis en ældre borger lider af nedsat funktionsevne på grund af en hjerneblødning, vil de fysiske lidelser høre under sundhedsloven. Hvis borgeren samtidig skal have hjælp til at spise på grund af lidelsen, så omhandler det serviceloven.

Det er bredt anerkendt, at de to forskellige lovgivninger giver anledning til problemer i praksis. Det blev bl.a. beskrevet i VIVEs rapport om social- og sundhedshjælpere og -assistenter i kommunerne<sup>2</sup> samt i afrapporteringen fra ekspertgrupper og det rådgivende panel vedr. en ny ældrelov.<sup>3</sup>

FOA er derfor stærk kritisk over for lovforslagets skelnen mellem sundhedsydelser og servicelovsydelser. Vi frygter, at det kommer til at sætte søm i en problematisk lovgivningsmæssig ramme, som allerede i dag skaber udfordringer for medarbejdere og borgere.

Samtidig frygter vi, at det ikke giver Sundhedsstyrelsen de nødvendige muskler til at gennemføre den kvalitetsramme, som blev foreslået i forbindelse med Ældretopmøderne, og som blev bakket op af et meget bredt udvalg af aktører.<sup>4</sup>

Endelig er FOA bekymret for, at kommunerne, medarbejderne og borgerne kommer til at stå i en mere kompleks styringsmæssig situation, hvis der med hhv. kvalitetsplanen og en ny ældrelov sendes

---

<sup>1</sup> FOA: ”Servicelov og sundhedslov – Udfordringer i ældreplejen ved at yde hjælp efter to lovgivninger” (2023)

<sup>2</sup> VIVE: ”Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne” (2021)

<sup>3</sup> ”En ældrepleje med tid til omsorg” (2022)

<sup>4</sup> Sundhedsstyrelsen: ”Ældretopmødet 2021: Debatoplæg - Status på arbejdet med kvalitet og kompetence” samt ”Ældretopmødet 2021: Inspirationsoplæg - Status på arbejdet med kvalitet og kompetence” (2021)

modsatrettede signaler. Med den ene hånd vil man øge styringen (sundhedsydelse), mens man med den anden hånd vil øge frisættelsen (servicelovsydelserne).

Derimod bør der skabes én styringslogik på tværs af det, der i dag er servicelovsydelser og sundhedsydelser. Frisættelsen af medarbejderne er ikke i modsætning til flere kvalitetskrav eller kvalitetsrammer for området. Snarere er de hinandens forudsætning: En øget frisættelse af medarbejdernes faglighed kan øge behovet for, at der kommer klarere faglige rammer.

FOAs klare opfordring er derfor, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Ældreministeriet i samarbejde med Sundhedsstyrelsen får sikret, at kvalitetsplanen og den nye ældrelov bliver tænkt sammen.

Derudover er det vigtigt, at der i takt med, at der flyttes opgaver til det nære sundhedsvæsen og over i kommunerne følger de nødvendige ressourcer med.

FOA har desuden følgende tekstnære bemærkninger til lovforslagets del om en ny kvalitetsplan:

- På s. 10 har FOA følgende forslag til tilføjelse (understreget): "Kvalitetsstandarderne kan f.eks. vedrøre krav og -anbefalinger til den omfattede målgruppe, indsatser og tilrettelæggelsen heraf, rammerne for (tværfaglig) sparring, kompetencer og uddannelse, udstyr, kvalitetssikring og registrering/monitorering, samarbejde med andre aktører, herunder rådgivning". Her bør følgende tilføjes: "
- På s. 10 står følgende: "Dette kan være opgaver som mere hensigtsmæssigt kan varetages tættere på borgeren, f.eks. i kommunalt regi, på tværs af flere kommuner eller i tværfaglige teams med speciallæger i almen medicin, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter m.v., eller af patienten selv.". Det er i denne sammenhæng oplagt at nævne de største faggrupper på det kommunale sundheds- og ældreområde: social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter.
- På s. 11 har FOA følgende forslag til tilføjelse (understreget), som skal tydeliggøre den nye rolle, som ambulancerne får i disse år: "Med det nære sundhedsvæsen forstås en samlet betegnelse for sundhedstilbud, der varetages uden for sygehusene i eller tæt på borgerens eget hjem f.eks. af kommuner, almen praksis, øvrige privatpraktiserende sundhedsprofessionelle, herunder privatpraktiserende speciallæger, udgående funktioner fra sygehusene, ambulancepersonale mv. eller varetages af borgeren selv f.eks. ved hjælp af digitale løsninger.

#### **Bemærkninger vedr. regionernes rådgivning**

Jf. den nye § 118 b, stk. 2, kan Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte nærmere regler for regionsrådenes rådgivning mv. i forhold til kommunernes opgaver. FOA ser positivt på dette. For at styrke det kommunale sundhedsvæsen er der behov for en langt større rådgivning fra almen praksis og sygehusene til kommunerne. Hvis det skal lykkes, skal der skabes bedre rammer for denne rådgivning, så alle er klar over deres roller, kommunikationsveje mv. Rådgivningen skal ikke være på regionernes "nåde", men skal derimod indgå i klare rammer.

#### **Bemærkninger vedr. kommunal sygepleje**

Ifølge lovforslaget skal det ikke længere hedde "hjemmesygepleje" men blot kommunal sygepleje. Dette er en oplagt ændring. Allerede i dag foregår den kommunale sygepleje mange andre steder end i borgerens eget hjem, herunder på midlertidige pladser, i sygeplejeklinikker, virtuelt mv.

Udover ordet "hjemmesygepleje" fjernes også ordet "hjemmesygeplejerskeordning", som erstattes med sygeplejeordning (§ 139). I lovbemærkningerne er begrundelsen for denne ændring udelukkende, at det ikke længere skal hedde "hjemme", fordi sygeplejen også kan foregå andre steder. Et væsentligt yderligere argument bør være, at ordet "hjemmesygeplejerske" lægger op til, at kun sygeplejersker er udførende af

sygepleje. Snarere ved vi, at store dele af den kommunale sygepleje foretages af social- og sundhedshjælpere og -assistenter.<sup>5</sup>

Derfor bør følgende tilføjes til lovbemærkningerne:

”Dertil lægger begrebet ”hjemmesygeplejerskeordning” op til, at opgaverne udelukkende varetages af sygeplejersker. Ved i stedet at bruge begrebet ”sygeplejeordning” tydeliggøres det, at den kommunale sygepleje også varetages af andre faggrupper end sygeplejersker”.

**Bemærkninger vedr. tværkommunale samarbejder**

Med den nye § 138 stk. 2 lægges op til, at sygeplejen kan udføres i et tværkommunalt samarbejde. Med den stigende sygeplejefaglige kompleksitet er dette en oplagt vej at gå, så kommunerne i fællesskaber kan sikre en tilstrækkelig kvalitet.

Der er en længere beskrivelse af de lovgivningsmæssige udfordringer i forhold til myndighed mv. FOA vil opfordre til, at Indenrigs- og sundhedsministeriet tænker endnu mere i fælles løsninger med fælles ledelse og fælles økonomi, gerne i regi af de nye sundhedsklynger.

---

<sup>5</sup> VIVE: ”Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne” (2021)