



En ældrepleje med tid til omsorg

Afrapportering fra det rådgivende panel,
ekspertgrupper og borgermøder

September 2022

Indhold

1.	Indledning	Side 5
2.	Formandens forord	Side 6
3.	Hvorfor har vi brug for en ny ældrelov?	Side 9
4.	Hvad skal en ny ældrelov indeholde?	Side 11
5.	Bedre rammer for visitation, organisering og klageadgang	Side 14
6.	Forebyggelse og rehabilitering	Side 20
7.	Bedre og mere meningsfuld dokumentation	Side 21
8.	Ny model for tilsyn	Side 23
9.	Bedre sammenhæng og ny organisering af hjælpen	Side 25
10.	Øvrige strukturelle greb	Side 26
11.	Fleksibelt boligvalg	Side 28
12.	Styring, valgfrihed og selvbestemmelse	Side 30
13.	Velfærdsteknologi og innovation	Side 35
14.	Ledelse i ældreplejen	Side 36



1. Indledning

I nytårstalen 1. januar 2022 annoncerede statsministeren, at der skal udarbejdes en kort og præcis ældrelov med fokus på klare værdier, værdighed, valgfrihed, selvbestemmelse og få dokumentationskrav. På den baggrund nedsatte regeringen i foråret 2022 et rådgivende panel og tre ekspertgrupper, der havde til formål at rådgive regeringen i arbejdet med en ny ældrelov. Det rådgivende panel og de tre ekspertgrupper blev sammensat af repræsentanter fra centrale organisationer, forskere, medarbejdere og ledere med praksiserfaring fra ældreplejen samt pårørende og ikke mindst de ældre selv. Herudover har regeringen udpeget tidligere departementschef i Sundheds- og Ældreministeriet Per Okkels som formand til at stå i spidsen for arbejdet.

De tre ekspertgrupper har som udgangspunkt behandlet tre centrale temaer i arbejdet:

- Værdighed og retssikkerhed
- Kvalitet og faglighed
- Valgfrihed og selvbestemmelse

Kommissoriet for arbejdet i de tre ekspertgrupper og det rådgivende panel kan læses i bilag 1. Af kommissoriet fremgår det bl.a., at udgangspunktet for arbejdet er, at der startes forfra på et blankt stykke papir, samt at drøftelserne i det rådgivende panel og ekspertgrupperne skal tage afsæt i de eksisterende økonomiske rammer. Det bemærkes i den forbindelse, at det rådgivende panel og ekspertgrupperne ikke har vurderet de økonomiske konsekvenser af de fremsatte forslag.

Af kommissoriet fremgår det desuden, at ekspertgrupperne og panelet skal vurdere relevante problemstillinger inden for en række overordnede temaer og adressere nogle af de centrale udfordringer i arbejdet med en ny ældrelov, herunder de gennemgående udfordringer, der knytter sig til kvalitet, styring og regelforenklning.

Selvom ekspertgrupperne og panelet kommer med en række løsningsforslag, skal de således ikke komme med konkrete anbefalinger i forhold til, hvilke af de foreslåede løsninger, der skal arbejdes videre med, eller opnå enighed om de drøftede forslag. Medlemmerne af det rådgivende panel og ekspertgrupperne har af samme grund fået mulighed for at indsende bemærkninger til afrapporteringen, som er vedlagt i bilag.

Ud over møder i det rådgivende panel og i de tre ekspertgrupper har der også været afholdt fem regionale borgermøder på tværs af landet, hvor borgere, medarbejdere, politikere m.fl. er kommet med input til de væsentligste emner, der skal behandles i arbejdet med en ny ældrelov. Afrapporteringen fra borgermøderne kan læses i bilag.

Denne rapport er baseret på drøftelserne i det rådgivende panel og i de tre ekspertgrupper. Rapporten behandler de centrale temaer, der har været drøftet, og de forslag, der er fremsat i grupperne. Det bærende for drøftelserne i ekspertgrupperne og i det rådgivende panel har i vidt omfang været medlemmernes oplevelser og erfaringer fra egen praksis. Rapporten og de foreslåede løsninger er derfor de holdninger og tilkendegivelser, som formanden har taget ned på baggrund af drøftelserne i ekspertgrupperne og det rådgivende panel, og er alene udtryk for enkeltmedlemmers holdninger og tilkendegivelser, da der ikke forekom fuld enighed om alle de foreslåede løsninger. Afrapporteringen er således heller ikke udtryk for regeringens eller Social- og Ældreministeriets bud på indretningen af fremtidens ældrepleje.

2. Formandens forord

Mange tusinde ældre modtager hver dag hjælp og pleje fra dygtige og engagerede medarbejdere i ældreplejen. Disse medarbejdere udgør, sammen med de pårørende og civilsamfundet, en uvurderlig støtte i de ældres liv og udgør en grundpille i vores velfærdssamfund.

Men ældreplejen i Danmark står overfor store udfordringer. Antallet af ældre i alderen 65 år og derover forventes at stige med 164.000 mellem 2022 og 2030, svarende til en stigning på 13,7 pct.[1]. Det skyldes blandt andet stigende levealder, hvilket der selvfølgelig er grund til at glæde sig over [2]. Men når de ældre lever længere, kan der også følge flere kroniske sygdomme med - det betyder, at mange på et tidspunkt kan få behov for hjælp og støtte i hverdagen, og at behovet for velfærdsydelser i ældreplejen ændrer sig i fremtiden.

Det stigende antal ældre og ændrede behov vil stille krav til et øget udbud af arbejdskraft på ældreområdet og kan også betyde, at der vil blive efterspurgt en ændret kompetenceprofil blandt medarbejderne i ældreplejen.

Her er det en udfordring, at der ikke er tilstrækkeligt mange, der søger uddannelse inden for social- og sundhedsområdet. Det gælder særligt på SOSU-uddannelserne [3]. Det er ligeledes en udfordring, at der er mange af de nuværende medarbejdere, der vil trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet de kommende år. VIVE har i 2022 offentliggjort en kortlægning af den eksisterende viden om manglen på arbejdskraft og udfordringerne med at rekruttere på de store velfærdsområder. Her finder VIVE, at efterspørgslen efter medarbejdere med en erhvervsfaglig sundhedsuddannelse, hvoraf SOSU-uddannelserne udgør godt 80 pct., kan komme til at overstige udbuddet med 25.000 personer i 2030 [4].

Hertil kommer, at der i 2022 er ca. 9.000 ikke-uddannede social- og sundhedspersonaleansatte i ældreplejen i kommunerne[5]. Medarbejdere som ældreplejen ikke kan undvære. Men medarbejdere, som vi meget gerne i højere grad så tage en uddannelse inden for faget. Ydermere bliver 42 pct. af de opslåede SOSU-assistentstillinger og 44 pct. af de opslåede SOSU-hjælperstillinger ikke besat [6]. Rekrutteringsudfordringer kan medvirke til øget brug af vikarer, som igen kan betyde, at der kommer flere forskellige medarbejdere i borgerens hjem.

Ældre, der modtager hjemmehjælp, og som ikke ofte oplever at møde samme medarbejdere, er mindre trygge end ældre, som ofte oplever at møde samme medarbejdere [7].

Endelig har tidligere undersøgelser vist, at der over en tiårig periode er sket en stor stigning i andelen af medarbejdere i ældreplejen, der er helt eller delvist enige i, at de bruger for meget tid på dokumentation.

[1] Danmarks Statistiks seneste befolkningsprognose.

[2] Social- og Ældreministeriet, "Redegørelse om ældreområdet 2022", 2022.

[3] Finansministeriet m.fl., "Veje til flere hænder - Task force om social- og sundhedsmedarbejdere", 2020.

[4] VIVE, "Arbejdskraftmangel og rekrutteringsudfordringer på de store velfærdsområder", 2022.

[5] Social- og Ældreministeriet, "Redegørelse om ældreområdet 2022", 2022. Ikke-uddannede social og sundhedsmedarbejdere omfatter medarbejdere, der arbejder som social- og sundhedsmedarbejdere, men ikke har en uddannelse inden for området. Det kan være medarbejdere, der eksempelvis har en gymnasial uddannelse som højest fuldførte uddannelse, men det kan for eksempel også være medarbejdere med en pædagogisk uddannelse, der er ansat som social- og sundhedsmedarbejdere.

[6] Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, "Rekrutteringssurvey Rapport", juni 2022.

[7] Social- og Ældreministeriet, "Redegørelse om ældreområdet 2022", 2022.

Hvor det var 30 pct. af medarbejderne både i hjemmeplejen og på plejeboligområdet i 2005, var det hhv. 58 pct. af medarbejderne i hjemmeplejen og 75 pct. af medarbejderne på plejeboligområdet i 2015 [8].

Der er derfor behov for, at vi gentænker den måde, som vi har tilrettelagt vores ældrepleje på. Vi skal skabe en ældrepleje, der tager udgangspunkt i borgerens ønsker og behov, og som er baseret på værdighed, fleksibilitet og medbestemmelse. En ældrepleje, hvor mest muligt af medarbejdernes tid anvendes i plejen og omsorgen for de ældre. Og ikke mindst en ældrepleje, som kan skabe attraktive arbejdspladser, hvor medarbejdernes faglighed betyder noget. Det er helt afgørende for ens arbejdsglæde at lave noget, man er god til.

Heldigvis er der en bred og voksende erkendelse af problemets omfang. Mange kommuner har allerede sat gang i arbejdet med nye måder at tilrettelægge ældreplejen på. Flere kommuner forsøger sig med nye former for visitation og en ny organisering af hjælpen. Det er spændende og vigtigt pionerarbejde, men tiden er ikke til flere forsøg i traditionel forstand. Der er behov for en gennemgribende systemisk ændring af ældreplejen i alle kommuner, og hvis vi skal løse de problemer, vi står overfor, skal tempoet i eksekveringskraften sættes op. Og alle skal med.

Jeg har sammen med det rådgivende panel og de tre ekspertgrupper fået til opgave at rådgive regeringen i arbejdet med en ny ældrelov. Der har på møderne været særligt fokus på at pege på løsninger, der kan frigøre ressourcer og styrke mødet mellem borgeren og medarbejderen.

Vi har heldigvis haft gode erfaringer at stå på. De seneste år er der bl.a. afholdt to vellykkede Ældretopmøder, hvor Social- og Ældreministeriet sammen med FOA, KL og Ældre Sagen fik sat fokus på de mange udfordringer, der skal findes løsninger på i ældreplejen. Arbejdet mundede ud i et fælles charter for en værdig ældrepleje. Derudover har statsministeren i september 2021 været vært for et møde på Marienborg om fremtidens ældrepleje. Der er også lavet aftaler med tre velfærdsaftalekommuner på ældreområdet, og senest den 21. juni er der indgået en politisk aftale om at udbrede velfærdsaftalerne på ældreområdet. Hertil kommer, at en række kommuner har fået midler til at igangsætte et forsøg med en ny organisering af hjemmeplejen med fokus på omsorg og nærvær.

Nogle af stregerne har altså været tegnet, før det rådgivende panel og ekspertgrupperne gik i gang med arbejdet. Men drøftelserne har vist, at de svære spørgsmål og dilemmaer opstår, når de konkrete løsninger skal på bordet. Hvordan sikrer vi en værdig ældrepleje med høj kvalitet i en tid, hvor vi mangler hænder? Hvordan sikrer vi et frit valg, når vi samtidig ønsker at afbureaukratisere? Hvordan får vi retssikkerhed, når vi gerne vil have et system, der tager udgangspunkt i faglighed og borgerens behov i stedet for jura? Hvordan kan vi skabe et system baseret på faglighed, mens der kommer stadig flere ufaglærte? [9].

Hvor der på nogle områder har været bred enighed om nye løsningsmodeller, har det på andre områder ikke været muligt at finde enighed om nye veje. Jeg har i denne afrapportering valgt at fokusere på de løsningsforslag, der kom frem under drøftelserne, og derfor vil jeg også præsentere de forslag, som der ikke har været fuld enighed om.

[8] KORA, "Arbejdsvilkår i ældreplejen: Mere dokumentation og mindre tid til social omsorg", 2016.

[9] VIVE, "Arbejdskraftmangel og rekrutteringsudfordringer på de store velfærdsområder", 2022.

Mange af forslagene vil skulle udbores og kvalificeres yderligere end det, der har været mulighed for i dette arbejde. Men en stor del af forslagene indebærer et markant skifte i hele den måde, ældreplejen er tilrettelagt på i dag. Og hvis regeringen vælger at følge nogle af de centrale forslag, der her fremsættes, vil det medføre en grundlæggende ændring af ældreplejen og få betydning for borgere såvel som medarbejdere mange år frem i tiden. Ligeledes vil omstillingen af ældreplejen strække sig over en årrække. Afrapporteringen – og den retning, der sættes med de forskellige forslag – kan således udgøre afsættet for en nytænkning af ældreområdet.

Ud over arbejdet i det rådgivende panel og de tre ekspertgrupper har jeg som formand haft fornøjelsen af at deltage i de fem regionale borgermøder om fremtidens ældrepleje, som social- og ældreministeren har afholdt på tværs af landet i foråret 2022. Her har vi mødt medarbejdere, lokale ledere, pårørende og ældre, der har delt deres oplevelser fra hverdagen i ældreplejen. Jeg er blevet bekræftet i, at der er et bredt ønske om at gentænke hele den måde, vi forstår omsorg og pleje for de ældre – jeg har også mødt stort engagement og iverigdom i forhold til at finde nye løsninger.

Jeg vil gerne takke alle deltagere i det rådgivende panel, ekspertgrupperne, og alle de borgere, der har taget sig tiden til at deltage i ministerens regionale borgermøder. Jeg vil takke dem for deres engagement i at udforme fremtidens ældrepleje, herunder særligt medlemmer og organisationer, der har udarbejdet oplæg og bidrag med løsningsforslag til indretningen af fremtidens ældrepleje. Jeg vil også gerne takke de øvrige organisationer, som jeg har mødt med, og som er kommet med bidrag til arbejdet. Alle input er blevet brugt som inspiration i denne afrapportering.

3. Hvorfor har vi brug for en ny ældrelov?

Den demografiske udvikling betyder, at antallet af ældre i alderen 65 år og derover forventes at stige med 164.000 mellem 2022 og 2030, svarende til en stigning på 13,7 pct. Samtidig er der store udfordringer med mangel på arbejdskraft. Det skyldes dels, at tilgangen til SOSU-uddannelserne har været faldende i en årrække fra 12.200 i 2015 til 9.200 i 2018. Nyere tal viser dog en lille stigning i tilgangen efter 2018. I 2020 startede 10.500 på SOSU-uddannelserne. Undersøgelser viser, at kun omkring 60 pct. af SOSU-assistenterne og omkring 35 pct. af SOSU-hjælperne er beskæftiget inden for det offentlige sundheds-, ældre- og socialområde 10 år efter endt uddannelse. Undersøgelser peger på, at problemerne med fastholdelse i nogle tilfælde skyldes dårligt arbejdsmiljø og arbejdsforhold, der ikke passer til medarbejdernes forventninger. For SOSU-medarbejdere handler det dårlige arbejdsmiljø bl.a. om en stor arbejdsbyrde og en oplevelse af, at de har fået mindre tid til borgeren [10].

Endelig er andelen af kommunalt ansatte social- og sundhedsmedarbejdere over 60 år steget fra at udgøre 7 pct. i 2010 til 14 pct. i 2019, mens andelen over 50 år er steget fra at udgøre 19 pct. til 29 pct. i samme periode [11].

Blandt social- og sundhedspersonale ansat på ældreområdet i kommunerne er andelen af ikke-uddannet social- og sundhedspersonale steget fra at udgøre ca. 8 pct. i 2018 til ca. 15 pct. i 2022 [12]. Selvom ikke-uddannet social- og sundhedspersonale kan udgøre en stor ressource i ældreplejen, medfører mere ikke-uddannet social- og sundhedspersonale også nogle udfordringer i forhold til at sikre kvaliteten i arbejdet. Der kan således være behov for at tænke i nye løsninger, der kan understøtte kompetenceudvikling, efteruddannelse, brug af nye faggrupper og praksisnær ledelse.

Flere kommuner har allerede igangsat arbejdet med at tænke i nye løsninger i ældreplejen i regi af velfærdsaftalerne. Udarbejdelsen af en ny ældrelov hjælpes således på vej af, at tre kommuner på ældreområdet allerede har gjort sig indledende erfaringer med, hvordan man kan skabe nogle rammer for opgaveløsningen, der giver mere tid til borgerne, mindsker bureaukrati og tunge arbejdsgange, samt sikrer mere fleksibilitet og selvbestemmelse for borgeren.

Rekruttering og ledelse behandles ikke indgående i denne afrapportering, men udfordringerne ift. rekruttering og fastholdelse har været en central del af drøftelserne i det rådgivende panel og ekspertgrupperne og udgør en stor del af bagtæppet for en ny ældrelov.

[10] VIVE, "Arbejdskraftmangel og rekrutteringsudfordringer på de store velfærdsområder", 2022.

[11] VIVE, "Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne", 2021.

[12] Ikke-uddannet social og sundhedspersonale omfatter medarbejdere, der arbejder som social- og sundhedsmedarbejdere, men ikke har en uddannelse inden for området. Det kan være medarbejdere, der eksempelvis har en gymnasial uddannelse som højest fuldførte uddannelse, men det kan for eksempel også være medarbejdere med en pædagogisk uddannelse, der er ansat som social- og sundhedsmedarbejdere.

Herunder bl.a. behovet for en ny styringsmodel, der skal sikre, at de knappe medarbejderressourcer anvendes til plejen af og omsorgen for de ældre, samt behovet for at ansætte og opkvalificere ufaglærte medarbejdere eller medarbejdere med en anden faglighed. Der har i ekspertgrupperne bl.a. været forelagt forslag til, hvordan ufaglærte medarbejdere kan motiveres til at tage en uddannelse gennem obligatorisk uddannelseskursus, korte meritgivende kurser og udbredelse af turbo-uddannelser.

Drøftelserne om en ny ældrelov skal derudover ses i sammenhæng med den brede politiske aftale om en Sundhedsreform, som regeringen indgik med størstedelen af Folketingets partier den 20. maj 2022. Sundhedsreformen skal understøtte sammenhængen og nærheden i sundhedsvæsenet, som bl.a. skal styrke indsatsen for ældre mennesker med kroniske sygdomme og indsatsen i de kommunale akutfunktioner som en del af hjemmesygeplejen. Det betyder, at en række af de sundhedsfaglige problemstillinger, der har været drøftet i det rådgivende panel og ekspertgrupperne, behandles i regi af sundhedsreformen. Drøftelserne er dog i vidt omfang gengivet i denne afrapportering for at understøtte et fortsat fokus på sammenhængen mellem en ny ældrelov og implementeringen af sundhedsreformen. Herudover afspejler bl.a. drøftelserne om ensomhedsforebyggelse og social rehabilitering behovet for fokus på ældre i psykiatrien.

I sundhedsreformen er det desuden aftalt at nedsætte en kommission for robusthed i sundhedsvæsenet. Kommissionen skal konkret komme med anbefalinger til håndteringen af de grundlæggende udfordringer i sundhedsvæsenet i forhold til personalekapacitet, så der sikres mere personale med mere tid til kerneopgaven. Det kan være gennem fx bedre rekruttering til, og tilrettelæggelse af, grund- og videreuddannelser, bedre overgang fra uddannelse til praksis, styrket fastholdelse i jobbet og udnyttelse af teknologier, der frigør medarbejderressourcer. Kommissionen skal have fokus på et bredt spænd af personalegrupper på sundheds- og ældreområdet. Kommissionen skal ikke forholde sig særskilt til organiseringen af ældreområdet, men kan fokusere på områder, hvor der er sammenhængende udfordringer mellem sundheds- og ældreområdet. Der kan derfor være behov for at tænke de konklusioner, som kommissionen kommer med sammen med en ny arbejdstilrettelæggelse i ældreplejen. Det gælder særligt eventuelle anbefalinger, som kommissionen kommer med i forhold til rekruttering og fastholdelse af social- og sundhedsmedarbejdere.

4. Hvad skal en ny ældrelov indeholde?

Udarbejdelsen af en ny og selvstændig ældrelov forudsætter afklaring af, hvad lovens formål skal være, samt hvad der skal være de bærende værdier og principper i lovgivningen, så ældreloven understøtter den ønskede forandring i ældreplejen. Derudover skal der også tages stilling til, hvilke målgrupper der omfattes af loven, samt hvordan lovens anvendelsesområde afgrænses i forhold til anden lovgivning.

Ældreområdet er i dag ikke reguleret i en selvstændig lovgivning. Regulering af området er fordelt på forskellige lovgivninger, herunder bl.a. i serviceloven og sundhedsloven, der er underlagt forskellige styringsmekanismer, som kan betyde, at indsatserne kan opleves usammenhængende. Der har været et generelt ønske fra det rådgivende panel samt ekspertgrupper om en politisk stillingtagen til øget sammenhæng og samtænkning mellem de forskellige indsatser med relevans for ældreområdet, der ligger i de forskellige regelsæt.

4.1 Formål, principper og bærende værdier

Formålet med en ny ældrelov er blevet drøftet i ekspertgrupperne, som bl.a. har peget på, at en ny ældrelov skal sikre, at de lovgivningsmæssige rammer understøtter en ældrepleje, hvor tiden bliver brugt på plejen af og omsorgen for de ældre. Hvor borgerne har medbestemmelse ift., hvilken hjælp de ønsker, hvor medarbejdernes faglighed kommer i anvendelse, hvor de pårørende inddrages, og hvor dokumentationskrav er meningsfulde.

Der er ligeledes blevet peget på, at grundlaget for en ny ældrelov skal være et fornyet og forøget fokus på relationen mellem medarbejderen og borgeren. Det indebærer bl.a., at kontinuitet, tillid, værdighed og valgfrihed skal være blandt de bærende værdier i loven. Derudover skal loven understøtte ensomhedsbekæmpelse og et fortsat fokus på forebyggelse og rehabilitering.

4.2 Hvem skal være omfattet af loven

Det er blevet drøftet at fastsætte en objektiv afgrænsning af lovens anvendelsesområde til enten at være den til enhver tid gældende folkepensionsalder eller et fastsat alderstrin – fx 67 år. En lignende objektiv afgrænsning kendes i dag i forhold til visse ydelser efter serviceloven, ligesom målgruppen for den nuværende lovgivning om kommunernes værdighedspolitikker på ældreområdet er afgrænset ud fra den til enhver tid gældende folkepensionsalder. Dermed følger man automatisk den udvikling i pensionsalderen, som er besluttet i forbindelse med tilbagetrækningsreformen. Folkepensionsalderen forhøjes gradvist på baggrund af udviklingen i levetiden.

Drøftelserne i både panel og ekspertgrupper har vist, at der er en bekymring for at udarbejde en ældrelov baseret på et alderskriterium. Panelet og ekspertgrupperne har peget på, at et alderskriterium eksempelvis kan gøre det vanskeligere for medarbejdere at håndtere borgere uden for målgruppen, der har behov for den type hjælp, der typisk ydes i ældreplejen.

Det kan fx være en yngre borger med demens, der bor på plejehjem, eller en socialt udsat, der modtager hjemmepleje. I 2021 var ca. 16 pct. af hjemmehjælpsmodtagerne under 65 år [13], mens 19,9 pct. af hjemmesygeplejmodtagerne var under 65 år [14].

Ligeledes vil der i fastsættelsen af et evt. alderskriterium opstå snitfladeproblematikker i forhold til borgere, der modtager ydelser efter serviceloven, men som måske vil overgå til en ældrelov, når de når en alder, hvor de er inden for målgruppen. Det gælder ikke mindst inden for handicapområdet.

Målgruppen for en ældrelov kan fx være borgere, der har behov for praktisk hjælp og pleje eller andre omsorgs- eller plejeindsatser, som kan hjælpe og aflaste i hverdagen eller med et rehabiliterende sigte understøtte, at borgeren selv kan mere i hverdagen. Ældreloven skal altså som udgangspunkt ikke omhandle seniorpolitik m.v., hvor målgruppen er alle ældre borgere. Der kan dog være behov for, at en ældrelov forebygger mistrivsel og funktionstab som fx ensomhed – også for borgere, der ikke i øvrigt modtager hjælp fra det offentlige. Evt. som en del af en overordnet formålsparagraf i loven eller ved at tydeliggøre en understøttelse af en større inddragelse af civilsamfundet.

4.3 Afgrænsning af opgaveområde

Som beskrevet i kapitel 3, er der i dag store rekrutteringsudfordringer, som forventes at stige yderligere de kommende år. Ekspertgrupperne og panelet har i den forbindelse drøftet, at der kan være behov for en politisk stillingtagen til, hvorvidt det offentlige skal vedblive med at have ansvaret for at levere en række af de ydelser, de gør i dag. Det kunne eksempelvis være rengøring, tøjvask og madservice, som der allerede i dag er et relativt stort privat marked for.

Det bemærkes i den forbindelse, at der er en række hensyn, der taler for, at fx den praktiske hjælp fortsat skal leveres af medarbejdere, der også har socialfaglige kompetencer. Fx kan medarbejderne holde øje med udviklingen i borgerens generelle tilstand og dermed understøtte forebyggelse, ligesom medarbejderen kan levere både praktisk hjælp og pleje, hvilket understøtter en målsætning om færrest mulige medarbejdere i borgerens hjem.

4.4 Civilsamfund og pårørende skal inddrages i plejen og omsorgen for den ældre

Den hjælp, den ældre modtager, skal tage udgangspunkt i den ældres behov og udformes i dialog med den ældre og den ældres pårørende. Der er bred enighed om, at kommunerne skal have pligt til at inddrage de pårørende som videns- og sparringspartnere i dialogen omkring hjælpen til den ældre. Samtidig fremhæves det, at det er et vanskeligt felt at lovgive detaljeret om. Der er dog peget på, at pårørendesamarbejde bør anses som en integreret del af pleje- og omsorgsopgaven, som der også afsættes tid til.

Der har i den forbindelse været en drøftelse af selve pårørendebegrebet, herunder hvem der defineres som pårørende. Der er bl.a. peget på behovet for at anskue begrebet "pårørende" bredere og mere fleksibelt, og at det ikke altid er den ældres nærmeste familie, som den ældre ønsker at inddrage i samarbejdet [15].

[13] Kilde: DST, AED06.

[14] Kilde: DST, AED06.

[15] Dette stemmer overens med fortolkningen af begrebet "pårørende" på sundhedsområdet, hvor begrebet "nærmeste pårørende" afhængigt af den konkrete situation bør fortolkes udvidende.

Et udgangspunktet kan derfor være, at den ældre selv skal pege på de pårørende og nære relationer, der ønskes inddraget i samarbejdet. Det kan fx være de personer, som aktivt deltager i omsorgen og plejen eller på anden måde hjælper/støtter den ældre. Pårørende betragtes ikke kun som en vigtig ressource, men også som en central del af den ældres levede liv og med stor viden og indsigt i borgerens behov og vaner mv. Gode relationer mellem medarbejdere og pårørende opleves som vigtig for borgerens trivsel og for skabelsen af sammenhæng – herunder at undgå misforståelse og konflikter, der skaber mistrivsel for både pårørende, borgere og medarbejdere.

Derudover er karakteren af samarbejdet med de pårørende blevet drøftet, herunder om de pårørende kan pålægges opgaver, der i dag løses af kommunen – fx hjælp til praktiske opgaver – eller om pårørendesamarbejdet skal have en mere frivillig karakter.

På den ene side vejer det hensyn, at der i fremtidens ældrepleje kan være mangel på medarbejdere, hvilket kan nødvendiggøre, at de pårørende påtager sig en større del af opgaverne i hjælpen til de ældre. Det kan særligt forventes, at fx en rask ægtefælle bidrager til omsorgen for den ældre.

På den anden side bidrager mange pårørende allerede i det omfang, de kan. Det kan være vanskeligt at udgøre en stabil hjælp, hvis man som pårørende selv har fuldtidsarbejde, mindre børn, bor langt væk eller selv er ældre og svækket. Der er derfor også brug for at være opmærksom på den indsats, mange pårørende bidrager med, ligesom der er brug for at anerkende de pårørendes egne behov. Understøttelse af de pårørendes behov er vigtig for, at de kan vedblive med at være en støtte i hverdagen for den svækkede ældre uden selv at blive syge og få behov for hjælp.

Karakteren af pårørendesamarbejdet må nødvendigvis afhænge af den konkrete relation, herunder om den pårørende bor sammen med eller tæt på den ældre. Det bemærkes i den forbindelse, at mange nærtstående pårørende, typisk ægtefæller, allerede løser mange omsorgs- og plejeopgaver, og at der derfor ikke ligger en stor arbejdskraftressource gemt der. Det bemærkes samtidig, at der i drøftelserne i ekspertgrupperne er blevet peget på, at det også kræver ressourcer fra personalet at have øget fokus på pårørende, hvilket kan være svært at finde tiden til i en travl hverdag.

Ekspertgrupperne har peget på, at det bør tydeliggøres i eksempelvis formålsbestemmelsen i en kommende ældrelov, at de pårørende udgør en ressource i hjælpen til den ældre, og at de pårørende skal inddrages i dialogen om, hvordan hjælpen bedst tilrettelægges ud fra den ældres behov.

Endelig kan der være potentiale i at styrke samarbejdet med civilsamfundsorganisationerne. Det bemærkes dog, at der er mange områder, der ønsker at trække på civilsamfundet, og der kan derfor være behov for, at der udarbejdes en samlet civilsamfundsstrategi. Der er desuden peget på, at det kræver en del ressourcer at tilrettelægge og facilitere samarbejdet med frivillige, og at de frivillige ikke ønsker forpligtende opgaver. Fordi der netop er tale om frivilligt arbejde, kan den hjælp, de yder, desuden blive meget uensartet.

5. Bedre rammer for visitation, organisering og klageadgang

De stigende rekrutteringsudfordringer betyder, at der er behov for en arbejdstilrettelæggelse, hvor medarbejdernes tid i videst muligt omfang bruges på plejen af og omsorgen for de ældre. I dag bruges der mange ressourcer i ældreplejen på styring, planlægning, dokumentation og administration.

Medarbejdere i ældreplejen oplever, at de bruger for meget af deres tid på skriftlighed og dokumentation, og at der mangler tid og plads til, at de kan bruge deres faglighed, fordi arbejdet dikteres af ydelsesbeskrivelser og stram tidsstyring.

Ligeledes beskriver mange ældre, at de oplever, at der kommer for mange forskellige medarbejdere i deres hjem, og at de har for lidt medbestemmelse i forhold til, hvilken hjælp de får, og hvordan den tilrettelægges. I arbejdet med at udforme fremtidens ældrepleje er der derfor behov for at se på styringen af området, herunder visitationsmodeller, organiseringen af hjælpen og klageadgangen.

5.1 Visitation tættere på borgeren

Baggrunden for den nuværende visitationsmodel i kommunerne er bl.a. behovet for en styringsmodel, der understøtter kvalitet, ensartethed og retssikkerhed, samt sikrer adskillelse mellem bestiller og udfører.

I ekspertgrupperne har mange peget på, at den nuværende visitationsmodel er tung, ufleksibel og ressourcekrævende, og der er peget på et behov for at sikre kvalitet og retssikkerhed på en anden måde. Det kan eksempelvis være med en visitationsmodel, der har et langt større fokus på, og tillid til, medarbejdernes faglighed og deres faglige vurderinger, reel selvbestemmelse og medindflydelse til de ældre ift. den konkrete hjælp samt et bedre blik på det hele menneske.

Det har været drøftet, om de eksisterende logikker på sundhedsområdet, i et vist omfang, med fordel kan overføres på de ældrerelaterede ydelser, der i dag gives efter serviceloven. Servicelovsydelser er i langt højere grad end sundhedsydelser bundet op på en forvaltningsretlig afgørelse og juridiske rettigheder og sagsgange i forbindelse med justering af hjælpen (revisitation). På sundhedsområdet ydes hjælpen ikke på baggrund af en afgørelse truffet af bestillerenheden i kommunen, men sker som udgangspunkt efter en vurdering af et sundhedsfagligt behov foretaget af eksempelvis lægen. Her er der tale om såkaldt faktisk forvaltningsvirksomhed, hvor det er det faglige personale, der vurderer, hvad der skal gøres. Overføres den samme tankegang i forhold til tildeling ud fra faglig, konkret og individuel vurdering på de nuværende servicelovsydelser på ældreområdet, så der i højere grad bliver tale om faktisk forvaltningsvirksomhed, vil det have den fordel, at medarbejderne i ældreplejen kun skal arbejde efter én logik i stedet for to forskellige. Men det vil også medføre, at det vil blive lettere for medarbejder og borger i fællesskab at justere i hjælpen uden for meget bureaukrati, styring og tunge sagsgange.

I den forbindelse har det været drøftet, om det kan betyde, at kvaliteten i langt højere grad skal sikres igennem en form for faglige kvalitetsrammer mv.

Ekspertgrupperne har foreslået, at en ny visitationsmodel fortsat skal tage udgangspunkt i et grundprincip om borgerens ret til hjælp efter behov, men at visitationen ikke – som det nuværende system – skal definere hjælpen i detaljer og konkrete, afmålte ydelser.

Det er yderligere foreslået, at en model for nærvistation kan udformes i forskellige variationer, hvoraf to er beskrevet her.

For begge visitationsmodeller gælder det, at de forudsætter stor tillid til medarbejdernes faglighed i hjemmeplejen – ikke alene fra politikere og ledere, men også fra det omkringliggende samfund. Flere aktører peger på, at den mistillid, der opleves i dag til medarbejdernes arbejde fra bl.a. borgere og pårørende er en af de primære årsager til de omfattende nationale, såvel som lokale, dokumentationskrav.

Der er også peget på, at mange borgere mister tilliden til systemet allerede i visitationen, fordi de oplever, at de skal kæmpe for deres ret til at få hjælp. Hvis visitationen i højere grad kan lægges ud tæt på borgeren og baseres på dialog og gensidig tillid, forventes det at bidrage til øget tilfredshed hos borgere og evt. pårørende, fordi inddragelse og medbestemmelse på hjælpen er en vigtig del af den oplevede kvalitet.

De to variationer af en ny visitationsmodel forudsætter begge, at der fastsættes en ny model for styring og økonomi. Det kan eksempelvis overvejes i højere grad at indføre en form for rammestyring af økonomien på området. Disse emner har dog ikke været behandlet indgående i arbejdet, og konkrete løsningsmodeller herfor udestår således.

For begge variationer gælder det desuden, at en ny visitationsmodel hænger tæt sammen med borgerens retssikkerhed, herunder om der er tillid til en model, hvor den nuværende juridiske retssikkerhed fremover i højere grad skal erstattes af retssikkerhed i form af højere faglig kvalitet, mere selvbestemmelse og fleksibilitet mv. Se afsnit 4 om klageadgang.

Der er generel enighed om, at en omlægning af visitationen efter de to beskrevne modeller vil indebære et behov for en omfattende kulturændring, som kommer til at tage tid at få implementeret, og at det i øvrigt vil forudsætte nogle nye modeller for afregning af private leverandører, jf. kapitel 12.

Derudover vil en sådan model stille krav til medarbejderes og lederes kompetencer til at kunne indgå i dialog med borgere og pårørende og komme med forståelige faglige begrundelser.

Visitation som en 'gatekeeperfunktion'

I den ene model, som er foreslået, har visitationen alene en gatekeeperfunktion. Det vil sige, at visitationen alene skal tage stilling til, om borgeren vurderes at have behov for hjælp, men ikke hvilken hjælp borgeren skal have. Hvis borgeren vurderes at have behov for hjælp, skal denne udmåles af et fast, tværfagligt team, som er det samme team, der yder hjælpen til borgeren. Dette kan evt. ske med udgangspunkt i nogle faglige kvalitetsrammer eller andet fagligt grundlag for vurderingen af, om en given indsats er den rette og tilstrækkelige indsats. Der er således ikke længere en adskillelse mellem dem, der fastlægger indhold og omfang af hjælpen, og dem, der udfører den. Hjælpen justeres løbende i dialog med borgeren, og justeringerne skal ikke forbi visitationen hver gang.

Den foreslåede model kan evt. suppleres med et systematisk kvalitetstjek i form af revurdering af forløbet med faste intervaller, fx hver 3. måned.

Hensynet bag den løbende revisitation er, at borgere i målgruppen for ældrepleje erfaringsmæssigt kan få markant ændrede behov på kort tid, enten fordi deres generelle sundhedstilstand forværres, eller fordi en rehabiliterende indsats reducerer deres behov for støtte og pleje. Ekspertgrupperne har peget på, at der derfor kan være behov for en systematisk opsamling med faste intervaller med henblik på en samlet vurdering af den ældres tilstand og behov.

Denne visitationsmodel indebærer, at de formelle afgørelser om konkrete ydelser bortfalder. Borgeren får således alene en skriftlig afgørelse i forbindelse med visitationen/indgangen til hjælpen, mens den konkrete hjælp, borgeren skal have, fastlægges i dialog mellem borgeren, de pårørende og det tværfaglige team. Der vil dog fortsat være krav om, at aftaler mellem teamet og borgeren vedr. hjælpen dokumenteres, men det er blevet drøftet, hvorvidt dokumentationen kan ske på en lettere måde end i dag.

Modellen stiller således også nye krav til rammer og kompetencer hos både medarbejdere og ledere ift. at kunne gennemføre den faglige vurdering og gå i konstruktiv dialog med borgere og pårørende om de faglige muligheder og valg.

Det er fremført, at modellen kan understøtte arbejdet med mindre administration, større rum for medarbejdere til at bruge deres faglighed, større fleksibilitet i forbindelse med løbende tilpasning af hjælpen, samt mere direkte indflydelse fra borgeren på hjælpen fra gang til gang.

Det kan dog med denne model blive uklart, hvad borgeren har ret til, ligesom modellen kan bidrage til at skabe uensartethed i hjælpen til borgere med samme behov – både inden for kommunen og på tværs af kommuner.

Visitation i pakker

I den anden foreslåede model udarbejder kommunen et antal pakker, som hver især har en ramme for hjælpen. Borgeren visiteres til en bestemt pakke, og inden for denne pakke skal medarbejderen i dialog med borgeren tilrettelægge den rette hjælp. Mindre ændringer i borgerens behov for hjælp kan således håndteres inden for pakken, men ved større ændringer skal borgeren visiteres til en ny pakke. Dette er allerede praksis i en række kommuner.

Denne model kan give mere fleksibilitet end den nuværende ydelsesbaserede visitationsmodel, men mere styring end en model, hvor alle beslutninger træffes tæt på borgeren. Omvendt vil en pakkemodel ikke gøre op med den myndighedskontrol, som er en af de drivende elementer bag dokumentation og skriftlighed i ældreplejen. Det bemærkes i den forbindelse, at mange ældres tilstand er så hurtigt fremadskridende, at deres behov ændres markant på kort tid, og at der med denne model ofte vil være behov for revisitering.

5.2 Kvalitet og organisering i faste, tværfaglige teams

Medarbejdere såvel som kommunale forvaltninger peger på, at der bruges uforholdsmæssigt meget tid på visitation og styring i hjemmeplejen. Det skyldes dels, at mange medarbejderressourcer er allokeret til at stå for visitation, koordination, logistik og planlægning. Men det skyldes også, at de medarbejdere, der står for

den borgernære pleje, bruger meget tid på nye indstillinger til og forhandlinger med visitationsenheden, når borgernes behov ændres.

Samtidig oplever borgerne, at der kommer mange skiftende medarbejdere i deres hjem, hvilket dels har konsekvenser for relationen mellem borgeren og medarbejderen og dels har konsekvenser for fagligheden og kontinuiteten i pleje og omsorg, fordi medarbejderne ikke på forhånd kender borgerens helbredstilstand.

Erfaringer fra Holland, såvel som de foreløbige erfaringer fra Danmark [16], peger på, at både den faglige og den borgeroplevede kvalitet stiger, hvis hjemmeplejen og hjemmesygeplejen organiseres i faste teams. Organiseringen i faste teams understøtter en høj grad af tværfaglig koordination, sammenhæng og kontinuitet i opgaveløsningen, samt at opgaverne løses af medarbejdere med de rette kompetencer.

Erfaringer med implementering af faste teams fra bl.a. England viser dog, at en organisering i faste teams forudsætter, at medarbejderne klædes på til at arbejde i en ny struktur. Det indebærer bl.a., at medarbejderne skal have nye kompetencer ift. selv at tilrettelægge deres arbejde og være selvledende, at de faste teams har mulighed for at få rådgivning og sparring, og at der etableres nogle nye normer for samarbejde på tværs af fagligheder, rollefordeling og problemløsning. Endelig bemærkes det, at tværfaglige teams skal understøttes af nye styrings- og kvalitetsmodeller.

Derudover kan der være behov for at understøtte ledelsen, sådan at lederne bliver klædt på til at varetage en mere coachende funktion frem for den traditionelle ledelsesopgave. I det hele taget er indførelsen af faste, tværfaglige teams en stor omstilling af ældreplejen, og selvom mange kommuner allerede er i gang i forskelligt omfang, vil omstillingen tage tid.

5.3 Nem og fleksibel visitation til hjælpemidler

Ligesom ved visitation til hjælp har flere i ekspertgrupperne peget på, at borgere og medarbejdere også oplever en række udfordringer i forhold til visitation til hjælpemidler. Eksempelvis er der ofte lang sagsbehandling af visitation til hjælpemidler, ligesom der lovgivningsmæssigt er en række udfordringer i visitation til hjælpemidler. Det er bl.a. vurderet, at lovgivningen kan være svær at navigere i for både borgere og personale, fordi den er spredt på mange forskellige bestemmelser.

Derudover har nogle medlemmer af ekspertgrupperne peget på, at det er en udfordring, hvis der alene er fokus på kompensation i stedet for rehabilitering. Der bør i større grad være fokus på at understøtte den rehabiliterende indsats på ældreområdet. Derudover er det blevet anført, at den nuværende skelnen mellem varigt eller midlertidigt behov ikke opleves som hensigtsmæssig.

Det er også blevet nævnt af nogle af ekspertgruppemedlemmerne, at nogle borgere og medarbejdere har oplevet, at der er en uklar afgrænsning af ansvar mellem region og kommune, hvilket kan betyde, at det kan blive uklart for borgeren, hvor de kan ansøge om hjælpemidler.

Endelig er der peget på en række organisatoriske udfordringer, herunder at hjælpemiddelcentralerne ofte er lukkede aften og weekend, hvilket kan betyde, at borgere, der udskrives fra hospitalet i disse tidsrum, kan risikere at stå uden de fornødne hjælpemidler.

[16] VIVE, "Buurtzorgs model for hjemmesygepleje og hjemmepleje", 2020.

Det er derfor foreslået, at der i forbindelse med en ældrelov bør ske en modernisering og forenkling af lovgivningen om hjælpemidler, så den understøtter øget tilgængelighed, mindre ventetid og smidigere visitation. En mulig model kan være, at basale hjælpemidler, fx under en bestemt beløbsgrænse eller ved åbenlyse behov, skal kunne tildeles ved en 'her og nu'-visitationsamme, fx via en kvikskranke, hvilket flere kommuner allerede praktiserer. For specialiserede hjælpemidler er det foreslået, at kommunerne skal have mulighed for at trække på ekspertviden fra særlige videnscentre (fx i regi af fælles hjælpemiddelcentre).

En anden foreslået model kan være at sikre, at en ny ældrelov understøtter, at hjælpemidler bruges rehabiliterende, sådan at det afgørende i tildelingen af et hjælpemiddel bliver, at borgeren har et behov – ikke om det er varigt eller midlertidigt.

Afgrænsningscirkulære

Afgrænsningscirkulæret definerer, hvad behandlingsredskaber er, og afgrænser behandlingsredskaber over for tilgrænsende regelsæt om hjælpemidler, hvortil udgiften som hovedregel afholdes af andre end regionerne, typisk af kommunerne.

Det er i ekspertgruppedrøftelserne foreslået at afskaffe afgrænsningscirkulæret og erstatte det med forpligtende samarbejder mellem kommuner og regioner, fx i regi af sundhedsklyngerne. Det kan indebære, at kropsbårne hjælpemidler bevilges der, hvor den primære indsats er forankret. En afskaffelse af cirkulæret medfører dog ikke i sig selv en tydeligere afgrænsning mellem behandlingsredskaber og hjælpemidler, da cirkulæret alene skal klargøre afgrænsningen og forhindre, at tvivl om afgrænsningen kommer borgeren til skade. Ligeledes kan det overvejes at afskaffe bestemmelsen om forbrugsgoder, så der enten bliver tale om et hjælpemiddel eller om eget køb.

5.4 Et nyt klagesystem

Ligesom ved den nuværende visitationsmodel er der peget på, at det eksisterende klagesystem opleves som en af 'driverne' bag dokumentation og skriftlighed på ældreområdet.

I dag findes et klagesystem, hvor der i første omgang kan klages til kommunen med henblik på at få genvurderet afgørelsen. Derefter går klagen videre til Ankestyrelsen, som foretager en juridisk prøvelse. Klagesystemet tager udgangspunkt i de skriftlige afgørelser, der træffes i visitationen om ydelser til borgeren. Borgeren kan således klage over den afgørelse, der træffes, herunder også i forbindelse med de afgørelser, der træffes i forbindelse med de løbende justeringer af hjælpen.

Denne klagemodel er vurderet vanskelig at fastholde sammen med en fleksibel visitationsmodel, baseret på faktisk forvaltningsvirksomhed, hvor hjælpen udmøntes i en dialog mellem borgeren og medarbejderen. Dette skyldes, at der i en sådan model ikke længere vil blive truffet afgørelser om enkelte ydelser, som der så kan klages over. Borgeren vil i stedet – afhængig af den valgte variation – enten visiteres til nogle pakker af hjælp eller helt enkelt bare til hjælp. Det vil således være op til medarbejderne og borgeren selv at vurdere, hvilken konkret hjælp borgeren skal have.

Overvejelser og drøftelser omkring et ændret klagesystem betyder en anden tilgang til den nuværende form for retssikkerhed for borgeren. Der er overordnet enighed om, at man ikke kan fastholde de nuværende forventninger til retssikkerhed samtidig med, at man giver større indflydelse på hjælpen i det daglige, hurtigere og mere fleksibel adgang til løbende tilpasning af hjælpen ud fra aktuelle behov, samt systematisk opfølgning på kvaliteten af hjælpen.

Det er foreslået, at det, i sammenhæng med de foreslåede modeller for ny visitation, bør overvejes at ændre i klageadgangen, så fokus flyttes fra juridisk til faglig retssikkerhed.

Den juridiske retssikkerhed vil forsat gælde i forbindelse med den afgørelse, der træffes i visitationen/hovedindgangen til hjælp. Det er foreslået, at der på samme måde som i dag skal være mulighed for at indbringe en klage over fx en vurdering af, at borgeren ikke har ret til hjælp, til en central myndighed (Ankestyrelsen, juridisk prøvelse). Derved sikres en vis ensartethed på tværs af kommunerne.

Et styrket fokus på faglighed vil derimod indebære, at borgerens eventuelle utilfredshed med den hjælp, borgeren får i det daglige, herunder i forbindelse med de løbende justeringer af hjælpen, i første omgang skal løses i dialog med borgeren, og evt. vedkommendes pårørende, og det faste team, som kommer hos borgeren. Hvis der ikke her findes en løsning, peger flere på, at der af hensyn til borgerens retssikkerhed kan etableres en mulighed for at få en second-opinion af det faglige skøn. En second opinion kan fx komme fra et team fra en anden kommune, fra en borgerrådgiver i kommunen el. lign. Sidstnævnte model forudsætter, at borgerrådgiveren har de fornødne faglige kompetencer til at kunne foretage en sådan vurdering. Det er desuden anført, at der også bør være en mulighed for at klage til en central klageinstans (Ankestyrelsen), hvis borgeren er utilfreds med udfaldet af en second-opinion.

Der er i drøftelserne peget på, at en klagemodel, der er baseret på faktisk forvaltningsvirksomhed og faglige vurderinger, må antages at forudsætte et set-up med nogle faglige kvalitetsrammer for hjælpen og omsorgen til den ældre, som kan indgå i grundlaget for eventuelle klager over faglige beslutninger.

Denne klagemodel tager således udgangspunkt i et overordnet princip om, at borgerens retssikkerhed sikres ved dialogen mellem borger og medarbejderne/teamet på basis af en faglig vurdering af behov for hjælp. Modellen ligner i et vist omfang de klagemodeller, der kendes fra sundhedsområdet.

Der er fra flere sider peget på behovet for at tilføje nogle flere led i klageadgangen, som beskrevet ovenfor. I tilknytning hertil er det desuden påpeget, at forslaget om en second-opinion hos en borgerrådgiver eller lignende forudsætter, at der er tale om en uvildig enhed.

I de alternative klagemodeller vil en stor del af den dokumentation og skriftlighed, som det forventes, at man kan gøre op med i model 1, fortsat være nødvendig at fastholde. I den forbindelse er det bemærket, at omfattende skriftlige afgørelser fra kommunen for mange borgere kan være vanskelige at forstå og dermed også vanskelige at klage over, hvilket i sig selv kan svække retssikkerheden.

6. Forebyggelse og rehabilitering

Sund aldring kan omfatte en række forhold, herunder sundhed, fravær af somatisk og psykisk sygdom og immobilitet, men også aktiv deltagelse i livet og mentalt velbefindende, fx det at have et meningsgivende liv og at være en del af et socialt fællesskab.

Det har været drøftet, at formålet med forebyggelse er, at den ældre kan bevare sin funktionsevne længst muligt og leve et selvstændigt og meningsfuldt liv. Det indebærer både, at der skal arbejdes med sociale aspekter, herunder ensomhed, og at der skal arbejdes med den ældres fysiske helbred i forhold til funktionsevne og velbefindende.

I arbejdet med forebyggelse er både kommunen, civilsamfundet, de pårørende og den ældre selv aktive aktører.

Rehabilitering handler om at genvinde og forebygge tabet af funktionsevner/færdigheder, sådan at den ældre kan leve et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet, deltagelse, mestring og livskvalitet. Kommunerne arbejder i dag med rehabilitering i regi af servicelovens § 83 a, ligesom et rehabiliterende sigte fremgår af lovens generelle formålsbestemmelse.

Det er foreslået, at rehabilitering i en ny ældrelov tænkes ind som et centralt element i organiseringen af hjælpen, sådan at alt hjælp, der ydes efter ældreloven, kan have et rehabiliterende sigte. Rehabilitering skal således være et grundlæggende princip i en ny ældrelov, som hjælpen så vidt muligt skal tilrettelægges efter. Det kan bl.a. indebære, at fx fysio- og ergoterapeuternes rolle og organisatoriske placering gentænkes, så de har deres hverdag sammen med de øvrige medarbejdere i ældreplejen og kan indgå i løbende sparring og rådgivning. Denne rolle vil være oplagt at tænke ind i en organisering af faste teams.

7. Bedre og mere meningsfuld dokumentation

Det er en udbredt opfattelse blandt medarbejdere og blandt flere af deltagerne i ekspertgrupperne, at den eksisterende dokumentationspraksis i ældreplejen ikke er velfungerende. Dels har mange oplevet, at de omfattende dokumentationskrav er uforståelige, tidskrævende og ikke har understøttet den daglige opgaveløsning [17]. Men også it-systemerne opleves som værende svært anvendelige. Mange har oplevet, at oplysninger skal registreres flere gange, og at én type af medarbejdere ofte ikke har adgang til oplysninger, som andre typer af medarbejdere registrerer. Derudover er der i dag en række formål med dokumentationen, herunder fx ledelsesinformation og statistik, der ikke vedrører den borgernære pleje og omsorg, og dermed ikke er nødvendige for medarbejdernes opgaveløsning. Denne type dokumentation opleves krævende og unødvendig af en del medarbejdere. Omvendt kan disse data bidrage til at understøtte den kommunale opgaveløsning mere effektivt og øge kvaliteten og ensartetheden af tilbuddene ved at øge opmærksomheden på områder, hvor der er potentiale for at arbejde med kvalitetsudvikling lokalt i kommunerne.

Endelig opleves det som en udfordring, at systemet grundlæggende ikke er opbygget til den medarbejdergruppe, der er i ældreplejen, hvor en stor del fx ikke er vant til at arbejde skriftligt.

7.1 Begrænsning af dokumentationskrav og forsimpning af Fælles Sprog III (FSIII)

I ekspertgrupperne er der en bred opfattelse af, at der dokumenteres for meget. Tilsyn, aktindsigter, borgerklager og krav internt fra ledelsen er noget af det, der driver mængden af dokumentationskrav.

Hertil kommer, at den nuværende visitationsmodel også er medvirkende til at generere dokumentationskrav.

Der er dog også en del dobbeltdokumentation, der bl.a. skyldes, at medarbejderne arbejder efter forskellige lovgivninger, og at kommunalt fastsatte procedurer mv. genererer krav om dokumentation, som skal registreres flere gange i forskellige systemer.

Derudover er der berettet om udfordringer i brugen af FSIII. FSIII er en datastandard, som består af klassificerede faglige begreber og er implementeret. De udfordringer, der beskrives, skyldes bl.a., at FSIII og it-systemerne ikke understøtter medarbejderne med en intuitiv brugergrænseflade. Desuden er mange af medarbejderne ikke it-kyndige, og mange er udfordrede af ikke at have dansk som modersmål eller være uvante med at arbejde skriftligt. Disse udfordringer vil stige i takt med de øgede rekrutteringsudfordringer, som fx vil medføre en stigende andel ufaglærte medarbejdere.

Det vurderes ligeledes, at regioner og kommuner med fordel kan få en større opmærksomhed på, hvilke oplysninger der er behov for at videregive, når en borger fx overdrages fra hospitalssystemet til kommunerne.

[17] FOA, "Dokumentation i Ældreplejen: Status og udvikling", 2022.

Endelig oplever en del medarbejdere og ledere, at der kan være tekniske udfordringer, der besværliggør mulighederne for at dele oplysninger om borgerens sygdom og funktionsevne på tværs af sektorer med henblik på at levere en koordineret og sammenhængende indsats for borgeren.

Ændringer i dokumentationskulturen

En vej til at nedbringe antallet af dokumentationskrav på pleje- og omsorgsområdet kan være at understøtte en ændret dokumentationskultur, sådan at der ift. pleje- og omsorgsopgaven for den ældre alene stilles krav om at dokumentere afvigelser i udførelsen af den hjælp, som borgeren er blevet tildelt. Det vil sige, at den hjælp, borgeren modtager hver dag, ikke registreres – kun i det tilfælde, hvor hjælpen ikke gives, skal der dokumenteres. En ny tilgang til visitation kan også være medvirkende til at reducere i kravene til dokumentation og understøtte en ændret dokumentationskultur. En ændret dokumentationskultur kan også indebære en gentænkning af systemerne, hvor data, der bruges til fx ledelsesinformation, vidensindsamling og forskning, i højere grad kan hentes ud fra den dokumentation, som medarbejderne udarbejder som led i den daglige omsorg og pleje af borgeren.

Nye tilsyns- og klagemodeller

Det er fremført, at de eksisterende tilsyns- og klagemodeller driver en stor del af de lokale dokumentationskrav, fordi medarbejdere og ledere ønsker at sikre sig mod klager fra borgerne og påtaler fra de statslige tilsyn ved at øge dokumentationen. Nye tilsyns- og klagemodeller kan derfor understøtte en reduktion af dokumentationskravene.

Afskaf opdelingen mellem helbredstilstand og funktionsevnetilstand og nye former for dokumentation

Det er anført, at der bør arbejdes hen imod at afskaffe opdelingen mellem helbredstilstand (sundhedsområdet) og funktionsevnetilstand (servicelovsområdet), da den genererer dobbeltdokumentation, ligesom der kan testes og afprøves nye metoder til dokumentation, fx lyd og videooptagelser eller tale til tekst.

Gentænkning af FSIII

Det er foreslået, at KL i samarbejde med Social- og Ældreministeriet og andre aktører gentænker FSIII med fokus på at styrke mening, brugervenlighed og tilgængelighed for medarbejderne både i dokumentationsøjeblikket, og når medarbejderen skal orientere sig om en borger før et besøg.

En genstart med oprydning, forbedring og forenkling af FSIII kan desuden styrke dataunderstøttelse til forbedringer og kvalitetsudvikling i de kommunale sundheds- og ældretilbud til gavn for borgerne, samarbejde i samlede patientforløb mv.

Det bemærkes, at den væsentligste information, medarbejderne efterspørger, er borgerens besøgsplan og øvrige helbredsoplysninger. Medarbejderne oplever, at en del af den øvrige dokumentation, der skal udarbejdes, ikke anvendes i behandlingen og plejen af borgeren.

Der kan derudover være behov for bedre oplysning om de muligheder, der allerede i dag er for at videregive oplysninger om borgerne som led i en behandling.

8. Ny model for tilsyn

Mange kommunale enheder på ældreområdet har oplevet, at det nuværende tilsynssystem medfører, at kommunerne stiller unødvendige dokumentationskrav for at sikre sig mod kritik fra de statslige tilsyn, der føres af Styrelsen for Patientsikkerhed. Selvom tilsynet i sig selv ikke stiller krav til dokumentation, er systemet altså med til at understøtte, at kommunerne genererer nye dokumentationskrav.

Fra flere sider er der derudover peget på, at de forskellige tilsyn er overlappende, og at tilsynene ikke altid er koordinerede. Samtidig fremhæves det, at der bruges mange ressourcer på tilsyn og på dokumentation i forbindelse hermed, som går fra tiden ved borgerne.

På baggrund af drøftelserne og med sigte mod en ny forenklet model for tilsyn på ældreområdet har ekspertgrupperne peget på konturerne af et nyt tilsynssystem, der centrerer sig om følgende spor:

Sammenlægning af de statslige tilsyn og færre målepunkter

Det er påpeget, at det med fordel kan overvejes at sammenlægge ældretilsynet og det sundhedsfaglige tilsyn, der begge udføres af Styrelsen for Patientsikkerhed, således at der fremadrettet kun er ét statsligt tilsyn.

En sammenlægning og forenkling af de statslige tilsyn vil skulle udbores nærmere i samarbejde med relevante aktører, herunder Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsministeriet.

Styrket fokus på reaktive tilsyn og ny tilgang til risikobaserede tilsyn

Der er desuden blevet peget på, at det kan overvejes at målrette tilsynet mod enheder med kvalitetsudfordringer gennem et styrket fokus på reaktive tilsyn, da disse tilsyn har størst "træfsikkerhed" [18].

Overvejelser om fortsat risikobaseret tilsyn, men med vægt på dialog

Der er peget på, at et nyt samlet statsligt tilsyn på ældreområdet fortsat skal have et element af risikobaseret tilsyn, og at der derfor fortsat bør føres planlagte, risikobaserede tilsyn. Det er foreslået, at der implementeres en ny tilgang til selve gennemførelsen af de planlagte tilsynsbesøg, hvor plejeeenheder og behandlingssteder screenes for eventuelle udfordringer med kvaliteten gennem fx observationer og interviews med frontmedarbejdere, ledelse, borgere og pårørende m.fl. Giver de gennemførte observationer og interviews ikke anledning til bekymringer, afsluttes tilsynsbesøget umiddelbart herefter. Der vil kun blive gennemført et detaljeret tilsynsbesøg hos plejeeenheder, hvor tilsynet på baggrund af gennemførte observationer og interviews mistænker, at der kan være udfordringer med den social- og plejefaglige kvalitet og/eller patientsikkerheden. Det er endvidere foreslået, at barren for egentlige påbud hæves, så mindre grelle tilfælde "udløser" dialog og undervisning i stedet for egentlige påbud.

[18] Se bl.a. "Styrelsen for Patientsikkerhed, Statusrapport for ældretilsynet 2018-2021", 2021; og "Styrelsen for Patientsikkerhed, Det risikobaserede sundhedsfaglige tilsyn 2017-2021", 2022.

Ny rolle for det kommunale tilsyn

Der er endvidere blevet peget på, at det kan overvejes, om der kan skabes en bedre sammenhæng mellem det kommunale og de statslige tilsyn.

Det bemærkes, at ekspertgruppernes drøftelser om en forenklet tilsynsmodel på ældreområdet i overvejende grad er i overensstemmelse med de fund og udviklingspotentialer, som en arbejdsgruppe om tilsyn på ældreområdet bestående af Social- og Ældreministeriet, Sundhedsministeriet, Styrelsen for Patientsikkerhed, Sundhedsstyrelsen og KL har peget på i arbejdsgruppens afrapportering [19].

[19] Afrapportering fra Arbejdsgruppen om tilsyn på ældreområdet, 2022.

9. Bedre sammenhæng og ny organisering af hjælpen

9.1 Opdeling af praktisk hjælp og personlig pleje/sygepleje

Der er i ældreplejen en tæt sammenhæng mellem hjemmesygepleje efter sundhedsloven og personlig pleje og omsorg efter serviceloven. Der er fra ekspertgrupper og panel peget på, at de forskellige logikker og krav, som følger af de forskellige lovgivningsmæssige rammer, udgør en barriere for fleksible og ubureaukratiske arbejdsgange og arbejdstilrettelæggelse.

Ekspertgrupperne har peget på, at det derfor kan overvejes at samle al pleje – sygepleje, personlig pleje og omsorg – lovgivningsmæssigt, da der er betydelig overlap mellem de forskellige plejerelaterede ydelser, og da en skarp sontring ikke er mulig. Denne løsning kan særligt blive aktuel med implementeringen af faste teams, som mange kommuner og andre leverandører af ældrepleje allerede arbejder med. Med den model lægges der op til, at denne pleje vil skulle betragtes som faktisk forvaltningsvirksomhed, og at rammen for arbejdet skal være faglige kvalitetsstandarder som en del af sundhedsområdet, herunder fsva. (hjemme-)sygepleje.

Ekspertgrupperne har dog også peget på, at borgere, der får praktisk hjælp, ofte inden for en kortere periode kan få brug for personlig pleje og sygepleje, og at der derfor er behov for løbende at observere, om borgerens behov ændrer sig. De har derfor rejst en bekymring for, hvorvidt adskillelsen af praktisk hjælp og personlig pleje/sygepleje vil medføre, at den praktiske hjælp udelukkende varetages af ufaglært personale, og at der dermed vil gå et forebyggende sigte tabt.

9.2 Revision af reglerne for hjemmesygepleje

Der er fra flere ekspertgrupper peget på, at der kan være grundlag for at tydeliggøre reglerne for hjemmesygepleje. Dels medfører begrebet 'hjemmesygepleje' en forventning hos borgeren om, at sygeplejersken i alle tilfælde skal komme i borgerens hjem, og det er ikke tydeligt, at ydelsen også kan udføres fx i en sygeplejeklinik eller andre steder. Der kan eksempelvis være borgere, der vurderes i stand til at transportere sig selv, som i højere grad kan tilbydes sygeplejeydelser på en sygeklinik el. lign. fremfor i hjemmet. Denne mulighed findes allerede i nogle kommuner. Borgere med fx svære mobilitetsudfordringer eller borgere, som er svækkede, bør dog fortsat kunne modtage sygepleje i hjemmet.

Derudover har ekspertgrupperne oplevet de lovgivningsmæssige rammer for forskellige typer af midlertidige kommunale døgnpladser efter sundhedsloven og serviceloven (akutpladser, aflastningspladser m.v.) som forældede. Dette medfører, at borgerne stilles forskelligt bl.a. ift. forskellige regler for egenbetaling afhængigt af, om ydelserne i tilbuddet leveres efter henholdsvis sundhedsloven, hvor der ikke er egenbetaling, og serviceloven, hvor der kan være egenbetaling.

Det er foreslået, at det kan overvejes at se på det lovgivningsmæssige set-up omkring disse pladser på tværs af sundhedsloven og serviceloven. Det er yderligere foreslået, at der skal ske en faglig afklaring af den mest hensigtsmæssige brug af midlertidige pladser.

Ensretningen skal ske med opmærksomhed på, at kommunal sygepleje rækker ud over ældreområdet.

10. Øvrige strukturelle greb

En væsentlig del af de patienter, der modtager behandling efter sundhedslovgivningen, er ældre borgere, der også modtager hjælp efter de nuværende servicelovsbestemmelser. Mange medarbejdere arbejder parallelt efter servicelovens og sundhedslovens regler, og nogle af de emner, der har været drøftet i det rådgivende panel og ekspertgrupperne, kan henføres til reglerne i sundhedslovgivningen.

En del af disse emner er medtaget i denne afrapportering, da der blandt de foreslåede løsninger indgår centrale strukturelle greb, der kan understøtte en mere fleksibel udnyttelse af medarbejderressourcer i ældreplejen.

10.1 Dosisdispensering

Dosisdispenseret medicin anvendes i dag i flere kommuner på tværs af landet. Ved dosisdispenseret medicin forstås medicin, der er pakket i doser til den enkelte borger. Poserne er samlet til 14 dage ad gangen og leveres af apotekerne. Erfaringer med brug af dosisdispenseret medicin peger på både fordele og ulemper herved. Erfaringer peger eksempelvis på, at dosisdispenseret medicin frigør kommunale medarbejderressourcer. Manuel medicindosering lægger i dag beslag på et større antal sygeplejefaglige årsværker, der med dosisdispensering vil kunne bidrage til at sikre bedre anvendelse af kommunale medarbejderressourcer til andre opgaver. Ifølge en tidligere dansk undersøgelse bruges ca. 30 minutter på en dosering, hvilket samlet set beløber sig til 3-7 pct. af de totale ressourcer på omsorgsområdet til medicinadministration [20].

Derudover sker der erfaringsmæssigt færre fejl i medicin håndteringen, end der gør ved en manuel proces, hvilket er med til at øge sikkerheden i medicinadministrationen.

Med *Aftale om sundhedsreform*, der blev indgået d. 22. maj 2022, blev det besluttet at nedsætte en hurtigt arbejdende arbejdsgruppe, der skal se på, hvilke opgaver apotekerne med fordel kan varetage, herunder fx dosisdispensering. Det vil i den forbindelse blive drøftet, hvilke barrierer, der er for udbredelsen af dosisdispensering, samt eventuelle løsninger.

I december 2021 indgik Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) en midlertidig aftale om dosispakket medicin til patienter tilknyttet den kommunale hjemmepleje, sygepleje, eller patienter på plejehjem og botilbud. Aftalen gjaldt i første omgang indtil udgangen af marts 2022, men er sidenhen blevet forlænget frem til december 2022.

I relation hertil anslår KL, at man vil kunne frigøre 850 årsværk ved at lade apotekerne maskinindpakke medicindoser, frem for at sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere manuelt skal dosere medicin til borgerne [21].

[20] Se bl.a. Lee, A, Haugbølle, L.S. og Herborg, H. "Maskinel dosisdispensering: Fortællinger fra praksis." Arbejdsrapport. CAST, Syddansk Universitet; 2004; Lee, A, Haugbølle, L.S., Herborg, H. "Praktiske erfaringer med maskinel dosisdispensering af medicin (MD)", Sygeplejersken (21), 2007.

[21] KL, "Dosispakket medicin frigiver tid til kerneopgaven", 30. juni 2022. (Dosispakket medicin frigiver tid til kerneopgaven (kl.dk)).

10.2 Rammedelegation

Ved rammedelegation forstås, når en autoriseret sundhedsperson delegerer en sundhedsfaglig opgave til en medhjælp inden for en på forhånd fastsat ramme til selv at vurdere behovet for behandling og gennemførelse heraf. Ved rammedelegation kan fx sygeplejersker og evt. social- og sundhedsassistenter få tilladelse til at udføre visse typer opgaver, der normalt hører under lægeforbeholdt virksomhedsområde, uden konkret og individuel lægeordination.

Det er drøftet i ekspertgrupperne, hvorvidt håndkøbsmedicin udelukkende kan gives til borgere på baggrund af ordination fra lægen. Der er dog allerede i dag mulighed for at give en borger håndkøbsmedicin uden ordination fra en læge. Det forudsætter alene, at der foreligger en instruks for medicin håndtering, fx i form af en lokal instruks fra ledelsen/kommunen.

Der er desuden blevet peget på fordele og ulemper ved rammedelegation ved ordination af håndkøbsmedicin. På den ene side er det alene lægen, der ved, om der kan være kontraindikation ift. anden medicin eller øvrige opmærksomhedspunkter. Dette taler imod at delegere opgaven til personale, der ikke har fuldt indblik i borgerens sundhedsoplysninger. Omvendt vejer det hensyn, at håndkøbsmedicin som udgangspunkt er tilgængeligt for alle borgere uden forudgående ordination fra lægen. Der er intet, der taler for, at ældre borgere skal stilles ringere i forhold til muligheden for at kunne tilgå håndkøbsmedicin.

Der er endvidere peget på, at det kan overvejes at udarbejde nationale retningslinjer/instrukser for rammedelegation. Det vil sikre ensartede retningslinjer på tværs af kommuner. Forslaget kan ses i sammenhæng med aftalen om sundhedsreformen, hvor det bl.a. fremgår, at der skal være bedre mulighed for delegation af opgaver og mere fleksibel anvendelse af personaleressourcer.

10.3 Øget fokus på samarbejde med almen praksis

Det har været fremført i drøftelserne, at der i dag er mange forebyggelige indlæggelser, som kunne være undgået, hvis personalet havde haft lettere adgang til at trække på lægefaglige kompetencer, fx en fast plejehjemslæge.

Ekspertgrupperne har peget på, at det på den baggrund kan overvejes at sikre, at ordningen med faste plejehjemslæger udbredes, så alle plejehjem har en plejehjemslæge. Der er med den seneste overenskomst for 2022 mellem regionerne (Regionernes Lønnings- og Takstnævn) og Praktiserende Lægers Organisation blevet mulighed for at etablere en ordning, hvor plejehjemmene får fast tilknyttede læger. For at øge dækningen til over 80 pct. ved udgangen af 2024 forpligter parterne sig til aktivt at arbejde for at få ordningen udbredt. Seneste undersøgelse fra 2021 viser, at 50 pct. af kommunerne har ordningen med plejehjemslæger implementeret på alle plejehjem, og at 20 pct. har implementeret ordningen på mere end halvdelen af plejehjemmene.

Det rådgivende panel har desuden peget på, at overmedicinering står i vejen for de ældres trivsel, selvbestemmelse og værdighed samtidig med, at det reducerer medarbejdernes muligheder for at arbejde med deres faglighed. Her spiller behovet for øget fokus på samarbejde med almen praksis også en central rolle – ligesom det også i høj grad er en ledelsesmæssig opgave at sætte ind ift. at reducere medicinforbruget i ældreplejen.

11. Fleksibelt boligvalg

Mange kommuner arbejder i dag med, at ældre skal blive længst muligt i eget hjem. Det betyder bl.a., at de ældre er meget svækkede, fx har mange ældre en demenssygdom, når de bliver visiteret til en plejehjemsplads. Der blev som følge heraf bl.a. peget på, at det betyder, at plejehjem opleves som en "uattraktiv" boligform for mange ældre. Derudover er der også mange ældre, der bor i eget hjem, som oplever isolation og ensomhed.

Det er anført, at der derfor kan være behov for at udvikle mere fleksible boligformer, som aktiverer civilsamfundet og skaber nye fællesskaber, der kan afhjælpe ensomhed og højne livskvaliteten. Endvidere kan flere forskellige typer af ældrevenlige boligformer bidrage til at skabe flere valgmuligheder og mere selvbestemmelse for de ældre.

11.1 Fællesskabsorienterede boligformer

Erfaringsmæssigt kan mere fællesskabsorienterede boformer bidrage til at mindske ensomhed, øge livskvaliteten og understøtte forebyggelsestiltag. Derudover bidrager disse boformer til, at borgerne kan hjælpe hinanden og dermed i mindre grad har behov for hjælp fra det offentlige.

Det er anført i ekspertgruppen, at der er en oplevelse af øget efterspørgsel efter individuelle fællesskaber, hvor fællesskabet er noget, der vælges til, fx boliger med gode fællesarealer, der skaber naturlige muligheder for at mødes og for at skabe fælles aktiviteter. Og at der i mindre grad er opstået efterspørgsel efter boligfællesskaber, hvor man fx skal dele køkken og bad med andre.

Ekspertgruppen pegede på, at man kan oprette flere seniorbofællesskaber i hele landet, der udover at modvirke ensomhed også kan være med til at sikre en mere effektiv udnyttelse af medarbejdernes tid ved at minimere deres transport. Samtidig vil det frigøre attraktive boliger til fx børnefamilier.

11.2 Fleksible boliger til ældre

Det er anført, at der er en stigende efterspørgsel efter nye boligtyper, som fx bofællesskaber, der er indrettet til de ældres behov. Der peges dog på, at det er vigtigt, at der ikke alene tænkes i nybyggeri, men også i omdannelse af den eksisterende boligmasse, da det ellers vil blive vanskeligt at sikre en tilstrækkelig volumen.

Samtidig peges der i ekspertgruppen på, at det er vigtigt ikke at etablere såkaldte 'ældreghettoer'. Med en blandet boligmasse, fx flergenerationsboliger, hvor ældre bor sammen med unge mennesker, børnefamilier osv., understøtter man langt bedre en inddragelse af civilsamfundet.

Derudover understreges nødvendigheden af at skabe bedre mulighed for, at boliger løbende kan tilpasses borgerens aktuelle behov, og hvor det er muligt at bo hele livet. Det vil fx sige boliger, der passer til raske ældre, men som er indrettet med eksempelvis brede døre og mulighed for at opsætte lifte, så de let kan omdannes til boliger til ældre med behov for hjælp.

Det er anført, at sådanne boliger kan skabe bedre mulighed for de borgere, der ønsker at blive i egen bolig, hvilket både kan bidrage til færre omvæltninger i borgerens liv og sikre mere fremtidssikrede boliger, der løbende kan tilpasses den demografiske udvikling. Det kan i den forbindelse overvejes at styrke det offentligt-private samarbejde med fx pensionsselskaberne om udvikling af boliger til ældre.

Det blev herudover anført i ekspertgrupperne, at det i dag er vanskeligt at flytte borgere til en anden bolig, der bedre passer til behovet for hjælp, hvis borgeren har vanskeligt ved at tage stilling til og indvillige i at flytte, fx fordi borgeren har en fremskreden demenssygdom. Dette på trods af, at flytningen vil betyde, at borgeren vil kunne få et tilbud, der bedre passer til behovet.

Det blev også anført, at der kan være en række praktiske og økonomiske udfordringer i form af opsigelsesperioder, renovering af den fraflyttede bolig og krav om dobbelt indskud og depositum mv. , der kan udgøre en barriere for, at ældre borgere flytter til en anden bolig, herunder fra en plejebolig til en anden plejebolig, hvor deres plejebenhov bedre kan varetages.

Der blev i ekspertgruppen peget på muligheden for at ændre reglerne således, at kommunalbestyrelsen kan træffe afgørelse om at flytte borgeren til en anden bolig uden borgerens samtykke, hvis det vurderes, at borgerens behov for hjælp bedre kan imødekommes i en anden bolig. Det blev dog også bemærket, at denne løsning udfordrer borgerens ret til at bestemme over eget liv og mulighed for at klage over afgørelsen.

12. Styring, valgfrihed og selvbestemmelse

Der er fremsat et bredt ønske blandt panel og ekspertgrupper om at fastholde borgerens frie valg ift. valg af leverandør af praktisk hjælp, personlig pleje og madservice. Herudover blev det med indgåelse af aftalen om velfærdsaftaler på ældreområdet fra politisk hold bl.a. fastslået, at frit valg er et område, der er undtaget fra forsøg [22].

Der er imidlertid en række dilemmaer imellem at implementere en mere fleksibel visitationsmodel, organisere arbejdet i faste teams og fastholde den eksisterende model for frit valg.

Den nuværende model for frit valg er baseret på en såkaldt bestiller-udførermodel (BUM). Det betyder, at der er en opdeling af opgavens 'bestilling' i visitationen og opgavens udførelse. Visitationen udføres af kommunens visitatorer, hvorefter det er op til borgeren selv at beslutte, om opgaven skal løses af en kommunal eller en privat leverandør. Se afsnit 5.1 for ekspertgruppernes drøftelser om visitationsmodeller.

Denne fritvalgsmodel er vanskelig at forene med en visitationsmodel, hvor visitationen i vidt omfang foregår i et fast team i dialog mellem borgeren og medarbejderen, og hvor der derfor ikke bestilles en ydelse fra en central visitation. En sådan visitationsmodel vil også vanskeliggøre den ydelsesbaserede prissætning, man i dag anvender i kommunerne.

Der er derfor behov for at tænke i nye løsninger for så vidt angår både styring og afregning på fritvalgsområdet.

12.1 Styringsmodeller

I ekspertgrupperne blev der på den ene side peget på en bekymring om, at private udbydere i dag har dårlige muligheder for at byde ind på at levere en bred pakke af tilbud til borgeren og fx organisere sig i tværfaglige teams. Det skyldes bl.a., at det frie valg er begrænset til praktisk hjælp, personlig pleje og madservice. I dag er der ikke krav om, at kommunerne skal sikre, at der er frit valg på eksempelvis rehabilitering efter serviceloven og hjemmesygepleje efter sundhedsloven. På den anden side blev det fremført, at såfremt reglerne i højere grad understøtter, at private kan byde ind på en bredere pakke af tilbud til borgerne, er der allerede et marked, der vil kunne levere komplekse tværfaglige forløb.

Som alternativ til det eksisterende marked er det i ekspertgruppen blevet drøftet at indføre en model, hvor private leverandører kan byde ind på at levere hjælp til alle borgerne inden for bestemte distrikter. Denne model vil betyde en geografisk afgrænsning af, hvilke(n) leverandører man som borger kan vælge. Med denne model vil der spares tid til transport, mens både den private og kommunale leverandør kan få lettere ved at kapacitetsstyre.

[22] Endelig aftale om udbredelse af velfærdsaftaler på ældreområdet-3.pdf (sm.dk).

En anden model, som blev drøftet i ekspertgrupperne, er at sikre, at private leverandører kan byde ind på alle de ydelser, borgerne har behov for, sådan at leverandørerne fx kan organisere sig i faste teams. Denne model kan understøtte en højere grad af kontinuitet i hjemmeplejen for den enkelte borger samt større og mere robuste leverandører.

Der peges i ekspertgrupperne desuden på, at der i et marked med større udbud, komplekse plejeforløb eller nationale takster kunne være et større behov for godkendelse af leverandører, tilsyn og opfølgning – måske på nationalt plan.

12.2 Afregningsmodeller

I forlængelse af drøftelserne om det frie valg på ældreområdet – og om hvorvidt dette kan tænkes på nye måder – har der været drøftet forskellige afregningsmodeller.

I ekspertgruppernes drøftelse af afregningsmodeller for frit valg i ældreplejen er det påpeget, at der efterlyses transparens i de beregninger, kommunen foretager ift. at beregne prisen på den ydelse, som skal leveres af den private leverandør. Herudover er det påpeget, at der efterlyses tiltag, som kan gøre administrationen af det frie valg mindre bureaukratisk.

Det har været en forudsætning for de modeller, der er blevet drøftet i ekspertgrupperne, at de kan integreres i organiseringen i faste tværfaglige teams, samt at afregningsmodellerne kan integrere både udbud af hjælp i hjemmeplejen og evt. også af hjælp i kommunale plejehjem/plejeboliger.

Modellerne har samtidig taget afsæt i to overordnede hensyn: 1) At afbureaukratisere det frie valg, og 2) at øge tilliden til afregningen af private leverandører i ældreplejen med henblik på at kunne etablere mere dialogbaserede afregningsmodeller.

Ren udbudsmodel

Ekspertgrupperne har drøftet en ren udbudsmodel. Efter denne model vil alle kommuner skulle sende hjælpen i udbud for at opfylde kravet om at tilvejebringe det frie valg. Det vil således ikke længere være muligt at tilvejebringe det frie valg gennem en godkendelsesmodel eller et fritvalgsbevis.

Såfremt kommunen ikke modtager nogen bud, er kommunen ikke forpligtet til at sikre, at borgerne har flere leverandører at vælge imellem. Dvs. at der i så fald ikke vil være et frit valg for borgerne i den pågældende kommune.

Udbudsmodel med fritvalgsbevis

Ekspertgrupperne har drøftet en udbudsmodel med fritvalgsbevis, som vil indebære det samme som ovenstående model, dog tilføjet et krav om, at såfremt kommunen ikke modtager nogen bud på deres udbud, skal kommunen sikre, at borgerne kan få udstedt fritvalgsbeviser.

Udstedelsen af fritvalgsbeviser forudsætter, at kommunen skal kunne prisfastsætte fritvalgsbeviset, hvilket som hovedregel skal ske ud fra en kalkulation af den kommunale leverandørs eller den private leverandørs gennemsnitlige, langsigtede omkostninger ved produktion og levering af tilsvarende ydelse.

For at undgå, at kommunen skal beregne sine egne afregningspriser for at fastsætte fritvalgsbevisets værdi, kan kommunen i stedet beregne værdien ved at undersøge priserne på markedet hos leverandører af tilsvarende hjælp, fx ved at indhente to til tre tilbud fra private leverandører eller indhente indberetninger om priser fra leverandører hos relevante brancheforeninger. Det kan også være en mulighed, at fritvalgsbevisets værdi fastsættes efter forhandlinger og aftale mellem brancheforeningen og kommunen/KL.

Fastsat overheadsats

En tredje model, som er drøftet i ekspertgrupperne, er en model med en fastsat overheadsats vil indebære, at afregningen af private leverandører fortsætter som i dag, hvormed kommunen kan tilvejebringe det frie valg gennem udbud, godkendelsesmodel og/eller fritvalgsbevis kombineret med en fastsat overhead sats.

Beregningen af taksterne i godkendelsesmodellen og fritvalgsbeviset vil fortsat bygge på kommunens gennemsnitlige, langsigtede omkostninger ved at producere og levere tilbuddet.

For at simplificere kommunernes beregning skal de gennemsnitlige, langsigtede omkostninger opdeles i henholdsvis direkte omkostninger (løn til medarbejdere, eventuelle merudgifter til mad mv.) og indirekte omkostninger (dvs. fælles administrative omkostninger til IT, lønsystem og administration, rekruttering mv.). De indirekte omkostninger kaldes overheadprocenten og kan enten fastsættes fra centralt hold eller eksempelvis forhandles mellem kommunerne og relevante erhvervsorganisationer. Kommunerne vil fortsat selv skulle beregne de direkte omkostninger ved at levere tilbuddet (løn til medarbejdere, udgifter til mad mv.), som den fastsatte overhead lægges til, hvorefter man så har den endelige beregnede takstberegningsmodel.

Denne model vil give mindre bureaukrati i kommunerne og skabe mere tillid til de kommunalt fastsatte afregningspriser, da det ofte er i beregningen af de indirekte omkostninger, at der er uklarhed ift. at sikre og sandsynliggøre, at alle relevante omkostninger er med.

Nationale takster

En fjerde model, som blev drøftet i ekspertgrupperne, er en model med nationale takster. I denne afregningsmodel fastsættes taksterne fra nationalt hold. Det kan eksempelvis være efter ydelser, forløb, funktionsniveau mv. Det vil også være en mulighed at fastsætte en national takst, som derefter tilpasses lokalt efter serviceniveau.

Kontrolorgan

Ekspertgrupperne drøftede endvidere etableringen af et kontrolorgan. Kontrolorganets primære formål vil være at fungere som en klageinstans, der ved klager skal efterprøve kommunernes omkostningsberegninger i forbindelse med anvendelsen af godkendelsesmodellen og/eller fritvalgsbeviset. Kontrolorganet kan være med til at skabe en mere ensartet beregning af kommunernes pris for hjælpen til borgerne og dermed sikre øget tillid til afregningspriserne.

Dette element vil sandsynligvis medføre en øget administration og udgiftstung byrde både i staten, som skal etablere og administrere kontrolorganet, samt i kommunerne i forbindelse med behandlingen af klagesager og eventuelle ankesager. For at sikre, at der kan føres en effektiv kontrol med kommunernes omkostningsberegninger og derigennem indfri målet om mere ensartet beregning af kommunernes priser, er det imidlertid nødvendigt at udarbejde ny lovgivning og/eller vejledninger vedrørende beregningsmetoder, hvilket dog samtidig indebærer en begrænsning af kommunernes mulighed for at have forskellige styringsmodeller på området.

12.3 Tilkøbsydelser

Det er forventningen, at der de kommende år vil komme en købestærk ældregruppe, som vil efterspørge flere ydelser, end der i dag leveres af det offentlige. Det kan enten håndteres ved at fastholde, at ekstraydelse udbydes af private leverandører, eller ved at give kommunerne mulighed for at tilbyde tilkøbsydelser.

Det er blevet anført i ekspertgruppen, at for borgerne kan en model, hvor tilkøbsydelser også kan leveres af det offentlige, give mulighed for at få færre forskellige leverandører og medarbejdere ind i hjemmet. Omvendt vil det kunne medføre, at det bliver mere uklart, hvilke ydelser borgeren skal visiteres til, og hvilke ydelser man skal betale for. Ligeledes vil det betyde, at kommunerne får flere opgaver, der tidligere blev varetaget af private leverandører.

Uanset, om tilkøbsydelser leveres af offentlige eller private leverandører, kan det medføre behov for en mere grundlæggende diskussion om finansiering, herunder overvejelser om, hvorvidt såkaldte omsorgsforsikringer skal udbydes som individuelle eller kollektive ordninger.

Evalueringen af frikommuneforsøg [23] om tilkøbsydelser viser dog, at efterspørgslen fra borgerne indtil videre generelt har været lav, og at det ikke har været en enkel opgave for kommunerne at implementere tilkøbsordningerne på en effektiv måde.

[23] Tilkøbsydelser på ældreområdet og på botilbud - VIVE.



13. Velfærdsteknologi og innovation

Det rådgivende panel har peget på, at undersøgelser viser, at der blandt borgerne er en stigende interesse for brugen af velfærdsteknologi. Ligeledes igangsættes der på kommunalt niveau flere initiativer med udbredelse af velfærdsteknologi, herunder både klassiske velfærdsteknologiske løsninger som hæve-sænke-møbler og elevationssenge og nyere løsninger som fx brug af digitalt understøttet genoptræning, e-læring til borgere og pårørende og stemmestyring i hjemmet.

Udbredelsen af velfærdsteknologi skyldes bl.a., at rekrutteringsvanskeligheder nødvendiggør, at kommunerne afsøger nye måder til at give borgerne den nødvendige hjælp i hverdagen. Samtidig er der en stigende oplevelse blandt borgerne af, at velfærdsteknologi kan bidrage til en mere fleksibel hverdag med en højere grad af selvhjulpenhed. En række kommuner har eksempelvis erfaring med et tilbud om plejehjem i eget hjem til borgere, der ikke ønsker at flytte i plejebolig. I denne type tilbud anvendes en kombination af teknologier, der gør det muligt at yde en høj grad af støtte til borgeren i hjemmet.

Andre kommuner har erfaring med at bruge velfærdsteknologi til en styrket forebyggelses- og rehabiliteringsindsats, der reducerer behovet for hjemmehjælp blandt borgerne markant.

Panelet har peget på, at forudsætningerne for udbredelse af velfærdsteknologi er, at det er borgerne selv, der skal vælge om, og i så fald hvilke løsninger, de ønsker at bruge, og at borgeren oplæres grundigt i brugen af de valgte løsninger. Det er særlig relevant i hjemmeplejen. Hertil bemærker panelet dog, at de aktuelle rekrutteringsudfordringer vanskeliggør, at der kan afsættes tilstrækkelige ressourcer til oplæring. Derudover skal der være mulighed for support, hvis teknologien ikke fungerer, eller hvis borgeren i øvrigt har behov for hjælp.

Det er ligeledes vigtigt, at velfærdsteknologi skal udvikles med udgangspunkt i de problemer, som medarbejdere og borgere oplever. Der er behov for brugerinddragelse tidligt i udviklingsprocessen.

Konkret har det rådgivende panel foreslået, at der på nationalt niveau etableres en enhed, der skal screene, udbrede og understøtte implementeringen af velfærdsteknologiske løsninger i kommunerne, ligesom samarbejdet med erhvervslivet om udvikling af velfærdsteknologiske løsninger skal styrkes.

14. Ledelse i ældreplejen

Det rådgivende panel har peget på en række forudsætninger for, at der kan skabes kvalitet i ældreplejen gennem ledelse.

For det første skal ledelsen fasttætte nogle klare værdier omkring menneskesynet i ældreplejen og fastholde disse værdier i situationer, hvor de skaber udfordringer i en til tider stresset hverdag. Fx er det et ledelsesmæssigt ansvar at sikre, at der er tid og rum for, at medarbejderne kan prioritere inddragelse og samarbejde med både borgere og pårørende. Hertil kommer, at ledelsen ligeledes har et stor ansvar for at skabe et godt arbejdsmiljø, som kan være med til at fastholde og tiltrække nye medarbejdere.

For det andet skal ledelsen skabe et arbejdsrum, hvor medarbejderen kan anvende deres faglighed, og hvor de kan hente faglig sparring hos ledelsen. Derfor bør der være fokus på mere faglig ledelse, ligesom det også forudsætter, at ledelsesspændet ikke er for stort, og at ledelsen kan arbejde relationelt med medarbejdergruppen.

I det hele taget har der i drøftelserne i både panel og ekspertgrupperne været bred enighed om, at fokus på ledelse er helt afgørende for den omstilling, som ældreområdet står overfor. Eksempelvis vil en ny tilgang til visitation tættere på borgeren, hvor beslutningerne om hjælpen træffes i et samspil mellem borger og det tværfaglige team, stille store krav til både teamets medarbejdere samt den nære ledelse.

Henvendelse om publikationen
kan ske til:

Social- og Ældreministeriet
Holmens Kanal 22
1060 København K
Tlf. 33 92 93 00

Omslag:

En ældrepleje med tid til omsorg
Tryk: Stibo Complete
Oplag: 100 eks.

ISBN: 978-87-7601-420-9

Elektronisk Publikation: ISBN:
978-87-7601-421-6

Publikationen kan hentes på
Social- og Ældreministeriets
hjemmeside: www.sm.dk