

Projekt: Kvalitet i ældreomsorgen

NÅR FORTIDEN ER LÆNGERE END FREMTIDEN



norden

Nordens Velfærdscenter



OM PROJEKTET

Nordisk Ministerråd satte i 2013 ældreomsorgen på dagsordenen. Som følge heraf har Nordens Velfærdscenter lavet en kortlægning over området i de nordiske lande og selvstyrende områder samt sat fokus på, hvorledes de nordiske lande arbejder med kvalitet og tilsyn i ældreomsorgen. Projektet har udmøntet sig i to rapporter, Ældreomsorg i Norden og Når fortiden er længere end fremtiden. Formålet med rapporterne er dels at belyse, hvorledes ældreomsorgen fungerer i de respektive lande, dels at sætte fokus på kvalitet og tilsynsaspektet med henblik på at sammenstille viden og best practice på området; her bliver det løftet frem, hvilke aspekter der er vigtige at fokusere på for at yde en god og sikker ældreomsorg af høj kvalitet.

Projekt: Kvalitet i ældreomsorgen
NÅR FORTIDEN ER LÆNGERE END FREMTIDEN

Utgiven av Nordens Velfærdscenter
www.nordicwelfare.org
© maj 2015

Projektledare: Elizabeth Dahler-Larsen, Nordens
Velfærdscenter

Författare: Tine Rostgaard, professor, institut for
stadskundskab, Aalborg Universitet

Bidrag till statistik: Julien Grünfelder, GIS Expert,
Nordregio

Fotografer:
s 9, 17, 56: Cykling uden alder
s 27, 39: Øystein Johannesen Quiding,
www.vardhundenohello.se
s 46: Ernst Manker, Nordiska museet

Ansvarig utgivare: Ewa Persson Göransson

Grafisk design: Idermark och Lagerwall Reklam AB

Tryck: Navii

ISBN: 978-91-980800-8-7

Upplaga: 500

Nordens Velfærdscenter
Sverige
Box 1073, 101 39 Stockholm, Sverige
Besöksadress: Drottninggatan 30
Tel: +46 8 545 536 00
info@nordicwelfare.org

Nordens Velfærdscenter
Finland
Topeliusgatan 41 a, FI-00250 Helsingfors, Finland
Tel: +358 20 7410 880
helsingfors@nordicwelfare.org

Rapporten kan beställas i tryckt format eller
laddas ner på www.nordicwelfare.org

INDHOLDSFORTEGNELSE

Sådan skabes kvalitet i ældreomsorgen.....	4
Sammenfatning.....	6
Introduktion.....	10
Regulering af kvalitet	12
Indledning	12
Lovgivning og myndighedsansvar	13
Kvalitetsmål	14
Centrale og lokale standarder.....	19
Akkreditering og certificering af leverandører	21
Formalisering og autorisation af uddannelser indenfor ældreplejen	24
Monitorering og standardisering af kvalitetsprocesser	28
Indledning	28
Behovsvurdering.....	30
Faglige retningslinjer og standarder	38
Incitamenter	41
Kontrol og tilsyn med leverandører	45
Kvalitetsstyring- og måling i organisationen	51
Klagemulighed	54
Monitorering og standardiseret måling af kvalitet	57
Indledning	57
Datagenerering og datastrømme	58
Kvalitetsindikatorer.....	63
Litteraturliste.....	68
Hovedforfatter og bidragsydere.....	73

SÅDAN SKABES KVALITET I ÆLDREOMSORGEN

Med den nordiske befolknings stigende gennemsnitsalder henover de næste 40 år, vil velfærdssystemets håndtering af opgaverne i ældreomsorgen blive udfordret, og der vil mere end nogensinde blive stillet store krav til såvel systemernes kvalitet, som effektivitet og evne til at fungere i en kompliceret virkelighed. Ældreomsorgen skal rustes til at imødekomme store årgange af ældre, der er indstillet på at få understøttet aktiv aldring, og som ønsker og måske forventer individuelt tilpassede forløb og et langt aktivt seniorliv af høj kvalitet på alle parametre. Der har derfor igennem mange år været et stadigt øgende fokus på kvalitet i ældreomsorgen – hvordan sikrer vi kvalitet med færre ressourcer? Hvordan definerer og måler vi kvalitet? Og hvordan øger vi bedst kvaliteten af pleje og omsorg for den enkelte ældre?

Der er mange forskellige opfattelser af, hvad kvalitet er, også mellem brugere, medarbejdere, pårørende, ledere, politikere etc.; kvalitet kan derfor være svær at måle, også fordi det omhandler både tekniske aspekter såvel som interpersonelle relationer. Det er derfor vigtigt ikke kun at inkludere umiddelbart målbare kvalitetsfaktorer, men at sikre at objektive såvel som subjektive kvalitetsindikatorer er inkluderet. Det er vigtigt at inddrage forskellige interessegrupper i indkredsningen og udviklingen af kvalitetsindikatorer, og det er vigtigt ikke kun at fokusere på målbare områder, da dette f.eks. vil overse andre væsentlige kvalitetsfaktorer som medmenneskelige relationer.

Det er også vigtigt at forstå, at en kvalitetsindikator kun er et indirekte mål, som helst skal kunne sige noget om et bestemt aspekt af en ydelse, men som ikke kan udsige noget over-

ordnet om kvalitet. At fremdrage enkeltstående kvalitetsindikatorer er vanskeligt og vil aldrig blive udtømmende, men rapporten byder på mange forslag ud fra det omfattende arbejde, der foregår både i Norden og globalt.

NVC vil i det følgende trække vigtige overordnede perspektiver på kvalitet i ældreomsorgen frem og henviser til, at specifikke kvalitetsindikatorer er nærmere beskrevet i rapporten.

AT BIBEHOLDE INDFLYDELSE, VÆRDIGHED OG MENINGSFULDHED

At leve værdigt og have indflydelse på eget liv betyder meget for den subjektive oplevelse af livskvalitet hos den ældre. Brugerindflydelse i form af inddragelse i egen omsorgsplan, i individualisering af de forskellige ydelser og i tilgang til information, når man ønsker det, er af stor betydning for at bevare værdigheden. Ældreomsorg af høj kvalitet støtter ældre i at leve så uafhængigt et liv som muligt, et liv som er kendetegnet ved værdighed, meningsfuldhed og tryghed. Serviceydelserne skal være virkningsfulde, trygge og sikre, involvere brugerne og give dem indflydelse, koordinerede og præget af kontinuitet, udnytte ressourcerne på en effektiv måde og være tilgængelige samt retfærdigt fordelt.

SIKRE ET SÅ GODT HELBRED SÅ LÆNGE SOM MULIGT

Flere undersøgelser viser, at ældres helbredstilstand og funktionsevne kan forbedres, og svækkelse kan forebygges, når personalet er opmærksom på fx at understøtte den ældres balance og muskelkraft ved træning, når der er fokus på korrekt ernæring, og ved regelmæssig vurdering og justering af den aktuelle medicinering.

Dette forebygger også fald og har tillige positiv indvirkning på de kognitive funktioner. Og det er lige så vigtigt at have øje for mulighederne for at bevare og øge den sociale og kognitive funktionsevne. Rehabilitering af den ældre med henblik på at øge graden af selvhjulpne har stort fokus i både pleje og behandling.

TÆNKE INNOVATIVT OG TILPASSE INDIVIDUET

Brugerundersøgelser viser, at langt de fleste ældre gerne vil forblive i eget hjem og være selvhjulpne så længe som muligt. Der er allerede stort fokus på at understøtte dette, men det skal hele tiden have bevågenhed og sikres, at den ældre får individuelt tilpassede forhold i hjemmet. Det velfærdsteknologiske område udvikler masser af nye tilbud, som kan tænkes ind med henblik på at kvalitetssikre den ældres hverdag, ikke mindst for ældre med begyndende demens.

LEDELSE OG KVALITETSSTYRING

De senere år har der været fokus på ledelse som en af de vigtigste parametre for en høj kvalitetsstandard; ældreplejen skal organiseres således, at borgeren sikres et værdigt og meningsfyldt liv i overensstemmelse med sine individuelle behov. Det kræver rekruttering og fastholdelse af stærke faglige kompetencer, samt kontinuer-

ligt fokus på opkvalificering, kvalitetsarbejde og kvalitetsstyring, ligesom det er vigtigt, at ledelsen udviser tillid til medarbejdernes kompetencer. Et generelt og styrket fokus på kompetenceløft af personalet er specielt af stor betydning, da brugere i ældreomsorgen tenderer mod at have stadigt mere komplekse problemstillinger, som der er brug for et veluddannet og kompetent personale til at løfte. Dette gælder også inden for specifikke områder som forebyggelse, rehabilitering og omsorgen for den ældre med demens i én eller anden grad.

KVALITETSSTANDARDE OG FAGLIGE RETNINGSLINJER

Kvalitetsstandarder og faglige retningslinjer er vigtige instrumenter i kvalitetsstyringen. Kvalitetsstandarden fungerer som information for borgerne og private leverandører om det lokale serviceniveau og sikrer også sammenhæng mellem det politiske og administrative niveau ved at synliggøre, hvordan beslutninger om serviceniveau udformes til et faktisk ydelsesniveau. De faglige retningslinjer sikrer, at den indsats, der ydes, baserer sig på den bedst tilgængelige viden og henviser til, at anbefalinger, indhold og indikatorer er evidensbaserede og dermed best practice.

Med baggrund i de overordnede faktorer anbefaler NVC:

NVC anbefaler et nordisk kvalitetsnetværk, der har fokus på nordisk samarbejde om kvalitetsstandarder og indikatorer i ældreomsorgen. Et styrket netværkssamarbejde mellem de nordiske lande inden for udveksling og udvikling af kvalitetsstandarder og kvalitetsindikatorer vil kunne bidrage til at sikre evidensbaseret og at følge udviklingen i ældreomsorgen i Norden.

NVC anbefaler styrket forskning i og udvikling af kvalitetsstandarder og kvalitetsindikatorer, så indikatorernes validitet sikres. Det betyder, at indikatorerne skal have en sammenhæng med væsentlige kvalitetsaspekter, som de opleves af de væsentligste aktører såsom brugere, medarbejdere etc. De skal have en teoretisk forankring og operationaliseres således, at der er konsistens mellem forskellige indikatorer, der afdækker samme kvalitetsaspekt.

SAMMENFATNING

Der er generel interesse for kvalitetsudviklingen inden for ældreplejen. Dette skyldes ikke mindst befolkningens ændrede demografiske sammensætning og dermed forventningen om, at langt flere ældre vil få behov for ydelser fremover, men også et ønske om at individualisere og effektivisere ydelserne. Denne rapport redegør for de forskellige nordiske kvalitetssystemers måder at regulere og styre kvalitet på i ældreplejen. Rapporten er inspireret af Donabedians (1966) definition af opdeling af kvalitet i hhv. strukturelle, processuelle og outcome kvalitetsfaktorer.

I forhold til *strukturelle kvalitetsaspekter* ser rapporten således på den offentlige regulering og herunder lovgivning på området i forhold til nationale og lokale standarder og overordnede kvalitetsmål. Det er kendetegnende på tværs af landene og de selvstyrende områder, at den nationale lovgivning på området fungerer som en rammelovgivning. Dette skyldes ikke mindst, at det er de lokale kommuner, der er ansvarlige for organiseringen, finansieringen og leveringen af ældreplejen i Norden. Lovgivningen indeholder derfor generelt ingen specifikke kvalitetskriterier, der kan detailstyre kvalitetsudviklingen. Definitioner af kvalitet og konkrete kvalitetsmål er ligeledes beskrevet mere implicit i lovgivningen. Der findes dog en række fællesnævner for kvaliteten i de mål, der udstikkes for ældreplejen, f.eks. målet om at understøtte den ældre i så længe som muligt at kunne blive boende i eget hjem og i at være selvhjulpne. Også inddragelse af borgeren og muligheden for at individualisere plejen og omsorgen er generelle kvalitetsmål. Den nationale lovgivning og tilhørende vejledninger udstikker også kun sjældent nationale standarder for kvalitet. Dog findes der specielt

inden for plejehjemsområdet nationale standarder i forhold til personalenormeringer og medarbejdernes kompetencer, ligesom selve indretningen og størrelsen af boligen i højere grad er beskrevet.

Rapporten ser ligeledes på, hvordan kvalitet sikres gennem akkreditering og certificeringsprocedurer og gennem formaliseringen og autorisation af uddannelser inden for ældreplejen. Her er det kendetegnende, at hvor kommunerne i stigende grad ønsker at gennemgå akkrediterings- og/eller certificeringsprocesser i forhold til nationale programmer som f.eks. ISO 9000, er der mindre interesse blandt private leverandører, som også foretrækker frivillige ordninger. I forhold til formalisering af uddannelserne for medarbejdere ansat i ældreplejen, er der stor forskel på tværs af landene og de selvstyrende områder i forhold til, om der er krav til, at indholdet af uddannelserne er ens, uanset hvor i landet uddannelsen udbydes. Ligeledes er der forskel på, hvilke krav der stilles til de forskellige uddannelser for at lade sig autorisere efter endt uddannelse. Her er det først og fremmest sygeplejerskeuddannelsen, der kræver autorisation, men i Danmark har også social- og sundhedsassistenterne nu pligt til at lade sig autorisere, hvis de ønsker at anvende deres titel i arbejdet.

I forhold til *processuelle kvalitetsaspekter* behandler rapporten bl.a., hvordan behovsvurdering er organiseret. Igen er det kommunen, der fastsætter kriterierne i behovsvurderingen, og ikke mindst hvordan den skal foregå samt hvilke faggrupper, der indgår. Det er som udgangspunkt borgerens individuelle behov, der er i centrum for behovsvurderingen, mens

man på Færøerne også tager højde for voksne børns mulighed for at indgå i at yde hjælp. Ikke mindst med introduktionen af rehabilitering i ældreplejen, som eksempelvis i Danmark, er det i højere grad tværfaglige teams, der udreder borgerens behov. Man arbejder i mange lande med en opdeling af bestiller- og udførerfunktionen (BUM), ikke mindst for ikke at forfordere private leverandører, og understøtter sagsbehandlingen med, hvad der ofte på tværs af landet er forskellige IT-systemer. I Norge har man dog ønske om at indføre en stærkere styring og integrering af IT-systemerne. Kommunerne kan også vælge at anvende standardiserede og/eller systematiske redskaber til udredning af borgerens behov, og dette er ganske udbredt i f.eks. Danmark, Finland og Åland. I Norge vurderes det til gengæld at stride imod borgerens ret til en individuel behovsvurdering, hvis man benytter standardiserede behovsvurderingsredskaber. Der lægges her, som i Danmark, stor vægt på at inddrage brugeren, f.eks. i behovsvurdering og fastsættelse af mål for indsatsen. Borgeren kan også være sikret gennem skriftlige aftaler eller gennem garantier om erstatning, hvis hjælpen er forsinket, som det er tilfældet i Sverige, som led i Værdighedsgarantien, som den enkelte kommune kan vælge at indføre. Der er dog ingen civilretlig garanti tilknyttet. Rapporten ser også på hvilke faglige retningslinjer og standarder, der er udviklet inden for ældreplejen og som opstiller professionelle normer og anbefalinger for mål med indsatsen og selve processen i forhold til at levere ydelsen. Sådanne standarder er især udbredte inden for sundhedsområdet, men anvendes i stigende grad også indenfor socialområdet.

Der ses under *processuel kvalitet* på, hvilke incitamenter der findes til at motivere kommuner og leverandører til at yde bedre kvalitet,

og hvordan der føres tilsyn med leverandører. Kommunen kan f.eks. motiveres økonomisk til at indlevere data om ydelsen og om modtagelsen af ydelsen, som det sker i Sverige. Et andet og ikke-finansielt incitament til at arbejde med kvalitet i ældreplejen, har været indførelsen af konkurrenceudsættelse, der har nødvendiggjort, at kommunerne konkretiserede kvalitetskriterier for at kunne opstille de vilkår, som interne og eksterne leverandører skal afgive tilbud på. Konkurrenceudsættelsen har også bevirket, at kommunerne har måttet indføre nye procedurer for monitorering og tilsyn med kvalitet. Her er der generelt særlige krav til tilsynsforpligtelsen for plejeboligområdet. En særlig måde at organisere tilsyn på findes i Finland, Norge og Sverige, hvor man planlægger disse ud fra en risikobaseret tilgang – og dermed på baggrund af indberetning om klager, fejl og andre mangler. Virksomhederne har i de fleste lande og selvstyrende områder også en forpligtelse til at udføre egenkontrol, og i Sverige har medarbejderne et særskilt ansvar for at indrapportere omsorgssvigt. Borgeren har ligeledes mulighed for at påpege mangler og svigt gennem klagesystemet og kan i en række lande få bistand til dette fra en ombudsmand.

Endelig ser rapporten på en række *outcome-relaterede kvalitetsaspekter*, såsom hvordan data genereres og benyttes til udviklingen af en række kvalitetsindikatorer. Generelt er der i alle lande og selvstyrende områder forpligtelse for kommunen og/eller leverandøren til at bidrage til generering af data, dog ikke i Island pga. mere restriktive regler om opbevaring af data i databaser. Brugerundersøgelser anvendes også i stigende grad. Data kan bl.a. anvendes til at udvikle kvalitetsindikatorer, hvilket der er en stigende interesse for, også uden for Norden. Det er dog især inden for plejhjemsområdet,

at kvalitetsindikatorer er blevet udviklet, og i de senere år især med fokus på processuelle forhold, hvorimod det synes mere kompliceret at udvikle kvalitetsindikatorer, der indfanger outcome. Udviklingen af indikatorer, der ser på livskvalitet er dog et godt eksempel på mere outcome-relaterede kvalitetsindikatorer. I forhold til den internationale litteratur er der dog stor variation i udviklingen af kvalitetsindikatorer i forhold til deres fokus og generelle anvendelighed i en nordisk kontekst. Der synes således heller ikke at være enkelte kvalitetsindikatorer, der overordnet set kan indfange kvaliteten i ydelserne, ligesom der er en række forhold, der skal tages i betragtning i udviklingen af indikatorer. Det gælder f.eks. omkostningen forbundet med at indsamle data og generere indikatorer, og om man fortrinsvis indfanger mere målbare

faktorer. Ligeledes er det væsentligt, at indikatorerne afspejler forskellige aktørers perspektiver, f.eks. vil medarbejderne muligvis pege på aspekter forbundet med faglig kvalitet og borgerne på mere brugerorienterede aspekter. Men en mulig pegepind kan være at fokusere på områder, der benyttes af mange (stor volumen), er vigtig (f.eks. at der er høj status eller risiko forbundet), og som er vanskelige at udføre (med stor outcome-variation).

Rapporten er udarbejdet under opdrag fra Nordens Velfærdscenter og baserer sig, med mindre anden kildehenvisning er benyttet, på en række landerapporter udarbejdet af ekspertgruppen tilknyttet projektet. Det danske bidrag er skrevet af en videnskabelig assistent ved Aalborg Universitet.



Cyclingwithoutage: <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/2.0/legalcode>

INTRODUKTION

Denne rapport er blevet til på opdrag af Nordens Vælfærdcenter og redegør for de forskellige kvalitetssystemer, som er i anvendelse inden for ældreplejen i følgende otte nordiske lande og selvstyrende områder: Danmark, Finland, Færøerne, Grønland, Island, Norge, Sverige og Åland. Ældrepleje defineres i rapporten som pleje og omsorgsydelser leveret i hjemmet eller plejehjem/plejebolig til borgere 65+ med funktionsnedsættelse, og som relaterer sig til praktiske forhold (f.eks. rengøring) og/eller personlig pleje (f.eks. at komme ud af sengen, i bad etc.). Ydelser såsom hjemmesygeplejerske er dermed ikke inkluderet. Der indgår dog også institutioner, som er organiseret inden for sundhedssektoren, såsom særskilte geriatriske afdelinger.

Disse otte lande og selvstyrende områder har en række fælles karakteristika i tilgangen til ældrepleje, og afspejler dermed en række fælles nordiske træk, som vi normalt finder i denne region. Det gælder principper som universalisme, offentlig serviceproduktion og høj kvalitet (Antonen m.fl., 2014). Fælles for alle landene og de selvstyrende områder er også, at borgernære serviceydelser som ældrepleje generelt er et kommunalt ansvar. Lovgivningen på ældreområdet har derfor karakter af rammelovgivning, hvori der fremgår nogle overordnede krav og målsætninger, mens service- og kvalitetsniveauet fastlægges lokalt i kommunerne. De konkrete kvalitetsdefinitioner og kvalitetsmål, samt udmøntningen af disse, er dermed forskellige fra kommune til kommune.

Der er dog på tværs af landene og områderne stor forskel på antallet af kommuner og dermed på de lokale befolkningsstørrelser. I Norge bor de 5,1 mio. indbyggere i 428 kommuner, i Finland er der 5,5 mio. indbyggere fordelt på 317

kommuner, og i Sverige, der har det højeste indbyggertal, bor de 9,7 mio. indbyggere i 290 kommuner. Der er dog også i landene og områderne med mindre befolkningsstørrelser et relativt stort antal kommuner. I Island bor de 325.000 indbyggere således i 74 kommuner, og Færøerne har med 40.000 indbyggere 30 kommuner, men mere end halvdelen af indbyggerne bor i Tórshavn kommune. På Åland er de 27.000 indbyggere fordelt på 16 kommuner (og 6.757 øer). Både Grønland og Danmark har været gennem en strukturreform, der i Grønland i 2009 reducerede de før 18 kommuner til nu 4 kommuner, og i Danmark blev de tidligere 275 kommuner i 2007 reduceret til 98 kommuner.

Den nordiske region står, ligesom de fleste andre vestlige lande, grundet den demografiske sammensætning over for en omfattende forandring af samfundet. Langt flere borgere vil i de kommende år være over 65 år og dermed være på pension eller på vej dertil. Flere borgere vil også være 80 år og derover og dermed i den aldersgruppe, hvor behov for pleje og omsorg ofte viser sig for alvor. Selv med en mulig bedring i funktionsevnen i den ældre befolkning er forventningen, at udgifterne til pleje og omsorg vil fordobles frem mod 2050 (Colombo m.fl., 2011). Der er ligeledes blandt borgerne en forventning om, at serviceproduktionen ligesom andre områder også i ældreplejen bliver mere effektiv og yder bedre kvalitet, ligesom der i nuværende og sandsynligvis også i kommende generationer af ældre stilles flere krav til at kunne vælge mellem forskellige leverandører og modtage individualiserede ydelser. Indførelse af konkurrenceudsættelse, og dermed muligheden for at private leverandører kan operere inden for ældreplejen, har også medført et større behov for at definere og monitorere kvalitet i ældreplejen.

Endelig er gruppen af borgere, der modtager ældrepleje, blandt de svageste i samfundet, og der er dermed generelt et behov for ydelser, der fra første færd yder den rette og gode pleje og omsorg. Der er således en række 'drivers' som ikke mindst påvirker de krav, der stilles til kvaliteten af ældreplejen og til de kvalitetssystemer, som er sat i værk for at sikre denne kvalitet.

En ofte benyttet definition af kvalitet, som også benyttes i denne rapport, stammer fra Donabedian, der opdeltede kvalitet i hhv. struktur, proces og resultat (outcome) (Donabedian, 1966). Jf. Donabedian har strukturelle kvalitetsfaktorer således indflydelse på procesfaktorer, som dernæst har indflydelse på resultatfaktorer.

Hos Donabedian inkluderer strukturkvalitet omsorgens udformning og de rammer, som den tilbydes under, og kan indeholde fx plejepersonalets kompetencer, personlighed og værdier, antal medarbejdere og ydelsens omfang og indhold, men også administrative ressourcer og kontinuitet. Strukturkvalitet er således den faglige og ressourcemæssige kvalitet.

Proceskvalitet handler om omsorgens gennemførelse og inkluderer behovsvurdering, visitation, planlægning, udførelse, integration af ydelser og opfølgning. Dette er specielt rettet mod kvaliteten af organisationen af indsatsen.

Og endelig fokuserer resultat-kvalitet på, hvad brugeren får ud af hjælpen – fx om hjælpen bidrager til at afhjælpe konkrete problemer, styrke selvformåen, livskvalitet, tilfredshed, rehabilitering, præventiv indsats, uafhængighed, brugerindflydelse og samarbejde med familien. Dette retter sig specielt mod brugerens opfattelse af kvalitet, men kan også rumme andres

opfattelse af det endelige individuelle udbytte for brugeren, fx pårørende eller plejepersonale.

Rapporten redegør for de forskellige nordiske kvalitetssystemers måder at regulere og styre kvalitet på inspireret af Donabedians definition af kvalitet. I forhold til *strukturelle aspekter* ser rapporten på den offentlige regulering af strukturelle faktorer – herunder lovgivning på området i forhold til nationale og lokale standarder og overordnede kvalitetsmål. Rapporten ser ligeledes på, hvordan der kvalitetssikres gennem akkreditering og certificeringsprocedurer samt gennem formalisering og autorisation af uddannelser inden for ældreplejen.

I forhold til *processuelle kvalitetsaspekter* behandler rapporten, hvordan behovsvurdering er organiseret og hvilke faglige retningslinjer og standarder, der er udviklet inden for ældreplejen. Der ses på, hvilke finansielle og ikke-finansielle incitament, der findes til at motivere kommuner og leverandører til at yde bedre kvalitet, hvordan der føres tilsyn med leverandører, og hvilke muligheder brugeren har for at klage.

Endelig ser rapporten på en række *resultat/outcome-relaterede kvalitetsaspekter*, som hvordan data genereres og måles, og hvordan dette benyttes til udviklingen af en række kvalitetsindikatorer.

Med mindre der refereres til andre kilder, baserer rapporten sig på en række nationale rapporter udført af ekspertgruppen bag projektet samt en videnskabelig assistent ved Aalborg Universitet (se side 73). Forfatteren takker ekspertgruppen for kommentarer til de forskellige udgaver af rapporten.

REGULERING AF KVALITET

INDLEDNING OG OPSUMMERING

Dette kapitel ser nærmere på, hvordan kvaliteten i ældreplejen reguleres i forhold til strukturelle kvalitetsfaktorer. Regulering kan i en bred forståelse defineres som 'en bevidst og systematisk påvirkning, der er initieret af en offentlig instans, med det formål at påvirke en nærmere bestemt gruppe af individers eller organisationers adfærd, fordi det anses for at være værdifuldt for samfundet' (Knudsen m.fl. 2008, s. 15).

En måde at regulere kvaliteten i ældreplejen på er at lovgive eller vejlede om kvalitetsmål og kvalitetsstandarder. De enkelte love, der lovgiver på området, fungerer dog i Norden oftest som rammelovgivning og indeholder derfor som oftest ingen specifikke kvalitetskriterier, der kan detailstyre kvalitetsudviklingen. Der optræder således sjældent i lovgivningen eller anden form for f.eks. vejledning specifikke definitioner på, hvad kvalitet i ældreplejen betyder, og hvad relevante kvalitetsmål derfor er. Men de ældrepolitiske principper udstikker overordnede retningslinjer, hvormed opfattelsen af, hvad der definerer god kvalitet og kvalitetsmål i ældreplejen, kommer til udtryk. Fælles kvalitetsmål på tværs af landene og de selvstyrende områder er f.eks. målet om at understøtte den ældre i – så længe som muligt – at kunne blive boende i eget hjem og at være selvhjulpne. Også inddragelse af borgeren og muligheden for at individualisere plejen og omsorgen er generelle kvalitetsmål.

I og med at de nationale love er rammelovgivning, udstikker de som udgangspunkt heller ikke nationale kvalitetsstandarder. Der findes dog især inden for plejehjemsområdet eksempler på, at national lovgivning eller vejledning fastsætter personalenormer og krav til medarbejdernes kompetencer, især i lande, hvor social- og sund-

hedsområdet er integreret under samme ministerium. Som oftest er det dog op til kommunerne at fastsætte rammerne. I bl.a. Danmark og Finland benytter kommunerne kvalitetsstandarder til at kommunikere og informere borgerne og det lokale kvalitetsniveau. Kvalitetsregulering i forhold til selve indholdet af ydelsen ses fortrinsvis i forhold til indretningen af boligen i plejehjem, hvor der i en række lande er opstillet nationale krav til faciliteterne i plejehjemsboligen.

En anden mulig måde at regulere kvaliteten i forhold til strukturelle kvalitetsfaktorer på er at stille krav om, at leverandører skal have gennemgået en akkreditering og/eller certificeringsproces, hvor et uvildigt organ hhv. undersøger om virksomheden lever op til et sæt fælles standarder, og om et givent produkt opfylder et specificeret kravgrundlag. Dette har især været udbredt inden for sundhedsområdet, og der er f.eks. interesse blandt kommunerne i Danmark for at lade sig akkreditere i et udbredt og nationalt kvalitetsudviklingssystem for sundhedsvæsenet. Kommuner og leverandører vælger også i nogle tilfælde at lade sig certificere gennem generelle internationale certificeringsprogrammer som f.eks. forskellige versioner af ISO 9000-standarder. Et nationalt program for generel certificering på ældreplejeområdet har tidligere været diskuteret i Sverige, men er foreløbig skrinlagt, mens det i øjeblikket diskuteres at indføre certificering af de egentlige ejere af private virksomheder. Der er også kun mindre interesse for certificering og akkreditering blandt de større private leverandører, og de foretrækker frivillige ordninger. I Finland og Danmark stilles der dog krav til private leverandører, f.eks. er det et krav til leverandører af friplejeboliger i Danmark, at de gennemgår certificering.

Regulering og kontrol kan for det tredje også omfatte en formalisering af de nationale krav til indholdet af den uddannelse, som medarbejderne inden for ældreplejen har. En sådan formalisering af uddannelsen kan sikre, at der undervises i samme fag på tværs af landet. Der kan også være krav til, at man lader sig autorisere efter endt uddannelse, hvilket kan fungere som en proxy-garanti for kvaliteten af arbejdet ved at sikre, at medarbejderen har gennemgået det fornødne uddannelsesforløb. Det er dog især sygeplejerskeuddannelsen, der er en beskyttet titel og kræver autorisation, men den længstvarende uddannelse inden for pleje og omsorg i Danmark, social- og sundhedsassistent, er nu også omfattet kravet om autorisation på foranledning af FOA, Fagforeningen for offentligt ansatte, der også repræsenterer medarbejderne indenfor social- og sundhedsområdet. I Finland er medarbejderne gennem lovgivning forpligtet til løbende at vedligeholde og udvikle deres faglige kompetencer, ligesom arbejdsgiveren er ansvarlig for at tilbyde og finansiere videreuddannelse. Også lederuddannelse er kommet i fokus, ikke mindst i Sverige, hvor man har påbegyndt en national videreuddannelse på lederniveau finansieret ud fra statslige og kommunale tilskud. De enkelte punkter diskuteres nærmere i de følgende afsnit.

LOVGIVNING OG MYNDIGHEDSANSVAR

Reguleringen af kvaliteten af ældreplejen sker således først og fremmest gennem den nationale lovgivning, men også gennem andre former for virkemidler, såsom vejledninger og retningslinjer. Offentlig regulering kan varetages af forskellige offentlige instanser, der har myndighed til at lovgive på et nationalt niveau, og som har det formelle ansvar. Selve myndighedsansvaret påhviler dog i de fleste lande og selvstændige områder de lokale kommuner.

I *Danmark* udstikker Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold lovgivningen og den overordnede politik på området. Ankestyrelsen, der er en selvstændig instans, fungerer som klageinstans på social- og beskæftigelsesområdet, og Socialstyrelsen bistår blandt andet kommunerne med implementering af nye regler og indsatser.

Den offentlige regulering af ældreplejen sker primært gennem Serviceloven og de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og kommunerne. Serviceloven specificerer visse overordnede kriterier og krav til den kommunale ældrepleje om indsatstyper og målgruppe, mens de årlige økonomiaftaler kan forpligte kommunerne til specifikke tiltag med henblik på at styrke kvaliteten i ældreplejen, eksempelvis at udføre brugertilfredshedsundersøgelser (Regeringen & KL 2010). Serviceloven regulerer også kommunernes myndighedsforpligtelse og fastsætter de overordnede rammer for den kommunale ældrepleje, mens kommunerne har beslutningskompetencen vedrørende organisering af udførelsen og serviceniveauet.

I *Finland* reguleres pleje og omsorg til ældre først og fremmest gennem en speciallov, Ældreomsorgsloven (Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre, 980/2012), og dernæst mere generelt gennem Socialomsorgsloven (Socialvårdslag) og Sundhedsloven (Folkhälsolag). Dette betyder også, at social- og sundhedsområdet i dag er opdelt, men en del kommuner har integreret de to områder. Ældrepleje er i dag et kommunalt ansvarsområde, men en planlagt strukturreform vil fra 2017 betyde, at det i højere grad kommer til at være et overliggende ansvarsområde, hvor flere kommuner kan samarbejde. Det er planen, at ansva-

ret for at organisere ældreplejen vil overgå til fem regionale organisationer i 2017.

På *Færøerne* er ældreplejen fra 1. januar 2015 gået fra at være et landsanliggende til at være kommunalt ansvarsområde. Siden foråret 2012 har en udlægningsproces derfor været i gang på Færøerne, som nu er udmundet i Lov om hjemmeservice, ældrepleje m.m., en ny lov om kommunale samarbejdsområder og lov om overdragelse af personaleforhold. Endvidere er der sat nye bekendtgørelser i kraft, der regulerer det kommunale område. Landsstyremrådet for Sociale Anliggender er øverste administrative myndighed, og Ankenævnet for Social- og Sundhedsanliggender er klageinstans på området.

I *Grønland* er Departementet for Familier, Ligestilling og Sociale Anliggender den øverste administrative myndighed indenfor ældreplejen. Departementet regulerer blandt andet ældreplejen igennem Det Sociale Ankenævn, der koordinerer praksis og er klageinstans på socialområdet. Det Sociale Ankenævn er nedsat i medfør af Landstingsforordning nr. 11 af 12. november 2001 om socialvæsenets styrelse og organisation. Den offentlige regulering af ældreplejen sker primært gennem Landstingsforordning nr. 11 af 12. november 2001 om socialvæsenets styrelse og organisation, samt gennemgang af kommunernes årlige regnskaber.

I *Island* blev Social- og Forsikringsministeriet i 2011 lagt sammen med Sundhedsministeriet til et egentligt Velfærdsministerium, som nu er ansvarligt for ældreplejen. Der findes her særskilte love om ældrepleje, som indførtes i 1983. Formålet med lovene var at sikre ældre borgere adgang til social- og sundhedsydelse i forhold til deres individuelle behov.

I *Norge* er det Helse- og omsorgstjenesteloven, der udstikker den lovgivningsmæssige ramme for ældrepleje. Det overordnede ansvar for social- og sundhedsområdet ligger ved Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet, som er underlagt HOD, er et fagligt forvaltningsorgan på social- og sundhedsområdet og har til opgave at yde rådgivning, iværksætte vedtaget politik og forvalte love og regler.

I *Sverige* har kommunerne siden Ädelreformen i 1992 haft samlet ansvar for pleje og omsorg til ældre. Kommunerne har også ansvar for sundhedsydelser til borgere, der bor i plejebolig, men har dog ikke ansvaret for lægerne, som fortsat hører under Landstingshovedmanden. Det overordnede ansvar ligger i forskellige ministerier, men først og fremmest i Socialdepartementet og to statslige myndigheder, Socialstyrelsen, som bl.a. har ansvar for forskrifter og videns- og statistikindsamling og Inspektionen för Vård och Omsorg, IVO, der har ansvar for tilsyn.

På *Åland* er det Landskabsregeringen, der har det overordnede ansvar for ældrepleje, og ydelserne er beskrevet i Socialvårdslagen.

KVALITETSMÅL

Der optræder på tværs af de otte lande og selvstyrende områder forskellige definitioner af, hvad der opfattes som kvalitet i ældreplejen, og hvordan man i udformningen af ældreplejepolitikken tænker at kunne opnå dette. Denne forskel tager udgangspunkt ikke mindst i forskelle i den bagvedliggende forståelse af ældreplejens formål. Overordnet set er der dog også en række lighedspunkter, f.eks. i målet om at understøtte den ældre i – så længe som muligt – at kunne blive boende i eget hjem og at være selvhjulpne. Ligeledes optræder også målet om at inddrage

borgeren og muligheden for at individualisere plejen og omsorgen som generelle kvalitetsmål.

I *Danmark* beskriver Serviceloven en række overordnede socialpolitiske principper om, at ældrepolitikken skal understøtte den enkeltes selvbestemmelse, brug af egne ressourcer samt kontinuitet i og indflydelse på egen tilværelse, og at indsatsen er baseret på værdighed og respekt (Vejledning nr. 1 til Serviceloven). Med disse politiske principper udstikkes nogle overordnede retningslinjer og kvalitetsmål, hvormed opfattelsen af, hvad der definerer god kvalitet i ældreplejen, kommer til udtryk.

Hvad der opfattes som god kvalitet i ældreplejen, de overordnede kvalitetsmål for indsatsen, er blevet tillagt skiftende værdi gennem årene, hvilket Rostgaard (2007) belyser i sin analyse af kvalitet i ældreplejen. I perioden indtil 1970'erne omhandlede opfattelsen af kvalitet i ældreplejen eksempelvis, at hjælpen skulle kompensere for den ældres nedsatte funktionsevne. Dette kvalitetsmål blev de efterfølgende år tillagt mindre værdi, og kvalitetsmål vedrørende aktivering og ældres brug af egne ressourcer kom til. I 1980'erne blev forståelsen af kvalitet i ældreplejen på baggrund af Ældrekommissionen udvidet med de førnævnte ældrepolitiske principper. Ligeledes begynder opfattelsen af kvalitet i ældreplejen at indbefatte nye former for styring og organisering af ældreplejen, og i 1990'erne kommer kvalitetsmål vedrørende ensartethed og retssikkerhed i sagsbehandlingen til. Indførelsen af eksempelvis frit valg på hjemmehjælpsområdet supplerer fra årtusindskiftet og frem ligeledes med kvalitetsmål omhandlende individualisering, medbestemmelse samt øget kvalitet (Rostgaard 2007).

Kvalitet i ældreplejen anno 2014 defineres især som et spørgsmål om både pleje af høj kvalitet og hjælp til selvhjælp. Begreberne er ikke nye på ældreområdet, men de er i høj grad udtryk for aktuelle tendenser: På baggrund af anbefalinger fra Hjemmehjælpskommissionen har regeringen og aftalepartierne i 2014 per 1. jan 2015 vedtaget en ny lov om at tilbyde tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb, inden behovet for hjemmehjælp vurderes, hvis ansøgers funktionsevne potentielt kan forbedres (Lov om ændring af lov om social service, (Rehabiliteringsforløb og hjemmehjælp m.v.), § 1). Begrundet i en demografisk udvikling med flere – herunder også flere ressourcestærke – ældre, målrettes den ”almindelige” hjemmehjælp de svageste ældre med det formål ikke blot at kompensere for funktionsevnen, men også at vedligeholde eller forbedre den. I aftalen beskrives kvaliteten i hjemmeplejen som hjælp, der ”støtter ældre i at leve så uafhængigt et liv som muligt, og som er kendetegnet ved tryghed og værdighed” (Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold 2014). Via kvalitetsmålet ”størst mulig uafhængighed” skal der altså frigives ressourcer til at sikre høj kvalitet i plejen af de svageste, hvor kvalitet defineres med begreberne tryghed og værdighed.

På plejeboligområdet har Ældrekommissionen i deres rapport Livskvalitet og selvbestemmelse i plejeboligen fra 2012 defineret en række principper og kvalitetsmål for indsatsen. De ældres ressourcer skal fastholdes, udvikles og understøttes, så beboerne kan leve et værdigt liv, der er deres eget. Kvalitetsmålene tager udgangspunkt i fem grundlæggende værdier om indflydelse på eget liv, respekt for forskellighed, medmenneskelighed, gode hverdagsoplevelser og en værdig afslutning på livet og specificeres dernæst til 43 konkrete anbefalinger for opnå-

else af den ønskede kvalitet. (Kommission om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem 2012).

I *Finland* har man ikke nærmere defineret kvaliteten af ældreplejen udover at præcisere, at borgerens behov skal dækkes af den pleje og omsorg, som han eller hun modtager uanset behovssituationen. Med introduktionen af en national rammeplan med anbefalinger for kvalitet i ældreplejen i 2008 har man dog indrammet en række væsentlige kvalitetsmål. Denne lagde for det første vægt på forebyggelse og tidlig intervention, for det andet nødvendigheden af at have tilstrækkelige personaleresourcer og den rigtige ledelse, og endelig at sikre borgeren en tryktilværelse. Den seneste version af kvalitetsanbefalingerne er 'Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen'¹.

En ny lov om klientrettigheder fra 2013, 'Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social och hälsovårdstjänster för äldre', betyder, at der er kommet større fokus på at fremme de ældres livskvalitet, sundhed, funktionsevne og muligheden for at klare sig på egen hånd, men også at give dem større indflydelse på udformningen af ydelserne, bl.a. gennem etableringen af lokale ældreråd og ved regelmæssigt at inddrage borgere, pårørende og personalets vurdering af kvaliteten i ældreplejen.

I 2012 blev der på *Færøerne* vedtaget en national politik på ældreområdet, som er fundamentet for den nye lov om hjemmeservice, ældrepleje m.m., der danner rammerne for, hvad der skal opfyldes i forhold til tilbuddet til borgeren. Formålet med loven er at give borgere, der i

lovens forstand har brug for hjælp, integrerede og holistiske ydelser. Disse ydelser skal være med til at forebygge sygdom, understøtte borgerens psykiske og legemlige sundhed og trivsel, genvinde borgerens mistede færdigheder, støtte borgerens selvhjulpenshed og endelig at yde pleje og omsorg. Loven bestemmer, at der skal tages hensyn til borgerens behov, trivsel, forudsætninger og selvbestemmelsesret.

De love, som vedrører ældreplejen i *Grønland*, indeholder ikke egentlige kvalitetsdefinitioner eller kvalitetsmål. Den grønlandske ældrestrategi, 'Ældre i fremtidens Grønland - Naalakkersuisuts ældrestrategi 2012 - 2015, lægger dog - og tilsvarende som i andre lande - vægt på selvhjulpenshed som et overordnet kvalitetsmål. Her vægtes også at sikre mulighed for adgang til offentlige tilbud, tidlig og relevant indsats for demente og udbygningen af plejeboliger.

Heller ikke i *Island* findes der særskilte definitioner af kvalitet eller specifikke kvalitetskriterier i det relevante lovgrundlag. Der findes dog i loven om ældrepleje fra 1983 et mål om, at de ældre skal kunne bo så længe som muligt i eget hjem, men at en plejebolig skal tilbydes om nødvendigt. Formålet med især hjemmehjælpen er at understøtte selvhjulpenshed. Der blev også i 2008 betonet, at de ældres rettighed til individualiseret pleje og omsorg samt valgfrihed skulle sikres bedre, ligesom det blev understreget, at kvalitetsnormerne for ydelserne skulle forbedres. I 2010 diskuterede man, om ansvaret for ældreplejen skulle overgå fra stat til kommune, men det er endnu ikke sket. I stedet blev der i denne proces formuleret en række kvalitetskriterier, der skulle fungere som retningslinjer for kommunerne for, hvordan de bør organisere

1 Kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre. ISBN 978-952-00-2528-1 (PDF).



ydelse. Bl.a. bør kommunerne sikre pålidelighed, fleksibilitet, kontinuitet, imødekommenhed, gode arbejdsmetoder, respekt for kunden, kundens selvbestemmelse, tavshedspligt og kundens tryghed. Endelig publicerede direktoratet i 2014 nye instruktioner om, hvordan kommunerne kunne opnå god kvalitet, som omhandlede leveringen af bl.a. evidensbaserede, effektive, til tiden og pålidelige ydelser.

I Norge har man arbejdet med nationale planer for kvalitet i sundhedssektoren siden 1994 og i 1997 kom den første 'Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene', der omfatter den kommunale ældrepleje. Denne blev revideret i 2003 og fungerer i dag som kvalitetsgrundlaget. Derudover har man siden 2005 haft en samlet national strategi for arbejdet med kvalitetsforbedring i social- og sundhedssektoren, kaldet "Og bedre skal det bli!". Strategiens overordnede formål er at inspirere og tilskynde til kvalitetsforbedring ude i de enkelte virksomheder. Strategien løber frem til 2015, og kvalitet kendetegnes her ved, at ydelserne er: virkningsfulde, trygge og sikre, involverer brugerne og giver dem indflydelse, er koordinerede og præget af kontinuitet, udnytter ressourcerne på en effektiv måde og er tilgængelige samt retfærdigt fordelt. Kvalitetskriterierne danner også udgangspunkt for valget af anvendte kvalitetsindikatorer.

En særlig drivkraft i kvalitetsarbejdet i Norge er det Nationale kundskabscenter for sundhedssektoren, som både har en sektion for kvalitetsmåling og en for kvalitetsudvikling. De norske kvalitetsmål kan også anskues ud fra den nationale værdighedsgaranti, som blev introduceret i 2010, 'Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)'. Garantien betoner vig-

tigheden i, at ældreplejen organiseres således, at borgeren sikres et værdigt og i så lang tid som muligt meningsfyldt liv i overensstemmelse med dennes individuelle behov. Ydelserne skal indrettes i respekt for den enkeltes selvbestemelsesret, egenværd og livsførelse og sikre, at medicinske behov bliver varetaget. Derudover fremsatte regeringen i 2012 en stortingsmelding om kvalitet og patientsikkerhed, som definerer præmisserne for videre udvikling af kvalitetsarbejdet.

Kvalitetsarbejdet i Sverige styres ikke mindst af den gældende lov, Socialtjänstlagen (SoL), der bl.a. siger, at ydelserne under hensyn til det enkelte menneskes ansvar for sin egen og andres situation har til formål at frigøre og udvikle den enkeltes og gruppens ressourcer. Loven foreskriver også, at indsatserne skal være af god kvalitet, og at der bl.a. skal være medarbejdere med relevant uddannelsesbaggrund og erfaring. I 2010 indførtes et særligt tillæg til SoL, der fastslog, at ældreplejen skal indrettes således, at ældre borgere har mulighed for at leve et værdigt liv og føle velbefindende med mulighed for at bo selvstændigt under trygge forhold og have en aktiv og meningsfuld tilværelse i samvær med andre, (Socialtjänstlagens 5 kapitel 4 §). Lovgivningen er dog fortrinsvis en rammelovgivning og mere direkte fortolkninger af kvalitet findes i Socialstyrelsens forskrifter, almene råd og vejledninger, som udgives til støtte for kommuner og private leverandører. Siden 2011 har der også været en bestemmelse i SoL om et nationalt værdigrundlag for ældreplejen, 'Socialtjänstlagens 5 kap. 4 §', hvortil der er knyttet et uddannelsesprogram for ledere. Værdighedsgrundlaget indeholder også for kommunerne muligheden for at introducere garantier til borgeren i forbindelse

2 <http://www.ogbedreskaldetbli.no>

med f.eks. forsinkelser i leveringen af ydelsen, men de fungerer dog ikke som civilretlige ret-tigheder. Den svenske regering har i perioden 2010-2014 også afsat midler til at forbedre plejen og omsorgen for de mest syge ældre, som ikke mindst handler om at opmuntre, styrke og intensivere samarbejdet mellem kommuner og landsting. I forbindelse med indsatsen har man indsat regionale udviklingsledere, der skal fore-stå og understøtte arbejdet.

På *Åland* skal ældreplejen bistå i, at den ældre kan forblive i selvstændig bolig og så vidt muligt være selvhjulpnen. Ydelserne skal bl.a. indrettes således, at de tager hensyn til det enkelte men-neskes overbevisning og integritet og også tilgo-deser modersmål og kulturel baggrund. Borge-ren skal have mulighed for at deltage og påvirke planlægningen og leveringen af ydelsen.

CENTRALE OG LOKALE STANDARDER

En tilgang til regulering og kontrol over struk-turelle faktorer er at lovgive eller vejlede om specifikke standarder, f.eks. om størrelsen på beboelsesrum i plejehjem, om det ønskede antal medarbejdere per beboer i plejeboligen, eller hvilken uddannelsesbaggrund medarbejderne bør have. Dette udgør, hvad der kan betegnes som ”strukturelle kvalitetsindikatorer”, som kan betragtes som objektive kvalitetsmål. De er kendetegnet ved at være relativt nemme at måle og rapportere på. At overholde en sådan standard er dog ingen garanti for, at der udøves god kvalitet i arbejdet med de ældre, men det udtrykker en forventning om, at et tilstrække-ligt antal af uddannede medarbejdere vil kunne garantere f.eks. den ældres fysiske sikkerhed og mobilitet. Kvalitetsstandarder benyttes også i nogle lande i kommunalt regi, både som vejle-dning til borgeren om det kommunale niveau af serviceydelser og i forhold til private leverandø-rer i en udbudsproces.

Standarder i national lovgivning

Den nationale lovgivning fungerer dog ofte mere som en ramme for arbejdet med kvalitet, som f.eks. den norske Helse- og omsorgstjenestelov, der stiller krav til kommunerne om, at borgerne skal tilbydes et ”nødvendigt”, ”forsvarligt” og ”værdigt” servicetilbud, men uden at stille kon-krete krav til hverken omfang, bemanningstæt-hed eller kompetencer.

Tilsvarende findes der ikke i de andre nordiske lande overordnede og generelle nationale ret-ningslinjer eller kvalitetsstandarder til regule-ring af indsatsen, der omhandler krav til, hvor mange medarbejdere, der skal være ansat eller den antalsmæssige fordeling af faglærte hen-holdsvis ufaglærte medarbejdere i ældreplejen. Men som det kan ses nedenfor, findes der inden for plejehjemsektoren og især i de lande, hvor social- og sundhedssektoren er integrerede, eksempler på at national lovgivning eller vej-ledning fastsætter personalenormer og krav til medarbejdernes kompetencer.

At national lovgivning ikke benyttes i udpræget grad til at detailstyre f.eks. normer og kvalifi-kationer, skyldes ikke mindst, at ældreplejen er et lokalt ansvar og derfor planlægges efter de lokale ressourcer, behov og politiske mål. F.eks. har man på Færøerne en bestemt rammesty-ring, der betyder, at det er det tildelte budget, der er afgørende for, hvor mange medarbejdere der ansættes. Nationale normeringer har derfor ikke været et gældende værktøj i mange år her. Hver enkelt plejehjems- eller hjemmehjælpsen-hed ansætter antal medarbejdere inden for bud-gettet og sammensætter medarbejdernes faglige kvalifikationer i henhold til opgaveløsningen. Budgetgrundlaget er dog i udgangspunktet sat ud fra en vurdering af behovet for antal medar-bejdere og deres kvalifikationer.

Finland synes dog at være en undtagelse, da man her arbejder med nationale anbefalinger for personalenormeringer. Det finske Social- og Sundhedsministerium offentliggør således eksempler på personalenormeringer baseret på borgernes behov. Ved behov for pleje døgnet rundt anbefales som minimum 0,5-0,6 fuldtids og plejeuddannende ansatte per klient i en plejehjemsenhed. Har borgeren fx somatiske eller adfærdsrelaterede problemer, anbefales en højere normering. En god normering vurderes at være 0,7-0,8 plejeuddannede ansatte pr. klient, dvs. fraregnet servicepersonale i f.eks. køkken og rengøring (Hammer m.fl. 2010).

Da hjælpen gives ud fra en vurdering af individuelle behov, findes der på tværs af landene og de selvstyrende områder som udgangspunkt heller ikke overordnede standarder i lovgivningen om selve indholdet af hjælpen. Der har dog f.eks. i Danmark været en politisk diskussion om indførelse af minimumsrettigheder i ældreplejen, senest i forhold til indførelse af ret til bad to gange om ugen, ret til at komme ud i det fri og ret til rengøring hver fjortende dag.

Dog ses der eksempler på kvalitetsregulering i den nationale lovgivning, specielt hvad angår indretning af plejeboligerne. F.eks. angiver den danske Ældreboliglov af 1987, at ældreboliger, og herunder plejeboliger, skal indrettes, så de er særligt egnede for ældre og personer med handicap. Det betyder, at boligerne skal være kørestolsegnede, at indretningen skal være velegnet for gangbesværede, og at der skal være adgang til elevator. Ligeledes stilles der krav om, at boligerne skal have egen adgang til alarm, toilet, bad og køkken. Det sidste kan dog erstattes af en kogeniche, og der er mulighed for dispensation (Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter, n.d.). Loven trådte i kraft i 1987 og har betydet,

at alle nye plejeboliger bygges som individuelle lejligheder ud fra ovennævnte kriterier.

Tilsvarende blev der i 2014 indført nationale kvalitetsstandarder for plejehjem (hjúkrunarheimili) i Island, der angiver, at de skal være bygget som et hjem med mindre enheder for 6-12 beboere for at sikre en oplevelse af hjemlighed for beboere, pårørende samt personale. Der er også krav om, at alle beboere skal have enerum på minimum 28m², med badefaciliteter, og at det samlede boområde skal være på brutto minimum 65m² pr. beboer.

I *Norge* har kommunerne tidligere haft til opgave at redegøre for og sætte tal på hvor mange lægetimer, der er nødvendige på de lokale sykehem for at kunne opfylde lovkrav om faglig forsvarlighed og kommunens egne krav til lægetjenerne, og derefter at lægge planer for opnåelse af disse mål. Antallet af lægetimer steg på landsplan fra gennemsnitligt 0,33 timer per beboer i sykehem pr. uge til 0,46 timer i 2013. Der var dog stor variation mellem fylkene (regionerne) og mellem kommunerne. Ny lovgivning angiver dog i dag, at kommunerne blot skal sørge for at dække funktionerne, og det er således op til den enkelte kommune at fastsætte en lokal norm for lægedækning. Der ligger dog også i udarbejdelsen af nationale kvalitetsindikatorer et mål om, at andelen af medarbejdere med fagrelevant videreuddannelse fra højskole eller universitet ansat i plejehjem skal være 34 % inden udgangen af 2015 (Helsedirektoratet, 2015).

Der synes generelt i højere grad at blive stillet krav til omfang af pleje og medarbejderkvalifikation i plejehjemmene i de lande, der som Norge tilbyder ældrepleje som en del af sundhedssystemet. Dette er også tilfældet i Island, hvor der i Medicindirektoratet fra 2010 er

anvisninger for sammensætningen af personalet i de geriatrike enheder, der fungerer som plejehjem for de svageste ældre. Disse angiver, at sygeplejersker skal udgøre 20-28 % af personalet for at sikre kvaliteten af plejen. Ufaglært personale bør også udgøre højst 43 %. Ligeledes anbefaler Medicindirektoratet, at hver beboer skal modtage 4,80-5,34 timers omsorg i døgn.

Ligeledes kan der stilles krav til kompetencerne hos de medarbejdere, der skal behovsvurdere og visitere til ydelserne. På *Færøerne* har man som noget nyt i loven om hjemmepleje og ældreomsorg m.m. for første gang stillet nationale krav til kompetencerne hos medarbejdere i visitationsfunktionen. Der er i lovens anmærkninger et krav om, at visitationen skal udføres af sundhedsfagligt personale med mellemlang uddannelse, såsom sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter m.m.

Lokale kvalitetsstandarder

At ældreplejen i de nordiske lande er et kommunalt anliggende betyder således, at det i høj grad er de enkelte kommuner, der har ansvaret for kvalitetsregulering og for at sætte de væsentligste standarder i ældreplejen. Dette sikrer, at standarderne kan afspejle lokale politiske samt behov- og ressourcemæssige forhold, men kan omvendt også betyde en variation i servicetilbuddet for borgerne, afhængigt af hvor de bor. Ikke mindst i Norge, der har 428 kommuner, kan der være store forskelle i antallet af indbyggere i kommunen, fra 220 personer i den mindste til over ½ million i den største kommune.

Da kommunerne således selv i høj grad kan sætte deres krav til kvaliteten af ældreplejen, er et vigtigt instrument i den lokale kvalitetsstyring i Danmark og på *Færøerne* de kvalitetsstandarder, som kommunerne udarbejder. Kvalitetsstan-

darden fungerer som information for borgerne og private leverandører om det lokale serviceniveau og sikrer også sammenhæng mellem det politiske og administrative niveau ved at synliggøre, hvordan beslutninger om serviceniveau udformes til et faktisk ydelsesniveau.

I Danmark har kommunerne siden 1998 således været pålagt at udarbejde kvalitetsstandarder for praktisk hjælp og personlig pleje mindst én gang årligt. Fra 2003 skal kvalitetsstandarderne også indeholde den kommunale træningsindsats. Kvalitetsstandarderne skal informere om det kommunale serviceniveau og de præcise mål for indsatser i ældreplejen, målgrupper samt omfang af hjælpen. Kvalitetsstandarden skal endvidere indeholde de kvalitetskrav, der er fastsat for kommunale og private leverandører af personlig og praktisk hjælp i kommunen. Kvalitetsstandardens beskrivelse af indhold, omfang og udførelse af hjælpen skal være præcis og skal danne grundlag for at sikre sammenhæng mellem økonomi og service (LBK nr. 254 af 20/03/2014).

Tilsvarende benytter man på *Færøerne* lokale kvalitetsstandarder. I Grønland har kommunesammenlægningerne i 2009 stimuleret til, at kommunerne er gået i gang med at fokusere på opbygning af kvalitetsstandarder inden for ældreplejen.

AKKREDITERING OG CERTIFICERING AF LEVERANDØRER

Akkreditering og certificering kan ligeledes benyttes i reguleringen af strukturelle faktorer til at sikre, at leverandørerne af ældreplejen som udgangspunkt er i stand til at levere kvalitet af en given standard. Akkrediterings- og certificeringsprogrammer kan understøtte kvalitetsudvikling, i og med at det sikrer, at leverandøren

kan identificere og arbejde med kvalitetsbrister, men kan også medvirke til unødigt standardisering. Leverandørerne kan på den anden side se det som en kvalitetsstempling og som en fordel i konkurrencen med andre leverandører, men det kan tilsvarende være en omstændelig proces. Akkrediterings- og certificeringsproceduren kan have fokus på både struktur-, proces- og outcome-faktorer.

Med akkreditering tænkes på statslige eller private procedurer for at anerkende virksomheders kompetence og uvildighed med det formål at fremme tilliden til deres ydelser. Programmerne kan være frivillige eller obligatoriske, hvis man ønsker at levere ydelser inden for et bestemt område.

Tager man udgangspunkt i Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektorens (DSKS) definition af akkreditering (DSKS, 2003), vil en akkreditering typisk betyde, at et anerkendt uvildigt organ undersøger, om en leverandør af ældrepleje lever op til et sæt fælles standarder. Ved akkreditering gives der en formel anerkendelse af, at virksomheden er kompetent til at udføre sine opgaver. Følgende grundelementer indgår ifølge DSKS i en akkrediteringsprocedure:

- Vurderingen foretages af et eksternt organ.
- Vurderingen foretages af personer med samme kompetence som de personer, der lader sig vurdere (peer-review).
- Vurderingen baseres på opfyldelsen af et sæt krav til kvaliteten (standarder), som dels er forhåndsdefineret, dels er fælles for alle sundhedsorganisationer, der lader sig vurdere.
- Vurderingen omfatter både det faktiske resultat af sundhedsorganisationens arbejde, og hvorvidt sundhedsorganisationen har den fornødne kompetence til fortsat at kunne

udføre sine opgaver tilfredsstillende. I akkrediteringsprocessen indgår anvendelse af forskellige metoder til kvalitetsudvikling.

(Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2003, s 16)

Med certificering tænkes på eventuelle statslige eller private programmer til at *godkende og/eller tillade* virksomheder at udføre og levere ydelser. Det kan defineres som en procedure, hvor tredjepart afgiver skriftlig forsikring om, at et givent produkt opfylder et specificeret kravgrundlag (Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2003, s 16).

Akkreditering og certificering kan være national eller international, i sidste tilfælde hvis man benytter en international anerkendt standard, f.eks. ISO 9000 og 9001.

I *Danmark* sikres processuel kvalitet på ældreområdet blandt andet gennem certificering og akkreditering. På ældreområdet anvendes certificering til at sikre kvaliteten af friplejeboliger, der er private alternativer til de eksisterende plejeboliger. For at kunne etablere og drive friplejeboliger skal leverandører søge om at blive certificeret, begrundet ud fra at dette sikrer kvaliteten af plejen, da målgruppen er ældre med et intensivt plejebæhov.

Det er Socialstyrelsen, der certificerer friplejeboligleverandører og fastsætter vilkårene for certificeringen, der omhandler krav til personalesammensætning, økonomisk soliditet, systematiserede kontrolsystemer og tilsynsforpligtelser. Friplejeboligleverandøren skal minimum være certificeret til at levere praktisk hjælp og personlig pleje efter Servicelovens § 83 og § 87 og kan derudover søge om at blive certificeret til

andre ydelser i Serviceloven, eksempelvis genoptræning og ledsagelse (BKG nr. 986 af 3/7/2007 om certificering af friplejeboligleverandører).

Leverandører i ældreplejen akkrediteres først og fremmest af kommunerne via de kommunale kvalitetskrav, som leverandørerne kontraktligt forpligter sig til at leve op til. Kvalitetskravene skal skabe sikkerhed for, at alle leverandører lever op til de målsætninger, kommunen har sat for arbejdsmiljø, personalepolitik, uddannelse m.v. (BEK nr. 344 af 26/03/2013; OECD 2013).

Det danske akkrediteringssystem Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM, er et nationalt kvalitetsudviklingssystem for sundhedsvæsenet. Alle danske sygehuse, såvel offentlige som private, der leverer ydelser for offentlige midler, skal vurderes i forhold til DDKM. Endvidere er ambulancetjenester, vagtcentraler, de fleste apoteker og en række kommuner omfattet³.

DDKM består af en række akkrediteringsstandarder for god kvalitet, som de enkelte institutioner skal leve op til. DDKM omfatter for det kommunale sundhedsvæsen 54 akkrediteringsstandarder inden for 21 temaer, eksempelvis kvalitet i den kommunale sygeplejeindsats. (www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Kommuner/Akkrediteringsstandarder-for-kommuner.aspx).

Kommunernes akkreditering i DDKM er frivillig, men der ses stigende interesse for at blive akkrediteret og for at anvende standarderne i det kommunale arbejde. Et eksempel herpå er redskaber til at dokumentere faglig kvalitet i kommunerne. Et af redskaberne, der omhandler sårpleje og medicinbehandling, tager udgangspunkt i DDKM og skal efterfølgende kunne anvendes

til kommunernes arbejde med at leve op til kravene om sårpleje i DDKM (www.kl.dk).

Akkreditering er i *Finland* obligatorisk og et krav for at modtage offentlig refusion for alle private leverandører af institutioner, der leverer 24 timers pleje og omsorg, herunder plejehjem. En af de i alt seks Regionförvaltningsverk forestår akkrediteringsprocessen. Andre virksomheder, såsom private leverandører af hjemmehjælp, kan nøjes med at tilmelde virksomheden hos kommunen. Kommunen inspicerer, om virksomheden overholder gældende lovgivning f.eks. i forhold til medarbejdernes uddannelsesbaggrund, normering, og om virksomheden udøver egenkontrol, og kommunen notificerer derefter den regionale instans AVI (Karsio og Antonnen, 2013).

I *Norge* anvendes certificering, men det er udelukkende en privat aktivitet, og hvilke standarder der skal udarbejdes, bestemmes udelukkende af markedsaktørerne. Der er dog tæt kontakt til offentlige instanser, ikke mindst fordi der på mange områder er en nær sammenhæng mellem det offentlige lovværk og standarderne. I Norge findes f.eks. Norsk Standard. Det indeholder standarder, der er i overensstemmelse med vanligt praktiserede regler i de relevante brancher, og nye specielle regler, som skal anvendes, der hvor standarden anvendes. Der er f.eks. udarbejdet en standard for brugerstyret personlig assistance (BPA), hjælpemidler for ældre og funktionshæmmede samt for velfærdsteknologi.

Man har tidligere i *Sverige* diskuteret, om man skulle indføre en generel certificering på ældreplejeområdet (värdegrundsmärkning), for både at løfte de mere bløde sider af plejen og omsor-

³ www.ikas.dk/DDKM.aspx

gen frem, men også således at borgerne bedre kunne vælge mellem forskellige private leverandører. Konklusionen var, at det ikke var muligt at introducere et sådant system på nationalt niveau (Socialstyrelsen, 2013b). Mange kommuner har til gengæld valgt at certificere deres socialområde gennem ISO 9000-standarden. I stedet diskuteres i øjeblikket indførelsen af certificering af ejere af en privat ældreplejevirk-somhed for at øge seriositeten i deres engagement (SOU, 2015).

I *Grønland* benyttes ikke private leverandører i ældreplejen, og det har derfor ikke syntes nødvendigt at indføre akkrediterings- og certificeringsprogrammer. Heller ikke på *Åland*, hvor der kun er ganske få private leverandører. Færøerne har som noget nyt, og som følge af § 3, stk. 2, jf. stk. 1 i Lov om hjemmepleje, ældreomsorg m.m., gjort det muligt for kommunerne at købe tjenester fra f.eks. private til at tage sig af personlig hjælp, omsorg/pleje eller støtte. En bekendtgørelse skal fastsætte nærmere regler vedrørende godkendelse og vilkår i forbindelse med køb af disse tjenester, men denne er ikke lavet endnu.

I *Island* anvender nogle virksomheder kvalitetsstandarden IST EN ISO 9001. Virksomhederne er forpligtede til at indsende resultatet af certificeringen til Velfærdsministeriet.

En analyse udført af Norden i 2010 undersøgte bl.a. 12 private leverandører i ældreplejen i Norden og deres kendskab og anvendelse af certificering. Undersøgelsen viste, at de private leverandører i ældreplejen uden national certificering generelt var forbeholdne overfor at søge om international certificering. Næsten alle private leverandørvirksomheder, der deltog i

studiets spørgeskemaundersøgelser, kendte dog til nationale eller internationale certificeringsprogrammer, der kunne være relevante for dem, herunder standarder om miljø- eller kvalitetssikring. Halvdelen benyttede sig af sådanne, især de større virksomheder, bortset fra i Danmark. Her var Aleris Omsorg A/S dog midt i at forberede en certificering efter ISO 9001-standarden. Det svenske firma Carema Äldreomsorg (nu Vardaga) har også tidligere arbejdet for at implementere certificeringen "Mönsterarbetsplats". De fleste af virksomhederne i studiet ville foretrække frivillig certificering frem for lovbaseret regulering (Nordic Innovation Centre, 2010).

FORMALISERING OG AUTORISATION AF UDDANNELSER INDEN FOR ÆLDREPLEJEN

At medarbejderne har de fornødne kompetencer er en væsentlig dimension i kvaliteten af ældreplejen. Reguleringen og kontrol over strukturelle forhold omfatter derfor også en formalisering af de nationale krav til uddannelsens indhold og krav om at blive autoriseret efter endt uddannelse.

Med en formalisering af uddannelsens indhold sikres, at der undervises i tilsvarende fag, og at de studerende opnår tilsvarende kompetencer, uanset hvor i landet uddannelsen tilbydes. Dette sikrer principielt, at man med en sådan uddannelse har en kompetenceprofil på et givent niveau. En autorisation af uddannelserne inden for ældreplejen kan ligeledes fungere som en proxy-garanti for kvaliteten af arbejdet ved at sikre, at medarbejderen har gennemgået det fornødne uddannelsesforløb, der er knyttet til uddannelsen og stillingsbetegnelsen. Der er generelt pligt til at søge om at blive autoriseret, hvis uddannelsen falder ind under autoriserede

uddannelser, og man ønsker at udøve erhverv inden for denne stillingsbetegnelse. Inden for Norden findes en særlig overenskomst mellem Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige om gensidig godkendelse af uddannelse inden for sundhedsområdet.

Medarbejdere ansat i ældreplejen i Danmark har typisk den nationale 1 år og 2 måneder lange social- og sundhedshjælperuddannelse eller den overbyggede uddannelse som social- og sundhedsassistent, der varer yderligere 1 år og 8 mdr. I begge uddannelser er der nationale minimumkrav til uddannelsens indhold, ligesom der er krav om at have gennemgået praktikophold. I Danmark blev det ved trepartsforhandlingerne i 2007 muligt for social- og sundhedsassistenter at opnå autorisation. Dette betyder, at social- og sundhedsassistenter nu skal have autorisation for at udøve deres erhverv, og at det er en beskyttet titel. Man skal ansøge Sundhedsstyrelsen for at opnå autorisation. Sygeplejersker har en 3,5 år lang uddannelse på bachelorniveau, og titlen er ligeledes beskyttet og kan kun anvendes af personer med en sådan uddannelse.

I *Finland* er uddannelsen til sygeplejerske (sairanhoitaja) en tre-årig uddannelse. Det er også muligt at uddanne sig til hälsovårdare (terveydenhoitaja, ca. fire års uddannelse) og närsköterska (lähihoitaja, 2-3 år uddannelse). Siden 2011 har det ligeledes været muligt at gennemgå et kortvarigt træningsforløb (otte mdr.) som hjemmehjælper. Bortset fra sygeplejerskeuddannelsen er der intet nationalt curriculum for indholdet af de øvrige uddannelser inden for social- og sundhedssektoren, og hvert enkelt uddannelsessted har derfor relativt frie rammer til at sammensætte uddannelsesprogrammet (Genet m.fl., 2013).

Social- og sundhedspersonale i Finland er gennem lovgivning derudover forpligtet til løbende at vedligeholde og udvikle deres faglige kompetencer. Arbejdsgiveren er ansvarlig for at tilbyde og finansiere videreuddannelse inden for feltet. Anbefalingen er 3-10 dage årligt afhængigt af medarbejdernes uddannelsesmæssige baggrund. Der følges ikke op på, om sådan efteruddannelse tilbydes (Genet m.fl., 2013). Arbejdsgiveren er derudover forpligtet til at afrapportere aktiviteter i forhold til videreuddannelse, og herunder antal deltagere, længde og udgifter, til en national rapport, der udgives af en kommission under sammenslutningen af kommunale arbejdsgivere. Hver enkelt medarbejder er forpligtet til at vurdere sit behov for videreuddannelse og for at deltage i sådanne aktiviteter (Hammer m.fl., 2010). Har man en uddannelse som sygeplejerske, hälsovårdare eller närsköterska er man forpligtet til at ansøge om autorisation hos den nationale organisation Valvira. Uden autorisation må man ikke udøve sit erhverv under den beskyttede titel. Certificeret sundhedspersonale registreres i det centrale register, TERHIKKI.

Uddannelsen til sygeplejerske, hjúkrunarfræðingur, tager fire år i Island, og er en universitetsgrad. Man skal efterfølgende ansøge om autorisation (Genet m.fl., 2013). Uddannelsen til sjúkraliði er en treårig gymnasial uddannelse, hvor man også efterfølgende bliver autoriseret.

I *Norge* er der i alt 29 formaliserede personaletitler inden for social- og sundhedssektoren. De mest udbredte er helsefagarbejdere, vernepleiere og sygepleiere. Uddannelsen til Helsefagarbejdere er en fireårig uddannelse på videregående niveau. Uddannelsen indeholder teori og praktik og har et bredt sigte inden for sundhedssektoren. Vernepleieruddannelsen er en treårig

bacheloruddannelse på professionshøjskole eller universitet, der giver adgang til at yde pleje og omsorg for personer med funktionsnedsættelse. Sykepleieruddannelsen tager tre år og er en bachelorgrad på universitetsniveau. I Norge er det Statens Autorisasjonskontor for Helsepersonell (SAK) der har ansvaret for autorisationer til regulerede erhverv inden for sundhedssektoren, herunder uddannelse til sygeplejerske, fysioterapeut, og social- og sundhedsassistent. Al personale, der arbejder inden for sundhedssektoren, skal have opnået autorisation i Norge, før de må påtage sig arbejde under den beskyttede titel.

I *Sverige* kan man tage en treårig gymnasial erhvervsuddannelse i pleje og omsorg, 'omvårdnad'. Der indgår minimum 15 ugers praktik. Omvårdnadsprogrammet er en erhvervsforberedende linje, der kvalificerer studerende til at tage arbejde inden for social- og omsorgsområdet som undersköterska eller vårdbiträde. Man kan dog arbejde som undersköterska uden at have en formel uddannelse inden for pleje og omsorg, og titlen er således ikke beskyttet. Titel samt de funktioner, der udføres af en undersköterska, svarer nogenlunde til en dansk social- og sundhedsassistent, mens en vårdbiträde omtrent svarer til en social- og sundhedshjælper. Svenske social- og sundhedsuddannelser er dog mere individuelt sammensatte.

På *Færøerne* kræves autorisation for udførelse af opgaver inden for ældreplejen, når det gælder sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

På *Åland* udgør den største faggruppe inden for kommunens ældrepleje i dag af närvårdare, som har erstattet de tidligere faggrupper, hemvårdare og primärvårdare. Uddannelsen som närvårdare kan tages som en grundlæggende ungdomsuddannelse eller som en voksenuddannelse.

Uddannelserne inden for social- og sundhedsområdet i Åland skal opfylde de samme betingelser som i Finland.

Ud over regulering af indhold i og certificering af grund- og videreuddannelserne for det udførende personale inden for ældreplejesektoren, har man også i Sverige i 2014 påbegyndt en national videreuddannelse på lederniveau. Selve uddannelsesaktiviteterne finansieres ud fra statslige tilskud, mens kommunerne finansierer udgifter til løntimer for personalet. Uddannelsen varer et år. Formålet med det nationale program er at højne kompetencerne hos lederne og på sigt udvikle kvaliteten i ældreplejen.

I *Danmark* har man netop gennemført et projekt hvor man har afprøvet et efteruddannelsesprogram for ledere i ældreplejen i en række kommuner, ikke mindst på baggrund anbefalingerne fra Ældrekommissionen i 2011, og efter at en rapport viste, at mellemlederne var en overset gruppe i kommunernes Human Ressource-strategier. Programmet retter sig mod mellemledere i en række projektkommuner og har til formål at styrke ledelseskompetencerne hos mellemledere på plejehjem gennem et særligt tilrettelagt uddannelsesforløb. I programmet indgår også uddannelsesforløb rettet mod det udførende personale i forhold til at styrke deres kompetencer med at inddrage beboerne i hverdagsaktiviteter og øget social kontakt (Socialstyrelsen, 2013d).



MONITORERING OG STANDARDISERING AF KVALITETSPROCESSER

INDLEDNING OG OPSUMMERING

Kvaliteten af de mere processuelle dele af ældreplejen kan følges gennem monitorering og standardisering, f.eks. ved at bestemme, hvordan behovsvurderingen foregår, og hvilke fagfunktioner der har ansvaret for en sådan udredning. Det vil typisk ligge hos kommunen at bestemme dette. I Danmark er det f.eks. specialuddannede visitatorer, der forestår behovsudredningen, i dag dog i samarbejde med andre faggrupper efter indførelsen af rehabilitering. I mange lande arbejder man efter en BUM-opdeling, således at bestiller- og udførerfunktionerne er opdelt. Dette er sket ikke mindst i forlængelse af indførelsen af konkurrenceudsættelse for ikke at tilgodese de kommunale leverandører. På Færøerne er det ikke visitator, der endeligt bestemmer, om en ydelse skal gives, men derimod en beslutning, der tages af en økonomiansvarlig.

Det er borgerens individuelle behov, der er i fokus for behovsvurdering og tildeling af ydelser. I forhold til hjemmehjælp vil dette typisk ske ud fra en vurdering af husstandens sammensætning. Er der en partner i husstanden, der kan påtage sig rengøring, vil der som oftest ikke blive tildelt hjemmehjælp til denne opgave, hvorimod personlig pleje vil blive tilbudt. På Færøerne tager man dog også i betragtning, om der er voksne børn uden for husstanden, der kan hjælpe med både personlig pleje og rengøring. Der kan være store forskelle på, hvordan de enkelte kommuner prioriterer i forhold til ældreplejen og dermed de behov, der ydes hjælp til f.eks. i Grønland. Her prioriteres i tilbuddene om plejehjemspladser ud fra en ventelisteord-

ning, som ikke i alle tilfælde er opgjort efter behov.

Det er generelt udbredt, men frivilligt for kommunerne at benytte sig af standardiserede og/eller systematiske redskaber til udredning af behov. Brugen af et standardiseret behovsvurderingsredskab betyder f.eks., at forskellige visitatorer benytter samme begreber i behovsvurderingen og udmålingen af ydelsen. RAI (Resident Assessment Instrument) er ofte benyttet, f.eks. i Finland og Åland og ikke mindst i Island, hvor det har været benyttet i plejehjemssektoren siden 1994. I Norge vurderes det dog, at brugen af sådanne standardiserede redskaber kan komme i konflikt med borgerens ret til en individuel vurdering, og man arbejder i stedet med udviklingen af systematiske metoder til udredning. I Danmark har den nyeste version af systemet Fælles Sprog III bl.a. lagt vægt på tværfagligt samarbejde og brugerinddragelse.

Netop brugerinddragelse lægges der stor vægt på i Danmark og Norge. I Norge er det et centralt og gennemgående princip, og i Danmark har det fået yderligere vægt med indførelsen af rehabilitering. Borgeren skal nu i Danmark indgå i målfastsættelse med bistand af medarbejderne. En anden måde at sikre borgeren medindflydelse på er ved at have fokus på information og retssikkerhed. Et redskab til dette er aftaleskemaer, der f.eks. skal beskrive indhold og omfang af ydelsen og de kommunale krav til leverandøren. Disse ordninger findes i Norge og Sverige, i sidstnævnte ikke mindst som led i Værdighedsgarantien, som den enkelte kom-

mune kan vælge at indgå i, og som giver borgeren en række rettigheder f.eks. til erstatning ved forsinkelser. Det har tidligere i Danmark også været et lovkrav, at kommuner skulle udarbejde aftaleskemaer, men dette lovkrav er ophævet efter en række afbureaukratiseringstiltag. Der kan også være opstillet nationale krav til, hvor hurtigt en visitation skal være gennemført, fra borgeren anmoder om hjælp, eller hvor hurtigt hjælpen skal organiseres og leveres. Det er til gengæld op til kommunen selv at vurdere om og hvor tit, en revisitation skal udføres, og praksis kan variere meget fra kommune til kommune. I Island anbefales det dog, at hvert enkelt plejehjem mindst tre gange årligt behovsvurderer ældre borgere, der bor på plejehjem, jf. anbefalinger fra Medicindirektoratet.

Kommunernes sagsbehandling i forhold til behovsvurdering understøttes generelt af forskellige IT-systemer, der bistår kommunen i behandlingen af borgerens sag, men som også kan benyttes til benchmarking mellem kommunerne. Det er typisk forskellige systemer, som kommunerne tager i anvendelse. I Norge er der dog interesse for en stærkere central styring og integrering af systemerne, og der er derfor taget et nationalt initiativ for at standardisere informationen i og på tværs af forskellige systemer.

Monitorering og standardisering af processuelle kvalitetsfaktorer kan også foregå via udarbejdelsen af faglige retningslinjer og standarder. Disse opstiller professionelle normer og anbefalinger for mål med indsatsen og selve processen i forhold til at levere ydelsen. Sådanne retningslinjer og standarder er udbredte inden for sundhedsområdet, men er også kommet i fokus inden for ældrepleje, specielt i de lande og selvstyrende områder hvor social- og sundhedsområdet hører til ét fagministerium, men også som

led i en generel udvikling mod større integration af social- og sundhedssektoren.

Proceskvalitet kan styres og reguleres ved at etablere forskellige incitamentter for kommunerne til at agere på en bestemt måde. Det sker f.eks. ved, at kommunen belønnes for at indsamle og levere data om kvalitetsforhold, eller kommunen kan forpligtes til at medfinansiere (unødige) sygehusophold. Et andet og yderst væsentligt økonomisk incitament er den statslige medfinansiering af kommunale udgifter til ældrepleje eller særbevillinger til at forbedre kvaliteten, f.eks. udløsningen af den danske ældremilliard i 2014, der skal sikre udviklingen af mere kvalitet i ældreplejen. Det kan også være refusion af udgifter eller stimuleringsmidler, der skal sikre opbakning til en bestemt satsning. Økonomiske stimuleringsmidler benyttes især i Sverige. Andre ikke-finansielle incitamentter kan være rettet mod det organisatoriske niveau. Ét eksempel er introduktionen af konkurrenceudsættelse i ældreplejen, der har nødvendiggjort, at kommunerne konkretiserede kvalitetskriterier for at kunne opstille de vilkår, som interne og eksterne leverandører skal afgive tilbud på.

Netop konkurrenceudsættelsen har betydet, at kommunerne skulle identificere nye måder at kvalitetsmonitorere de forskellige leverandører på. Kommunernes pligt til at udføre kontrol med kvaliteten i de forskellige virksomheder er typisk indskrevet i den gældende lov på området og omhandler som oftest det mere personrettede tilsyn samt selve driften af ydelsen, men der kan være stor forskel på tværs af kommunerne på, hvor ofte tilsynet udføres, og hvordan det organiseres. Der er ofte særlige krav til tilsynsforpligtelsen for plejeboligområdet. I Danmark har både kommunen og Sundhedsstyrelsen således pligt til at udføre tilsyn i plejeboliger. Her gen-

nemføres fra 2014 ikke længere årlige sundhedsfaglige tilsyn, men kun hvert andet år, efter at man i en del år har kunnet konstatere løbende kvalitetsforbedringer. Kommunen har fortsat pligt til selv at udøve tilsyn hvert år. I Finland, Norge og Sverige arbejder man efter en særlig risikobaseret tilgang, hvor man løbende fastlægger temaerne for tilsynet ud fra indberetning om klager, fejl og anden information, der indikerer, at lovgivning ikke overholdes.

Den enkelte virksomhed har også selv et medansvar for at monitorere og kontrollere kvaliteten. Der kan være nationale krav til at introducere kvalitetsledelse eller til at selvevaluere og afrapportere processer og outcome. F.eks. kan der være krav om, at den enkelte virksomhed dokumenterer tidsanvendelse, kvalitet, pris (for private leverandører) og utilsigtede hændelser. I Norge er virksomhedens egenkontrol et væsentligt element til at sikre kvaliteten i ældreplejen og betragtes som et hjælpemiddel til styring og udvikling af den faglige drift snarere end et eksternt kontrolredskab. Sverige har med Lex Sarah indført et særskilt ansvar for den enkelte medarbejder til at indrapportere omsorgssvigt.

Endelig giver borgerens mulighed for at klage over kommunen og private leverandører en mulighed for at få indsigt i kvaliteten af den leverede ydelse. Der er dog stor forskel på borgerens formelle klagemulighed på tværs af landene og de selvstyrende områder. Typisk skal borgeren i første instans rette direkte henvendelse til leverandøren selv, hvorefter en overordnet instans kan kontaktes. I Danmark var det tidligere også muligt at klage til det sociale Ankenævn. I Finland, Norge, Sverige og Åland kan en borgerombudsmand bistå borgeren, hvorimod ombudsmandssystemet i Danmark og Island er den instans, hvor sagen kan overklages. I Sverige

findes ikke et selvstændigt ankesystem for socialområdet, og klager skal derfor indgives til det svenske domstolssystem.

BEHOVSVURDERING

I alle de nordiske lande og områder i studiet er det således kommunen, der har myndighedsansvar for at vurdere behov og tildele hjælp til svage ældre. Denne proces indeholder typisk udredning, tildeling, levering og endelig opfølgning på den ydede hjælp.

Regulering af kvaliteten i ældreplejen i denne proces kan typisk foregå gennem styring af, hvordan behov udredes, og efter hvilke kriterier hjælp tildeles lokalt, eller gennem styring af hvilke faggrupper, der har ansvar for behovsvurdering. Der kan også stilles krav til, hvorledes brugeren bør inddrages, ligesom der kan være krav til den dokumentation, der skal udarbejdes. Ligeledes kan der opstilles krav til, hvordan og hvornår borgerens behov skal genvurderes.

Organisering og faglighed

På ældreområdet er behovsvurdering en del af kommunens myndighedsudredning. På Færøerne har kommunerne således også overtaget behovsvurderingen i forbindelse med, at ældreplejen gik fra at være et landsanliggende til at være kommunalt ansvarsområde fra 1. januar 2015.

I *Danmark* udføres den indledende behovsvurdering som oftest af en specialuddannet visitator, der skal afdække den ældres situation og funktionsevne i det omfang, det er nødvendigt for sagens oplysning. I forbindelse med introduktionen af rehabilitering arbejder man i højere grad med at inddrage flere fagligheder i den efterfølgende udredning af borgerens behov. Det er meget forskelligt, hvordan kommunerne

griber opgaven med udredning af borgerens problemstillinger an. I nogle kommuner er det udelukkende visitator, der varetager denne opgave, mens det i andre kommuner foregår i et tværfagligt samarbejde. Socialstyrelsen i Danmark foreslår at arbejde med en funktion, der koordinerer borgerens forløb, en såkaldt forløbsansvarlig, der har til opgave at sikre, at de relevante fagligheder er repræsenteret i udredningen. Der lægges op til, at der kan være flere forskellige fagligheder involveret i den tværfaglige udredning, ikke mindst efter indførelsen af rehabilitering; således vil ergo- og fysioterapeut, sygeplejersker eller en social- og sundhedsassistent kunne indgå (Socialstyrelsen, 2014). Som i flere af de andre lande arbejder man efter en BUM-opdeling, og bestiller- (visitator) og udfører- (leverandør) -funktionerne er dermed opdelt. Det er dog ikke et lovkrav. En analyse af otte kommuner i 2013 viste, at organiseringen af visitationsenheden varierede. Nogle kommuner havde en samlet visitationsenhed, der dækker hele kommunen. Andre var opdelt på distrikter (Rambøll, 2013).

I *Finland* defineres faggruppen, der forestår visitationen ikke nærmere, men vedkommende skal have et omfattende fagkendskab og forventes at have en uddannelse inden for social- eller sundhedsområdet. Det er et specifikt krav, at behovsvurderingen foregår centralt og ikke ude i institutionerne. Omkring en tredjedel af de finske kommuner anvendte i 2009 BUM i organiseringen af visitationen, og især i de mindre kommuner er det en udbredt model, men kommunerne er over tid mere og mere gået væk fra BUM-modellen (Karsio og Anttonen, 2013).

På *Færøerne* foretages behovsvurderingen af en visitator, som ligeledes vurderer, hvilke ydelser borgeren bør have. Til forskel fra de andre

lande og områder, er det dog ikke visitator, der har den endelige afgørelse om tildeling af hjemmehjælpsydelse. Visitators anbefaling til ydelser forelægges den økonomiansvarlige ledelse, og ydelsen bliver derefter prioriteret, fastlagt og forelagt borgeren, alt efter hvad der er økonomisk muligt ud fra det lokale budget. En eventuel diskrepans mellem behovsvurdering og faktisk ydelse registreres og anvendes lokalt til både ledelse og politikere som information om det gældende serviceniveau. Har borgeren behov for plejehjemsplads, bliver der ligeledes foretaget en faglig visitation, og borgeren bliver dernæst sat på en venteliste, der bliver behandlet regelmæssigt af et optagelsesnævn. Borgere med det største behov prioriteres i tildeling af en plejehjemsplads.

Også i *Grønland* lægges der vægt på den tværfaglige tilgang til visitation af behov. Det er dog op til kommunen selv, hvordan man organiserer behovsvurderingen. Visitationen til hhv. hjemmehjælp og plejehjem er opdelt. Ligesom på *Færøerne* er det den daglige ledelse, der beviliger hjemmehjælp – i første instans op til én måned, hvorefter det lokale socialudvalg vurderer, om hjælpen skal fortsætte.

I *Island* foretages visitation til plejehjem af et tværfagligt sundhedsudvalg (færni- og heilsu- matsnefnd) i de syv sundhedsdistrikter i landet, og først hvis hjælpemulighed gennem hjemmepleje og hjemmesygepleje er udtømte. Først for nylig er det blevet praksis, at ansøgninger til plejehjem og alderdomshjem behandles i samme udvalg.

I *Norge* arbejder man i de fleste store kommuner med en BUM-opdeling af bestiller- og udførelsfunktionerne (BUM).

Sverige var det første land i Norden til at indføre bestiller-udfører-modellen (BUM). I starten af 2000-tallet havde mere end 80 % af de svenske kommuner organiseret sig efter denne model (Olsson, 2012), og i dag er det langt de fleste. Her er det ofte sygeplejersker eller socionomer, der forestår visitationen. Der kræves ingen speciel uddannelse.

Kriterier for behov og tildeling af ydelse

Generelt arbejder man på tværs af landene og områderne med, at kommunens afgørelse om, hvilken hjælp den enkelte skal have, skal være baseret på en individuel vurdering af behovet for hjælp. Det betyder, at kommunen skal forholde sig konkret til personens behov for tildelingen af ydelser ud fra en individuel helhedsorienteret behovsvurdering.

Beslutningen om tildeling af hjælp og indhold og omfang af ydelse besluttet dog ikke kun ud fra den enkeltes behov, men også ud fra den kommunale servicestandard. I Finland ses der således i udmålingen af hjælp ikke kun på den enkelte borgers behov, men også på en vurdering af den lokale kapacitet i forhold til lokaliteter og personaleantal i kommunen.

Behov i forhold til både hjemmehjælp og plejehjem vurderes på Færøerne ud fra borgerens funktionsevne, og om der er andre boende i husstanden, men også om der er pårørende uden for husstanden, såsom voksne børn, der kan yde hjælp.

I *Grønland* prioriterer kommunerne meget forskelligt i forhold til ældreplejen, hvilket afspejles i forskellige målsætninger og investeringsvolumen i kommunerne.

I *Island* er man siden 2012 i visitationen til plejehjem gået fra at fokusere på, hvor borgeren passer ind i systemets forskellige ydelser (vistunarmat), til i stedet at se mere på borgerens ressourcer (færni- og heilsumat).

Udvikling og udbredelse af standardiserede behovsvurderingsredskaber

I flere af landene er det udbredt at benytte sig af standardiserede redskaber til vurdering af borgerens behov. Et sådant redskab baserer sig på centrale begreber og kategoriseringer af behov, der ligger forud for visitation og fungerer derfor som en foruddefineret ramme for kommunikationen med borgeren om behov og for den konkrete behovsvurdering.

Det er dog kun en anbefaling at anvende sådanne standardiserede redskaber. I *Danmark* har kommunerne således valgfrihed vedrørende metoder, redskaber og systemer til behovsvurdering af borgerne ved visitering til indsatser og ydelser. Dette gælder både i forhold til de konkrete redskaber til måling af funktionsevne og i forhold til overordnede systemer for behovsvurdering, der er en del af den kommunale sagsbehandling.

Mest anvendt i Danmark er dokumentationssystemet Fælles Sprog, et standardiseret system til behovsvurdering og dokumentation, udviklet af KL, Kommunernes Landsforening⁴ (KL 2011). Den første version af Fælles Sprog blev lanceret af KL i 1998 til klassificering og beskrivelse af indvisiterede borgers funktionsevne samt de kommunale afgørelser om indsatser eller ydelser relateret dertil. Fælles Sprog I udgøres af standardiserede skemaer til beskrivelse af funktionsvurdering og kommunens ydelseskatalog samt kommunale nøgletalskategorier.

4 KL er en privat interesse- og medlemsorganisation for alle 98 kommuner i Danmark.

Funktionsvurderingen i Fælles Sprog I indeholder otte vurderingsområder for funktionsevne, der inden for hvert område vurderes på fire funktionsniveauer, for eksempel i hvor høj grad en person kan varetage sin personlige pleje. Da Fælles Sprog I er et redskab til dokumentation, indeholder det hverken konkrete redskaber til selve behovsvurderingen eller krav derom. På baggrund af visitationssamtalen og ansøgers udtalelser foretager forvaltningen vurderingen af funktionsevne og behov samt definerer formålet med indsatsen med henblik på tildeling af ydelser (KL 2002).

Fælles Sprog I blev af brugerne og i evalueringer vurderet mangelfuldt i forhold til blandt andet brugerinddragelse, visitering til mere aktiverende indsatser samt kvaliteten af funktionsvurderingen, der især blev kritiseret for et mangelfuldt datagrundlag og for at frembringe et statisk funktionsevneperspektiv (Hansen, og Vedung, 2005; KL 2004; 2011). På baggrund af kritikken, øgede krav til blandt andet visitationen, brugerinddragelse og dokumentation samt flere komplekse ydelser i kommunalt regi blev Fælles Sprog II introduceret i 2004. Systemet består stadig af skemaer til beskrivelse af henholdsvis behovsvurdering og indsatsområder, og vurderingen af behov, indsatser og mål foretages af forvaltningen på baggrund af oplysninger om borgeren. Fælles Sprog II adskiller sig fra Fælles Sprog I især på følgende områder: Fælles Sprog II anvender WHO's funktionsevnebegreb og klassifikation af funktionsevne, ICF, der er en internationalt anerkendt model, hvor funktionsevne danner udgangspunkt for rehabilitering⁵.

Funktionsvurderingen indeholder flere elementer:

- Et nyt element, borgerens hverdagsliv, der ekspliciterer borgers vurdering af sin situation med det formål at understøtte brugerinddragelsen.
- Indbefatter komplekse plejeydelser/sundhedsindsatser, aktiverende indsatser samt træningsydelser.
- Det retningsgivende mål, der angiver det fagligt fastlagte overordnede mål for indsatsen (KL 2004).

Endvidere havde Fælles Sprog II til formål at formidle behovsvurdering, visitationsafgørelse og mål med indsatsen til de udførende led, herunder private leverandører, og at understøtte samarbejde og kommunikation på tværs af sektorer, eksempelvis mellem forvaltning og læge (KL 2004; 2011).

Disse formål er ifølge Kommunernes Landsforening, KL, ikke blevet indfriet tilfredsstillende i Fælles Sprog II, der ligeledes ikke indeholder det nødvendige grundlag for de nye sundhedsopgaver i kommunalt regi, hvorfor en ny version er under udarbejdelse (KL 2011). Fælles Sprog III forventes implementeret i sin tredje version i alle kommuner ultimo 2017, hvorfra anvendelsen af Fælles Sprog III bliver et krav (Regeringen, KL og Danske Regioner 2013).

Socialstyrelsen i Danmark har ligeledes udviklet en metodisk sagsbehandlingstilgang, God sagsbehandling på ældreområdet, der berører alle faser i sagsbehandlingsprocessen og derfor kan anvendes som et supplement til eksempelvis Fælles Sprog. Behovsvurdering indgår som

⁵ ICF – International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand

et element i God sagsbehandling på ældreområdet og bygger på funktionsevnebeskrivelsen i Fælles Sprog II, men er mindre stringent, da kun elementer af relevans for den enkelte sag funktionsvurderes (Socialstyrelsen 2007).

Når kommunerne arbejder med rehabilitering, suppleres eller erstattes Fælles sprog og God sagsbehandling på ældreområdet ifølge Socialstyrelsen (2013a) i nogle kommuner af andre standardiserede redskaber målrettet vurderingen af funktionsevne og behov, eksempelvis Barthel Indeks⁶, FIM (Functional Independence Measure)⁷ eller COPM⁸. Endvidere vælger nogle kommuner at anvende selve ICF-klassifikationen, eller selvproducerede og ikke-standardiserede systemer til behovsvurdering i visitationen (Socialstyrelsen 2013).

I forbindelse med kommunernes kortlægning af borgernes behov og potentiale for at deltage i rehabiliterende indsats foreslår Socialstyrelsen at foretage en vurdering af borgerens samlede funktionsevne i henhold til ICF (Socialstyrelsen, 2014). Det foreslås også at benytte supplerende redskaber til interview og observation af borgerens aktivitetsproblemer. Den danske Socialstyrelse peger således på anvendeligheden af COPM til afdækning af borgerens egen opfattelse af aktivitetsproblemer og at kombinere redskaber til interview og observation af borgerens funktionsevne. COPM (Canadian Occupational Performance Measure) er et redskab,

der bliver brugt til at afdække og resultatmåle borgerens egen oplevelse og tilfredshed med udøvelsen af vigtige daglige aktiviteter (Socialstyrelsen, 2013a).

Også i *Finland* er det op til kommunerne, hvilke redskaber de ønsker at tage i anvendelse i behovsvurderingen. Det nationale Institut for sundhed og velfærd (THL) formidler viden om anbefalede og pålidelige redskaber til at måle og skalere funktionsevne⁹. Det finske Social- og Sundhedsministerium anbefaler at anvende behovsvurderinger, der tager udgangspunkt i ICF. Ifølge en national evaluering er der stor variation i, hvilke redskaber kommunerne anvender. I forhold til vurdering af balance anvendes Bergs balanceskala (Berg m.fl., 1992) eller SBBI (Guralnik m.fl. 1994), og det mest anvendte validerede måleredskab for måling af kognitiv funktionsevne var dog MMSE, CERAD og RAI. Specielt RAI (Resident Assessment Instrument) er blevet udbredt blandt kommunerne siden 2000 (Hammer m.fl., 2010).

På *Færøerne* benytter man behovsvurderingsredskabet 3V, der er inspireret af det danske Fælles Sprog og er udviklet af fagfolk.

I *Island* findes der på nuværende tidspunkt ikke et samlet og standardiseret behovsvurderingsredskab for hjemmehjælp, men Medicindirektoratet arbejder med at integrere de forskellige anvendte systemer til ét system. RAI systemet,

6 Barthel Indeks anvendes i store dele af verden og anses for at være guldstandard for vurdering af basale ADL-funktioner (www.fysio.dk [a])

7 Resultatet fra FIMTM afspejler patientens funktionsniveau, og hvor meget assistance der er behov for i forhold til ADL-aktiviteter (www.fysio.dk [b])

8 Canadian Occupational Performance Measure (COPM) er et redskab til måling af patientens oplevelse af tilfredshed med udøvelsen af vigtige daglige aktiviteter (www.fysio.dk [c])

9 www.toimia.fi

som anvendes på plejeboligområdet, kommer til at danne udgangspunkt for det fælles system. Funktionsevnevurderingen inkluderer en samlet vurdering af den sociale situation, helbred, psykisk tilstand, samt vurdering af ADL behov. Vurderingen skal give et samlet billede af den ældres situation, og om denne har behov for institutionel pleje og omsorg i stedet. Drejer borgerens henvendelse sig om en plads på alderdomshjem eller plejehjem, er praksis, at det lokale sundhedsudvalg udover at indsamle oplysninger fra borgeren også – og efter tilladelse fra borgeren – indsamler informationer fra de leverandører, som evt. har ydet hjemmehjælp.

I *Norge* vurderes det, at brugen af standardiseringer i behovsvurdering og tildeling af ydelser kan komme i konflikt med retten til en individuel vurdering. Der findes derfor ikke et nationalt anbefalet standardiseret behovsvurderingsredskab. Man arbejder dog i stigende grad med systematiske metoder i sagsbehandlingen i kommunerne.

I *Sverige* er kommunerne begyndt at anvende forskellige systematiske og strukturerede redskaber til at vurdere borgerens behov. De har som oftest et helhedsorienteret sigte med fokus på flere livsområder som boligsituationen, funktionsevnen, sociale kontakter, psykisk sundhed osv. (Socialstyrelsen, 2010). Socialstyrelsen har på opdrag af regeringen udviklet en model for behovsvurdering og beskrivelse, Äldres behov i centrum (ÄBIC), baseret på den internationale klassifikation af funktionsnedsættelse og sundhed (ICF). Formålet er, som i den danske Fælles Sprog, at udvikle fælles terminologi, som kan anvendes af alle led i serviceproduktionen. Socialstyrelsen har udviklet et undervisningsmateriale, som kan anvendes i kommunerne, hvis de ønsker at dokumentere ved hjælp af ÄBIC.

I løbet af 2015 vil Socialstyrelsen i samarbejde med arbejdsgiverorganisationerne nærmere planlægge, hvordan ÄBIC kan forvaltes, udvikles og understøtte kommunerne og leverandører i deres arbejde (Socialstyrelsen, 2013e).

På *Åland* foretages funktionsevnevurdering kun i seks ud af ti kommuner i forbindelse med behovsvurdering. I de seks kommuner benyttes Ravatar, en mindre omfattende måling af funktionsevne og hjælpebehov hos 65+-årige. Behovsvurderingen indbefatter vurdering af syn, hørelse, tale, tarm- og blærefunktion, madindtag, medicinering, påklædning, tøjvask, hukommelse, erindring og mental tilstand. Enkelte kommuner anvender også det mere omfattende RAI system til behovsvurdering. Landskabsregeringen har dog bevilliget midler til, at kommunerne kan implementere en systematisk og struktureret måde at vurdere behov på hos de ældre.

Inddragelse af borgeren

I eksempelvis *Norge* og *Danmark* lægger man stor vægt på inddragelse af borgeren som centralt princip, også i behovsvurdering og tildeling af hjælp.

I *Norge* har borgerinddragelsen således til formål at forbedre kvaliteten af ydelsen, ved at borgeren får reel indflydelse på valg og udformning af ydelsen. Brugerinddragelse er et centralt princip inden for social- og sundhedssektoren og nedfældet bl.a. i patient- og brugerrettighedsloven § 3-1, som fastsætter, at servicetilbuddet så vidt muligt skal tilrettelægges i samarbejde med patienten og brugeren, så det er bedst muligt tilpasset den enkeltes behov og ønsker.

I *Danmark* er det i forbindelse med introduktionen af §83a om rehabiliteringsforløb beskrevet

i lovgivningen, at der som led i rehabiliteringsforløb skal sættes mål for forløbet i samarbejde med borgeren. Socialstyrelsen foreslår, at der opstilles både kort- og langsigtede mål. Det langsigtede mål skal være det, der er vigtigt for borgeren, og det som han eller hun er motiveret til at forfølge. Det langsigtede mål formuleres om nødvendigt sammen med den involverede fagperson. De kortsigtede skal hjælpe borgeren med at opnå det langsigtede mål. (Socialstyrelsen, 2014).

En anden måde at inddrage borgeren er også gennem muligheden for at vælge leverandør. Frit valg (kundval) af leverandør i hjemmehjælpen er obligatorisk for kommuner i *Danmark* at tilbyde borgeren, mens det er op til den enkelte kommune i Finland, Norge og Sverige, om man har indført frit valg. Der anvendes ikke private leverandører i hjemmehjælpen i *Grønland, Island, på Færøerne og Åland*.

Information og retssikkerhed

Et væsentligt redskab til at informere og understøtte borgerens medindflydelse er også udarbejdelsen af skriftlige aftaler, som ydermere sikrer en vis retssikkerhed.

I *Sverige* arbejder man med handleplaner (genomförandeplan), der oprettes i fællesskab mellem borger og sagsbehandler på baggrund af afgørelsen. I handleplanen skal målet for indsatsen formuleres, ligesom det skal beskrives, hvordan og hvornår de bevilligede indsatser skal gennemføres (Deloitte, 2013). Ligeledes arbejder man med en såkaldt Samordnad Individuel Plan (SIP), der skal udarbejdes, hvis der er flere aktører involveret, f.eks. psykiatri, primærsektor og ældrepleje. Som en del af den svenske Værdighedsgaranti kan kommunerne også ind-

føre en garanti til borgeren om rettigheder, hvis hjælpen ikke ydes som ellers aftalt, f.eks. hvis hjemmehjælp er forsinket. Det kan betyde, at kommunen eller en privat leverandør forpligter sig til i forbindelse med forsinkelser at yde en erstatning til borgeren. Det er dog de færreste kommuner, der i dag har indført garantien.

Også i *Norge* fremhæver man vigtigheden i, at borgeren så vidt muligt har kendskab til indholdet i ydelsen og til sine rettigheder. Borgeren har ret til information og aktindsigt i egen journal i kommunen, og borgeren har krav på en skriftlig omsorgsplan, der beskriver indhold og omfang af ydelsen.

I *Island* er der forskellig praksis, men visse kommuner som f.eks. Reykjavik indgår konkrete aftaler på op til to år med borgeren om hvor meget hjemmehjælp, der skal ydes.

På *Færøerne* skal hjælpen fastlægges i samarbejde med borgeren, der også får en samarbejdsdagbog, hvor alle afgørelser i forhold til samarbejdsaftalen løbende bliver dokumenteret.

Der kan ligeledes være opstillet minimumskrav til, hvor hurtigt visitationen skal gennemføres, efter at borgeren har henvendt sig til kommunen, eller hvor hurtigt ydelsen skal iværksættes efter visitationen. Den *finske* sociallovgivning (Socialloven 710/1982) foreskriver f.eks., at behovsvurdering for borgere på 75 år og derover skal ske inden syv dage fra første henvendelse. Er det akutte behov, skal det ske snarest muligt uanset borgerens alder.

I f.eks. *Island* forventes sundhedsudvalget at afgive beslutning om bevilling af en plads på plejehjem eller alderdomshjem inden for fire uger.

Hjemmehjælp skal ydes så hurtigt som muligt. I *Sverige* er grundprincippet, at ydelsen skal iværksættes umiddelbart efter visitationen, uanset om der klages over visitationsafgørelsen. Kommunerne skal også redegøre til Inspektionen för vård och omsorg, IVO, hvor mange der står i kø til en plads på plejehjem eller i ældrebolig (særskilt boende). Hvis ventetiden ikke er rimelig, kan IVO pålægge kommunen at betale en bøde.

Opfølgning på visitation

Det er i alle lande og områder op til kommunerne at vurdere, hvornår og hvordan man skal følge op på evt. ændringer i behov efter visitationen i en revisitation.

En analyse i *Danmark* fra 2010 viste, at 78 % af 93 deltagende kommuner havde faste retningslinjer for revisitation, hvor det fortrinsvis er fastsat, at revisitation sker løbende efter behov (61 %). 31 % af kommunerne foretog revisitation én gang årligt, 18 % mindre hyppigt. Kun én kommune udførte revisitation én gang halvårligt, og én kommune udførte det hvert kvartal (KL og Socialministeriet, 2010).

I *Finland* følger kommunerne løbende op på beboerne på plejehjem og foretager en revisitation hver sjette måned.

I *Island* skal borgere, der bor på plejehjem, mindst tre gange årligt have vurderet deres behov, jf. Reglugerð um mat á heilsufari og aðbúnaði íbúa í hjúkrunarrýmum Nr. 544/2008, herunder en lang og to mindre udredninger ved hjælp af bl.a. RAI og Minimum Data SET, MDS.

På *Færøerne* følger kommunerne løbende op på visitationen af personer med behov for hjem-

mehjælp og pårørende, der modtager pasningsgodtgørelse til pleje af ældre personer i eget hjem.

I *Norge* gives som oftest tidsbegrænsede afgørelser om hjælp, og der skal derefter ske en revisitation. Der findes på nuværende tidspunkt ikke regler for opfølgning i Sverige.

IT-understøttede sagsbehandlingssystemer

Kommunernes sagsbehandling understøttes ofte af IT-systemer, der specifikt er udviklet til at opsamle data om behov og tildeling af ydelser. Data fra sådanne systemer benyttes i sagsbehandling af den enkelte borger. Data kan også benyttes til indsamling af data om behovsvurderingen og tildeling af ydelser på et nationalt niveau og kan benyttes til benchmarking mellem kommunerne.

I *Danmark* registrerer kommunerne disse oplysninger i de elektroniske omsorgssystemer, EOJ, som også danner grundlag for den nationale dataindsamling på ældreområdet. Tanken er, at en systematisk dataindsamling fører til mindre administration og mere kvalitet i ældredokumentationen. Den danske Socialstyrelse har derfor siden 2007 være involveret i at operationalisere indikatorer, tilpasse de elektroniske omsorgssystemer og udvikle snitflader til Danmarks Statistik. Dette er sket i samarbejde med fire konkurrerende leverandører af elektroniske omsorgssystemer, CSC, Rambøll Care, Lyngsø og Zealand Care. Yderligere to leverandører, Avaleo og KMD, opererer på markedet i dag. Kommunerne bruger således forskellige systemer til at registrere og dokumentere på ældreområdet tilpasset deres lokale behov, hvilket betyder, at der er en vis variation i opsætning og anvendelse af systemerne. Der er dog som

udgangspunkt et ensartet datagrundlag om borgernes funktionsevne og indhold og omfang af ydelser, som benyttes som indikatorer i den danske Ældredokumentation. Udviklingen på området handler især om integration af forskellige intra-kommunale IT-systemer, således at det bliver muligt at udveksle informationer og undgå dobbeltregistreringer. Ikke mindst udviklingen af Fælles Sprog III (FSIII) har tydeliggjort behovet for både integration og udveksling af standardiseret social- og sundhedsdata (PA Consulting Group, 2014).

I *Finland* indsamler det nationale Institut for sundhed og velfærd (THL) data fra de behovsvurderinger, som udføres via INTER-RAI og sender to gange årligt resultaterne ud til de kommuner, der anvender RAI, så de kan sammenligne sig med andre kommuner i forhold til kvalitetssikring. RAI benyttes dermed både som redskab til behovsvurdering og som kvalitetsindikator i en benchmarking proces (Hammer m.fl. 2010).

På *Færøerne* registrerer man oplysningerne fra behovsvurderingen i et IT-registreringssystem, der kaldes 3V (Visitación, vitan, veiting (Visitation, viden, ydelse)).

Også i *Norge* benyttes IT-understøttede sagsbehandlingssystemer i kommunerne. Der findes en vis variation i den måde, kommunerne har valgt at opsætte og anvende de forskellige omsorgssystemer. Der var i 2013 fem leverandører af elektroniske omsorgssystemer i Norge, og hver kommune konfigurerer sit eget system, beslutter hvilken struktur der skal være på dokumentationen og tilpasser formidlingen af denne til de forskellige faglige funktionsgrupper. Der er interesse for en stærkere central styring og inte-

grering af systemerne, og der er derfor taget et nationalt initiativ til at standardisere informationen i og på tværs af forskellige systemer.

På *Åland* er det pt. seks ud af ti kommuner, der anvender elektronisk journalføring.

FAGLIGE RETNINGSLINJER OG STANDARDER

Monitorering og standardisering af omsorgsindsatsen kan ligeledes foregå gennem udarbejdelse af faglige retningslinjer og standarder, der opstiller professionelle normer og anbefalinger for mål med indsatsen og selve processen med at levere plejen og omsorgen. Hvor det er ganske udbredt inden for sundhedssektoren at anvende sådanne fagligt baserede retningslinjer og standarder, er det forholdsvis nyt inden for den sociale sektor. Men ikke mindst med udviklingen mod større integration af social- og sundhedssektoren er der kommet mere fokus på udarbejdelse af faglige retningslinjer og standarder også inden for ældreområdet, typisk i forhold til områder der retter sig mod sundhedsfaglig indsats.

En definition af faglige retningslinjer og standarder kan med fordel tage udgangspunkt i de generelle definitioner, som Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren udarbejdede i 2003: Her arbejder man med en definition, hvor standarder udgør ”det mål for kvalitet, der danner grundlag for vurdering og evaluering af en ydelses kvalitet” (Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2003, s.10). Standarder kan være kvalitativt formulerede f.eks. i form af instrukser, vejledninger eller retningslinjer, eller kvantitativt formulerede f.eks. angivet som værdiangivelse for graden af målopfyldelse af den ønskede eller forventede værdi, f.eks. maksimalt antal af faldulykker.



Med faglige retningslinjer (eller vejledninger) forstås systematisk udarbejdede udsagn, der kan anvendes af fagpersoner og borgere, når der skal træffes beslutning om en given indsats. At de er systematiske, henviser til, at anbefalinger, indhold og indikatorer er evidensbaserede og dermed bør være baseret på den bedst tilgængelige viden¹⁰. Når man taler om kliniske retningslinjer (eng. clinical guidelines eller clinical practice guidelines), menes ofte ”mere specifikke, operationelle handlingsanvisninger” (Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2003, s.15). Retningslinjer er ikke retligt bindende for kommunerne, men er norm- og retningsgivende ved, at de peger på, hvad der er ønskelig og anbefalelsesværdig handlingsadfærd.

I *Danmark* er det blevet aktuelt at udarbejde faglige retningslinjer og standarder ikke mindst siden strukturreformen i 2007, hvor kommunerne har fået flere opgaver på social- og sundhedsområdet. Udviklingen peger på, at stadig flere sundhedsopgaver på især rehabiliterings- og forebyggelsesområdet skal løses af det borgernære sundhedsvæsen og dermed af kommunerne. De kliniske retningslinjer skal bistå i udviklingen af helhedsorienterede sundhedsydelser, som effektivt afhjælper borgerens behov, og som kan stå mål med de ressourcer, som anvendes på området.

I den danske kommunale sundheds- og omsorgsindsats på ældreområdet anvendes kliniske retningslinjer og standarder derfor i sti-

gende grad. F.eks. tager udviklingen af faglige kvalitetsoplysninger, som de lokale institutioner skal indsamle, udgangspunkt bl.a. i den Danske Kvalitetsmodels standard om sårpleje (se også afsnit om akkreditering og certificering om den Danske Kvalitetsmodel og kvalitetsoplysningerne). Og KL og Sundhedskartellet¹¹ har udviklet fire tværfaglige kliniske retningslinjer til brug for sundhedsfaglige medarbejdere i den kommunale ældrepleje fra 2014, eksempelvis en klinisk retningslinje om systematisk anvendt målsætning i rehabilitering til borgere over 65 år med behov for hjælp til personlig pleje og/eller praktisk hjælp i hverdagen (www.kl.dk [a]).

I *Finland* er der udarbejdet kliniske retningslinjer af Duodecim i projektet Tilstrækkelig Omsorg (Käypä hoito¹²). Retningslinjerne er generelle og fortrinsvis rettet mod sundhedsområdet, men forholder sig i nogen grad til problematikker, der er velkendte på ældreområdet som f.eks. hoftefrakturer.

Det *norske* Helsedirektorat har til opgave at udvikle, formidle og vedligeholde nationale faglige retningslinjer. Inden for den kommunale ældrepleje findes der to konkrete retningslinjer: nasjonal faglig retningslinje for langtids, mekanisk ventilasjon¹³, og nasjonal faglig retningslinje for forebyggelse og behandling av underernæring¹⁴. Der findes dog også yderligere retningslinjer, som er relevante for denne sektor, bl.a. apopleksi og diabetes. Der er også igangsatt et arbejde med at utvikle retningslinjer

10 <http://www.kliniskeretningslinjer.dk>

11 Sundhedskartellet er en forhandlings- og samarbejdsorganisation for ansatte i sundheds- og socialektoren.

12 <http://www.kaypahoito.fi/web/english/home>

13 <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-langtids-mekanisk-ventilasjon-ltmv/Sider/default.aspx>

14 <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering/>

på demensområdet. Arbejdet forventes at være afsluttet i 2015.

I *Sverige* har Socialstyrelsen udarbejdet en række nationale faglige retningslinjer, der også relaterer sig til problemstillinger relevante for ældreplejen, herunder retningslinjer om palliativ omsorg og demens¹⁵.

Ligeledes er der andre måder at tilvejebringe og formidle evidensbaseret viden. Som en del af kvalitetsaftalen mellem Helse- og omsorgsdepartementet og Norges kommunale sammenlutning (KS) er der i Norge etableret læringsnetværk for udvikling af gode patientforløb for ældre og kronisk syge borgere. Nasjonalt kunskapscenter for helsetjenesten har ansvaret for gennemførelsen.

I *Sverige* har man udviklet Kundskabsguiden, en national webportal, som samler evidensbaseret viden fra forskellige aktører om bl.a. ældrepleje. Guiden skal fungere som stedet, hvor man kan finde den nyeste viden og henvender sig til medarbejdere i ældreplejen. Man har i projektet KISAM også arbejdet på at undersøge implementeringen af de nationale retningslinjer, i forhold til hvilken betydning det har for borgere og medarbejdere. Man arbejder også med forskningsplejehjem, f.eks. har Stockholm kommune og Karolinska Institutet i samarbejde etableret et forskningsplejehjem på Stureby sjukhem for at undersøge implementeringen af demensretningslinjerne. Det er ambitionen, at man skal etablere en lignende model i andre plejehjem.

Tilsvarende forskningsplejehjem (undervisningssykehem) har været etableret i Norge siden 1999, og man laver nu en samlet satsning i for-

hold til at skabe evidens/erfaringsbaseret viden på både hjemmehjælps- og plejeboligområdet gennem det nationale projekt Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Helsedirektoratet har ydet tilskud til projektet. I Danmark har Københavns Kommune f.eks. tidligere etableret et forskningsplejehjem på Sølund plejehjem, og kommunen har i dag en forskningsprofessor tilknyttet.

Endelig er der i de enkelte lande procedurer for faglig høring eller nedsættelse af kommissioner med deltagelse af fagpersoner såvel som interesse-senter i forbindelse med væsentlige lovforslag eller – ændringer. I f.eks. Danmark er faglig høring ikke lovpligtigt men anvendes konsekvent ved alle lovændringer af ikke-teknisk art på for eksempel ældreområdet til at sikre kvalitet i lovgivningen, herunder for at sikre at lovgivningen er rimelig og realiserbar (Justitsministeriet, 2005). Ligeledes har der været nedsat såvel en Ældrekommission, der adresserede status på kvaliteten af plejeboligsektoren, som en Hjemmehjælpskommission, der så på kvaliteten af hjemmehjælpsydelse, og ikke mindst anbefalede udviklingen af den rehabiliterende tilgang.

INCITAMENTER

Regulering af de mere processuelle kvalitets-elementer kan også foregå gennem at etablere forskellige incitament for kommunerne til at agere på en bestemt måde. Incitament kan betragtes som ydre faktorer, der motiverer en aktør til at agere på en bestemt måde. Incitament kan være finansielle ved økonomisk at belønne eller sanktionere kommunen for en specifik måde at agere på. Et eksempel på dette er såkaldt kvalitetsbaseret finansiering, hvor

15 <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer>

kommunens indtægter eller udgifter afhænger af målopnåelse af et på forhånd fastsat præstationsmål med brug af kvalitetsindikatorer (Helse-direktoratet, 2013).

Kvalitetsbaseret finansiering er især udbredt inden for sundhedssektoren; f.eks. fandt OECD, at denne form for incitamenter blev benyttet i primærsektoren i mindst 20 OECD-lande i 2009 (OECD, 2010). Men som dette afsnit vil redegøre for, forekommer denne form for incitamenter også i ældreplejen. F.eks. kan kommunen belønnes for at indsamle og levere data om kvalitetsindikatorer, eller kommunen kan forpligtes til at medfinansiere (unødige) sygehusophold. Andre økonomiske incitamenter kan være refusion af udgifter eller midler, der skal sikre opbakning til en bestemt satsning.

Incitamenter kan også være ikke-finansielle og kan i deres yderste form antage både retlig (f.eks. lovgivning), faglig (f.eks. standarder eller vejledninger) eller organisatorisk form (Helse-direktoratet, 2013). I dette afsnit ser vi dog kun på ikke-finansielle incitamenter, der tager organisatorisk form, da vi i andre kapitler ser nærmere på, hvordan lovgivningen og de faglige anvisninger medvirker til at forme kvaliteten af ældreplejen. En mere indirekte, men dog udbredt, måde at give kommunen incitamenter til at konkretisere og opstille kvalitetskriterier på har f.eks. været introduktionen af konkurrenceudsættelse i ældreplejen.

Generelt kan man sige, at finansielle incitamenter anvendes på tværs af alle landene og områderne i projektet som den overordnede kvalitetssikringsmekanisme på ældreområdet. Det sker ved, at kommunerne har ansvaret for både finansiering, organisering og levering af indsæt-

ter på socialområdet, herunder ældreplejen, med det formål at øge deres økonomiske incitament til kvalitetsforbedringer ved at levere den bedste ydelse på den mest effektive måde. Kommunernes udgifter dækkes via kommunale skatteindtægter, udligning samt statslige bloktilskud, der giver mulighed for sanktionering af kommunerne ved merforbrug. Bloktilskuddet vil typisk tage højde for en række lokale faktorer. F.eks. tildeles kommunerne på *Åland* midler efter det såkaldte landskabsandelssystem, hvor midlerne beregnes ud fra kommunens indbyggerantal og alders- og bopælsstruktur.

Det betyder f.eks. i *Danmark*, at en del af det samlede kommunale bloktilskud betinges af, at kommunerne budgetterer serviceudgifterne inden for de aftalte rammer (Lov nr. 547 af 18/06/2012; KL et al., 2013). Herudover indførtes der i Danmark med kommunalreformen i 2007 som økonomisk incitament kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen. Dermed betaler kommunerne 20 % af egne borgeres brug af ydelser i praksissektoren og på sygehus. Formålet er at tilskynde kommunerne til at etablere indsatser, der kan forebygge egne borgeres behov for specialiseret sygdomsbehandling, herunder især at reducere antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser (KL et al., 2013; OECD 2013a).

Kommunerne tilføres fra 2014 årligt 1 mia. kr. ekstra til løft af ældreområdet. Fordelingen af midlerne er i de første to år sket via en pulje ud fra objektive kriterier. Til forskel fra f.eks. Sverige, hvor man benytter præstationsbaserede midler, er det dog op til hver enkelt kommune i ansøgningen at prioritere, hvordan pengene skal bruges.

Også i *Norge* har der været etableret økonomiske incitament til, at kommunerne skulle undgå unødigt indlæggelse og langvarigt ophold på sygehus. I 2012 indførte man kommunal medfinansiering og betaling for udskrivningsklare patienter for at give kommunerne incitament til hurtigere at tage ansvar for borgere, som kan hjælpes på anden måde, eller som ikke længere har behov for specialiseret sundhedsydelse. Ordningen om kommunal medfinansiering ophørte dog 1.1.2015, mens ordningen for betaling for udskrivningsparate borgere er videreført.

I *Grønland* har man samme incitament, således at kommunerne medfinansierer ældres ophold på sygehus, og tilsvarende diskuteres det i øjeblikket på *Færøerne*, om man skal introducere et formaliseret sanktionssystem, således at kommunerne skal betale for unødigt ophold på sygehusene.

I *Sverige* har kvalitetsbaseret finansiering tidligere fortrinsvis været benyttet inden for primærsektoren (Socialstyrelsen 2011), herunder som præstationsbaseret støtte i den palliative pleje, f.eks. til virksomheder, som anvender og registrerer data i det Svenske Palliativ-register for et minimum af 70 % af de dødsfald, som indtræffer i kommunen. Midlerne deles ud i forhold til, om virksomhederne forbedrer eller fastholder en højniveauindsats i pleje og omsorg. Dette måles ud fra fire indikatorer: samtale om overgang til palliativ pleje, smertelindring, mundpleje og behandling mod angst.

Men man har i Sverige i de seneste år i stigende grad anvendt en række former for finansielle incitament også i ældreplejen, f.eks. har man benyttet stimuleringsmidler til at motivere kom-

muner og landsting til at lave specifikke satsninger inden for ældreplejen. I perioden 2006-2011 har regeringen således delt omkring 5 mia. svenske kroner ud med det formål at udvikle og forbedre ældreplejen inden for en række specifikke områder: kost og ernæring, gennemgang af medicinering, demensomsorg og -pleje, rehabilitering, social stimulering, forebyggende hjemmebesøg og forbedret adgang til læge (Sveriges Kommuner och Landsting, n.d.a.). Lægebemandingen hører dog ikke længere til området. Den svenske Socialstyrelsen har også til ansvar at uddele stimuleringsmidler til kommuner, der er interesserede i at forberede introduktionen af frit valg af leverandør eller videreudvikle ordningen (Socialdepartementet, 2012).

Man har ligeledes i Sverige anvendt mere præstationsbaseret finansiering inden for den fireårige satsning på de mest syge ældre, Äldresatsningen, hvor de fem følgende områder er prioriteret: præventiv tilgang, god omsorg ved demens, god omsorg i livets slutfase, god lægemiddelbehandling af ældre, sammenhæng i social- og sundhedsindsatsen (Regeringskansliet, 2014). Ved hjælp af kvantitative præstationsmål har man vurderet og belønnet kommunens indsats f.eks. inden for den præventive indsats, hvor 50 millioner svenske kroner i 2014 er blevet fordelt mellem de kommuner, som har gennemført en risikovurdering for mindst 90 % af ældre i pleje- og ældrebolig og planlagt en præventiv indsats for disse samt registreret denne i datasystemet Senior Alert (Sveriges Kommuner och Landsting, n.d.b.).

Derudover har man udbetalt præstationsbaserede midler til de kommuner, der har introduceret en lokal værdighedsgaranti, i alt 98 mio. svenske kroner i 2014, heraf 65 mio. svenske

kroner til kommuner, der har indført mindst tre lokale værdighedsgarantier, og som har lagt en plan for opfølgning af garantierne.

Endelig har man i Sverige anvendt præstationsbaserede midler til at styrke faglige kompetencer hos det udførende personale. 1 mia. svenske kroner blev i 2011 som led i det såkaldte Omvårdnadslyfte (Omsorgsløfte) afsat for at kommunerne kunne tilbyde medarbejderne kurser i grundlæggende eller videregående kundskaber i pleje og omsorg til ældre. Kommunerne får udbetalt midler afhængigt af, hvor mange godkendte uddannelsespoint, de ansatte opnår. Der er også en præstationsafhængig belønning til de kommuner, som har øget andelen af personale med pleje og omsorgsuddannelse mest, og til de kommuner som har den højeste andel af personale med grunduddannelse

På *Åland* arbejder man også med stimuleringsmidler, som kommunerne kan ansøge om for at finansiere nye mellemkommunale samarbejdsformer; f.eks. er et nyt projekt om fælles metode til at måle ældres funktionsevne blevet bevilliget stimuleringsmidler.

Ud over de mere finansielle incitamenter forekommer der som tidligere nævnt også ikke-finansielle incitamenter. Et yderst væsentligt incitament for kommunerne til at fokusere på kvaliteten af ældreplejen er sket gennem introduktionen af konkurrenceudsættelse i ældreplejen. Dette har nødvendiggjort, at kommunerne konkretiserede kvalitetskriterier for at kunne opstille de vilkår, som interne og eksterne leverandører skal afgive tilbud på.

Det gælder f.eks. i *Finland*, hvor både kombinationen af udlicitering, et voucher system og et skattefradrag for brug af privat hjemmehjælp

tilsammen understøtter udbredelsen af de private markedsbaserede leverandører af hjemmehjælp. Man har ikke tal på, hvor mange ældre der modtager hjemmehjælp gennem et privat markedsbaseret firma, men 13 % af de ansatte i sektoren arbejder for et markedsbaseret firma. I plejeboligsektoren gælder det 6,5 % af medarbejderne. Det er dog som oftest de private leverandører, som kvalitetskriterierne omfatter, da de er opstillet i forbindelse med en udliciteringsproces og i mindre grad de offentlige (Karsio og Anttonen).

Også i *Sverige* er det jf. Loven om offentlige udbud (LOU) specificeret, at det er op til den enkelte kommune at opstille kvalitetskriterier i forbindelse med udbud. Kriterierne kan f.eks. omhandle krav til medarbejdernes uddannelsesniveau. Det svenske Konkurrenceverket og Socialstyrelsen assisterer kommunerne i denne proces, bl.a. gennem en helpdesk og forskelligt vejledningsmateriale (Szebehely). I et studie blandt private leverandører i de nordiske lande i 2010 fremhævede en leverandør, Norlandia, der opererer i både Norge og Sverige, at de svenske kommuner har en mere transparent og systematiseret procedure for udlicitering end i Norge. Det er således mere normalt i Sverige at præcisere, hvor meget de enkelte elementer i serviceydelsen som f.eks. pris, mad, medarbejder kompetencer etc., betyder for vurderingen af tilbuddet. Ligeledes får alle de private leverandører en tilbagemelding fra kommunen efter endt udbud (Norden, 2010).

I *Danmark*, hvor kommunerne til forskel fra de andre nordiske lande, er forpligtet til at tilbyde borgerne et frit valg mellem leverandører i hjemmeplejen, er det ligeledes op til kommunerne at opstille de relevante kvalitetskriterier. Afhængigt af den valgte model har kommunen enten

opstillet relevante kvalitetskriterier forud for, at opgaven lægges i udbud, eller man kan vælge at lade de private (og kommunale) leverandører konkurrere på kvalitet samt pris (Bertelsen og Rostgaard, 2013). I Danmark assisterer bl.a. Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde (tidligere Udbudsrådet) kommunerne i denne proces. De kommunale myndigheder skal offentliggøre information om deres kvalitets- og priskrav i forhold til leverandører på ældreområdet på Fritvalgsdatabasen, således at private leverandører kan sammenligne de kommunale priser på forskellige hjemmeplejeydelser.

KONTROL OG TILSYN MED LEVERANDØRER

Monitorering og kontrol med kvaliteten af ydelserne i ældreplejen kan finde sted på forskellige niveauer og efter mere eller mindre standardiserede fremgangsmåder. Kommunerne har især med fremkomsten af de private leverandører skullet identificere nye måder at kvalitetsmonitørere på. Selve kontrakten med de private leverandører er udgangspunktet for, hvordan plejen skal ydes, men der er ligeledes behov for at følge op på, om kvalitetskriterierne overholdes. Kommunernes kontrol med kvaliteten omhandler både mere personrettede tilsyn, herunder om borgeren får de ydelser, som han eller hun er visiteret til, og om de tilpasses eventuel udvikling i borgerens behov, samt driften af ydelsen, og herunder om kvalitetskriterierne overholdes. De nationale tilsyn synes især at finde sted inden for plejehjemsområdet og har her specielt fokus på, om lovgivning overholdes.

I *Danmark* er det således kommunerne, der har det overordnede ansvar for at føre kontrol med udførelsen af kommunale opgaver, også hos private eller regionale leverandører. Krav om uvildige tilsyn er af relativt nyere dato, da de først

blev indført i 2001, jf. Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, ikke mindst på baggrund af mediedækning af mangelfulde forhold (Nørgaard m.fl., 2008).

Serviceoven forpligter i dag de danske kommuner til at føre kontrol med ældreplejens udførelse, herunder at kvaliteten er i overensstemmelse med kvalitetsstandarderne. Ligeledes stiller Serviceoven krav til kommunerne om at udarbejde og offentliggøre deres tilsynspolitik for området. Den kommunale tilsynspolitik skal omfatte retningslinjer og procedurer for, hvordan der føres tilsyn med leverandører og med hjælpens udførelse, samt hvordan der skal følges op på resultaterne af tilsynet (LBK nr. 254 af 20/03/2014).

På ældreområdet skelnes der i Danmark mellem personrettede tilsyn og driftsorienterede tilsyn. De personrettede tilsyn foretages i forbindelse med visitation eller revisitation. Det personrettede tilsyn skal sikre, at de aftalte ydelser leveres som aftalt og opfylder deres formål, og udføres overvejende af sagsbehandler eller visitorator i forbindelse med en opfølgning på den ældres behovssituation. (LBK nr. 254 af 20/03/2014; Deloitte 2013). Derudover arbejder de fleste kommuner med et krav til leverandørerne om at tilbagemelde, hvis borgerens behovssituation ændres. De løbende, driftsorienterede tilsyn omfatter alle leverandører af ældrepleje. Det vil sige både leverandører af hjemmehjælp samt eksempelvis plejehjem.

I en undersøgelse foretaget af KL og Socialministeriet i 2010 oplyste 89 ud af de deltagende 93 kommuner, at de førte kontrol med hjemmeplejens udførelse. 55 af kommunerne havde faste procedurer for kontrol, og ud af disse havde 49 kommuner en skriftlig procedure for kontrol,



Porträtt av ett äldre par, Frans Perssons föräldrar: Per Persson, 82 år, och Brita Helena, f Johansdotter, 77 år, från Markitta. Bilden är tagen 15 augusti 1943.

som for størstedelen var beskrevet i kontrakten mellem kommune og leverandør. Kontrollen foregik fortrinsvis gennem egenkontrol og ved anmeldte tilsynsbesøg i borgerens hjem. Disse besøg skete hovedsageligt én gang årligt (KL og Socialministeriet, 2010).

På plejeboligområdet er der særlige krav til tilsynsforpligtelsen, hvor kommunen hvert år skal foretage mindst ét uanmeldt tilsynsbesøg i plejehjem, plejeboliger og lignende (LBK nr. 254 af 20/03/2014). Dette er en lempelse af tidligere praksis, hvor kommunerne ydermere skulle gennemføre mindst et årligt anmeldt tilsyn med plejeboliger mv. (Regeringen & KL 2010). Kommunen skal sikre, at opgaverne løses i henhold til den kommunale kvalitetsstandard. De udarbejdede tilsynsrapporter på plejeboligområdet skal i høring hos institutionens brugerråd og det kommunale ældreråd. Kommunen er derudover forpligtet til at udarbejde en samlet årlig redegørelse for forholdene på de kommunale plejehjem (Nørsgaard m.fl., 2008).

I forhold til det driftsorienterede tilsyn kan kommunerne vælge tre modeller (Deloitte, 2013):

- Kommunerne kan vælge selv at være tilsynsførende af ydelser leveret af kommunen og private leverandører.
- Kommunen kan udlicitere den praktiske del af tilsynet, dvs. kommunen bevarer ansvaret for tilsynet, men selve tilsynet udføres af en ekstern aktør, herunder en privat virksomhed eller anden kommune. Det kan dog ikke være samme virksomhed, der leverer ydelser og fører tilsyn med dem.
- Kommunen kan indgå i et tværkommunalt samarbejde, hvor man f.eks. bytter tilsyn, således at en anden kommune udfører tilsyn,

eller ved at etablere et tværkommunalt tilsyn.

Sundhedsloven forpligter samtidig Sundhedsstyrelsen til at føre årlige uanmeldte tilsyn med de sundhedsmæssige forhold på plejehjem og plejeboliger. Tilsynet udføres af embedslægeinstitutionen. Ved tilsynsbesøget vurderes det, om vejledning og instruktion af personale, medicinhåndtering, samarbejde med øvrig sundhedssektor, bygningsforhold, indeklima, hygiejne, ernæring og aktivering er tilfredsstillende (LBK nr. 913 af 13/07/2010). Sundhedsstyrelsen arbejder med årlige temaer i tilsynet, f.eks. var temaet i 2012 plejehjemmenes sikring af oplysninger om beboernes sygdomme og handicap.

Tilsynet baserer sig på gennemgang af institutionernes indrapporteringer og samtale med ledelse, personale og beboere og evt. samtaler med pårørende. Der foretages også stikprøvekontroller hos minimum tre tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejebestanden med det formål at afdække eventuelle mangler vedrørende de sundhedsmæssige forhold.

Derudover har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en række konkrete målepunkter til brug for plejehjemstilsynet. Embedslægeinstitutionen undersøger, om målepunkterne er overholdt, og med rapporten følger et skema med angivelse af, om de enkelte punkter er opfyldt. Sundhedsstyrelsen har derudover udarbejdet anbefalinger til arbejdet med og ledelse af frivillige på plejehjem (Sundhedsstyrelsen n.d.a.). Tilsynsrapporten sendes til den enkelte institution, kommunen, bruger- og pårønderrådet på plejehjemmet og til det kommunale ældreråd. Embedslægeinstitutionen udarbejder derudover for den enkelte kommunes forskellige plejehjem og plejeboliger

et sammendrag af tilsynsrapporten og et sammendrag af den kommunale opfølgning.

Lever institutionerne ikke op til lovgivningen, kan Sundhedsstyrelsen iværksætte skærpet tilsyn og angive anmærkninger og påbud om udbedring af fejl og mangler, som institutionen skal forholde sig til i en handleplan. Forbedres forholdene ikke, kan Sundhedsstyrelsen og kommunen i sidste instans vælge at lukke institutionen.

Sundhedsstyrelsen har i 2014 revideret plejehjemstilsynet efter at have konstateret generelle forbedringer af kvaliteten på plejehjemmene, så der fremover ikke vil være årlige tilsyn på samtlige plejehjem, med mindre der er fundet større fejl og mangler. I stedet føres der som udgangspunkt tilsyn hvert andet år (www.sum.dk/Sundhed/Sundhedspersonale/Tilsyn%20og%20sanktioner.aspx). Det betyder, at princippet om omvendt bevisførelse er indført, således at det antages, at plejehjemmene overholder kravene.

Også i *Finland* er det kommunens ansvar at monitorere kvaliteten af de udførte ydelser hos private og kommunale serviceleverandører. Det sker fortrinsvis gennem vejledning og rådgivning, og tilsyn udføres fortrinsvis på baggrund af klager (OECD, 2013b). I tilfælde af tilsyn er det Regionförvaltningsverket, der udfører dette.

Der er dog stor variation kommunerne imellem i, hvordan de følger op på kvaliteten. En del af kommunerne følger regelmæssigt op på de kommunale leverandører, og det gælder især de kommuner, som anvender RAI-redskabet i behovsvurderingen. Dette gælder ca. 40 % af plejeboligerne i Finland (Interling fin). Kontrol og tilsyn med private leverandører i hjemmeplejen kompliceres ikke mindst af at størstedelen

(80 %) er mindre firmaer, der som oftest kun har en person ansat (Antonnen). Kontrollen med de private leverandører fokuserer fortrinsvis på ex ante faktorer, såsom medarbejdernes kvalifikationer og lokalernes størrelse, snarere end ex post faktorer, der f.eks. ser på, hvordan patienter kommer sig efter en sygdomsperiode (Karsio og Antonnen, 2013).

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, Valvira, har ansvar for at udarbejde et landsdækkende system for kvalitetsopfølgning, som kommunerne kan tage i anvendelse. Programmet, som i høj grad baserer sig på egenkontrol, lægger vægt på, om man overholder de lovmæssige forpligtelser og i det hele taget sikrer en tryk og tilstrækkelig omsorgssituation for borgerne, samt at borgeren modtager den pleje og omsorg, som garanteres i lovgivningen.

Temaerne omhandler tilgængelighed til og planlægning af ydelsen, kvalitet og klientsikkerhed, og strukturelle forudsætninger for at kunne yde kvalitet, såsom bemanning. Programmet er under udvikling og baserer sig på en national spørgeskemaundersøgelse blandt private og kommunale leverandører. Man anvender således en risikobaseret tilgang, hvor man prioriterer de områder, hvor der er høj risiko for svigt. F.eks. fandt man i 2014, at der især var mangler i forhold til tilgængelighed til ydelsen. Et nyt tilsynssystem er planlagt til at være klar i 2015, hvor man udfører stikprøvebaserede tilsynsbesøg og besøg på baggrund af klager (Valvira, 2014). Valvira kan beslutte, at der skal indføres sanktioner over for virksomheder, der ikke overholder de lovmæssige forpligtelser. Disse varierer fra anmærkninger og advarsler til forbud mod at udøve virksomhed inden for sektoren.

På *Færøerne* er der i loven om hjemmeservice,

ældrepleje m.m. indsat, at kommunerne har ansvaret for at føre kontrol med bopæle, tjenester og tilbud efter loven. Der arbejdes i øjeblikket på en ny bekendtgørelse, der skal indeholde nærmere regler vedrørende dette tilsyn. Landslæknin, Embedslægen på Færøerne, der hører til den danske Sundhedsstyrelse, udfører sundhedsfagligt tilsyn på ældreområdet efter anordning gældende for Færøerne.

I *Grønland* er det Selvstyret, der varetager tilsynet med den kommunale ældrepleje. Hyppigheden af tilsyn er koblet sammen med kommunalbestyrelsens valgperiode, og der udføres minimum ét kommunalt tilsyn inden for denne periode. Derudover har Landslægembedet, Nunatsinni Nakorsaaneqarfik, hjemmel til at udføre medicinsk og hygiejnisk tilsyn på plejehjem og i hjemmeplejen.

I *Island* har Medicindirektoratet ansvar for at overvåge bl.a. plejehjem og se til, at faglige professionelle krav overholdes.

Også i *Norge* er kontrollen med leverandørerne et kommunalt ansvarsområde. Kommunerne vælger selv, hvordan de vil udføre kontrollen, men man udfører som i Danmark et personrettet tilsyn for at følge op på, om borgeren modtager den tildelte ydelse, og om der evt. er ændringer i behovssituationen. Meget af kontrollen er dog lagt op til at skulle udføres som egenkontrol (internkontroll), ikke mindst i forhold til de – trods alt få – private leverandører, hvor kommunerne ikke har samme udgangspunkt for at føre kontinuerligt tilsyn.

Statens Helsetilsyn er overordnet tilsynsansvarlig i Norge. Fokus for tilsynet er, om behov dækkes, at svigt forebygges, og at ressourcerne benyttes på en forsvarlig måde. Tilsynet udføres

af Fylkesmannen, der er statens repræsentant i amtet, og ser på om regler og lovgivning overholdes, samt om man udfører den lovpligtige egenkontrol. Tilsynet foretages, som i Finland, ud fra en risikobaseret tilgang, hvor man fastlægger løbende temaer for tilsynet ud fra indberetning om klager, fejl og anden information, der indikerer, at lovgivning ikke overholdes (Deloitte, 2013).

Tilsynet kan tage form af et planlagt tilsyn, hvor man følger op på, om virksomheden følger kravene til egenkontrol i forhold til at lede, organisere og styre virksomheden. Tilsynene fokuserer dels på de på forhånd fastlagte temaer, dels på temaer, som er relevante lokalt. Valget af temaer skal være risikobaserede. Statens Helsetilsyn sætter årlige krav til, hvor mange tilsyn fylkesmændene skal udføre. Rapporterne fra det planlagte tilsyn offentliggøres på Helsetilsynets hjemmeside. Tilsyn kan også finde sted på baggrund af en konkret hændelse. Her behandler man enkeltsager på baggrund af omsorgssvigt på baggrund af f.eks. klager eller mediedækning. Endelig foregår der en generel områdeovervågning. Fylkesmanden har ikke mandat til at træffe beslutning om sanktion, men overlader sagen til Helsetilsynet, som kan udstede pålæg om ændring i de kritiske forhold eller påbud om lukning (Deloitte, 2013).

Man har i perioden 2009-2012 arbejdet med at teste og udvikle en ny måde at foretage tilsyn på, som i højere grad lagde op til at kommunerne anvendte resultaterne af tilsynet til at forbedre kvaliteten. Man har også arbejdet med stikprøvetilsyn, øget brug af uanmeldt besøg og tilsynsbesøg foretaget af praktiserende læger (Deloitte, 2013). Dette blev i 2013 fulgt op af en undersøgelse af, hvilken konsekvens og effekt tilsyn har for kvalitetsudviklingen i kommunerne. Stør-

stedelen af kommunerne angav, og det uanset om der blev påvist lovovertrædelser hos dem, at dialogen med fylkesmændene udgjorde et godt grundlag for det videre kvalitetsarbejde. Undersøgelsen fastslog, at bl.a. den risikobaserede tilgang medvirkede til at kommunerne opfattede tilsynet som relevant og væsentligt for deres virksomheder (Helsetilsynet, 2013). Man har også arbejdet med at involvere borgere og pårørende mere direkte i tilsynet ved at indhente viden og erfaringer fra dem.

Derudover har man i Norge i kølvandet på en række mediedækkede begivenheder, den såkaldte Adecco-skandale, haft fokus på arbejdsvilkår for de ansatte i ældreplejen, ikke mindst hos de private leverandører (Vabø m.fl., 2013).

Det er ligeledes kommunerne, der i *Sverige* har ansvaret for og forpligtelsen til at udføre kontrol med leverandører af ældrepleje. Det er op til kommunerne, hvordan de udfører kontrollen med virksomhederne, og det foregår især gennem personrettet tilsyn med, om borgerens behov er dækket og for de private leverandører gennem kontraktstyring, hvor leverandører typisk forpligtes til at tilbagelægge, hvis borgerens behov ændrer sig (Deloitte, 2013).

Forskellige forskningsprojekter og offentlige undersøgelser har dog peget på, at især kontrollen med private leverandører fungerede mindre godt (Szebehely m.fl., 2013). Det betød, at Socialstyrelsen i 2011 fik til opgave at udvikle retningslinjer for, hvordan de lokale kommuner kunne monitorere kvaliteten i ældreplejen. Dette arbejde udgør også grundlaget for den nye tilsynspraksis fra 2013, hvor en ny instans, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), fik ansvaret for tilsynet med virksomheder inden

for social og sundhedsområdet. Kommunernes tilsynspligt med private leverandører er ligeledes blevet skærpet fra januar 2015, jf. ændringer i Kommunallagen.

Det overordnede formål med tilsynet er at undersøge, om plejen og omsorgen er sikker, af god kvalitet og udføres i henhold til gældende regler og retningslinjer. Man har i de seneste år haft særlig fokus på, hvordan plejen og omsorgen møder behovet hos ældre med komplekse omsorgsbehov. Målet er derudover at identificere og tilrette problemer og omsorgsbrist. Man arbejder derfor risikobaseret som Finland og Norge, og fokus for tilsynet er særlige risikoområder, der peges ud på baggrund af løbende indberetninger og tilsyn (Deloitte, 2013). IVO har især lagt vægt på, at følgende områder bør prioriteres for at opnå en god kvalitet i ældreplejen: kontinuitet, informationsdeling, kompetencer, retssikkerhed, dokumentation, uforudsete hændelser og Lex Sarah.

Socialstyrelsen, der tidligere havde ansvaret for tilsyn, tager sig i dag først og fremmest af at fremlægge statistik og lave udredninger som bl.a. kan belyse risikoområderne.

På *Åland* er det landskabsregeringen, som har det overordnede ansvar for kontrol og tilsyn med leverandørerne i ældreplejen, som fortrinsvis er kommunale. Selve tilsynet udføres siden 2014 af en separat tilsynsmyndighed, der stadig er under opbygning.

Tidligere havde tilsynspraksissen fokus på især strukturelle faktorer (personale, ydelser og planlagt udvikling), om kvalitetsanbefalingerne blev efterlevet, pårørendes rolle i pleje og omsorg samt på institutionerne. Der følges også op på, om virksomhederne udfører egenkontrol. En

undersøgelse fra 2012 viste, at kommunerne generelt efterlevede anbefalinger til ændret praksis efter tilsynet bortset fra anbefalingen om at kortlægge kønsforskelle i behovsvurderingen, hvilket ingen af kommunerne efterfølgende gjorde. Tilsynsrapporter er tilgængelige på landskabsregeringens hjemmeside.

KVALITETSSTYRING OG -MÅLING I ORGANISATIONEN

Den enkelte virksomhed har typisk også medansvar for kontrol, monitorering og opfølgning på kvaliteten i ældreplejen. Det kan ske gennem en forpligtelse til at introducere kvalitetsledelse eller til at selvevaluere og afrapportere processer og outcome. Der kan være opstillet nationale standardiserede krav til metode og indholdet af egenkontrollen. Andre gange er det mere op til den enkelte kommune eller virksomhed, hvordan man vælger at kvalitetsstyre og måle internt i organisationen.

I Danmark findes således diverse krav og forslag til dokumentation i de enkelte enheder i ældreplejen. De kommunale myndigheder kan offentliggøre information om deres kvalitets- og priskrav i Fritvalgsdatabasen, som f.eks. kan basere sig på daglige registreringer af, hvor meget tid den enkelte medarbejder anvender pr. borger, eller dokumentation af afvigelser i tid af den leverede pleje i forhold til den visiterede. Denne tid betegnes som ansigt-til-ansigts-tid (ATA-tid), brugerrettet tid eller brugertid. Tidsregistreringen foregår gennem daglige registreringer af tidsforbruget eller ved repræsentative stikprøveundersøgelser, fx over en periode på 14 dage (Bureau 2000, 2008). Kommunernes priser for hjemmeplejeydelser beregnes ud fra *Brugertidsprocenten*, der angiver den del af fremmødetiden, som det udførende personale anvender i eller med udgangspunkt i brugerens

hjem (Social- og Integrationsministeriet, KL & Socialstyrelsen 2012).

Kravene til tidsregistrering er dog sænket de seneste år, blandt andet fordi hjemmeplejeydelser i stigende grad visiteres som ”pakker” (www.kl.dk [d]). Ifølge FOA skulle 40 % af FOA’s medlemmer i 2007 registrere tidsforbruget ved hvert enkelt besøg i hjemmeplejen. I dag gælder det kun for 21 % (www.foa.dk/forbund/nyheder).

Medarbejdere i ældreplejen er i Danmark underlagt regler for notatpligt jf. Lov om offentlighed i forvaltningen (Offentlighedsloven, Lov nr. 606 af 12/06/2013). Dette betyder i praksis, at medarbejderne i hjemmeplejen har pligt til at dokumentere både mundtlige og skriftlige oplysninger om borgeren i forbindelse med afgørelser. Af hensyn til borgerens ret til aktindsigt skal medarbejderen også notere, hvem der har afgivet oplysningerne. Offentlighedsloven bevirker også, at personalet skal dokumentere medinddragelse af borgeren, indhentning af samtykke, videregivelse af personoplysninger, dokumentation af medicinadministration og medicinudlevering, dokumentation af undersøgelser og behandling samt dokumentation af ændringer i borgerens helbredstilstand (Bureau 2000, 2008; Lov nr. 606 af 12/06/2013).

Jævnfør Sundhedslovens § 195 & § 196 har praktiserende sundhedspersonale og sundhedsinstitutioner pligt til at indberette helbredsoplysninger om borgerne til registrering i centrale offentlige databaser, samt indberette tilfælde af magtanvendelse (Bureau 2000, 2008).

Dertil kommer, at Sundhedsloven forpligter kommunerne til at modtage, registrere og analysere rapporter om utilsigtede hændelser, som

forekommer på det kommunale sundhedsområde, hvormed alle leverandører i ældreplejen har pligt til at indregistrere disse (LBK nr. 913 af 13/07/2010).

Nogle kommuner vælger også at anvende registrering af utilsigtede hændelser i hjemmeplejen med henblik på at optimere kvaliteten, men dette kun til intern brug. Leverandører i ældreplejen er ligeledes ansvarlige for den påkrævede dataindsamling ved tilsyn til indrapportering i årsrapporter og til brug på *Tilbudsportalen* (Deloitte 2013; Serviceloven).

Finland har delvis som konsekvens af et stigende antal af private leverandører, hvoraf størstedelen inden for hjemmeplejen desuden er enkeltmands (kvinde) virksomheder, øget brugen af egenkontrol i de senere år og har fra 2015 indført et lovmæssigt krav om egenkontrol i virksomheden. Dette gælder såvel private som kommunale leverandører. Egenkontrol anses af Valvira for at være et væsentligt redskab i udviklingen og opfølgningen på kvaliteten af pleje- og omsorg. Princippet for egenkontrol bygger på, at man med en skriftlig plan kan forebygge og undgå kvalitetsbrist. Reglerne om egenkontrol foreskriver, at virksomhederne opgiver:

- basisoplysninger om virksomheden (bl.a. virksomhedens idégrundlag)
- brugernes stilling og rettigheder (herunder omsorgsplan, hvordan brugeren mødes, inddragelse af brugeren)
- egenkontrol af indholdet af ydelsen (velbefindende, rehabilitering etc.) ernæring, hygiejne, pleje og omsorg, medicin håndtering og samarbejde),
- klientsikkerhed (personale, lokaler, tekniske

- løsninger, produkter og sundhedsudstyr),
- behandling af klient- og patientoplysninger
- plan for opfølgning af egenkontrol.

Da ét ud af tre plejehjem og én ud af tre hjemmehjælpsleverandører anvender RAI (2009 tal) er der derudover mulighed for at anvende disse til kvalitetsopfølgning (Hammer m.fl. 2010).

På *Færøerne* er der ikke udviklet egentlige procedurer for egenkontrol. I hjemmehjælpen kan borgerne f.eks. følge med i, om de modtager den ydelse de er visiteret til – og betaler for – ved, at de skal kvittere for tidsforbruget i hjemmehjælpen.

I *Island* specificeres det bl.a. i de minimumkrav, der er udarbejdet af Velfærdsministeriet, at virksomheder såsom plejehjem skal anvende kvalitetsstyring. Virksomhederne skal også registrere utilsigtede hændelser, have udpeget en person, der er ansvarlig for at følge op på kvaliteten og for at sikre, at der foreligger materiale om kvalitet, samt at der indarbejdes en safety culture. Plejehjemmene er også forpligtede til at følge op på kvaliteten årligt vha. RAI-målesystemet, der er blevet anvendt på islandske plejehjem siden 1996. Forordning om evaluering af helbred og omsorg for beboere på plejehjem (Reglugerð um mat á heilsufari og aðbúnaði íbúa í hjúkrunarýmum Nr. 544/2008¹⁶) angiver, at beboere på plejehjem mindst tre gange årligt skal vurderes i forhold til behov. Formålet er at indsamle data om den ældres behov og generelt at understøtte udviklingen af kvalitet. Der indsamles i alt 23 indikatorer, f.eks. oplysninger om faldulykker, symptomer på depression og tryksår. I hjemmehjælpen kan RAI-HC (RAI Home Care) anvendes til kvalitetssikring og er udbredt bl.a. i

16 <http://www.stjornartidindi.is/Advert.aspx?ID=76ce7bae-befb-4cac-8828-3734aedcbaeb>

Reykjavik, men dog fortrinsvis i hjemmesygeplejen. Det er tanken, at redskabet med tiden skal anvendes nationalt og også i hjemmeplejen.

I Norge er egenkontrol (internkontroll) et væsentligt element, der sammen med kvalitetsforskriften (se også kapitel om kvalitetsmål) skal sikre kvaliteten i ældreplejen. Kravet om, at virksomheder udfører egenkontrol, blev indført som led i den norske strategi for kvalitetsudvikling, der i 2003 blev udvidet til også at gælde for alle virksomheder inden for social- og sundhedsområdet. Ud over udarbejdelsen af en række standarder skal de norske plejehjem derfor også udføre egenkontrol, men virksomheden i form af leder og medarbejdere vælger selv, hvordan viden indsamles og afrapporteres. Det gælder såvel skriftlig afrapportering, arbejdsrutiner som kvalitetsmålinger (Finansministeriet, 2008). Egenkontrollen skal derfor ses som et hjælpemiddel til styring og udvikling af den faglige drift snarere end et eksternt kontrolredskab.

Den interne kontrol skal dog indeholde følgende elementer:

- Beskrivelse af virksomhedens hovedopgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbejdet, samt hvordan virksomheden er organiseret, og hvordan ansvar, opgaver og myndighed er fordelt.
- Sikre, at der er tilgang til aktuelle love og forskrifter, som gælder for virksomheden.
- Sørge for, at personalet har tilstrækkelig viden og færdigheder inden for det pågældende fagfelt.
- Sørge for, at personalet har viden om virksomhedens internkontrol.
- Sørge for, at personalet medvirker til, at der sker vidensopsamling, og at erfaringer udnyttes.

- Gøre brug af erfaringer fra brugere og pårørende til kvalitetsudvikling.
- Indsamle information om risiko for svigt eller mangler på opfyldelse af myndighedskrav.
- Udvikle, iværksætte, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige procedurer, instrukser, rutiner eller andre tiltag for at afdække, rette op og forebygge overtrædelse af gældende lovgivning på området.
- Foretage systematisk overvågning og gennemgang af internkontrollen for at sikre, at den fungerer efter hensigten og bidrager til kontinuerlig forbedring af virksomheden.

Procedurer og output for egenkontrol kan således variere mellem kommuner i Norge, men også mellem kommunale og private leverandører. I Bergen er kommunale leverandører f.eks. forpligtede til at udføre egenkontrol vha. balanced score cards, der relaterer sig til bruger, arbejdsprocedurer, medarbejdere og økonomi. Data fra kommunale institutioner aggregeres efterfølgende og sammenlignes. Private leverandører er dog ikke forpligtet til at benytte dette redskab til egenkontrol (Vabø m.fl., 2013).

I Sverige tilsiger forskrifter og almene råd (Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete), at enhver virksomhed, der leverer ydelser inden for social- og sundhedsområdet, skal arbejde systematisk med kvalitetsforbedring og patient- og brugersikkerhed. Socialstyrelsen har f.eks. udgivet en række vejledninger specifikt rettet mod ledelse og kvalitetsudvikling (Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete; SOSFS 2011:9). Det er stadfæstet i Lex Sarah, at der påhviler medarbejderne et særskilt ansvar og forpligtelse til at indberette kvalitetsbrist. Ligeledes har ledelsen pligt til at agere, hvis de er vidende om, at der er brist i kvaliteten. Loven tager udgangspunkt i en konkret situation, hvor sygehjælpe-

ren Sarah Wagnert i et tv-program udtalte sig om omsorgssvigt på et svensk plejehjem. Der blev efterfølgende indført en ny bestemmelse i Socialtjänstlagen (SoL 14 kapitel § 7) med det formål at præcisere medarbejdernes ansvar for at rapportere om omsorgssvigt eller risiko for omsorgssvigt i ældreplejen til tilsynsmyndigheden Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Loven kom senere til at gælde alle områder inden for det sociale område. Socialstyrelsen har efterfølgende udgivet en håndbog til at understøtte lovens formål (Socialstyrelsen, 2013c). En rapport fra IVO fra 2012 viste dog, at halvdelen af plejepersonalet ikke vidste, hvordan de skulle indrapportere omsorgssvigt i forhold til Lex Sarah (Inspektionen för vård och omsorg, 2012).

På *Åland* findes der på nuværende tidspunkt ikke lovgivningsmæssige krav om egenkontrol i offentlige virksomheder, men hver privat virksomhed, der opererer på socialområdet, er forpligtet til at udarbejde en plan for egenkontrol. Landskabsregeringen planlægger, at loven om pleje og omsorg skal revideres, og der skal påbegyndes arbejde med en lov om ældrepleje i 2015, hvorunder spørgsmålet om egenkontrol skal overvejes. I de overordnede anbefalinger til kvalitet betones vægten af at afrapportere afvigelser, såvel planlagte afvigelser fra individuelle pleje- og omsorgsplaner som dokumentation for ulykker, hændelser og fejl.

KLAGEMULIGHED

Kommunen og private leverandører har også mulighed for at få nærmere indsigt i og monitorere kvaliteten af ydelsen gennem borgerens klagemulighed i forhold til visitationsafgørelsen eller kvaliteten af den udførte hjælp. I Danmark er det Ankestyrelsen, der er forankret i Ministe-

riet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold, som er den øverste klageinstans på socialområdet og dermed også vedrørende ældreplejen. Afgørelser, der er truffet efter Serviceloven, skal derfor påklages til Ankestyrelsen, medmindre andet følger af separate klagevejledninger, mens klager over kommunal sagsbehandling påklages til kommunen.

Der gives også en klagemulighed via Folketingets Ombudsmand, som kan behandle klager over offentlige myndigheder ud fra, om de er behandlet juridisk eller forvaltningsmæssigt korrekt. Hvis Ombudsmanden påviser fejl i sagsbehandlingen, så vil kommunen eller regionen ifølge Ankestyrelsen næsten altid tage sagen op til ny vurdering.

Strukturen i klagesystemet er en forenkling af tidligere praksis, hvor der var yderligere en administrativ instans for klager på socialområdet, De Sociale Nævn. De Sociale Nævn var første klageinstans inden Ankestyrelsen, men blev nedlagt i 2013 som følge af en politisk aftale, hvorefter behandlingen af klager er overgået til Ankestyrelsen. Til forskel fra de andre lande og selvstyrende områder, hvor det i praksis kun er domstolenes afgørelser, der bruges som principafgørelser, er det i Danmark Ankestyrelsens afgørelser, der danner præcedens (Deloitte, 2013).

Ifølge patientrettighedsloven skal alle finske virksomheder, der arbejder inden for social- og sundhedsområdet, have tilknyttet en lokal patientombudsmand, som kan bistå borgeren i forbindelse med klager over ydelsen af pleje og omsorg. Selve klagen behandles i regionsforvaltningen. Ved mistanke om fejlbehandling, der medfører svært handicap eller dødelig udgang,

er det Valvira, der på nationalt niveau behandler klagen.

På *Færøerne* er det Ankenævnet for Social- og sundhedsanliggender, som er klageinstans på området og i *Grønland* det Sociale Ankenævn.

I *Island* er det Medicindirektoratets ansvar at tage imod klager på sundhedsområdet og det lokale Socialnævns ansvar på socialområdet. Beslutninger kan også overklages til Altingets ombudsmand.

I *Norge* skal en klage over plejen og omsorgen sendes til kommunen som første instans. Giver der ikke medhold, kan borgeren dernæst klage til Fylkesmannen. Fylkesmannens afgørelser kan ikke ankes. Staten skal derudover sørge for, at der er et patient- og brugerombud i hvert fylke, som kan bistå klageren.

I *Sverige* findes ikke et selvstændigt ankesystem for socialområdet. Her kan borgere i stedet klage til forvaltningsretten under det alminde-

lige svenske domstolssystem. I første instans skal borgeren dog klage direkte til leverandøren, og derefter til den ansvarlige kommune. Endelig er der mulighed for at overklage til Ombudsmanden, Justitieombudsmanden. Nogle kommuner har også en særskilt Ældreombudsmand. Socialstyrelsen anbefaler også kommunerne at etablere procedurer for indsamling af og opfølgning på klager fra borgerne. Til forskel fra sundhedsområdet er det borgeren selv, der skal føre klagesagen. Inden for sundhedsområdet findes der et klagenævn i hver region, der skal hjælpe borgeren med at føre klagesagen. Ligeledes findes der Lex Maria, der foreskriver, at der i tilfælde af eller mistanke om medicinsk fejlbehandling skal afgives rapport, og episoden skal vurderes.

På *Åland* kan man indgive klage over den ydede hjælp til kommunen. Her er der en klient- og patientombudsmand, der hjælper borgeren med at indgive klage.



MONITORERING OG STANDARDISERET MÅLING AF KVALITET

INDLEDNING OG OPSUMMERING

På tværs af landene og de selvstyrende områder pågår der et stort arbejde med at indsamle data, der bl.a. benyttes til at monitorere kvaliteten af ydelserne og til at udarbejde kvalitetsindikatorer. Dette sidste kapitel ser på, hvordan der i de otte lande og selvstyrende områder indsamles data om kvalitet og hvilke kvalitetsindikatorer, der er udviklet og taget i anvendelse. I forhold til datagenerering kan der f.eks. være specifikke krav til kommunerne og de enkelte virksomheder om at dokumentere deres indsats. F.eks. er der i Danmark og Finland krav til kommunerne om at indsamle og levere data om ydelserne. Et lignende system er under opbygning på Færøerne, efter at kommunerne har overtaget ansvaret for ældreplejen, mens man i Island pga. strenge regler om datastrømme og databaser ikke indsamler kommunale data. Som led i datagenerering vil man typisk have indført standardiserede indsamlings- og registreringsprocedurer for at sikre, at data er sammenlignelige. Datagenerering kan overordnet siges at stimulere den enkelte virksomhed eller kommune til at overvåge og rapportere om kvaliteten og kan informere ledelse, politikere, forskere og borgere om kvaliteten af ydelserne. Generelt er der dog typisk fokus på især kvantificerbare data, hvilket begrænser kvalitetsmonitoreringen til at inkludere fortrinsvis de mere målbare kvalitetsfaktorer.

Data kan stamme fra administrative databaser, registre eller surveys og i forhold til sidstnævnte ikke mindst brugertilfredshedsundersøgelser. Som anført i en rapport fra Norges Nasjo-

nalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2013) er det dog ikke uproblematisk at gennemføre brugerundersøgelser, specielt når det omfatter kognitivt svage borgere, lige som det er omkostningsmæssigt tungt. I f.eks. Danmark anbefales kommunerne hvert andet år at offentliggøre sammenlignelige oplysninger om den brugeroplevede kvalitet blandt brugere af hjemmepleje og et datawarehouse med disse data er nu tilgængeligt for offentligheden.

Genereringen af data er ikke mindst ambitiøs i Norge og Sverige. I Norge har man i en del år indsamlet data til systemet IPLOS, og man har i 2014 påbegyndt et nyt projekt, der skal etablere et samlet register for de kommunale social- og sundhedsydelser. Målet er, at registret skal indhente og gøre data tilgængelige til brug for kvalitetsudvikling, forskning, planlægning og styring. I Sverige indførte man i 2007 et nationalt monitoreringssystem i ældreplejen, Öppna jämförelser. Formålet er i dag, at det især skal informere borgere, der vil vælge mellem forskellige leverandører.

Data anvendes i forskellig grad til at generere kvalitetsindikatorer. Der er generelt meget fokus på udviklingen af de rette kvalitetsindikatorer ikke kun i Norden, men det er vanskeligt at pege på hvilke indikatorer, der er de mest væsentlige at udvikle. Den internationale litteratur peger på, at der især er blevet udviklet kvalitetsindikatorer inden for plejehjemsområdet. Kvalitetsindikatorer opdeles ofte i hhv. struktur-, proces-, og outcome-indikatorer. I Norden er det især Norge og Sverige, der har et udbygget system af

kvalitetsindikatorer. Indikatorerne måler dels på objektive, dels subjektive forhold og indfanger dermed både faglige og kliniske aspekter, som mere brugerorienterede aspekter. Kritikken af eksempelvis de svenske indikatorer er dog gået på, at de fortrinsvis er medicinsk orienterede, og at de i høj grad baserer sig på selvrapporterede data fra de enkelte leverandører.

DATAGENERERING OG DATASTRØMME

Generering af data om kvaliteten af ydelsen kan således være en måde at monitorere forskellige strukturelle, processuelle eller outcome kvalitetsfaktorer på. Krav til virksomhederne eller kommunerne om at indlevere dokumentation kan stimulere de enkelte virksomheder til at overvåge og rapportere om kvaliteten af deres ydelser, og det kan muliggøre benchmarking mellem virksomhederne. Det kan ligeledes give borgerne et sammenligningsgrundlag, hvis de skal vælge mellem forskellige leverandører, informere det politiske niveau og skabe grundlag for forskning på området. Data kan indsamles på borger-, virksomheds- eller kommuneniveau; i alle tilfælde kræver det standardiserede indsamlings- og registreringsprocedurer for at være sammenligneligt og anvendeligt til formål for forskning og statistik. Data kan stilles til rådighed for kommunale og centrale beslutningsgivere og kan også være tilgængelige for borgerne og leverandører. Specielt individidentificerbart data er interessant i forskningsøjemed, da man dermed har mulighed for at følge borgerens brug af andre social- og sundhedsydelser. Ikke mindst brugertilfredshedsundersøgelser er blevet en ofte anvendt metode til at indfange kvalitetsniveauet på.

I *Danmark* er kommunernes dokumentation af indsatser i ældreplejen omfattende, og der er flere systemer til rådighed til sammenligning af kommunernes indikatorer og nøgletal. Kommunale nøgletal på blandt andet ældreområdet offentliggøres af Økonomi- og Indenrigsministeriet og er offentligt tilgængelige¹⁷. De kommunale nøgletal på ældreområdet omhandler eksempelvis udgifter på ældreområdet og antallet af pleje- og ældreboliger. Som supplement til Økonomi- og Indenrigsministeriets Kommunale Nøgletal udarbejder og offentliggør Kommunernes Landsforening (KL) kommunebenchmark på udvalgte områder, herunder andel hjemmehjælpsmodtagere på ældreområdet¹⁸.

KL har endvidere udviklet Fælles Kommunalt Ledelsesinformationssystem (FLIS) til intern kommunal anvendelse. FLIS er en web-portal, der giver overblik over alle kommunens nøgletal og mulighed for at sammenligne data internt i kommunen med andre kommuner og i forhold til landsgennemsnittet. FLIS trækker data fra kommunernes egne økonomi- og fagsystemer og opdateres månedligt¹⁹.

Serviceoven forpligter kommunerne til at indberette oplysninger om kommunale leverandører af ældrepleje, eksempelvis plejeboliger, på Tilbudsportalen med det formål at skabe sammenlignelighed imellem tilbuddene, ligesom kommunerne kun må benytte tilbud, der er registreret i Tilbudsportalen (BEK nr. 1558 af 19/12/2013).

Via Tilbudsportalen²⁰ og Socialstyrelsens tilhørende databank, der indeholder statistik over

17 www.noegletal.dk

18 www.kl.dk/kommunebenchmark

19 www.kombit.dk/flis

udviklingen på tilbudsområdet, er der fri adgang til de indberettede oplysninger om private og offentlige tilbud på ældreområdet. Ligeledes giver Fritvalgsdatabasen²¹ sammenligningsmuligheder vedrørende kommunernes kvalitets- og priskrav i forhold til leverandører på ældreområdet. Priserne beregnes ud fra brugertidsprocenten, der angiver den del af fremmødetiden, som det udførende personale anvender i eller med udgangspunkt i brugerens hjem. KL og Social-, Børne- og Integrationsministeriet har derfor udviklet en model til opgørelse af brugertidsprocenten, der endvidere kan anvendes som redskab til benchmarking mellem leverandørvirksomhederne (Social- og Integrationsministeriet, KL & Socialstyrelsen 2012).

Kommunernes Landsforening (KL) i Danmark har oprettet Kvalitetsportalen, der samler viden om og redskaber til systematisk måling af kvalitet i kommunerne. Her findes eksempelvis redskaber til måling af den faglige kvalitet og til måling af brugertilfredshed. Ikke mindst brugertilfredshed har fået øget fokus. KL og Socialministeriet har udarbejdet et standardiseret spørgebatteri til måling af brugertilfredshed og til generering af sammenlignelige brugertilfredshedsdata, som bl.a. er blevet benyttet i de nationale brugerundersøgelser på ældreområdet, som er blevet udført årligt i perioden 2007-2011 og derefter hvert andet år med brug af denne metode (se fx KL og Social-, Børne- og Integrationsministeriet, 2013).

I økonomiaftalen for 2011 blev regeringen og KL enige om at anbefale kommunerne hvert andet år at offentliggøre sammenlignelige oplys-

ninger om den brugeroplevede kvalitet blandt brugere af hjemmepleje, og Tilfredshedsportalen blev åbnet for offentligheden i 2013. Denne giver mulighed for at sammenligne brugertilfredsheden på tværs af institutioner og kommuner. Her kan kommunerne indberette resultaterne af deres brugertilfredshedsundersøgelser, som er gennemført ud fra identiske spørgeskemaer. Der er til formålet udarbejdet et standardiseret spørgeskema, som kommunerne kan anvende. Der er også mulighed for at tilføje lokale spørgsmål. Data opgøres på kommuneniveau. En undersøgelse af KL og Socialministeriet viste, at i 2010 gennemførte 83 ud af de deltagende 93 kommuner brugertilfredshedsundersøgelser. 19 kommuner gennemførte dem årligt, 60 kommuner mindre hyppigt og 8 kommuner gennemførte dem hvert andet år (KL og Socialministeriet, 2010).

Danmarks Statistik offentliggør via Statistikbanken statistik og dokumentation på ældreområdet, blandt andet om ventetider, antal brugere af forskellige ydelser, antal hjemmebesøg, brugernes tilfredshed med hjemmehjælpen, brugernes viden om frit valg etc. Ved udarbejdelsen af indikatorerne er der lagt vægt på, at statistikken er sammenlignelig kommunerne imellem og over tid²².

Derudover har især hjemmehjælpsområdet i Danmark igennem flere år været karakteriseret ved en detaljeret elektronisk dokumentations- og registreringspraksis. Alle kommuner skal anvende elektroniske omsorgsjournaler (EOJ systemer, også omtalt i afsnittet om IT-understøttede sagsbehandlingssystemer) til registrering af

20 www.tilbudsportalen.dk

21 www.fritvalgsdatabasen.dk

22 www.dst.dk/aeldre

oplysninger om hver indvisiteret borger på personnummerniveau. Data anvendes ikke mindst til indregistreringer i Ældredokumentation, et indikatorprojekt der omhandler statistik over ressourceforbrug og effekt af hjemmehjælp, og som kan anvendes i forskningsøjemed, ikke mindst da det er knyttet op på et individuelt CPR-nr., således at det er muligt at følge borgeren i andre registre også.

I *Finland* indsamles der på nationalt niveau data om pleje og omsorgsydelserne til Institut av hälsa och välfärd (THL). Denne dataindsamling sker elektronisk og kommunerne er forpligtet via loven til at levere data (668/2008). Vård-anmälningsregistret (HILMO) er et nationalt registreringssystem inden for social- og sundhedssektoren og omfatter en betydelig del af de virksomheder, der leverer plejehjem og hjemmehjælp. Den offentlige database, Sotkanet, indeholder information om aktiviteter på social- og sundhedsområdet og baserer sig på aggregeret data fra HILMO. Her findes f.eks. information om andelen af ældre, der modtager forskellige kommunale ældreplejeydelser. THL indsamler også fra kommunerne og private leverandører kopier af de individuelle RAI behovsvurderinger og producerer feedbackrapporter til kommunen om deres virksomhed. Disse RAI data anvendes også i forskningsøjemed. Der udføres fra 2014 også brugertilfredshedsundersøgelser.

Information til borgerne om de forskellige leverandører bliver indsamlet nationalt på INNOKYLÄs hjemmeside, hvor borgerne har adgang til information om kvaliteten af virksomheden og selv kan rapportere deres erfaringer med virksomheden. Det er Social- og Sundhedsministeriet, THL og Finlands kommuneforbund, der har ansvar for projektet, som er under opbygning. Der udføres derudover

regelmæssigt brugertilfredshedsundersøgelser i kommunerne, men der er ikke et nationalt standardiseret spørgeskema til rådighed for kommuner, der ønsker at sammenligne resultaterne (Hammer m.fl. 2010).

På *Færøerne* afventer dataindsamling at blive implementeret efter udlægningen af ældreområdet til kommunerne. Eksisterende data på området har hidtil været indsamlet af Landstyreområdet for Sociale Anliggender som årlige statusopgørelser til publicering af Færøernes Statistik på denne myndigheds hjemmeside. Den indsamlede statistik har hidtil oplyst om køn og alderssammensætning for modtagere af hjemmehjælp og om tildelte timer, men ikke oplyst om hvilken service der har været tildelt. Spørgsmålet om, hvorvidt der fremadrettet skal udarbejdes ensartet statistik til benchmarking, er ikke færdigbehandlet, og der findes endnu ikke et overordnet krav om dette fra landsmyndighederne.

I *Island* er der forholdsvis strenge regler om datastrømme og sammenligninger af forskellige databaser. Der er derfor i øjeblikket ikke tilgængelig information om, hvor mange serviceydelser den enkelte borger modtager fra forskellige instanser. Adgang til data om borgerne findes derfor fortrinsvis i forskningsbaseret surveydata, f.eks. har den Islandske Hjerteforening (Hjartavernd) indsamlet data om ældre i Reykjavik siden 1967. Dog indsamles data fra de løbende RAI behovsvurderinger, der foretages som en del af egenkontrol på plejehjemmene. Informationerne herfra registreres i en central database, men hver enkelt virksomhed har kun adgang til egne data. Velfærdsministeriet og kommunerne har også tidligere gennemført en brugertilfredshedsundersøgelse.

I *Norge* er hovedkilden til centrale nøgletal og statistik for de kommunale social- og sundhedsydelser KOSTRA (KOMmune-til-STat-RApportering)²³. Her rapporteres bl.a. kommunale regnskabs- og udgiftstal. Systemet forvaltes af Statistisk Sentralbyrå (SSB), der også publicerer data.

Siden 2007 har det i *Norge* været obligatorisk for kommunerne at registrere og indrapportere standardiseret dokumentation til et centralt register, IPLOS, for de kommunale sundheds- og omsorgsydelser, og al information om ældreplejen hentes i dag i IPLOS. Indholdet i IPLOS er delvis baseret på ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), og indeholder bl.a. individbaseret data om borgerens behovsniveau og ydelsestildeling. IPLOS-registret har til formål at give de statslige myndigheder viden om udviklingen i pleje- og omsorgssektoren, samtidig med at kommunerne får et redskab til styring og planlægning af opgaveløsningen. IPLOS skal således bidrage til:

- Systematiseret kundskab og statistik til kommunerne og de centrale myndigheder.
- Kvalitetsudvikling af ydelserne.
- God ressourceudnyttelse samt ligeværdige og effektive ydelser.

Oplysningerne i IPLOS er en del af patientjournalen og registreres efter en standardiseret metode, således at data er anonymiseret men kan benyttes til statistiske formål og forskning. Data er koblet på individuelle personnummer-registreringer, således at borgeren kan følges i andre registre. Borgeren kan modsætte sig, at diagnoser medindsendes, men kan derudover ikke modsætte sig registrering af data.

Med disse data er det f.eks. muligt at opgøre andelen af plejehjemsbeboere med forskellige diagnoser som demens, hjerte- og lungelidelser, diabetes etc., og hvor mange der modtager rehabilitering som en del af deres pleje og omsorg.

Derudover findes der i dag en række registre på sundhedsområdet, herunder et centralt sundhedsregister og et medicinsk kvalitetsregister. HelseDirektoratet har ydermere i 2014 påbegyndt et nyt projekt, der skal etablere et samlet register for de kommunale social- og sundhedsydelser. Målet er, at registret skal indhente data og gøre disse tilgængelige til brug for kvalitetsudvikling, forskning, planlægning og styring.

Brugertilfredshedsundersøgelser anses tillige som et vigtigt kvalitetsudviklingsredskab for kommunerne i *Norge*, men fungerer udelukkende som et decentralt og frivilligt redskab. KS har på hjemmesiden *www.bedrekommune.no* udarbejdet en række standardiserede undersøgelsesoplæg, som kommunerne kan basere deres egne undersøgelser på. Der udføres årligt 500-700 undersøgelser. Inden for pleje og omsorg er der udviklet et skema, som måler brugerens tilfredshed efter følgende dimensioner:

- Resultat for brugeren
- Brugerinddragelse
- Respektfuld behandling
- Tilgængelighed
- Information
- Generel tilfredshed

I *Sverige* indsamles kommunale og regionale nøgletal i databasen Kolada. Data på ældreområdet omhandler f.eks. udgifter pr. borger, personalestatistik etc. og stammer først og fremmest

23 <http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra/>

fra statistikansvarlige myndigheder, men kommunerne indrapporterer også procesrelateret kvalitetsdata om f.eks. ventelister til plejehjem.

I 2007 blev der ydermere besluttet at udvikle et nationalt monitoreringssystem i ældreplejen, Öppna jämförelser. Formålet var at skabe bedre betingelser for at kunne kontrollere og udvikle ældreplejen og for at gøre det muligt at sammenligne forskellige private leverandører og kommuner. Opgaven lød på at udvikle fire områder: udvikling af individbaseret data, en survey blandt kommuner og regioner, udviklingen af en national ramme for behovsvurdering og udvikling af nationale kvalitets- og økonomiske indikatorer. Derudover fik Socialstyrelsen mandat til at udføre nationale brugerundersøgelser, som til forskel fra de andre lande baserer sig på spørgeskemaer sendt ud til samtlige modtagere af pleje og omsorg. Pårørende har mulighed for at svare på spørgeskemaet, hvis den ældre ikke selv kan deltage. En analyse af svarene i 2011 viste at de, der besvarede skemaet, var dem med højst funktionsevne. 15 % af svarene for hjemmehjælpen og 49 % af svarene for plejehjemmene var fra pårørende, som også syntes at svare mere kritisk end brugerne selv (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013).

Data i Öppna jämförelser baserer sig således på registre, officiel statistik og surveys udført af Socialstyrelsen (Erlandson m.fl., 2013). Kommunerne har pligt til at levere oplysninger og til delingen af de statslige stimuleringsbidrag bruges bl.a. til at motivere kommunerne til at bidrage med oplysninger. Socialstyrelsen har ret til at inddrage disse ekstramidler, hvis kommunerne undlader at indberette den lovpligtige statistik (Finansministeriet, 2008). Det er frivilligt for de enkelte private leverandører, om de vil deltage i

surveys og således levere data til Öppna jämförelser.

Register- og surveydatakilderne er følgende:

- Senior Alert – et register om forebyggelse af fald, fejllernæring, tryksår og orale sygdomme
- Det nationale patientregister
- Register over kommunale social- og sundhedsydelse
- Offentlig befolkningsstatistik og økonomiske nøgletal
- Det nationale kvalitetsregister Riks-Stroke, der indeholder data om apopleksi
- Svenska Palliativregistret, et nationalt kvalitetsregister med data om borgerens sidste tid
- En årlig survey blandt kommuner og kommunale og private leverandører
- En årlig landsdækkende survey om brugertilfredshed

Resultaterne fra Öppna jämförelser publiceres både elektronisk i 'Äldreguiden' og som en skriftlig og elektronisk publikation 'Öppna jämförelser – Vård och omsorg och äldre'. Leverandørerne er her rangeret i forhold til, hvordan de præsterer på indikatorerne.

Äldreguiden indeholder oplysninger om kommunale og private plejehjem, hjemmehjælp og dagcentre, og data kan anvendes til at sammenligne forskellige private leverandører samt til at sammenligne kommunale og private leverandørtyper (www.socialstyrelsen.se/aldreguiden). Oprindeligt var tanken, at Äldreguiden skulle kunne informere både politikere samt borgere og deres pårørende, men siden 2013 har guiden fortrinsvis været tænkt som et redskab til borgere, der skal vælge leverandør (Erlandson m.fl., 2013).

På *Åland* baserer opfølgningen på social- og sundhedsområdet sig hovedsagligt på statistik, der indsamles af den nationale Statistikcentralen og Institutet för hälsa och välfärd. Ålands statistikbureau indsamler også årlig statistik om bl.a. antal modtagere af hjemmehjælp og beboere på plejehjem.

KVALITETSINDIKATORER

Det indsamlede datamateriale kan ikke mindst anvendes til at generere forskellige kvalitetsindikatorer. En kvalitetsindikator kan defineres som et indirekte mål på kvalitet, der siger noget om kvaliteten på det område, der måles. Udviklingen af kvalitetsindikatorer kan bistå dokumentation og udvikling af kvalitet. Indikatorer kan således informere politikere, leverandører, ledere, medarbejdere og borgere om status for og udvikling i kvalitet, og kan f.eks. benyttes til at rangordne forskellige leverandører. En række forudsætninger skal dog være på plads. Rent metodisk skal indikatorerne være valide og reliable, dvs. de skal både måle det, man gerne vil måle og skal måle på samme konsistente og stabile måde. Det kan være problematisk, hvis de baserer sig på selvrapportering både i forhold til sandhedsværdien, men også fordi en god leverandør måske er mere kritisk over for kvaliteten af sine ydelser og derfor mere negativ i sine afrapporteringer. Det kan også være svært – og ikke mindst fra et borgerperspektiv – at udpege om noget er godt eller bare acceptabelt ud fra en kvalitetsindikator, f.eks. siger antallet af faldulykker ikke noget kvalitativt om, om det er et forventeligt eller højt antal. Som nævnt i foregående afsnit, kan udviklingen af kvalitetsindikatorer også begrænse fokus på kvalitetsfaktorer, der er målelige og dermed overse betydningen af andre væsentlige faktorer, som i mindre grad kan kvantificeres, som f.eks. kvaliteten af medmenneskelige relationer.

Derudover kan det være yderst omkostningsfuldt og tidskrævende at indsamle og bearbejde data til kvalitetsindikatorer, ikke mindst for det udførende personale, som ofte også har ansvar for dokumentationen – og som ikke altid modtager nogen form for feedback på baggrund af de indsamlede indikatorer.

Anvendeligheden af en indikator kan f.eks. vurderes ud fra følgende CREAM-test-kriterier (Finansministeriet, 2008). En god indikator skal jf. disse kriterier være:

- Clear – dvs. indikatoren skal være præcis og entydig for det fænomen, den måler.
- Relevant – dvs. indikatoren skal være væsentlig i forhold til det fænomen, som man ønsker at belyse.
- Economic – dvs. indikatoren skal være tilgængelig for et realistisk omkostningsniveau.
- Adequate – dvs. indikatoren skal give et tiltrækkeligt grundlag til at vurdere præstationer af en indsats.
- Monitorerbart – dvs. indikatoren skal kunne måles med objektive metoder uden anvendelse af subjektive skøn.

Ligeledes anbefaler det norske Helsedirektorat, at en indikator skal være:

- Relevant
- Videnskabeligt begrundet
- Nyttig
- Gennemførbar
- Publiceret jævnligt

(Helsedirektoratet, 2015)

Begge anbefalinger peger dermed på, at der er en række praktiske og økonomiske aspekter forbundet med at generere en kvalitetsindikator,

ligesom den skal være underbygget af videnskabelig evidens. Kvalitetsindikatorer kan jf. Donabedian (1966) overordnet set inddeles i tre måleområder: struktur, proces og outcome/resultat, hvor tanken er, at strukturer påvirker processer, som igen påvirker outcome. Strukturindikatorer beskriver f.eks. rammer og ressourcer, og herunder personalenormeringer og -kompetencer, faciliteter, og tilgængelighed til teknologi og udstyr. Procesindikatorer beskriver konkrete aktiviteter, f.eks. procedurer som medicinhåndtering, forebyggelse og kommunikation. Og endelig beskriver outcomeindikatorer f.eks. udbyttet for borgeren, som kan udtrykkes i f.eks. forekomst af tryksår, dødelighed, livskvalitet eller tilfredshed med ydelsen.

Det begrebsmæssige og metodiske arbejde med at definere og udvikle kvalitetsindikatorer inden for ældreområdet foregår løbende på internationalt og europæisk niveau, bl.a. kan henvises til forskellige projekter under OECD (OECD, 2013a) samt EU-finansierede Progress (European Centre 2010a), Interlinks (European Centre, 2010b), og Ancien-projekter (Dandi og Casanova, 2012). Som det påpeges af Rodrigues m.fl. (2014) var reguleringen af kvalitet i ældreplejen i en række europæiske lande frem til 1990'erne mest fokuseret på de strukturelle aspekter i plejehjemmene, såsom størrelse af boligen, personalenormer eller antal senge pr. rum. I de senere år er der kommet mere fokus på proces-relaterede kvalitetsaspekter, der i højere grad ser på, f.eks. om omsorgsplanerne er opdaterede, om der er tilstrækkelige sikkerhedsforanstaltninger, standarden af pleje og omsorgen etc. Der kan dog ikke observeres en lineær udvikling på tværs af landene, og der findes i dag en stor variation i tilgangen til kvalitet og i de metoder og det værktøj, der benyttes til at definere,

måle og kommunikere kvalitet i ældreplejen på. Tilsvarende er der stor forskel på, hvilke kvalitetsindikatorer, der er udviklet.

ANCIEN-projektet, der har set på anvendelsen af kvalitetsindikatorer inden for ældreplejen i 11 europæiske lande, peger f.eks. på, at der er udviklet relativt mange indikatorer, der udsiger noget om effektiviteten af ydelsen, og således om borgeren får den rette ydelse og opnår det rette resultat, og om de rette kompetencer tages i anvendelse. Derimod er der mindre fokus på sikkerhedsaspekter. I forhold til Donabedians opdeling i struktur, proces og outcome anvendes der relativt flere procesindikatorer og i mindre grad struktur- og outcomekvalitetsindikatorer. Der er også i højere grad udviklet indikatorer inden for plejehjemsområdet. I Progress-projektet blev der udviklet i alt 94 kvalitetsindikatorer og med forskellig vægt på struktur, proces og outcome, heraf 24 indikatorer relateret til kvaliteten af plejen og omsorg (i forhold til f.eks. dehydrering, vægttab, faldulykker), livskvalitet (46 indikatorer om f.eks. opbakning til medarbejdere, og om borgeren har en fast omsorgsperson), om ledelse (17 indikatorer om f.eks. klager, tilfredshed med kvaliteten, arbejdspladsoplysninger), og den sociale kontekst (tre indikatorer f.eks. om længden af ansættelsen). I forhold til udviklingen inden for sundhedsområdet er der dog på det sociale område udviklet langt færre kvalitetsindikatorer (OECD, 2012).

Der findes sandsynligvis ikke enkelte kvalitetsindikatorer, der overordnet set kan indfange kvaliteten i ydelserne, og udviklingen af gode indikatorer kræver, at man finder den rette balance mellem faglige og kliniske aspekter og mere borgerrettede aspekter. Der findes heller ikke anbefalinger om det rette antal indikato-

rer, hvor man igen skal overveje udgifterne forbundet med indsamling af data og generering af indikatorer (OECD, 2012). Men en pegepind kan være at fokusere på et område, der benyttes af mange (stor volumen), er vigtigt (f.eks. at der er høj status eller risiko forbundet), og som er vanskeligt (med stor variation) (Griffiths m.fl., 2008).

Også de nordiske lande og områder har i en del år arbejdet med udviklingen af kvalitetsindikatorer, og der er en række erfaringer at trække på. Bl.a. har man i Danmark etableret et tværoffentligt samarbejde om national dokumentation på ældreområdet, Ældredokumentation. Det kom i stand i forbindelse med aftalen om kommunernes økonomi for 2006. Der indsamles nu en lang række data for ydelser på plejeområdet i Danmarks Statistik. Dokumentationen på ældreområdet består af 23 nationale indikatorer, der beskriver indsatsen. Processuelle indikatorer omhandler blandt andet hjælpens kvalitet og stabilitet, antal forskellige hjælpere og den ældres kendskab til frit valg. Baggrundsindikatorer er eksempelvis antal visiterede timer hjemmehjælp, antal gennemførte forebyggende hjemmebesøg og udgifter til hjemmehjælp for udvalgte målgrupper. Der er lagt vægt på at sikre en mere valid og sammenlignelig dokumentation på ældreområdet end den, der tidligere har været på nationalt niveau. Dette opnås ved bl.a. at hente oplysningerne direkte fra kommunernes elektroniske omsorgsjournaler (EOJ systemer), som opdateres løbende i forbindelse med den kommunale sagsbehandling²⁴.

Det nationale dokumentationsprojekt på ældreområdet i Danmark omfatter således en række kvalitetsindikatorer, ligesom de kommunale

registreringer af faglig kvalitet på plejeboligområdet tilføjer nogle kvalitetsindikatorer på plejeboligområdet, men der er endnu ikke, som i for eksempel Norge, udviklet egentlige nationale kvalitetsindikatorer for ældreplejen. Det er dog et område, der er generel fokus på, og eksempelvis Hjemmehjælpskommissionen har anbefalet nationale mål for faglig kvalitet og nationale kvalitetsindikatorer på hjemmehjælpsområdet med henblik på at monitorere kvaliteten i ældreplejen samt muliggøre yderligere sammenligninger af kvalitet hos kommuner og leverandører (Hjemmehjælpskommissionen, 2013). Derudover – og som nævnt i foregående afsnit – anbefales kommunerne hvert andet år at offentliggøre sammenlignelige oplysninger om den brugeroplevede kvalitet i bl.a. hjemmehjælp. Udviklingen af kvalitetsoplysninger giver også kommunerne i Danmark mulighed for at følge borgernes udvikling over tid og sammenligne over tid på tværs af afdelinger på plejecentre, på tværs af plejecentre og på tværs af kommunerne. Der har derudover været gennemført en række undersøgelser, hvor omsorgsbetinget livskvalitet har været benyttet som outcomeindikator, vha. metoden ASCOT (Rostgaard m.fl., 2012; Rostgaard m.fl., 2013).

I *Finland* betyder anvendelsen af INTERRAI, som især er udbredt i plejehjemssektoren, at det er muligt at basere outcome-indikatorer på dette måleredskab. Vurderingen af outcome-indikatorer har således fundet sted her siden introduktionen af RAI i 2000. På basis af data fra Sotkanet vil man på længere sigt følge om målene fra kvalitetsanbefalingen følges i forhold til følgende specifikke indikatorer (som dog ikke er videnskabeligt validerede og mere relaterer sig til brug af ydelse end egentlig kvalitet i ydelsen):

24 www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/kvalitetsdeklarationer/aeldreom-raadet-indikatorer.aspx

- Andelen af 75+ der bor hjemme
- Andelen af 75+ der modtager regelmæssig hjælp i hjemmet
- Andelen af 75+ der modtager pleje og omsorg fra pårørende
- Andelen af 75+ der bor i ældrebolig
- Andelen af 75+ der bor på plejehjem

INTERRAI benyttes også i *Island*, dog fortrinsvis på plejehjemmene, og data herfra kan benyttes til at generere outcomekvalitetsindikatorer. Derudover findes der ikke standardiserede instrumenter til at generere nationale kvalitetsindikatorer. En del kommuner har udført brugertilfredshedsundersøgelser i 2012, hvor formålet også var at undersøge deres boligforhold og helbredstilstand.

Norge har siden starten af 2000 udført et omfattende arbejde for at udvikle kvalitetsindikatorer i ældreplejen, som opfølgning på en undersøgelse om kvalitet i plejen og omsorgen. Der har især været fokus på at udvikle struktur- og procesindikatorer. Et Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten er blevet etableret med det formål at forske i kvalitet på sundhedsområdet, herunder ældreplejen, og ikke mindst give input til udviklingen af indikatorer.

I 2012 indførte Helsedirektoratet et nationalt indikatorsystem (NKI-systemet) med det formål at samordne udviklingsarbejdet og anvendeligheden af kvalitetsindikatorer inden for hele social- og sundhedssektoren. Der publiceres nu fire nationale indikatorer om plejehjem på hjemmesiden helsenorge.no:

- Lægetimer per uge per beboer i plejehjem
- Andel pladser i enebolig med eget bad/toilet
- Andel medarbejdere med faglig relevant uddannelsesbaggrund, målt i årsværk

- Andel sygefravær af totalt antal kommunale årsværk i borgernære serviceydelser

Datagrundlaget for indikatorerne for ældreplejeområdet er KOSTRA, og indikatorerne afrapporteres på både kommunalt, fylke- og landsgenomsnit. Med vedtagelsen af en ny handleplan for 2014-17 arbejdes der på nuværende tidspunkt også på en række nationale kvalitetsindikatorer for ernæring, f.eks. udviklingen af en indikator, der måler på nattefaste, og at denne ikke overstiger 11 timer, som er den anbefalede maksimale længde i Norge for ældre, der bor på plejehjem, og en indikator der måler på andelen af beboere med kortlagt ernæringsstatus. I tråd med handlingsplanen skal Helsedirektoratet også fremadrettet arbejde med udviklingen af kvalitetsindikatorer inden for områderne habilitering og rehabilitering, ligesom der er planer om at udarbejde specifikke indikatorer på følgende områder:

- Aflyste hjemmebesøg
- Antal medarbejdere per borger
- Brugen af korttidspladser i plejehjem
- Ventetid fra tidspunkt for visitation og til plejen starter op
- Fald og faldforebyggelse
- Tryksår
- Personaleudskiftning
- Helsefremmende arbejde i kommunen

Generelt relaterer kvalitetsindikatorerne i Norge sig til struktur og proces og ikke til outcome. Dette skyldes til dels, at det anses som kompliceret at koble årsag og resultater ikke mindst for borgere med komplekse behov. Men der pågår en løbende diskussion om muligheden for at udvikle mere outcome-relaterede kvalitetsindikatorer.

I *Sverige* har man siden 2000 arbejdet med udviklingen af kvalitetsindikatorer, der på sigt skal kunne anvendes for at måle kvaliteten. Man mangler f.eks. en egentlig videnskabelig validering af indikatorerne og dermed en vurdering af, om de indfanger de væsentligste kvalitetsaspekter. Indikatorerne er blevet til i samarbejde mellem Socialstyrelsen, SKL og forskellige videnscentre bl.a. Svenskt Demenscentrum. Man har i forløbet identificeret følgende 11 overordnede kvalitetsområder, som indikatorerne skulle måle på:

- Tilgængelighed (hvor nemt er det at få pleje og omsorg, hvis man har behov)
- Deltagelse (brugernes mulighed for at påvirke den hjælp de modtager)
- Personaletæthed (hvor meget personale er der i forhold til brugere)
- Kompetencer (hvor kompetent er personalet)
- Kontinuitet (brugernes mulighed for at modtage hjælp af et begrænset antal personale)
- Selvstændighed (brugernes mulighed for at leve og bo selvstændigt)
- Maden (aftensmadens størrelse og mulighed for at vælge forskellige retter)
- Støtte til pårørende
- Lægedeltagelse (involveringsgraden af læger i omsorgen og plejen af de ældre)
- Ledelse og opfølgning (forudsætninger for at lede aktiviteterne og følge op på hændelser)
- Information (forekomsten af opsøgende aktiviteter samt tilgængelig information på internettet om den udbudte pleje og omsorg)

(Socialstyrelsen, 2008)

Öppna jämförelser indeholder indikatorer, der relaterer sig til både struktur, proces og outcome, og der er derudover mulighed for at trække tal på sociale udgifter, så deciderede effektivitetsberegninger kan udføres. I forhold til plejehjems-

området er det f.eks. muligt at finde følgende ti indikatorer:

- Antal af beboere med opdateret omsorgsplan
- Antal af beboere, der har været inddraget i udformningen af deres omsorgsplan
- Fastansatte medarbejderes kompetenceniveau
- Personaleudskiftning
- Boligstandard
- Antal beboere med max. 11 timer fra aftenmåltidet og til næste måltid (natfaste)
- Risikoanalyser for fald
- Risikoanalyser for tryksår
- Risikoanalyser for fejllærning
- Medicinhåndtering

Tidligere var der også indikatorer om personalenormeringer og andel timeansatte.

Öppna jämförelser har skabt en ny mulighed for at sammenligne enheder og kommuner, og har generelt bidraget til forskningen i kvalitet inden for området. En kritik af indikatorerne har dog været, at de er for medicinsk orienterede og ikke indfanger de særlige kvalitetsdimensioner i omsorg og pleje såsom de relationelle faktorer. Derudover baserer de sig i høj grad på selvrapporterede data fra leverandørerne (Szebehely og Meagher, 2013).

LITTERATURLISTE

- Anttonen, A., Häikiö, L., & Stefansson, K. (eds.) (2013) *Welfare State, Universalism and Diversity*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Berg K, Maki B, Williams J, Holliday P, Wood-Dauphinee S. (1992) Clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population. *Arch Phys Med Rehabil*;73:1073-80.
- Bertelsen, T. og Rostgaard, T. (2013) Marketisation in eldercare in Denmark: free choice and the quest for quality and efficiency, i Meagher, G. og Szebehely, M., (red.) *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Stockholm: Stockholm Universitet.
- Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., Tjandens, F.. (2011), *Help Wanted: Proving and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, Paris: OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- Dandi, R. og Casanova, G. (2012) Quality assurance indicators of long-term care in European countries EPRI Research report No. 110. Ancien project.
- Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (2003) *Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner*. DSKS. Downloadet feb 2015.
http://www.dsk.dk/filer/publikationer/kvalitetsbegreber_rapport_januar2003.pdf
- Deloitte (2013) *Ældreområdet – internationale perspektiver*. Rapport udført for Social- og Integrationsministeriet. København: Deloitte.
- Donabedian A. (1966) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* 1966; 44(Suppl.), s.166–203
- Erlandsson, S., Storm, P., Stranz, Szebehely, M. og Trydegård, G-B. (2013) *Marketising trends in Swedish eldercare: competition, choice and calls for stricter regulation*, i Meagher, G. og Szebehely, M., (red.) *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Stockholm: Stockholm Universitet.
- European Centre (2010b) *Quality Management and Quality Assurance in Long-Term Care European Overview Paper*. Vienna: European Centre
- Finansministeriet (2008) *Internationale erfaringer med faglige kvalitetsoplysninger*. Arbejdsgruppen for faglige kvalitetsoplysninger. København: Finansministeriet.
- Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., Saltman, R.B. (eds) *Home Care Case studies across Europe*. Case studies. Amsterdam: NIVEL.
- Griffiths P, Jones S, Maben J and Murrells T (2008) *State of the art metrics for nursing: a rapid appraisal*, London: National Nursing Research Unit, King's College London.
- Guralnik JM, ym. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol* 1994; 49: M85–94.
- Hammar, T., Finne-Soveri, H., Mikkola, H-M., Noro, A., Hujanen, T. (2010) *Quality assurance and quality management in long-term care*. National Report Finland. INTERLINKS report.
- Hansen, M.B & Vedung, E. (2005) *Fælles sprog i ældreplejens organisering – evaluering af et*

standardiseret kategorisystem. Gylling: Syd-dansk Universitetsforlag.

Helsedirektoratet (2013) En gennemgang av kvalitetsbaserte finansieringsordninger. Rapport IS-1940. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2015) Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk. Utvalgte artikler om statistikk for kommunale tjenester. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsetilsynet (2013). ”Vi får satt fokus, blir bevisstgjort og må skjerpe faget vårt ekstra...” En deskriptiv undersøkelse av tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester til eldre. Oppsummering av Rapport fra Helsetilsynet 6/2013. Oslo: Helsetilsynet. downloadet feb 2015, <http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2013/Vi-far-satt-fokus-blir-bevisstgjort-og-ma-skjerpe-faget-vart-undersokelse-tilsyn-med-tjenester-til-eldre/>

Hjemmehjælpskommissionen (2013) Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressurser i centrum for en sammenhengende indsats. Hjemmehjælpskommissionen, Sekretariatet.

Inspektionen för vård och omsorg (2012) Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre. Delrapport. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.

Karsio, O. og Anttonen, A. (2013) Marketisation of eldercare in Finland: legal frames, outsourcing practices and the rapid growth of for-profit services, i Meagher, G. og Szebehely, M., Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences. Stockholm: Stockholm Universitet.

KL (2002) Værd at vide om Fælles sprog. Gylling: Kommuneinformation, KL.

KL (2004) Fælles sprog II - Dokumentation af afgørelser på det kommunale ældre- og handicappområde. København: KL.

KL (2011) Præsentation af Fælles sprog II, version 2. København: KL.

KL og Social-, Børne- og Integrationsministeriet (2013) Undersøgelse af brugertilfredshed på ældreområdet 2013. Downloadet feb. 2015. http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_65493/cf_202/Sammenfatning_af_brugertilfredsheds_undersogelse_d.PDF

KL og Socialministeriet (2010) Kortlægning af kommunernes praksis for tilsyn og opfølgning med personlig og praktisk hjælp i hjemmeplejen efter servicelovens § 83. København: KL og Socialministeriet.

KL og Velfærdsministeriet (2007) Implementering af aftale om ældredokumentation. København: KL og Velfærdministeriet.

Knudsen, J.L., Christensen, M.E. & Hansen, B. (2008). Fra decentral til central regulering af kvalitet i sundhedsvæsenet – en introduktion. I: Knudsen, Janne L., Christensen, Mads E. & Hansen, Bente (red.) (2008). Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter (n.d) Regler om almene boliger, downloadet feb. 2015, <http://www.mbbi.dk/bolig/almene-boliger/regler-om-almene-boliger/almene-aeldreboliger/regler-om-almene-aeldreboliger/>

Ministeriet For Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold (2014) Aftale mellem regeringen, Dansk Folkeparti, Socialistisk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti om fremtidens hjemmehjælp.

- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2013) Brukerundersøkelser i kommunal helse- og omsorgstjeneste. En beskrivelse av utvalgte kunnskapskilder fra andre land. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Nordens Velfärdscenter (2013) Kvalitet i äldreomsorgen: Nordiska erfarenheter. Inspirationshäfte. Stockholm: NVC.
- Nordic Innovation Centre (2010) Nordic service providers' experiences and views on certification as a business tool. Norden.
- Nørgaard, A.S, Rosendahl, M., Jensen, D.C. (2008) Plejehjemstilsyn – politik på pressens præmisser. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- OECD (2005) Longterm care for older people. Paris: OECD.
- OECD (2012) Expert group meeting on long-term care. Monitoring and improving quality in long-term care in OECD countries. DELSA/HEA (2012)29. Paris: OECD.
- OECD (2013a) A Good Life in Old Age? Monitoring and improving quality in long-term care. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD.
- OECD (2013b) Finland. Highlights from A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care. Paris: OECD Publishing.
- Olsson, A-M. (2012) Tidmätning som kontroll – och styrinstrument. En kvalitativ studie av hemtjänstpersonals upplevelser av att arbeta utifrån IT-baserad arbetsplanering och tidmätning. C-uppsats. Uppsala: Uppsala Universitet.
- PA Consulting Group (2014) Analyse af digitalt understøttet genoptræning. Bilag 4. Notat om omsorgssystemer og brug af den nationale videoinfrastruktur.
- Progress - European Centre (2010a) Measuring Progress: Indicators for care homes. Vienna: European Centre http://www.euro.centre.org/data/progress/PROGRESS_ENGLISH.pdf
- Rambøll (2013) Analyse af borgerens vej gennem systemet – fra visitation til levering af hjemmehjælp. Analyse udarbejdet for Hjemmehjælpskommissionen. København: Rambøll.
- Regeringen & KL (2010) Aftale om kommunernes økonomi for 2011. København: Statsministeriet.
- Regeringen, KL og Danske Regioner (2013) Fælles offentlige strategi for digital velfærd 2013-2020. København: Statsministeriet.
- Regeringskansliet (2014) Äldresatsningen: Fyra år med fokus på de mest sjuka äldre. Stockholm: Regeringskansliet.
- Rodrigues, R., Leichsenring, K. Winkelmann, J. (2014) The 'Make or Buy' Decision in Long-term Care: Lessons for Policy. Vienna: European Centre.
- Rostgaard, T., Højmosé, M. Clement, S.L., Rasmussen, S. (2013) Omsorgsbetinget livskvalitet og hjemmehjælp – en ASCOT-undersøgelse blandt hjemmehjælpsmodtagere. Institut for Statskundskab. Aalborg: Aalborg Universitet.
- Rostgaard, T., R.N. Brünnér and Torben Fridberg (2012) Omsorg og livskvalitet i plejebolig, SFI-rapport 12:3. København: SFI.
- Senter for Omsorgsforskning (2013) Forskning for bedre kommunale helse- og omsorgstjenester, En håndbok om hvordan kommunene kan medvirke og tilrettelegge for forskning.

Social- og Integrationsministeriet, KL & Socialstyrelsen (2012) Model til opgørelse af brugertidsprocenter i ældreplejen. København: Social- og Integrationsministeriet.

Social- og Integrationsministeriet, KL & Socialstyrelsen 2012.

Socialdepartementet (2012) Regleringsbrev för budgetåret 2013 avseende Socialstyrelsen. Downloadet feb. 2015. <http://www.esv.se/Verktug--stod/Statsliggaren/Regleringsbrev/?R-BID=14674>

Socialstyrelsen (2008) Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2010) Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011). Utvärdering av Q-projektet: projekt för att stimulera kvalitetsutvecklingen i primärvården genom ekonomiska incitament. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013a) Brug af redskaber i rehabilitering til hverdagens aktiviteter på ældreområdet. En beskrivelse af kommunernes erfaringer og analyse af anvendeligheden. Odense: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013b) Kriterier och system för värdegrundsmärkning – slutrapport. Socialstyrelsen: Stockholm.

Socialstyrelsen (2013c) Lex Sarah – handbok för tillämpning av bestämmelserna om Lex Sarah. Stockholm, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013d) Program: Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem. Program- og projektbeskrivelser. Odense: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013e) Äldres behov i centrum – ett behovsriktat och systematiskt arbetssätt. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2014) Rehabilitering på ældreområdet. Inspiration til kommunal praksis. Odense: Socialstyrelsen.

Socialdepartementet (2003) Bedre kvalitet i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. St. meld. nr. 45 (2002 - 2003). Oslo: Sosialdepartementet.

SOU (2015) Krav på privata aktörer i välfärden. Stockholm: Statens offentliga utredningar. Downloadet April 2015, <http://www.regeringen.se/sb/d/19734/a/254042>

Sundhedsstyrelsen (n.d) Frivillige på plejehjem. Downloadet feb. 2015. http://sundhedsstyrelsen.dk/da/uddannelse-autorisation/tilsyn-med-omraader/~/_/media/98B2B7FDA0E-B4C8BB53239903913A4DC.ashx

Sveriges Kommuner och Landsting (n.d A). Grundkrav och prestationsmål. Downloadet feb. 2015 <http://skl.se/socialomsorgstod/aldre/overenskommelsemestsjukaaldre/grundkravochprestationsmal2014.1723.html>

Sveriges Kommuner och Landsting (n.d B). 840 miljoner för god äldrevård, downloadet feb. 2015, <http://skl.se/tjanster/press/nyheter/arkiveradenyheter>

Szebehely, M. and Meagher, G. (2013) 'Four Nordic countries – four responses to the international trend of marketisation', i G. Meagher & M. Szebehely (eds.) Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences. Stockholm Studies in Social Work; No. 30.

Vabø, M., Christensen, K., Jacobsen, F.F og Trætteberg, H.D. (2013) Marketisation in Norwegian eldercare: preconditions, trends and resistance, i Meagher, G. og Szebehely, M., Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences. Stockholm: Stockholm Universitet.

Valvira (2014) Riksomfattande tillsynsprogrammet för äldreomsorg 2014. Helsingfors: Valvira. Downloadet feb. 2015. http://www.valvira.fi/files/valvontaohjelmat/Tillsynsprogrammet_for_aldreomsorg.pdf

HØVEDFORFATTER

Tine Rostgaard, professor, institut for stadskundskab, Aalborg Universitet

NATIONALE BIDRAGSYDERE

Danmark: Lea Graff, videnskabelig assistent, Aalborg Universitet

Færøerne: Jonas Tór Næs, fuldmægtig, Almannamálaráðið/Ministeriet for sociale anliggender samt Michael H Feldballe Hansen, rådgiver, Almannamálaráðið/Ministeriet for sociale anliggender

Grønland: Jón Anton Sigurjónsson, AC-fuldmægtig, Departementet for Familier, Ligestilling og Sociale Anliggender

Finland: Harriet Finne-Soveri, forskningsprofessor, enheten för äldre, funktionshinder och funktionsförmåga, Institutet för hälsa och välfärd

Åland: Maj-Len Österlund, vik byråchef, Landskapsregeringen

Island: Sigurveig H Sigurðardóttir, lektor i socialt arbete, Islands universitet

Norge: Thorstein Ouren, seniorrådgiver, Helsedirektoratet, Avdeling Omsorgstjenester

Sverige: Ann-Kristin Granberg, utredare, Socialstyrelsen, Avdelning för kunskapsstöd, samt Niklas Bjurström, utredare på Socialstyrelsen

NORDENS VÄLFÄRDSCENTER

– EN INSTITUTION UNDER NORDISKA MINISTERRÅDET

Vi främjar och stärker den nordiska välfärdsmodellen.

Kunskap

Vi samlar erfarenheter från de nordiska länderna inom det välfärdspolitiska området.

Vidareföring

Vi sprider kunskap via våra aktiviteter och nätverk.

Dialog

Vi skapar dialog mellan politiker, forskare och praktiker.

Vi arbetar med

Välfärdspolitik

Funktionshindersfrågor

Arbetsinkludering

Alkohol- och drogrågor

Välfärdsteknologi



norden

Nordens Välfärdscenter