

NATIONAL UNDERSØGELSE AF FORHOLDENE PÅ PLEJECENTRE

MARTS 2016

National undersøgelse af forholdene på plejecentre

Udarbejdet af: Sundheds- og Ældreministeriet

Copyright: Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Udgivet af:

Sundheds- og Ældreministeriet

Holbergsgade 6

1057 København K

Telefon: 72 26 90 00

E-post sum@sum.dk

EAN –lokationsnummer: 5798000362055

Grafisk design: 1508 A/S

Udgivelsesår: 2016

ISBN: 978-87-7601-359-2 (udgives kun elektronisk)

Publikationen er tilgængelig på <http://www.sum.dk>

Indhold

Kapitel 1. Introduktion til undersøgelsen.....	6
1.1. Indledning	6
1.2. Om undersøgelsen	7
1.3. Undersøgelsens opdeling	8
1.3.1. Kapitlerne i undersøgelsen	8
1.4. Konklusioner i undersøgelsen	9
1.5. Større initiativer på ældreområdet	11
Kapitel 2. Lovgivningsmæssige rammer.....	13
2.1. Boformer på plejeboligområdet.....	13
2.1.1. Almene plejeboliger	13
2.1.2. Plejehjem	14
2.1.3. Fripnejeboliger	14
2.2. Visitation til plejebolig	14
2.2.1. Frit valg af plejebolig	14
2.2.2. Plejeboliggarantien	15
2.3. Hjemmehjælp og hjemmesygepleje.....	15
2.3.1. Hjemmehjælp	15
2.3.2. Rehabiliteringsforløb	16
2.3.3. Genoptræning og vedligeholdelsestræning	16
2.3.4. Kvalitetsstandarder	17
2.3.5. Værdighedspolitikker	17
2.3.6. Hjemmesygepleje	17
2.3.7. Udlicitering af plejen	18
2.4. Tilsyn	18
2.4.1. Socialfagligt tilsyn	18
2.4.2. Tilsyn med friplejeboliger	19
2.4.3. Sundhedsfagligt tilsyn.....	20
Kapitel 3. Fakta.....	21
3.1. Plejecenterområdet	21
3.1.1. Udviklingen i antallet af ældre.....	21
3.1.2. Antal pladser.....	21
3.1.3. Antal beboere	22
3.1.4. Belægningsgraden	22
3.1.5. Gennemsnitligt ophold i plejebolig	23
3.1.6. Andelen af mænd og kvinder.....	23
3.1.7. Alder ved indflytning	23
3.1.8. Beboernes civilstand	24
3.2. Sundhedsdata	24
3.2.1. Udvalgte kroniske sygdomme.....	25
3.2.2. Personer med demens	26
3.2.3. Medicinforbrug.....	27
3.2.4. Indlæggelser	28
3.2.5. Forebyggelige indlæggelser	28

3.2.6. Akutte genindlæggelser.....	29
3.2.7. Kontakten til almen praktiserende læge	30
3.2.8. Aktivitet.....	30
Kapitel 4. Organisering af plejen	32
4.1. Beboere med demens	32
4.2. Beboernes trivsel.....	34
4.3. Plejen og omsorgen	35
4.3.1. Soverutiner.....	36
4.3.2. Måltiderne	37
4.3.3. Baderutiner.....	38
4.4. Beboernes tilfredshed med hjælpen.....	38
4.5. Aktiv hverdag	40
4.6. Madservice og ernæring.....	42
4.6.1. Ernæringsrigtig mad	42
4.6.2. Madproduktionen.....	44
4.7. De fysiske rammer	45
4.7.1. Boliger til beboere med demens.....	46
4.7.2. Særlige botilbud	46
4.8. Velfærdsteknologi.....	47
4.8.1. Personer med demens	48
4.8.2. Dokumentation og IT	49
Kapitel 5. Sundhedsfaglig behandling	50
5.1. Hjemmesygeplejen.....	51
5.2. Medicinhåndtering	52
5.3. Samarbejdet med praktiserende læger og sygehus.....	53
5.3.1. Samarbejde med praktiserende læger	53
5.3.2. Samarbejde med sygehus.....	56
Kapitel 6. Personalets uddannelse.....	57
6.1. Oversigt over uddannelsesfordelingen	58
6.1.1. Social- og sundhedshjælpere	59
6.1.2. Andelen af social- og sundhedshjælpere på plejecentrene	60
6.1.3. Social- og sundhedsassistenter.....	60
6.1.4. Andelen af social- og sundhedsassistenter på plejecentrene.....	61
6.1.5. Andelen af social- og sundhedshjælpere ift. social- og sundhedsassistenter.....	61
6.1.6. Sygeplejersker.....	62
6.1.7. Andelen af sygeplejersker på plejecentrene.....	63
6.1.8. Elever og studerende	65
6.1.9. Ufaglært personale.....	65
6.2. Efteruddannelse og kompetenceudvikling	66
Kapitel 7. Normering og vikardækning	67
7.1. Bemandingen	68
7.2. Vagttyper og mødetidspunkter	69
7.2.1. Gennemsnitlig normering	69
7.2.2. Dagvagter.....	70
7.2.3. Aftenvagter.....	70
7.2.4. Nattevagter.....	70
7.3. Forhold af væsentlig betydning for normeringen	71
7.3.1. Madproduktionen.....	71

7.3.2. Plejecentre med køkkenpersonale	72
7.3.3. Plejecentre uden køkkenpersonale	72
7.3.4. Rengøring og tøjvask.....	73
7.3.5. Plejecentre, hvor rengøringspersonalet varetager alt rengøring	73
7.3.6. Plejecentre, hvor rengøringspersonale og plejepersonale er fælles om rengøring	73
7.3.7. Tøjvask.....	73
7.4. Fravær og vikardækning.....	74
7.4.1. Kommunernes brug af vikarordninger	74
7.4.2. Kommunernes udgifter til eksterne vikarer	76
7.4.3. Årsager til vikardækning	76
7.4.4. Praxis for vikardækning	77
Kapitel 8. Magtanvendelse	78
8.1. Lovgivning på magtanvendelsesområdet	78
8.1.1. Personlige alarm- og pejlesystemer og særlige døråbnere	79
8.1.2. Fastholdelse	79
8.1.3. Tilbageholdelse	80
8.1.4. Anvendelse af stofseler	80
8.1.5. Flytning uden samtykke	80
8.2. Ankestyrelsens undersøgelse af magtanvendelse på socialområdet	81
Kapitel 9. Pårørende og frivillige.....	84
9.1. Pårørende som samarbejdspart	84
9.2. Pårørendepolitikker	84
9.3. Demenskonsulenter.....	85
9.4. Private aktører	85
9.5. Ældreråd.....	85
9.6. Frivillige på plejecentre	85
9.7. Kommunale retningslinjer for inddragelse af frivillige.....	86
Bilag 1: Litteraturliste	87

Kapitel 1. Introduktion til undersøgelsen

1.1. Indledning

I denne undersøgelse beskrives forholdene på plejecentre i Danmark. Formålet med undersøgelsen er at give et samlet opdateret billede af viden om forholdene og indsatserne på plejecentre for ældre borgere over 65 år. Baggrunden for undersøgelsen er, at Folketingets Socialudvalg i forbindelse med behandlingen af beslutningsforslag "B43 om Forslag til folketingsbeslutning om en national undersøgelse af plejeboligheder" i marts måned 2015 besluttede, at der skulle udarbejdes en undersøgelse af plejecentre.

Boks. 1.1. Beretning om en national undersøgelse af plejeboligheder

Det fremgår af beretningen for B43, at undersøgelsen skal afdække følgende områder:

- Beboernes trivsel, bemanding og normering, herunder personalenormering pr. ældre, og normering fordelt over døgnet på de enkelte vagter
- Faglighed hos plejepersonalet, herunder andelen af social- og sundhedsfagligt uddannet personale i de forskellige kategorier samt omfanget af brugen af ufaglært personale og vikarer
- Hvorledes og i hvilket omfang personalets ressourcer anvendes bedst muligt i forhold til plejeopgaver, fx i forhold til it-understøttelse, dokumentation og effektivisering af administrative opgaver
- De daglige rutiner og aktiviteter, herunder om rutinerne og aktiviteterne tager udgangspunkt i den enkelte beboers behov og ønsker
- De fysiske rammer
- Kvalitet og tilgængelighed af sundhedsfaglige kompetencer
- Kost
- Medicinforbrug
- Anvendelsen af magt
- De pårørendes vilkår

Undersøgelsen skal desuden "inddrage forholdene for den relativt store del af beboerne, der lider af demenssygdomme, særligt set i relation til den specifikke faglighed og normering, som denne gruppe kræver".

Beretning afgivet af Socialudvalget den 26. marts 2015

Danskerne lever generelt længere og er mere ressourcestærke end tidligere generationer, når det kommer til sundhed, økonomi, socialt netværk og fritidsaktiviteter. Den kommende generation af ældre forventes derfor at være mere aktive og tage et større ansvar for deres helbred og for den alderdom, de ønsker at have. Selvom gruppen af ressourcestærke ældre forventes at vokse, vil der samtidig også være flere ældre, som ikke kan klare sig selv. Det er ældre, som har behov for omfattende pleje og behandling, fx fordi de er svækket af alderen eller på grund af langvarige og ofte komplekse sygdomme. Det gælder blandt andet gruppen af personer med moderat eller svær demens, som ofte har behov for hjælp til en række funktioner som mad- og væskeindtag, personlig hygiejne og toiletbesøg m.v., og hvis hukommelses- og adfærdsforstyrrelser fx i form af aggressiv eller apatisk adfærd stiller særlige krav til personalet og de arbejdsmetoder, der anvendes i plejen. Det er derfor vigtigt, at de social- og sundhedsfaglige indsatser, personalets kvali-

fikationer og de fysiske omgivelser skaber de bedst mulige rammer for beboernes trivsel og selvbestemmelse.

Der er løbende blevet udarbejdet analyser, der skal sætte fokus på forholdene for ældre, herunder ældre på plejecentrene. Blandt andet kom Ældrekommissionen i 2012 med en rapport om "Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem"¹. Til brug for kommissionens arbejde udarbejdede Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) en analyse af omsorgen og livskvaliteten i plejeboligen. Formålet med undersøgelsen var at afdække, om plejen og omsorgsindsatsen på et plejecenter bidrager til at forbedre beboerens livskvalitet. Derudover har Ankestyrelsen i 2015 foretaget en undersøgelse af kommunernes håndtering af reglerne om magtanvendelse i serviceloven i forhold til personer med demens, og der gennemføres løbende nationale undersøgelser af brugertilfredsheden blandt modtagere af hjemmehjælp.

Samtidig er der igangsat en lang række initiativer, som skal forbedre forholdene for ældre, herunder beboere på plejecentre. Som opfølgning på Ældrekommissionens rapport blev igangsat et program om livskvalitet og selvbestemmelse finansieret via satspuljeaftalen for 2012. Senest er der med finansloven for 2016 afsat i alt 3,4 milliarder kr. i 2016 på sundheds- og ældreområdet. Det omfatter blandt andet en milliard kr. årligt fremover til en mere værdig ældrepleje i kommunerne, 470 mio. kr. til en national handlingsplan for demens, 1,2 mia. kr. til en handlingsplan for ældremedicinske patienter samt indførelse af faste læger på plejecentre.

1.2. Om undersøgelsen

Undersøgelsen er baseret på nyere eksisterende viden og indsatser på plejecenterområdet i Danmark. Derudover har Ankestyrelsen, til brug for undersøgelsen, udarbejdet en kortlægning, som afdækker medarbejdernes uddannelsesbaggrund, omfanget af sygefravær, normering og brugen af vikarer m.v. på plejecentrene.

Ankestyrelsens kortlægning baserer sig på en spørgeskemaundersøgelse blandt landets kommuner samt en caseundersøgelse af 12 udvalgte plejecentre som supplement til spørgeskemaundersøgelsen. Det vil fremgå af undersøgelsen, hvornår et afsnit eller oplysninger baseres på resultatet af Ankestyrelsens kortlægning. For en beskrivelse af baggrundsdata og de enkelte casebeskrivelser henvises til bilag 2 i Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet. Ankestyrelsens kortlægning kan hentes her: [Ankestyrelsen](#)

Målgruppen for undersøgelsen er borgere, der er fyldt 65 år, som bor på et plejecenter. Selvom der findes forskellige boformer for ældre i form af plejehjem efter serviceloven, plejeboliger efter almenboliglovgivningen og friplejeboliger efter friplejeboligloven, anvendes begrebet plejecenter som en fælles betegnelse for alle boformerne. Hele området omtales plejecenterområdet og den enkelte bolig omtales som plejeboligen. I de kapitler hvor det er nødvendigt at kunne skelne mellem de forskellige boformer, anvendes den i lovgiv-

¹ Med finanslovsaftalen for 2011 blev det besluttet at nedsætte en kommission om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem (Ældrekommissionen). Kommissionen afleverede i 2012 med rapporten "Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem".

ningen anvendte betegnelse for boligerne, dvs. henholdsvis plejehjem, plejeboliger eller friplejeboliger.

Beboere med demens og deres behov beskrives løbende i de relevante kapitler. Derudover henvises der til arbejdet med den nationale handlingsplan for demens, som blev besluttet i forbindelse med satspuljeforhandlingerne for 2016. Undersøgelsen har fokus på indsatsen og forholdene på plejecentre og omfatter derved ikke indsatsen på sygehus og hos de alment praktiserende læger og speciallæger. Der henvises til arbejdet med handlingsplanen for den ældre medicinske patient, som blev besluttet i forbindelse med finanslovsforhandlingerne for 2016 samt udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, som blev besluttet i forbindelse med aftalerne om kommunernes og regionernes økonomi for 2016.

1.3. Undersøgelsens opdeling

Undersøgelsen er foruden dette indledende kapitel inddelt i otte kapitler, der kommer rundt om de temaer, der er oplistet i Socialudvalgets beretning over B 43. Kapitlerne indeholder en beskrivelse af relevante initiativer, der er igangsat på området.

1.3.1. Kapitlerne i undersøgelsen

- *Kapitel 2: Lovgivningsmæssige rammer.* Kapitlet beskriver de lovgivningsmæssige rammer for plejecenterområdet efter almenboligloven, friplejeboligloven, serviceloven og sundhedsloven m.v., som kommunerne skal tilrettelægge indsatsen indenfor.
- *Kapitel 3: Fakta.* Kapitlet beskriver relevant fakta om plejecenterområdet. Det drejer sig blandt andet om antallet af pladser, antal beboere, gennemsnitlige botid på et plejecenter. Endvidere beskrives beboernes sundhedstilstand ud fra relevant data.
- *Kapitel 4: Plejen og omsorgen.* Kapitlet beskriver plejen og aktiviteterne på plejecentrene, herunder mad og ernæring, de fysiske rammer og brugen af velfærdsteknologi. Derudover beskrives beboernes egen oplevelse af deres trivsel og livskvalitet.
- *Kapitel 5: Sundhedsfaglig behandling.* Kapitlet beskriver den sundhedsfaglige indsats på plejecentrene, herunder medicin håndtering og samarbejdet med de alment praktiserende læger samt sygehusene.
- *Kapitel 6: Personalets uddannelse.* Kapitlet beskriver personalets opgaver, uddannelsesmæssige baggrund og efteruddannelse.
- *Kapitel 7: Bemanningen.* Kapitlet beskriver de personalemæssige ressourcer i form af normeringen og vikardækningen på 12 udvalgte plejecentre.
- *Kapitel 8: Magtanvendelse.* Kapitlet beskriver rammerne for magtanvendelse samt kommunernes håndtering af servicelovens magtanvendelsesregler over for personer med demens.
- *Kapitel 9: Pårørende og frivillige.* Kapitlet sætter fokus på de pårørendes rolle samt brugen af frivillige på plejecentrene.

1.4. Konklusioner i undersøgelsen

Der boede ca. 40.800 borgere på 65 år og derover på et plejecenter i 2015 svarende til ca. 3,8 pct. af gruppen af ældre på 65 år og derover. Beboerne på plejecentrene bor der ofte i kort tid, og i gennemsnit er beboelsestiden 2 år og 8 måneder. Ud over et stort behov for omsorg og pleje har mange af beboerne forskellige og ofte komplekse kroniske lidelser samt en større kontakt til sundhedsvæsenet end øvrige ældre. Ældre, der på bor plejecenter, har et højere medicinforbrug, større kontakt til egen læge, og flere indlæggelser end jævnaldrende, som ikke bor på plejecenter. Kontakten til sundhedsvæsenet er dog mindre for beboere på plejecentre end for borgere, som ikke bor på plejecenter, men som modtager hjemmesygepleje og hjemmehjælp.

De fleste ældre, der bor på plejecenter, er tilfredse med den pleje, de modtager. En undersøgelse, som SFI udarbejdede for Ældrekommissionen i 2012 om omsorg og livskvalitet i plejeboligen viser, at indflytningen på et plejecenter generelt løfter beboernes livskvalitet. Forbedringen af livskvaliteten hænger sammen med beboerens helbredsmæssige forhold. Jo dårligere funktionsevne, jo større er forbedringen af livskvaliteten ved at flytte på plejecenter.

Ankestyrelsen har udarbejdet en kortlægning af plejeboligområdet, herunder en caseundersøgelse på 12 plejecentre. Caseundersøgelsen viser, at der er forskel på, hvordan de enkelte plejecentre organiserer og udfører plejen og omsorgen for beboerne. Overordnet tilrettelægges plejen omkring en fast døgnrytme med udgangspunkt i beboernes soverutiner og måltider. Tidsrummet fra beboerne hjælpes op om morgenen til, at de beboere, som ønsker det, sover til middag efter frokost, beskrives af personalet som det travleste tidspunkt i løbet af dagen.

Aftenrutinerne påbegyndes på tværs af de 12 plejecentre ved 19-tiden, og som udgangspunkt er beboerne hjulpet i seng inden nattevagten møder ind kl. 23. De fleste centre er fleksible, hvis borgerne ønsker at sove på et andet tidspunkt. Fleksibiliteten gælder også i forhold til tidspunktet for måltiderne, som kan tilpasses beboernes behov, selvom de som udgangspunkt serveres på fastlagte tidspunkter og i centrenes fællesarealer.

Et af de områder, hvor der er størst forskel på plejecentrene, er omfanget af de aktiviteter, der sættes i gang for beboerne. Nogle steder arrangeres en lang række aktiviteter på daglig basis, enkelte steder er der ansat aktivitetsmedarbejdere, mens aktiviteterne andre steder er mere begrænset. Aktiviteter kan omfatte busture, fælles madlavning, motion m.v.

Mad og ernæring har stor betydning for beboernes helbred og livskvalitet. Ankestyrelsens caseundersøgelse af 12 plejecentre viser, at plejecentrene har fokus på at servere særlig næringsrig kost til småtspisende beboere. Plejecentre, der råder over egne køkkener, peger desuden på, at madproduktion kan have en positiv effekt på beboernes appetit.

Ca. 40 pct. af beboerne på plejecentre er diagnosticeret med demens. Det præcise antal kendes dog ikke med sikkerhed, og der tales ofte om et ukendt mørketal på området. Per-

sonalet på plejecentrene oplever generelt, at beboerne har et stort plejebenhov og komplekse problemstillinger, hvoraf demens udgør en særlig problemstilling for mange.

Ifølge Ankestyrelsen udgør social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter langt den største andel af medarbejderne ansat på landets plejecentre. Derudover har langt de fleste kommuner sygeplejersker på de enkelte plejecentre. Knap en tredjedel af kommunerne har ikke ansat ufaglærte på deres plejecentre, mens ufaglærte udgør mellem nul og fem pct. af plejepersonalet i ca. en tredjedel af kommunerne. I langt hovedparten af de resterende kommuner udgør ufaglært personale mellem fem til ti pct. Der er dog enkelte kommuner, hvor ufaglærte udgør en større andel.

Ankestyrelsen har ikke foretaget en opgørelse af den gennemsnitlige personalenormering på landets plejecentre. Dette skyldes, ifølge Ankestyrelsen, at man ikke kan foretage en sammenligning af normeringen på tværs af landets plejecentre, idet der i praksis ikke opereres med en ensartet definition af, hvilke arbejdsopgaver og medarbejdergrupper der indgår i et plejecenters normering. Derudover varierer normeringen hen over døgnet. Hertil kommer, at plejecentrene er organiseret meget forskelligt, hvad angår personalesammensætning, mødetidspunkter og opgaveløsning.

Ankestyrelsen har i stedet belyst normeringen via caseundersøgelsen, hvor der er mulighed for at medtage og beskrive de underliggende forhold, der har betydning for normeringen på de enkelte plejecentre. Caseundersøgelsen viser, at der er stor forskel på normeringen på de forskellige plejecentre og på normeringen på de forskellige vagter. Variationen i normeringen afspejler det skiftende aktivitetsniveau på plejecentrene i løbet af døgnet. På dagvagter i hverdage er der i gennemsnit 3,4 beboere pr. medarbejder på de 12 plejecentre i caseundersøgelsen. På aftenvagter er der i gennemsnit 6,7 beboere pr. medarbejder og på nattevagter er der i gennemsnit 24,2 beboere pr. medarbejder. Der er dog ikke en direkte sammenhæng mellem normeringen, og hvor mange personalemæssige ressourcer der er til rådighed for de borgernære plejeopgaver. Dette afhænger bl.a. af, hvorvidt plejepersonalet skal varetage opgaver som rengøring, tøjvask og madlavning.

Ankestyrelsen offentliggjorde i 2015 en undersøgelse af kommunernes håndtering af magtanvendelsesreglerne over for borgere med demens. Undersøgelsen viser blandt andet, at halvdelen af de trufne afgørelser ikke er i overensstemmelse med regler og praksis. Dette skyldes hovedsageligt et mangelfuldt oplysningsgrundlag. Derudover viser undersøgelsen, at kommunerne og særligt medarbejderne efterlyser mere viden om brug af magtanvendelsen og forståelsen for formålet, vigtigheden og konsekvensen af registrering af magtanvendelsen. Hertil kommer, at flere kommuner peger på, at plejepersonalet har vanskeligt ved at vurdere, hvor grænsen går mellem omsorg og magtanvendelse.

Pårørende og frivillige spiller en stor rolle for beboerne på plejecentrene. Flere kommuner har udarbejdet pårørendepolitikker, som skal skabe klare rammer for et godt samarbejde. De pårørende er ofte dem, som kender de ældre bedst, og som har viden om, hvilke værdier, ønsker og behov de har. Derudover spiller frivillige også en vigtig rolle på plejecentrene. Undersøgelsen viser, at alle kommuner i høj eller nogen grad gør brug af frivillige. Ofte arrangerer de frivillige forskellige aktiviteter for beboerne. Det kan fx være gåture, filmklub eller besøgsvenner m.v.

1.5. Større initiativer på ældreområdet

- **Værdighedspolitikker**
Kommunerne skal fremover udarbejde og offentliggøre værdighedspolitikker på ældreområdet, som beskriver kommunernes overordnede værdier og prioriteringer. Værdighedspolitikkerne skal forholde sig til 5 centrale områder i ældreplejen: 1) Livskvalitet, 2) selvbestemmelse, 3) kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen, 4) mad og ernæring og 5) en værdig død.
- **Værdighedsmilliarden**
Med finansloven for 2016 afsættes i alt 1 mia. kr. årligt til kommunerne til at understøtte implementeringen af værdighedspolitikkerne lokalt. Midlerne kan bl.a. anvendes til ansættelse af personale og kompetenceudvikling med fokus på at understøtte arbejdet med værdighed i ældreplejen.
- **National handlingsplan for demens**
Med satspuljeaftalen for 2016 afsættes i alt 470 mio. kr. over fire år til en national handlingsplan for demens. Handlingsplanen har tre overordnede målsætninger: 1) Danmark skal være et demensvenligt land, hvor mennesker med demens kan leve et værdigt og trygt liv. 2) Behandling og pleje af personer med demens skal tage udgangspunkt i den enkeltes behov og værdier og tilbydes i sammenhængende forløb med fokus på forebyggelse, tidlig indsats, nyeste viden og øget forskningsindsats. 3) Pårørende skal inddrages aktivt og samtidig have mere støtte i livet som pårørende.
- **National handlingsplan for den ældre medicinske patient**
I finanslovsaftalen for 2016 afsættes 320 mio. kr. i 2016 og 300 mio. kr. årligt fra 2017 og varigt herefter til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Initiativet består af en akutpakke målrettet nedbringelse af overbelægning på sygehuse samt en langsigtet handlingsplan bl.a. med fokus på styrkede kompetencer i kommuner og almen praksis.
- **Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen**
Som opfølgning på aftalerne om kommunernes og regionernes økonomi for 2016 har regeringen nedsat et udvalg under Sundheds- og Ældreministeriet med deltagelse af KL, Danske Regioner, Social- og Indenrigsministeriet og Finansministeriet. Udvalget skal komme med forslag til en plan for udbygning af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Formålet er at sikre, at patienter oplever sammenhæng i deres behandlingsforløb på tværs af sygehuse, kommuner og praktiserende læger.
- **Livskvalitetspuljen**
I satspuljeaftalen for 2016 afsættes i alt 20 mio. kr. til en pulje til at øge livskvaliteten på plejehjem og i plejeboliger. Midler kan eksempelvis gå til naturoplevelser eller kulturelle aktiviteter med sang, musik og dans, det gode måltid, aktiviteter med besøgs-hund på plejecentre m.v.

- **Faste læger på plejecentre**
I forbindelse med satspuljeaftalen for 2016 var der enighed om at indføre en ordning, hvor beboerne på plejecentrene er tilmeldt en alment praktiserende læge, der har sin faste gang på plejecentret. Der afsættes i alt 100 mio. kr. til, at kommunerne i en indkøringsfase kan honorere de fast-tilknyttede læger for at yde generel sundhedsfaglig rådgivning til personalet på plejecentret.
- **I sikre hænder**
Med satspuljeaftalen for 2016 afsættes i alt 14 mio. kr. til udbredelse af erfaringerne fra pilotprojektet "I sikre hænder" til flere kommuner. Formålet er at forebygge utilsigtede hændelser som fx tryksår, medicineringsfejl og infektioner.
- **Demensegnede plejeboliger**
Med satspuljeaftalen for 2015 blev der afsat i alt 50 mio. kr. til mere demensegnede plejeboliger. Størstedelen af beløbet går til en ansøgningspulje til kommunerne til demensegnet ombygning og indretning af plejecentre.
- **Redskab til målrettet pleje af demente**
Med satspuljeaftalen for 2015 blev der afsat i alt 14,5 mio. kr. til afprøvning af et redskab til personer med demens (BPSD-systemet). Projektets formål er at øge livskvaliteten for beboere i plejeboliger, som mistrives som følge af deres demenssygdom.
- **Demensrejseholdet**
Med satspuljeaftalen for 2015 blev der afsat i alt 20 mio. kr. til etablering af demensrejsehold, som skal udanne demensnøglepersoner på udvalgte plejecentre. Rejseholdet skal styrke medarbejdernes viden om demens og pleje af demente.
- **Udvikling af bedre rammer om det gode måltid for ældre**
I forbindelse med satspuljeaftalen for 2015 blev der afsat i alt 11 mio. kr. til en ansøgningspulje til kommunerne til udvikling af bedre rammer omkring måltiderne til ældre.
- **Ældremilliarden**
I finanslovsaftalen for 2014 blev der afsat 1 mia. kr. årligt på finansloven til ældreområdet. Midlerne skal løfte ældreplejen, hvor der er størst behov i den enkelte kommune.
- **Program om Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem**
Med satspuljeaftalen for 2012 blev der afsat i alt 30 mio. kr. til opfølgning på Ældrekommissionens rapport om Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem. Der blev igangsat et program, der skal styrke plejehjemsbeboernes livskvalitet og selvbestemmelse, bl.a. gennem udvikling af kompetenceudviklingsforløb for medlemmerne og medarbejderne samt initiativer, der har fokus på den palliative pleje, kontinensplejen og inddragelse af frivillige.
- **Aftale om tilsyn**
Regeringen har i februar 2016 indgået en bred politisk aftale om omlægning af Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med behandlingssteder til et risikobaseret tilsyn. Heraf følger bl.a., at de lovbestemte tilbagevendende tilsyn med plejehjem m.v. afløses af et proaktivt risikobaseret tilsyn med alle behandlingssteder på sundhedsområdet, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling. Tilsynet med behandlingssteder bliver baseret på en datadrevet risikovurdering af, hvor faren for patientsikkerheden er størst. Tilsynet bliver gebyrfinansieret. Ændring af tilsynet kræver lovændring.

Kapitel 2. Lovgivningsmæssige rammer

Afsnittet beskriver de lovgivningsmæssige rammer for plejecenterområdet, herunder de forskellige boformer, visitationen til plejebolig, hjælp efter serviceloven og sundhedsloven. Desuden vil både det socialfaglige og sundhedsfaglige tilsyn med plejeboliger blive beskrevet. Formålet er at beskrive kommunernes lovgivningsmæssige ansvar og opgave i forbindelse med tilrettelæggelsen og udførelsen af plejen af ældre på plejecentre. Reglerne omkring magtanvendelse beskrives i kapitel 8.

Reglerne på plejecenterområdet sonder mellem botilbud og servicetilbud. Reglerne om botilbuddet, dvs. selve plejeboligbygningerne, er således adskilt fra reglerne om servicetilbuddet, dvs. den hjælp og støtte, borgeren kan modtage i forbindelse med botilbuddet, fx hjemmehjælp og hjemmesygepleje. Nedenfor beskrives først reglerne for de forskellige boformer på plejecenterområdet, og dernæst reglerne for den hjælp borgeren kan modtage.

2.1. Boformer på plejeboligområdet

Plejecenterområdet omfatter tre typer af boformer: 1) Almene Plejeboliger, 2) Plejehjem og 3) Fripnejeboliger. Nedenfor beskrives de tre boformer.

2.1.1. Almene plejeboliger

Almene ældreboliger etableres efter almenboligloven. Almene ældreboliger kan opføres og drives af almene boligorganisationer, selvejende institutioner og kommuner. Herudover kan regionerne opføre/drive almene ældreboliger, der indrettes med henblik på at betjene personer med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Det er som udgangspunkt kommunalbestyrelsen, der har anvisningsretten til de almene ældreboliger, uanset hvem der ejer boligerne.

Almene plejeboliger er almene ældreboliger, som har tilknyttet servicearealer, der anvendes til omsorgs- og servicefunktioner med tilhørende personale til betjening af beboernes særlige behov. Servicearealerne er indrettet i umiddelbar tilknytning til plejeboligerne med henblik på at betjene beboerne i disse boliger. De almene plejeboliger kan alene anvises til personer med et særligt omfattende plejebæhov. Beboerne i almene plejeboliger er lejere efter lov om leje af almene boliger.

Der stilles en række krav til almene ældreboliger, herunder plejeboliger, i forhold til udformning, indretning og mulighed for at tilkalde hjælp. Indretningen af almene ældreboliger skal være særligt egnet til ældre og personer med handicap. Boligerne skal have eget toilet og bad, og som udgangspunkt skal der være køkken i boligerne. En del af boligernes areal kan indrettes som fælles boligareal. Der kan således etableres opholdsrum, køkken, hobbyrum eller lignende til fælles brug for beboerne i ældreboligerne. Derudover skal der fra den enkelte ældrebolig kunne tilkaldes hurtig hjælp fx i tilfælde af sygdom, uheld eller lignende, så beboernes tryghed øges. I afsnit 4.7. om de fysiske rammer beskrives forskellige boligtilbud til personer med demens.

2.1.2. Plejehjem

Med ældreboliglovens vedtagelse i 1987 (nuværende almenboliglov) opføres der ikke længere nye plejehjem efter servicelovens § 192. I stedet opføres boligerne som almene plejeboliger efter almenboligloven, jf. ovenstående afsnit. De eksisterende plejehjem, etableret før 1987, drives dog fortsat efter serviceloven.

Beboere i plejehjem efter servicelovens § 192 er ikke lejere. De rettigheder og pligter, der gælder efter lov om leje af almene boliger, gælder ikke for beboere i plejehjem efter servicelovens § 192. Med lejerrettighedsbekendtgørelsen er der dog indført en række bestemmelser, der sikrer beboerne i plejehjem en række af de rettigheder, som gælder for lejere i plejeboliger. Ligeledes er reglerne om betaling for boligen på plejehjemmet søgt indrettet, så beboerne er lige så gunstigt stillet, som hvis de boede i en plejebolig.

2.1.3. Friplejeboliger

Privates adgang til at oprette og drive private boliger for personer med behov for omfattende service og pleje efter serviceloven er reguleret i lov om friplejeboliger. Som udgangspunkt indgår friplejeboliger ikke i den kommunale forsyningsforpligtelse, men med ændringen af friplejeboligloven fra den 1. juli 2015 kan det aftales med kommunalbestyrelsen, at denne får anvisningsret til en eller flere boliger i en friplejeboligbebyggelse.

En friplejebolig er en privat udlejningsbolig. Efter friplejeboligloven fra 2007 har fonde, herunder selvejende institutioner og andre private leverandører, haft adgang til at etablere og drive friplejeboliger i konkurrence med de kommunale plejeboligtilbud. Friplejeboliger udvider således borgerens frie valg mellem kommunale og private plejeboliger. Boligerne skal ikke drives i en bestemt selskabsform, men friplejeboligleverandøren skal være certificeret af Sundhedsstyrelsen til at levere hjemmehjælp efter servicelovens § 83, jf. § lov om friplejeboliger § 5. Derudover kan friplejeboligleverandører certificeres til at levere andre ydelser efter serviceloven. Friplejeboliger kan etableres med og uden offentlig støtte ved nybyggeri eller ombygning. Endvidere kan friplejeboliger uden offentlig støtte etableres ved køb eller leje af lokaler eller ved omdannelse af eksisterende ejendomme, der bebos af beboere med plejebenhov. Friplejeboliger skal opfylde de samme krav til udstyr og udformning, som gælder for almene plejeboliger.

2.2. Visitation til plejebolig

Anvisningen af en plads i en plejebolig foretages af kommunalbestyrelsen på baggrund af en konkret og individuel vurdering af borgerens boligmæssige, sociale, økonomiske, psykiske og fysiske situation. Plejeboligerne bliver tildelt efter behov. Kommunalbestyrelsen skal således anvise plejeboligen til den borger, der har størst behov for den pågældende bolig.

Hvis kommunalbestyrelsen afslår at visitere en borger til en plejebolig, kan borgeren klage over afgørelsen til Ankestyrelsen.

2.2.1. Frit valg af plejebolig

Borgere, som kommunalbestyrelsen har visiteret til en plejebolig, har ret til frit at vælge en plejebolig. Der gælder også en ret til at medtage en ægtefælle, samlever eller registreret

partner. Derfor skal den bolig, som kommunalbestyrelsen anviser, være egnet til to personer, hvis borgeren ønsker det.

Retten til frit valg gælder uanset boligens beliggenhed. Borgere, som ønsker at flytte i en plejebolig i en anden kommune, har således ret til at få anvist en plejebolig på lige fod med tilflytningskommunens egne borgere. Det forudsætter dog, at borgeren både opfylder betingelserne for at blive visiteret til en plejebolig i fraflytningskommunen og tilflytningskommunen (dobbeltvisitation).

En borger, der er visiteret til en plejebolig, har ret til at vælge en friplejebolig i borgerens opholdskommune eller i en anden kommune efter friplejeboliglovens regler. Friplejeboliger er ikke omfattet af reglerne om dobbeltvisitation ved flytning over kommunegrænser, som det er tilfældet ved frit valg af en plejebolig jf. ovenfor. Friplejeboligleverandøren har dog mulighed for at afvise en ansøger. Borgerens ret til at vælge en friplejebolig er desuden betinget af, at friplejeboligleverandøren er certificeret til at levere alle de ydelser, som opholdskommunen har truffet afgørelse om, at borgeren skal tilbydes.

2.2.2. Plejeboliggarantien

Ældre, som er optaget på en generel venteliste til en plejebolig, har som følge af plejeboliggarantien krav på et tilbud om en bolig senest to måneder efter optagelse på ventelisten.

Garantien gælder ikke, såfremt borgeren efter reglerne om frit valg af plejebolig, har valgt et bestemt plejecenter enten i bopælskommunen eller i en anden kommune. I dette tilfælde optages borgeren på en specifik venteliste til det konkrete plejecenter.

2.3. Hjemmehjælp og hjemmesygepleje

Borgere i plejeboliger kan modtage flere af servicelovens tilbud afhængig af den enkelte borgers behov og funktionsniveau. Derudover modtager en stor del af borgerne i plejeboliger sundhedsfaglige indsatser. I dette afsnit beskrives reglerne for hjemmehjælp, herunder rehabiliteringsforløb, genoptræning og vedligeholdelsestræning samt hjemmesygepleje, som er hovedydelse for størstedelen af beboerne på plejecentre.

2.3.1. Hjemmehjælp

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjemmehjælp efter servicelovens § 83 til borgere som på grund af midlertidig eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver.

Formålet med hjemmehjælp er at bidrage dels til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder, dels til at afhjælpe væsentlige følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Hjemmehjælpen skal dermed ikke kun kompensere for væsentlige følger af nedsat funktionsevne, men også - i det omfang det er muligt - fremme den enkeltes muligheder for at leve et liv med bedst mulig funktionsevne.

Som element i hjælpen indgår et aktiverende sigte. Hjemmehjælpen skal betragtes som hjælp til selvhjælp, dvs. som supplerende hjælp til de opgaver, som modtageren midlertidigt eller varigt er ude af stand til eller kun meget vanskeligt kan udføre på egen hånd.

Hjemmehjælp omfatter:

- Personlig hjælp og pleje (personlig pleje)
- Hjælp og støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet (praktisk hjælp)
- Madservice

Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for hjemmehjælp til den enkelte modtager af hjælpen. Målfastsættelsen skal skabe klarhed omkring formålet med den konkrete hjemmehjælp i forhold til den enkelte borger, fremme en fokuseret og koordineret indsats fra de involverede medarbejdere samt lette en opfølgning på hjælpen set i forhold til målene. Fastsættelsen af mål bør i videst muligt omfang ske i samarbejde med borgeren.

2.3.2. Rehabiliteringsforløb

Kommunalbestyrelsen skal forud for vurderingen af behovet for hjemmehjælp efter servicelovens § 83 vurdere, om et rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a vil kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83. Vurderingen skal være konkret og individuel og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov. Det forudsættes, at også beboere i plejeboliger kan have gavn af et rehabiliteringsforløb. Kommunalbestyrelsen skal under rehabiliteringsforløbet tilbyde den nødvendige hjælp og støtte. Endvidere skal kommunalbestyrelsen vurdere borgerens behov for hjælp efter § 83 i forbindelse med afslutningen af et rehabiliteringsforløb, herunder hvis borgeren ikke gennemfører rehabiliteringsforløbet – uanset årsagen til dette.

Formålet med rehabiliteringsforløb er at bidrage til at gøre borgeren mere selvhjulp. Det er vigtigt, at hjælp til selvhjælp gør en positiv forskel for den enkelte borger og reelt bidrager til en mere selvstændig hverdag for borgeren – med mere livskvalitet til følge. Kommunalbestyrelsen skal i samarbejde med borgeren, der modtager rehabiliteringsforløbet, fastsætte individuelle mål for rehabiliteringsforløbet. Det er borgerens egne mål og behov, som er omdrejningspunktet for arbejdet med målfastlæggelsen.

2.3.3. Genoptræning og vedligeholdelsestræning

Kommunalbestyrelsen skal efter sundhedslovens § 140 tilbyde genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Genoptræningen sker på baggrund af en genoptræningsplan, som udarbejdes af sygehuset senest ved udskrivningen, jf. sundhedslovens § 84.

Kommunalbestyrelsen skal endvidere efter serviceloven tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse, jf. servicelovens § 86, stk. 1. Genoptræningstilbuddet gives med henblik på så vidt muligt at bringe borgeren op på det funktionsniveau, som den pågældende havde inden sygdommen.

Efter servicelovens § 86, stk. 2, skal kommunalbestyrelsen tilbyde hjælp til at *vedligeholde* fysiske eller psykiske færdigheder til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor. Vedligeholdelsestræning gives til borgere, som har brug for en individuel træningsindsats med henblik på at kunne vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder.

2.3.4. Kvalitetsstandarder

Kommunalbestyrelsen skal mindst én gang årligt udarbejde en kvalitetsstandard for personlig og praktisk hjælp m.v., rehabiliteringsforløb og kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning efter servicelovens §§ 83, 83 a og 86. Kvalitetsstandarden skal indeholde generel information til borgerne om den hjælp, de kan forvente fra kommunen, hvis de får behov for hjælp efter disse bestemmelser, og en beskrivelse af det serviceniveau, kommunalbestyrelsen har fastsat efter disse bestemmelser. Kvalitetsstandarden beskriver således den lokale udmøntning af disse bestemmelser i serviceloven.

Uanset den fastsatte kvalitetsstandard og det vedtagne serviceniveau i kommunen skal hjælpen efter serviceloven til den enkelte borger dog altid tildeles på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte borgers behov og forudsætninger.

2.3.5. Værdighedspolitikker

Fra den 1. marts 2016 skal kommunalbestyrelsen træffe beslutning om en værdighedspolitik for den kommunale ældrepleje jf. servicelovens § 81 a. Værdighedspolitikken skal beskrive de overordnede værdier og prioriteringer for personlig hjælp, omsorg og pleje m.v., som gives efter serviceloven til personer over folkepensionsalderen. Det fremgår af bekendtgørelse om værdighedspolitikker for ældreplejen, at kommunalbestyrelsen som minimum skal beskrive, hvordan kommunernes ældrepleje i forhold til plejen og omsorgen for den enkelte ældre kan understøtte 1) livskvalitet, 2) selvbestemmelse, 3) kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen, 4) mad og ernæring og 5) en værdig død.

Kommunalbestyrelsen skal offentliggøre værdighedspolitikken på kommunens hjemmeside. Den første værdighedspolitik skal offentliggøres senest den 1. juli 2016. Herefter skal kommunalbestyrelsen indenfor det første år i den kommunale valgperiode vedtage en værdighedspolitik for den kommunale ældrepleje.

2.3.6. Hjemmesygepleje

Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvielse til borgere med ophold i kommunen, jf. sundhedslovens § 138. Det følger af bekendtgørelsen om hjemmesygepleje, at hjemmesygeplejen skal omfatte:

- Sygepleje, herunder omsorg og almen sundhedsvejledning, afpasset efter patientens behov.
- Vejledning og bistand, herunder opsøgende arbejde i samarbejde med lægelig og social sagkundskab til personer eller familier, der har særlige behov herfor.

Formålet med hjemmesygepleje er at forebygge sygdom, fremme sundhed samt yde sygepleje og behandling, rehabilitering og palliativ pleje til patienter, der har behov for det. Hjemmesygepleje ydes til patienter i tilfælde af akut eller kronisk sygdom, hvor sygepleje-

faglig indsats er påkrævet. Målet er at skabe mulighed for, at patienten kan blive i eget hjem, herunder plejebolig m.v., hvad enten der er tale om sygdom af midlertidig eller kronisk art, forskellige handicap eller situationer, hvor døden er nært forestående, når det ud fra en lægefaglig, sygeplejefaglig og social vurdering skønnes forsvarligt.

2.3.7. Udlicitering af plejen

Beboere på plejecentre er ikke omfattet af reglen om borgerens frie valg af leverandør af hjemmehjælp efter servicelovens § 91, jf. servicelovens § 93. Beboerne på plejecentre kan derved ikke vælge en privat leverandør på samme måde, som modtagere af hjemmehjælp, der ikke bor på plejecenter, kan.

Kommunalbestyrelsen kan vælge at inddrage private leverandører ved udførelse af opgaver efter serviceloven. Efter servicelovens § 4, stk. 2, kan kommunalbestyrelsen opfylde sit forsyningsansvar efter serviceloven ved brug af egne tilbud og ved at samarbejde med andre kommuner, regioner eller private tilbud.

Det følger endvidere af lovgivningen om hjemmesygepleje, at kommunalbestyrelsen kan tilrettelægge hjemmesygeplejen blandt andet ved at indgå aftale med private leverandører om varetagelse af opgaver i hjemmesygeplejen.

Kommunalbestyrelsen har derved mulighed for at udlicitere driften af ydelserne på et plejecenter til private leverandører. Ansvar for tildeling af ydelserne påhviler kommunalbestyrelsen og kan ikke overdrages til private leverandører. Kommunalbestyrelsen har således det overordnede ansvar for opgavevaretagelse, også i tilfælde, hvor opgaverne varetages af private leverandører. Kommunalbestyrelsen vil derved skulle føre tilsyn med, at borgerne får den ydelse, de har krav på i henhold til den afgørelse, der er truffet om tildeling af ydelsen. Kommunalbestyrelsen har desuden fortsat forsyningsansvaret.

2.4. Tilsyn

2.4.1. Socialfagligt tilsyn

Der gælder særlige regler om tilsyn med hjemmehjælp efter servicelovens § 83, rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a og genoptræning og vedligeholdelsestræning efter servicelovens § 86, jf. servicelovens § 151. Kommunalbestyrelsen i den kommune, hvor plejecentret er beliggende, har pligt til at føre tilsyn med, om hjemmehjælp, rehabiliteringsforløb og genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommunen løses i overensstemmelse med de afgørelser, der er truffet, og i henhold til den enkelte kommunes vedtagne kvalitetsstandarder.

Kommunalbestyrelsen skal aktivt, opsøgende og systematisk føre tilsyn med, at borgerne får den hjælp, som de har krav på, og at hjælpen har den kvalitet – både fagligt og økonomisk - som man har besluttet, der skal være i kommunen. I de tilfælde, hvor opgaverne på et plejecenter udføres af private, påhviler det ligeledes kommunalbestyrelsen at føre tilsyn med den, der udfører opgaven. Tilsynspligten indebærer, at kommunalbestyrelsen har pligt til at reagere, hvis medlemmerne får informationer om, at der er - eller kan være - grundlag for kritik.

Som led i ovennævnte tilsynsforpligtigelse skal kommunalbestyrelsen hvert år foretage mindst ét uanmeldt tilsyn på plejecentre, jf. servicelovens § 151, stk. 2. Tilsynspligten gælder i forhold til alle beboere, der modtager visiterede serviceydelser. Tilsynet må ikke udføres af leverandører eller personer, der udfører opgaver på området. Målet for tilsynet er, at kommunalbestyrelsen – blandt andet via beboernes oplysninger – dels kan sikre, at beboerne får den hjælp, som de har krav på og dels at sikre, at hjælpen udføres på en ordentlig måde. Tilsynsbesøgene er således medvirkende til, at kommunalbestyrelsen kan foretage en løbende og systematisk opfølgning på indsatserne.

Kommunalbestyrelsen skal derudover føre et personrettet tilsyn med den hjælp, som kommunalbestyrelsen har truffet afgørelse om i forhold til den enkelte borger, jf. servicelovens § 148. Udgangspunktet for det personrettede tilsyn er den enkelte borgers situation. Det personrettede tilsyn udføres af kommunalbestyrelsen i den kommune, der har visiteret borgeren efter serviceloven. Det gælder også, hvis borgeren er visiteret til et tilbud i en anden kommune.

Kommunalbestyrelsen skal løbende følge de enkelte sager for at sikre sig, at hjælpen fortsat opfylder sit formål samt være opmærksom på, om der er behov for at yde andre former for hjælp. Opfølgningen skal ske ud fra modtagerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med denne.

2.4.2. Tilsyn med friplejeboliger

Pligten til at følge op på enkeltsager og føre tilsyn i friplejeboliger påhviler kommunalbestyrelsen i den kommune, hvor friplejeboligerne er beliggende. Kommunalbestyrelsen har en tilsvarende forpligtelse til at føre tilsyn med friplejeboliger, som de har til at føre tilsyn med plejehjem, plejeboliger m.v., herunder en pligt til årligt at foretage mindst ét uanmeldt tilsynsbesøg i friplejeboligerne.

Kommunalbestyrelsen har pligt til at informere borgeren, hvis den ved tilsynsbesøget konstaterer, at den pågældende ikke modtager den hjælp, som denne efter afgørelsen har krav på. Tilsvarende skal kommunalbestyrelsen orientere den kommune, der har truffet afgørelse om service og pleje efter serviceloven, hvis denne ikke er identisk med beliggenhedskommunen.

Kommunalbestyrelsen kan endvidere meddele friplejeboligleverandøren påbud om at bringe forholdene i orden, så borgeren modtager den hjælp, som denne, efter afgørelsen, har krav på. Kommunalbestyrelsen skal påse, om friplejeboligleverandøren har efterkommet påbuddet og bragt forholdene i orden. Virkningen af, at friplejeboligleverandøren ikke efterkommer kommunalbestyrelsens påbud og fortsat ikke leverer hjælpen i overensstemmelse med afgørelsen er, at kommunalbestyrelsen skal underrette Sundhedsstyrelsen, der tager stilling til, om friplejeboligleverandørens certifikation til at drive friplejeboligen skal tilbagekaldes.

2.4.3. Sundhedsfagligt tilsyn

Det følger af § 219 i sundhedsloven, at Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere Sundhedsstyrelsen) som udgangspunkt én gang årligt skal gennemføre et uanmeldt tilsynsbesøg vedrørende de sundhedsmæssige forhold på plejehjem m.v. omfattet af lov om social service, i plejeboligbebyggelser omfattet af lov om almene boliger m.v. eller lov om boliger for ældre og personer med handicap og andre tilsvarende boligenheder i kommunen. Tilsynet omfatter indsatsen over for de svage, ældre beboere og lejere, der modtager kommunale serviceydelser.

Styrelsen for Patientsikkerhed har i vejledning om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder fastsat nærmere regler om indholdet af de (1) sundhedsadministrative, (2) sundhedsfaglige og (3) sundhedsrelaterede opgaver, der indgår i tilsynet med de sundhedsmæssige forhold.

Styrelsen for Patientsikkerhed skal påse, at der følges op på eventuelle kritisable sundhedsmæssige forhold, der måtte være konstateret ved tilsynsbesøg. Det er den kommunale myndigheds ansvar, at der bliver rettet op på eventuelle kritisable, sundhedsmæssige forhold, der måtte være blevet påvist under det sundhedsfaglige tilsynsbesøg.

Det enkelte plejehjem m.v. og kommunen skal offentliggøre Styrelsen for Patientsikkerheds tilsynsrapport vedrørende det seneste tilsyn på sin hjemmeside, hvis plejehjemmet m.v. har en hjemmeside. Plejehjemmet m.v. og kommunen skal desuden offentliggøre tilsynsrapporten umiddelbart tilgængeligt på plejehjemmet m.v. i samme periode.

Der er i februar 2016 indgået en bred politisk aftale om omlægning af Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med behandlingssteder til et gebyrfinansieret risikobaseret tilsyn. Heraf følger bl.a., at de lovbestemte tilbagevendende sundhedsfaglige tilsyn med plejehjem m.v. afløses af et proaktivt risikobaseret tilsyn med alle behandlingssteder på sundhedsområdet, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling.

Ved en risikobaseret tilgang til tilsynsopgaven bliver der udvalgt temaer, risikoområder og behandlingssteder ud fra en datadrevet risikovurdering af, hvor der er de største risici for patientsikkerheden. Eksempler på temaer kan være sektorovergange, fejlmedicinering og præhospital virksomhed. De tematiserede tilsynsbesøg vil kunne spænde fra tilbundsående tilsyn med et lille antal nærmere udvalgte behandlingssteder på baggrund af fastsatte målepunkter til tilsyn af mere afgrænset karakter på et stort udsnit af behandlingssteder inden for et bestemt behandlingsområde. Yderligere vil tilsynsbesøg kunne rette sig mod udvalgte patientforløb, hvor der er flere aktører og flere temaer inddraget.

Styrelsen skal som led i tilsynet påse, at der følges op på eventuelle kritisable forhold, der måtte være konstateret de steder, hvor der foretages tilsynsbesøg.

Sundheds- og ældreministeren har i februar 2016 sendt et lovforslag i høring, der bl.a. indeholder en retlig udmøntning af den politiske aftale.

Kapitel 3. Fakta

Kapitlet beskriver relevante fakta om plejecenterområdet, herunder antal pladser, antal beboere, gennemsnitlig opholdstid i plejebolig og belægningsgrad. Endvidere vil beboernes sundhedsdata blive beskrevet, herunder fx indlæggelseshyppighed på sygehus, brug af praktiserende læge, kroniske sygdomme og medicinforbrug m.v.

3.1. Plejecenterområdet

Som det blev beskrevet i kapitel 2, skelnes der lovgivningsmæssigt mellem plejehjem, plejeboliger og friplejeboliger. Nye boliger etableres som plejeboliger eller friplejeboliger, og der sker en løbende udfasning af plejehjemmene.

3.1.1. Udviklingen i antallet af ældre

Antallet af ældre der er fyldt 65 år eller derover er steget betydeligt fra 2011 til 2016 fra ca. 934.000 i 2011 til ca. 1.074.000 i 2016, jf. tabel 3.1.

Tabel 3.1. Folketal pr. 1. januar, personer der er fyldt 65 eller derover (Antal).							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Udvikling fra 2011 - 2016
Mænd	416.784	435.203	451.952	466.184	478.818	490.746	+17,7 pct.
Kvinder	516.997	532.881	547.849	560.550	572.311	583.676	+12,9 pct.
I alt	933.781	968.084	999.801	1.026.734	1.051.129	1.074.422	+15 pct.
Kilde: Danmarks Statistik, FOLK2, 11.02.16							

3.1.2. Antal pladser

Udviklingen i antallet af pladser i de forskellige boformer fremgår af tabel 3.2. Heraf fremgår, at der er en stigning i antallet af pladser i plejeboliger og friplejeboliger og en nedgang i antallet af pladser på plejehjem. Det fremgår af tabel 3.2, at der i alt var ca. 45.700 pladser på plejehjem, plejeboliger og friplejeboliger i 2015. Antallet af pladser er steget med ca. 2,6 pct. fra 2011 til 2015.

Tabel 3.2.					
Antal plejehjemspladser, plejeboliger og friplejeboliger (Antal),					
	2011	2012	2013	2014	2015
Plejehjem	7.546	6.907	5.704	5.064	4.937
Plejeboliger fortrinsvis til ældre	36.550	37.527	38.423	39.601	40.068
Friplejeboliger	447	495	647	685	717
I alt	44.543	44.929	44.774	45.350	45.722
Anm.: Oplysningerne er indsamlet af Danmarks Statistik i én uge i løbet af det pågældende år. Tallene er således udtryk for antallet af pladser i den pågældende uge for dataindsamlingen og dækker ikke over et gennemsnit over året. Med henblik på kvalitetssikring det enkelte år rettes henvendelse til de kommuner, hvor tallene ikke forekommer Danmarks Statistik sandsynlige, bl.a. på grund af store forskelle til tallene fra forrige år. Nogle kommuner indberetter betydelige udsving mellem boligkategorier fra år til år, og opgørelsen er derfor forbundet med en vis usikkerhed. Antal boliger og antal beboere kan ikke uden videre sammenlignes, da de opgøres på forskellig måde. Syddjurs Kommune har i 2014 ikke indberettet tal for 2013 er anvendt. Kilde: Danmarks Statistik, RESP01, 10.02.16.					

3.1.3. Antal beboere

Afsnittet viser antallet af beboere, der er fyldt 65 år eller derover på plejehjem, plejeboliger og friplejeboliger i 2015. Det ses af tabel 3.3., at der i 2015 var ca. 40.800 beboere, og at antallet af beboere, der er fyldt 65 år eller derover, er steget med ca. 2 pct. på fire år.

Tabel 3.3.					
Antal beboere i plejehjem, plejeboliger og friplejeboliger, der er fyldt 65 år eller derover (Antal).					
	2011	2012	2013	2014	2015
Plejehjem	6.830	6.270	5.126	4.438	4.411
Plejeboliger fortrinsvis til ældre	32.761	33.335	34.094	34.959	35.744
Friplejeboliger	378	403	531	600	624
I alt	39.969	40.008	39.751	39.997	40.779
Anm.: Oplysningerne er indsamlet af Danmarks Statistik i én uge i løbet af det pågældende år. Tallene er således udtryk for antallet af beboere i den pågældende uge for dataindsamlingen og dækker ikke over et gennemsnit over året. Med henblik på kvalitetssikring det enkelte år rettes henvendelse til de kommuner, hvor tallene ikke forekommer Danmarks Statistik sandsynlige, bl.a. på grund af store forskelle til tallene fra forrige år. Nogle kommuner indberetter betydelige udsving mellem boligkategorier fra år til år og opgørelsen er derfor forbundet med en vis usikkerhed. Antal boliger og antal pladser kan ikke uden videre sammenlignes, da de opgøres på forskellig måde. Syddjurs Kommune har i 2014 ikke indberettet tal, tal for 2013 er anvendt. Personer med uoplyst alder er ikke taget med i tabellen. Kilde: Danmarks Statistik, RESI01, 10.02.16. Antal boliger og antal beboere					

Sammenholdt med antallet af ældre, der er fyldt 65 år eller derover, jf. tabel 3.1, fremgår det, at 4,3 pct. af borgerne, der var fyldt 65 år eller derover i 2011, boede i plejebolig. I 2015 var tallet faldet til 3,8 pct.

3.1.4. Belægningsgraden

Det er ikke muligt se, hvor stor belægningsgraden er på plejecentrene ved at sammenligne data i tabel 3.2. med tabel 3.3. Dette skyldes, at tabel 3.2. omfatter antallet af pladser på hele plejeboligområdet uanset beboernes alder, hvorimod tabel 3.3. er afgrænset til antal beboere, der er fyldt 65 år og derover.

Belægningsgraden på plejecentrene belyses i den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, som Ankestyrelsens har gennemført i kommunerne. Undersøgelsen viser, at den

gennemsnitlige belægningsgrad på landsplan er 95 pct. 80 pct. af kommunerne angiver at have en belægningsgrad på 95 pct. eller mere. Det bemærkes, at friplejeboliger ikke indgår i Ankestyrelsens undersøgelse.

3.1.5. Gennemsnitligt ophold i plejebolig

Beboerne bor ofte kort tid i en plejebolig. Beboerne bor i gennemsnit ca. 2 år og 8 måneder i plejeboligen. Knap en tredjedel bor mindre end et år i en plejebolig. Der er stor forskel på den gennemsnitlige opholdstid for mænd og kvinder. Kvinder bor i gennemsnit 34,7 måneder i en plejebolig, mens mænd i gennemsnit bor 27,1 måneder, jf. tabel 3.4.

Tabel 3.4.				
Andel ældre (65 år og derover) der bor i plejebolig eller på plejehjem 1, 2 eller flere år. (Pct.)				
	0-1 år	1-2 år	> 2 år	Gennemsnit antal mdr.
Kvinder	29,3	17,9	52,9	34,7
Mænd	37,1	18,2	44,7	27,1
Alle	32,0	18,0	50,0	32,0
Anm.: Indflytning i 2011 og gennemsnitlig botid (fråflytninger 2011-2013). Den gennemsnitlige levetid i en plejebolig er beregnet på baggrund af fråflytninger som følge af dødsfald i perioden 2011-2013.				
Kilde: Udlændinge- Integrations- og Boligministeriets Boligstatistiske database				

3.1.6. Andelen af mænd og kvinder

Langt hovedparten af beboerne på plejecentre er kvinder. I 2014 var 68 pct. af alle beboerne kvinder og 32 pct. af beboerne mænd².

Aldersfordelingen for borgere, der er fyldt 65 år eller derover, som bor på plejehjem, i plejebolig eller friplejebolig fremgår af tabel 3.5. Tabel 3.5. viser, at godt 42 pct. af beboerne i 2014 var mellem 81 og 90 år.

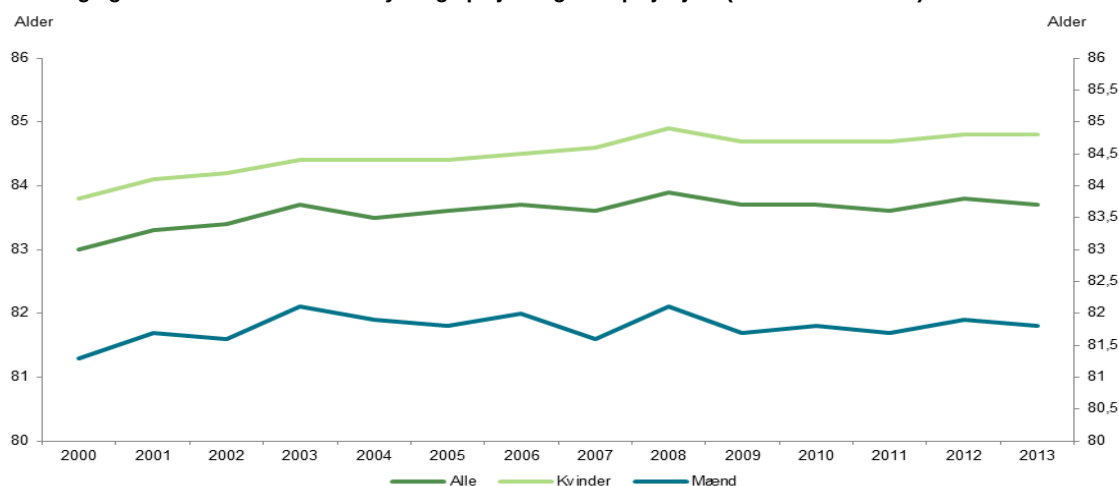
Det gælder generelt, at de mandlige beboere på plejecentrene er yngre end kvinderne. Godt 45 pct. af mændene er mellem 65 og 80 år, mens hovedparten af kvinderne er over 86 år.

Tabel 3.5.								
Aldersfordeling for nuværende beboere i plejebolig, plejehjem og friplejebolig (65 år og derover) primo 2014 (Pct.)								
	65-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-100	>100
Kvinder	6,2	7,4	12,1	18,7	25,4	21,0	7,9	1,2
Mænd	14,6	14,7	16,1	19,1	19,7	12,1	3,2	0,5
Alle	8,9	9,8	13,4	18,8	23,6	18,2	6,4	1,0
Kilde: Udlændinge- Integrations- og Boligministeriets Boligstatistiske database								

3.1.7. Alder ved indflytning

I år 2013 var den gennemsnitlige indflytningsalder i en plejebolig på 83,7 år. Indflytningsalderen for mænd er generelt lavere, end for kvinder. I 2013 var kvinder således i gennemsnit tre år ældre end mænd ved indflytning i en plejebolig, jf. figur 3.1.

Figur 3.1.
Udvikling i gennemsnitsalder ved indflytning i plejebolig eller plejehjem (65 år eller derover)



Kilde: Udlændinge- Integrations- og Boligministeriets Boligstatistiske database

3.1.8. Beboernes civilstand

16,7 pct. af beboerne i plejebolig var gift, jf. tabel 3.6. Der er stor forskel mellem mænd og kvinder. Godt 10 pct. af kvinderne var gift, mens andelen af gifte mænd var på næsten 30 pct. Over 2/3 af kvinderne var enker, mens kun godt 1/3 af mændene var enkemænd. Det skal også bemærkes, at en relativt stor del af mændene, godt 17 pct., var ugifte, hvor det samme gjorde sig gældende for 7,7 pct. af kvinderne.

Tabel 3.6.

Beboerfordeling (65 år og derover) i plejeboliger og plejehjem på civilstand, primo 2014 (Pct.)

	Kvinder	Mænd	Alle
Enke/Enkemand	67,9	35,6	57,6
Fraskilt	13,8	17,7	15,0
Gift	10,6	29,5	16,7
Ugift	7,7	17,1	10,7
Samlet antal beboere	26.579	12.528	39.107

Kilde: Udlændinge- Integrations- og Boligministeriets Boligstatistiske database

3.2. Sundhedsdata

I de resterende afsnit i kapitel 3 beskrives beboernes sundhedsmæssige forhold via oplysninger om udvalgte kroniske sygdomme, demens, medicinforbrug, indlæggelser på sygehus, forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og kontakten til alment praktiserende læger. Beboerne i plejeboliger sammenlignes med gruppen af ældre, der ikke bor på i plejebolig.

Gruppen, der bor i en plejebolig, er afgrænset til borgere (over 65 år), der pr. 1. januar 2014 har bopæl på en adresse (jf. CPR-registeret), som kommunerne har indberettet som

² Kilde: Udlændinge-, Integrations- og Boligministeriets Boligstatistiske database.

en plejebolig³. Gruppen, der ikke bor i plejebolig, omfatter således borgere, der pr. 1. januar 2014, ikke har bopæl på en adresse, der er indberettet som en plejebolig. Denne metodiske afgrænsning afviger fra ovenstående afsnit 3.1, der er baseret på oplysninger fra statistikbanken i Danmarks Statistiks samt Udlændinge- Integrations- og Boligministeriets Boligstatistiske database. Opgørelserne er derfor ikke nødvendigvis fuldt ud sammenlignelige. Den anvendte plejeboligpopulation er afgrænset til borgere, der ikke er døde, forsvundne eller udflyttet i løbet af opgørelsesåret (dvs. pr. 1. januar 2015, jf. CPR-registeret). Formålet med dette er at sikre sammenlignelighed. "Terminale patienter" udgør en særlig gruppe, hvis forbrug af sundhedsvæsenet er væsentligt højere i forhold til den øvrige befolkning. Disse borgere bør derfor analyseres særskilt. Der er således tale om en mindre population end i de ovenstående afsnit 3.1. Derudover bemærkes det, at data vedrørende plejeboliger alene er baseret på de oplysninger, som kommunerne har indberettet til Sundhedsdatastyrelsen. Plejeboliger, som ikke administreres af kommunen, kan indgå i opgørelsen, hvis kommunen har indberettet dem. Sundhedsdatastyrelsen har ikke aktivt kontakttet friplejeboliger/selvejede institutioner. Det er dermed en kommunal beslutning, hvorvidt data for friboliger og selvejede institutioner indgår i data.

3.2.1. Udvalgte kroniske sygdomme

Afsnittet viser, om beboerne i plejeboliger har udvalgte kroniske sygdomme. Tabel 3.7 viser, at ca. 50 pct. af beboerne i en plejebolig var diagnosticeret med en eller flere kroniske sygdomme (diabetes 1, diabetes 2, KOL, astma, osteoporose, leddegigt eller hjertesvigt). Ses der på fordelingen i forhold til køn, så havde 48 pct. af kvinderne ikke en kronisk sygdom, 36 pct. af kvinderne havde en kronisk sygdom og 16 pct. af kvinderne havde mindst to kroniske sygdomme. Lidt færre af mændene led af en kronisk sygdom. 54 pct. af mændene havde ingen kroniske sygdomme, en tredjedel af mændene havde en kronisk sygdom og 13 pct. af mændene havde to eller flere kroniske sygdomme.

Tabel 3.7. Plejehjemsbeboeres status vedr. udvalgte kroniske sygdomme pr. 1. januar 2014 (for beboere der fortsat er aktive pr. 1. januar 2015, jf. CPR-registeret). (Pct., antal).						
	Kvinder			Mænd		
	Antal kroniske sygdomme			Antal kroniske sygdomme		
	Ingen sygdomme	1 sygdom	2 eller flere sygdomme	Ingen sygdomme	1 sygdom	2 eller flere sygdomme
65-69 år	5	4,1	4,4	12,2	12	10,9
70-74 år	8	6,4	6,8	15,4	14	13,7
75-79 år	11,6	12,2	13,2	16,3	17,2	19,4
80-84 år	17,8	20,2	23	19,4	21,6	20,6
85-89 år	25,3	27,9	28,6	19,7	20,4	22,9
90-94 år	22,4	21,1	18,7	12,8	12,1	10,7
95 + år	10	8,3	5,3	4,1	2,8	1,9
I alt	48,1 (7.576)	35,7 (5.621)	16,2 (2.545)	53,7 (3.694)	32,9 (2.263)	13,4 (918)
Anm.: Antal kroniske sygdomme er summen af følgende sygdomme 7 sygdomme: diabetes 1, diabetes 2, KOL, astma, osteoporose, leddegigt, hjertesvigt. Afrundet til nærmeste hundrede. Borgere fra Næstved og Rudersdal Kommuner indgår ikke i opgørelserne, da der ikke er indberettet plejeboligoplysninger fra disse kommuner.						
Kilde: Reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), CPR-registeret og kommunale indberetninger af plejeboligoplysninger indsamlet 2014-15 af Sundhedsdatastyrelsen.						

³ Jævnfør kommunale indberetninger om plejeboliger til Sundhedsdatastyrelsen 2014-2015

3.2.2. Personer med demens

I 2014 var omkring 35.100 borgere, der er fyldt 65 år eller derover, diagnosticeret med demens⁴. Antallet omfatter personer, der er diagnosticeret og registreret i register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS). Det præcise antal af personer med demens kendes dog ikke med sikkerhed, og der tales ofte om et ukendt mørketal på området. Samlet set havde ca. 42 pct. af beboerne i plejebolig en demensdiagnose.

Der er ikke stor forskel på kønnene, når der ses på andelen af beboere med en demensdiagnose, jf. tabel 3.8. I 2014 havde ca. 44 pct. af de kvindelige beboere en demensdiagnose, mens ca. 40 pct. af de mandlige beboere havde en demensdiagnose. Til sammenligning havde kun ca. 2,1 pct. af kvinderne, der ikke bor i plejebolig en demensdiagnose og 1,7 pct. af mændene, der ikke bor i en plejebolig havde en demensdiagnose.

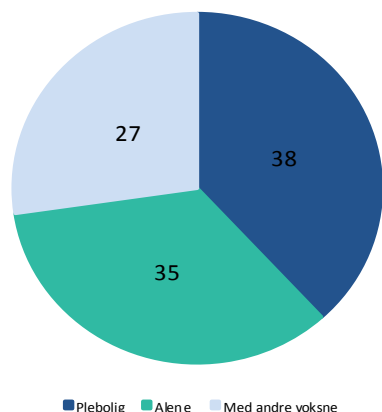
Andelen af beboere med en demensdiagnose er størst for de 75 til 89-årige, hvor ca. 50 pct. af beboerne har en demensdiagnose.

Tabel 3.8.								
Borgernes demensstatus pr. 1. januar 2014 i pct. (for borgere der fortsat er aktive pr. 1. januar 2015, jf. CPR-registeret.)								
Plejebolig					Ikke plejebolig			
Kvinder		Mænd			Kvinder		Mænd	
	Ikke Demente	Demente	Ikke demente	Demente	Ikke Demente	Demente	Ikke demente	Demente
65-69 år	64,5	35,5	66,79	33,21	99,5	0,5	99,36	0,64
70-74 år	57,28	42,72	62,38	37,62	98,95	1,05	98,76	1,24
75-79 år	49,61	50,39	56,12	43,88	97,81	2,19	97,77	2,23
80-84 år	49,62	50,38	52,01	47,99	95,62	4,98	96,02	3,98
85-89 år	52,44	47,56	57,18	42,82	93,54	6,46	94,59	5,41
90-94 år	61,15	38,85	67,97	32,03	91,99	8,01	94,76	5,24
95+ år	76,24	23,76	84,12	15,88	93,06	6,94	95,66	4,34
I alt	56,37	43,63	60,1	39,9	97,88	2,12	98,28	1,72
Anm.: Borgere fra Næstved og Rudersdal kommuner indgår ikke i opgørelserne, da der ikke er indberettet plejeboligoplysninger fra disse kommuner.								
Kilde: Reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), CPR-registeret og kommunale indberetninger af plejeboligoplysninger indsamlet 2014-15 af Sundhedsdatastyrelsen.								

Knap 40 pct. af alle borgere med en demensdiagnose, der er fyldt 65 år eller derover, bor i plejebolig, jf. figur 3.2, mens godt en tredjedel bor alene og godt en fjerdedel sammen med andre voksne.

⁴ Personer indgår først i RUKS-registeret, når der er indsamlet en vis mængde information. Personer, der ikke har været i kontakt med sygehuset som følge af deres sygdom eller indløst medicin mod deres sygdom, indgår ikke i opgørelsen. Antallet af personer med demens i denne opgørelse kan derfor være lavere i forhold til andre opgørelser. Samtidig er metoden til opgørelse af demente afhængig af registreringspraksis og praksis for diagnostik. Der kan således være tale om et mørketal på området. Det vides det ikke, hvorvidt de identificerede demente i denne opgørelse er repræsentative for den samlede population af demente i landet.

Figur 3.2.
Bolig status for borgere med demens på 65 år og derover pr. 1. januar 2014



Anm.: Der er afgrænset til borgere på 65 år og derover med en gyldig bopælskommune og -vej pr. 1. januar 2014. Borgere fra Næstved og Rudersdal kommuner indgår ikke i opgørelserne, da der ikke er indberettet plejeboligoplysninger fra disse kommuner. Kategorien 'Bor alene' omfatter borgere, der pr. 1. januar 2014 ikke deler adresse med andre voksne borgere (18 år og derover) jævnfør CPR-registeret. Kategorien 'Bor sammen med andre voksne' omfatter borgere, der pr. 1. januar 2014 deler adresse med minimum én anden voksen (18 år og derover). Kilde: Reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), CPR-registeret og kommunale indberetninger af plejeboligoplysninger indsamlet 2014-15 af Sundhedsdatastyrelsen.

3.2.3. Medicinforbrug

I dette afsnit belyses medicinforbruget blandt ældre i en plejebolig. Tabel 3.9. viser det gennemsnitlige antal definerede døgndoser (DDD) pr. person pr. dag⁵. Opgørelsen omfatter den medicin, som borgeren har købt på recept via apoteker i 2014. I tabellen sammenlignes medicinforbruget hos ældre der bor i en plejebolig med ældre, der ikke bor i en plejebolig. Det fremgår af tabellen, at en beboer i en plejebolig får næsten dobbelt så meget medicin, som borgere, der ikke bor i en plejebolig. Mænd og kvinder, der bor på et plejecenter, får stort set lige meget medicin. Derudover fremgår det af tabel 3.9., at der er en tendens til, at yngre plejeboligbeboere får mere medicin sammenlignet med de ældste plejeboligbeboere over 90 år.

Tabel 3.9.
Gennemsnitligt samlet antal definerede døgndoser (DDD) pr. person pr. dag, plejeboligstatus, køn og alder 2014

	Plejebolig		Ikke plejebolig	
	Kvinder Gennemsnit	Mænd Gennemsnit	Kvinder Gennemsnit	Mænd Gennemsnit
65-69 år	7,1	6,9	2,8	3,2
70-74 år	6,8	6,9	3,4	3,7
75-79 år	6,9	7	4,1	4,2
80-84 år	6,7	6,5	4,6	4,6
85-89 år	6,4	6,3	4,8	4,6
90-94 år	5,9	5,6	4,8	4,4
95+ år	5,1	5,1	4,4	4
I alt	6,3	6,5	3,6	3,7

Anm.: Medicinforbruget er opgjort ved den samlet defineret døgndosis (DDD). Opgørelsen dækker over den medicin som borgeren har købt på recept i 2014. DDD er en fast måleenhed tilknyttet en bestemt administrationsvej men uafhængig af pris, pakningsstørrelse og styrke, og benyttes ved opgørelse af mængdeforbruget af lægemidler. DDD defineres som: Den antaget gennemsnitlige vedligeholdelsesdosis pr. døgn for en voksen person, der får lægemidlet på dets hovedindikation.

Borgere fra Næstved og Rudersdal kommuner indgår ikke i opgørelserne, da der ikke er indberettet plejeboligoplysninger fra disse kommuner. Borgere der er døde/udrejste/forsvundne, jf. CPR-registeret pr. 1. januar 2015, er ikke med i opgørelsen.

Kilde: Lægemiddelstatistikregisteret 20. januar 2016, CPR-registeret samt kommunale indberetninger af plejeboligoplysninger indsamlet i perioden 2014-2015 af Sundhedsdatastyrelsen.

⁵ Defineret Døgn Dosis (DDD) er en mængdeenhed, der benyttes til sammenligning af lægemiddelforbrug. DDD fastsættes ud fra en antaget gennemsnitlig vedligeholdelsesdosis pr. døgn for en voksen person, som får lægemidlet på dets hovedindikation. En DDD er således en statistisk måleenhed og afspejler ikke nødvendigvis den faktiske dosis, som gives til en patient på en bestemt indikation. DDD-værdien for et lægemiddel fastsættes af en ekspertgruppe fra WHO og angives i forhold til administrationsvej/lægemiddelform.

3.2.4. Indlæggelser

Beboerne i plejebolig har gennemsnitligt en højere indlæggelseshyppighed i forhold til borgere, der ikke bor på i plejebolig, jf. tabel 3.10. I gennemsnit var der blandt plejebolig-beboerne 481 indlæggelser pr. tusind beboere i 2014, mens der for borgere, der er fyldt 65 år eller derover, der ikke boede i plejebolig, var 367 indlæggelser pr. tusind borgere.

Hvis man ser nærmere på tallene, så er det især de yngre beboere i plejeboligerne under 85 år, der bliver indlagt på sygehus i højere grad end jævnaldrene, som ikke bor i plejebolig. Udviklingen vender, når der ses på gruppen over 85 år, hvor ældre over 85 som ikke bor på i plejebolig har betydeligt flere indlæggelser sammenlignet med ældre over 85 år, der bor i plejebolig.

Tabel 3.10. Indlæggelseshyppighed, plejeboligstatus og alder 2014		
	Plejebolig	Ikke plejebolig
	Indlæggelser pr. tusind	Indlæggelser pr. tusind
65-69 år	651	280
70-74 år	610	344
75-79 år	536	416
80-84 år	526	486
85-89 år	441	529
90-94 år	385	563
95+ år	311	542
I alt	481	367

Anm.: Borgere fra Næstved og Rudersdal kommuner indgår ikke i opgørelserne, da der ikke er indberettet plejeboligoplysninger fra disse kommuner. Borgere der er døde/udrejste/forsvundne, jf. CPR-registeret pr. 1. januar 2015, er ikke med i opgørelsen. Omfatter offentligt finansierede indlæggelser som nøgletallene i Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2014. Indlæggelser er afrundet til nærmeste hundrede. "I alt" er ligeledes afrundet til nærmeste hundrede og kan derfor afvige fra summen af indlæggelser. Indlæggelser pr. tusind er beregnet pba. ikke-afrundede tal.

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), CPR-registeret samt kommunale indberetninger af plejeboligoplysninger indsamlet i perioden 2014-2015 af Sundhedsdatastyrelsen.

3.2.5. Forebyggelige indlæggelser

Andelen af forebyggelige indlæggelser er markant højere blandt ældre, der bor i plejebolig sammenlignet med ældre, der ikke bor i plejebolig⁶. Således er der i gennemsnit 126 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 beboere i plejebolig og 47 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere, der ikke bor i plejebolig. Blandt beboere i plejeboliger er der flest forebyggelige indlæggelser pr. tusind beboere blandt de 70 til 84 årige.

⁶ Forebyggelige indlæggelser er indlæggelser blandt borgere på 65 år med en af følgende diagnosegrupper: Dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og/eller tryksår.

Tabel 3.11.
Forebyggelige indlæggelser i 2014, fordelt på plejeboligstatus og alder.

	Plejebolig	Ikke plejebolig
	Forebyggelige indlæggelser pr. tusind	Forebyggelige indlæggelser pr. tusind
65-69 år	126	26
70-74 år	141	36
75-79 år	137	54
80-84 år	134	77
85-89 år	127	101
90-94 år	110	102
95+ år	93	132
I alt	126	47

Anm.: Borgere fra Næstved og Rudersdal kommuner indgår ikke i opgørelserne, da der ikke er indberettet plejeboligoplysninger fra disse kommuner. Borgere der er døde/udrejste/forsvundne, jf. CPR-registeret pr. 1. januar 2015, er ikke med i opgørelsen. Forebyggelige indlæggelser er afgrænset til indlæggelser på offentlige sygehuse og følger definitionen for indikatoren Forebyggelige indlæggelser i 'Indblik i sundhedsvæsenets resultater 2015'.

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), CPR-registeret samt kommunale indberetninger af plejeboligoplysninger indsamlet i perioden 2014-2015 af Sundhedsdatastyrelsen

3.2.6. Akutte genindlæggelser

Overordnet har den yngre gruppe af beboere i plejebolig en højere genindlæggelsesfrekvens end ældre beboere, jf. tabel 3.12. Ses der på indlæggelsesfrekvensen i forhold til ældre, der ikke bor i plejebolig, så er forskellen størst i de yngste aldersgrupper og de ældste aldersgrupper. Dette er en afspejling af, at antallet af genindlæggelser generelt falder med stigende alder for borgere over 74 år, der bor i plejebolig, hvorimod antallet af genindlæggelser er stigende med alderen for borgere, der ikke bor i plejebolig⁷.

Tabel 3.12.
Akutte genindlæggelser i 2014. Fordelt efter plejeboligstatus og alder

	Plejebolig	Ikke plejebolig
	Genindlæggelsesfrekvens	Genindlæggelsesfrekvens
65-69 år	12,7	6,9
70-74 år	14,2	7,4
75-79 år	10,5	8,5
80-84 år	11,3	9,3
85-89 år	9,9	10,2
90-94 år	8,6	10,4
95+ år	7	10,2

Anm.: Borgere fra Næstved og Rudersdal kommuner indgår ikke i opgørelserne, da der ikke er indberettet plejeboligoplysninger fra disse kommuner. Borgere der er døde/udrejste/forsvundne, jf. CPR-registeret pr. 1. januar 2015, er ikke med i opgørelsen. Genindlæggelsesfrekvensen er andelen af indlæggelser der fører til en akut genindlæggelse. Akutte genindlæggelser er afgrænset til indlæggelser på offentlige sygehuse og følger definitionen for indikatoren Somatiske Genindlæggelser i INDBLIK I SUNDHEDSVÆSENETS RESULTATER 2015.

Kilde: Landspatientregisteret, CPR-registeret samt kommunale indberetninger af plejeboligoplysninger indsamlet i perioden 2014-2015 af Sundhedsdatastyrelsen.

⁷ En (somatisk) genindlæggelse er defineret ud fra følgende kriterier: 1) Indlæggelsen finder sted tidligst fire timer og inden 30 dage efter forrige indlæggelse, 2) Indlæggelsen starter akut, 3) Indlæggelsen må ikke være som følge af en henvisning fra et andet sygehus eller sygehusafsnit, og 4) Patienten må på indlæggelsestidspunktet ikke have en kræft- eller ulykkesdiagnose.

3.2.7. Kontakten til almen praktiserende læge

I gennemsnit havde plejeboligbeboerne 22,3 kontakter til almen praktiserende læge i 2014, mens gennemsnittet for borgere, der er 65 år eller derover, der ikke bor i plejebolig i 2014 var 11,6 kontakter, jf. tabel 3.13. Forskellen er stødt faldende med alderen. Dette er en afspejling af, at antallet af kontakter pr. borger, der ikke bor i plejebolig, stiger stødt med alderen.

Tabel 3.13. Samlet kontakt til almen praksis, plejeboligstatus og alder 2014		
	Plejebolig	Ikke plejebolig
	Kontakter pr. borger	Kontakter pr. borger
65-69 år	22	9,2
70-74 år	22,7	10,8
75-79 år	23,4	13
80-84 år	23,1	14,9
85-89 år	22,5	16,2
90-94 år	21,4	16,6
95+ år	19,7	16,2
I alt	22,3	11,6

Anm.: Borgere fra Næstved og Rudersdal kommuner indgår ikke i opgørelserne, da der ikke er indberettet plejeboligoplysninger fra disse kommuner. Borgere der er døde/udrejste/forsvundne, jf. CPR-registeret pr. 1. januar 2015, er ikke med i opgørelsen. Definitionen af kontakt følger definitionen af kontakter til almen praksis i dagstid fra Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2014. Kontakter er afrundet til nærmeste hundrede. "I alt" er ligeledes afrundet til nærmeste hundrede og kan derfor afvige fra summen af kontakter. Kontakter pr. borger er beregnet pba. ikke-afrundede tal.
Kilde: Sygesikringsregisteret, CPR-registeret samt kommunale indberetninger af plejeboligoplysninger indsamlet i perioden 2014-2015 af Sundhedsdatastyrelsen.

3.2.8. Aktivitet

Borgere der er fyldt 65 år eller derover, der modtager ydelser i form af plejebolig, hjemmesygepleje og hjemmehjælp og som samtidig har aktiviteter i forhold til sygehus og almen praktiserende læger (almen praksis) fremgår af tabel 3.14. Modtagere af flere ydelser registreres kun et sted. Modtagerne henføres først i kategorien plejebolig, dernæst til hjemmesygepleje, så personlig pleje og endelig praktisk hjælp.

Tabel 3.14. Antal borgere fra 65+ og deres aktivitet fordelt på sygehus-aktivitet og almen praksis-aktivitet										
Sygehus-aktivitet							Almen praksis-aktivitet		Udgifter	
Antal pr. borger							Antal pr. borger		Kr. pr. borger	
Kommunal kontakt*	Antal borgere	Ambulante kontakter	Indlæggelser	Akutte Indlæggelser	Forebyggelige indlæggelser	Gen-indlæggelses frekvens	Almen praksis kontakter	Almen praksis fysiske kontakter	Sygehus udgifter**	Ydelses honorar almen praksis
Plejebolig	19.700	3,5	0,7	0,7	0,2	12,4	24	7	40.428	2.579
Hjemmesygepleje	82.200	8,4	1,1	0,9	0,2	10,7	21	10	76.128	2.631
Personlig pleje	9.300	5,3	0,6	0,5	0,1	8,0	15	7	43.322	1.877
Praktisk hjælp	16.300	4,6	0,3	0,2	0	5,9	14	8	26.205	1.929

Anm.: *Kommunal kontakt er klassificeret således, at modtagerne kun tælles med i én gruppe. Modtagere af flere ydelser forsøges først henført til plejebolig, dernæst til hjemmesygepleje, og personlig pleje og endelig praktisk hjælp. ** Sygehusudgifter dækker både over ambulante kontakter og indlæggelser. Antal borgere er afrundet til nærmeste hundrede. Opgørelsen dækker over 60 kommuner. De resterende kommuner er fravalgt grundet manglende eller mangelfulde data vedr. kommunal kontakt.
Kilde: CPR-registeret, landspatientregistret (DRG-grupperet), Landspatientregistret, Sygesikringsregisteret, de reviderede udtræksalgoritmer (marts 2015) til dannelsen af registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Elektronisk OmsorgsJournaldata fra kommunerne samt kommunale indberetninger af plejeboligoplysninger indsamlet 2014-15 af Sundhedsdatastyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen

Det fremgår af tabellen, at plejeboligbeboere i gennemsnit har færre ambulante kontakter end borgere, der modtager ydelser som ikke bor i plejebolig. Beboere i plejeboliger har også færre indlæggelser og akutte indlæggelser end borgere, der ikke bor i plejebolig og får hjemmesygepleje. Hvis man ser på de samlede sygehusudgifter pr. borger, så er udgiften til en borger i plejebolig ca. 40.000 kr. Udgiften til en borger, der ikke bor i plejebolig, og får hjemmesygepleje, er ca. 76.000 kr., udgiften til en borger, der ikke bor i plejebolig og får personlig pleje, er ca. 43.000 kr. og udgiften til en borger, der ikke bor i plejebolig og får praktisk hjælp, er ca. 26.000 kr.

Beboere i plejeboliger er den gruppe med mest kontakt til alment praktiserende læge, dog er de fleste kontakter ikke af fysisk karakter. Hvis man sammenligner ydelseshonoraret til almen praksis pr. borger, var den derfor større for borgere, der ikke bor i plejebolig og får hjemmesygepleje, end for borgere der bor i plejebolig. Ydelseshonoraret pr. borger er noget mindre for borgere, som ikke bor i plejebolig og får personlig pleje og praktisk hjælp.

Kapitel 4. Organisering af plejen

Beboerne i plejeboliger har et omfattende plejebehov, som betyder, at de er afhængige af hjælp til en lang række daglige gøremål. Derfor er det vigtigt, at de daglige rutiner og aktiviteter tilrettelægges med respekt for beboernes mulighed for at bestemme over deres egen hverdag og bevare deres dagsrytme. Samtidig skal forholdene og indsatserne i plejeboligerne ske med udgangspunkt i den enkelte ældres behov og situation samt støtte op om beboernes trivsel og livskvalitet. I dette kapitel beskrives plejen og omsorgen i plejeboligerne. Desuden beskrives aktiviteterne i plejeboligerne, mad og ernæring, samt de fysiske rammer og velfærdsteknologi.

4.1. Beboere med demens

Ankestyrelsens caseundersøgelse viser, at medarbejdere og ledere oplever, at beboerne generelt er blevet 'dårligere' og har et større plejebehov, når de kommer på plejecenter i dag sammenlignet med tidligere. Ifølge undersøgelsen tilskrives dette blandt andet en udvikling, hvor mange borgere udskyder indflytning på plejecenter længst muligt. Samtlige adspurgte plejecentre i caseundersøgelsen beretter i forlængelse heraf om en stadig mere kompleks beboergruppe, hvor demens udgør en særlig stor problemstilling for mange. Gennemgående gives der udtryk for, at langt størstedelen af beboerne på disse centre har demensudfordringer i en eller anden udstrækning. Dette kan udmønte sig i alt fra mindre udfordrende hukommelsesvanskeligheder til urolig og udadreagerende adfærd blandt beboerne, som nødvendiggør særlige pædagogiske indsatser, herunder brug af afskærmning. Håndteringen af demensproblematikker er således i høj grad et vilkår i den daglige opgavehåndtering.

Håndtering af mennesker med demens på ordinære afsnit

"Vi kan godt mærke, at vi er nødt til at arbejde med en anden indsats med borgere, som har den her udfordring, for der er mange af dem, som har en adfærd, som gør, at de skal skærmes, eller vi har brug for at lave en særlig pædagogisk indsats. Det er et paradigmeskifte, som er blevet meget tydeligt de sidste par år, og som vi ikke har været vant til tidligere".

Plejecenterleder, Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet

Demens er en samlebetegnelse for tilstande, hvor de mentale og kognitive færdigheder er svækket af sygdom, hvoraf Alzheimers sygdom er den hyppigste. Borgere med demens oplever bl.a. hukommelsesbesvær, ændringer i sociale kompetencer og personlighed samt svigt i andre kognitive funktioner som fx sprog, rumlig opfattelse, overblik og dømmekraft.

Den daglige pleje og omsorgsindsats er således de vigtigste elementer i demente borgeres forløb. Borgere med demens kan have behov for hjælp til spisning, af- og påklædning, personlig hygiejne, toiletbesøg, m.v.

Personer med demens mister efterhånden kognitive færdigheder og sproget forringes, hvilket gør, at de får sværere ved at kommunikere med omgivelserne. Derfor er der udviklet mange ikke-medicinske behandlinger og metoder til pleje og omsorg inden for demensområdet. Nogle af de hyppigst anvendte er socialpædagogiske metoder til forebyggelse af magtanvendelse, personcentreret omsorg, reminiscens og Marte Meo. Det er kommunikationsmæssige og psykologiske behandlingsmetoder, der tager udgangspunkt i de problemer, personer med demens har – fx problemer med at orientere sig, huske og opretholde et billede af sig selv og sin livshistorie.

Generelt giver medarbejderne i caseundersøgelsen udtryk for, at de oplever sig fagligt klædt på til at håndtere demensproblematikker på de ordinære afsnit. Det bliver dog flere steder italesat som en udfordring at finde tid både på de ordinære afsnit og de særlige pladser til at skærme beboere med demens i tilstrækkelig grad og til at give dem den en-til-en-kontakt, som kan give beboeren ro.

Boks 4.1. Demensrejseholdet

Demensrejseholdet er sammensat af faglige specialister og tilbyder kompetence- og organisationsudviklingsforløb til udvalgte plejecentre for at styrke demensindsatsen. Gennem læringsgrupper klædes udvalgte medarbejdere på til at kunne yde den rette indsats overfor den enkelte borger og de pårørende. De udvalgte medarbejdere oplæres i at forbedre den daglige pleje for demente beboere. Medarbejderne får viden om specifikke indsatser i forhold til omsorg og pleje af beboere med demens, samt hvordan plejepersonalet kan støtte de pårørende i fortsat at være fx mand, kone, søster, søn osv. De udvalgte medarbejdere vil efterfølgende fungere som "demensnøglepersoner" på plejehjemmene. Det vil sige, at de vil fungere som sparringspartnere for de øvrige medarbejdere og vil, i tæt samarbejde med demenskoordinatorer og ledere, kunne rådgive og vejlede de øvrige medarbejdere i forhold til specifikke problemstillinger hos beboere med demens.

Satspuljeaftalen for 2015

Boks 4.2. National handlingsplan for demens

Den nationale handlingsplan for demens har tre overordnede målsætninger:

- 1) Danmark skal være et demensvenligt land, hvor mennesker med demens kan leve et værdigt og trygt liv.
- 2) Behandling og pleje af mennesker med demens skal tage udgangspunkt i den enkeltes behov og værdier og tilbydes i sammenhængende forløb med fokus på forebyggelse, tidlig indsats, nyeste viden og øget forskningsindsats.
- 3) Pårørende skal inddrages aktivt og samtidig have mere støtte i livet som pårørende.

Udarbejdelsen af den nationale handlingsplan for demens tager afsæt i en bred og inddragende proces, hvor bl.a. prioriteter og perspektiver fra kommuner, regioner, fagpersonale og personer med demens og deres pårørende inddrages – både nationalt og internationalt.

Handlingsplanen forventes bl.a. at behandle temaer som tidlig opsporing og bedre udredning af demente med henblik på at kunne sætte ind med den rette behandling og pleje af borgere med demens, støtte og rådgivning af pårørende til demente, som både belastes af praktiske og følelsesmæssige forhold, fokus på demensegnede boliger for at sikre demente borgeres trivsel og lette medarbejdernes arbejde, kompetenceudvikling af personale, så medarbejderne har de rette forudsætninger for at forstå og håndtere de særlige behov, som ældre med demens har samt forskning på området for at opnå generel mere viden.

Satspuljeaftalen for 2016

4.2. Beboernes trivsel

Der er flere faktorer, som har betydning for svage ældres livskvalitet. Det handler blandt andet om at føle sig tryk i hverdagen, at have samvær med andre, at kunne deltage i aktiviteter og ture samt have mulighed for at vedligeholde og styrke fysiske og psykiske færdigheder. Indsatsen på plejecentrene bør således understøtte, at den enkelte ældre i videst muligt omfang kan fortsætte sin hidtidige livsstil og gøre – eller få hjælp til at gøre – nogle af de ting, der har betydning for den ældres livskvalitet.

Generelt løfter indflytningen i en plejebolig beboernes livskvalitet, og langt hovedparten af beboerne har en høj livskvalitet. Det viser en undersøgelse, som SFI foretog i 2012 for Ældrekommissionen.

Undersøgelsen byggede på ASCOT-metoden (Adult Social Care Outcomes Toolkit), som er et redskab til at måle, om plejen og omsorgen bidrager til beboernes livskvalitet. Denne metode kombinerer interviews med observationsstudier af den ældres dagligdag. Både beboeren selv og den medarbejder, som kender beboeren bedst, er blevet interviewet. I tilfælde hvor beboeren, fx på grund af svær demens ikke kunne indgå i et meningsfyldt interview, blev en pårørende interviewet.

I undersøgelsen blev der set på beboernes livskvalitet ud fra otte behovskriterier: Kontrol over dagliglivet, personlig pleje og velbefindende, mad og drikke, tryghed, social kontakt, aktiviteter, boligen og værdighed.

Boks 4.3. Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem

I februar 2012 offentliggjorde Ældrekommissionen deres rapport om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem. Kommissionen fremlagde 43 anbefalinger til, hvordan livskvaliteten for beboere på plejehjem kan øges. Anbefalingerne tog udgangspunkt i kommissionens fem grundlæggende værdier for plejen og omsorgen på plejehjem.

- Værdi nr. 1: Indflydelse på eget liv
- Værdi nr. 2: Respekt for forskellighed
- Værdi nr. 3: Medmenneskeligheden i fokus
- Værdi nr. 4: Gode oplevelser hver dag
- Værdi nr. 5: En værdig afslutning på livet

Kommissionen om Livskvalitet og Selvbestemmelse i Plejebolig og Plejehjem (Ældrekommissionen), blev nedsat i forbindelse med finansloven for 2011. Formand for kommissionen var direktør i Ældre Sagen, Bjarne Hastrup.

Undersøgelsen viste, at størstedelen af beboerne fik dækket deres omsorgsrelaterede behov i plejeboligen, og at hovedparten af beboerne havde en høj livskvalitet. Inden for de otte behovskriterier oplevede:

- 89 pct., at plejeboligen er tilstrækkelig og komfortabel
- 95 pct. at deres behov for personlig pleje blev dækket
- 79 pct. at de får den mad og drikke, de ønsker og på de tidspunkter, der passer dem
- 87 pct. føler sig trygge i det daglige
- 73 pct. har så megen social kontakt, de ønsker og med mennesker, som de kan lide
- 74 pct. oplevede, at de i tilstrækkeligt omfang kunne bruge deres tid med at
- gøre ting, som de sætter pris på og nyder
- 77 pct. at have tilstrækkelig kontrol over det daglige liv og
- 88 pct. at den måde plejen og omsorgen bliver givet på, hjælper dem til at leve et værdigt liv

Beboernes livskvalitet blev markant bedre ved at flytte i plejebolig. Undersøgelsen viste, at livskvaliteten især blev bedre i forhold til de mere basale behov, som omfatter boligen og personlig pleje. Mad og drikke, tryghed og oplevelsen af at have kontrol over sin hverdag blev også forbedret væsentligt ved at flytte i plejebolig. Desuden viste undersøgelsen, at det var mere vanskeligt at forbedre beboernes livskvalitet i forhold til social kontakt og aktiviteter.

Hvor meget beboernes livskvalitet blev forbedret ved at flytte i plejebolig hang især sammen med de helbredsrelaterede forhold. Jo dårligere funktionsevne eller jo flere problemer med hukommelsen, jo større var forbedringen i livskvalitet ved at flytte i plejebolig. Beboernes livskvalitet påvirkedes især af helbredstilstanden, funktionsevnen og af hvor hyppigt, de fik besøg. Der var ingen statistisk signifikant forskel på mænd og kvinders livskvalitet⁸.

4.3. Plejen og omsorgen

Formålet med hjælp efter serviceloven er at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

Boks 4.4. Mere værdighed i ældreplejen

Kommunerne skal fremover formulere og offentliggøre en værdighedspolitik, hvor den enkelte kommune beskriver sine overordnede værdier og prioriteringer på ældreområdet. Den kommunale værdighedspolitik vil tydeliggøre over for ældre borgere og deres pårørende, hvad der prioriteres og kan forventes i den pågældende kommune. I udarbejdelsen af en kommunal værdighedspolitik skal kommunalbestyrelsen sikre, at de lokale ældreråd og øvrige relevante parter inddrages. Værdighedspolitikkerne skal forholde sig til 5 centrale områder i ældreplejen: 1) *Livskvalitet*, 2) *selvbestemmelse*, 3) *kvalitet*, 4) *tværfaglighed og sammenhæng i plejen*, 5) *mad og ernæring* og 5) *en værdig død*.

Den første værdighedspolitik godkendes af kommunalbestyrelsen og offentliggøres på kommunens hjemmeside i første halvår af 2016. Kommunalbestyrelsen vedtager herefter en ny værdighedspolitik i det første år af hver valgperiode gældende for de efterfølgende fire år.

For at understøtte kommunernes arbejde med udbredelsen og implementeringen af en værdighedspolitik i kommunerne tilføres kommunerne fremover i alt 1 mia. kr. årligt til en mere værdig ældrepleje. Midlerne kan bl.a. anvendes til personale og til kompetenceudvikling med fokus på at understøtte arbejdet med værdighed i ældreplejen m.v. Dette skal ske ud fra en vurdering i den enkelte kommune af, hvor behovet er størst lokalt.

Finansloven for 2016

Plejen og omsorgen til beboerne på plejecentre ydes som hjemmehjælp jf. servicelovens § 83, og kan fx omfatte morgentoilette, mund-, tand-, protesehygiejne, bad, personlig hygiejne, barbering, hudpleje, på- og afklædning, toiletbesøg og hjælp til indtagelse af mad og drikke. Plejen tildeles på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte beboers behov og forudsætninger. Plejen tager udgangspunkt i de lokalt fastsatte kvalitetsstandarder, som kommunen har vedtaget, og organiseres ofte på baggrund af en fast døgnrytme, som overordnet tager udgangspunkt i beboernes soverutiner og måltider.

⁸ SFI (2012): Omsorg og livskvalitet i plejeboligen

Nedenfor beskrives eksempler på daglige rutiner på plejecentre på baggrund af Ankestyrelsens caseundersøgelse på 12 centre. Der henvises til bilag 2 i Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet for en beskrivelse af de enkelte plejecentre.

4.3.1. Soverutiner

Ankestyrelsens caseundersøgelse viser, at dagvagtens første opgave er at hjælpe beboerne op af sengen. Størstedelen af plejepersonalet på en dagvagt møder ind kl. 07, og i umiddelbar forlængelse heraf begynder arbejdet med at hjælpe beboerne med deres morgenrutiner. Der kan være stor forskel på, i hvor høj grad beboerne har behov for hjælp til at stå op. Nogle beboere har et godt fysisk funktionsniveau, mens andre er afhængige af hjælp fra plejepersonalet. Tidspunktet for, hvornår denne del af morgenrutinen er overstået, varierer alt afhængigt af det enkelte plejecenters bemanning og graden af beboernes selvhjulpenhed.

Samtlige plejecentre beskriver tidsrummet fra kl. 07 og frem til at beboerne er hjulpet op, som en særlig spidsbelastningsperiode. Det skyldes, at mange beboere har et ønske om at komme tidligt op, og flere gerne så snart personalet møder ind. På flere plejecentre bliver det beskrevet, at nogle af beboerne ligger og venter på at blive hjulpet op, når personalet møder ind. Nogle plejecentre forsøger at imødekomme behovet ved at tilrettelægge opgaven mere fleksibelt, eksempelvis ved at bede nattevagten om at hjælpe de beboere, som gerne vil op, førend dagvagten møder ind.

Enkelte steder bliver det dog italesat som en udfordring, som er svær at imødekomme inden for rammerne af plejecentrets ressourcer og organisering. Dette fremgår af nedenstående citat fra en medarbejder fra et af plejecentrene i caseundersøgelsen. Medarbejderen fortæller i forlængelse af citatet, at nattevagten som udgangspunkt ikke hjælper beboere op om morgenen, medmindre der er en særlig grund til det, som eksempelvis at beboerne skal tidligt afsted til undersøgelse på sygehus.

Beboere, der vågner før, dagvagten møder ind

"Jeg har været i nattevagt nogle gange. Den ene gang tænkte jeg "hold da op, er kl. ikke snart syv, hvad skal jeg dog lave?" Når det så er sagt, har jeg også prøvet at være i en nattevagt, hvor jeg tænkte "hold da op, dagvagten kommer om lidt, og jeg skal ind og skrive på alle sammen", for der havde været masse beboere, der ringede. Man er to nattevagter til xx antal beboere, og hvis jeg den dag var blevet bedt om at tage tre beboere op i hele huset, så havde jeg ikke nået det".

Medarbejder, Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet 2016

Efter frokost sover mange beboere til middag, og mange af beboerne får hjælp af personalet til at komme i seng. Samtlige plejecentre beskriver tidsrummet fra morgenvagten møder ind til beboere, som ønsker at sove er hjulpet i seng, som det travleste tidsrum i løbet af dagen. På mange af de 12 plejecentre arbejder man derfor med en højere bemanning frem til dette tidspunkt på dagen, hvorefter flere medarbejdere får fri. Som udgangspunkt er alle beboere hjulpet op efter deres middagslur, inden aftenvagten møder ind.

På tværs af plejecentrene begynder man at hjælpe beboere i seng fra ved 19-tiden, hvor de første beboere begynder at blive trætte. De fleste plejecentre har organiseret deres arbejdsgang på aftenvagter ud fra den præmis, at beboerne som udgangspunkt skal være hjulpet i seng, inden nattevagten møder ind. På langt de fleste plejecentre er der tale om et vejledende tidspunkt, som tilpasses afhængig af beboernes individuelle ønsker. Skulle beboerne således ønske at komme senere i seng, bliver de hjulpet af nattevagten. På et enkelt plejecenter ligger det derimod mere eller mindre fast, at alle beboere er hjulpet i seng inden kl. 23, hvor nattevagten tager over.

4.3.2. Måltiderne

Spisesituationerne på tværs af de 12 plejecentre, som Ankestyrelsen har undersøgt, er meget ens. På alle centrene bliver henholdsvis morgenmad, frokost og aftensmad serveret på faste tidspunkter i løbet af dagen. Tidspunkterne er dog vejledende for alle måltider, og kan som udgangspunkt tilpasses beboerne ønsker. Derudover kan beboerne selv vælge, om de ønsker at spise måltidet i egen bolig eller sammen med plejecentrets øvrige beboere i fællesarealerne. De beboere, som har behov for hjælp fra personalet i forbindelse med madsituationen, vil som oftest få serveret deres måltider på fællesarealerne.

Morgenmad bliver alle steder serveret i umiddelbar forlængelse af, at beboerne er blevet hjulpet ud af sengen, og de fleste beboere vælger at spise morgenmad sammen med de øvrige beboere på plejecentrenes fællesarealer. Der er få variationer i, hvad der serveres til morgenmad på plejecentrene, men på alle centrene har beboerne mulighed for at vælge mellem en række traditionelle morgenmadsprodukter, som fx øllebrød, havregrød, brød, yoghurt og lignende.

Frokost bliver de fleste steder serveret i tidsrummet mellem kl. 11 og 12 og langt de fleste beboere vælger at spise frokost på dette tidspunkt. Det er meget forskelligt, hvad beboerne på de 12 plejecentre får tilbudt til frokost. Nogle plejecentre serverer varm mad, som enten produceres i centrenes egne køkkener eller bliver leveret udefra. Andre plejecentre serverer kold mad, som oftest smørrebrød. Dette bliver på alle plejecentre anrettet afhængigt af den enkelte borgers behov.

Aftensmad bliver de fleste steder serveret i tidsrummet mellem kl. 17 og 18. Ligesom med frokosten er der stor forskel blandt plejecentrene på, hvad beboerne bliver tilbudt til aftensmad, og om der er tale om varm eller kold mad. For både frokost og aftensmad gælder, at beboerne får serveret de retter, som plejecentrets madplan foreskriver. På plejecentre med egen køkkenproduktion har beboerne mulighed for at få indflydelse på tilrettelæggelsen af fremtidige madplaner. Dette lader sig ikke gøre på samme vis på de plejecentre, som får leveret halv- eller helfabrikerede retter udefra. I afsnit 4.6 beskrives madproduktionen på plejecentrene og ernæring til "småt spisende" ældre.

4.3.3. Baderutiner

Ankestyrelsens caseundersøgelse på 12 plejecentre viser, at størstedelen af beboerne som udgangspunkt har én ugentlig badedag, medmindre beboerne ønsker flere eller færre, samt efter behov. Gennemgående for centrene er, at de forsøger at imødekomme beboernes individuelle ønsker vedrørende hyppighed og tidspunkt for bad. På flere af plejecentrene indebærer det, at en del af beboerne får hjælp til bad oftere, end den kommunale kvalitetsstandard foreskriver. Der er imidlertid væsentlige forskelle på de kommunale kvalitetsstandarder vedrørende bad. Flere af de interviewede plejecentre angiver, at kvalitetsstandarden i deres kommune lyder på ét ugentligt bad, mens der i den anden ende af skalaen er et plejecenter, der angiver, at borgerne ifølge den kommunale kvalitetsstandard har ret til fem ugentlige bade.

Langt de fleste steder giver plejepersonalet udtryk for, at det vil kunne lade sig gøre at komme i bad hver dag, men at det er sjældent, at beboere ytrer ønske om daglige bade. Flere steder tilføjes det dog samtidig, at det kun er beboere, der er så selvhjulpne, at det ikke bliver for tidskrævende, som kan få hjælp til bad hver dag eller hyppigere, end kvalitetsstandarden foreskriver.

Som udgangspunkt planlægges beboernes bade at ligge på hverdagsdagvagter, hvor der er flest personaler på arbejde. De fleste steder foregår bade i weekender og på aftenvagter som udgangspunkt kun ved særlige behov. Blandt de deltagende plejecentre er der dog steder, hvor nogle beboere fast kommer i bad under aftenvagten, fordi de pågældende beboere trives bedst med dette.

Boks 4.5. Livskvalitetspuljen

Med livskvalitetspuljen er der afsat midler til, at kommunerne og frivillige organisationer kan igangsætte aktiviteter, som skal bidrage til at styrke den personlige og sociale trivsel blandt ældre på plejehjem og i plejeboliger - og som kan forebygge ensomhed og social isolering.

Aktiviteterne skal tilrettelægges med udgangspunkt i beboernes behov og muligheder. Der kan fx arrangeres aktiviteter, som skal give beboerne gode oplevelser og socialt samvær på plejehjemmet, herunder gode måltider, som smager og dufter, naturoplevelser eller kulturelle aktiviteter med sang, musik og dans m.v. Der kan også tilknyttes oplevelsesmedarbejdere (for eksempel en operasanger eller en kok), som har til opgave at være en del af hverdagen og skabe gode oplevelser og livsglæde blandt beboerne. Eller der kan tilrettelægges aktiviteter med besøgshunde på plejecentre, som kan stimulere og aktivere beboernes følelser og lysten til at kommunikere. Det kan fx være relevant i forhold til personer med demens.

Satspuljeaftalen for 2016

4.4. Beboernes tilfredshed med hjælpen

Størstedelen af de ældre, der bor på plejecentre er tilfredse med den hjælp, de modtager. Det fremgår af brugertilfredshedsundersøgelserne, der foretages hvert andet år blandt ældre, som modtager praktisk hjælp og personlig pleje. Undersøgelserne blev aftalt i forbindelse med kommuneøkonomiaftalen for 2006 og er blevet foretaget siden 2007 hvorefter den er blevet gennemført hvert andet år siden 2009. Respondenterne er tilfældigt udvalgt og således repræsentativ for den danske befolkning, der modtager praktisk hjælp og personlig pleje.

Den nyeste brugertilfredshedsundersøgelse blev offentliggjort i 2015. Af undersøgelsen fremgår, at 85 pct. af beboerne på plejecentrene har svaret, at de samlet set er tilfredse eller meget tilfredse med den praktiske hjælp, mens 7 pct. er utilfredse/meget utilfredse

med hjælpen. Også i forhold til personlig pleje er der overvejende tilfredshed blandt modtagerne. 86 pct. er samlet set tilfredse eller meget tilfredse med plejen på plejecentrene, mens 9 pct. er utilfredse/meget utilfredse med den pleje, de modtager. Andelen af tilfredse modtagere på plejecenter er steget ca. 5 pct. point i forhold til undersøgelsen i 2013, jf. tabel 4.1.⁹

Tabel 4.1.

Udviklingen i andelen af modtagere i plejebolig, der har svaret tilfreds eller meget tilfreds vedrørende kvaliteten i hjælpen. (Pct., antal)

	Praktisk hjælp	Personlig pleje
2007	88 (183)	91(136)
2008	88 (146)	89 (99)
2009	87 (84)	89 (58)
2011	89 (163)	92 (125)
2013	85 (151)	81 (105)
2015	85 (269)	86 (209)

Kilde: Brugerundersøgelse om hjemmehjælp i eget hjem og i plejebolig/plejehjem.

Anm.: Antallet af respondenter er indsat i parentes

Beboerne er generelt tilfredse med hjælpens ensartethed uanset, hvem der kommer i borgerens hjem. Henholdsvis 77 pct. og 78 pct. blandt borgere på plejecenter er tilfredse eller meget tilfredse med den praktiske hjælp og den personlig plejes ensartethed. I forhold til undersøgelsen i 2013 er tilfredshedsgraden stigende blandt plejecenterbeboere, jf. tabel 4.2.

Tabel 4.2.

Udviklingen i andelen af modtagere i plejebolig, der har svaret tilfreds eller meget tilfreds vedr. hjælpens ensartethed. (Pct., antal)

	Praktisk hjælp	Personlig pleje
2007	82 (165)	81 (117)
2008	75 (119)	77 (75)
2009	75 (69)	83 (50)
2011	78 (128)	81 (98)
2013	74 (121)	74 (82)
2015	77 (231)	78 (177)

Kilde: Brugerundersøgelse om hjemmehjælp i eget hjem og i plejebolig/plejehjem

Anm.: Antallet af respondenter er indsat i parentes

Blandt beboere på plejecentre er henholdsvis 75 pct. og 72 pct. meget tilfredse eller tilfredse med antallet af forskellige medarbejdere. I alt er henholdsvis 14 pct. og 16 pct. utilfredse/meget utilfredse med antallet af hjælpere, der yder praktiske hjælp og personlig pleje på plejecenter. Tilfredsheden er steget løbende siden 2007, jf. tabel 4.3.

⁹ Brugertilfredshedsundersøgelsen for 2015 blev foretaget af EPINION for Sundheds- og Ældreministeriet og offentliggjort i slutningen af 2015. Undersøgelsen så på følgende 5 indikatorer: Tilfredshed med hjælpens kvalitet, tilfredshed med hjælpens stabilitet, tilfredshed med antal forskellige hjælpere, kendskabet til ordningen om frit valg af leverandør af hjemmehjælp og kendskabet til ordningen om fleksibel hjemmehjælp

Tabel 4.3.		
Udviklingen i andelen af modtagere i plejebolig, der har svaret tilfreds eller meget tilfreds vedr. antallet af medarbejdere. (Pct., antal)		
	Praktisk hjælp	Personlig pleje
2007	70 (141)	72 (104)
2008	71 (110)	76 (81)
2009	69 ((64)	77 (49)
2011	68 (112)	74 (97)
2013	69 (118)	71 (87)
2015	75 (224)	72 (170)
Kilde: Brugerundersøgelse om hjemmehjælp i eget hjem og i plejebolig/plejehjem		
Anm.: Antallet af respondenter er indsat i parentes		

Størstedelen af beboerne i plejebolig svarende til 91 pct., er tilfredse eller meget tilfredse med medarbejdernes støtte til at gøre vedkommende så selvhjulpne som muligt ift. den personlige pleje, mens 84 pct. er tilfredse med støtten til at gøre vedkommende så selvhjulpne som muligt i forhold til praktiske gøremål, jf. tabel 4.4. Sammenlignes tallene gennem årene er der en stigning blandt plejehjemsbeboerne tilfredshed med medarbejdernes støtte, jf. tabel 4.4.

Tabel 4.4.		
Udviklingen i andelen af borgere i plejehjem/- bolig, der har svaret tilfreds eller meget tilfreds med medarbejdernes støtte. Pct.		
	Praktisk hjælp	Personlig pleje
2011	82 (97)	84 (82)
2013	75 (89)	76 (71)
2015	84 (183)	91 (168)
Anm.: Antallet af respondenter er indsat i parentes		
Kilde: Brugerundersøgelse om hjemmehjælp i eget hjem og i plejebolig/plejehjem		

Dette understøttes af, at 45 pct. af plejehjemsbeboerne vurderer, at de er blevet mere eller meget mere selvhjulpne i forhold til daglige gøremål, jf. tabel 4.5. 39 pct. vurderer, at deres evne til at klare sig selv i forhold til de daglige gøremål er uændret. Der er således en stigning på 19 procentpoint af beboerne, der bor i et plejecenter, der vurderer, at de er blevet mere selvhjulpne fra 2013 til 2015.

Tabel 4.5.	
Udviklingen i andelen af borgere, der har svaret, at de er blevet mere eller meget mere selvhjulpne. Pct.	
	Beboere i plejebolig/plejehjem
2011	15 (27)
2013	26 (46)
2015	45 (123)
Kilde: Brugerundersøgelse om hjemmehjælp i eget hjem og i plejebolig/plejehjem.	
Anm.: Antallet af respondenter er indsat i parentes	

4.5. Aktiv hverdag

Det er vigtigt for beboernes livskvalitet, at hverdagen på plejecentrene indeholder mere end den personlige pleje, og at aktiviteterne i dagligdagen understøtter beboerne i et aktivt liv. SFI's undersøgelse om "Omsorg og Livskvalitet i Plejeboligen" viser, at et varieret udbud af aktiviteter er et af de områder på plejecentrene, hvor der er størst mulighed for

at forbedre beboernes livskvalitet. Samtidig er det vigtigt at vedligeholde de færdigheder, som beboerne havde før de kom på plejecentret¹⁰.

Ifølge Ankestyrelsens caseundersøgelse er organiseringen af aktiviteter et af de steder, hvor der er de største forskelle at spore mellem de 12 plejecentre. Med aktiviteter menes både planlagte og spontane aktiviteter, aktiviteter uden for og inden for centrets matrikel samt aktiviteter, der foregår i grupper eller én til én. Ankestyrelsen beskriver, at det de fleste steder er plejepersonalet, som er hovedansvarlige for at arrangere aktiviteter i dagligdagen. Alle 12 interviewede plejecentre har faste, planlagte fællesaktiviteter, som beboerne kan vælge at deltage i. Der er dog stor variation i omfanget af disse planlagte aktiviteter. Nogle steder berettes om en lang række aktiviteter på daglig basis, mens omfanget andre steder er mere begrænset. Et eksempel på et mere begrænset aktivitetstilbud kan være, at de planlagte fællesaktiviteter er begrænset til sang og bevægelse af en times varighed tre gange ugentligt, en ugentlig frokostcafé samt mindre gudtjenester en gang månedligt. Mens man på andre plejecentre har udvidede aktivitetstilbud og eksempelvis herudover tilbyder endagsture ud af huset og sommerhusferier.

Der er ligeledes stor variation plejecentrene imellem i forhold til, hvor meget tid der afsættes til en-til-en-aktiviteter med beboerne. Nogle steder prioriteres det højt og er en del af dagligdagen, mens der andre steder berettes, at det kun forekommer i meget begrænset omfang. Nogle steder er der i høj grad plads til spontane aktiviteter, mens spontane aktiviteter ikke forekommer andre steder.

På nogle centre er der ansat aktivitetsmedarbejdere til at arrangere aktiviteter for beboerne, som ikke indgår i den daglige pleje. Et sted er der eksempelvis ansat to medarbejdere i fleksjob i hver otte timer om ugen. Medarbejderne står for at arrangere aktiviteter to timer dagligt mandag til torsdag. Et andet plejecenter har to aktivitetsmedarbejdere hver ansat 18 timer ugentligt i tidsbegrænsede stillinger. De arrangerer aktiviteter dagligt i tidsrummet 15 og 20 og er ansat med et vagtskema, der medfører, at der altid er en af dem på arbejde i weekenden.

Enkelte plejecentre har tilknyttet et dagcenter, der som udgangspunkt er tiltænkt kommunens ældre borgere, som ikke bor på plejecenter, men som plejecentrets beboere også har mulighed for at benytte. Dagcentrene er organisatorisk adskilt fra resten af plejecentret med eget budget, personale og ledelse.

Aktiviteter for beboere på plejecentre kan fx være:

- Højtlesning eller at se tv sammen
- Frokostcafé
- Busture
- Madlavning såsom syltning, kagebagning og bolsjekogning
- Klub "kun for kvinder" eller "kun for mænd"

¹⁰ SFI (2012): Omsorg og livskvalitet i plejeboligen

- Motion i form af eksempelvis cykling, petanque eller en tur i svømmehallen
- Gudstjeneste
- Musik fremført af frivillige tilknyttet centret
- Gåture og indkøb
- Banko, lotteri og andre spil

Gennemgående for de 12 case plejecentre er, at udbuddet af aktiviteter er langt større i hverdagene end i weekender, ligesom aktiviteter flere steder også er begrænset til dagvagterne. Dels er beboerne vågne i dette tidsrum, dels er der ikke personale nok på aftenvagten til, at der kan igangsættes aktiviteter. På nogle plejecentre, hvor der også er et bredt udbud af aktiviteter, giver plejepersonalet udtryk for, at udbuddet af aktiviteter i deres optik er tilstrækkeligt, mens personalet andre steder oplever, at beboerne jævnligt efterspørger aktiviteter, som de ikke har ressourcer til at tilbyde.

4.6. Madservice og ernæring

Kommunerne tilbyder madservice til personer, der bor på plejecenter. Kommunen skal, med udgangspunkt i en konkret og individuel vurdering af borgerens behov vurdere, hvorvidt der er behov for eksempelvis en særlig diæt.

SFI's undersøgelse af "Omsorg og livskvalitet i plejeboligen" viste, at mad og drikke har stor betydning for beboernes livskvalitet. Undersøgelsen viser endvidere, at mad og drikke er et af de områder, hvor der er potentiale for at forbedre beboernes livskvalitet.¹¹

Mad og måltidssituationer har ifølge SFI's undersøgelse en væsentlig betydning for de ældre i forhold til psykosociale og identitetsmæssige aspekter. Ifølge Ældrekommissionen kommer de identitetsmæssige aspekter bl.a. til udtryk ved, at tilberedning af mad, indkøb og lignende ofte har været en stor del af de ældres hverdagsliv. Det kan derfor opleves som et tab af livskvalitet for ældre, hvis de ikke længere har indflydelse på dette. Derudover har Ældrekommissionen konkluderet, at beboernes livskvalitet kan forbedres, hvis maden både smager og dufter godt. Endvidere kan et fokus på rammerne for måltidet, eksempelvis bordopdækning, samvær og de ældres indflydelse på måltidets sammensætning, bidrage til en positiv indflydelse på de ældres livskvalitet og trivsel¹².

4.6.1. Ernæringsrigtig mad

Mange svage ældre er undervægtige eller småt spisende og har behov for ernæringsrigtig og velsmagende mad. Det er derfor vigtigt både at sikre ernæringsrigtig og velsmagende mad samt at skabe gode og hyggelige rammer for ældres måltider, som giver lyst til at spise.

Undervægt blandt ældre på plejecentre er et problem, idet undervægt har indflydelse på ældres funktionsevne. Mellem 15 og 20 pct. af de ældre, der bor i plejebolig eller modtager hjemme, er undervægtige, og op til halvdelen af ældre, der bor i plejebolig eller mod-

¹¹ SFI (2012) 'Omsorg og livskvalitet i plejeboligen'

¹² SFI (2012) 'Omsorg og livskvalitet i plejeboligen' og Kommission om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejebolig (2012) 'Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem'

tager hjemmepleje oplever et ikke planlagt vægttab. Denne gruppe betegnes ofte som småt spisende og undervægtige ældre.

Boks 4.6. Faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis

I 2015 blev der udarbejdet en række anbefalinger vedrørende muligheder for samarbejde om ernæringsindsatser på tværs af fagligheder og sektorer. Anbefalingerne henvender sig til regioner og kommuners social- og sundhedsfaglige personale, der arbejder med ældre, der har oplevet et uplanlagt vægttab. Anbefalingerne omfatter blandt andet opsporing og iværksættelse af relevant ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab og tab af fysisk funktionsevne, der modtager hjemmepleje eller bor i plejebolig.

Hent anbefalingerne på: [Faglige anbefalinger til ældre med uplanlagt vægttab](#)

I 2013 har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med relevante parter og faglige miljøer vurderet, hvilke validerende systematiske værktøjer kommuner og de almen praktiserende læger bør anvende i kontakten med den ældre medicinske patient til tidlig opsporing og systematisk identifikation af sygdomstegn, fysisk funktionsnedsættelse og ernæringstilstanden. Anbefalingerne er sammenfattet i rapporten "Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – sammenfatning af anbefalinger", og omfatter blandt andet værktøjer til hverdagsobservationer hos borgeren og læring og refleksion i hjemmeplejen.

Hent anbefalingerne på: [Værktøjer til tidlig opsporing](#)

Derudover hører næsten 35 pct. af de ældre, der bor i plejebolig m.v., under kategorierne lidt eller meget overvægtig (svarende til et BMI på 25+ og 30+). Et højt BMI forekommer dermed næsten lige så hyppigt som hos andre ældre. Som hos andre ældre ses der også her en høj forekomst af fedme-relaterede sygdomme (bl.a. diabetes og hjertekarsygdomme). Det skal bemærkes, at ældre med højt BMI ikke alene har den bedste overlevelse men også den bedste livskvalitet, når der sammenlignes med ældre med lavt BMI¹³.

Det er således vigtigt, at den kost, der tilbydes ældre, tilpasses den enkeltes behov og evne til at spise, og bidrager til at sygdomsrisikoen mindskes. Mange undervægtige ældre har fx behov for måltider med et højt energiniveau og mange proteiner, som bidrager til at bevare og opbygge muskelmasse. Derudover medvirker en rigtig kostsammensætning til at give beboerne mere energi og lyst til at deltage i aktiviteter i plejeboligen¹⁴.

Ifølge anbefalinger fra Fødevarestyrelsen og Sundhedsstyrelsen sker vurderingen af ernæringstilstanden bedst ved hjælp af oplysninger om (ændring i) kostindtag og nylig vægtudvikling. Konkret anbefaler Sundhedsstyrelsen, at ældre vejes ca. en gang om måneden og efter sygdom. Herudover er det vigtigt at indsamle oplysninger om forekomsten af forskellige risikofaktorer, der også kan have en mulig negativ indflydelse på ernæringstilstanden. Blandt de vigtigste risikofaktorer er tygge- og synkeproblemer samt afhængighed af hjælp til at spise. Tygge- og synkeproblemer hænger oftest sammen med beboe-

¹³ Socialstyrelsen (2013) 'National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen'

¹⁴ Socialstyrelsen (2013) 'National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen og 'Ældrekommissionen - Kommission om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem (2012)' Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem'

rens tandstatus. Dårlig tandstatus gør det vanskeligt at spise og kan dermed føre til, at beboeren bliver underernæret.

Ved systematisk og regelmæssigt at screene for ændringer i vægt og andre risikofaktorer bliver det muligt at afdække den ældres ernæringstilstand og i tide iværksætte den rette ernæringsindsats på baggrund af en systematiseret, individuel vurdering¹⁵.

Ankestyrelsens undersøgelse viser, at plejecentrene har fokus på at håndtere de mange småt spisende beboere ved at servere særlig næringsrig kost og gennem månedlige vejninger. Plejecentre, der råder over egne køkkener og køkkenpersonale, peger desuden på, at madproduktion på centret kan have en positiv effekt på småt spisende beboere, idet duften af køkkenets madlavning påvirker beboernes appetit.

Boks 4.7. National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen

I 2013 blev der udarbejdet en handlingsplan med en række konkrete anbefalinger til madservice til kommunerne, der skal være med til at øge opmærksomheden på måltidets betydning for ældres sundhed og livskvalitet. Handlingsplanens 5 anbefalinger omfatter: Udarbejdelse af en mad- og måltidspolitik, systematisk ernæringsvurdering af ældre, at tage udgangspunkt i den ældres ønsker til måltidet, at der arbejdes tværsektorielt omkring ernæringsindsats til ældre samt kompetenceudvikling af faggrupper omkring ældre i forhold til måltider og ernæring.

Hent handlingsplanen på: [National handlingsplan](#)

4.6.2. Madproduktionen

Ankestyrelsens spørgeskemaundersøgelse viser, at der er tre forskellige modeller for, hvordan madproduktion foregår på landets plejecentre. Maden bliver enten lavet fra bunden på selve plejecentret, leveret udefra færdigforarbejdet eller leveret som halvfabrikerede retter, som skal tilberedes på plejecentret.

Tabel 4.6. viser, at der er en lille overvægt af kommuner, som får leveret færdigforarbejdet mad i høj og i nogen grad. Dette gør sig gældende for 66 pct. Spørger man kommunerne, i hvilken udstrækning de får leveret halvfabrikerede retter, angiver 45 pct., at dette gør sig gældende i høj eller nogen grad, mens 54 pct. angiver, at dette gør sig gældende i mindre grad eller slet ikke. Spørger man kommunerne, i hvilken grad maden planlægges og tilberedes lokalt på plejecentrene angiver halvdelen, at dette gør sig gældende i høj eller nogen grad, mens den anden halvdel angiver, at dette gør sig gældende i ringe grad eller slet ikke. Et vigtigt forbehold ved denne besvarelse er dog, at spørgsmålet er formuleret således, at kommunerne ikke kan svare, at maden tilberedes fra bunden, uden samtidig også at svare, at beboerne inddrages i madplanen, hvorfor den reelle andel, der laver mad fra bunden, kan være højere.

Den mindst udbredte model er således leveringen af halvfabrikerede retter, som skal tilberedes på plejecentret. Her angiver 45 pct., at de i høj eller nogen grad gør brug af denne model. Flere plejecentre gør dog brug af flere af modellerne på samme tid.

¹⁵ Socialstyrelsen (2013) 'National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen'

Tabel 4.6. Kommunen bedes angive, i hvilken grad madproduktionen på plejecentre i kommunen fordeler sig på følgende tre former for madproduktion (Antal, pct.).					
	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt
I hvilken grad produceres kosten til borgere på plejehjem og på plejecentre i et fælles centralt køkken og leveres færdigforarbejdet?	33 (34)	31 (32)	15 (15)	18 (19)	97 (100)
I hvilken grad tilberedes halvfabrikerede retter på plejehjem og på plejecentre?	8 (8)	36 (37)	39 (40)	14 (14)	97 (100)
I hvilken grad planlægges madplan med borgerne og tilberedes fra bunden på plejehjem og på plejecentre?	26 (27)	22 (23)	29 (30)	20 (21)	97 (100)

Kilde: Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet, januar 2016
 Anm.: Alle 98 kommuner er blevet bedt om at besvare spørgsmålet. I alt 97 kommuner har besvaret spørgsmålet. Kommunerne er blevet bedt om at besvare de enkelte svarkategorier særskilt i forhold til at angive, i hvilken grad madproduktionen på plejecentre i kommunen fordeler sig på tre former for madproduktion blandt kommunale, selvejende og privatdrevne plejecentre. Tabellen angiver antal og pct. i parentes. Kommunerne er blevet bedt om at inkludere kommunale, selvejende og privatdrevne plejecentre i deres besvarelse af spørgsmålet. Kommunernes besvarelser kan være forbundet med en vis usikkerhed, idet det ikke vides, om alle kommuner har adgang til de pågældende oplysninger vedrørende de selvejende og privatdrevne plejecentre. Således kan der være kommuner, der har undladt at inkludere selvejende og privatdrevne plejecentre i deres besvarelse, selvom disse plejecentertyper eksisterer i kommunen.
 Et vigtigt forbehold ved denne besvarelse er dog, at spørgsmålet er formuleret således, at kommunerne ikke kan svare, at maden tilberedes fra bunden, uden samtidig også at svare, at beboerne inddrages i madplanen, hvorfor den reelle andel kan være højere.

4.7. De fysiske rammer

Indretningen af et plejecenter har stor betydning for beboernes trivsel og livskvalitet, og det er derfor vigtigt, at der sikres nogle gode og trygge rammer. De fysiske rammer bør kunne tilpasses den enkelte beboer, så der er plads til beboernes forskellighed og behov. Det fremgår af Ældrekommissionens rapport, at det både er de særlige hensyn til indretningen af plejebolig og omgivelserne omkring boligerne, der har betydning for beboernes trivsel og livskvalitet. Ældrekommissionen anbefaler derfor, at nye plejecentre bør placeres, hvor der er liv, og der bør være tilgængelige udearealer tæt på bygningerne, hvor beboerne kan færdes sikkert og trygt.¹⁶

Boks 4.8. Modelprogram for plejeboliger

Byggeprogrammet, "Modelprogram for plejeboliger", blev præsenteret i 2010. Hovedbudskabet i modelprogrammet er, at fremtidens plejeboliger skal tage udgangspunkt i begrebet hjemlighed, således at boligen både er tryk og hjemlig for beboeren, og samtidig er en sund og velfungerende arbejdsplads for plejepersonalet. I den forbindelse er der stort fokus på dementes behov for indretning af boligerne.

Modelprogrammet er særlig velegnet for kommunerne, når de er i dialog med rådgivere, arkitekter, pårørende og andre aktører på plejeboligområdet om, hvordan plejeboligcentrets skal designes.

Modelprogrammet for plejeboliger kan her: [Modelprogram](#)

¹⁶ Ældrekommissionen, Kommissionen om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem (2012) 'Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem' og Erhvervs- og Byggestyrelsen (2010) 'Modelprogram for plejeboliger'

4.7.1. Boliger til beboere med demens

Det fremtidige behov for plejeboliger afhænger af en række forhold, herunder den demografiske udvikling og udviklingen i de ældres helbredstilstand og funktionsevne.

Det må dog forventes, at en betydelig andel af beboerne også i fremtiden vil lide af demenssygdomme.

Personer med demens er meget forskellige og har derfor også forskellige behov i forhold til boligindretning. Derfor er der både behov for at arbejde med meget specialiserede tilbud til denne gruppe og med at sikre, at de øvrige plejeboliger også er egnede til personer med demens i forskellig grad.

4.7.2. Særlige botilbud

Ifølge Udlændinge-, Integration og Boligministeriet er der i alt 6.037 skærmede enheder på landsplan, der kan betegnes som særligt indrettede boliger til personer med demens. De særlige botilbud til personer med demens har udviklet sig løbende gennem årene i takt med det forøgede fokus på området. Samtidig er der, som nævnt ovenfor, forskel på de behov, som personer med demens har i forhold til boligindretningen, idet demenssygdomme har forskellige sværhedsgrader.

4.7.2.1. Skærmede enheder

En vis del af plejeboliger til demente er i dag indrettet som skærmede enheder, der defineres som "en mindre afgrænset enhed med overskuelige rammer med et mindre antal medbeboere og med en fast stab af veluddannet personale". Formålet med de skærmede enheder til personer med demens er at skabe et trygt miljø, hvor der både kan ydes den rette pleje og omsorg og anvendes relevante socialpædagogiske metoder i indsatsen. Skærmede enheder tilbydes hovedsageligt til de udadreagerende personer med demens, der har helt særlige behov, hvad angår bolig, pleje og omsorg.

4.7.2.2. Leve- og bomiljøer

En stor del af de almene plejeboliger, der er opført inden for de sidste 15 år er indrettet som mindre boenheder, de såkaldte 'leve- og bomiljøer', der bl.a. anses som velegnet som boliger til personer med demens. Ved leve- og bomiljøer forstås en mindre gruppe af individuelle boliger og et fællesareal med køkken og opholdsstue. Ofte er boligerne fysisk placeret i en ring omkring fællesarealer, hvilket giver stor tryghed for personen med demens, som frit kan gå ud i fællesarealet, når dørene åbnes fra egen bolig. Tanken er, at beboerne på plejecentret indgår i en form for bofællesskab, hvor fælles mad og fælles sociale aktiviteter prioriteres højt.

Boks 4.9. Plejeboliger til borgere med demens

Statens Byggeforskningsinstitut har i deres anvisning om indretning af plejeboliger for personer med demens fra 2015 peget på tre overordnede tiltag i de fysiske omgivelser, der kan øge velbefindendet hos personer med demenssygdomme og medvirke til at mindske urolig og aggressiv adfærd, depression og deraf følgende medicinforbrug: 1) Bygge små overskuelige, genkendelige og skærmede miljøer, hvor personen med demens lettere kan orientere sig. 2) Skabe rige, men samtidig afpassede, sanseoplevelser ved hjælp af lys, lyd, farver, dufte og materialer og 3) Sikre gode muligheder for at komme udendørs og i kontakt med dags- og sollys, naturen, planter, vind og vejr

SBI-anvisning 259 – plejeboliger for personer med demens – indledende spørgsmål:
Anvisningerne kan findes her: [Plejeboliger til borgere med demens](#)

4.8. Velfærdsteknologi

Velfærdsteknologi kan være alt fra robotstøvsugere, GPS'er til personer med demens eller vasketoiletter. Brugen af velfærdsteknologi i plejen af ældre vil i mange tilfælde kunne understøtte borgerne i at blive mere selvhjulpne og uafhængige i hverdagen. Endvidere kan de velfærdsteknologiske løsninger medvirke til at skabe et bedre arbejdsmiljø for pleje- og omsorgspersonalet fx ved at aflaste personalet ved tunge løft samt frigøre ressourcer. Der er derfor i stigende grad fokus på, hvordan man i fremtiden kan understøtte sociale indsatser med forskellige former for velfærdsteknologi og digitalisering¹⁷

Boks 4.10. Strategi for digital velfærd

Strategien "*Digital velfærd, En lettere hverdag*" skal bidrage til at øge brugen af teknologi og digitalisering på de store velfærdsområder. Et af de syv fokusområder i strategien er "Velfærdsteknologi i Pleje og Omsorg", som omfatter handicapområdet og ældreområdet. Som led i strategien er der iværksat udbredelse af fire velfærdsteknologiske løsninger.

- *Hjælp til løft*: Forflytningsteknologi (fx lifte monteret på skinner i loftet, badestole på hjul mv.) hvor forflytning af borgere foretages af én medarbejder i stedet for to medarbejdere de steder, hvor det er muligt.
- *Vasketoiletter*: Toilet med skylle/tørre funktion, som styres af brugeren, og har en positiv indvirkning på borgernes selvhjulpnehed og værdighed.
- *Bedre brug af hjælpemidler*: Øget fokus på om hjælpemidler kan øge borgernes selvhjulpnehed og mindske behovet for personlig pleje og praktisk hjælp.
- *Spiserobotter*: Borgere med funktionsnedsættelser i arme og hænder kan med en spiserobot indtage måltider ved egen hjælp eller med mindre hjælp fra andre.

Digital velfærd – en lettere hverdag (Fælles offentlig strategi for digital velfærd 2013-2020)
Find strategien her: [Strategi for digital velfærd](#)

KL offentliggjorde i juni 2015 en statusmåling på det fælleskommunale program for udbredelse af velfærdsteknologi. Siden baselinemålingen i 2014 er der generelt sket en positiv udvikling i implementering af programmets fire indsatser. Det bemærkes, at det ikke fremgår af KLs status, hvor teknologierne er implementeret. Det kan således både være på plejecentre og uden for plejecentrene: Der fremgår bl.a. følgende af KL's statusmåling:

- *Løftlifte*: Der er samlet set indkøbt ca. 25.900 løftlifte i kommunerne per 1. januar 2015 på ældreområdet. Siden 2014 er der indkøbt ca. 1.750 løftlifte.
- *Vasketoiletter*: Der er samlet set indkøbt 3.360 vasketoiletter i kommunerne per 1. januar 2015 på ældreområdet. Siden 2014 er der indkøbt 786 vasketoiletter
- *Spiserobotter*: Der er ligeledes sket en øget anvendelse af spiserobotter i kommunerne, om end der stadig er tale om relativt få eksemplarer. Der er samlet set indkøbt 86 spiserobotter i kommunerne per 1. januar på ældreområdet. Siden 2014 er der indkøbt 52 spiserobotter, jf. tabel 4.7.
- *Bedre brug af hjælpemidler*: Denne kategori var ikke medtaget i baselinemålingen for 2014, hvorfor målingen i 2015 fungerer som baseline for indsatsområdet. Det

¹⁷ Digitaliseringsstyrelsen, Danske Regioner og KL (2013) 'Fællesoffentlig strategi for digital velfærd 2013-2020 – Digital velfærd, En lettere hverdag'

er dog allerede nu muligt at konstatere, at kommunerne integrerer implementeringen af denne indsats i deres øvrige arbejde med hverdagsrehabilitering¹⁸

Langt størstedelen af landets kommuner i gang eller har implementeret en eller flere velfærdsteknologier. Det er særligt i de store kommuner som København, Aarhus og Odense, at der arbejdes med velfærdsteknologi, hvor særlige enheder afprøver og implementerer teknologier på det sociale område.

Tabel 4.7. Indkøb og ibrugtagning af velfærdsteknologi på ældreområdet pr. 1. januar 2015			
	Indkøbte	Ibrugtagne	Udvikling i indkøb fra 2014-
Løftlifte	25.873	24.394	1.744
Elektroniske bade/toiletstole	6.648	6.145	4.264
Vasketoiletter	3.360	2407	786
Toiletsædeløftere	458	418	-28
Spiseroboter	86	38	52
Anm.: 90 kommuner har bidraget med data			
Kilde: KL, Statusmåling, juni 2015: 'Det fælleskommunale program for udbredelse af velfærdsteknologi' Oplysningerne i Tabellen er sat sammen af data indhentet fra forskellige skemaer i KL's statusmåling.			

4.8.1. Personer med demens

Velfærdsteknologi til personer med demens har til formål at kompensere for demensrelaterede problemer med fx hukommelse og orientering. Samtidig kan velfærdsteknologi også bidrage til at forebygge skader og øge sikkerheden og trygheden i dagligdagen. Derudover kan velfærdsteknologi aflaste personalet, og hvis de bruges rigtigt, bidrage til at gøre personer med demens mindre afhængige af hjælp og kontrol fx i form af bl.a. natlige tilsyn af medarbejderne på plejecentret.

Der findes mange forskellige typer af velfærdsteknologi, som har til formål, at kompensere for de færdigheder, der gradvist forsvinder ved demens, og som gør det lettere at holde styr på hverdagen og håndtere glemsomhed eller nedsat stedsans. Derudover findes der også teknologier, som kan mindske social uro og skabe mere glæde og bedre livskvalitet for personer med demens. Det mest kendte eksempel er robotsælen "Paro". Derudover findes en række teknologier til personer med demens i form af forskellige alarm- og pejlesystemer, som kan skabe tryghed og sikkerhed. Alarmsystemerne kan bruges til at gøre medarbejderne opmærksomme, hvis en beboer er ved at forlade plejeboligen, er faldet eller på anden måde har brug for hjælp. Et andet eksempel på velfærdsteknologi er sensorgulve. Sensorgulvene har flere funktioner. Der bliver fx tændt et lys over sengen, hvis beboeren træder ud af sengen om natten. Det mindsker risikoen for fald. I det tilfælde en beboer falder, udløses en alarm til personalet. Sensorgulve kan derved medvirke til, at beboerne ikke forstyrres i deres nattesøvn, som ved besøgsrunder, og at medarbejderne hurtigt bliver gjort opmærksom på, at en beboer er faldet.

¹⁸ KL (juni 2015) 'Det fælleskommunale program for udbredelse af velfærdsteknologi – statusmåling'

4.8.2. Dokumentation og IT

Ifølge Ankestyrelsens kortlægning indgår der en række dokumentationsopgaver i plejepersonalets daglige opgaveløsning. Langt de fleste steder foregår dokumentationsarbejdet løbende mellem personalets øvrige arbejdsopgaver. Blandt de plejecentre som Ankestyrelsen har interviewet er der ikke afsat tid til dokumentationsopgaven i det daglige arbejde, medmindre der er tale om en særlig stor opgave som fx en række ophobede sager eller implementeringen af nye systemer, som eksempelvis Det Fælles Medicinkort (FMK).

På alle plejecentrene er dokumentationsopgaverne IT-understøttet af et journalsystem som eksempelvis "Care" eller "Avaleo". Derudover er det forskelligt, hvordan centrene har valgt at IT-understøtte dokumentationsopgaverne. Nogle plejecentre anvender iPads i deres daglige dokumentationspraksis, således at dokumentationen kan foretages samtidig med eller i umiddelbar forlængelse af, at en dokumentationskrævende plejeopgave udføres. På andre plejecentre arbejder man med stationære computere, som er placeret i enten personalestuer eller i kontorer til formålet.

Generelt peges der på tværs af caseplejecentre og medarbejdergrupper på dokumentation som en tidskrævende, men samtidig også nødvendig og værdifuld arbejdsopgave. På en række centre peger medarbejderne på, at der ofte er uklarhed om plejecentrets dokumentationspraksis, herunder særligt hvor bagatelgrænsen går for, hvad der skal dokumenteres. Et eksempel herpå kan være, hvorvidt en almindelig rift skal dokumenteres eller hvor meget, der skal dokumenteres i forbindelse med et vagtskifte.

Kapitel 5. Sundhedsfaglig behandling

Mange ældre på plejecentrene har et komplekst sygdomsbillede med mange forskellige symptomer. Som det fremgår af kapitel 3 er cirka halvdelen af beboerne i en plejebolig diagnosticeret med en eller flere kroniske sygdomme. Medicinforbruget opgjort ved den samlede definerede døgndosis er næsten dobbelt så høj for borgere over 65 år, som bor i plejebolig i forhold til borgere i samme alder, der ikke bor i plejebolig. Hertil kommer, at beboere i plejeboliger har en højere indlæggelseshyppighed i forhold til borgere, der ikke bor i en plejebolig. Der er således behov for at sikre, at de rette kompetencer og faglig viden er til stede i den kommunale sygepleje og behandling. Det gælder bl.a. i forhold til at identificere tidlige tegn på sygdomme og sikre den nødvendige behandling i samarbejde med den almen praktiserende læge og sygehusene.

Der er en særlig udfordring i forhold til personer med demens, idet disse gradvist mister evnen til selv at tage vare på deres eget helbred. Derfor er der behov for, at personalet har den rette viden og metoder til at vurdere deres sundhedstilstand. Den største gruppe af personer med demens er ældre, og mange har eller er i risiko for at få andre sygdomme, men ofte har de svært ved at give udtryk for fysiske symptomer som fx smerter, delir, inkontinens og forstoppelse. Det er derfor vigtigt, at personalet har fokus på tegn på symptomer og sygdom i den daglige pleje og omsorg med henblik på at forebygge eller hindre udviklingen af andre sygdomme, der kan true helbredet. Derudover er det vigtigt, at have fokus på forebyggelse af fald, fejlnæring, dårlig tand- og mundhygiejne samt søvnproblemer og døgnrytmeforstyrrelser.

Boks 5.1. Den ældre medicinske patient

Der er igangsat et arbejde med en handlingsplan for den ældre medicinske patient, som skal sikre en konkret og målrettet indsats mod bl.a. overbelægning på de medicinske sygehusafdelinger. Samtidig skal handlingsplanen bidrage til bedre vilkår og mere sammenhængende forløb for patienterne fx i forbindelse med udskrivelse fra sygehuset. Arbejdet er tilrettelagt i to faser. Første fase er en akutpakke, som blev offentliggjort i februar 2016 og indeholder en række indsatser, som skal nedbringe overbelægningen på sygehusene.

Et af initiativerne i akutpakken mod overbelægning er at udbrede erfaringerne fra projekt "Sikkert Patientflow", som er afprøvet på 12 akutsygehuse. Et styrket samarbejde på tværs af sygehuset giver en bedre planlægning af den enkelte patients samlede forløb, så patienterne kan blive indlagt på de afdelinger, hvor der er plads, og at der sker et frivilligt udlån af personale til de travleste afdelinger. Akutpakken rummer også penge til at ansætte flere læger og sygeplejersker ude på afdelingerne og udvide åbningstider i eksempelvis ambulatorier.

I anden fase udarbejdes en mere langsigtet handlingsplan med fokus på bl.a. styrkede kompetencer i kommuner og hos almen praktiserende læger. Den endelige handlingsplan for den ældre medicinske patient forventes færdig i foråret 2016.

Finansloven for 2016 og Aftale om akutpakke mod overbelægning 2016

5.1. Hjemmesygeplejen

Hjemmesygeplejen spiller en central rolle i forhold til at sikre den rette sundhedsfaglige behandling af borgere på plejecentre. Læger kan henvise borgere til den kommunale hjemmesygepleje, hvis lægen vurderer, at det er nødvendigt for at imødekomme den ordinerede behandling, herunder lægemiddelbehandling.

Det er kommunens ansvar, at den kommunale hjemmesygepleje tilrettelægges således, at de behov for hjemmesygepleje, der opstår i lokalsamfundet, kan imødekommes - uanset om kommunen yder hjemmesygepleje ved aftaler med private leverandører eller ved egne ansatte.

Hjemmesygeplejen kan fx:

- Udføre sygepleje, rehabilitering og palliativ pleje i forløb af forskellig varighed, blandt andet til borgere med kroniske lidelser, alvorligt syge og døende.
- Udføre lægeordnede behandlingsopgaver
- Observere patientens tilstand og effekten af sygepleje og behandling
- Yde borger- og patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse med henblik på at bevare og styrke den enkelte borgers og grupper af borgers sundhed

Den kommunale hjemmesygepleje varetager typisk planlagte opgaver, som kan være både almene, det vil sige, at de kan varetages af det meste personale i hjemmesygeplejen, og særlige, hvilket vil sige, at de kræver særlige kompetencer hos personalet i hjemmesygeplejen. Typisk har kommunerne ansat hjemmesygeplejersker med særlige kompetencer inden for sårpleje og demens.

Der er kommunalbestyrelsens ansvar at sikre, at hjemmesygeplejen udføres af autoriserede sygeplejersker og andre personalegrupper med de nødvendige uddannelsesmæssige kvalifikationer. Det er en afgørende forudsætning for kvaliteten i opgavevaretagelsen og patientsikkerheden i hjemmesygeplejen, at sundhedspersonalet har de fornødne kvalifikationer og kompetencer til at løse opgaverne inden for hjemmesygeplejens opgaveområde.

Derudover har de fleste kommuner inden for de senere år oprettet akutfunktioner i hjemmesygeplejen, som er målrettet patienter med komplekse pleje- og behandlingsbehov, fx efter behandling på sygehus, og som kræver, at personalet kan agere og træffe selvstændige beslutninger i en uforudsigelig og omskiftelig hverdag. Akutfunktioner er organiseret forskelligt i de enkelte kommu-

Boks 5.2. Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter

Sundhedsstyrelsen udsendte i 2013 *Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter – værktøjer til hverdagsobservationer*, som indeholder 1) værktøjer til hverdagsobservationer hos borgeren, 2) værktøjer til læring og refleksion i hjemmeplejen, samt 3) værktøjer og tests til kvalificering af hverdagsobservationerne hos borgeren. Værktøjerne tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens opfattelse af, at hjemmesygeplejen har en rolle i forhold til at understøtte hjemmeplejen og personalet på plejecentre ift. den sundhedsfaglige udredning og behandling af deres borgere/beboere. Værktøjerne skal understøtte at hjemmeplejen, hjemmesygeplejen samt personalet på plejecentrene reagerer på tidlige tegn på sygdom. Derudover skal de understøtte en mere kvalificeret dialog med den alment praktiserende læge.

Find rapporten her: [Tidlig opsporing](#)

ner, men oftest som udkørende teams, der leverer sygepleje i borgerens eget hjem, herunder i plejebolig, og/eller som midlertidige døgnophold på en særlig kommunal enhed – oftest i tilknytning til et plejecenter.

5.2. Medicinhåndtering

Hjælp til borgerne til imødekommelse af medicinsk behandling ordineret af lægen og håndtering af medicin af hensyn til borgernes sikkerhed er en vigtig opgave for hjemmesygeplejen. Det gælder også borgere på plejecentre.

Det er lægerne, som har kompetencen til at ordinere medicin til borgerne. Lægemedelordinationen er et tilbud om behandling, som borgeren skal sige ja eller nej til på linje med anden behandling.

En læge kan således henvise borgeren til den kommunale hjemmesygepleje, hvis lægen vurderer, at det er nødvendigt for at imødekomme den ordinerede medicinbehandling, herunder også i forhold til patientsikkerhedsmæssige overvejelser. Herefter vurderer og fastlægger hjemmesygeplejen, hvordan borgeren skal tilbydes at modtage hjælp til sin medicin.

Hjemmesygeplejens bistand til håndtering af medicin har til formål at sikre, at borgeren får sin medicin i de rigtige doser på de rigtige tidspunkter, og dermed ikke kommer til at lide skade/overlast grundet forkert eller mangelfuld anvendelse af medicin. Dette vedrører også hjælp til håndtering af medicin, som der kan være vanskeligheder med at varetage selv, fx øjendråber. Der kan dermed være flere årsager til, at en borger har behov for hjælp til medicinen.

Sundhedspersoner skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed i deres virke. I Sundhedsstyrelsens (nu Styrelsen for Patientsikkerhed) vejledning om ordination og håndtering af lægemidler¹⁹ angives hvilke forhold, sundhedspersonalet bør iagttage og overveje i forhold til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Vejledningen har også som formål at sikre en ensartet og høj patientsikkerhed ved ordination og håndtering af medicin. I vejledning om ordination og håndtering af lægemidler henvises til programmet Fælles Medicin Kort (FMK). FMK indeholder oplysninger om aktuel lægemiddelbehandling og givne vacciner for alle borgere. FMK benyttes i hele sundhedsvæsenet – på sygehuse, blandt praktiserende læger og kommuner, hjemmesygeplejen. Oplysninger om borgerens aktuelle lægemiddelbehandling betyder, at der haves et ens og opdateret billede af borgernes medicinering, med henblik på at yde behandling og for håndtering af medicin. Dette giver en bedre behandling og øget sikkerhed for borgerne.

Sundhedsstyrelsen fører tilsyn med medicinhåndtering på plejehjem m.v. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens landsrapport for tilsyn med plejehjem for 2014²⁰, at der har været en positiv udvikling inden for en række af tilsynets områder. Sundhedsstyrelsen gav dog fort-

¹⁹ Vejledning nr. 9079 af 12. februar 2015.

²⁰ Sundhedsstyrelsen (2015) 'Tilsyn med plejehjem – Landsrapport for 2014'.

sat mange anmærkninger i forhold til medicin håndtering og dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser (journalføring), som er væsentlige for patientsikkerheden²¹.

Boks 5.3. Styrkelse af medicin håndteringen

I 2014 blev projektet "Patientsikker Kommune", også kaldet "I Sikre Hænder", igangsat. I projektet deltager 5 kommuner - Frederiksberg, Lolland, Sønderborg, Thisted og Viborg kommuner. Formålet med projektet er at tilrettelægge arbejdsgange, som kan styrke behandlingen og patientsikkerheden. Indsatsen i projektet har fokus på medicin håndtering, forebyggelse af tryksår, infektioner og andre utilsigtede hændelser og sker ved brug af eksisterende sundhedsfaglig viden, men hvor denne viden integreres i de daglige rutiner for ydelse af hjælp og pleje til borgerne. Erfaringerne fra de fem kommuner, der deltager i projektet "I Sikre Hænder", viser, at en stor andel af de utilsigtede hændelser, bl.a. i forhold til medicinering, kan undgås. Metoderne og de opnåede erfaringer fra "I Sikre Hænder" skal udbredes, så ikke kun få borgere får mere sikker medicin håndtering. De 5 deltagende kommuner i projektet er nu i gang med udbredelse i egen kommune, fx til andre hjemmesygeplejedistrikter, plejebolig m.v. end de der har medvirket i projektet. Med satspuljeaftalen for 2016 er der afsat i alt 14 mio. kr. til udbredelse af erfaringerne fra pilotprojektet "I sikre hænder" til flere kommuner. Erfaringerne fra de fem kommuner, der deltager i projektet, viser, at en stor andel af tryksår, medicineringsfejl, infektioner og andre utilsigtede hændelser og skader, kan undgås ved, at den eksisterende viden tages i brug og integreres i de daglige rutiner omkring borgerne.

Yderligere information om projektet kan findes her: [I sikre hænder](#)

5.3. Samarbejdet med praktiserende læger og sygehus

Det forventes, at der fremover vil være flere borgere, der lever med en kronisk lidelse, og som har regelmæssig kontakt flere sektorer i sundhedsvæsenet på samme tid. Det stiller krav til sundhedsvæsenet om at sikre sammenhængende forløb for borgerne på tværs af sygehuse, praktiserende læger og kommuner. Der findes allerede en række redskaber, som fx sundhedsaftalerne, der har til formål at understøtte et koordineret samarbejde mellem kommunerne og sygehusene. I de næste to afsnit belyses plejecentrenes organisering af samarbejdet med sygehusene og de alment praktiserende læger på baggrund af Ankestyrelsens spørgeskemaundersøgelse.

5.3.1. Samarbejde med praktiserende læger

Som led i Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med plejehjem m.v. indgår det som et målepunkt, om ledelsen har sikret, at der er en skriftlig instruks for samarbejdet med den behandlende læge.

Personalets samarbejde med beboernes praktiserende læger skal medvirke til at sikre den rette sundhedsfaglige behandling af beboerne på plejecentre. Det gælder både i forhold beboernes generelle sundhedstilstand og eventuelle behandling samt medicinering. Ankestyrelsens spørgeskemaundersøgelse viser, at der i langt de fleste kommuner er skriftlige retningslinjer for, hvordan personalet generelt skal samarbejde med den praktiserende læge. 85 pct. af kommunerne svarer, at de har skriftlige retningslinjer på alle pleje-

²¹ Sundhedsstyrelsens tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed i plejebolig gennemførte i 2014 i alt 719 plejeboligstilsyn og indsamlede i alt 2.228 stikprøver, hovedsageligt hos beboere med komplekse plejebehov.

centre, mens 9 pct. af kommunerne svarer, at de ikke har skriftlige retningslinjer for samarbejdet med praktiserende læge på nogen af deres plejecentre, jf. tabel 5.1.

Tabel 5.1.
Har kommunen på de enkelte plejecentre skriftlige retningslinjer for, hvordan personalet generelt skal samarbejde med praktiserende læger? (Pct.)

	Antal kommuner	Pct.
Ja, på alle	82	85
Ja, på mere end halvdelen	2	2
Ja, på mindre end halvdelen	0	0
Ja, på enkelte	3	3
På ingen plejecentre.	9	9

Anm.: Alle 98 kommuner er blevet bedt om at besvare spørgsmålet. I alt 96 kommuner har besvaret spørgsmålet. Der kan være forskel på, om de kommuner, der har selvejende og privatdrevne plejecentre, har indregnet disse i besvarelsen.
Kilde: Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet

De kommuner, der har angivet ikke at have skriftlige retningslinjer for samarbejdet med praktiserende læge, har haft mulighed for at angive, hvad årsagen er. Begrundelserne er, at samarbejdet er velfungerende, og at der derfor ikke vurderes at være et behov for skriftlige retningslinjer.

5.3.1.1. Faste læger på plejecentre

Indførelse af fast tilknyttede praktiserende læger på plejecentre kan medvirke til at forbedre den sundhedsfaglige behandling af beboerne. I nedenstående tabel 5.2 fremgår kommunernes besvarelser af, i hvilket omfang der er tilknyttet en fast læge på de enkelte plejecentre. Det skal bemærkes, at alle borgere er tilknyttet en praktiserende læge. Beboerne på plejecenter er således allerede ved indflytningen tilknyttet en praktiserende læge, som måske har kendt den ældre og dennes sygehistorie i længere tid.

Et pilotprojekt med syv plejecentre, hvor beboerne var tilmeldt en alment praktiserende læge, der havde sin faste gang på plejecentrene, har vist positive resultater. En analyse viste bl.a. en reduktion i forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og kortidsindlæggelser for beboerne på de syv plejecentre med en fast tilknyttet læge i forhold til beboere på øvrige plejecentre. Analysen viste desuden, at der på de syv plejecentre skete en reduktion i udskrivelse af den receptpligtige medicin, og at kontakten til lægevagten blev reduceret. Læger, plejecentre og pårørende, der var involveret i projektet, gav udtryk for at være yderst tilfredse med ordningen, ligesom der blev givet udtryk for, at samarbejdet mellem lægerne og personalet var blevet forbedret²².

²² Weatherall, Cecilie Dohmann, Heidi Hesselberg Lauritzen, Anne Toft Hansen og Tina Termansen (SFI:2014): Evaluering af "fast tilknyttede læger på plejecentre"

Tabel 5.2.**I hvilket omfang er der tilknyttet en fast læge på de enkelte plejecentre? (Pct.)**

	Antal kommuner	Pct.
Ja, på alle	1	1
Ja, på mere end halvdelen	0	0
Ja, på mindre end halvdelen	1	1
Ja, på enkelte	8	8
På ingen plejecentre	86	90
I alt	96	100

Anm.: Alle 98 kommuner er blevet bedt om at besvare spørgsmålet. I alt 96 kommuner har besvaret spørgsmålet. Det antages, at kommunernes besvarelser er baseret på en opgørelse af de kommunale plejecentre, og ikke selvejende og privatrejede. Det kan dog være behæftet med en vis usikkerhed, om der er kommuner, der også har adgang til disse oplysninger for selvejende og privatrejede plejecentre.

Kilde: Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet

Størstedelen af kommunerne i Ankestyrelsens nationale spørgeskemaundersøgelse, svarende til 90 pct., svarer, at de ikke har en fast tilknyttet læge på nogen af deres plejecentre. 1 pct., svarende til én kommune, svarer, at de har en fast læge tilknyttet på samtlige plejecentre, 1 pct. svarer, at de har det på mindre end halvdelen af deres plejecentre, og 8 pct. af kommunerne svarer, at de har det på enkelte af deres plejecentre.

I Ankestyrelsens nationale spørgeskemaundersøgelse har kommunerne haft mulighed for at uddybe, hvorfor de enten har eller ikke har fast tilknyttede læger på deres plejecentre. Kommunerne har forskellige begrundelser for, hvorfor de ikke har fast tilknyttede læger på deres plejecentre. Det er udbredt, at kommunerne begrundet det med borgerens frie valg og selvbestemmelse samt fordelen i, at lægen har et kendskab til patienten, som går forud for vedkommendes indflytning på plejecenter. Andre er mere positivt stemt over for en sådan løsning, men er grundet forskellige årsager ikke kommet i gang. Dette kan være af økonomiske årsager eller vanskeligheder med at indgå aftale med Praktiserende Lægers Organisation (PLO), men en mere udbredt begrundelse ligger i rekrutteringsvanskeligheder.

Endelig er der også kommuner, der afventer erfaringer fra andre kommuner, før de vil sætte et sådan samarbejde i gang. Blandt de kommuner, der har valgt at have fast tilknyttede læger, uddyber en af kommunerne det på følgende måde:

Fasttilknyttede læger

Formålet var primært at reducere antallet af indlæggelser. Hertil ønskedes at;

- *reducere kontakten til lægevagten*
- *forbedre medicinhåndtering*
- *forbedre samarbejdet mellem personaler og læger*
- *forbedre brugertilfredshed / skabe tryghed for de ældre”.*

Medarbejder, Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet 2016

Boks 5.4. Landsdækkende ordning med læger på plejecentre

På baggrund af forsøgsprojektet med fast tilknyttede læger indføres en landsdækkende ordning med faste læger på plejecentrene. Ordningen skal forbedre den sundhedsfaglige behandling af beboere på plejecentre, fx reducere antallet af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser samt forbedre medicinbehandlingen m.m. Ordningen indebærer, at beboere på plejecentre bliver tilbudt en læge med relevant uddannelse (almen medicin, geriatri), som er fast tilknyttet plejecentret. Den enkelte beboer kan fortsat frit vælge en anden læge inden for rammerne af reglerne om valg og skift af læge. Den fast tilknyttede læge varetager behandlingen af den enkelte beboer.

Derudover er der afsat midler til at kommunerne i en indkøringsfase honorere de fasttilknyttede læger for at yde generel sundhedsfaglig rådgivning til personalet på plejecentret, herunder fx rådgivning ift. medicinbehandling.

Satspuljeaftalen for 2016

5.3.2. Samarbejde med sygehuse

Ankestyrelsen har spurgt kommunerne, om de har skriftlige retningslinjer for, hvordan personalet generelt skal samarbejde med sygehuse. Det har langt de fleste kommuner, idet 82 pct. af kommunerne svarer, at de har det på alle deres plejecentre, 2 pct. har svaret, at de har det på mere end halvdelen, og 1 pct., svarende til én kommune, har svaret, at de har det på enkelte plejecentre. 15 pct. af kommunerne har ikke skriftlige retningslinjer for samarbejdet med sygehuse på nogen af deres plejecentre.

Blandt de kommuner, der *ikke* har skriftlige retningslinjer for samarbejdet med sygehuse, er der bred variation i begrundelserne for hvorfor. Flere af kommunerne begrundet det med, at der ikke er behov for skriftlige retningslinjer, fordi samarbejdet allerede fungerer.

Tabel 5.3.
Har kommunen på de enkelte plejecentre skriftlige retningslinjer for, hvordan personalet generelt skal samarbejde med sygehuse

	Antal Kommuner	Pct.
Ja, på alle	79	82
Ja, på mere end halvdelen	2	2
Ja, på mindre end halvdelen	0	0
Ja, på enkelte	1	1
På ingen	14	15
I alt	96	100

Anm.: Alle 98 kommuner er blevet bedt om at besvare spørgsmålet. I alt 96 kommuner har besvaret spørgsmålet. Der kan være forskel på, om de kommuner, der har selvejende og privatdrevne plejecentre, har indregnet disse i besvarelsen.

Kilde: Ankestyrelsens kortlægning af plejehjemsområdet

Nogle begrundet det med, at sundhedsaftalerne tjener en sådan funktion²³. En kommune begrundet det med, at det er vanskeligt at udarbejde den slags retningslinjer, idet samarbejdet vedrører mange forskellige sygehusafdelinger og henvendelsestyper.

²³ En sundhedsaftale er en lovpligtig aftale, der indgås mellem region og kommuner med henblik på at sikre sammenhæng i patientforløb, der går på tværs af region og kommune.

Boks 5.5. Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Som opfølgning på aftalen om kommunernes økonomi for 2016 og aftalen om regionernes økonomi for 2016 har regeringen nedsat et udvalg under Sundheds- og Ældreministeriet med deltagelse af Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og Social- og Indenrigsministeriet og Finansministeriet. Udvalget skal komme med forslag, der skal understøtte, at behandlingen af patientgrupper med forløb på tværs af sektorer sker sammenhængende, borgernært, omkostningseffektivt og er af høj kvalitet. Herunder særligt for følgende patientgrupper:

- Ældre medicinske patienter
- Patienter med kroniske sygdomme
- Patienter med psykiske lidelser, herunder dobbeltbelastede

Udvalget skal komme med forslag til en styrkelse af indsatsen på følgende områder:

- Bedre samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praksissektor.
- Rette kompetencer til rette opgaver
- Ensartet kvalitet over hele landet
- Bedre digital understøttelse og brug af data

Kommissorium for udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen 2016

Kapitel 6. Personalets uddannelse

Ældre med behov for hjælp, pleje og omsorg skal mødes af et fagligt kvalificeret personale, som har de rette kompetencer til at varetage plejen, omsorgen og behandlingen af beboerne. Det gælder ikke mindst for ældre med demens, hvor det er vigtigt, at personalet har forudsætninger og viden til at sætte ind med den rette behandling og pleje for at imødekomme de særlige behov, som ældre med demens har.

Dette kapitel beskriver personalet på plejecentrene, deres uddannelsesmæssige baggrund, efteruddannelse og fordelingen af medarbejdergrupper på landets plejecentre. Der er tale om medarbejdere, der arbejder med opgaver direkte relateret til beboerne og adgangen til sundhedsfaglige ressourcer i form af eksempelvis medicinske og sygeplejefaglige kompetencer. Både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er autoriserede sundhedspersoner.

Fordelingen af medarbejdergrupper er baseret på oplysninger fra de enkelte kommuner i Ankestyrelsens spørgeskemaundersøgelse, og det bemærkes, at der kan være forskellige måder at opgøre tallene på. Flere kommuner har i kommentarfeltet gjort opmærksom på, at de ikke har været i stand til at trække de nøjagtige tal, hvorfor angivelserne i flere tilfælde er baseret på et skøn. Ydermere kan der være forskellig praksis i forhold til, om kommunerne eksempelvis har inkluderet ledere, medarbejdere i fleksjob og timelønnede medarbejdere i deres opgørelser over uddannelsesfordeling blandt medarbejdere.

6.1. Oversigt over uddannelsesfordelingen

Ankestyrelsens spørgeskemaundersøgelse viser, at alle kommuner²⁴ har social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere ansat på deres plejecentre.

Langt de fleste af kommunerne (svarende til 94 pct.) har sygeplejersker ansat på plejecentre i kommunen, og godt halvdelen (svarende til 56 pct.) har fysioterapeuter ansat. Socialpædagoger og pædagoger er ansat på plejecentre i godt en tredjedel af kommunerne (svarende til 36 pct.). Næsten 70 pct. af kommunerne oplyser endvidere, at de har ufaglært personale ansat på et eller flere af deres plejecentre, jf. tabel 6.1. Det bemærkes, at der i opgørelsen ikke skelnes mellem, om kommunerne anvender de pågældende faggrupper på alle deres plejecentre eller blot på enkelte.

²⁴ Der indgår i alt 94 kommunerne i oversigten

Tabel 6.1.

Oversigt over uddannelsesfordelingen blandt medarbejdere på plejecentre på landsplan (Pct.)

	Den pct.vise andel af kommuner, der oplyser, at den pågældende faggruppe er på plejecentre i kommunen	Den pct.vise andel af kommuner, der oplyser, at den pågældende faggruppe ikke er på plejecentre i kommunen	Pct. i alt
Sygeplejersker	94	6	100
Social- og sundhedsassistenter	100	0	100
Social- og sundhedshjælpere	100	0	100
Fysioterapeuter	56	44	100
Socialpædagoger/pædagoger	36	64	100
Køkkenpersonale, rengøringspersonale m.v.	85	15	100
Ikke-faglært personale	68	32	100
Elever og studerende	77	23	100

Anm.: Alle 98 kommuner er blevet bedt om at besvare spørgsmålet. I alt 94 kommuner indgår i tabellen. En kommune har ikke besvaret hele spørgeskemaet. En kommune har ikke besvaret dette spørgsmål. En kommune har svaret, at sygeplejersker udgør 100 pct. af medarbejdere på plejecentre i kommunen. Dette svar virker usandsynligt. Kommunens besvarelse er derfor taget ud. En kommune har svaret 0 i alle svarkategorier. Denne besvarelse er ligeledes taget ud. Kommunernes pct.vise andele kan være afrundet. Kommunernes besvarelser er opgjort på undersøgelsestidspunktet. Dvs. 4. kvartal 2015. Den pct.vise andel af faggrupper kan være opgjort på ét eller flere plejecentre. Det antages, at kommunernes besvarelser er baseret på en opgørelse af uddannelsesfordelingen på kommunale plejecentre, og ikke selvejende og privatrejede plejecentre. Det kan dog være behæftet med en vis usikkerhed, om der er kommuner, der også har adgang til disse oplysninger for selvejende og privatrejede plejecentre.

Kilde: Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet

6.1.1. Social- og sundhedshjælpere

Social- og sundhedshjælperuddannelsen er en erhvervsuddannelse med en varighed på 1 år og 7 måneder, inklusiv ½ års grundforløb. Adgangskravet til uddannelsen er et karaktergennemsnit på 02 i dansk og matematik ved prøverne i 9. eller 10. klasse, samt at eleven er vurderet uddannelsesparat.

Social- og sundhedsuddannelsen er en vekseluddannelse, som består af både skoleundervisning og praktik. Det faglige indhold i uddannelsen tilrettelægges i vidt omfang af det faglige udvalg, som er nedsat af arbejdsgiver- og arbejdstagerorganisationer på området. Det er det faglige udvalgs ansvar og opgave til enhver tid at vurdere uddannelsernes indhold matcher arbejdsmarkedets behov.

Social- og sundshjælperen har kompetencer til at udføre pleje og rehabiliterende opgaver i hjemmepleje, på plejecenter, i dagcenter/aktivitetscenter og lignende med henblik på at vedligeholde og udvikle borgeren ressourcer. Social- og sundhedshjælperen arbejder inden for følgende kompetenceområder:

- Borgerrettet sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse
- Personlig og praktisk hjælp
- Omsorg og pleje
- Aktivitet og rehabilitering
- Kommunikation og dokumentation af observationer hos borgeren
- Koordinering og administration

Social- og sundhedshjælpere arbejder med omsorgsopgaver, yder pleje og praktisk bistand som fx sengeredning, personlig pleje og hygiejne, rengøring, indkøb og lignende. Hertil kommer, at de har færdigheder i at observere og genkende symptomer på ændrede trivsels- og sundhedstilstande. Social- og sundhedshjælperen skal kunne redegøre for og

dokumentere disse iagttagelser. Social- og sundhedshjælpere arbejder ud fra en sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende tilgang til borgeren.

6.1.2. Andelen af social- og sundhedshjælpere på plejecentrene

Ifølge Ankestyrelsens undersøgelse svarer størstedelen af kommunerne, at social- og sundhedshjælpere udgør over 30 pct. og op til 60 pct. af det samlede personale på deres plejecentre. Nærmere bestemt angiver 34 pct. af kommunerne, at andelen af social- og sundhedshjælpere udgør over 30 og op til 40 pct. af det samlede personale, 26 pct. angiver, at social- og sundhedshjælpere udgør over 40 og op til 50 pct. af det samlede personale, og 21 pct. af kommunerne angiver, at de udgør over 50 og op til 60 pct. af det samlede personale, jf. tabel 6.2. Der er således stor forskel på, hvor stor en andel social- og sundhedshjælperne udgør af det samlede personale i kommunerne.

Tabel 6.2.
Den pct.vise andel af social- og sundhedshjælpere på plejecentre (Pct.)

Pct.vise andel social- og sundhedshjælpere	Antal kommuner	Pct.
0 til 10	1	1
>10 til 20	0	0
>20 til 30	9	10
>30 til 40	32	34
>40 til 50	24	26
>50 til 60	20	21
>60 til 70	5	5
>70 til 80	3	3
I alt	94	100

Anm.: Alle 98 kommuner er blevet bedt om at besvare spørgsmålet. I alt 94 kommuner indgår i tabellen. En kommune har ikke besvaret hele spørgeskemaet. En kommune har ikke besvaret dette spørgsmål. En kommune har svaret, at sygeplejersker udgør 100 pct. af medarbejdere på plejecentre i kommunen. Dette svar virker usandsynligt, hvorfor kommunens besvarelse er taget ud. En kommune har svaret 0 i alle svar-kategorier. Denne besvarelse er ligeledes taget ud. Kommunernes pct.vise andele kan være afrundet. Det antages, at kommunernes besvarelser er baseret på en opgørelse af uddannelsesfordelingen på kommunale plejecentre, og ikke selvejende og privatdrevne. Det kan dog være behæftet med en vis usikkerhed, om der er kommuner, der også har adgang til disse oplysninger for selvejende og privatdrevne plejecentre.

Kilde: Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet

6.1.3. Social- og sundhedsassistenter

Social- og sundhedsassistentuddannelsen er specialet i social- og sundhedsuddannelsen og bygger oven på social- og sundhedshjælperuddannelsen. Uddannelsen har en varighed på 1 år og 8 måneder. Efter gennemført uddannelse til social- og sundhedshjælper (trin 1) kan man optages direkte på uddannelsen til social- og sundhedsassistent (trin 2). Social- og sundhedsassistenter opnår kompetencer til som autoriserede sundhedspersoner, at udføre sygepleje, rehabiliterende og genoptrænende opgaver på hospitaler, plejehjem, hjemmepleje og i psykiatrien. Social- og sundhedsassistenten varetager medicinadministration efter gældende lovgivning. Social- og sundhedsassistenten arbejder inden for følgende kompetenceområder:

- Borger og patientrettet sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse
- Personlig hjælp og støtte til egenomsorg
- Sygepleje
- Rehabilitering
- Kommunikation, dokumentation, vejledning og instruktion
- Koordinering og administration

Social- og sundhedsassistenten indgår i et tværprofessionelt og tværsektorielt samarbejde omkring borger og patient og medvirker til at sikre et sammenhængende patient og bor-

gerforløb. Social- og sundhedsassistentens arbejdsområde er at identificere og udføre sygeplejeopgaver, samt reagere på observerede ændringer i borger/patientens sygdomstilstand. Social- og sundhedsassistenten arbejder med forebyggelse og sundhedsfremme af de hyppigst forekommende sygdomme og funktionsnedsættelser hos borger og patient.

Gennem arbejdsmarkedsuddannelser har såvel social- og sundhedshjælpere som social- og sundhedsassistenter mulighed for at efteruddanne og opkvalificere sig inde for pleje og omsorgsarbejdet.

6.1.4. Andelen af social- og sundhedsassistenter på plejecentrene

Ifølge Ankestyrelsens spørgeskemaundersøgelse svarer størstedelen af kommunerne, at social- og sundhedsassistenter udgør over 20 og op til 40 pct. af personalet på deres plejecentre. 45 pct. af kommunerne svarer, at social- og sundhedsassistenter udgør over 20 pct. og op til 30 pct. af personalet på alle kommunens plejecentre. 32 pct. af kommunerne svarer, at social- og sundhedsassistenter udgør over 30 pct. og op til 40 pct. af plejecenterpersonalet på kommunens plejecentre. Der er således stor forskel på, hvor stor en andel social- og sundhedsassistenter udgør af det samlede personale i kommunerne.

Tabel 6.3.

Den pct.vise andel af social- og sundhedsassistenter på plejecentre (Pct.)

Pct.vise andel social- og sundhedsassistenter	Antal kommuner	Pct.
0 til 10	2	2
>10 til 20	11	12
>20 til 30	42	45
>30 til 40	30	32
>40 til 50	9	10
I alt	94	100

Anm.: Alle 98 kommuner er blevet bedt om at besvare spørgsmålet. I alt 94 kommuner indgår i tabellen. En kommune har ikke besvaret hele spørgeskemaet. En kommune har ikke besvaret dette spørgsmål. En kommune har svaret, at sygeplejersker udgør 100 pct. af medarbejdere på plejecentre i kommunen. Dette svar virker usandsynligt. Kommunens besvarelse er derfor taget ud. En kommune har svaret 0 i alle svarkategorier. Denne besvarelse er ligeledes taget ud. Kommunernes pct.vise andele kan være afrundet. Det antages, at kommunernes besvarelser er baseret på en opgørelse af uddannelsesfordelingen på kommunale plejecentre, og ikke selvejende og privatrejede. Det kan dog være behæftet med en vis usikkerhed, om der er kommuner, der også har adgang til disse oplysninger for selvejende og privatrejede plejecentre

Kilde: Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet

6.1.5. Andelen af social- og sundhedshjælpere ift. social- og sundhedsassistenter

Social- og sundhedshjælpere udgør en større andel af det samlede personale i kommunerne end social- og sundhedsassistenter. Hvor andelen af social- og sundhedsassistenter udgør over 30 pct. af det samlede personale i 42 pct. af kommunerne, udgør social- og sundhedshjælpere over 30 pct. i hele 89 pct. af kommunerne.

Flertallet af kommunerne angiver således, at personalesammensætningen fordeler sig med en overvægt af social- og sundhedshjælpere sammenlignet med social- og sundhedsassistenter. Opgørelsen tager dog ikke højde for antallet af plejecentre i hver kommune og dermed antallet af medarbejdere, og viser derfor ikke, hvilken medarbejdergruppe der er størst antalsmæssigt. Den viser alene, hvor stor en andel kommunerne svarer, at de to faggrupper hver især udgør af den samlede medarbejdergruppe.

Der er ligeledes en betydelig variation i fordelingen mellem social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter på de 12 plejecentre, som Ankestyrelsen har interviewet. Samtidig udgør social- og sundhedshjælpere også her en større andel af det sam-

lede personale end social- og sundhedsassistenter. På et enkelt plejecenter er der en ligelig fordeling mellem de to faggrupper, på tre plejecentre er der flere social- og sundhedsassistenter end social- og sundhedshjælpere, og på otte plejecentre er der flere social- og sundhedshjælpere end social- og sundhedsassistenter. Samlet set er der ifølge de tal, som de 12 plejecentre i caseundersøgelsen har angivet, 168 social- og sundhedsassistenter på tværs af de 12 centre, mens der er 237 social- og sundhedshjælpere.

Der gives dog udtryk for et øget behov for de medicinske kompetencer, som social- og sundhedsassistenter besidder. Mens social- og sundhedshjælpere er uddannet til at yde praktisk hjælp, omsorg og pleje af ældre mennesker, indebærer uddannelsen som social- og sundhedsassistent også sygeplejefaglige kompetencer og et fokus på personer med diverse sygdomme, handicap og psykiatriske problemstillinger. Det øgede behov for social- og sundhedsassistenter kobles sammen med øgede krav om dokumentation og en øget kompleksitet i beboernes helbredsproblematikker. I et af interviewene udtrykker en centerleder det således:

Øget behov for assistentkompetencer

Det er meget plejekrævende beboere, vi har, fysisk og psykisk. De er komplekse, de har et komplekst sygdomsbillede, og det, synes vi, gør, at der er brug for øgede kompetencer. Vi kan også godt se, at det her med at blive indlagt på sygehuset, det er man ikke i så lang tid, som man var for bare få år tilbage, og når man kommer hjem, er man ikke færdigbehandlet. Så er der en masse ting, der skal tages hånd om.

Plejecenter, Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet

På to af plejecentrene, som har deltaget i caseundersøgelsen, betyder det, at der er truffet en ledelsesmæssig beslutning om, at når social- og sundhedshjælpere fratræder, besættes stillingen med en social- og sundhedsassistent i det omfang, det er muligt. To steder beretter ledelsen, at social- og sundhedshjælpere tilbydes orlov til efteruddannelse til social- og sundhedsassistenter. Der kan således, ifølge Ankestyrelsen, være en formodning om, at fordelingen mellem de to faggrupper vil ændre sig over de kommende år.

Opskoling af social- og sundhedshjælpere

Vi har en målsætning, der hedder, at halvdelen af medarbejderstaben skal være assistentuddannet. Vi har en overvægt af social- og sundhedshjælpere, fordi det er svært at rekruttere social- og sundhedsassistenter. Vi har rigtig meget fokus på at få de social- og sundhedshjælpere, vi har ansat, til at videreuddanne sig, og vi giver dem orlov til at videreuddanne sig til social- og sundhedsassistenter.

Plejecenterleder, Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet

Langt de fleste steder er der en intention om at have assistentkompetencer til rådighed under alle vagter, og langt de fleste steder berettes også, at dette lader sig gøre i praksis. I aften- og weekendvagter kan der flere steder være tale om en flyverfunktion, hvor én assistent dækker hele plejecentret.

6.1.6. Sygeplejersker

Sygeplejerskeuddannelsen er en professionsbacheloruddannelse, som tager 3½ år. Adgangskravene til uddannelsen er en gymnasial eksamen eller fire specifikke enkeltfag og

erhvervserfaring eller social- og sundhedsuddannelsen og specifikke adgangskrav. Sygeplejersker tilhører gruppen af autoriserede sundhedspersoner.

Efter afsluttet grunduddannelse er sygeplejerskerne kvalificeret til at udføre, formidle og lede sygepleje, der er af såvel sundhedsfremmende, sundhedsbevarende, forebyggende som behandlende, rehabiliterende og lindrende karakter. Sygeplejerskerne fungerer selvstændigt med eget kompetenceområde og indgår i et tæt tværfagligt og tværprofessionelt samarbejde med andet sundhedsfagligt personale. Sygeplejerskerne er nøglepersoner i forhold til det tværsektorielle samarbejde mellem regionens sygehuse, de private klinikker, de praktiserende læger og kommunen. Hjemmesygeplejerskens kerneområder er at være en væsentlig bidragsyder i den forebyggende og sundhedsfremmende indsats. De er omdrejningspunktet i relation til borgere med komplekse og sammensatte behov, herunder at understøtte og lede borgerforløb, så borgerne oplever sammenhæng og koordinering i de leverede sygeplejefaglige indsatser.

Det er kommunalbestyrelserne, som har det overordnede ansvar for at sikre, at hjemmesygeplejen har de nødvendige uddannelsesmæssige- og ledelsesmæssige kvalifikationer, så arbejdstilrettelæggelsen kan tilgodese patientsikkerheden. Ledelsen af hjemmesygeplejen har ansvaret for, at personalet har de fornødne kompetencer til at udføre sygeplejen, herunder at udføre de behandlingsopgaver som varetages efter henvisning fra lægen. Der findes ikke en specialsygeplejerskeuddannelse, der udelukkende er målrettet opgaver i hjemmesygeplejen, men der tilbydes en række diplomkurser både i sygepleje til specifikke patientgrupper og i mere tværgående emner.

6.1.7. Andelen af sygeplejersker på plejecentrene

I den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse er kommunerne blevet bedt om at angive, i hvilket omfang de har sygeplejersker på de enkelte plejecentre.

Langt de fleste kommuner har sygeplejersker på de enkelte plejecentre, jf. tabel 6.4. 84 pct. af kommunerne har sygeplejersker på alle plejecentre, mens 8 pct. svarer, at de har på mere end halvdelen. 4 pct. af kommunerne angiver ikke at have sygeplejersker på nogen af deres plejecentre, og 3 pct. svarer, at de har på enkelte. Der kan dog være forskellige tolkninger af spørgsmålet blandt kommunerne. Der kan være kommuner, som udelukkende har svaret ift. sygeplejersker ansat af de enkelte plejecentre, mens der kan være andre kommuner, som også har inkluderet sygeplejersker, der arbejder på tværs af kommunens plejecentre. Desuden kan der være kommuner, der i besvarelsen har inkluderet plejecenterledelsen, som ikke sjældent har sygeplejefaglig baggrund.

Tabel 6.4. I hvilket omfang er der sygeplejersker på de enkelte plejecentre (Pct.)		
	Antal kommuner	Pct.
Ja, på alle	81	84
Ja, på mere end halvdelen	8	8
Ja, på mindre end halvdelen	0	0
Ja, på enkelte	3	3
På ingen plejecentre	4	4
I alt	96	100
Anm.: Alle 98 kommuner er blevet bedt om at besvare spørgsmålet. I alt 96 kommuner har besvaret spørgsmålet. Det antages, at kommunernes besvarelser er baseret på en opgørelse af de kommunale plejecentre, og ikke selvejende og privatdrevne. Det kan dog være behæftet med en vis usikkerhed, om der er kommuner, der også har adgang til disse oplysninger for selvejende og privatdrevne plejecentre		
Kilde: Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet		

Det, at der ikke er sygeplejersker ansat på de enkelte plejecentre, er ikke ensbetydende med, at der ikke er sygeplejefaglige kompetencer tilknyttet plejecentrene. Kommunerne har således også angivet, om de har sygeplejersker til at varetage sygeplejeydelser efter § 138 i sundhedsloven på plejecentre. 96 pct. af kommunerne angiver, at de har sygeplejersker til at varetage sygeplejerydelser efter § 138 i sundhedsloven på plejecentre, mens 4 pct. af kommunerne angiver, at de ikke har sygeplejersker til at varetage sygeplejeydelser efter § 138 i sundhedsloven på deres plejecentre jf. tabel 6.5. Af disse 4 pct., svarende til fire kommuner, har én af kommunerne uddybet sit svar med, at "Opgaven varetages af hjemmeplejen - med uddannede sygeplejersker".

Det fremgår af Ankestyrelsens undersøgelse, at der i de resterende tre kommuner, der har svaret nej uden at uddybe deres svar, kan være tale om, at de sygeplejefaglige ydelser varetages af social- og sundhedsassistenter.

Tabel 6.45 Har kommunen sygeplejersker til at varetage sygeplejeydelser efter § 138 i sundhedsloven på plejecentre? ²⁵ (Pct.)		
	Antal kommuner	Pct.
Ja	92	96
Nej	4	4
I alt	96	100

Anm.: Alle 98 kommuner er blevet bedt om at besvare spørgsmålet. I alt 96 kommuner har besvaret spørgsmålet. Det antages, at kommunernes besvarelser er baseret på en opgørelse af de kommunale plejecentre, og ikke selvejende og privatskrevne. Det kan dog være behæftet med en vis usikkerhed, om der er kommuner, der også har adgang til disse oplysninger for selvejende og privatskrevne plejecentre

Kilde: Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet

Det fremgår af Ankestyrelsens caseundersøgelse af de 12 forskellige plejecentre, at langt de fleste plejecentre har egne sygeplejersker ansat på selve plejecentret. Blandt de plejecentre, der har egen sygeplejerske, varierer antallet af sygeplejersker betydeligt. Flere steder har man én sygeplejerske tilknyttet (udover plejecenterlederen, som flere steder har sygeplejefaglig baggrund), mens man et enkelt sted har ti sygeplejersker. Et center har sin egen sygeplejerske kombineret med, at der kommer en sygeplejerske fra et andet plejecenter en dag om ugen.

En udbredt organiseringsform på de plejecentre, der har egen sygeplejerske, er, at sygeplejersken/sygeplejerskerne arbejder på hverdagsdagvagter, mens man i øvrige tidsrum trækker på udkørende sygeplejersker ved behov. Det er dog ikke alle steder, at der er mulighed for at tilkalde sygeplejerske døgnet rundt. Andre steder er der en ansvarshavende sygeplejerske til hele plejecentret i aftentimerne.

På to af plejecentrene har man ikke egen sygeplejerske, men trækker i stedet på en sygeplejerske, der er ansat i kommunen til at dække flere plejecentre. På det ene af disse plejecentre er der tilknyttet en fast sygeplejerske i dagtimerne, som er ansat i kommunen. Sygeplejersken kommer tre gange ugentligt, og kan derudover tilkaldes ved akut behov. På et andet plejecenter er der ligeledes en fast tilknyttet sygeplejerske, men her kommer sygeplejersken én gang ugentligt. Dette plejecenter har med sine 24 pladser halvt så mange pladser som det andet plejecenter, der har 50 pladser.

²⁵ I henhold til sundhedslovens § 138 er kommunalbestyrelsen ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvielse til personer med ophold i kommunen.

6.1.8. Elever og studerende

Ankestyrelsens spørgeskema undersøgelse viser, at elever og studerende i langt størstedelen af kommunerne (90 pct.) udgør op til 10 pct. af den samlede personalesammensætning. I seks pct. af kommunerne udgør elever og studerende mere end 10 og op til 15 pct. I tre pct. af kommunerne udgør denne medarbejdergruppe mere end 15 og op til 25 pct. af den samlede personalesammensætning. Endeligt viser tabel 6.6., at 23 pct. af kommunerne ikke gør brug af elever og studerende på deres plejecentre. Dette er dog ikke et udtryk for, at en fjerdedel af kommunerne ikke har elever og studerende på deres plejecentre. Besvarelsene skal ses i lyset af, at flere kommuner kan have besvaret spørgsmålet ud fra den andel af medarbejdere, som indgår som årsværk i pleje- og omsorgsopgaven, hvilke elever og studerende normalt ikke gør.

Tabel 6.6. Den pct.vise andel elever og studerende på plejecentre (Pct.)		
Pct.vis andel elever og studerende	Antal kommuner	Pct.
0	22	23
>0 til 5	45	48
>5 til 10	18	19
>10 til 15	6	6
>15 til 20	2	2
>20 til 25	1	1
I alt	94	100
Anm.: Alle 98 kommuner er blevet bedt om at besvare spørgsmålet. I alt 94 kommuner indgår i tabellen. En kommune har ikke besvaret hele spørgeskemaet. En kommune har ikke besvaret dette spørgsmål. En kommune har svaret, at sygeplejersker udgør 100 pct. af medarbejdere på plejecentre i kommunen. Dette svar virker usandsynligt. Kommunens besvarelse er derfor taget ud. En kommune har svaret 0 i alle svar-kategorier. Denne besvarelse er ligeledes taget ud. Kommunernes pct.vise andele kan være afrundet. Det antages, at kommunernes besvarelser er baseret på en opgørelse af de kommunale plejecentre, og ikke selvejende og privatdrevne. Det kan dog være behæftet med en vis usikkerhed, om der er kommuner, der også har adgang til disse oplysninger for selvejende og privatdrevne plejecentre Kilde: Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet		

6.1.9. Ufaglært personale

Knap en tredjedel af kommunerne (32 pct.) har ikke ufaglærte ansat på deres plejecentre, mens ufaglært personale udgør over nul og op til fem pct. af plejecenterpersonalet i godt en tredjedel (37 pct.) af kommunerne. I 26 pct. af kommunerne udgør ufaglært personale over fem og op til ti pct. af personalet på plejecentrene, mens de i fem pct. af kommunerne udgør mere end ti pct. af det samlede personale på plejecentrene. Heraf udgør ufaglært personale 25 pct. af personalet på kommunens plejecentre i en enkelt kommune, jf. tabel 6.7.

Tabel 6.7 Den pct.vise fordeling af ikke-faglært personale på plejecentre (Pct.)		
Pct.vis andel ikke-fagligt personale	Antal kommuner	Pct.
0	30	32
>0 til 5	35	37
>5 til 10	24	26
>10 til 15	2	2
>15 til 20	2	2
>20 til 25	1	1
I alt	94	100
Anm.: Alle 98 kommuner er blevet bedt om at besvare spørgsmålet. I alt 94 kommuner indgår i tabellen. En kommune har ikke besvaret hele spørgeskemaet. En kommune har ikke besvaret dette spørgsmål. En kommune har svaret, at sygeplejersker udgør 100 pct. af medarbejdere på plejecentre i kommunen. Dette svar virker usandsynligt. Kommunens besvarelse er derfor taget ud. En kommune har svaret 0 i alle svar-kategorier. Denne besvarelse er ligeledes taget ud. Kommunernes pct.vise andele kan være afrundet. Det antages, at kommunernes besvarelser er baseret på en opgørelse af de kommunale plejecentre, og ikke selvejende og privatdrevne. Det kan dog være behæftet med en vis usikkerhed, om der er kommuner, der også har adgang til disse oplysninger for selvejende og privatdrevne plejecentre. Kilde: Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet		

I forbindelse med opgørelsen af ufaglærte medarbejdere er det vigtigt at være opmærksom på, at kommunerne har haft forskellig praksis i opgørelsen af fordelingen. I nogle

kommuner har man indregnet timelønnet personale og vikarer, mens man i andre kommuner har taget udgangspunkt i fastansat personale. Dette har betydning for omfanget af ufaglært personale, idet andelen af ufaglært personale i en del kommuner øges, når ikke-fastansat personale medregnes.

6.2. Efteruddannelse og kompetenceudvikling

Som en del af Ankestyrelsens spørgeskemaundersøgelse er kommunerne blevet spurgt til deres praksis i forhold til efteruddannelse af personalet på plejecentrene.

Undersøgelsen viser, at de fleste af kommunerne (78 pct.) har specielt tilrettelagt undervisning for alle nyansatte medarbejdere på deres plejecentre. Kun godt en tredjedel af kommunerne har skriftlige retningslinjer for efteruddannelse af medarbejderne på deres plejecentre. De fleste kommuner (85 pct.) har dog særligt prioriterede områder for efteruddannelsesforløb for medarbejdere på deres plejecentre. De prioriterede områder omfatter en lang række temaer, hvoraf en del af disse er gennemgående for en stor del af kommunerne. De særligt gennemgående temaer er:

- Demens
- Rehabilitering
- Medicinhåndtering
- Dokumentation
- Forflytning
- Kost og ernæring
- Tidlig opsporing af sygdom

De 12 plejecentre, som indgår i Ankestyrelsens caseundersøgelse, bekræfter, at de har haft fokus på de samme gennemgående temaer som på landsplan i forbindelse med deres kompetenceudvikling og efteruddannelse de seneste to år. Derudover er palliation²⁶ et forholdsvis fremtrædende tema hos case plejecentrene, idet tre af de 12 plejecentre har angivet dette som et kompetenceudviklingstema i 2014.

Her kan både være tale om ekstern undervisning, hvor udefrakommende forestår undervisningen, eller intern undervisning, hvor personer ansat på plejecentret eller konsulenter i kommunen forestår undervisningen.

I overensstemmelse med den nationale spørgeskemaundersøgelse er især demens et fremtrædende kompetenceudviklingstema hos caseplejecentrene, idet syv ud af de 12 plejecentre angiver at have haft dette som kompetenceudviklingsmæssigt fokus inden for de seneste år. Dette skal ifølge Ankestyrelsen ses i sammenhæng med, at der gennemgås berettes om en tiltagende mere kompleks beboergruppe, hvor flere og flere beboere lider af demens.

²⁶ Palliation som begreb henviser til en palliativ indsats. En palliativ indsats har til hensigt at fremme livskvalitet for alvorligt syge og døende personer og deres pårørende.

Demens

"Demens har været et kompetenceudviklingsmæssigt fokus. Før var der mange beboere, der gik deres vej, og der var meget uro og larm på gangene. Nu er der meget mere ro, selvom centret har fået flere demente beboere. Det tror jeg er i og med, at vi er blevet fagligt dygtigere, at vi har været på de kurser, vi har, og at vi har fået egen sygeplejerske, som er meget inde over medicinen og gør, hvad hun kan for at skabe ro for beboerne. Vi er blevet bedre til at læse beboernes signaler og kropssprog. Tidligere benyttede vi os af en demenskoordinator. Det gør vi ikke længere, for nu kan vi klare det selv".

Medarbejder, Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet

På samtlige af de 12 besøgte plejecentre angives, at enten alle eller de fleste af de medarbejdere, der deltager i plejen, har været på kursus, temadag eller efteruddannelse i 2014. Ofte foregår kompetenceudviklingen af hele personalegruppen på én gang eller ved at sende flere medarbejdere ad gangen på kursus med henblik på efterfølgende vidensdeling.

Fire af de interviewede plejecentre bruger nøglepersoner eller ressourcepersoner. Her er tale om medarbejdere med særlig viden om et bestemt tema, som de er ansvarlige for at vidensdele med resten af personalegruppen. Et sted har de nøglepersoner inden for alle de temaer, som centret har særlig fokus på, mens der på de resterende tre plejecentre er nøglepersoner specifikt på demensområdet. Nogle steder benyttes disse nøglepersoner aktivt i forhold til vidensdeling, mens de et sted snarere har karakter af medarbejdere med særlig uddannelse inden for området.

Nøglepersoner på demensområdet

"Vores leder på demensområdet udarbejdede for tre år siden en demensstrategi sammen med ledelsen. Vi havde i et par år arbejdet med en Task force fra demsenheden, bestående af specielt uddannet personale, som kunne komme ud og hjælpe os med de svære situationer. Men det gjorde jo, at demsenhederne manglede disse medarbejderes kompetencer hos sig selv, så vi havde brug for at få den viden bredt ud på flere personer. Derfor blev der lavet en demensstrategi og lagt en plan for, hvor mange enheder der hver især skulle sende hvor mange personer afsted, sådan at hver enhed har X antal personer, der har en særlig viden om demens. For vores vedkommende endte vi på syv eller otte personer, og vi har den syvende afsted på kursus nu. Det er et AMU-kursus på 21 dage suppleret med tre dages undervisning omkring Tom Kitwood. De bliver undervist af demenskonsulent, som vi har købt til den opgave. Og så indgår de i et netværk sammen med Task forcen. Task forcen kommer ud på plejecentret en gang om måneden og arbejder med ressourcepersonerne her om, hvad er det for nogle borgere, vi har udfordringer med. Task forcen kommer med andre briller og tilbyder faglig sparring på en anden måde. Når de er her, indgår de i plejen omkring de borgere, der har de her udfordringer, så de får "hands on" på udfordringerne. Ordningen har gjort, at personalet næsten er blevet selvløsende i forhold til disse problemstillinger".

Plejecenterleder, Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet

Kapitel 7. Normering og vikardækning

7.1. Bemandingen

Ifølge Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet, har det ikke været muligt at foretage en valid opgørelse af den gennemsnitlige personalenormering på landets plejecentre via den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse. Dette skyldes ifølge Ankestyrelsen blandt andet, at praksis ikke arbejder med en ensartet definition af, hvilke arbejdsopgaver og hvilke medarbejdergrupper som indgår i et plejecenters normering, samt at normeringen varierer alt afhængig af, hvilket tidspunkt på døgnet der er tale om. Hertil kommer, at plejecentrene er organiseret vidt forskelligt, hvad angår personalesammensætning, mødetidspunkter og opgaveløsning.

Blandt landets plejecentre er der ikke en ensartet praksis for, hvilke arbejdsopgaver der indregnes i opgørelsen. På nogle plejecentre er det eksempelvis alene pleje- og omsorgsopgaven, som indgår i normeringsopgørelsen, mens praktisk arbejde som eksempelvis redning af senge, forberedelse af måltider, brygning af kaffe, rengøring og tøjvask m.v. indregnes andre steder. Hertil kommer, at landets plejecentre organiserer deres opgaveløsning forskelligt, hvilket udmønter sig i, at der er forskel på, hvilke opgaver som er indeholdt i plejepersonalets arbejde på de enkelte plejecentre.

Disse forhold indebærer, at man ifølge Ankestyrelsen ikke uden videre kan sammenligne normeringen på tværs af landets plejecentre. Ankestyrelsen har i stedet forsøgt at belyse normeringen via caseundersøgelsen. Dette skyldes ifølge Ankestyrelsen, at man her har mulighed for at undersøge og beskrive de underliggende forhold og præmisser, der ligger til grund for normeringen på det enkelte plejecenter.

Som et led i de 12 case besøg har de deltagende plejecentre besvaret en række faktuelle spørgsmål vedrørende deres plejecenter forud for de gennemførte interviews (se metodekapitlet i Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet for uddybning). I den forbindelse har de angivet deres gennemsnitsnormering på de forskellige vagttyper. Normeringen er i denne sammenhæng blevet opgjort som det gennemsnitlige antal beboere pr. plejepersonale²⁷.

Plejacentrenes normeringsopgørelser er baseret på et skøn, som er blevet kvalitetssikret gennem Ankestyrelsens interview på case plejecentrene samt en høring i kommunerne. Der er således alene tale om 12 plejecenters normeringsangivelser, hvorfor disse ikke kan anskues som repræsentative for alle landets plejecentre. Angivelserne har til formål at eksemplificere, hvordan en normering kan tage sig ud i praksis samt synliggøre kompleksiteten ved denne opgørelsesmetode.

Nedenfor fremgår Ankestyrelsens beskrivelse af de 12 case plejecenters gennemsnitlige normeringer samt hvilke forhold, som har betydning for de enkelte centres normering. Der

²⁷ Elever og studerende indgår ikke heri.

henvises til bilag 2 i Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet for en beskrivelse af antallet af personale på de enkelte plejecentre fordelt på de forskellige vagter.

7.2. Vagttyper og mødetidspunkter

Samtlige plejecentre organiserer deres bemanning ud fra et treholdsskift bestående af en dagvagtsbemanning, en aftenvagtsbemanning samt en nattevagtsbemanning. Som udgangspunkt forløber en dagvagt i tidsrummet kl. 07-15, en aftenvagt i tidsrummet kl. 15-23, mens en nattevagt forløber i tidsrummet kl. 23-07. Disse tidspunkter udgør dog flere steder kun rammen for det formelle vagtskifte, idet flere medarbejdere møder fleksibelt ind i forhold til disse tidspunkter.

Det kan for en dagvagt eksempelvis udmønte sig i, at den første medarbejder møder ind allerede kl. 06 eller 06.30, mens de resterende medarbejdere møder kl. 07. Enkelte steder ses også eksempler på, at nogle medarbejdere møder senere ind end kl. 07, eksempelvis kl. 07.30 eller 08.00. Tilsvarende skal dagsvagtens afslutning kl. 15 også kun ses som et vejledende tidspunkt, da flere medarbejdere som udgangspunkt har tidligere fri, enten fordi de er mødt tidligere ind end kl. 07, eller fordi de er deltidsansatte og derved har kortere arbejdsdage. Samme fleksibilitet i forhold til mødetidspunkt gælder for aftenvagten, hvor flere af case plejecentrene har en eller flere medarbejdere, som møder ind før kl. 15, og som har tilsvarende tidligere fri end kl. 23. Dette forholder sig dog anderledes for nattevagtsbemandingen, hvor mødetidspunktet fra kl. 23-07 som udgangspunkt er fast, med mindre særlige forhold taler for andet. Det kan eksempelvis være i tilfælde af bemanningsudfordringer på aftenvagten eller et planlagt sygehusbesøg blandt en af beboerne tidligt næste morgen.

Denne fleksibilitet i forhold til mødetidspunkter og antallet af medarbejdere på hver enkelt vagttype medfører store udfordringer for plejecentrene i forhold til at opgøre deres normering. Plejecentrene har derfor alene haft mulighed for at opgøre deres normering som et gennemsnit for de forskellige vagttyper, hvilket præsenteres i det følgende afsnit.

7.2.1. Gennemsnitlig normering

Normeringen afhænger først og fremmest af, hvilket tidspunkt på døgnet der er tale om. Der er nemlig forskel på normeringen afhængigt af, om der er tale om en dagvagt, en aftenvagt eller en nattevagt. Som tidligere nævnt er de deltagende plejecentre, som et led i caseundersøgelsen, blevet bedt om at angive deres normering for de forskellige vagttyper. Normeringerne er opgjort på baggrund af plejecentrenes egne normeringsangivelser for hver af vagttyperne. Normeringen er blevet angivet som det gennemsnitlige antal beboere pr. plejepersonale på en given vagttype²⁸. Gennemsnittet er udregnet på baggrund af 11 af de 12 deltagende case plejecentre. Det skyldes, at et af de deltagende plejecentre ikke havde mulighed for at opgøre deres normering på denne vis. Normeringen for hvert af de deltagende plejecentre fremgår af bilag 2 i Ankestyrelsens kortlægning af Plejeboligområdet.

²⁸ Elever og studerende indgår ikke heri.

7.2.2. Dagvagter

På dagvagter i hverdage er der i gennemsnit 3,4 beboere pr. medarbejder på de 11 plejecentre, der indgår i opgørelsen. Disse fordeler sig med 2,3 beboere pr. medarbejder som den højeste normering og 4,3 beboere pr. medarbejder som den laveste normering. På tværs af de 11 plejecentre tegner der sig et billede af, at normeringen er højest på dagvagter i hverdage. Dette skal ses i lyset af, at der er mange ekstra arbejdsopgaver, som kun kan løses i dette tidsrum, som eksempelvis kontakt med beboernes læger, tandlæger eller fodterapeuter m.v. Hertil kommer, at tidsrummet mellem kl. 07 og 15 indebærer en række faste døgnrutiner som eksempelvis morgenvækning og morgenmad samt frokost og middagslur, som foregår i samme tidsrum for samtlige af plejecentrenes beboere og derved udgør arbejdsopgaver med en særlig spidsbelastning for personalet.

På dagvagter i weekender er normeringen i gennemsnit lavere sammenlignet med dagvagter på hverdage. I weekender er der således i gennemsnit 4,5 beboere pr. medarbejder på de 11 plejecentre, der indgår i opgørelsen. Disse fordeler sig med 2,4 beboere pr. medarbejder som den højeste normering og 6,3 beboere pr. medarbejder som den laveste normering. Spændet mellem højeste og laveste normering dækker over, at enkelte plejecentre arbejder med den samme normering på såvel dagvagter på hverdage som i weekender, mens langt størstedelen af plejecentrene har en lavere bemanning i weekenderne, da der som udgangspunkt er færre aktiviteter her.

7.2.3. Aftenvagter

Normeringen er lavere på aftenvagter sammenlignet med hverdagsdagvagter. Dette gør sig gældende for både aftenvagter på hverdage samt aftenvagter i weekender, som på tværs af de 11 plejecentre angives til at være ens. På aftenvagter er der i gennemsnit 6,7 beboere pr. medarbejder på de pågældende plejecentre. Disse fordeler sig med 3,4 beboere pr. medarbejder som den højeste normering og 9,1 beboere pr. medarbejder som den laveste normering. Ifølge Ankestyrelsens undersøgelse skal dette ses i lyset af, at der ikke er lige så mange faste arbejdsopgaver om aftenen sammenlignet med dagvagten. Der er eksempelvis kun et enkelt måltid at forberede sammenlignet med dagvagtens to måltider, og herudover foregår aktiviteter som rengøring af beboernes boliger og bade af beboerne sjældent i aftentimerne. Plejecentrene forklarer, at det er forhold som disse, der tillader en mindre bemanning om aftenen.

7.2.4. Nattevagter

På nattevagterne er der de største forskelle at spore blandt de 11 plejecentre i forhold til normeringen. I gennemsnit er der 24,2 beboere pr. medarbejder, men der er et meget bredt spænd for normeringen på denne type vagter. Normeringen varierer således fra 18 beboere pr. medarbejder og op til 35 beboere pr. medarbejder. På plejecentret med 35 beboere pr. medarbejder kan der indkaldes en afløser i perioder, hvor der er mange beboere, der er længe oppe. Den store spredning skal ifølge Ankestyrelsen bl.a. ses i lyset af, at de deltagende plejecentre har meget forskelligartede fysiske rammer. På nogle plejecentre er samtlige beboere samlet under et tag, hvorved nattevagten kan have overblikket over mange beboere. På andre plejecentre er faciliteterne mere opdelt. Et eksempel herpå kan være, at plejecentret har en hovedbygning samt flere omkringliggende huse, hvilke kan være svære at overskue for en enkelt medarbejder. De fysiske rammer kan så-

ledes i større eller mindre grad forudsætte en vis minimumsbemanning om natten, for at personalet har mulighed for at have overblikket over samtlige beboere.

Trods det store spænd i bemanningen på nattevagter gives der på stort set alle case plejecentrene udtryk for, at bemanningen i dette tidsrum betragtes som passende. Dette bliver blandt andet begrundet med, at ressourcerne er bedre brugt på at have en højere bemanning på henholdsvis dagvagter og aftenvagter, hvor der er mere aktivitet og travlhed. Flere plejecentre har dog valgt at organisere sig på den måde, at de sætter en ekstra medarbejder på om natten for at kunne håndtere, at der opstår ekstraordinære situationer, der kræver en højere bemanning. Det kan eksempelvis være i tilfælde af, at en beboer falder, eller en beboer med demens går fra plejecentret eller lignende. De plejecentre, som arbejder med en højere bemanning om natten, flytter en række arbejdsopgaver til dette tidsrum med henblik på at udnytte tiden bedst muligt. Af eksempler på arbejdsopgaver, som flere steder løses om natten, er tøjvask og rengøring på fællesarealer.

7.3. Forhold af væsentlig betydning for normeringen

Ovenstående normeringsangivelser, angivet som det gennemsnitlige antal beboere pr. plejepersonale, giver et billede af, hvor meget personale der er til rådighed på hvilke tidspunkter af dagen. Ifølge Ankestyrelsen er der ikke en direkte sammenhæng mellem normeringsangivelserne og hvor mange personalemæssige ressourcer, der er til rådighed til de borgernære plejeopgaver på det enkelte plejecenter.

Dette skyldes blandt andet, at normeringsangivelsen ikke tager højde for plejetyngde eller antallet af ledige pladser på de enkelte plejecentre. Hertil kommer, at der er forskel på, hvilke arbejdsopgaver plejepersonalet skal varetage i deres daglige arbejde, og som dermed er omfattet af plejecentrenes normeringsangivelse. På nogle plejecentre løser plejepersonalet alene borgernære pleje- og omsorgsopgaver, mens plejepersonalet på andre plejecentre også varetager en række praktiske arbejdsopgaver som eksempelvis madlavning, rengøring og tøjvask. Normeringsangivelsen skal derfor også ses i lyset af, hvilke arbejdsopgaver plejepersonalet skal varetage i deres daglige arbejde på de enkelte plejecentre. Disse forhold vil blive udfoldet i de kommende afsnit.

7.3.1. Madproduktionen

Et forhold, som er af væsentlig betydning for normeringen, er, om der blandt plejepersonalet skal afsættes ressourcer til madproduktion i løbet af dagen eller ej. Blandt de 12 case plejecentre er det meget forskelligt, hvor madproduktionen foregår.

På de plejecentre, hvor de tilbereder maden selv, har de som oftest køkkenpersonale ansat til at varetage denne opgave, mens dette typisk ikke er tilfældet på de plejecentre, hvor man får leveret maden udefra. Disse forskelle betyder samtidig også, at der er stor forskel på, hvor meget tid plejepersonalet skal afse til denne arbejdsopgave i løbet af dagen, og dermed hvordan normeringen skal ansues.

7.3.2. Plejecentre med køkkenpersonale

Blandt de 12 deltagende plejecentre har otte plejecentre egen køkkenproduktion med tilhørende køkkenpersonale. På disse plejecentre varetager køkkenpersonalet størstedelen af arbejdet knyttet til dagens tre måltider. Dette betyder, at køkkenpersonalet først og fremmest har til opgave at fremstille dagens varme måltid og herudover forberede de øvrige. Forberedelsen af morgenmad kan eksempelvis udmønte sig i, at køkkenpersonalet bager brød og laver eksempelvis øllebrød, mens forberedelsen af dagens kolde måltid kan udmønte sig i at skære pålæg og brød, så plejepersonalet blot skal anrette dette. For en nærmere beskrivelse af, i hvilken grad maden produceres centralt, lokalt eller som halvfabrikata på de 12 plejecentre henvises til punkt 4.5 i kapitel 4 om madproduktionen.

Nogle af plejecentrene med egne køkkenproduktioner har, udover plejecentrets egne beboere, også spisende gæster udefra. Dette kan være ældre borgere, som benytter sig af et tilknyttet dagcenter og køber frokost på plejecentret i den forbindelse, eller der kan være tale om ældre borger som ikke bor i plejebolig, som er blevet visiteret til at få måltider fra plejecentrets køkken. Et eksempel på denne organisering fremgår af bilag 2 case nr. 9 i Ankestyrelsens kortlægning af Plejeboligområdet. Plejecentret har 70 beboere, som centrets køkkenpersonale fremstiller alle dagens måltider til. Herudover kan borgere udefra blive visiteret til at komme at spise. Plejecentret serverer varm mad til frokost samt rugbrød og en lun ret til aften. Al mad laves fra bunden og er herudover økologisk. Køkkenpersonalet består af fem medarbejdere i køkkenet, hvilket blandt andet indbefatter en køkkenleder og en souschef. Alle fem medarbejdere er ansat i stillinger på mellem 32 og 37 timer ugentligt. På dette plejecenter skal plejepersonalet således ikke afsætte tid og ressourcer til hverken forberedelse og produktion eller oprydning og opvask i forbindelse med dagens måltider. Plejepersonalet har kun til opgave at servere maden og assistere de beboere, som har behov for hjælp i forbindelse med spisesituationen. Madlavning er således ikke en del af plejepersonalets daglige arbejdsopgaver.

7.3.3. Plejecentre uden køkkenpersonale

En udbredt model blandt de deltagende plejecentre uden eget køkken er, at de får dagens varme måltid leveret udefra. Måltidet bliver herefter varmet op. De øvrige måltider i løbet af dagen står plejepersonalet som oftest for tilberedningen af. Et eksempel på denne organisering fremgår af bilag 2 case nr. 10 i Ankestyrelsens kortlægning af Plejeboligområdet. Her får plejecentret leveret mad fra kommunens fælleskøkken to gange ugentligt. Her serveres varm mad til aften og pålægsmadder til frokost. På dette plejecenter varetager plejepersonalet tilberedningen og servering af alle måltider. Dette betyder eksempelvis, at der går en medarbejder fra til at forberede morgenmad, mens de resterende medarbejdere hjælper beboere op. Madlavning er således en stor del af plejepersonalets daglige arbejdsopgaver.

Normeringen hænger således sammen med plejepersonalets andel i tilberedningen og oprydningen i forbindelse med plejecentrenes måltider. På plejecentre med egne køkkener og tilhørende køkkenpersonale vil plejepersonalet ikke skulle afse lige så meget tid til madproduktion som på plejecentre, hvor man ikke har eget køkkenpersonale til at varetage denne arbejdsopgave.

7.3.4. Rengøring og tøjvask

Et andet forhold, som er af betydning for normeringen, er, om der blandt plejepersonalet skal afsættes ressourcer til rengøring og tøjvask i løbet af dagen eller ej.

Ligesom hvad angår madlavning, er der variation i, hvordan de deltagende plejecentre organiserer rengøringen på deres plejecenter. Nogle af centrene benytter sig af eksterne rengøringsfirmaer, mens andre har eget rengøringspersonale ansat. Hos nogle indgår rengøring som en del af plejepersonales faste arbejdsopgaver, mens det andre steder er en del af viceværtsfunktionen. Hertil kommer, at mange af plejecentrene gør brug af flere forskellige løsningsmodeller på samme tid.

7.3.5. Plejecentre, hvor rengøringspersonalet varetager alt rengøring

En udbredt model er, at plejecentrene benytter sig af rengøringspersonale til at varetage al rengøringen på plejecentret, herunder både på fællesarealer og i beboernes private boliger. Det betyder, at plejepersonalet på disse plejecentre ikke skal afsætte tid til denne arbejdsopgave i deres daglige opgaveløsning, og i stedet kan bruge tiden på mere borgernære pleje- og omsorgsopgaver. Et sted (case nr. 1 i bilag 2 i Ankestyrelsens kortlægning af Plejeboligområdet) har man valgt at arbejde med en variant af denne model ved at lægge køkken og rengøringsopgaver sammen under to husassistenter, som, udover at arbejde i køkkenet under ledelse af to kostfaglige medarbejdere, også står for den daglige rengøring og oprydning i beboernes boliger og på fællesarealerne. Fælles for de to varianter er imidlertid, at plejepersonalet ikke skal afse tid til rengøringsopgaver i løbet af deres arbejdsdag.

7.3.6. Plejecentre, hvor rengøringspersonale og plejepersonale er fælles om rengøring

En anden udbredt model blandt de 12 plejecentre er, at rengøringspersonalet står for rengøring på fællesarealerne, mens plejepersonalet har ansvar for rengøring af beboernes egne boliger. Med denne model begrænses plejepersonalets andel i rengøringsopgaven en smule. Nogle steder har man valgt at organisere det således, at fællesarealer rengøres om natten med henblik på at udnytte nattevagtsbemandingen bedst muligt. På langt størstedelen af plejecentrene foregår rengøringen dog typisk i løbet af hverdagsdagvagter, hvor der er mest personale på arbejde.

7.3.7. Tøjvask

Også hvad angår plejecentrenes håndtering af tøjvask, er der forskelle at spore blandt de 12 plejecentre. På langt de fleste af plejecentrene er det plejepersonalet, der har ansvar for at vaske beboernes tøj og det fælles vasketøj fra afdelingen. Denne opgave varetages løbende i løbet af dagvagterne og i mindre omfang i aftenvagterne, hvor der er færre medarbejdere på arbejde. På enkelte plejecentre har man valgt, at tøjvask foregår om natten med henblik på at udnytte nattevagtsbemandingen bedst muligt.

På enkelte af plejecentrene er det imidlertid rengøringspersonalet, der står for tøjvask, og på et enkelt plejecenter er det et eksternt firma, der vasker beboernes tøj. Med sådanne ordninger er tøjvask således ikke omfattet af plejepersonalets daglige opgaveløsning.

En leder fra et af de 12 case plejecentre beskriver eksempelvis sit eget personales opgaver på følgende vis.

Udvidelse af plejepersonalets arbejdsopgaver

"Jeg ser, at der har været en udvikling over de sidste 5-10 år. Mange af de her administrative opgaver, som personalet ikke varetog tidligere: Bestilling af linned, bestilling af kolonialvarer, bestilling af beklædning, egenkontrol, vasketøj og rengøring. De her meget praktiske og håndgribelige ting har ikke tidligere ligget ude i plejen. Men de er stille og roligt kommet ud og er blevet en del af plejepersonalets opgaver".

Plejecenterleder, Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet

7.4. Fravær og vikardækning

I dette afsnit beskrives kommunernes praksis for vikardækning ved fravær. Afsnittet beskriver kommunernes brug af vikarordninger, herunder de samlede udgifter på området samt årsager til vikardækning. Afsnittet giver herudover eksempler på, hvordan fravær og vikardækning håndteres på de 12 plejecentre, der indgår i caseundersøgelsen. Dette indebærer en beskrivelse af, hvordan centrene har organiseret sig ift. vikarer, og hvilke procedurer de har i denne sammenhæng. Afsnittet behandles både ud fra resultaterne af caseundersøgelsen og den nationale spørgeskemaundersøgelse. De selvejende og privatdrevne plejecentre er ikke inkluderet i spørgeskemaundersøgelsens resultater vedrørende fravær og vikardækning. I caseundersøgelsen er de selvejende og privatdrevne plejecentre dog omfattet.

7.4.1. Kommunernes brug af vikarordninger

Der findes forskellige modeller for brug af vikarer. Overordnet kan man tale om fire forskellige modeller:

- Løst tilknyttet timelønnede medarbejdere ansat på plejecentre: Dækker over medarbejdere, som er løst ansat på plejecentret til daglig, men som også anvendes til vikardækning på det enkelte center.
- Internt tilknyttet timelønnede vikarer: Dækker over personaler, som er tilknyttet det enkelte plejecenter alene som timelønnede vikarer.
- Centralt internt vikarkorps: Dækker over kommunernes eget vikarkorps.
- Vikarer fra eksterne vikarbureauer: Dækker over personaler ansat i eksterne vikarbureauer.

I spørgeskemaundersøgelsen er kommunerne blevet bedt om at angive, hvordan brugen af de fire typiske vikarordninger fordeler sig i deres kommune. Tabel 7.1 viser, hvilke typer af vikarordninger kommuner gør brug af, og hvilke de ikke gør brug af. Tabellen viser, at den mest udbredte vikarordning er 'vikarer fra eksterne vikarbureauer'. 82 pct. af kommunerne angiver at gøre brug af denne ordning i en eller anden udstrækning. Heraf angiver 54 pct. af kommunerne, at denne type vikarordning udgør mindre end 30 pct. af deres samlede vikardækning i kommunen, mens 10 pct. angiver, at denne type vikarordning udgør 80 pct. eller mere af deres samlede vikardækning i kommunen²⁹

²⁹ Se tabel 29, bilag 1 i Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet.

Tabel 7.1.**Kommunernes anvendelse af vikartyper i 2014. (Pct.)**

	Anvendt vikartype	Ikke anvendt vikartype	I alt
Løs tilknyttet timelønnede medarbejdere ansat på plejecentre	63	37	100
Internt tilknyttet timelønnet vikarer	51	49	100
Centralt internt vikarkorps i kommunen	22	78	100
Vikarer fra eksterne vikarbureauer	82	18	100

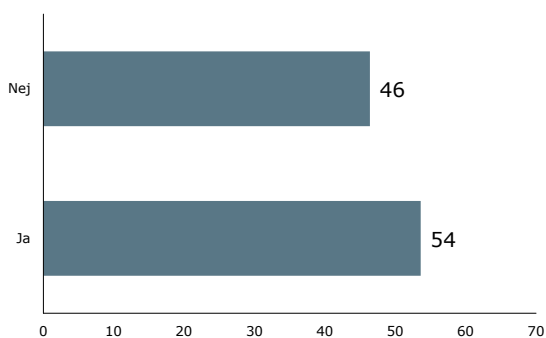
Anm.: Alle 98 kommuner er blevet bedt om at besvare spørgsmålet. I alt 97 kommuner har besvaret spørgsmålet. Kommunerne er blevet bedt om at opgøre brugen af vikarer i 2014. Det antages, at kommunernes besvarelser er baseret på en opgørelse af de kommunale plejecentre, og ikke selvejende og privatdrevne.

Kilde: Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet. For yderligere uddybning af kommunernes brug af vikarordninger og omfanget heraf, henvises til bilag 1, tabellerne 26-29 i Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet.

Den mindst anvendte vikarordning er 'centralt internt vikarkorps i kommunen', hvilket 22 pct. af kommunerne angiver at gøre brug af i en eller anden udstrækning. Blandt de 22 pct. er der en stor spredning i omfanget af brugen. En enkelt kommune angiver, at alle deres vikartimer dækkes af kommunens centrale interne vikarkorps (100 pct.), otte kommuner angiver, at mellem 50 og 70 pct. af deres vikartimer dækkes af denne ordning, mens fem kommuner angiver, at dette gælder for under 20 pct. af deres vikartimer³⁰

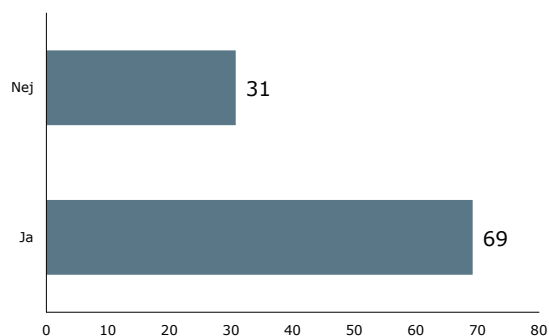
Mens dens landsdækkende spørgeskemaundersøgelse viser, at eksterne vikarbureauer er den mest udbredte vikarordning i kommunerne, gives der blandt de plejecentre, der har deltaget i caseundersøgelsen, gennemgående udtryk for et ønske om så vidt muligt at undgå brugen af eksterne vikarkorps. Dette fordi, eksterne vikarer ikke kender beboerne og stedets rutiner, hvilket ifølge interviewpersonerne indvirker negativt på opgaveløsningen. Der gives udtryk for, at det faste personale skal bruge meget tid på at sætte de eksterne vikarer ind i opgaverne, og at det kan betyde, at man som fast personale lige så godt kan løse opgaverne selv. Af disse årsager foretrækkes faste afløsere, som kender stedet og dets beboere.

Figur 7.1.
Er der krav om, at vikarer på plejecentre skal være faglærte? Pct.



Anm: Alle 98 kommuner er blevet bedt om at besvare spørgsmålet. I alt 97 kommuner har besvaret spørgsmålet. Det antages, at kommunernes besvarelser er baseret på en opgørelse af de kommunale plejecentre, og ikke selvejende og privatdrevne.

Figur 7.2.
Er der afvigelser fra dette krav? Pct.



Anm: Alle 98 kommuner er blevet bedt om at besvare spørgsmålet. I alt 52 kommuner har besvaret spørgsmålet. De 52 kommuner er de kommuner, der har svaret ja til, at det er et krav, at vikarer på plejecentre skal være faglærte. Det antages, at kommunernes besvarelser er baseret på en opgørelse af de kommunale plejecentre, og ikke selvejende og privatdrevne.

³⁰ se tabel 28, bilag 1 i Ankestyrelsens kortlægning af Plejeboligområdet.

Kommunerne er i den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse blevet adspurgt, om der er krav om, at vikarer i kommunen skal være faglærte. Ovenstående figur 7.1 og figur 7.2 viser, at 54 pct. af kommunerne stiller krav om, at deres vikarer skal være faglærte. I forlængelse heraf angiver 69 pct. af kommunerne dog, at der forekommer fravigelser fra dette krav. En udbredt begrundelse for, at kommunerne til tider fraviger kravet om at bruge faglærte vikarer, er, at det kan være svært at rekruttere tilstrækkeligt med faglærte vikarer. Blandt uddybningerne fra bemærkningsfelterne i spørgeskemaundersøgelsen er følgende:

Anvendelse af ufaglærte vikarer

"Så vidt muligt anvendes der faglært personale. Dog kan det forekomme, at ufaglært personale må benyttes ved mangel eller problemer med at skaffe faglærte vikarer. I disse tilfælde omlægges opgaverne, så de er i overensstemmelse med de faglige kompetencer og det fastansatte personales faglige kompetencer".

Kommune, Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet

7.4.2. Kommunernes udgifter til eksterne vikarer

I den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse er kommunerne også blevet spurgt til deres samlede udgifter til eksterne vikarer på plejecentre i 2014. I nedenstående tabel 7.2 har kommunerne angivet dette i procent af deres samlede lønudgifter.

Tabellen viser, at flertallet af kommunerne i 2014 brugte en mindre andel af deres samlede lønudgifter på vikardækning på landets plejecentre. Således har 80 pct. af kommunerne angivet at have brugt op til 5 pct. af deres samlede lønudgifter, heraf havde 18 pct. af kommunerne ingen udgifter til eksterne vikarer. Dette skal dog ses i lyset af, at nogle kommuner ikke gør brug af denne type vikardækning, og ikke som et udtryk for, at kommunerne ikke har nogen udgifter på området.

Tabel 7.2. Hvor meget udgjorde kommunens udgifter til eksterne vikarer på plejecentre i af de samlede lønudgifter i 2014? (Pct.)		
Pct. vis andel samlede Lønudgifter	Antal kommuner	Pct.
0	17	18
>0 til 5	60	62
>5 til 10	16	16
>10 til 15	4	4
I alt	97	100
Anm.: Alle 98 kommuner er blevet bedt om at besvare spørgsmålet. I alt 97 kommuner har besvaret spørgsmålet. Det antages, at kommunernes besvarelser er baseret på en opgørelse af de kommunale plejecentre, og ikke selvejende og privatdrevne.		
Kilde: Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet		

7.4.3 Årsager til vikardækning

I spørgeskemaundersøgelsen er kommunerne blevet bedt om at angive årsagerne til vikardækning på kommunens plejecentre i prioriteret rækkefølge.

Tabel 7.3 viser, at ferie udgør den hyppigste årsag til vikardækning, mens sygdom udgør den næst hyppigste årsag til vikardækning. Dette har henholdsvis 61 pct. og 35 pct. af kommunerne angivet som den hyppigste årsag til vikardækning. Kommunerne har herudover også angivet, at kurser og uddannelsesaktiviteter udgør en årsag til vikardækning, men at dette ikke forekommer ligeså hyppigt som ferie og sygdom.

Kommunerne har ligeledes haft mulighed for at angive andre årsager til vikardækning. Blandt disse andre årsager angives i ikke prioriteret rækkefølge:

- Vakante stillinger
- Orlov pga. barsel eller sygdom blandt pårørende
- Akutte udsving i plejetyngde og særlige situationer, der fordrer en fast vagt
- Afspadsering og afvikling af øvrig frihed grundet eksempelvis helligdage
- Weekenddækning

Tabel 7.3					
Hvad er årsagerne til vikardækning på plejecentre? (Pct.)					
	Hyppigst	Næst hyppigst	Tredje hyppigst	Fjerde hyppigst	I alt
Ferie	59 (61)	33 (34)	5 (5)	0 (0)	97 (100)
Kursus, uddannelsesaktiviteter	3 (3)	19 (20)	68 (70)	7 (7)	97 (100)
Sygdom	34 (35)	45 (46)	18 (19)	0 (0)	97 (100)
Andet	1 (1)	0 (0)	6 (6)	90 (93)	97 (100)

Anm.: Alle 98 kommuner er blevet bedt om at besvare spørgsmålet. I alt 97 kommuner har besvaret spørgsmålet. Kommunerne er blevet bedt om at besvare de enkelte svarkategorier særskilt i en prioriteret rækkefølge, dvs. 1., 2., 3. og 4. prioritet. Tabellen angiver antal og pct. i parentes. Det antages, at kommunernes besvarelser er baseret på en opgørelse af de kommunale plejecentre, og ikke selvejende og privatrejede.

Kilde: Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet

7.4.4. Praksis for vikardækning

Blandt de 12 case plejecentre fremgår det, at der er meget forskellig praksis for, hvornår man gør brug af vikardækning. Mange steder gives der udtryk for, at man ved sygemeldinger på hverdagsdagvagter forsøger selv at dække ind blandt det faste personale. I dette tidsrum er bemanningen størst, og man har derfor bedre mulighed for at hjælpe hinanden på tværs af afdelinger. Flere steder fortæller interviewpersonerne, at man på centret foretager en konkret vurdering af, om det er muligt selv at dække ind ud fra, hvor mange der er på arbejde (faste medarbejdere og elever), samt om der er tomme pladser eller beboere, der er indlagt. I aften- og nattevagter og i weekender er bemanningen mere sparsom, hvorfor man her er konsekvent med at tilkalde afløsere ved sygemeldinger. Enkelte steder tilkalder man altid afløsere, også på hverdagsdagvagter. Når man ikke tilkalder afløsere i de tidsrum, hvor bemanningen og opgavetyngden tillader at undlade det, skyldes det en række forhold. Dels opleves det som ressourcekrævende at sætte udefrakommende vikarer ind i opgaverne, dels kan afløsernes kendskab til beboerne være begrænset. Endelig fremhæver flere af plejecentrene, at økonomiske hensyn influerer på beslutningen, idet penge brugt på afløsere eksempelvis kan betyde færre penge til aflønning af fast personale (og dermed en lavere normering i dagligdagen) og færre penge til fornøjelser, såsom at afholde fester for beboerne.

Kapitel 8. Magtanvendelse

8.1. Lovgivning på magtanvendelsesområdet

Mange beboere på plejecentre har svigtende kognitive funktioner. Det gælder fx borgere med demens. I udførelsen af plejen og omsorgen over for borgere med demens vil personalet ofte komme i situationer, hvor respekten for borgerens personlige integritet og frihed skal afvejes over for hensynet til borgerens værdighed og sikkerhed. Kommunen har pligt til at yde omsorg, uanset om borgeren samtykker, men omsorgen må ikke gennemføres med fysisk magt. Er det nødvendigt at anvende magt i udøvelsen af omsorgen, skal sådanne indgreb have hjemmel i loven. Hovedreglen er, at magtanvendelse ikke må finde sted, men der kan efter serviceloven anvendes magt i en række nøje afgrænsede tilfælde, som beskrives nedenfor. Efter sundhedsloven kræver al behandling af patienten samtykke. Samtykket kan gives af patienten selv eller af pårørende eller en værge, hvis patienten ikke er i stand til selv at give samtykke. Hvis patienten siger fra, dvs. i ord eller handling afviser at modtage behandling, er det ikke tilladt at gennemføre behandlingen uanset samtykke fra pårørende eller værge. Der er således ikke hjemmel til tvangsbehandling.

I servicelovens afsnit 7 er der fastsat regler om kommunernes mulighed for at anvende magt og andre indgreb i selvbestemmelsesretten. Målgruppen for reglerne er personer med betydeligt og varigt nedsat psykisk funktionsevne fx som følge af demens, alvorlig hjerneskade m.v., der får personlig og praktisk hjælp, socialpædagogisk bistand m.v., behandling eller aktiverende tilbud efter serviceloven, og som ikke samtykker i en foranstaltning efter bestemmelserne om magtanvendelse.

Formålet med reglerne er at begrænse magtanvendelsen til det absolut nødvendige, jf. servicelovens § 124. Magtanvendelse skal altid være undtagelsen og må aldrig erstatte omsorg, pleje og socialpædagogisk bistand. Forud for enhver form for magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten skal der gøres, hvad der er muligt, for at borgeren medvirker frivilligt til en nødvendig foranstaltning. Endvidere skal anvendelse af magt stå i rimeligt forhold til det, der søges opnået. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes. Derudover skal magtanvendelse udøves så skånsomt og kortvarigt som muligt og med størst mulig hensyntagen til den pågældende og andre tilstedeværende, således at der ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulemper.

Enhver form for magtanvendelse skal registreres og indberettes af plejecentret til kommunalbestyrelsen i den kommune, der har ansvaret for borgerens ophold i plejecentret, og til kommunalbestyrelsen i den kommune, der fører det driftsorienterede tilsyn med plejecentret. Har den borger, som indberetningen vedrører, ophold i et regionalt eller et kommunalt botilbud, skal tilbuddet desuden orientere den kommunale eller regionale driftsherre om magtanvendelsen. Kommunalbestyrelsen skal endvidere udarbejde en handleplan efter servicelovens § 141 for borgere, hvor der anvendes magt efter serviceloven.

Efter serviceloven kan der gives tilladelse til følgende former for magtanvendelse:

- personlige alarm- og pejlesystemer og særlige døråbnere efter servicelovens § 125,
- fastholdelse efter servicelovens § 126, og fastholdelse i forbindelse med personlig hygiejne efter servicelovens § 126 a,
- tilbageholdelse i boligen efter servicelovens § 127,
- anvendelse af stofseler efter servicelovens § 128,
- flytning uden samtykke efter servicelovens § 129.

Tilladelse til at anvende magt gives som hovedregel for tidsbegrænsede perioder. Borgeren har mulighed for at klage over kommunalbestyrelsens afgørelse om magtanvendelse til Ankestyrelsen efter §§ 125, 126, 126 a, 127 og 128. Borgeren eller kommunalbestyrelsen har mulighed for at klage til Ankestyrelsen over Statsforvaltningens afgørelse om optagelse i bestemte botilbud efter § 129. En ægtefælle, en pårørende, en værge eller en anden repræsentant kan klage, når den person, som afgørelsen vedrører, ikke selv er stand til det.

Nedenfor beskrives de forskellige foranstaltninger.

8.1.1. Personlige alarm- og pejlesystemer og særlige døråbnere

Kommunalbestyrelsen kan træffe afgørelse om anvendelse af personlige alarm- eller pejlesystemer i en afgrænset periode, når der er risiko for, at borgeren udsætter sig selv eller andre for at lide personskade, og forholdene i det enkelte tilfælde gør det påkrævet for at afværge denne risiko.

Der gælder særlige regler om anvendelse af personlige alarm- eller pejlesystemer for borgere, hvor den nedsatte psykiske funktionsevne er en erhvervet og fremadskridende mental svækkelse, fx demens. For disse borgere kan anvendelsen af alarm- eller pejlesystemer fx GPS besluttet som led i den faktiske udførelse af plejen af plejepersonale eller leder på et plejecenter, medmindre den pågældende modsætter sig dette. Brug af personlige alarm- eller pejlesystemer er i disse tilfælde ikke magtanvendelse.

Kommunalbestyrelsen kan endvidere træffe afgørelse om at anvende særlige døråbnere i en afgrænset periode, når forholdene i det enkelte tilfælde gør det absolut påkrævet i forhold til at afværge, at en eller flere borgere ved at forlade bo- eller dagtilbuddet udsætter sig selv eller andre for væsentlig personskade. Endvidere skal servicelovens øvrige muligheder forgæves være forsøgt. Der må ikke anvendes egentlige aflåsningssystemer. Alle, der ikke kan betjene de særlige døråbnere, skal have den nødvendige hjælp til det, medmindre der er tale om en borger, hvor kommunalbestyrelsen har truffet beslutning om tilbageholdelse i boligen.

8.1.2. Fastholdelse

Der kan anvendes fysisk magt i form af at fastholde en borger eller føre denne til et andet opholdsrum, når der er nærliggende risiko for, at borgeren udsætter sig selv eller andre for at lide væsentlig personskade, og forholdene i det enkelte tilfælde gør det absolut påkrævet.

En beslutning om anvendelse af fastholdelse vil i sagens natur altid skyldes en akut opstået situation, hvorfor personalet i praksis vil træffe den konkrete beslutning på kommunalbestyrelsens vegne. Et lovligt indgreb i form af fastholdelse omfatter aldrig vold, såsom førergreb, slag og spark. Magtanvendelse i form af at fastholde eller at føre en borger til et andet lokale skal altid kombineres med tryghedsskabende initiativer.

Kommunalbestyrelsen kan endvidere undtagelsesvis for en afgrænset periode træffe afgørelse om at anvende fysisk magt i form af at fastholde en borger, hvis dette må anses for en absolut nødvendighed for at varetage omsorgspligten i nærmere bestemte hygiejnesituationer.

8.1.3. Tilbageholdelse

Kommunalbestyrelsen kan træffe afgørelse om at anvende fysisk magt i form af at fastholde en borger for at forhindre denne i at forlade boligen eller for at føre denne tilbage til boligen. Der kræver, at forholdene i det enkelte tilfælde gør det absolut påkrævet at anvende fysisk magt for at afværge, at borgeren ved at forlade plejecentret udsætter sig selv eller andre for væsentlig personskaade, samt at servicelovens øvrige muligheder forgæves har været forsøgt.

Kommunalbestyrelsen skal træffe afgørelse om, for hvilken periode tilbageholdelse i boligen kan anvendes, og skal løbende vurdere, om en mindre indgribende foranstaltning kan anvendes.

8.1.4. Anvendelse af stofseler

Kommunalbestyrelsen kan træffe afgørelse om anvendelse af fastspænding med stofseler til kørestol eller andet hjælpemiddel, seng, stol eller toilet for at hindre fald, når der foreligger nærliggende risiko for, at borgeren udsætter sig selv for at lide væsentlig personskaade, og forholdene i det enkelte tilfælde gør det absolut påkrævet.

Stofseler kan alene bruges for at hindre fald, og ikke med det formål at begrænse mobiliteten, når den pågældende er utryk eller aggressiv.

Kommunalbestyrelsen skal træffe afgørelse om, for hvilken periode stofselerne kan anvendes, og skal løbende vurdere, om en mindre indgribende foranstaltning kan anvendes.

8.1.5. Flytning uden samtykke

Statsforvaltningen kan efter indstilling fra kommunalbestyrelsen træffe afgørelse om at optage en borger i et særligt botilbud uden samtykke, når

- det er absolut påkrævet for, at borgeren kan få den nødvendige hjælp, og hjælpen ikke kan gennemføres i borgerens hidtidige bolig, og
- borgeren ikke kan overskue konsekvenserne af sine handlinger og udsætter sig for væsentlig personskaade, og
- det er uforsvarligt ikke at sørge for flytning.

Betingelserne for flytning er lempeligere for så vidt angår borgere, der ikke modsætter sig flytning, men som mangler evnen til at give et informeret samtykke på grund af en erhvervet og fremadskridende mental svækkelse, fx demens. Kommunalbestyrelsen kan i forhold til disse borgere træffe afgørelse om optagelse i et bestemt botilbud, hvis borgerens værge tiltræder kommunalbestyrelsens indstilling, når

- ophold i et botilbud med tilknyttet service er påkrævet for, at borgeren kan få den nødvendige hjælp, og
- det i det konkrete tilfælde omsorgsmæssigt vurderes at være mest hensigtsmæssigt for den pågældende.

Endvidere er betingelserne for flytning af en borger fra et egnet botilbud til et andet egnet botilbud uden borgerens samtykke lempet i særlige tilfælde, jf. servicelovens § 129, stk. 3. Efter denne bestemmelse kan kommunalbestyrelsen indstille til Statsforvaltningen at træffe afgørelse om flytning af en borger, hvis det skønnes at være i borgerens egen interesse, herunder af hensyn til mulighederne for, at den pågældende kan bevare tilknytning til sine pårørende.

8.2. Ankestyrelsens undersøgelse af magtanvendelse på socialområdet

Ankestyrelsen offentliggjorde i 2015 undersøgelsen "Kommunernes håndtering af magtanvendelsesreglerne over for borgere med demens" bestående af en sagsgennemgang og en spørgeskemaundersøgelse.

Sagsgennemgangen omfatter en juridisk vurdering af 57 sager fra 13 udvalgte kommuner, hvor der er indberettet anvendelse af magt overfor demente. Gennemgangen af de konkrete sager er fordelt på forskellige former for magtanvendelse, nærmere bestemt akut fastholdelse efter § 126, tilbageholdelse i boligen efter § 127 og anvendelse af stofseler efter § 128. Afgørelserne vedrører også magtanvendelse udenfor serviceloven, eksempelvis sundhedslovens regler om informeret samtykke til behandling.

Spørgeskemaundersøgelsen vedrører kommunens praksis og retningslinjer for brug af magtanvendelse efter ovenstående bestemmelser samt alarmsystemer efter § 125 og flytning uden samtykke efter §§ 129, stk. 2 og 3. Spørgeskemaet er udsendt til alle landets kommuner, hvoraf 86 kommuner har svaret på hele eller dele af det.

Af rapporten fremgår blandt andet, at:

- 53 pct. af de trufne afgørelser, svarende til 30 ud af 57 sager, ikke var i overensstemmelse med regler og praksis. Dette skyldes hovedsageligt et mangelfuldt oplysningsgrundlag.
- I en betydelig del af de undersøgte sager (30 ud af 54) kunne kommunen efter Ankestyrelsens vurdering have peget på pædagogiske tiltag som et alternativ til magtanvendelsen.

- I 61 pct. af sagerne er der udarbejdet en lovpligtig handleplan efter servicelovens § 141, hvor der i langt de fleste tilfælde - 75 pct. af sagerne - i nogen eller i høj grad er beskrevet overvejelser og pædagogiske metoder for at undgå magtanvendelse.
- Næsten alle kommuner (82 ud af 84) har retningslinjer, som indeholder vejledning om brug af magtanvendelse.
- 83 ud af 84 kommuner har retningslinjer for, hvem der registrerer konkrete magtanvendelsesindgreb efter servicelovens § 125-128 (alarm- eller pejlesystemer, døråbnere, døralarmer, fastholdelse, tilbageholdelse og stofseler) og alle kommuner har retningslinjer for registrering af nødretslig magtanvendelse på kommunernes plejecentre.
- 71 ud af 84 kommuner har retningslinjer for (forebyggende) alternativer til magtanvendelse, heraf har 43 kommuner skriftlige retningslinjer.
- 82 ud af 83 kommuner har én eller flere demenskoordinatorer/konsulenter. Herunder oplyser 76 ud af 81 kommuner, at demenskoordinatorerne varetager uddannelse og rådgivning af medarbejderne.
- Kendskabet til procedurer og retningslinjer for forebyggende tiltag og magtanvendelser indgår i de fleste kommuner (62 ud af 81 kommuner) i oplæringen af nye medarbejdere og/eller i kompetenceudviklingsaktiviteter for personalet.
- De fleste kommuner (75 ud af 81 kommuner) oplyser, at de som hovedregel inddrager pårørende eller værger, når der anvendes indgreb efter serviceloven udover de tilfælde, hvor kommunen er forpligtet hertil efter servicelovens § 130, nr. 4³¹ samt 129, stk. 1, og stk. 2. De fleste kommuner (74 ud af 80 kommuner) vurderer i den forbindelse, at pårørende og værger overvejende er enige, når de bliver orienteret om konkrete magtanvendelsesindgreb over for deres pårørende.
- Det fremgår samlet set af kommunernes besvarelser, at der er en stigning i indberettet magtanvendelse fra 2012-2014, som afspejler mindre stigninger i blandt andet brugen af alarm- og pejlesystemer, hvorimod der ses et fald i fastholdelse i hygiejnesituationen.

Derudover viser undersøgelsen, at kommunerne, og særligt medarbejderne, efterlyser mere viden om brug af magtanvendelse og forståelse for formålet, vigtigheden og konsekvensen af registreringen af magtanvendelsen.

Flere kommuner peger på, at plejepersonalet har vanskeligt ved at vurdere, hvor grænsen går mellem omsorg og magtanvendelse og derfor ikke indberetter alle tilfælde af magtan-

³¹ Som grundlag for kommunalbestyrelsens afgørelse om foranstaltninger om alarm- eller pejlesystemer, fastholdelse i forbindelse med personlig hygiejne, tilbageholdelse i boligen og anvendelse af stofseler skal der blandt andet foreligge pårørende og eventuelle værgers bemærkninger til den påtænkte foranstaltning.

vendelser, og at medarbejderne kan være i tvivl om, hvorvidt der er tale om magtanvendelse eller ej.

I forhold til spørgsmål om hvorvidt der opleves tilbageholdenhed med at anvende magtanvendelsesindgreb efter serviceloven, fremgår det, at kommunerne er særligt tilbageholdende med at bruge stofseler, tilbageholdelse i boligen og fastholdelse i hygiejne situation. De fleste kommuner uddyber endvidere deres svar med, at de generelt er tilbageholdende med at anvende magtanvendelsesindgreb efter serviceloven.

For mere information: [Kommunernes håndtering af magtanvendelsesreglerne](#)

Boks 8.1. Arbejdsgruppe om revidering af skemaer til indberetning af magtanvendelser

Som opfølgning på Ankestyrelsens praksisundersøgelse har Social- og Indenrigsministeriet nedsat en arbejdsgruppe om revidering af skemaer til indberetning af magtanvendelser. Skemaerne til indberetning om magtanvendelse skal forenkles og forbedres, så indberetningsdelen af magtanvendelsen bliver mere effektiv, samtidig med at skemaerne indbefatter alle relevante og nødvendige oplysninger knyttet til magtanvendelsen.

Boks 8.2. Revidering af vejledning om magtanvendelse over for voksne

Social- og Indenrigsministeriet vil derudover tage initiativ til at revidere vejledningen om magtanvendelse. I forbindelse med revisionen af vejledningen vil resultater fra praksisundersøgelsen, oplysninger fra kommunerne i spørgeskemaundersøgelsen og Ankestyrelsens anbefalinger indgå som inspiration til, hvordan reglerne kan beskrives bedre og dermed hjælpe personalet bedre.

Kapitel 9. Pårørende og frivillige

Civilsamfundet spiller en central rolle for beboerne på plejecentre. I dette kapitel beskrives de pårørendes rolle samt brugen af frivillige på plejecentre.

9.1. Pårørende som samarbejdspart

De pårørende er en vigtig samarbejdspartner for medarbejderne på plejecentre. De pårørende er ofte dem, som kender den ældre bedst og har viden om, hvilke behov, vaner og ønsker den ældre eller syge har. Viden som det kan være vigtigt for plejepersonalet at kende til i den daglige pleje og omsorg for beboerne. Det gælder særligt, hvis den ældre ikke selv kan give udtryk for sine ønsker og behov, som følge af eksempelvis fremskreden demens. Her kan de pårørende fungere som talerør for de demente ældre og bidrage til at sikre kontinuitet og sammenhæng mellem beboernes tidligere hverdag og det nye liv på plejecentret. Samtidig har de pårørende ofte en særlig relation til beboerne, som det offentlige ikke kan erstatte, og for mange - både pårørende og ældre - føles det trygt, at de pårørende inddrages i beslutninger om plejen og behandlingen på plejecentrene. På mange plejecentre har medarbejderne fokus på, i forbindelse med indflytningen, at inddrage de pårørende aktivt i tilrettelæggelsen af plejen.

Ankestyrelsens caseundersøgelse på 12 plejecentre viser, at der er forskel på, i hvor høj grad samarbejdet med beboernes pårørende foregår under formaliserede rammer. På enkelte plejecentre har man etableret beboer- og pårørenderåd, som har til opgave at forstå kommunikationen samt det formelle samarbejde mellem personalet og beboere og deres pårørende. Ankestyrelsens landsdækkende spørgeskemaundersøgelse viser, at i alt 61 pct. af kommunerne angiver at have beboer og/eller pårørenderåd på deres plejecentre, 26 pct. af kommunerne angiver, at det varierer fra sted til sted og 13 pct. af kommunerne angiver, at de ikke har beboere og/eller pårørenderåd. På størstedelen af de 12 case plejecentre, som Ankestyrelsen har interviewet er samarbejdet med de pårørende af høj prioritet. Det gælder særligt i forhold til beboere, som har et stort plejeb behov. Formålet er at sikre de mest udsatte beboeres trivsel og velbefindende.

9.2. Pårørendepolitikker

Flere kommuner har udarbejdet lokale pårørendepolitikker for inddragelsen af de pårørende i kommunen. Der er stor forskel på indholdet i pårørendepolitikkerne, men overordnet er kommunernes formål at skabe klare rammer for et godt samarbejde og dialog mellem medarbejdere, borgere og de pårørende samt sikre forventningsafstemning mellem medarbejdere og pårørende. Ankestyrelsens spørgeskemaundersøgelse viser, at 17 pct. af kommunerne har angivet at have en skriftlig pårørendepolitik³².

De kommuner, som har angivet at have en skriftlig pårørendepolitik, har haft mulighed for at uddybe, hvilke fokusområder der indskrevet i pårørendepolitikken. Det fremgår af kommentarfelterne, at de skriftlige pårørendepolitikker hovedsageligt omhandler inddra-

³² Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet

gelse af pårørende og sikring af de pårørendes medbestemmelse. Kommunernes pårørendepolitikker beskriver blandt andet, hvordan beboere, pårørende og personale inddrager, informerer og samarbejder med hinanden samt beskriver sondringen mellem pårørende og professionelle. Derudover beskriver kommunerne fx velkomstsamtaler med nye beboere og pårørende samt individuelle velkomstfoldere med informationer om plejecentret, dialogmøder og inddragelse af pårørende på plejecentrene. Endelig beskriver kommunerne, at familien, netværket eller lokalsamfundet er vigtige elementer i processen med at sikre, at borgerne så vidt muligt bevarer eller forbedrer livskvaliteten.

9.3. Demenskonsulenter

Mange kommuner har valgt at ansætte en demenskoordinator eller demenskonsulenter. Der er forskel på, hvilke opgaver konsulenterne varetager, men ofte er der tale om særligt uddannede fagpersoner, der har viden om demenssygdomme og som bl.a. ved, hvad kommunen har af tilbud til personer med demens og deres familier. Få kommuner har valgt at ansætte pårørendekonsulenter, der har fokus på at rådgive og støtte de pårørende generelt.

9.4. Private aktører

Flere private organisationer tilbyder rådgivning og hjælp til pårørende til ældre med demens eller andre lidelser. Ældre Sagen har fx over 200 lokale afdelinger, som blandt andet afholder arrangementer, kurser, foredrag m.m. Alzheimerforeningen har en telefonrådgivning, et digitalt forum for personer med demens og deres pårørende samt en række lokale foreninger med aktiviteter og støttegrupper. Derudover findes ofte pårørendegrupper i kommunerne, som er organiseret kommunalt eller frivilligt.

9.5 Ældreråd

Kommunerne er lovgivningsmæssigt forpligtede til at etablere mindst ét ældreråd. Ældrerådets medlemmer vælges ved direkte valg. Ældrerådet rådgiver kommunalbestyrelsen i ældrepolitiske spørgsmål og formidler synspunkter mellem borgerne og kommunalbestyrelsen om lokalpolitiske spørgsmål, der vedrører ældre. Kommunalbestyrelsen skal i samarbejde med ældrerådet fastlægge de nærmere rammer for rådets virke, herunder aftale nærmere om, hvordan og i hvilket omfang ældrerådet skal høres. Såfremt der ikke kan opnås enighed om, hvordan og i hvilket omfang ældrerådet skal høres, skal kommunalbestyrelsen høre ældrerådet om alle forslag, der vedrører ældre.

9.6. Frivillige på plejecentre

Frivillige spiller en stor rolle på plejecentrene³³. Alle kommuner, som indgår i Ankestyrelsens spørgeskemaundersøgelse gør brug af frivillige i høj eller i nogen grad jf. tabel 9.1. Den mest udbredte opgave, som frivillige deltager i, er faste, regelmæssige og fælles aktiviteter. 59 pct. af kommunerne angiver, at frivillige i høj grad varetager opgaven, mens 40 pct. angiver, at det forekommer i nogen grad. Derudover varetager de frivillige til én til én aktiviteter med beboerne. Her angiver 22 pct. af kommunerne, at det forekommer i høj grad, mens 49 pct. angiver, at det forekommer i nogen grad. Endeligt deltager de frivillige

³³ Frivillige kan eksempelvis være pårørende, frivillige tilknyttet frivillige foreninger og øvrige frivillige.

også i vid udstrækning i udflugter og arrangementer. Dette angiver 23 pct. af kommunerne forekommer i høj grad, mens 49 pct. angiver, at det forekommer i nogen grad.

Tabel 9.1.
I hvilket omfang vurderer kommunen, at frivillige på plejecentre varetager følgende aktiviteter? (Antal, pct.).

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt
Faste regelmæssige aktiviteter på eller i nærheden af plejecentret. Eksempelvis underholdning, hygge om beboerne, motion, højt-læsning og gåture	57 (59)	38 (40)	1 (1)	0 (0)	96 (100)
Aktiviteter uden for plejecentret. Eksempelvis udflugter, koncerter og andre arrangementer	22 (23)	47 (49)	25 (26)	2 (2)	96 (100)
Aktiviteter målrettet den enkelte borger på plejecentret. Eksempelvis besøgsven og hjælp til ærinder.	21 (22)	47 (49)	27 (28)	1 (1)	96 (100)

Anm.: Alle 98 kommuner er blevet bedt om at besvare spørgsmålet. I alt 96 kommuner har besvaret spørgsmålet. De 96 kommuner har haft mulighed for at svare på de enkelte aktiviteter særskilt. Tabellen er således en fremstilling af tre spørgsmål. Tabellen angiver antal og pct. i parentes. Kommunernes besvarelser kan være forbundet med en vis usikkerhed, idet det ikke vides, om alle kommuner har adgang til de pågældende oplysninger vedrørende de selvejende og privatdrevne plejecentre. Således kan der være kommuner, der har undladt at inkludere selvejende og privatdrevne plejecentre i deres besvarelse, selvom disse plejecentertyper eksisterer i kommunen.
Kilde: Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet

På mange af de 12 case plejecentre spiller frivillige også en vigtig rolle i forhold til at arrangere og gennemføre aktiviteter for og med beboerne. Her er både tale om faste regelmæssige aktiviteter såsom musik, spil, filmklub og gåture, ligesom de også spiller en vigtig rolle som individuelle besøgsvenner eller lignende.

De fleste af case plejecentrene gør ligeledes meget brug af frivillige ved større arrangementer som fx fester ved højtider. Her berettes flere steder, at de frivilliges hjælp frigør tid, så personalet kan sidde med til bords og hygge sig med beboerne. Enkelte steder spiller de frivillige også en rolle ift. at ledsage beboerne til læge og sygehus, mens man andre steder har besluttet ikke at bruge frivillige til sådanne opgaver. De frivilliges indsats tillægges stor betydning af mange af de interviewede ledere og medarbejdere. Flere af dem påpeger, at der uden de frivillige ikke ville være nær så mange aktiviteter for beboerne.

9.7. Kommunale retningslinjer for inddragelse af frivillige

Frivillige spiller ofte en aktiv rolle på plejecentrene, særligt når det handler om faste, regelmæssige og fælles aktiviteter. Der er imidlertid stor forskel på, om kommunerne har skriftlige retningslinjer for inddragelsen af frivillige. Lidt over halvdelen (51 pct.) af kommunerne har skriftlige retningslinjer for samarbejdet³⁴.

De skriftlige retningslinjer drejer sig for en del af kommunernes vedkommende om tavshedspligt, samtykke og sikkerhedsmæssige foranstaltninger. I nogle kommuner vedrører de skriftlige retningslinjer også formålet med den frivillige indsats og snitfladen mellem den kommunale og den frivillige indsats.

³⁴ Ankestyrelsens kortlægning af plejeboligområdet

Bilag 1: Litteraturliste

Ankestyrelsen (2015): Kommunernes håndtering af magtanvendelsesreglerne over for borgere med demens

Ankestyrelsen (2016): Kortlægning af plejeboligområdet

Digitaliseringsstyrelsen, Danske Regioner og KL (2013) 'Fællesoffentlig strategi for digital velfærd 2013-2020 – Digital velfærd, En lettere hverdag'

Erhvervs- og Byggestyrelsen (2010), Modelprogram for plejeboliger

KL (2015): Det fælleskommunale program for udbredelse af velfærdsteknologi – statusmåling'

Rostgaard, Tine, Brünner, Rikke Nøhr og Fridberg, Torben (SFI:2012): Omsorgs og livskvalitet i plejeboligen

Socialstyrelsen (2013): National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen

Socialstyrelsen (2015): Faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt væggtab

Statens Byggeforskningsinstitut (2015): SBI-anvisning 259 plejeboliger for personer med demens – indledende spørgsmål

Sundhedsstyrelsen (2013): Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter – værktøjer til hverdagsobservationer

Sundhedsstyrelsen (2015): Tilsyn med plejehjem. Landsrapport for 2014

Sundheds- og Ældreministeriet (2015): Brugerundersøgelse om hjemmehjælp i eget hjem og i plejebolig/plejehjem

Weatherall, Cecilie Dohmann, Heidi Hesselberg Lauritzen, Anne Toft Hansen og Tina Termansen (SFI: 2014): Evaluering af "fast tilknyttede læger på plejecentre"

Ældrekommissionen – Kommission om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem (2012): Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem