

Forenkling af regler og dokumentationskrav i ældreplejen

AFRAPPORTERING FRA SUNDHEDS- OG
ÆLDREMINISTERIETS OG KL'S ARBEJDE OM FORENKLING
AF REGLER OG DOKUMENTATIONSKRAV I ÆLDREPLEJEN

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1 Indledning.....	3
1.1 Hvorfor afbureaukratisering?	3
1.2 Om arbejdet.....	6
1.3 Afgrænsning og metode	7
1.4 Tværgående regler og dokumentationskrav under kulegravning af ældreområdet	7
1.5 anbefalinger fra arbejdsgruppen.....	8
1.6 Rapportens opdeling	10
Kapitel 2 Baggrund	12
2.1 Et ældreområde i udvikling og forandring	12
2.2 Samspillet mellem den social- og plejefaglige indsats og den sundsfaglige indsats.....	12
2.3. Samspillet mellem indsatserne.....	15
2.4 Fælles Sprog III.....	16
Kapitel 3 Pleje og omsorg	19
3.1 Dokumentation af oplysninger og arbejdstilrettelæggelse	19
3.1.1 Problemstilling	19
3.1.2 Gældende ret og praksis.....	19
3.1.3 anbefalinger	23
3.2 Samarbejde på tværs af opgaver og faggrupper	24
3.2.1. Problemstilling	24
3.2.2 Gældende ret og praksis.....	24
3.2.3 anbefalinger	27
Kapitel 4 Sundhedsfaglig behandling.....	28
4.1 De 12 sygeplejefaglige områder	28
4.1.1 Problembeskrivelse	28
4.1.2 Gældende ret og praksis.....	29
4.1.3 anbefalinger	33
4.2 Utsigtede hændelser.....	33
4.2.1 Problembeskrivelse	33
4.2.2 Gældende ret og praksis.....	33
4.2.3 anbefalinger	36
4.3 Instrukser	37
4.3.1 Problembeskrivelse	37

4.3.2 Gældende ret og praksis	37
4.3.3 Anbefalinger	39
Kapitel 5 Tilsyn	40
5.1 Det socialfaglige tilsyn	40
5.1.1 Problemstilling	40
5.1.2 Gældende ret og praksis	40
5.1.3 Anbefalinger	41
5.2 Det sundhedsfaglige tilsyn	41
5.2.1 Problembeskrivelse	41
5.2.2 Gældende ret og praksis	42
5.2.3 Anbefalinger	44
Kapitel 6 Puljeadministration	45
6.1 Problemstilling	45
6.2 Gældende praksis - hvordan foregår puljeopslag mv. i dag	45
6.3 Anbefalinger	48
Kapitel 7 Udveksling af oplysninger ved sektorskift	49
7.1 Den Ældre Medicinske Patient.....	49
7.1.1 Problemstilling	49
7.2 Livsforlængende behandling.....	50
7.2.1 Problemstilling	50
Bilag 1 Kommissorium for arbejdet	52
Bilag 2 Kommissorium for kulegravningsanalysen	53

Kapitel 1 Indledning

1.1 Hvorfor afbureaukratisering?

Dokumentation er en nødvendig del af opgavevaretagelsen i ældreplejen. Dokumentation giver viden om indsatsen, som er afgørende for, at medarbejderne kan sikre og udvikle kvaliteten. Pleje og omsorg ydes på tværs af sektorer og af forskellige medarbejdergrupper, og dokumentation er derfor vigtig for at koordinere og understøtte de forskellige indsatser. Dertil kommer, at sundhedsfaglige indsatser ofte udgør en integreret del af hjælpen, hvilket stiller særlige krav til medarbejdernes dokumentation af indsatserne. Endelig understøtter dokumentationen også kommunernes styring af ældreområdet.

En væsentlig del af dokumentationen i ældreplejen opleves meningsfuld, fordi den understøtter medarbejderne i at yde en god pleje og omsorg for borgerne. Men der er også dokumentation, som kan opleves unødvendig eller meningsløs, f.eks. fordi formålet med dokumentationen ikke er tydeliggjort tilstrækkeligt, eller fordi medarbejdere oplever at skulle dokumentere det samme flere gange.

Der er mange hensyn og ønsker til dokumentation i ældreplejen som løbende forandrer sig. Det skaber en risiko for, at nye hensyn bliver til yderligere dokumentationskrav, fordi der ikke samtidig bliver set på de eksisterende dokumentationskrav. Isoleret set vil nye krav om dokumentation ofte give god mening, når de indføres, men når der ses på den samlede dokumentationsmængde, kan kravene have utilsigtede konsekvenser og f.eks. bevirke dobbeltregistrering.

Der bør løbende være fokus på, hvordan regler og praksis påvirker opgaveløsningen i ældreplejen, herunder hvordan medarbejderne anvender deres tid, og om der er regler og dokumentationskrav, som unødigt binder personaleressourcer til administrative opgaver. Forenkling og afbureaukratisering handler om at sætte ind, når gevinsten ved dokumentation ikke står mål med de administrative konsekvenser, eller når samme målsætninger om god kvalitet for ældre borgere kan opnås på mindre bureaukratiske måder.

For både stat, kommuner og lokalt giver det god mening, at man løbende kaster et kritisk blik på reguleringer og dokumentationskrav for at vurdere, om de stadig er tidssvarende og nødvendige. Det gør sig i særdeleshed gældende, når der indføres nye reguleringer eller dokumentationskrav.

Statslig afbureaukratisering handler oftest om at lempe eller afskaffe bestemmelser i love, bekendtgørelser mv. Kommunal og lokal afbureaukratisering handler oftest om at optimere interne arbejdsgange og en bedre tilrettelæggelse af opgaveløsningen samt de dokumentationskrav, der er knyttet til både arbejdsgange og arbejdstilrettelæggelse. Det er her centralt at have øje for, at forskellige organisering af opgaveløsningen i kommunerne giver forskellige styrker og udfordringer i forhold til dokumentation.

Ældreområdet – et statusbillede

Ældreområdet er de kommende år udfordret af den demografiske udvikling, hvor andelen af ældre borgere vil stige de næste år. Det må hermed også forventes, at antallet af ældre, som vil få behov for pleje og hjælp til praktiske opgaver i hjemmet samt hjemmesygepleje, vil stige.

Det er allerede i dag sådan, at den pleje, som medarbejderne i hjemmeplejen og på plejecentre giver, ofte omfatter både hjælp efter serviceloven og sygepleje efter sundhedsloven. En borger kan f.eks. få hjælp efter serviceloven til at komme ud af sengen og i bad, og hjælp efter sundhedsloven til sårpleje og medicinbehandling. Ofte er det den samme medarbejder, som udfører opgaver efter både serviceloven og sundhedsloven.

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

Der ligger en stor og vigtig ledelsesopgave i at synliggøre for medarbejderne, hvilke krav til dokumentation, der følger af en given opgave. Både for at sikre en korrekt og fyldestgørende dokumentation og for at undgå, at den samlede dokumentationsmængde bliver for stor og så dokumentationen fremstår meningsfuld. Hvis lederen sikrer, at den faglige baggrund for dokumentationen står klart for alle medarbejdere, vil det understøtte, at kravet ikke bliver oplevet som et unødigt dokumentationskrav. Samtidig er det en ledelsesopgave at sikre, at der bliver dokumenteret relevante oplysninger.

For at forebygge unødigt dokumentation er det f.eks. vigtigt, at ledelsen har fokus på, om opgaverne følger af serviceloven eller sundhedsloven, fordi dokumentationskravene hertil er forskellige. Manglende ledelsesfokus kan bl.a. medføre, at dokumentationen ikke bliver korrekt og ikke opleves som meningsfuld for medarbejderne.

Hertil kommer, at det ligeledes er vigtigt at have et vedvarende fokus på, hvordan rammerne for opgavevaretagelsen i ældrepleje kan påvirke medarbejdernes tid, herunder reglerne om benyttelse af medhjælp. Det skal bemærkes, at udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i deres afrapportering anførte, at de eksisterende regler om benyttelse af medhjælp i dag ikke i tilstrækkelig grad er med til at sikre klare og fleksible rammer for varetagelsen af delegerede opgaver i kommunerne. Udvalget anførte derfor, at der er behov for at revidere reglerne om benyttelse af medhjælp, således at de understøtter klare og fleksible rammer for varetagelsen af delegerede opgaver i kommunerne. Det er arbejdsgruppen enig i. Sundheds- og Ældreministeriet drøfter i øjeblikket mulighederne for en revision af reglerne om delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed (medhjælp) i samarbejde med relevante interessenter.

Et andet indsatsområde for at forebygge unødige dokumentation er at begrænse mængden af oplysninger. Det er væsentligt med tydelige krav til forventningen til dokumentationen, så medarbejderne alene dokumenterer de relevante oplysninger. Hvis der dokumenteres i prosa, kan det give et stort tidsforbrug på at dokumentere, ligesom den medarbejder, der skal læse dokumentation, får et større tidsforbrug på at sætte sig ind i dokumentationen. Derudover er der en risiko for, at store dokumentationsmængder kan gøre det vanskeligt at finde relevante informationer.

Aktuelt er kommunerne i gang med at forberede implementeringen af Fælles Sprog III, som er en strukturering og klassificering af data, der på sigt vil omfatte både ydelser under serviceloven og sundhedsloven. Forventningen er, at et fælles system og klassificering vil give et mindre tidsforbrug på dokumentation. F.eks. vil der ved et samlet system blive færre dobbeltregistreringer, fordi de samme grundoplysninger kun skal dokumenteres én gang frem for både i forbindelse med opgaver efter serviceloven og opgaver efter sundhedsloven. Ligeledes vil konkrete opgaver blive dokumenteret på samme måde uanset medarbejder, hvilket kan reducere både variation samt den tid andre medarbejdere bruger på at finde relevant information. Fælles Sprog III skal desuden være med til at sikre, at man undgår dokumentation i form af prosa og i stedet i et overskueligt system kun dokumenterer den information, der er behov for.

Aktuelle afbureaukratiseringsinitiativer

Regelforenklings og afskaffelse af unødvendige dokumentationskrav er en central målsætning for regeringen og KL. Regeringen har taget initiativ til en sammenhængsreform, som skal være med til at skabe en bedre og mere sammenhængende offentlig sektor. Reformen skal sikre en bedre styring af velfærdsområderne, så der bliver bedre plads til fagligheden og mere fokus på borgernes behov.

En del af sammenhængsreformen er den såkaldte udfordringsret, hvor medarbejdere, ledere og private leverandører kan komme med forslag til regelforenklings. Den udvidede udfordringsret bygger oven på det første forsøg om udfordringsretten, som løb fra 2009-2015 og gav mulighed for at dispensere fra statslige og lokale regler inden for rammerne af sektorministeriernes eksisterende forsøgshjemler. Med den udvidede udfordringsret er der åbnet op for, at kommuner og private leverandører kan udfordre de eksisterende regler og komme med forslag til regelforenklings, som kræver lovændring.

Som en særskilt del af arbejdet med udfordringsretten er endvidere igangsat et nyt initiativ "Meld en regel". Med "Meld en regel"-initiativet kan alle borgere, virksomheder, faglige organisationer m.fl. melde deres forslag til afbureaukratisering ind.

I regi af sammenhængsreformen indgår også kulegravning af velfærdsområder. Regeringen vil på forskellige sektorområder gennemføre kulegravninger i samarbejde med udvalgte kommuner. Kulegravningerne skal afdække, hvad der optager medarbejdernes tid, og om unødigt bureaukrati skyldes tværgående lovgivning, sektorlovgivning, kommunale regler eller arbejdstilrettelæggelsen lokalt, herunder IT-understøttelse. De første kulegravninger er ved at blive gennemført på dagtilbudsområdet og ældreområdet.

Der er endvidere igangsat nye frikommuneforsøg fra 1. juli 2017. Her har otte udvalgte netværk af kommuner mulighed for at afprøve nye velfærdsløsninger inden for et på forhånd afgrænset tema. Formålet er at give kommuner, der er organiseret i frikommunenetværk, mulighed for at gennemføre forsøg med henblik på at kunne bidrage til en bedre opgaveløsning til gavn for borgerne, bl.a. gennem effektiviseringer, regelforenklinger og bedre styring i kommunerne. På ældreområdet er der bl.a. på nuværende tidspunkt godkendt forsøg med anmeldte – frem for uanmeldte – tilsyn på plejecentre og forsøg med kommunale tilkøbsydelse.

Derudover er der igangsat et initiativ, hvor to kommuner får besøg af et rejsehold, som hjælper kommunen med at gennemgå alle sine regler og arbejdsgange med henblik på, at rejseholdet kan bidrage til at afskaffe unødige regler.

Endelig er der igangsat initiativ om kommunale regelforenklingsforslag, hvor kommunerne har kunnet påpege uhensigtsmæssige statslige regler, der står i vejen for en mere effektiv opgaveløsning i kommunerne. Efterfølgende er regeringen og kommunerne gået i dialog om, hvorvidt reglerne kan lempes eller afskaffes.

1.2 Om arbejdet

I december 2016 igangsatte ældreminister Thyra Frank og formand for KL's Social- og Sundhedsudvalg Thomas Adelskov arbejdet om forenkling af regler og dokumentationskrav i ældreplejen. Arbejdet har haft til formål at identificere regler og dokumentationskrav, som binder personaleressourcer til administrative opgaver frem for pleje og omsorg af de ældre. Der er i arbejdet blevet set bredt på regler og krav til dokumentation, herunder både på statslige, kommunale og lokale krav i de enkelte driftsenheder, som med fordel enten kan lempes eller helt fjernes for at frigøre tid blandt de ansatte i ældreplejen. Der er ligeledes blevet set på både dokumentation, som foretages af frontmedarbejderne i forbindelse med udførelsen af plejen, og dokumentation som håndteres af kommunernes administrative personale. Nærværende rapport er afrapporteringen fra det igangsatte arbejde.

Afrapporteringen er udarbejdet af en arbejdsgruppe med repræsentanter fra Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed samt KL. Arbejdsgruppen har haft delt formandskab mellem Sundheds- og Ældreministeriet og KL. Sundheds- og Ældreministeriet har varetaget sekretariatsfunktionen med inddragelse af KL.

Et vigtigt element i arbejdet har været nedsættelsen af en følgegruppe, bestående af FOA, DSR, Sundhedskartellet, DSAM, Ældre Sagen, Danske Ældreråd, Danske Seniorer, Dansk Erhverv (herunder Selveje Danmark), Dansk Industri og KA-Pleje, som har bidraget med forslag til relevante emner, hvor der opleves at være uhensigtsmæssige regler og dokumentationskrav. Ligeledes har følgegruppen bidraget til afklaring af rejste problemstillinger, herunder vurdering af problemstillingernes omfang og eventuelle løsninger.

Som led i arbejdet har der bl.a. været afholdt en workshop med følgegruppen, hvor en række praktikkere og fagpersoner var med til at drøfte en række problemstillinger, der opleves i dagligdagen i ældreplejen.

På arbejdsgruppemøder har der været oplæg om bl.a. Fælles Sprog III og pilotprojektet om indberetning af utilsigtede hændelser, hvor viden og problemstillinger er blevet præsenteret og efterfølgende drøftet. Ligeledes har der været afholdt arbejdsgruppemøder, hvor kommunale repræsentanter har bidraget i forhold til drøftelser om kommunal arbejdstilrettelæggelse og puljeadministration. Derudover har arbejdsgruppen været på besøg i kommuner.

Ældreministeren har sideløbende med arbejdet besøgt plejecentre, hjemmeplejeenheder og aktivitetstilbud mv. i over halvdelen af kommunerne for bl.a. at få input til, hvordan man kan forenkle nationale og lokale regler og afskaffe unødige dokumentationskrav, der tager tid fra plejen af og omsorgen for de ældre.

1.3 Afgrænsning og metode

Som beskrevet ovenfor har arbejdet haft et bredt udgangspunkt, hvor der både har indgået statslige, kommunale og lokale regler. Arbejdet har primært fokuseret på regler, som er direkte møntet mod ældreplejen, dvs. primært serviceloven og til dels sundhedslovgivningen. Derimod er regler vedrørende f.eks. arbejdsmiljø eller brandsyn ikke medtaget. Det skyldes bl.a., at der parallelt med arbejdet er igangsat en kulegravning af bl.a. ældreområdet i regi af regeringens sammenhængsreform. I sammenhængsreformen indgår flere sektorområder, hvorfor også tværgående lovgivning, som har betydning for flere sektorer belyses her. Derudover indgår styring også helt centralt i kulegravningsanalysen, hvilket giver en god mulighed for at se på generelle tendenser på tværs af den offentlige sektor.

Nærværende arbejde har haft som udgangspunkt at se på ældreplejen. Både på udførende og administrativt niveau. Sigtet har ikke været tværgående. Det har givet mulighed for at undersøge specifikke regler og dokumentationskrav, som er helt særegne for ældreområdet. Metodisk har arbejdet benyttet sig af en tilgang, hvor medlemmerne af arbejdsgruppen og følgegruppen har taget udgangspunkt i deres viden og derefter rettet henvendelse til relevante personer, som så igen er blevet bedt om at henvise til andre med relevante erfaringer for på den måde at komme tættere på dokumentationsopgaven.

1.4 Tværgående regler og dokumentationskrav under kulegravning af ældreområdet

I arbejdet med at identificere regler og dokumentationskrav, som binder personaleresourcer til administrative opgaver frem for pleje og omsorg af de ældre, har arbejdsgruppen naturligt nok identificeret regler og dokumentationskrav, der følger af tværgående lovgivning. Det drejer bl.a. om dokumentationskrav, der følger af regler om brandsyn, fødevarerkontrol og lovgivning om arbejdsmiljø. F.eks. er der ved brandsyn på plejecentre krav om grundlæggende brandforebyggelse, eksempelvis i

forhold til imprægnering af møbler. I forhold til fødevarekontrol er der f.eks. blevet nævnt krav om løbende temperaturmåling af fødevarer, mens det i forbindelse med arbejdsmiljøloven er blevet nævnt, at der bruges uhensigtsmæssig tid på anmeldelser af nærved-ulykker.

Arbejdsgruppen har endvidere hørt, at det på nogle plejecentre opleves som et krav, at beboerne skal have køkkener i de enkelte plejeboliger. Det opleves bl.a. som ufleksibelt i forhold til, at det optager plads, som i stedet, ifølge medarbejderne på nogle plejecentre, kunne være brugt bedre.

Ovenstående eksempler medtages ikke i dette arbejde, da de er uden for afgrænsningen, jf. ovenfor. I stedet bliver de identificerede regler og dokumentationskrav videregivet til arbejdet med kulegravningen af ældreområdet i regi af sammenhængsreformen.

Arbejdsgruppen er desuden opmærksom på, at der i ældreplejen bruges tid på at indhente samtykke til sundhedsfaglig behandling af varigt inhabile, da nærmeste pårørende eller værger skal give samtykke forud for undersøgelse eller behandling. Det indebærer, at der bruges tid på at kontakte pårørende selv i tilfælde med mindre behandlingskrævende opgaver, f.eks. urinvejsinfektion, ligesom der kan være tilfælde i praksis, hvor det er vanskeligt at komme i kontakt med den pårørende.

Arbejdsgruppen er ligeledes opmærksom på, at der bruges tid på indberetning og registrering af magtanvendelse over for personer med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne, f.eks. borgere med demens. Børne- og Socialministeriet er i samarbejde med Sundheds- og Ældreministeriet i gang med at gennemføre et serviceeftersyn af magtanvendelsesreglerne i serviceloven (et initiativ i den nationale demenshandlingsplan 2025). I serviceeftersynet ses bl.a. på behov og muligheder for at gøre reglerne mere forståelige og lettere at håndtere for administrative medarbejdere og plejepersonalet, og at tilpasse reglerne – bl.a. i forhold til den løbende udvikling i nye tryghedsbaserede velfærdsteknologier og i forhold til muligheden for at lempe kravene til optagelse i særlige botilbud uden samtykke. Magtanvendelse efter serviceloven medtages ikke i dette arbejde, da der ses på området som led i serviceeftersynet af magtanvendelsesreglerne.

1.5 anbefalinger fra arbejdsgruppen

På den baggrund har arbejdsgruppen udarbejdet en række anbefalinger, som præsenteres nedenfor. Anbefalingerne går på tværs af ældreplejen og vedrører ældreministerens ressort og til dels sundhedsministerens ressort.

Pleje og omsorg

- Arbejdsgruppen anbefaler, at kommunerne løbende drøfter, hvordan organisering og tilrettelæggelse af indsatsen i ældreplejen påvirker behovet for dokumentation.
- Arbejdsgruppen anbefaler desuden, at kommunerne bruger kørelisterne i hjemmeplejen som dokumentation for levering af indsatser efter serviceloven.

- Arbejdsgruppen anbefaler i forhold til samarbejde på tværs af opgaver og faggrupper, at kommunerne løbende har fokus på, hvordan IT-understøttelsen kan være med til at lette arbejdet i forbindelse med at overlevere oplysninger mellem medarbejdere. Kommunerne skal i den forbindelse have fokus på, hvordan der kan etableres systematiske arbejdsgange for, hvordan oplysninger skal registreres samt videreformidles til den relevante faggruppe.

Sundhedsfaglig behandling

- Arbejdsgruppen anbefaler i forhold til de 12 sygeplejefaglige områder, at der i vejledning om sygeplejefaglige optegnelser gøres klart, hvornår der kan undlades dokumentation af samtlige sygeplejefaglige områder, og at (re-)vurdering af de 12 sygeplejefaglige områder ikke skal ske ved enhver patientkontakt, men f.eks. ved indskrivning af en patient på et plejecenter og ved væsentlige ændringer i patientens tilstand.
- Arbejdsgruppen anbefaler samtidigt, at hvis en eller flere problemområder ikke er aktuelle/relevante for den enkelte borger, bør dokumentationen af dette ske så smidigt som muligt, herunder ved understøttende brug af IT-systemer, hvor der f.eks. kan klikkes på et billede eller en tekst, at dette ikke er aktuelt/relevant.
- Arbejdsgruppen anbefaler i forhold til utilsigtede hændelser, at Sundheds- og Ældreministeriet, Styrelsen for Patientsikkerhed og KL afklarer nærmere om og hvordan, der kan ske en national implementering af samlerapportering.
- Arbejdsgruppen anbefaler i forhold til instrukser, at det i en vejledning om udfærdigelse af instrukser beskrives, hvilke instrukser der som minimum skal udarbejdes i hjemmepleje, hjemmesygepleje og på plejcentre, og hvilke krav der stilles i forhold til udfærdigelse af instrukserne på ældreområdet.
- Arbejdsgruppen anbefaler endvidere, at det hos de driftsansvarlige myndigheder vurderes, om det vil være relevant at udarbejde grundskabeloner, som der kan tages udgangspunkt i ved udarbejdelse af instrukser. Grundskabeloner vil i så fald skulle udarbejdes, så det ikke svækker den lokale ledelses kendskab til og ejerskab til instrukserne.

Tilsyn

- Arbejdsgruppen anbefaler, at ophæve kommunalbestyrelsens forpligtelse i servicelovens 151 c om udarbejdelse og opfølgning på tilsynspolitikker for personlig og praktisk hjælp til borgere i eget hjem, da arbejdsgruppen ikke vurderer, at tilsynspolitikkerne er nødvendige for at sikre, at kommunerne lever op til deres forpligtelser til at føre tilsyn med hjemmeplejen. Ophævelse af forpligtelsen til at udarbejde og følge op på tilsynspolitikker vil i givet fald forudsætte en ændring af serviceloven.

- Arbejdsgruppen anbefaler i forhold til det nye tilsyn som Styrelsen for Patientsikkerhed skal føre med den social- og plejefaglige indsats efter serviceloven, at styrelsen ligesom i styrelsens tilsyn efter sundhedsloven er opmærksom på at sikre ensartethed i tilsynspraksis ved tilsyn med den social- og plejefaglige indsats efter serviceloven.
- Arbejdsgruppen anbefaler, i forhold til det sundhedsfaglige tilsyn, at behandlingssteder i ældreplejen – evt. via kommunen – kan tage direkte kontakt til Styrelsen for Patientsikkerhed med henblik på at få vurderet konkrete sager, hvor behandlingsstedet oplever en variation i Styrelsen for Patientsikkerheds bemærkninger til tilsyneladende sammenlignelige tilfælde.

Puljeadministration

- Arbejdsgruppen anbefaler, at der afholdes et dialogmøde mellem KL, kommunale repræsentanter, kommunale revisorer samt Sundheds- og Ældreministeriet med henblik på at sikre tydeligere kommunikation af henholdsvis statslige og de kommunale revisorers krav til dokumentation i forbindelse med puljer.
- Arbejdsgruppen anbefaler videre, at Sundheds- og Ældreministeriet sætter fokus på at kommunikere kommende puljeopslag samt den forventede proces herfor tydeligere, end det hidtidig har været gjort. Det kan f.eks. ske ved i god tid at annoncere tidpunkter for kommende opslag.
- Arbejdsgruppen anbefaler endelig, at Sundheds- og Ældreministeriet igangsætter en proces med gennemgang af ministeriets rammer for tilskud med henblik på at gøre den mere tilgængelig og brugervenligt.

1.6 Rapportens opdeling

Rapporten er opdelt i syv kapitler. I kapitel 1 præsenteres baggrunden for nærværende rapport, afgrænsningen af arbejdet samt arbejdsgruppens anbefalinger i forhold til forenkling af regler og dokumentationskrav i ældreplejen.

I kapitel 2 præsenteres ældreområdet, herunder udviklingen i målgruppen og samspillet mellem de forskellige indsatser i ældreplejen. Ligeledes præsenteres Fælles Sprog III, som forventes at få stor betydning for arbejdet med dokumentation på ældreområdet.

Kapitel 3 omhandler pleje og omsorg efter serviceloven. I kapitlet beskrives nogle af de værktøjer, kommunerne kan bruge til arbejdstilrettelæggelse, samt at den valgte tilgang har betydning for hvad, og hvordan der dokumenteres. Derudover beskrives behovet for at videreformidle oplysninger mellem medarbejdere, der løser forskellige opgavetyper i ældreplejen.

Kapitel 4 omhandler sundhedsfaglig behandling i ældreplejen. I kapitlet præsenteres fire konkrete områder med forslag til ændring af lovgivning, eller forslag til klarhed om krav og praksis som er forenkende og vil kunne frigøre tid for medarbejderne. De fire områder er de 12 sygeplejefaglige

områder, utilsigtede hændelser, instrukser og pårørendes samtykke til sundhedsfaglig behandling af varigt inhabile.

Kapitel 5 omhandler tilsyn og har med udgangspunkt i rapportens afgrænsning fokus på tilsyn efter serviceloven og sundhedsloven. Det vil sige, at f.eks. arbejdstilsyn ikke indgår i dette kapitel.

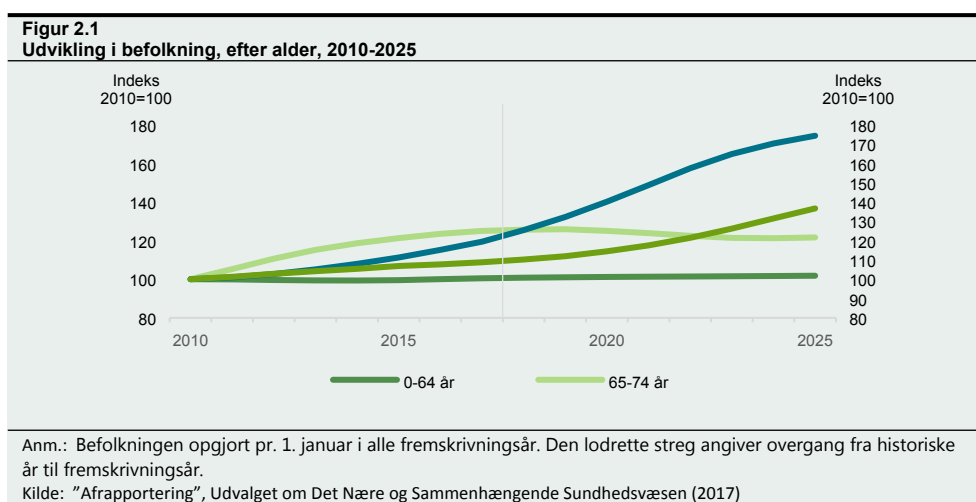
Kapitel 6 omhandler puljeadministration og har fokus på de dokumentationskrav, der er som følge af puljeansøgning, løbende puljeadministration og puljeafslutning. Samtidig behandles den kommunale revisions krav til dokumentation.

Kapitel 7 omhandler nye løsninger og lovgivning der er ved at blive udviklet til at håndtere, at en borgers ønsker til f.eks. behandlingstestamenter kan følge borgeren på tværs af sektorer, så borgeren ikke skal oplyse de samme oplysninger flere gange og medarbejderne ikke skal bruge tid på at indhente de samme oplysninger.

Kapitel 2 Baggrund

2.1 Et ældreområde i udvikling og forandring

Ældreområdet er i de kommende år kendetegnet ved forandringer, som stiller krav til udvikling på området. Som følge af den demografiske udvikling vil andelen af ældre borgere vokse de kommende år. Det gør sig især gældende for aldersgruppen 75-84 årige, men også aldersgruppen 85+ årige forventes at stige betragteligt, jf. figur 2.1.



Den demografiske udvikling betyder, at antallet af ældre borgere med behov for pleje og omsorg og sygepleje forventes at stige. Sygepleje udgør ofte en integreret del af ældreplejen til ældre borgere. Det giver en øget kompleksitet i plejeopgaven, som stiller krav til, at der i ældreplejen er de relevante kompetencer, og at arbejdstilrettelæggelsen afspejler, hvordan kompetencerne bedst muligt supplerer og understøtter hinanden.

For at hjælpe ældre borgere til et mere uafhængigt liv og højere livskvalitet har kommunerne de senere år omlagt ældreplejen fra at yde kompenserende hjælp til i højere grad at have fokus på forebyggelse og tidlig opsporing af sygdom og rehabilitering. Dette ikke mindst med indførelsen af bestemmelsen om rehabiliteringsforløb i servicelovens § 83a i 2015. Denne ændring i tilgangen er også med til at imødegå udfordringen fra demografien og den ændrede målgruppe.

Desuden udgør ældreplejen kommunernes største samlede udgift og set i lyset af den demografiske udvikling med stadig flere ældre, er der et naturligt fokus på at sikre rette styring med området, herunder at kunne følge, hvor meget hjælp den enkelte borger modtager og hvordan økonomien udvikler sig.

2.2 Samspillet mellem den social- og plejefaglige indsats og den sundsfaglige indsats

Den pleje, som medarbejderne i hjemmeplejen og på plejecentre giver, vil ofte omfatte både hjælp efter serviceloven og sygepleje efter sundhedsloven. Den enkelte borger i hjemmeplejen eller på

plejecentret vil således både kunne modtage personlig pleje efter serviceloven til for eksempel at komme ud af sengen, toilette og bad, og hjemmesygepleje til for eksempel medicindispensering og sårpleje. Medarbejdere i ældreplejen kan derfor under samme besøg udføre både plejeopgaver efter serviceloven og sundhedsfaglige opgaver efter sundhedsloven.

Borgerne i ældreplejen får således ofte indsatser efter serviceloven og sundhedsloven samtidigt eller i forlængelse af hinanden. De to lovgivninger stiller imidlertid forskellige krav til tilrettelæggelsen af indsatserne og til dokumentationen. Det er væsentligt for den kommunale administration og frontpersonalet at være bevidst om de forskellige krav, når dokumentationen organiseres og udføres.

Tilrettelæggelsen af den social- og plejefaglige indsats og den sundhedsfaglige indsats

Efter serviceloven foretager kommunalbestyrelsen en konkret og individuel vurdering af borgerens behov for hjælp og træffer en afgørelse med udgangspunkt i det lokalt fastsatte serviceniveau i kommunen. I praksis er det forvaltningen, der behandler og afgør sager om hjælp efter serviceloven.

Det er den enkelte kommune, som organiserer og tilrettelægger den social- og plejefaglige indsats efter serviceloven. Kommunalbestyrelsen fastsætter kommunens serviceniveau for hjælpen og tilrettelægger lokalt rammerne for og indholdet af hjælpen. Det fastsatte serviceniveau fremgår af kommunernes kvalitetsstandard. For de social- og plejefaglige indsatser efter serviceloven er det således forvaltningen, der træffer afgørelse om, hvilken hjælp borgeren har behov for. Plejepersonalet udfører derefter hjælpen inden for rammerne af afgørelsen.

For personlig og praktisk hjælp og madservice har borgere i eget hjem efter serviceloven frit valg af leverandør. Det betyder, at kommunalbestyrelsen i deres tilrettelæggelse af hjælpen er forpligtet til at skabe grundlag for, at borgere i eget hjem kan vælge mellem to eller flere leverandører af denne hjælp, hvoraf den ene leverandør kan være kommunal. Kommunalbestyrelsen skal for at opfylde forpligtelsen, som minimum indgå kontrakt med to eller flere leverandører eller tilbyde modtagerne et fritvalgsbevis, som giver borgeren adgang til selv at indgå en aftale med en cvr-registreret virksomhed om hjælpens udførelse. Det frie valg stiller forskellige administrative krav, f.eks. skal kommunerne ved indgåelse af kontrakt overholde almindelige forvaltningsretlige principper og f.eks. generelt sørge for, at alle leverandører behandles lige.

I kraft af kommunalbestyrelsens ansvar for at tilrettelægge arbejdet i hjemmesygeplejen er det i høj grad den enkelte kommune, der på baggrund af henvisningen til hjemmesygepleje konkret beslutter, på hvilket kompetenceniveau hjælpen skal gives, samtidig med at kommunalbestyrelsen skal sikre, at opgaverne løses inden for almindelig anerkendt faglig standard. De kommunale ydelser efter sundhedsloven tildeles hovedsageligt af en sundhedsperson, som giver behandlingen ud fra en sundhedsfaglig vurdering af behovet. Det er således hjemmesygeplejen som ud fra en sundhedsfaglig vurdering og i udgangspunktet på baggrund af en lægehenvielse, tildeler borgeren den sundhedsfaglige indsats, som borgeren har behov for.

De forskellige rammer for tilrettelæggelsen af de social- og plejefaglige indsatser og de sundhedsfaglige behandlinger betyder, at der gælder forskellige klagemuligheder for borgeren afhængigt af, om der er tale om en social- og plejefaglig indsats efter serviceloven eller en sundhedsfaglig behandling efter sundhedsloven. For den social- og plejefaglige indsats efter serviceloven er det afgørelsen, der kan klages over til Ankestyrelsen. For sundhedsfaglig behandling efter sundhedsloven kan der klages til Styrelsen for Patientsikkerhed over sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed, f.eks. den sundhedsfaglige behandling på et behandlingssted. Der kan endvidere klages til Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn over konkrete sundhedspersoners sundhedsfaglige virksomhed.

Dokumentation ved afgørelse om hjælp efter serviceloven

Ved afgørelser efter serviceloven vil sagsbehandlingen i praksis ligge hos den centrale myndighed i kommunen og ikke hos frontmedarbejderen, som udfører plejen og omsorgen hos den enkelte borger.

Den almindelige forvaltningsret indeholder både skrevne regler og uskrevne principper (retsgrundsætninger), der er fælles for den offentlige forvaltning, herunder kommunerne, når de behandler sager efter lovgivningen. De generelle forvaltningsretlige regler findes i forvaltningsloven, offentlighedsloven og persondataloven. På det sociale område supplerer reglerne i retssikkerhedsloven de generelle forvaltningsretlige regler.

Når kommunalbestyrelsen skal træffe afgørelse, skal den sikre sig, at de fornødne oplysninger til brug for at træffe afgørelse foreligger. Der gælder ikke særlige krav til, hvordan disse oplysninger dokumenteres, men efter offentlighedsloven gælder en notatpligt i forhold til oplysninger, man ikke allerede har som dokumenter på sagen, og som forventes at kunne have betydning for sagens afgørelse.

Efter serviceloven skal kommunen løbende sikre sig, at borgeren får den hjælp og støtte, som borgeren har behov for. Det betyder, at den enkelte medarbejder løbende skal påse, at hjælpen og støtten tilpasses udviklingen i borgerens funktionsevne og informere kommunen om ændringer i modtagernes behov for hjælp. Hvis borgerens behov for hjælp ændrer sig skal kommunen træffe en ny afgørelse om den hjælp, som borgeren har behov for efter serviceloven.

Behandling efter sundhedsloven, som udføres i kommunalt regi, sker derimod, som udgangspunkt ikke på baggrund af en forvaltningsretlig afgørelse. Der gælder dog særlige regler om journalføringspligt ved behandling inden for sundhedsloven, som beskrives nedenfor.

Krav til dokumentation ved udførelse af den sundhedsfaglige indsats (sundhedsloven)

Hjemmesygeplejens arbejde er omfattet af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter har som autoriserede sundhedspersoner journalføringspligt ved behandling af patienter, herunder ved sundhedsfaglig pleje. For andet personale, som ikke er autoriseret, er der i lovgivningen ikke fastsat regler, der pålægger en

pligt til at føre journal, medmindre en sådan pligt overtages ved udførelse af delegerede forbeholdte sundhedsfaglige opgaver, hvor personalet udpeges som det sygeplejefaglige personales medhjælpere.

Der skal således oprettes en sygeplejefaglig journal for hver patient. Journalen skal indeholde alle relevante oplysninger af betydning for observation, pleje og behandling af patienten, herunder visse stamoplysninger og oplysninger ved konkrete patientkontakter. Derudover skal det som minimum fremgå af journalføringen om den sygefaglige pleje og behandling, at der er taget stilling til, om patienten har potentielle og/eller aktuelle problemer inden for 12 sygeplejefaglige problemområder.

Der gælder således forskellige regler for dokumentation i forhold til den social- og plejefaglige indsats efter serviceloven og den sundhedsfaglige indsats efter sundhedsloven. Meget registrering og dokumentation er helt nødvendigt for at sikre sig, at borgeren får den rette indsats – ikke mindst på det sygeplejefaglige område.

Ledelsesopgaven i forhold til dokumentation

Som det fremgår af ovenstående er kravene til dokumentation af opgaver som følge af henholdsvis serviceloven og sundhedsloven forskellige som følge af opgavernes forskellige karakter. Det stiller store krav til ledelsens rolle i forhold til at synliggøre for medarbejdere, hvilke krav til dokumentation der følger af en given opgave.

Et stærkt ledelsesfokus kan understøtte, at medarbejderne har klarhed over dokumentationskravene til en given opgave. Ved et manglende fokus er der risiko for, at opgaverne ikke bliver dokumenteret korrekt. Ledelsen bør derfor sikre sig, at der sker en korrekt og meningsfuld dokumentation, så det er klart for medarbejderne, hvilke dokumentationskrav der gælder i forhold til en given opgave. Forskellen i kravene til dokumentation af de opgaver, som medarbejderne løser efter henholdsvis servicelov og sundhedslov tydeliggør endvidere behovet for et klart ledelsesfokus på, hvornår og hvorfor medarbejderne skal dokumentere.

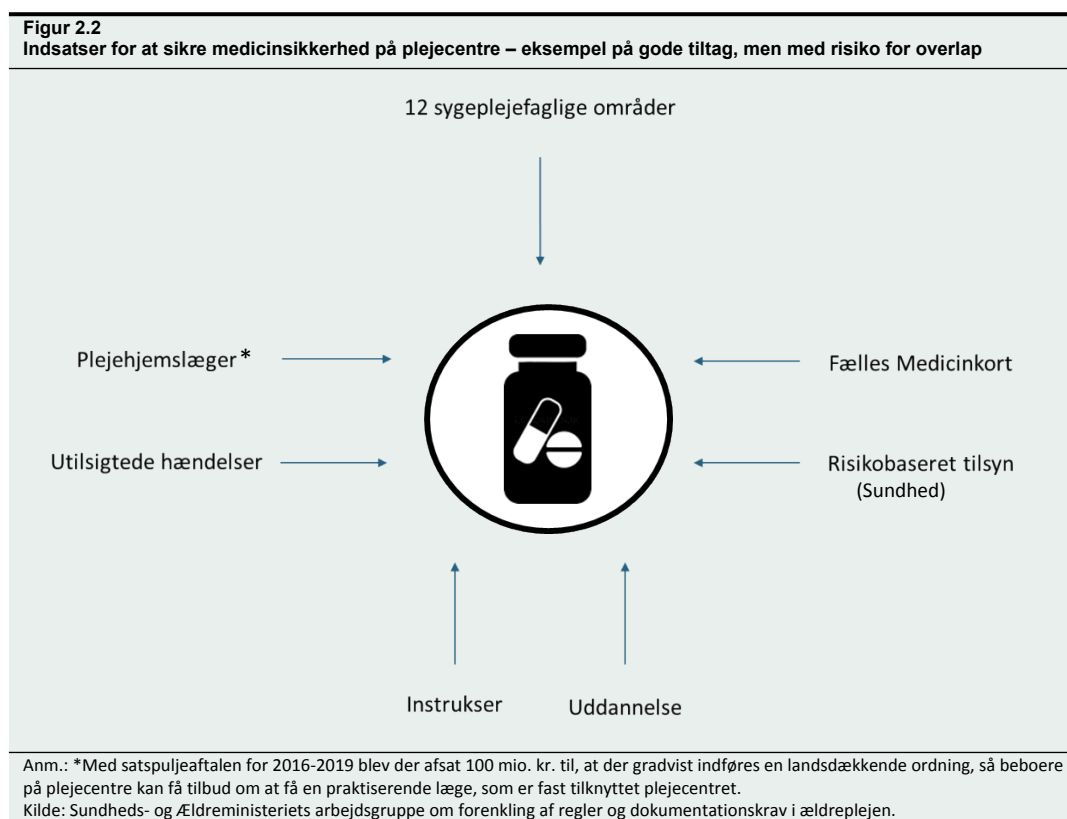
Der ligger også en vigtig ledelsesopgave i, at medarbejderne tydeligere kan se meningen med den konkrete dokumentation. Dette kan understøtte kvaliteten af dokumentationen, som kommer borgeren til gode, ligesom det kan hjælpe medarbejderen til bedre at forstå sine opgaver.

2.3. Samspillet mellem indsatserne

Der er i dag stort fokus på at sikre en så god pleje og omsorg som muligt. Det betyder også, at der bliver taget mange initiativer til at understøtte det samme formål. Som eksempel kan medicinområdet fremhæves. Sikker medicinering er helt centralt for borgerens velbefindende. Der er en lang række tiltag, som alle har til formål at sikre en korrekt håndtering af medicin, *jf. figur 2.2.*

De enkelte initiativer giver faglig god mening og har til formål at understøtte hjælpen til borgerne. Men summen af de mange tiltag kan dog have den konsekvens, at der sker overlap mellem initiativerne, der sikrer korrekt medicinhåndtering, og forstyrrer medarbejdernes fokus på opgavevaretagelsen. Det er

derfor også vigtigt løbende at være opmærksomme på, om formålet med et tiltag allerede er sikret ved et andet tiltag.



2.4 Fælles Sprog III

Kommunerne er ved at implementere en ny fælleskommunal metode for dokumentation og udveksling af data på social-og sundhedsområdet, Fælles Sprog III. Formålet med Fælles Sprog III er at styrke sammenhæng, kvalitet og effektivisering i den kommunale indsats rettet mod borgeren.

Fælles Sprog III er rettet mod det kommunale ældreområde, men dækker principielt alle +18-årige, der modtager hjælp, omsorg, pleje og behandling i henhold til servicelovens §83 (personlig og praktisk hjælp), §83a (rehabilitering), §84 (aflastning og afløsning) og §86 (træning), samt alle som modtager indsatser efter sundhedslovens §138 (hjemmesygepleje).

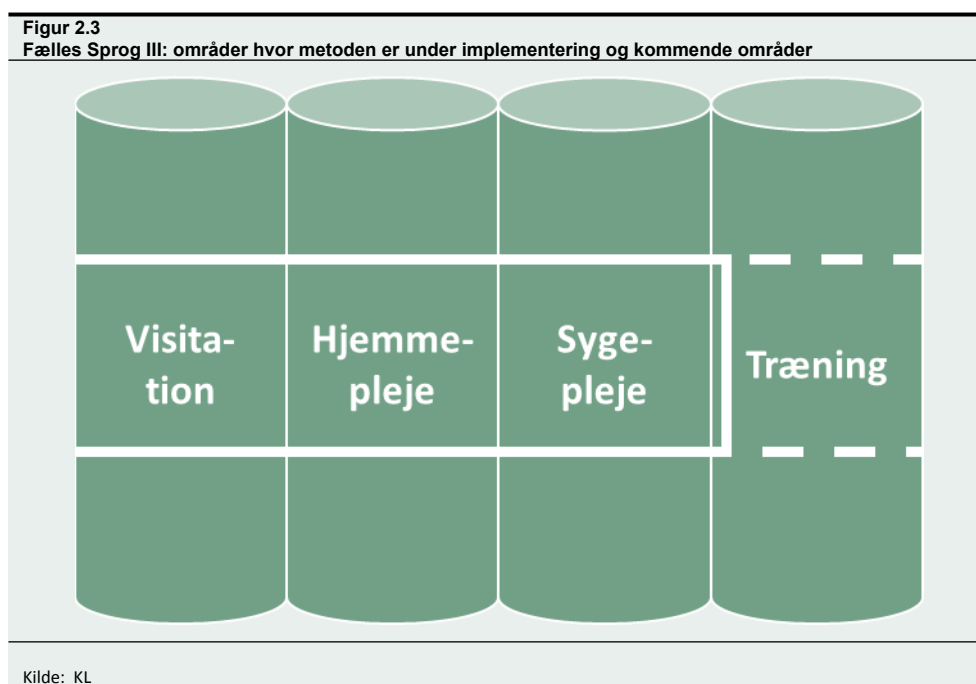
Første version af Fælles Sprog blev lanceret i 1998. Herefter kom Fælles Sprog II i 2003 – og seneste version Fælles Sprog III er netop ved at blive implementeret i kommunerne. De første to versioner af Fælles Sprog havde et afgrænset fokus på at sikre god sagsbehandling, borgerinddragelse og ensartethed i dokumentationen af udredninger og afgørelser i henhold til serviceloven. Fælles Sprog III går skridtet videre og medtager ikke blot myndighedsfunktionen i forhold til hjemmepleje, men også myndighedsfunktionen i forhold til sygeplejen. Det betyder, at Fælles Sprog ikke længere blot er en dokumentationsstandard, som primært er målrettet medarbejderne i visitationen, men også henvender sig til det udførende personale, som har en særlig dokumentationspligt i forhold til indsatser efter sundhedsloven. Når visitationen til såvel hjemmeplejen og træning i henhold til serviceloven som

hjemmesygeplejen i henhold til sundhedsloven er foretaget, vil det som noget nyt med FSIII være medarbejderne, som leverer indsatserne, som også opdaterer, genbruger og vedligeholder oplysningerne.

Alle kommuner vil anvende Fælles Sprog III ved udgangen af 2018

Fælles Sprog III skal være implementeret i alle kommuner ved udgangen af 2018. De første kommuner er gået i gang med at benytte dokumentationsmetoden, men der eksisterer på nuværende tidspunkt endnu ikke nok erfaringer fra praksis til at kunne beskrive, hvordan Fælles Sprog III bliver anvendt i kommunerne. De følgende afsnit vil derfor beskrive potentialerne i Fælles Sprog III metoden, men det er endnu for tidligt at vurdere, hvordan potentialerne vil blive omsat i praksis.

I den nuværende version af Fælles Sprog III indgår visitation, hjemmesygepleje og sygepleje, *jf. figur 2.3*. Det er forventningen, at der i 2018 bliver igangsat arbejde med at inkludere træning i Fælles Sprog III med henblik på at implementere dette i 2019.



Strukturerede og klassificerede data

Fælles Sprog III anvender som metode klassificerede data som dokumentation. Det betyder, at medarbejderne i ældreplejen ikke dokumenterer i fritekst, men vælger mellem en række på forhånd beskrevne kategorier. Eksempelvis vil den sygeplejefaglige udredning skulle foregå ud fra en prædefineret liste med de 12 sygeplejefaglige problemområder. Her udvælger medarbejderen så de kategorier, som er relevante for borgeren – også kaldet en tilstand i Fælles Sprog III. Til tilstanden kan herefter knyttes en række prædefinerede indsatser, som igangsættes på baggrund af udredningen. Det vil således være samme sprogbrug og begreber, som anvendes på tværs af medarbejderne.

Det er imidlertid ikke alle oplysninger, som egner sig til dokumentation ved hjælp af klassifikationer. Det gælder oplysninger, som typisk ikke kan klassificeres eller på anden måde struktureres. Disse oplysninger bør og vil fortsat i FSIII kunne formuleres ved brug af en kort fritekst.

Mindre risiko for dobbeltdokumentation

Klassificerede data er langt lettere at genfinde og genbruge end fritekst. Det er derfor forventningen, at medarbejderne med Fælles Sprog III vil skulle bruge mindre tid på at lede efter oplysninger i den eksisterende dokumentation og dermed mindskes risikoen for dobbeltdokumentation. I dag bliver der særligt på komplekse patienter dokumenteret meget løbende. Hos nogle patienter kan den løbende dokumentation blive til rigtig mange siders notater – og særligt i sådanne tilfælde er der stor risiko for at medarbejderne dokumentere samme oplysninger om borgeren, når data ikke på forhånd er klassificeret, men står i fritekst. Modsat praksis i dag lægger Fælles Sprog III metoden op til, at den løbende dokumentering sker ved, at medarbejderne forholder sig til eksisterende tilstande og handlingsanvisninger og selv opdaterer tilstandene og handlingsanvisningerne, hvis det er relevant. På den måde genbruges data hele tiden mellem medarbejderne og risikoen for at foretage dobbeltregistreringer mindskes.

Bedre sammenhæng

Foruden at forbedre og effektivisere den løbende dokumentation er forventningen også, at Fælles Sprog III vil kunne styrke sammenhængen på tværs af servicelovsområdet og sundhedslovsområdet. Medarbejderne på henholdsvis servicelovs- og sundhedslovsområdet får mulighed for bedre at kunne genbruge hinandens dokumentation. Eksempelvis vil der komme mulighed for, at visitationen på servicelovsområdet, inden for sundhedslovens regler om tavshedspligt, videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv. (sundhedslovens kapitel 9), kan se evt. sygeplejefaglige udredninger på borgeren, herunder hvilke sygeplejefaglige indsatser, som borgeren modtager – og kan tage højde for disse indsatser, når der visiteres til hjælp efter serviceloven. På den måde skabes der potentiale for at skabe en bedre sammenhæng i hjælpen til borgeren på tværs af servicelov og sundhedslov, herunder undgå at borgere kommer til at modtage dobbelttilbud, hvor indsatserne har samme formål, eller der igangsættes indsatser, som kan risikere at modvirke hinanden.

Kapitel 3 Pleje og omsorg

3.1 Dokumentation af oplysninger og arbejdstilrettelæggelse

3.1.1 Problemstilling

Det er kommunerne, som organiserer og tilrettelægger indsatser efter serviceloven. Hvordan en kommune vælger at tilrettelægge indsatserne, har betydning for hvad og hvordan der dokumenteres på servicelovsområdet. Kommunerne kan således selv gøre meget for løbende at være opmærksomme på, hvordan deres arbejdstilrettelæggelse og arbejdsgange påvirker dokumentationen forskellige steder i organisationen.

3.1.2 Gældende ret og praksis

Borgere i hjemmeplejen og på plejecentre kan modtage flere af servicelovens tilbud afhængig af den enkelte borgers behov og funktionsniveau. Hovedydelse efter serviceloven er personlig og praktisk hjælp og madservice efter servicelovens § 83, rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a og genoptræning og vedligeholdelsestræning efter servicelovens § 86.

Kommunerne skal ved indsatser efter serviceloven sondre mellem myndighedsopgaven og levering af indsatserne. Det er myndigheden, som vurderer borgernes behov og visiterer til hjælp, hvorefter hjælpen leveres af leverandørerne i kommunen. Leverandørerne kan ikke selv visitere borgerne til mere eller mindre hjælp, men skal kontakte visitationen, hvis borgernes behov ændrer sig.

Inden for denne ramme er det imidlertid forskelligt, hvordan kommunerne vælger at tilrettelægge samt administrere indsatserne. Hver tilgang har sine fordele og ulemper, som kommunerne må veje op mod hinanden i deres organisering af området. Hertil kommer, at kommunerne arbejder under forskellige vilkår, som eksempelvis geografiske afstande, og derfor kan løsningen i en kommune være uhensigtsmæssig i en anden.

Nedenfor beskrives hvordan Frederikssund Kommune har sat dokumentation på dagsordenen, som eksempler på hvordan man som kommune kan være opmærksom på, at arbejdstilrettelæggelse og arbejdsgange på ældreområdet påvirker omfanget af dokumentation forskellige steder i organisationen, *jf. boks 3.1*.

Boks 3.1

Frederikssund Kommune sætter dokumentation på dagsordenen

I 2014 iværksatte Frederikssund Kommune et strategisk fokus på dokumentation for at fremme god dokumentationspraksis blandt alle medarbejdere på sundheds- og ældreområdet.

Der er udarbejdet en strategi for den samlede dokumentation som findes i omsorgssystemet. Ved fokus på den samlede dokumentation i omsorgssystemet kan kommunen strømline processer, så dokumentationen har den fornødne kvalitet og omfang, som understøtter en god pleje og omsorg. Det sker ved en øget tydelighed for medarbejderne om, hvad der forventes i forhold til korrekt og meningsfuld dokumentation.

Målgruppen for strategien er både autoriserede og ikke-autoriserede sundhedspersoner. Formålet med strategien er at ensrette og skabe fælles sprog og sammenhængende arbejdsgange samt, ikke mindst, en rød tråd i omsorgsjournalen, ved blandt andet at lægge vægt på "de 3 G'er": Data skal kunne Genkendes, Genfindes og Genanvendes. Der er desuden defineret en grundlæggende arbejdsgang, som alle medarbejdere bidrager til at igangsætte og ajourføre.

Strategien og den gode dokumentationspraksis understøttes og implementeres gennem vedvarende og fokuseret kompetenceudvikling, både i de enkelte driftsenheder (plejehjem og hjemmeplejedistrikter) og ved sidemandsoplæring. Der er etableret en superbrugerstruktur i hele organisation, og alle superbrugere mødes jævnligt med en dedikeret dokumentationskonsulent for at drøfte særlige udfordringer i relation til dokumentation i omsorgsjournalen.

Arbejdet intensiveres yderligere, nu hvor kommunen dels står over for implementering af nyt omsorgsjournalssystem og Fælles Sprog III, dels arbejder på også at implementere god dokumentationspraksis på socialområdet.

Kilde: Frederikssund Kommune.

Pakker eller enkeltydelser

Der eksisterer i dag en forskellig visitationspraksis på tværs af kommunerne. Nogle kommuner visiterer til enkeltydelser, som f.eks. kan være hjælp til bad eller hjælp til påklædning mens andre kommuner har formuleret forskellige pakker, hvor der er større råderum for leverandøren til at justere indsatsen hos borgeren. En pakke kan eksempelvis bestå af et morgenbesøg, som kan indeholde hjælp til personlig hygiejne, at komme i tøjet og anretning og servering af morgenmad, eller bestå af et sent aftenbesøg, som eksempelvis kan omfatte personlig hygiejne, hjælp til afklædning og at komme i seng. Flere kommuner har valgt at supplere pakkerne med enkeltydelser i de tilfælde, hvor en borger alene har behov for hjælp til eksempelvis rengøring – og en samlet pakke dermed bliver for omfangsrig. Hertil kommer de enkeltydelser, som eksempelvis knytter sig til statslige puljer på ældreområdet, f.eks. klippekort.

Flere kommuner har fremhævet, at fordelene ved pakker er, at der bliver større faglig fleksibilitet for medarbejderne til at tilrettelægge indsatserne efter borgerens behov den pågældende dag. Det betyder, at der generelt bruges mindre tid på kontakt mellem leverandør og myndighed omkring den visiterede indsats. Til gengæld bliver det sværere for kommunerne løbende at følge indholdet af den konkrete hjælp borgeren modtager. Hvor stort et råderum pakkerne skaber hos leverandørerne afhænger selvfølgelig af pakkernes konkrete udformning. Hvis der benyttes mange, meget små pakker,

vil det faglige rum hos leverandørerne selvfølgelig ikke blive meget større, end hvis der visiteres til enkeltydelser.

Modsat pakker giver visitation i enkeltydelser en større gennemsigtighed med ældreområdet, idet det er nemmere at se en sammenhæng mellem indsats og effekten af indsatsen. Det kan f.eks. hjælpe i forhold til at gevinstrealisere investeringer i hjælpemidler eller velfærdsteknologiske løsninger. Desuden oplever nogle medarbejdere, at en mere præcis beskrivelse af indsatsen hos borgeren, hjælper dem til at vurdere, hvad der skal leveres. Hertil kommer, at en visitation i enkeltydelser skærmer medarbejderne for at tage en eventuel konflikt med borgeren om, hvilken indsats der skal leveres. Til gengæld er der mindre faglig fleksibilitet for medarbejderen, da opgaverne hos borgeren er defineret på forhånd.

Neden for et eksempel fra Københavns Kommune, hvor enkeltydelser er blevet udskiftet med besøgsblokke, *jf. boks 3.2*.

Boks 3.2 **Tillidsdagsordenen – Københavns Kommune**

I 2013 vedtog Københavns Borgerrepræsentation "**Kodeks for tillidsbaseret ledelse**", som danner grundlag for Københavns Kommunes arbejde med at erstatte kontrol og afrapportering med tillid og ansvar til den enkelte medarbejder. Samt give alle medarbejdere de bedste forudsætninger for at bruge deres **faglighed**.

I hjemmeplejen blev tillidsdagsordenen startskuddet til et opgør med "minuttyrani" og detaljerede enkeltydelsesbeskrivelser for hjælpen. Mange enkeltydelser er erstattet af få besøgsblokke, som repræsenterer en tidsmæssig ramme for henholdsvis praktisk støtte og personlig støtte.

Formålet med besøgsblokke er, at sætte fokus på kerneydelsen, øget rum til faglighed og bedre mulighed for fleksibilitet i indsatsen. Hvilket understøttes ved, at reducere unødige proceskrav og fjerne unødige kontrol og tidsregistrering.

For borgeren betyder besøgsblokke, højere grad af fleksibilitet og mulighed for indflydelse på indsatserne. For medarbejderne betyder besøgsblokke, øget indflydelse på eget arbejde og øget mulighed for fagligt råderum. Med besøgsblokke er det hjælperen og borgeren der i fællesskab aftaler og planlægger den konkrete hjælp, inden for den givne ramme.

Kilde: Københavns Kommune

Tilrettelæggelse af opgaver

Kørelister anvendes i hjemmeplejen til at tilrettelægge medarbejdernes opgaver. En køreliste fungerer henholdsvis som en arbejdsplan for den enkelte medarbejders vagt og et arbejdsredskab for koordinatorene, som planlægger hjemmeplejeenhedens samlede opgaver, herunder at det fornødne antal medarbejdere med de rette kompetencer er på vagt. Helt konkret består en køreliste af en række opgaver hos borgerne angivet med det estimerede tidsforbrug til opgaven, *jf. figur 3.3*.

Figur 3.3
Eksempel på køreliste

Plan for [Medarbejderens navn]

Tirsdag d. 21. november 2017 (uge 47)

07:00 - 13:00 Arbejdstid

07:05 - 07:20 Rapport: 80 tlf. Bil nr 23 og medicinnøgle

Vejtid: 00:05

07:25 - 07:37

Vejtid: 00:05

Navn på borger, der skal have besøg

Kompressionsbehandling - uddelegeret

00:10

Anlæggelse af dauerbind

Medicinadministration - uddelegeret

00:02

Øjendrypning med viskøse øjendråber

07:37 - 07:44

Vejtid: 00:00

Navn på borger, der skal have besøg

13.4 Medicinadministration

00:07

Udleverer dosispakket medicin.
Give laxoberal dr.

Besøg af Medarbejder kl. 3:41

Besøg af Medarbejder kl. 14:01

Besøg af Medarbejder kl. 16:15

Besøg af Medarbejder kl. 16:15

Besøg af Medarbejder kl. 19:02

Besøg af Medarbejder kl. 19:01

Besøg af Medarbejder kl. 19:07

Besøg af Medarbejder kl. 21:30

Besøg af Medarbejder kl. 21:31

Information om andre besøg, borgeren modtager samme dag

07:42 - 07:46

Vejtid: 00:05

Navn på borger, der skal have besøg

Medicinadministration - uddelegeret

00:02

Tag låg af Mucomyts, så [borger] selv kan komme brus tabl. i et glas vand

Medicinadministration - uddelegeret

00:02

Hjælp til inhalationsmedicin

Besøg af Medarbejder kl. 3:41

Besøg af Medarbejder kl. 14:01

Besøg af Medarbejder kl. 16:15

Besøg af Medarbejder kl. 16:15

Besøg af Medarbejder kl. 19:02

Besøg af Medarbejder kl. 19:01

Besøg af Medarbejder kl. 19:07

Besøg af Medarbejder kl. 21:30

Besøg af Medarbejder kl. 21:31

Information om andre besøg, borgeren modtager samme dag

07:51 - 08:26

Vejtid: 00:05

Navn på borger, der skal have besøg

3.1.3 Stor morgenpleje

00:30

Hjælp til personlig hygiejne og påklædning. Toiletbesøg.
Evt oprydning og sengeredning efter behov

Morgenpleje. Se plejeplan i borgerens bog i køkkenet.

4.4.2 Hjælp til morgenmad

00:05

Anretning af mad og drikke

Besøg af Medarbejder kl. 3:41

Besøg af Medarbejder kl. 14:01

Besøg af Medarbejder kl. 16:15

Besøg af Medarbejder kl. 16:15

Besøg af Medarbejder kl. 19:02

Besøg af Medarbejder kl. 19:01

Besøg af Medarbejder kl. 19:07

Besøg af Medarbejder kl. 21:30

Besøg af Medarbejder kl. 21:31

Information om andre besøg, borgeren modtager samme dag

skal have 8 dr. laxoberal dr. dagligt.

OBS: Hjælp [borger] med tænderne

Anm.: Medarbejdere og borgere er anonymiseret.

Kilde: KL

Både opgaver og tidsangivelse på kørelister er altid vejledende, da der i løbet af en vagt kan ske ændringer med de borgere, hvor der er planlagt besøg. Det er således ikke formålet, at kørelisten kan dokumentere, hvad tidsforbruget har været på en given opgave, jf. boks 3.4. Der er i praksis forskel på, hvor lang tid samme opgave tager hos forskellige borgere eller blot hos samme borger på forskellige dage. Hertil kommer, at en borgers tilstand kan ændre sig fra time til time og der kan opstå et akut behov for hjælp. I de situationer er det nødvendigt, at koordinatorene har et overblik over medarbejdernes opgaver og ved, hvilke medarbejdere de kan trække på, hvis en borgers tilstand ændrer sig, og der er behov for enten at sende særlige medarbejderkompetencer ud til borgeren eller dække pågældende medarbejders næste besøg på kørelisten med andre medarbejdere.

Boks 3.4

Understøttelse af komme-gå tider i EOJ systemer

Arbejdsgruppen har rettet henvendelse til de tre systemleverandører af journalsystemer til kommunerne KMD, Systematic og DXC (det tidligere CSC) for at høre, hvor mange kommuner som foretager en daglig registrering af komme-gå tider. Journalsystemerne indeholder et disponeringsmodul, der knytter medarbejdernes arbejdstider og borgernes opgaver sammen i særlige planlægningssystemer.

Alle tre leverandører oplyser, at ingen kommuner har efterspurgt moduler i disponeringssystemet til daglig registrering af komme/ gå tider. Det gælder også for de kommuner, der ved nye udbud i år har skrevet kontrakter med nye leverandører.

Det kan imidlertid ikke udelukkes, at nogle kommuner anvender andre systemer til at foretage daglig registrering af komme-gå tider. Arbejdsgruppen er eksempelvis bekendt med, at nogle kommuner, har inkorporeret registrering af komme-gå tider med brugen af nøglesystemer, hvor borgerens nøgle er placeret uden for huset i en boks. Boksen låses op ved hjælp af medarbejderens mobiltelefon og på den måde registreres det automatisk, hvem der har låst borgerens nøgleboks op og hvornår. Det er en sikkerhed for at kun kendte personer skaffer sig adgang til borgernes hjem.

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriets og KL's arbejdsgruppe om forenkling af regler og dokumentationskrav i ældreplejen

Ud over at være et arbejdsredskab benytter mange kommuner også kørelisterne som dokumentation for levering af indsatser efter serviceloven. Medarbejderne skal således ikke særskilt dokumentere, hvorvidt en indsats er blevet leveret, men udelukkende dokumentere hvis der er sket afvigelser fra den planlagte indsats. Det er imidlertid vigtigt her at være opmærksom på, at faglige observationer, der kræver opfølgning og handling, som eksempelvis værktøjer til tidlig opsporing, ikke kan dokumenteres på kørelisten, men kræver særskilt håndtering for at have effekt.

3.1.3 Anbefalinger

Det vil være forskelligt i forhold til den enkelte kommune, hvordan den optimale arbejdstilrettelæggelse er. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at kommunerne løbende drøfter, hvordan organisering og tilrettelæggelse af indsatsen i ældreplejen påvirker behovet for dokumentation. Arbejdsgruppen anbefaler desuden, at kommunerne bruger kørelisterne i hjemmeplejen som dokumentation for levering af indsatser efter serviceloven.

3.2 Samarbejde på tværs af opgaver og faggrupper

3.2.1. Problemstilling

Der er et stigende behov for samarbejde på tværs af opgaver og faggrupper både internt i hjemmeplejen og mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Det skyldes dels en ændring i målgruppen af ældre borgere som har behov for pleje og omsorg, som ofte vil modtage både indsatser efter serviceloven og sundhedsloven, dels kommunernes egen omlægning af hjemmeplejen fra at yde kompenserende hjælp til i højere grad at have et rehabiliterende sigte, samt indførelse af bestemmelsen om rehabiliteringsforløb i serviceloven. Det stiller nye krav til medarbejdernes dokumentationen i ældreplejen, da der i højere grad end tidligere er behov for at udveksle information om borgerne på tværs af medarbejdergrupper.

I forlængelse heraf har kommunerne sat fokus på forebyggelse og tidlig opsporing af begyndende sygdomstegn hos i forvejen svækkede borgere, som også stiller nye krav til medarbejderne om at arbejde mere systematisk med at observere og dokumentere ændringer i borgernes tilstand.

Udviklingen stiller i høj grad krav til kommunerne om, at der er fokus på at skabe de nødvendige og tidsbesparende løsninger på såvel IT-siden, som på at planlægge medarbejdernes møde- og koordinationsstid. Gode IT-løsninger kan være med til at understøtte medarbejdernes dokumentation og lette udvekslingen af oplysninger på tværs af medarbejdergrupper, således tidsforbruget forbundet med administrative arbejds gange minimeres.

3.2.2 Gældende ret og praksis

Der er mange måder, hvorpå kommunerne kan vælge at organisere samarbejdet mellem faggrupperne i ældreplejen. I praksis er der blevet udviklet en række værktøjer til at hjælpe medarbejderne med at strukturere samt organisere samarbejdet om borgeren mellem forskellige faggrupper.

Nedenfor ses et eksempel fra Frederiksberg Kommune, som i forbindelse med en ændring af organisering af ældreplejen har sat fokus på at sikre en fælles dokumentationskultur på tværs af faggrupper, *jf. boks 3.5*.

Boks 3.5

Styrket dokumentationspraksis i forbindelse med organisationstilpasning – Frederiksberg Kommune

Hjemmeplejen i Frederiksberg Kommune var i mange år delt i to selvstændige organisationer, hhv. Den Kommunale Hjemmehjælp og Hjemmesygeplejen.

At have adskilt hjemmesygeplejen og den kommunal hjemmehjælp i to mindre ledelsesområder gjorde det på mange måder enklere og gav en nemmere planlægning i den enkelte organisation – men havde også den konsekvens, at der ikke var den optimale sammenhæng og kontinuitet i den sygepleje og hjemmehjælp, som blev leveret til den enkelte borger. Planlægningen var en stor udfordring. Medarbejderne i de to organisationer boede hver for sig, og havde hver sine mødetider, arbejds gange og kulturer.

På den baggrund blev det ultimo 2015 besluttet at sammenlægge de to organisationer med én leder. Sammenlægningen blev gennemført i løbet af første halvår 2016. En fælles dokumentationspraksis indgik som en integreret del af at udvikle større kontinuitet og sammenhæng hos den enkelte borger, og der blev derfor etableret en fælles kvalitetsorganisation, hvis væsentligste opgave var at sikre en fælles dokumentationskultur, hvor man både kunne høste synergi og højere kvalitet ved det tætte tværfaglige samarbejde. Der dokumenteres typisk ikke mindre nu, men mere relevant og målrettet den enkelte borgers progression bl.a. ved hjælp af fælles handleplaner. En del af disse handleplaner er standardiserede, så medarbejderne bliver mindet om alle de relevante observationer og handlinger, som der skal udføres i forbindelse med en given problemstilling.

Kilde: Frederiksberg Kommune

Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre er et andet eksempel på, hvordan kommunerne har arbejdet med at styrke samarbejdet på tværs af faggrupperne i ældreplejen, så hverdagsobservationerne i hjemmeplejen formidles til hjemmesygeplejen på en mere systematisk måde og med fælles forståelse af det benyttede sprog.

Værktøjer til tidlig opsporing

Formålet med tidlig opsporing er tidligst muligt at sætte indsatser i gang for at undgå, at borgerens helbredstilstand forværres med risiko for tab af funktionsevne, indlæggelse eller i værste fald død. Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2013 på baggrund af handlingsplanen for den ældre medicinske patient fra 2011 "Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – sammenfatning af anbefalinger"¹. Udgivelsen vurderer, hvilke redskaber der bør anvendes i kommuner i den almindelige kontakt med den ældre medicinske patient til tidlig opsporing og systematisk identifikation af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring. Redskaberne er primært målrettet personalet i hjemmeplejen og i hjemmesygeplejen samt på plejecentre.

Værktøjerne til tidlig opsporing inddeler sig i værktøjer til registrering af hverdagsobservationer, som oftest anvendes af medarbejderne i hjemmeplejen, og værktøjer til kvalificering af hverdagsobservationer, som anvendes af flere medarbejdergrupper som f.eks. medarbejdere i

¹ Der pågår i 2017 en opsamling af kommunernes erfaringer med tidlig opsporing. Sundhedsstyrelsen vil på den baggrund udarbejde anbefalinger, som vil tage udgangspunkt i eksisterende redskaber til tidlig opsporing og omhandle arbejds gange og kompetencer.

hjemmesygeplejen og terapeuter. Som eksempel på et værktøj til registrering af hverdagsobservationer beskrives Ændringskemaet og triagemodellen nedenfor.

Ændringskemaet og triagemodellen

Ændringskemaet og triagemodellen er et samlet redskab, som er udarbejdet af en række nordsjællandske kommuner omkring Hillerød Hospital, jf. figur 3.6. Ændringskemaet indeholder oprindeligt fokusområderne "Psykisk og Socialt", "Hjemmet", "Hverdagsaktiviteter", "Spise og drikke" samt "Fysiske klager". Sundhedsstyrelsen har vurderet, at der som minimum bør foretages observationer inden for ovenstående fokusområder samt et nyt fokusområde "Medicinindtagelse". Formålet med Ændringskemaet er at observere, dokumentere og videregive selv små ændringer i borgerens habitualtilstand, da disse ændringer kan være tegn på begyndende sygdom eller faldende funktionsniveau.

Figur 3.6

Ændringskema: Observer og reager

Ændringskema Observer og reager				
Navn:	Cpr.nr.:			Dato:
Tema	Sæt kryds ved de svar, der passer bedst			Bemærkning
Psykisk og socialt				
Humør	Glad/positiv	Neutral	Trist/negativ	
Hukommelse	God	Svingende	Glemsom	
Social aktivitet	Aktiv	Lidt aktiv	Passiv	
Søvnproblemer	Sjældent	Af og til	Ofte	
Hjemmet				
Hvordan ser hjemmet ud	Meget ryddeligt	Ryddeligt	Mindre ryddeligt	
Hvad klarer borger selv	Blomster	Sengeredning	Affald	
	Opvask	Toilet/bad	Post	
Hverdagsaktiviteter				
Generelt initiativ fra borger	Meget	Lidt	Passiv	
Graden af hygiejne	Velsoigneret	Soigneret	Mindre soigneret	
Fysisk aktivitet	Meget aktiv	Aktiv	Passiv	
Fald	Aldrig	Af og til	Ofte	Obs! Altid tilbagemelding ved fald
Spise og drikke				
Appetit	God		Skal opfordres	
Tørst	God		Skal opfordres	
Vægt	Holder vægten		Tøj hænger	
Fysiske klager				

Afføringsmønster	Ingen problemer	Af og til forstoppelse	Klager	
Vandladning	Kontinent		Inkontinent	
Vejrtrækning	Normal	Åndenød, bevægelse	Åndenød, hvile	
Hoste	Aldrig	Af og til	Ofte	
Træthed	Aldrig	Af og til	Ofte	
Smerte	Aldrig	Af og til	Ofte	
Svimmel	Aldrig	Af og til	Ofte	

Kilde: Sundhedsstyrelsen, "Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter - Værktøjer til hverdagsobservationer" (2013)

Triagering er en metode, der bidrager til systematisk opfølgning på de observationer, som social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter har foretaget med f.eks. Ændringsskemaet. Ved triagering opnås et overblik over borgerens aktuelle helbredstilstand og funktionsniveau. Det giver mulighed for i særlig grad at prioritere borgere, der er i risiko for indlæggelse eller forværring af enten eksisterende sygdom, udvikling af ny sygdom eller tab af funktionsevne, og derved sætte ind med en rettidig indsats. Ved triagering tildeles borgerne en af farverne grøn, gul eller rød afhængig af deres aktuelle helbredstilstand og funktionsniveau. Herudfra træffes beslutning om hvilke handlinger triageringen giver anledning til.

Som en del af Sundhedsstyrelsens anbefalinger om værktøjer til tidlig opsporing, jf. "*Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring - sammenfatning af anbefalinger*" (2013), anbefaler Sundhedsstyrelsen, at Ændringsskemaet anvendes af social- og sundhedshjælpere i forhold til observation og systematisk dokumentation af borgerens helbredstilstand og funktionsevne samt ændringer i denne. Ligeledes anbefaler Sundhedsstyrelsen at triagering anvendes som metode i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen samt på plejecentre i forhold til at prioritere de borgere, der har størst behov for øget opmærksomhed og pleje.

3.2.3 Anbefalinger

Det er arbejdsgruppens vurdering, at behovet for at videreformidle oplysninger mellem medarbejdere, der løser forskellige opgavetyper i ældreplejen, vil vokse i de kommende år. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at kommunerne løbende har fokus på, hvordan IT-understøttelsen kan være med til at lette arbejdet i forbindelse med at overlevere oplysninger mellem medarbejdere. Kommunerne skal i den forbindelse have fokus på, hvordan der kan etableres systematiske arbejdsgange for, hvordan oplysninger skal registreres samt videreformidles til den relevante faggruppe.

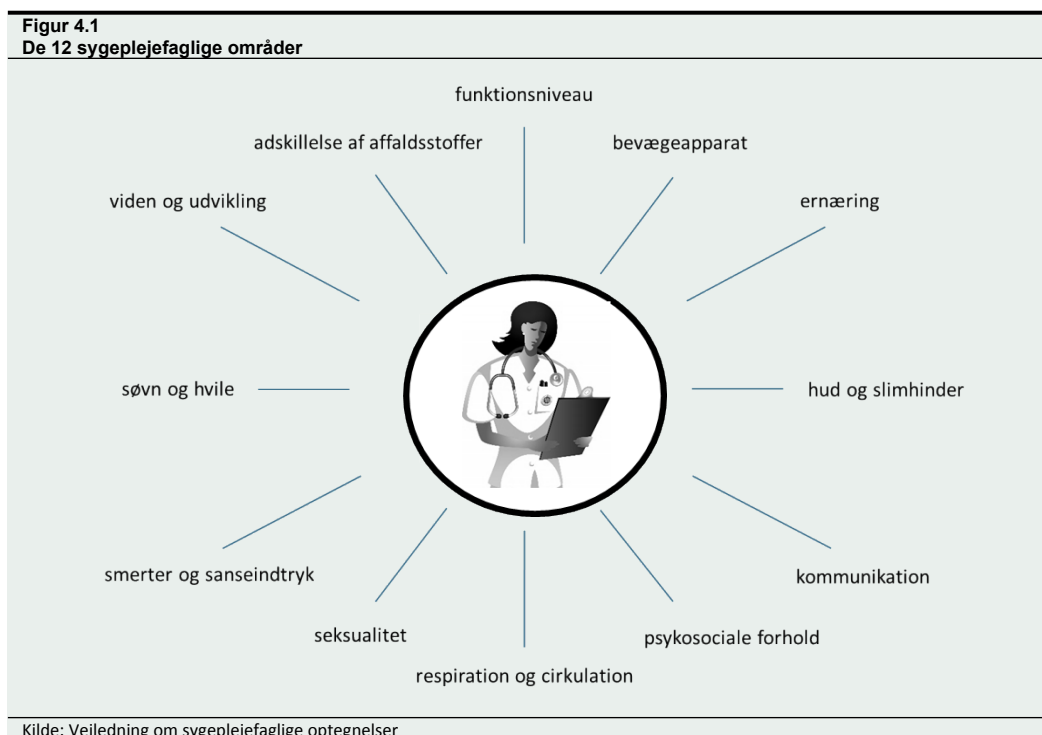
Kapitel 4 Sundhedsfaglig behandling

4.1 De 12 sygeplejefaglige områder

4.1.1 Problembeskrivelse

Ældre borgere med sundhedsfaglige problemer skal sikres den rette pleje og behandling. I ældreplejen har borgerne ofte flere kroniske lidelser, brug af mange medikamenter på samme tid og problemer inden for flere sygeplejefaglige problemområder.

For at den rigtige pleje og behandlingsindsats kan planlægges, skal der foretages en helhedsvurdering af den enkelte borgers pleje- og behandlingsbehov. Det sker på grundlag af en samlet vurdering, som foretages på baggrund af de kendte sygdomme, som borgeren har, og en sygeplejefaglig vurdering af borgerens tilstand inden for 12 specifikke problemområder, *jf. figur 4.1*. Ud fra denne samlede vurdering lægges plan for de relevante sygeplejefaglige handlinger, som skal foretages i forhold til den enkelte borger, og for de relevante mål for pleje- og behandlingsindsatsen (f.eks. vægtøgning).



I vejledning om sygeplejefaglige optegnelser er der opstillet krav til dokumentationen af vurderingerne af den enkeltes sygeplejefaglige problemområder. Kravene har til formål at sikre, at der foretages den nødvendige vurdering af borgeren. Det opleves imidlertid uklart, hvornår der kan udelades systematisk vurdering af alle 12 sygeplejefaglige områder. I forlængelse heraf bruges der i nogle tilfælde tid på at

dokumentere gennemgang af alle 12 sygeplejefaglige områder, også når ikke alle 12 områder er relevante i den konkrete situation.

Samtidigt kan usikkerhed om de konkrete krav til dokumentationen for vurderingerne af de 12 sygeplejefaglige områder også føre til, at der dokumenteres grundigere, end der er behov for, så behandlingsstedet er sikre på at leve op til det regelsæt, der bliver lagt vægt på ved et tilsyn.

4.1.2 Gældende ret og praksis

Journalføringspligt

I forhold til sundhedsfaglig pleje er det et grundlæggende princip, at der skal foretages en sygeplejefaglig vurdering af borgerens samlede tilstand. En sådan vurdering danner grundlag for, at der kan lægges en plan for, at der handles relevant på områder, hvor der er behov for en plejemæssig indsats eller handleplan, f.eks. i forhold til ernæring.

Alle autoriserede sundhedspersoner har pligt til at føre patientjournal, når de foretager behandling af en patient. Regler herom er fastsat ved bekendtgørelse nr. 1090 af 28. juli 2016 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføringsbekendtgørelsen). Ved behandling forstås bl.a. undersøgelse, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient, *jf. journalføringsbekendtgørelsens § 1.*

Journalen skal af hensyn til patientsikkerheden danne grundlag for behandling af patienten, dokumentere den udførte behandling og fungere som det nødvendige interne kommunikationsmiddel mellem det personale, der deltager i behandlingen af patienten. Journalføring er dermed væsentlig for at sikre kontinuitet i behandlingen og giver desuden mulighed for, at patienten kan følge egen behandling. Journalen fungerer derudover som dokumentation i forbindelse med tilsyn samt klage- og erstatningssager.

Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er som autoriserede faggrupper omfattet af journalføringspligten. I vejledning nr. 9019 af 15. januar 2013² er journalføringspligten for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter uddybet med hensyn til journalføring af sygeplejefaglig pleje og behandling. Vejledningen opstiller samtidig mindstekrav til ikke-autoriseret plejepersonales journalføring. Korrekt og forsvarlig sygeplejefaglig pleje og behandling forudsætter således efter tilsynspraksis, at der føres sygeplejefaglige optegnelser.

² Vejledningen afløste en tidligere vejledning fra 2005, hvoraf pligten for uautoriseret plejepersonale til at føre optegnelser tilsvarende var beskrevet.

Hvem har ansvaret for at føre journal?

Pligten til at føre journal påhviler i almindelighed det personale, som udfører opgaven. Personalet skal også journalføre behandling, f.eks. medicinadministration, som de udfører efter delegation fra en læge (som lægens medhjælp).

På plejehjem, botilbud og lignende m.v. har ledelsen ansvaret for at sikre, at behandling på stedet, som udføres som medhjælp for autoriserede sundhedspersoner, bliver journalført, *jf. journalføringsbekendtgørelsens § 5, stk. 3.*

Omfanget af journalføring

Journalen skal indeholde alle relevante oplysninger af betydning for observation, pleje og behandling af patienten, herunder patientens stamoplysninger. Det følger af vejledningen, at det som minimum skal fremgå, at der er taget stilling til, om patienten har potentielle og/eller aktuelle problemer inden for følgende 12 sygeplejefaglige problemområder, *jf. nærmere herom i vejledningens pkt. 6.2.2.*

- Funktionsniveau
- Bevægeapparat
- Ernæring
- Hud og slimhinder
- Kommunikation
- Psykosociale forhold
- Respiration og cirkulation
- Seksualitet
- Smerter og sanseindtryk
- Søvn og hvile
- Viden og udvikling
- Udskillelse af affaldsstoffer

Ifølge vejledningen skal det også fremgå af journalen, hvis et eller flere problemområder ikke er aktuelle for den enkelte patient. Det kan ske med en meget kort angivelse i patientjournalen, så længe det blot tydeligt fremgår, at der er sket en vurdering af problemområderne.

Aktuelle problemområder skal ifølge vejledningen nærmere beskrives i relevant omfang med hensyn til de identificerede og bedømte behov og problemer, planlægning, udført pleje og behandling og opnåede resultater.

Baggrunden for vejledningens opstilling af de 12 sygeplejefaglige problemområder har været at sikre, at der bliver foretaget en vurdering af, om der er aktuelle eller potentielle problemer og dermed behovet for iværksættelse af relevant pleje og behandling.

Det er praksis, at den enkelte lokale sygeplejefaglige ledelse bør opstille nærmere instrukser for, i hvilket omfang det er nødvendigt at journalføre den sygeplejefaglige virksomhed. Styrelsen for Patientsikkerhed har således i målepunkter for tilsyn med hjemmepleje/hjemmesygepleje/plejehjem for 2017 bl.a. stillet krav om, at der foreligger en instruks for sundhedsfaglig dokumentation.

Tidspunkt for journalføring

Journalføringen skal ifølge vejledningen foregå løbende og i umiddelbar tilknytning til planlægningen og udførelsen af den sygefaglige pleje og behandling af patienten. Dato og om nødvendigt klokkeslæt for notatet skal anføres, jf. vejledningens pkt. 7.

Det fremgår ikke udtrykkeligt af vejledningen, hvornår der skal ske dokumentation i forhold til de 12 sygeplejefaglige problemområder, eller med hvilken hyppighed dokumentationen herfor skal opdateres.

Styrelsen for Patientsikkerheds praksis

Det er Styrelsen for Patientsikkerheds praksis i forbindelse med styrelsens tilsynsvirksomhed at vurdere dokumentationen i lyset af karakteren af den patientkontakt, der i det konkrete tilfælde er tale om.

Såfremt der ved den indledende kontakt er oplysninger om en eller flere kroniske lidelser, og der umiddelbart bliver observeret aktuelle eller potentielle problemer og behov for intervention inden for et eller flere af de sygeplejefaglige områder, vil der være behov for en systematisk dokumentation for vurdering af samtlige sygeplejefaglige problemområder i form af en nærmere beskrivelse af de enkelte problemområder med henblik på at sikre tilbud om pleje og behandling.

Komplekse sundhedsfaglige problemer

For ældre borgere/patienter med mange komplekse sundhedsfaglige problemer skal det i almindelighed dokumenteres, at der er taget stilling til samtlige 12 sygeplejefaglige problemområder i form af en nærmere beskrivelse af de enkelte problemområder.

Det gælder i almindelighed f.eks. ved indskrivning af en borger på plejecenter, idet borgere, der visiteres til plejecenter i almindelighed har mange komplekse sundhedsfaglige problemer, og typisk ikke er selvhjulpne eller kun kan varetage egenomsorg i meget begrænset omfang.

Det er ikke forudsat, at dokumentation for (re-)vurdering af de 12 sygeplejefaglige områder skal ske ved hver patientkontakt, men ved væsentlige ændringer i patientens tilstand. Ved sygeplejefaglig behandling efter indskrivning på et plejecenter, hvor der er taget stilling til alle områder, kan der eksempelvis godt være nogle områder, der vurderes som ikke-relevante/aktuelle.

Væsentlige ændringer i patientens tilstand

Ved væsentlige ændringer i patientens tilstand, skal der foretages en ny vurdering med dokumentation herfor. Det beror på en konkret faglig vurdering, om en given ændring i patientens tilstand må anses for en væsentlig ændring, der kræver en fornyet dokumentation. Ændringer, som giver anledning til, at sygeplejefaglige problemområder, som hidtil ikke er vurderet relevante i forhold til den enkelte, nu må anses for relevante at følge, skal journalføres. Det kunne f.eks. være, hvis borgeren er blevet diagnosticeret med diabetes (med deraf følgende ændrede behov i forhold til f.eks. patientens ernæring) eller har gennemgået en hofteoperation (med deraf følgende ændrede behov i forhold til f.eks. funktionsniveau og smerteproblematikker).

Ved væsentlige ændringer i patientens tilstand skal der således foretages (re-)vurdering af den sygeplejefaglige betydning heraf, så det sikres, at vurderingen af de 12 sygeplejefaglige områder er opdateret. Hvis ændringen alene berører visse af områderne, er det efter tilsynspraksis tilstrækkeligt, at vurderingen af disse områder beskrives nærmere i journalen.

Undladelse af systematisk dokumentation med beskrivelse af samtlige sygeplejefaglige områder - enkel og velafgrænset sygeplejefaglig handling

Der kan undlades systematisk dokumentation med beskrivelse af samtlige sygeplejefaglige områder, såfremt anledningen til den indledende kontakt indebærer en enkel og velafgrænset sygeplejefaglig handling, og der ikke er oplysninger om flere kroniske lidelser og umiddelbart ikke observeres aktuelle eller potentielle problemer og behov for intervention inden for et eller flere sygeplejefaglige problemområder.

Et sådan afgrænset sygeplejefagligt behov kan for eksempel gøre sig gældende i hjemmesygeplejen, hjemmeplejen eller på akutfunktioner. Her er det således tilstrækkeligt kun at beskrive det område, som er relevant for den enkle og velafgrænsede sygeplejefaglige handling.

Vurderingen af, at der ikke er aktuelle eller potentielle problemer, der kræver sygeplejefaglig intervention, skal journalføres. Det vil eksempelvis kunne ske ved et minus i en fortrykt rubrik – ligesom eventuel relevant observation og vejledning i forbindelse med den aktuelle pleje og behandling skal være journalført. Efter tilsynspraksis er det også tilstrækkeligt at anføre i journalen, at et eller flere sygeplejefaglige områder er vurderet "ikke-relevant" eller "ikke-aktuelt". Hvis der kan være tvivl om, hvorvidt der er foretaget en vurdering af, om punktet er relevant kan det fremgå af den lokale instruks, at denne angivelse er udtryk for, at der er foretaget en vurdering af problemområdet, men at der ikke er fundet behov for sygeplejefaglig intervention på det pågældende område.

Eksempel på en enkel og velafgrænset sygeplejefaglig handling kan f.eks. være øjendrypning, ukompliceret injektionsbehandling eller ukompliceret sårbehandling.

4.1.3 Anbefalinger

Arbejdsgruppen vurderer, at det er afgørende, at sygeplejefaglige problemer vurderes og dokumenteres i relevant omfang, det vil sige i det omfang, det har betydning for patientens pleje og behandling.

På den anden side er det ikke hensigtsmæssigt at bruge tid på dokumentation i forhold til områder inden for de 12 sygeplejefaglige områder, som ikke er relevante i forhold til den enkelte borger.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der i vejledning om sygeplejefaglige optegnelser gøres klart, hvornår der kan undlades dokumentation af samtlige sygeplejefaglige områder, og at (re-)vurdering af de 12 sygeplejefaglige områder ikke skal ske ved enhver patientkontakt, men f.eks. ved indskrivning af patient på et plejecenter og ved væsentlige ændringer i patientens tilstand.

Arbejdsgruppen anbefaler samtidigt, at hvis en eller flere problemområder ikke er aktuelle/relevante for den enkelte borger, bør dokumentationen af dette ske så smidigt som muligt, herunder ved understøttende brug af IT-systemer, hvor der f.eks. kan klikkes på et billede eller en tekst, at dette ikke er aktuelt/relevant.

I forhold til det sundhedsfaglige tilsyn henvises til afsnit 5.2.

4.2 Utilsigtede hændelser

4.2.1 Problembeskrivelse

I ældreplejen bruger medarbejdere megen tid på indberetning af utilsigtede hændelser. Der er imidlertid flere utilsigtede hændelser, hvor der ingen skade er sket, men som udelukkende er et udtryk for, at der med handlingen potentielt kunne være opstået en skade, eller der kun er sket en mild skade. Ved at smidiggøre rapporteringsformatet for disse typer af hændelser, kan der potentielt frigøres tid til plejepersonalet.

4.2.2 Gældende ret og praksis

Rapportering af utilsigtede hændelser er en del af arbejdet med patientsikkerhed og har til formål at sikre læring om, hvordan utilsigtede hændelser kan imødegås. Reglerne om utilsigtede hændelser fremgår af sundhedslovens § 198-202, hvoraf følger en forpligtelse til at rapportere utilsigtede hændelser. Hver enkelt utilsigtede hændelse skal rapporteres elektronisk til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) af den medarbejder, der har lavet eller opdaget den utilsigtede hændelse. I Dansk Patientsikkerhedsdatabase bliver de utilsigtede hændelser kategoriseret i 19

forskellige kategorier, f.eks. infektioner og behandling og pleje. Den enkelte utilsigtede hændelse vurderes på en fempunktsskala der går fra ingen skade til dødelig udgang, *jf. boks 4.2*.

Formålet med at rapportere utilsigtede hændelser er at skabe systematisk opmærksomhed og læring om de fejl, der kan undgås og derved forebygge, at de sker igen.

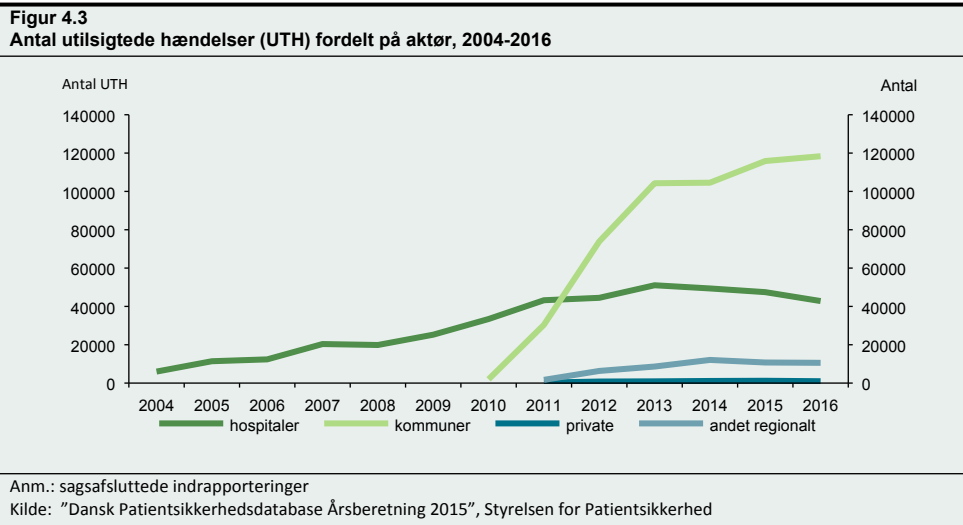
Boks 4.2

Definitionerne bag alvorlighedsklassifikationen af utilsigtede hændelser

Alvorlighed	Skade
Ingen skade	Ingen skade
Mild	Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats
Moderat	Forbigående skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling
Alvorlig	Permanente skader, som kræver indlæggelse, behandling hos praktiserende læge, øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling, eller andre skader som kræver akut livreddende behandling
Dødelig	Dødelig udgang

Kilde: "Dansk Patientsikkerhedsdatabase Årsberetning 2015", Styrelsen for Patientsikkerhed

Siden 2004 har sundhedspersoner på offentlige sygehuse haft pligt til at rapportere utilsigtede hændelser, og ordningen blev i 2010 udvidet til også at omfatte kommunerne og den regionale primærsektor. Hele sundhedsvæsenet rapporterer i alt ca. 180.000 utilsigtede hændelser om året, hvoraf kommunerne rapporterer i alt knapt 120.000, *jf. figur 4.3*.



Det skal bemærkes, at antallet af rapporterede utilsigtede hændelser for f.eks. et plejecenter ikke nødvendigvis er udtryk for, hvorvidt der er få eller mange utilsigtede hændelser på plejecenteret. Rapporteringen dækker også over registreringspraksis. Således kan et højt antal utilsigtede hændelser være udtryk for, at der er stort fokus på arbejdet med kvalitet og læring, mens et lavt antal utilsigtede hændelser kan være udtryk for et mindre fokus på kvalitet og læring.

Samlerapportering: en lettere måde at rapportere utilsigtede hændelser på

Samlerapportering er en ny og enklere måde at rapportere utilsigtede hændelser på. I stedet for elektronisk indberetning af hver enkelt utilsigtede hændelse skal de i stedet registreres på et papirskema, hvor der udfyldes færre oplysninger for hver hændelse. En gang månedligt indberettes papirskemaerne samlet til Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

I efteråret 2016 igangsatte Styrelsen for Patientsikkerhed pilotprojektet "Samlerapportering." Her skulle ti kommuner i en periode på seks måneder registrere udvalgte utilsigtede hændelser på papirskema og rapportere antallet af hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) samlet én gang om måneden. De udvalgte utilsigtede hændelser er "medicin ikke givet" og "fald," hvor alvorligheden for patienten/borgeren er mild, eller hvor der ingen skade er sket. Disse hændelser udgør ca. 60.000 årlige tilfælde svarende til knap halvdelen af de utilsigtede hændelser i kommunerne.

Konkret har medarbejderne i stedet for elektronisk indrapportering udfyldt et papirskema med nogle få oplysninger for hver hændelse, jf. figur 4.4. Papirskemaerne har været placeret et centralt sted, så medarbejderne let har kunnet udfylde skemaerne og samtidigt se og handle på de utilsigtede hændelser. Dermed er der skabt synlighed og åbenhed i forhold til at lære af og handle på utilsigtede hændelser, ligesom der kommer fokus på at huske at registrere utilsigtede hændelser.

Figur 4.4

Samlerapporteringsskema for fald og medicin der ikke blev givet

STYRELSEN FOR PATIENTSIKKERHED **Stednavn:** _____

Registrering af UTH - "Fald"

I skemaet registreres fald der kan indrapporteres under:
 Døgn akutte = Der er lavet et møde på patient/borger efterfølgende.
 Nødt akutte = Læstere fortløbende akutte, som ikke kræver øget behandling eller øget påsynskontrol.
 Alle andre fald skal rapporteres via www.dpsd.dk

Måned: _____ År: _____

Skema nummer (hvis der er flere skemaer i samme måned): _____ / _____

Nr.	Navn på borger/patient	Dato og tidspunkt for faldet	Omstændighed: Sæt ét X kryds per hændelse			Bemærkninger
			Fysiske forhold (matte, gulv o. lign)	Patientens fysiske formåen	Andet	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
Samlet antal:						

Antallet i de markerede blå felter gøres op på månedsbasis og rapporteres i DPSD senest den 15. i den efterfølgende måned.

Forebyggende tiltag = hvordan virkede det?

STYRELSEN FOR PATIENTSIKKERHED **Stednavn:** _____

Registrering af UTH - "Medicin ikke givet"

I skemaet registreres fald der kan indrapporteres under:
 Døgn akutte = Der er lavet et møde på patient/borger efterfølgende.
 Nødt akutte = Læstere fortløbende akutte, som ikke kræver øget behandling eller øget påsynskontrol.
 Alle andre fald skal rapporteres via www.dpsd.dk

Måned: _____ År: _____

Skema nummer (hvis der er flere skemaer i samme måned): _____ / _____

Nr.	Navn på borger/patient	Dato og tidspunkt for medicin ikke givet	Omstændighed: Sæt ét X kryds per hændelse			Bemærkninger
			Fast medicin	Såddose-ning (dråber, salver, endoriska o. lign)	Fast medicin og såddose-ning	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
Samlet antal:						

Antallet i de markerede grønne felter gøres op på månedsbasis og rapporteres i DPSD senest den 15. i den efterfølgende måned.

Forebyggende tiltag = hvordan virkede det?

Kilde: Styrelsen for Patientsikkerhed

Pilotprojektets evaluering har for det første vist, at de kommunale medarbejdere oplevede, at det var blevet meget enklere at rapportere utilsigtede hændelser. For det andet viste evalueringen, at synligheden og de tidstro registreringer medførte, at der opstod et fællesskab på arbejdspladsen om sammen at forbedre patientsikkerheden, og at metoden inddrog medarbejdere på tværs af faggrupper og ud til det sidste medarbejderled som f.eks. vikarer og nattevagter. Dermed har projektet givet positive erfaringer både i forhold til at forenkle dokumentationskravene samt i forhold til at sætte fokus på kvaliteten af plejen og omsorgen. I evalueringsrapporten fremgår det også, at KL har udtrykt ønske om, at indberetningerne fra samlerapportering på sigt kan gøres digitale. Evalueringsrapporten kan ses på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside (www.stps.dk).

4.2.3 Anbefalinger

Arbejdsgruppen vurderer, at samlerapporteringsskemaet bl.a. kan bidrage til en mere smidig og enkel dokumentation af utilsigtede hændelser. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at Sundheds- og

Ældreministeriet, Styrelsen for Patientsikkerhed og KL afklarer nærmere om og hvordan, der kan ske en national implementering af samlerapportering.

4.3 Instrukser

4.3.1 Problembeskrivelse

Instrukser anses som et væsentligt arbejdsredskab til at understøtte patientsikkerheden ved behandling. I behandlingen af den enkelte patient indgår der ofte mange forskellige sundhedspersoner med forskellig faglighed og erfaring. Veletablerede rutiner, som beskrives i instrukser, kan derfor være et vigtigt element til sikring af, at personalet har kendskab til, hvordan de skal agere med hensyn til centrale opgaveområder.

Fravær af sundhedsfaglige instrukser eller personalets manglende kendskab og efterlevelse af instrukser kan således udgøre en betydelig risiko for patientsikkerheden.

Arbejdet med udarbejdelse af instrukser kan imidlertid være tidskrævende, ligesom det i nogle tilfælde kan være uklart for det enkelte behandlingssted, herunder plejecentre og hjemmeplejeenheder, hvilke krav der gælder om udfærdigelsen af instrukser. Centralt udarbejdede instrukser, som efterfølgende kan tilpasses de lokale forhold, kan potentielt frigøre tid til personalet.

4.3.2 Gældende ret og praksis

Sundhedslovgivningen indeholder en række regler, hvori der stilles udtrykkelige krav om udarbejdelse af instrukser. Af særlig relevans for ældreområdet gælder det bl.a. af følgende regler:

- Bekendtgørelse og vejledning om autoriserede sundhedspersoners anvendelse af medhjælp (delegation af forbeholdt virksomhed), *jf. bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 og vejledning nr. 11 af 11. december 2009.*
- Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, *jf. vejledning nr. 9808 af 13. december 2013.*
- Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, *jf. vejledning nr. 9079 af 12. februar 2015.*
- Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling, uden for sygehuse, *jf. vejledning nr. 9025 af 17. januar 2014.*

Krav til udarbejdelse af instrukser

I vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser er der opstillet en række krav, der stilles til udformningen og indholdet af instrukser.

Vejledningen retter sig efter sin ordlyd til landets sygehuse m.v. De grundlæggende principper og formkrav til instrukser er dog efter tilsynspraksis grundlæggende, og gælder således også for udfærdigelsen af instrukser i bl.a. hjemmesygeplejen.

Til udfærdigelse af instrukser kan der således stilles følgende formkrav:

- At instrukserne skal være skriftlige.
- At instrukserne løbende ajourføres.
- At instrukserne har en sådan udformning, omfang og placering, at de er anvendelige i det daglige arbejde.
- At nyansatte introduceres til afdelingens instrukser.
- At den ansvarlige ledelse påser, at arbejdet udføres i overensstemmelse med de udarbejdede instrukser.
- At instruksen indeholder dato for ikrafttrædelse og for seneste ajourføring.
- At instruksen angiver hvem der har udarbejdet instruksen.

Hvilke instrukser der konkret skal forefindes på de enkelte behandlingssteder, afhænger dels af de enhver tid gældende regler på det enkelte område, dels af karakteren af de arbejdsprocedurer, som udføres på det enkelte behandlingssted. Behovet for instrukser må ligeledes antages at kunne ændre sig i takt med udviklingen i sundhedsfaglige normer. Der findes således ikke udtømmende regler i lovgivningen for, hvilke instrukser der skal forefindes på de enkelte behandlingssteder eller typer af behandlingssteder.

Det er et krav, at instrukserne er udformet med henblik på de procedurer og den organisering, der findes på det enkelte behandlingssted. Der er efter lovgivningen ikke noget til hinder for, at instrukserne tager udgangspunkt i en grundskabelon, men det er en forudsætning, at instruksens i relevant omfang tilpasses det lokale behandlingssted, ligesom den ansvarlige ledelse vil skulle underskrive og ajourføre instruksens og sikre, at den implementeres samt påse overholdelsen. Det vil således ikke være i overensstemmelse med lovgivningens krav fuldt ud at standardisere udformningen af instrukser.

Styrelsen for Patientsikkerhed har i forbindelse med styrelsens risikobaserede tilsyn for de enkelte typer af behandlingssteder i en række målepunkter angivet, hvilke instrukser styrelsen finder nødvendige. Hvis et opstillet målepunkt om en bestemt instruks (undtagelsesvist) ikke vurderes at være relevant for et konkret behandlingssted – og behandlingsstedet ikke har en sådan instruks – anfører styrelsen i tilsynsrapporten målepunktet som ikke-relevant. Styrelsen vil altså ved tilsynet ikke vurdere målepunktet som "ikke-opfyldt".

For styrelsens risikobaserede tilsyn med hjemmepleje/hjemmesygepleje/plejecentre for 2017 har styrelsen opstillet målepunkter om, at der skal forefindes instrukser om:

- Sundhedsfaglig dokumentation.

- Fravalg af livsforlængende behandling.
- Medicinhåndtering.
- Brug af ikke-lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud.
- Samarbejde med de behandlingsansvarlige læger.
- Personalets kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling i forhold til sundhedsfaglige opgaver.
- Patienternes behov for behandling.
- Håndhygiejne.
- Rammedelegation.

4.3.3 anbefalinger

I dag er vejledning om udfærdigelse af instrukser rettet til landets sygehuse mv. Arbejdsgruppen vurderer, at der ved udfærdigelse af instrukser i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentre skal være let tilgængelig information om, i hvilke situationer der skal udarbejdes instrukser, og hvilke krav der stilles til instrukserne. Arbejdsgruppen vurderer, at det vil understøtte en effektiv ressourceudnyttelse og samtidig sikre en høj kvalitet i instrukserne.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at det i en vejledning om udfærdigelse af instrukser beskrives hvilke instrukser, der som minimum skal udarbejdes i hjemmepleje, hjemmesygepleje og på plejecentre, og hvilke krav der stilles i forhold til udfærdigelse af instrukserne på ældreområdet.

Arbejdsgruppen anbefaler endvidere, at det hos de driftsansvarlige myndigheder vurderes, om det vil være relevant at udarbejde grundskabeloner, som der kan tages udgangspunkt i ved udarbejdelse af instrukser. Grundskabeloner vil i så fald skulle udarbejdes, så det ikke svækker den lokale ledelses kendskab til og ejerskab til instrukserne.

Kapitel 5 Tilsyn

5.1 Det socialfaglige tilsyn

5.1.1 Problemstilling

Kommunerne skal føre tilsyn med den hjælp, der gives efter serviceloven på ældreområdet og er bl.a. forpligtede til at udarbejde og offentliggøre en tilsynspolitik for hjemmeplejen. Arbejdsgruppen er blevet mødt med, at kravet om tilsynspolitikker for hjemmehjælp, er et forældet og unødvendigt krav, som ikke har indholdsmæssig betydning for tilsynet.

5.1.2 Gældende ret og praksis

Det er kommunerne, der fører tilsyn med den hjælp, der gives efter serviceloven på ældreområdet. Kommunalbestyrelsen har pligt til at føre tilsyn med, om hjemmehjælp, rehabilitering-forløb 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 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.

Der er ikke fastsat nærmere krav til, hvad kommunerne skal se på, når de fører tilsyn. Det er således kommunerne, der indholdsmæssigt tilrettelægger tilsynene i overensstemmelse med deres tilsynsforpligtelse. Der gælder krav om, at kommunalbestyrelsen som led i ovennævnte tilsynsforpligtelse hvert år skal foretage mindst ét uanmeldt tilsyn på plejecentre.

Kommunalbestyrelsen skal efter servicelovens § 151 c udarbejde og offentliggøre en tilsynspolitik for personlig og praktisk hjælp og madservice efter servicelovens § 83 til borgere i eget hjem. Tilsynspolitikken skal indeholde kommunernes procedurer for udførelse af tilsyn med disse tilbud og for opfølgning på tilsynet. Kommunalbestyrelsen skal mindst én gang årligt følge op på tilsynspolitikken, herunder foretage de nødvendige justeringer. Kravet om indførelse af tilsynspolitikker i hjemmeplejen blev indført 1. juli 2011. Indførelse af kravet om tilsynspolitikker skal ses i lyset af, at der i sommeren 2010 var en debat om, hvordan kommunerne i praksis fører tilsyn med og følger op på den leverede hjælp efter servicelovens § 83. Formålet med tilsynspolitikkerne var at sikre, at alle kommuner lever op til deres forpligtelser til at føre tilsyn med hjemmeplejen.

Risikobaseret tilsyn med den social- og plejefaglige indsats

Satspuljepartierne er med satspuljeaftalen for 2018-2021 enige om, at Styrelsen for Patientsikkerhed i en forsøgsperiode på 4 år skal føre et risikobaseret tilsyn med den social- og plejefaglige indsats efter serviceloven på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder med henblik på at udvikle og afprøve et uafhængigt og risikobaseret tilsyn med den social- og plejefaglige indsats. Der er en tæt kobling mellem ældre- og sundhedsområdet i forhold til den pleje og omsorg, som den enkelte borger modtager. Medarbejdere i hjemmeplejen og på plejecentre vil ofte udføre både sygepleje efter sundhedsloven og pleje efter serviceloven. Der skal som led i forsøget arbejdes med risikoparametre på det social- og plejefaglige område, som kan indikere, at der ikke leveres pleje og omsorg af tilstrækkelig kvalitet. Der skal endvidere opstilles relevante målepunkter for tilsynet, som giver mulighed for kontrol og læring.

5.1.3 anbefalinger

Arbejdsgruppen vurderer, at kommunernes forpligtelse til at føre tilsyn med hjælpen efter serviceloven fremgår klart af lovgivningen, og at et krav om udarbejdelse af tilsynspolitikker for personlig og praktisk hjælp og madservice til borgere i eget hjem ikke er nødvendigt for at sikre, at kommunerne lever op til deres forpligtelser til at føre tilsyn med hjemmeplejen.

Arbejdsgruppen anbefaler, at kommunalbestyrelsens forpligtelse i servicelovens 151 c om udarbejdelse og opfølgning på tilsynspolitikker for personlig og praktisk hjælp til borgere i eget hjem ophæves. Ophævelse af forpligtelsen til at udarbejde og følge op på tilsynspolitikker vil i givet fald forudsætte en ændring af serviceloven.

I forhold til det nye tilsyn som Styrelsen for Patientsikkerhed skal føre med den social- og plejefaglige indsats efter serviceloven anbefaler arbejdsgruppen, at styrelsen ligesom i styrelsens tilsyn efter sundhedsloven er opmærksom på at sikre ensartethed i tilsynspraksis.

5.2 Det sundhedsfaglige tilsyn

5.2.1 Problembeskrivelse

Nogle kommuner har givet udtryk for, at de oplever en variation i de bemærkninger Styrelsen for Patientsikkerhed anfører i deres organisationstilsyn i forhold til sammenlignelige tilfælde. Usikkerheden om de konkrete krav kan føre til, at der sker en overimplementering af dokumentationskravene for at behandlingsstedet er sikre på at leve op til de forhold der bliver lagt vægt på ved et tilsyn, hvilket kan resultere i et unødvendigt stort ressourceforbrug på dokumentation.

5.2.2 Gældende ret og praksis

Styrelsen for Patientsikkerhed fører både et organisationstilsyn med behandlingssteder og et individtilsyn med autoriserede sundhedspersoner og andre personer, der udøver sundhedsfaglig virksomhed inden for sundhedsvæsenet. Nedenfor beskrives organisationstilsynet.

Driftsherrens ansvar

Det er ledelsen for eller ejeren af et behandlingssted, der som driftsherre har ansvaret for at sikre, at de overordnede og tværgående rammer for den sundhedsfaglige virksomhed på behandlingsstedet er i orden. Driftsherreansvaret indebærer, at kommuner, regioner, staten og private organisationer skal sikre, at det tilbud, som de stiller til rådighed for borgerne, er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt efter de gældende normer og i øvrigt lever op til gældende lovgivning. Det indebærer, at driftsherren har pligt til at organisere arbejdet på behandlingsstedet således, at de ansatte sundhedspersoner (som individer) har mulighed for at overholde deres lovbestemte pligter, herunder at kunne give behandling med omhu og samvittighedsfuldhed. Konkret betyder det bl.a. at driftsherren har pligt til at ansætte personale med tilstrækkelige faglige kvalifikationer, sikre det nødvendige tekniske udstyr, de fornødne behandlingsmidler samt forsvarlige fysiske rammer. Derudover skal der sikres en overordnet forsvarlig organisering, herunder eksempelvis nødvendig bemanding, fornødne instrukser og rettidig kompetenceudvikling.

Tilsynet med behandlingssteder

Styrelsen for Patientsikkerhed fører et risikobaseret tilsyn med udvalgte behandlingssteder ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden, *jf. sundhedslovens § 213 c*. Identifikation af risikoområder kan ske på baggrund af data om medicinordinationer, patientklagesager, og bekymringshenvendelser fra sundhedspersonale, borgere og medier.

Styrelsen for Patientsikkerhed fører desuden et *reaktivt tilsyn* med behandlingssteder, hvis styrelsen får kendskab til eller mistanke om, at der er forhold på behandlingsstedet som udgør en konkret risiko for patientsikkerheden, *jf. sundhedslovens § 213*.

Reaktionsmuligheder

Hvis de sundhedsmæssige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud til behandlingsstedet, hvori der opstilles sundhedsmæssige krav til det pågældende behandlingssted om at foretage bestemte ændringer, f.eks. at udarbejde og implementere bestemte instrukser eller at sikre forsvarlig medicinbehandling. Styrelsen for Patientsikkerhed kan også – hvis der er tale om kritiske forhold for patientsikkerheden – give påbud om, at behandlingsstedet indstiller sin virksomhed helt eller delvist, *jf. sundhedslovens § 215 b*.

Forud for meddelelse af påbud sker der typisk en dialog mellem styrelsen og behandlingsstedet, så behandlingsstedet inden for rimelig tid får mulighed for læring af og opfølgning på de påtalte forhold, så påbuddet eventuelt kan undgås. Styrelsen for Patientsikkerhed vil således kun udstede et påbud til et behandlingssted, hvis dette vurderes at være nødvendigt for at sikre patientsikkerheden.

Fokuspunkter for tilsynet

I 2017 har Styrelsen for Patientsikkerheds planlagte risikobaserede tilsynsystemer været medicinhåndtering og prøvesvar i patientforløb. Styrelsen har i den forbindelse foretaget en række tilsynsbesøg i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen samt på plejehjem og akutfunktioner.

Temaerne for det risikobaserede tilsyn i 2018 er medicinering og overgange i patientforløb. De udvalgte patientforløb omfatter bl.a. den kronisk syge patient med komorbiditet – med særligt fokus på patienter med diabetes og på patienter med skizofreni. Styrelsen vil også i 2018 foretage tilsyn i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejehjem samt på akutfunktioner.

Kalibrering af tilsynssager i organisationstilsynet

For at sikre ensartede vurderinger af de enkelte tilsynssager drøftes et antal sager inden for de enkelte behandlingsstedstyper, f.eks. hjemmesygeplejen, på Styrelsen for Patientsikkerheds interne kalibreringsmøder. På kalibreringsmøder deltager medarbejdere fra styrelsens tre tilsynsenheder, som er forskelligt geografisk placeret. Her sammenholdes et antal tilsynssager med henblik på at drøfte og vurdere de enkelte sager, før det besluttet, inden for hvilken kategori sagerne skal placeres. På den måde tilstræbes dels en ensartet rådgivning af behandlingsstederne, dels en ensartet bedømmelse af tilsynssagerne, uanset hvor i landet behandlingsstedet ligger. På kalibreringsmøderne drøftes desuden principielle spørgsmål, som rejses i forbindelse med tilsynet.

Sager hvor det overvejes at give påbud til et behandlingssted drøftes på styrelsens interne task force møder, hvor der deltager både juridisk personale og sundhedsfagligt personale fra alle tre tilsynsenheder.

Individtilsyn med sundhedspersoner

Foruden organisationstilsynet fører Styrelsen for Patientsikkerhed endvidere tilsyn med faglig virksomhed, der udøves af autoriserede sundhedspersoner og sundhedspersoner, der handler på disses ansvar, jf. *autorisationslovens § 5*. Styrelsen for Patientsikkerhed reagerer, hvis styrelsen får mistanke om, at en sundhedsperson fremadrettet kan udgøre en risiko for borgere eller patienters sikkerhed. Individtilsynet er ikke nærmere beskrevet her, da arbejdsgruppen ikke har fundet det relevant i forhold til de problemstillinger arbejdsgruppen er stødt på.

5.2.3 anbefalinger

Arbejdsgruppen anbefaler, at behandlingssteder i ældreplejen – evt. via kommunen – kan tage direkte kontakt til Styrelsen for Patientsikkerhed med henblik på at få vurderet konkrete sager, hvor behandlingsstedet oplever en variation i Styrelsen for Patientsikkerheds bemærkninger til tilsyneladende sammenlignelige tilfælde. Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer efterfølgende de konkrete sager på styrelsens kalibreringsmøder med henblik på at afgøre, om der er anledning til at tydeliggøre tilsynets vurdering af det konkrete forhold. Afhængig af det konkrete forhold kan der gennemføres generelle læringstiltag på baggrund heraf. Disse læringstiltag kan efterfølgende offentliggøres, hvis styrelsen vurderer det relevant.

Kapitel 6 Puljeadministration

6.1 Problemstilling

Flere kommuner har givet udtryk for, at puljemidler til f.eks. klippekortsordning opleves som bureaukratiske at administrere. Dette skyldes dels dokumentationskrav fra staten samt dokumentationskrav fra den kommunale revision. Hertil kommer, at nogle kommuner giver udtryk for, at ansøgning om puljemidler til tider er forbundet med et stort tidspres, da den kommunale sagsbehandlingstid i forhold til at opnå politisk drøftelse og godkendelse ofte giver kort tid til at udarbejde ansøgningen. Samtidigt er det en udfordring, hvis puljerne først udmøntes længere inde i året, eftersom kommunerne derved får svært ved at nå at afholde udgifterne i det pågældende år.

6.2 Gældende praksis - hvordan foregår puljeopslag mv. i dag

Hvordan foregår puljeopslag mv. i dag

Der findes en række statslige puljer på ældreområdet, som kommunerne har mulighed for at ansøge om. Ved at benytte en pulje til udmøntning af midler, kan Folketinget sikre sig, at midlerne går til det tiltænkte formål. Hvis der f.eks. er afsat midler til et praksisnært kompetenceløft på demensområdet, så er det også vigtigt at følge op på indsatsen, og at midlerne bliver brugt efter hensigten. Nedenfor i tabel 6.1 er et samlet overblik over aktuelle statslige puljer på ældreområdet.

Til den statslige puljeadministration er knyttet en række krav, som følger dels af den bevillingstekniske udmøntning, dels af hensynet til god regnskabsførelse og forvaltning, således at det sikres, at midlerne bruges så effektivt som muligt og går til det formål, som midlerne er afsat til. Dokumentationskrav for statslige puljer varierer afhængig af den konkrete pulje, hvorfor det også er vanskeligt at påpege konkrete dokumentationskrav, som går på tværs af alle statslige puljer. I stedet kan dokumentationskravene tematiseres ud fra et tidsperspektiv, hvor der er statslige dokumentationskrav i forbindelse med a) udarbejdelse af ansøgning til puljen, b) i forbindelse med den løbende udmøntning af en pulje (forudsat at puljen ikke er et engangsbeløb) samt c) i forbindelse med afslutning af puljen, hvor der i udgangspunktet skal aflægges regnskab samt evalueres på de resultater, der er tilvejebragt med midler fra puljen. For særligt de to sidste punkter kan den kommunale revision herudover opstille yderligere dokumentationskrav.

I nogle af de eksempler arbejdsgruppen er bekendt med, er der tegn på, at kravene fra den kommunale revision ikke altid er afstemt med de statslige krav. Det betyder, at kommunerne dokumenterer mere, end der har været tiltænkt fra statslig side. Overdokumentationen kan dels skyldes kommunespecifikke krav eller ønsker i forhold til viden om en pulje, dels kan det skyldes, at de statslige krav er for ukonkrete, og den kommunale revision på den baggrund vælger at stille større krav end tiltænkt fra statslig side for at undgå risikoen for at skulle tilbagebetale puljemidler. Dette peger derfor på, at en bedre forståelse mellem Sundheds- og Ældreministeriet (som puljeadministrator) og kommunerne

(som puljemodtagere) af hinandens hensyn kan gøre hensigten med de opstillede dokumentationskrav tydeligere og dermed medvirke til at reducere overdokumentation.

Tabel 6.1				
Statslige puljer på ældreområdet				
Mio. kr.	Samlet beløb	Start	Slut	Bemærkninger
Demensboligpuljen 2015 og 2016	48	2015	2017	
Værdighedsmilliarden	4.000	2016	2019	Herefter overgår midlerne til bloktilskuddet med 1 mia. kr. årligt.
Klippekort til borgere på plejecentre	760	2017	2018	Herefter overgår midlerne til bloktilskuddet med 380 mio. kr. årligt.
Pulje til etablering og genetablering af køkkener på plejehjem	425	2017	2017	
Pulje for bedre mad til ældre i eget hjem	25	2017	2017	
Forbedret brug af livshistorier i plejen og omsorgen for ældre med demens	3,8	2017	2017	
Lokale og landsdækkende aktiviteter til at understøtte et demensvenligt samfund	25	2017	2017	
Praksisnært kompetenceløft i kommuner og regioner ift. demens	145	2017	2019	Puljen kan søges af både kommuner, regioner og private
Rådgivnings- og aktivitetscentre for mennesker med demens og deres pårørende, herunder yngre med demens	37,5	2017	2019	
Kommende puljer				
Flere demenssegne plejeboliger med demenssegne omgivelser*	13	2018	2018	
Pulje til styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre	30	2018	2018	
Pulje målrettet ældre ramt af sorg og livsfortrydelse	1,9	2018	2018	
Flere og meningsfulde aflastningstilbud samt støtte til yngre med demens*	39	2018	2019	
Pulje til fællesskabsklippekort til modtagere af hjemmehjælp	28,3	2018	2021	
Pulje målrettet tværfaglige ernæringsindsatser	13,2	2018	2021	
Pulje til forsøgsordning med befordring af mennesker med demensdiagnose	42,5	2019	2020	
Pulje til mere hjemlighed på plejehjem mv.	19,4	2021	2021	
Anm.: Oversigten indeholder puljer, hvor der som minimum sker udmøntning i 2017. De *-markerede puljer er en del af demenshandlingsplanen fra 2016, men midlerne udmøntes først efter 2017. De øvrige kommende puljer stammer fra satspuljeaftalen for 2018. Prioriteringer fra aftalen om finansloven for 2018 indgår ikke.				
Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet				

I tilknytning hertil kan kommunerne opleve puljernes dokumentationskrav forskelligt, alt efter hvilken styringsmodel, som anvendes på ældreområdet. En pulje kan være nemmere at håndtere inden for en bestemt styringsmodel, mens puljen indebærer andre dokumentationskrav i andre former for styringsmodeller. Et eksempel herpå er klippekortordningen for beboere på plejecentre. Klippekortordningen til beboere på plejecentre er i udgangspunktet mere enkel at implementere i kommuner, hvor plejecentrene er aktivitetstyret, frem for kommuner hvor plejecentrene er rammestyret. I de tilfælde hvor plejecentrene er rammestyret, er kommunerne nødt til særskilt at trække medarbejdertimer til klippekortordningen ud af den samlede ramme for at kunne vise, at midlerne er gået til klippekortordningen. Ligeledes kan organiseringen og arbejdstilrettelæggelsen have betydning for, hvor i styringskæden den primære dokumentationsbyrde placeres samt omfanget heraf.

Arbejdsgruppen er desuden stødt på den udfordring, at nogle kommuner finder perioden fra puljeopslag til ansøgningsfrist for kort. Det kan give udfordringer i forhold til at foretage politisk behandling af puljeansøgningen og dermed sikre en politisk forankring af det politiske initiativ, som puljen skal understøtte. Modsat er der et ønske om at sikre hurtig udmøntning af puljen, så kommunerne har længst mulig tid til at bruge puljens midler. Samlet taler det for et kommunalt behov for i god tid at kunne planlægge processen med puljeansøgninger.

Boks 6.2

Klippekortsordning for beboere på plejecentre

Et eksempel på en statslig pulje, der bliver oplevet bureaukratisk, er klippekortsordningen for beboere på plejehjem. Med Finansloven for 2017 blev det besluttet at afsætte 380 mio. kr. årligt til en ansøgningspulje, som fordeles til kommunerne efter bloktilskudsnøglen. Midlerne fordeles som en pulje i 2017 og 2018, hvorefter de fra 2019 vil blive fordelt til kommunerne via bloktilskuddet. Ordningen indebærer, at plejehjemsbeboerne får det, der svarer til ca. en halv times ekstra hjælp og støtte en gang om ugen. Klippekortet skal anvendes til aktiviteter, der ligger ud over den eksisterende plejeindsats. Hjælpen kan både anvendes til mindre aktiviteter eller spares op og anvendes til aktiviteter, der tager længere tid. Det er den enkelte kommunes ansvar at sikre, at alle beboerne får tilbud om og kan benytte tilbuddet. Det gælder også de svageste beboere, f.eks. med demens.

Ansøgning

Klippekortordningen til beboere på plejehjem blev offentliggjort den 8. februar 2017 på Sundheds- og Ældreministeriets hjemmeside. Desuden blev kommunerne direkte orienteret om puljeopslaget via en mail. Kommunerne skulle søge om midler både i 2017 og 2018 i én samlet ansøgning. Midlerne var fordelt til kommunerne på forhånd efter en fordelingsnøgle.

I ansøgningen skulle kommunerne bl.a. bekræfte, at midlerne lå ud over den eksisterende plejeindsats, beskrive hvorledes det sikres, at plejehjemsbeboerne får tilbud om og kan benytte tilbuddet samt beskrive kommunens oplysnings- og informationsindsatsen for at skabe opmærksomhed om klippekortsordningen på plejehjem. Herudover skulle kommunerne angive antallet af beboere visiteret til plejehjem mv. fortrinsvis for ældre i kommunen (januar 2017) og antallet af plejehjem mv. fortrinsvis for ældre i kommunen (januar 2017).

Tilsagn

Efter ansøgningsfristen har Sundheds- og Ældreministeriet vurderet de indkomne ansøgninger. Den 12. april fik 97 kommuner tilsendt et tilsagnsbrev for anvendelsen af midlerne (én kommune valgte ikke at søge midlerne). 30 kommuner fik et betinget tilsagn, fordi de skulle rette op på enkelte forhold i ansøgningen, men tilskudsperioden startede for alle kommuner den 1. april 2017. Alle kommuner, der fik et betinget tilsagn, har efterfølgende rettet op på forholdene.

Løbende krav og afslutning

Mens puljen bliver udmøntet, skal de kommuner, der modtager midler fra puljen i november 2017 indsende en statusrapport for projektet til brug for en vurdering af, hvordan det går med udmøntningen af midlerne. Statusrapporten skal følge punkterne i ansøgningskemaet samt oplyse, hvor stor en del af plejehjemsbeboerne, der har anvendt ordningen. Dernæst skal kommunerne i april 2018 og 2019 indsende regnskab for forbruget i det foregående år samt en opdateret statusrapport. Ved aflæggelse af regnskab skal posterne svare til det oprindelige budget. Regnskabet skal derudover være revisorpåtegnet. Regnskabet for 2019 samt tilhørende statusrapport fungerer samtidig som projektafslutning.

Ældreministeren har desuden besluttet at skrive til kommunerne for at præcisere kravene til dokumentation i klippekortsordningen.

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet.

Boks 6.3

Eksempel: Aalborg Kommunes administration af klippekortsordning for beboere på plejehjem

I Aalborg kommune foregår registrering af beboernes klip i omsorgssystemet Care. I omsorgssystemet er der oprettet en indsats, som hedder "klippekort," hvor hjælp efter klippekortsordningen registreres. Registreringen er afgrænset til en registrering af leveret klip. Et klip er defineret ved levering af en indsats på 30 minutter. Det enkelte plejehjem foretager selv registreringen i omsorgssystemet. Registreringen foretages på den enkelte beboer og dato for levering af indsatsen. Registreringen i omsorgssystemet gør det muligt, at udarbejde månedlige opgørelser over forbruget på klippekortsordningen pr. plejehjem og beboer.

Antal klip afregnes til en gennemsnitlig timepris uafhængig af, hvilket plejehjem indsatsen leveres på og tidspunkt på døgnet. Den gennemsnitlige timepris er beregnet på baggrund af den samlede lønudgift på kommunens plejehjem delt med antal forbrugte løntimer. Beregningsmetoden betyder, at der kun anvendes en fastlagt timepris pr. leveret indsats på kommunens plejehjem.

Rapporten fra omsorgssystemet trækkes centralt og danner afregningsgrundlaget for afregningen til de respektive plejehjem. De enkelte plejehjem tilføres midlerne i takt med leveret indsats. Dermed kan der løbende dannes et overblik over leverede klip/timer, samt fordelingen på de enkelte plejehjem/beboer.

Kilde: KL

6.3 anbefalinger

Arbejdsgruppen vurderer, at statslige puljer til initiativer på ældreområdet er et vilkår på grund af nationale (f.eks. Folketingets) ønsker om at målrette penge til bestemte formål samt ønsket om at sikre sig, at de afsatte midler går til det formål, hvortil de er afsat. Samtidig er der enighed om, at både stat og kommuner har en interesse i, at det administrative ressourceforbrug vedrørende puljer bliver begrænset så meget som muligt dog således, at der samtidig sikres dokumentation for, at midlerne går til formålet inden for de økonomiske rammer som tilskuddet tilsiger, og at midlerne udnyttes så effektivt som muligt. Arbejdsgruppen vurderer videre, at kravene til dokumentation vedrørende puljer med fordel kan tydeliggøres med henblik på at lette dokumentationsbyrden

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der afholdes et dialogmøde mellem KL, kommunale repræsentanter, kommunale revisorer samt Sundheds- og Ældreministeriet med henblik på at sikre tydeligere kommunikation af henholdsvis statslige og de kommunale revisoreres krav til dokumentation i forbindelse med puljer. Arbejdsgruppen anbefaler videre, at Sundheds- og Ældreministeriet sætter fokus på at kommunikere kommende puljeopslag samt den forventede proces herfor tydeligere, end det hidtidig har været gjort. Det kan f.eks. ske ved i god tid at annoncere tidpunkter for kommende opslag. Endelig anbefaler arbejdsgruppen, at Sundheds- og Ældreministeriet igangsætter en proces med gennemgang af ministeriets rammer for tilskud med henblik på at gøre den mere tilgængelig og brugervenligt.

Kapitel 7 Udveksling af oplysninger ved sektorskift

Arbejdsgruppen er i arbejdet stødt på problemstillinger, hvor det efter de er blevet undersøgt har vist sig, at der allerede er taget initiativ til løse problemstillingen. Nedenfor præsenteres disse problemstillinger og de påtænkte ændringer. Da der allerede er taget initiativ til at løse problemstillingerne har arbejdsgruppen ingen anbefalinger hertil.

7.1 Den Ældre Medicinske Patient

7.1.1 Problemstilling

I ældreplejen er en stor gruppe af borgerne svækkede ældre. I forbindelse med både behandling og pleje i forskellige sektorer og behandlingssteder oplever mange af disse borgere, at de skal afgive de samme oplysninger flere gange. Det er både uværdigt for den ældre borgere, ligesom det afføder et u hensigtsmæssigt tidsforbrug hos de medarbejdere, der skal bruge tid på at dokumentere oplysninger i stedet for, at oplysningerne er lige ved hånden inden mødet med borgeren. Det kan f.eks. være oplysninger om, hvem der er deres nærmeste pårørende eller boligforhold.

På tænkte ændringer

For at afhjælpe dette er der i regi af handlingsplanen for den ældre medicinske patient iværksat et arbejde med at udvikle digitale redskaber til bedre deling af oplysninger mellem sektorer og behandlingssteder. Med udviklingen af et fælles stamkort, der kan tegne et samlet billede af en borgers livssituation, kan relevante sundheds- og plejemedarbejdere få enkel og hurtig information om de oplysninger, som er relevante i mødet med borgeren. Det skal hjælpe til at give en behandling og pleje, der opleves tryk og empatisk – uanset hvem borgeren møder.

Et fælles stamkort med en række baggrundsoplysninger, som kan være relevante i forhold til den hjælp en borger har behov for, betyder for det første, at medarbejderne undgår at skulle efterspørge en række oplysninger og efterfølgende dokumentere oplysningerne, hver gang de er i kontakt med en borger. For det andet bliver kvaliteten af oplysningerne også bedre, da der er mindre risiko for, at en svækket borger giver ufuldstændige eller ukorrekte oplysninger. For det tredje er det en stor hjælp for borgeren, der – i en ofte svækket situation – slipper for at blive spurgt om de samme oplysninger igen og igen.

Desuden udvikles en samlet kalender med borgernes aftaler på sygehuset, hos egen læge, speciallægen eller til f.eks. kommunal genoptræning. Det skal bidrage til at skabe et bedre overblik for borgere, deres pårørende og medarbejdere over kommende aftaler og kontakter. Samtidig vil det gøre det muligt at tage hensyn til indkaldte aftaler, når en ny tid til behandling eller opfølgning skal bookes.

Løsningerne til fælles stamkort udvikles nationalt og afprøves i første omgang i et pilotprojekt i 2018 i Region Nordjylland og Frederikshavn Kommune samt Region Midtjylland og Aarhus Kommune. Der skal efterfølgende indgås aftale med regioner og kommuner om implementering af løsningerne i hele landet, herunder integration til de lokale fagsystemer.

Arbejdsgruppen vurderer, at digitale redskaber til bedre understøttelse af deling af oplysninger er positivt, da det kan bidrage til at frigøre tid til pleje og omsorg.

7.2 Livsforlængende behandling

7.2.1 Problemstilling

Det er i dag mulighed for, at der i livstestamentet optages bestemmelser om, at en patient ikke ønsker livsforlængende behandling i en situation, hvor patienten enten er uafvendeligt døende, eller i situationer, hvor sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop eller lignende har medført så svær invaliditet, at patienten varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt.

I dag bliver livstestamenter administreret på Rigshospitalet, hvor sundhedspersonen (lægen) kan ringe og få oplyst livstestamente oplysninger for en borger. Det betyder, at medarbejdere i dag skal bruge tid på at undersøge eventuelle oplysninger i et livstestamente.

Påtænkte ændringer

Regeringen har den 15. november 2017 fremsat et lovforslag om øget selvbestemmelse for patienter i forhold til at kunne fravælge behandling, herunder livsforlængende behandling. Lovforslaget regulerer for det første en habil patients selvbestemmelse i en aktuel behandlingssituation, hvor patienten selv er i stand til at udtrykke sit ønske om ikke at blive behandlet eller få afbrudt en behandling. Det gøres med lovforslaget (og samtidig ændring af faglige vejledninger) bl.a. klart, at en patient på et informeret grundlag kan kræve en allerede påbegyndt livsnødvendig behandling stoppet, selvom det betyder, at patienten dør lige bagefter. Og at sundhedspersonen må efterkomme et sådant ønske uden at risikere at blive anklaget for at have overtrådt straffelovens drabsbestemmelser.

Lovforslaget omdanner samtidig den nuværende livstestamenteordning til en behandlingstestamenteordning med øgede muligheder for selvbestemmelse for patienter, som måtte komme i en tilstand, hvor det ikke er muligt for dem at udøve denne ret selv. Det foreslås, at alle bestemmelser i et behandlingstestamente skal være bindende for sundhedspersonen. Det betyder, at sundhedspersonen (lægen) – uanset dennes forventninger om helbredelse, mulighed for genoplivning m.v. – skal respektere patientens ønske og derved undlade at indlede eller fortsætte behandling. Det vil dog efter forslaget være muligt for en patient at bestemme i behandlingstestamentet, at patientens

beslutning om fravalg af behandling som ikke-uafvendeligt døende patient forudsætter de pårørendes, værgens eller fremtidsfuldmægtigens accept. En lignende ordning kendes fra organdonationsområdet.

Sammen med lovforslaget arbejdes der på, at behandlingstestamentet fremadrettet bliver en del af det fælles stamkort, *jf. ovenfor*. Behandlingstestamentet vil i givet fald udgøre en integreret del af patientens stamkort, som alle relevante sundhedspersoner får adgang til, så det sikres, at sundhedspersonerne er oplyst om borgerens ønsker. Borgere og pårørende med fuldmagt vil kunne registrere og se deres behandlingstestamente via Sundhed.dk. Implementeringen forudsætter aftale med regioner og kommuner, herunder om integration til de lokale fagsystemer.

Arbejdsgruppen vurderer, at IT-understøttelse af ønsker om fravalg af behandling i livstestamenter – og de kommende behandlingstestamenter – vil understøtte at der i større omfang end i dag kan efterkommes ønsker fra de patienter, som er afklaret med, at de ikke ønsker eksempelvis en livsforlængende behandling. Det vil ligeledes på en hurtigere og enklere måde skabe klarhed for de sundhedspersoner, som er forpligtet til at undersøge, om der foreligger et livstestamente eller behandlingstestamente, og derved gøre det nemmere at respektere og efterkomme sådanne ønsker.

Bilag 1 Kommissorium for arbejdet

Sundheds- og Ældreministeriets og KL's arbejde om forenkling af regler og dokumentationskrav i ældreplejen

Sundheds- og Ældreministeriet og KL nedsætter en fælles arbejdsgruppe og en følgegruppe om forenkling af regler og dokumentationskrav i ældreplejen. Arbejdet har til formål at identificere regler og dokumentationskrav, som binder personaleressourcer til administrative opgaver frem for pleje og omsorg af de ældre. Der vil således med tæt involvering af aktørerne på ældreområdet blive set på både statslige, kommunale og lokale regler og krav, som med fordel enten kan lempes eller helt fjernes for at frigøre tid blandt de ansatte i ældreplejen.

Arbejdet går i gang i januar 2017 og forventes afsluttet inden udgangen af 2017. Aktørerne vil blive tæt involveret i arbejdet via en gruppe bestående af bl.a. FOA, DSR, Sundhedskartellet, Ældre Sagen, Danske Ældrerråd, Danske Seniorer, Dansk Erhverv (herunder Selveje Danmark), Dansk Industri og KA-Pleje. Der vil blive afviklet løbende drøftelser, herunder også i form af et seminar i foråret 2017, hvor organisationer på ældreområdet indbydes til at pege på mulige forenklinger.

Der vil i arbejdet blive set på det samlede ældreområde, herunder f.eks. mere effektiv og målrettet tilrettelæggelse af tilsynsaktivitet, kommunernes indberetning og håndtering af utilsigtede hændelser, dokumentationsarbejde på sundhedsområdet ifm. ældreplejen, samspil mellem velfærdsteknologi og magtanvendelsesreglerne (jf. også initiativ om serviceeftersyn af magtanvendelsesreglerne i den nationale demenshandlingsplan 2025). I arbejdet vurderes også kommunale og lokale regler og krav.

Arbejdsgruppen har delt formandskab og udgøres af medarbejdere fra Sundheds- og Ældreministeriet, herunder Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed samt KL. Sundheds- og Ældreministeriet varetager sekretariatsfunktionen med inddragelse af KL.

Der afrapporteres fra arbejdet inden udgangen af 2017, således at ældreministeren og KL kan drøfte mulighederne for ændringer primo 2018.

Ældreministeren tager parallelt med arbejdet på besøg i kommuner og på plejehjem mv. for bl.a. at få input til, hvordan man kan forenkle nationale og lokale regler og afskaffe unødige dokumentationskrav, der tager tid fra de ældre.

Kommissorium

18. maj 2017
KAP

Kulegravning af regler og styring på ældreområdet

Baggrund

Regeringen ønsker at gennemføre en sammenhængsreform, der skal forny den offentlige sektor ved bl.a. at fjerne bureaukrati og sikre, at styringsredskaberne giver værdi for borgeren.

Kulegravning af velfærdsområder skal sikre en markant afbureaukratisering, samt at dokumentation og målinger giver mening for løsningen af kerneopgaverne og for de politiske mål for områderne. Ambitionen er, at medarbejderne får mere tid til de opgaver, der giver værdi for borgerne, samt at styringen tilfører værdi til opgaveløsningen.

Blandt de første projekter gennemføres en kulegravning på ældreområdet, herunder kommunale plejetilbud og hjemmesygepleje og den del af den kommunale genoptræningsindsats, der vedrører borgere, der bor i kommunale plejetilbud eller som modtager plejeydelser i egen bolig.

Indhold af initiativet

Kulegravningen vil bestå af grundige kortlægninger af arbejdsdagen og tidsanvendelse på konkrete opgaver blandt medarbejdergrupperne på ældreområdet. Velfærdsmedarbejderne spiller en central rolle i dette arbejde og vil blive inddraget i at tegne et nuanceret billede af den typiske arbejdsdag og give forslag til regulering eller styring, som kan tilrettelægges bedre. Dette kombineres med en analyse af det regelgrundlag, de styringsredskaber og den arbejdstilrettelæggelse, der eksisterer på ældreområdet. Formålet hermed er at analysere, hvorvidt proceskrav, regulering og styringsredskaber bidrager til at skabe værdi for medarbejdere på ældreområdet og for borgeren. Kulegravningen gennemføres i samarbejde med og opgørelserne valideres af velfærdsmedarbejderne på de omfattede områder.

Genstandsfeltet for analysen vil således være de medarbejdergrupper, der varetager pleje, sygepleje og genoptræning af borgere, der modtager plejeydelser enten i eget hjem eller i kommunalt botilbud. Analyserne vil derfor være fokuserede på de store medarbejdergrupper på ældreområdet, herunder social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og fysioterapeuter mv.

Analyserne skal omfatte følgende:

- 1) En analyse af medarbejdernes *totale* arbejdstid og arbejdsopgaver, herunder tidsforbrug på dokumentation, proceskrav, interne opgaver og øvrig administration samt reel tid anvendt på service, der er direkte rettet mod borgeren.

- 2) En kortlægning af de reguleringskilder, der styrer medarbejderens arbejdsopgaver. Der kan være tale om statslig generel, fx arbejdsmiljølovgivning.

Side 3 af 3

Projektet koordineres løbende og sammentænkes i nødvendigt omfang med det arbejde, som ældreministeren og KL har igangsat vedrørende afbureaukratisering på ældreområdet.

Organisering

Initiativet forankres i en styregruppe på afdelingschefniveau med Finansministeriet som formand, hvor de deltagende ministerier og KL deltager. Projektets fremdrift drøftes desuden løbende med andre centrale interessenter, herunder de repræsenterede medarbejdergruppers faglige organisationer, ligesom den generelle folkegruppe til sammenhængsreformen vil følge arbejdet.

Med reference til styregruppen nedsættes en projektenhed i regi af Digitaliseringsstyrelsen, som har det overordnede ansvar for proces og analyser. Projektenheden er i samarbejde med eksterne konsulenter, som i et vist omfang involveres i analyserne, operationelt udførende af kulegravningerne. KL inviteres til at deltage i enheden på fast basis, ligesom SUM allokerer ressourcer til enheden.

ringer.

Blandt den generelle, statslige regulering, der indgår i kulegravningen på ældreområdet vil bl.a. være arbejdsmiljøloven, forvaltningsloven og offentlighedsloven. Herudover vil særligt regulering efter bekendtgørelse om plejehjem og beskyttede boliger, serviceloven og i mindre grad sundhedsloven udgøre den relevante sektorspecifikke lovgivning.

Projektets slutprodukt er forslag til afbureaukratisering og ændret styring af områderne, der kan frigive tid til velfærdsmedarbejderne og tilføre værdi for borgeren.

Proces

Projektet følger tidsplanen i tabel 1.

Tabel 1: Tidsramme for projekt 'kulegravning af sektorområder'	
Aktivitet	Tidspunkt
Organisering af projektet og invitation af KL mfl. til at deltage i projektet	Maj 2017
Udbud af konsulentopgave i forhold til kortlægning af styring, regulering, arbejdstid mv.	Juni-primo august 2017
Start på analysen	Medio august 2017
Afslutning af analyse af ældreområdet (herunder genoptræning mv.)	Q1 2018
Evaluering og politisk opfølgning på analysen i samarbejde mellem relevante parter	Q1-Q2 2018