

Hvordan skaber vi faglig ledelse og en lærende kultur i praksis?

Dette udspil er udarbejdet af Helen Kæstel, sygeplejeforsker i Aalborg Kommune, Inge Kristensen, direktør for Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Kari Rose Holm, programleder i Videnscenter for Værdig Ældrepleje og Sidsel Vinge, projektchef i VIVE.

På opfordring fra parterne bag Ældretopmødet har vi forfattet et udspil til, hvad man på *nationalt* plan og fra *politisk* side kan gøre. Det er langt fra nogen udtømmende liste over *alt*, hvad der bør arbejdes med.

Vi har taget udgangspunkt i ét af Ældretopmødets temaer, som vi finder helt centralt. Og vi har fokus på, hvad der skal til for reelt at løfte området i bredden: Ikke bare på papiret – men ude i den hverdag borgerne møder. Og ikke i et par få udvalgte kommuner – men i alle kommuner og for alle borgere.

At få løftet i bredden og skabt varige ændringer er ikke noget, man gør med et snuptag. Det kræver et længere perspektiv. At skabe en lærende *kultur* er i sig selv svært at gøre via politiske tiltag på nationalt plan: Den slags retter sig oftere mod *struktur*. Men vi har lagt os i selen for at komme med nogle helt konkrete bud på, hvad man kan gøre på *nationalt* plan for at skabe langsigtede og reelle ændringer på ældre- og sundhedsområdet, som effektivt vil fremme mere faglig ledelse og en lærende kultur i praksis.

Vi understreger, at dette udspil er baseret på vores personlige holdninger som deltagere på Ældretopmødet 2020, og vi er i denne sammenhæng ikke talspersoner for de organisationer, vi arbejder i.

1. Kommunerne skal sikre tid og rum til faglig ledelse blandt lederne i frontlinjen

En lang række forhold er væsentlige for at skabe mere faglig ledelse på sundheds- og ældreområdet i praksis. De to mest fundamentale er, at der er tid og rum til opgaven. Vi understreger, at der er tale om interne anliggende i kommunerne ikke emner, der kræver nationale aftaler eller rammer. De nævnes her, fordi de er grundlæggende forudsætninger for, at ethvert tænkeligt tiltag på området kan lykkes:

- **Kommunalt fokus på ledelsesspænd:**
Ledelseskommisionens anbefalinger til ledelsesspænd er langt fra opfyldt alle steder. Det bør de. Ledere med for stort ledelsesspænd har ikke nogen som helst reel mulighed for at ændre, implementere eller fastholde noget som helst i praksis.
- **Kommunalt fokus på frontlinjeledernes tid:**
Det er afgørende, at *alle* kommuner forholder sig helt konkret til frontlinjeledernes tid – og dermed muligheder for at bedrive nogen som helst form for reel ledelse i praksis. Vores påstand er, at man langt fra alle steder har gjort sig klar, hvad det egentlig er, der forventes af frontlinjelederne, og hvilke rammer den enkelte kommune samlet set har sat omkring deres ledelsesopgave.

Uden tid og rum til faglig ledelse er det en utopi

Et eksempel: Hvis en leder i hjemmeplejen har 56 medarbejdere i direkte reference, skal holde MUS/GRUS med dem alle hvert år, skal gennemføre et stort antal ansættelsesprocesser årligt (fordi personaleudskiftningen er betydelig i denne sektor), skal holde alle sygefraværssamtaler (som følge af en stram og fornuftig sygefraværspolitik i hele kommunen), skal styre økonomi og budgetter, sikre uddannelse til elever og efteruddannelse til medarbejdere, skal have styr på driften, vagtplaner og vikardækning, og desuden implementere FSIII og en ny omsorgsjournal – så er faglig ledelse ren utopi!

Ingen nye tiltag, politikker, kvalitetsrammer mv. får effekt på den hverdag, borgerne møder, hvis der ikke er tid og rum til faglig ledelse; og implementering. Det nytter ikke noget at tale om værdighed og faglig ledelse i ældreplejen, hvis der ikke reelt er tid og rum til det.

Derfor er det en *skal-opgave* i den enkelte kommune at lave et meget konkret regnestykke over frontlinjeledernes tid og de opgaver, den enkelte kommune har lagt på deres bord. Vores vurdering er, at variationen er stor kommunerne imellem. Men der er ingen tvivl om, at et af de steder ledelsesspændet i

den offentlige sektor er størst, er på det kommunale ældreområde. Og med et stærkt politisk fokus på 'varme' hænder i stedet for 'kolde' hænder er det ikke ude i driften på ældreområdet, at der ydes mest støtte til den mere administrative del af ledelsesopgaven.

Netop derfor er det helt afgørende, at den enkelte kommune – og den enkelte frontlinjeleder på ældre- og sundhedsområdet – får helt klart overblik over, om der reelt er tid og rum til faglig ledelse, alle steder.

2. Skab en klar national ramme for hvad faglig ledelse er i praksis

Der er behov for at gøre det helt klart – for både ledere og medarbejdere – *hvad* faglig ledelse er. Det bør indgå i en national kvalitetsramme for ældre- og sundhedsområdet i kommunerne (se senere i dette skriv).

Vi foreslår, at aktører som KL, FOA, DSR, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen og evt. resten af Sundhedskartellet, inddrages i arbejdet.

Vi mener, det er væsentligt at gøre følgende meget mere tydeligt, end det er i dag:

- Faglig ledelse er at skabe gode og effektive rammer, der fungerer i hverdagens praksis, og som sikrer, at der arbejdes systematisk, tværfagligt og løbende med hele borgerens situation; tilstand, adfærd, trivsel, velvære og ikke mindst værdighed. Der findes allerede en lang række metoder og værktøjer til dette, som vi vil komme ind på senere i dette skriv.
- Faglig ledelse er således *andet og mere end sparring med en leder om en konkret borger*.
- Faglig ledelse *bedrives af mange andre end formelle ledere*: Sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter såvel som social- og sundhedsassistenter er væsentlige for faglig ledelse på hvert deres niveau og med hver deres faglighed. De skal bedrive, være tilgængelige for, iscenesætte og opsøge muligheder for at bedrive faglig ledelse i hverdagen. Det er derfor en afgørende forudsætning for faglig ledelse, at alle kommuner forholder sig helt konkret til de lokale rammer for faglig ledelse: *Hvem* bedriver faglig ledelse? *Hvornår*? *Hvordan*?

Uklarhed om faglig ledelse

Der findes en lang række "faglige koordinatore", "kvalitetskonsulenter" mv., som bedriver faglig ledelse, men som ofte er dekoblet fra den formelle ledelse, og som mangler gennemslagskraft i organisationen. Deres rolle og ansvar er ofte uklart. Brugen af denne type funktioner kalder på langt større fokus på [sammenhæng i ledelseskæden](#) (jf. Ledelseskommisionen) – særligt når det gælder faglig ledelse.

3. En national kvalitetsramme for det kommunale ældre- og sundhedsområde

Hvis man har fulgt området i et årti eller flere, bliver man helt træt, bare man læser denne overskrift: Endnu engang nogen der foreslår, at der skal udarbejdes endnu et stykke nationalt papir...

Derfor har vi også vores sunde skepsis – vi står trods alt med sammenlagt 9 årtiers erfaring på området. Og vi har set et utal af politikker, handleplaner og reformer blive rullet mere eller mindre halvhjertet ud over området. Alligevel mener vi, at der er behov for en forpligtende national kvalitetsramme. Det afgørende for os er, hvad der helt konkret menes med "kvalitetsramme" og "forpligtende", såvel som at en ambitiøs efterfølgende implementeringsindsats medtænkes helt fra starten. Det er det, vi fokuserer på i dette afsnit.

Der mangler en fælles national ramme, der stiller *krav* til en række værktøjer og metoder, som skal anvendes meget mere systematisk i alle kommuner. Vi skal til at bruge al energien på at lykkes med opgaven til gavn for borgerne – ikke på at hver kommune, hvert plejehjem, hver hjemmesygepleje og hvert hjemmeplejedistrikt selv opfinder sine egne metoder og dybe tallerkner. Sådan er det i for høj grad i dag.

Derfor har vi udarbejdet en bruttoliste med 7 meget konkrete tiltag, der bør indgå i en forpligtende national kvalitetsramme.

Kvalitetsrammen skal indeholde tiltag, hvor det er muligt at forholde sig meget konkret til implementeringen.

Vores input handler ikke om at få flere diagnosespecifikke tiltag.

Og slet ikke flere vidtløftige visioner. Det har ældreområdet prøvet 117 gange før, og det er ikke det, der mangler!

En parallel til indførelsen af kræftpakker

Situationen minder om indførelsen af kræftpakker: Man gik fra, at alle hospitaler fandt deres egne modeller, til at have én fælles national model med stærk inddragelse af fagfolk. Fokus skiftede fra at opfinde egne modeller til at lykkes med kerneopgaven indenfor en forpligtende national ramme.

Der er mange forskelle mellem kræftområdet og ældreområdet! Fællesnævneren er, at der på begge områder er en masse viden om, hvad der er vigtigt, og hvad vi burde gøre. SST har udgivet gode [anbefalinger](#), systematikker og værktøjer. De bruges mere eller mindre helhjertet mange steder allerede – men det er for spredt, og der mangler konsensus om at gå i takt. Det skal en forpligtende national kvalitetsramme skabe!

Vi foreslår følgende 7 konkrete tiltag i en bindende national kvalitetsramme:

3.1. Der skal holdes hyppige tværfaglige borgermøder: Opbygning af en stærk konferencekultur

I kommunerne er vi gennem årtier gået fra at have borgere til i vidt omfang at have syge mennesker eller mennesker med stor risiko for at blive syge eller opleve fald i funktionsniveau eller livskvalitet. Det kræver noget andet af kommunerne, end det gjorde for bare få år siden. Men den sundhedsfaglige kultur omkring hyppig, systematisk, faglig dialog om borgerne er endnu ikke i tilstrækkeligt omfang blevet en naturlig del af praksis i kommunerne alle steder. Der er ændringer på vej mange steder, bl.a. som følge af [SSTs](#) og andres arbejde med triagering og tværfaglige triagemøder, og arbejdet med tavlemøder og datadrevet kvalitetsudvikling i projekter som fx [I sikre hænder](#). Men det er på tide, at gå fra *kan* til *skal* på dette område.

Derfor foreslår vi, at det indgår i den nationale kvalitetsramme, at der *skal* afholdes tværfaglige borgermøder, hvor man systematisk og fagligt gennemgår, og forholder sig konkret til borgerne. Både i hjemmeplejen og sygeplejen på udeområdet såvel som på plejecentre og midlertidige pladser på indeområdet.

Det kan gøres via metoder til systematisk brug af hverdagsobservationer, triagering, tidlig opsporing af begyndende sygdom mv. Og det kan gøres på daglige-ugentlige triagekonferencer, tavlemøder eller andet. Ligesom man på hospitaler har forskellige formater for, hvordan man holder konferencer. Men det er helt afgørende, at kommunerne også får samme grad af systematisk omkring at holde faglige og hyppige konferencer om borgerne.

Vi foreslår, at det skal foregå min. ugentligt, men mange steder er det allerede i dag en daglig rutine, ligesom på hospitaler. Det skal foregå alle steder, og det skal være tværfagligt med deltagelse af medarbejdere i driften.

Et element i kræftpakkerne er faktisk, at alle patienter skal drøftes på såkaldte "multi-disciplinære teamkonferencer" – og helt på samme vis mener vi, det er et rimeligt krav at stille til den kommunale organisering, at det også skal være et krav, at vi i kommunerne arbejder systematisk med at udvikle effektive tværfaglige konferencer om borgerne, hvor alle faggrupper i fronten deltager og kommer i spil. Det er en af de væsentligste arenaer for faglig ledelse og tværfagligt samarbejde i hverdagen.

3.2. Habitualskemaer på alle borgere: Rettidig omhu er kernen i forebyggelse på ældreområdet

En meget stor del af kommunernes opgave på sundhedsområdet handler om at forebygge; ikke kun på den lange bane med indsatser målrettet KRAM-faktorer. Men også på den meget kortere bane, hvor kommunerne via tusindvis af medarbejdere på sundheds- og ældreområdet har en unik mulighed for tidligt at se og reagere på tegn på, at en borger måske har det skidt, er ved at blive syg, eller at funktionsniveauet falder mere eller anderledes end forventet.

Det kræver både, at medarbejderne har en høj grad af kontinuitet i relationen til den enkelte borger, og at de har viden om, hvad der er vigtigt at have blik for. Men det kræver også systematik i observationer af relevante ændringer i borgernes tilstand, hverdag og nære omgivelser. Anerkendte metoder til dette som allerede er i brug mange steder i dag, er beskrevet i [SST's anbefalinger](#) på området. Et helt centralt værktøj til at sikre dette er habitualskemaet.

Derfor bør det være et krav, at der *skal* føres habitualskema på alle borgere, og at de skal indgå aktivt i triageringen og de tværfaglige møder.

3.3. Der *skal* arbejdes systematisk med patientsikkerhed i kommunerne

Lovgivning om patientsikkerhed gælder også i kommunerne. Patientsikkerhed – eller borgersikkerhed når det er i en kommune – handler ikke om at finde fejl. Patientsikkerhed handler om at lære af og i praksis, og om at ændre praksis. Patientsikkerhedsarbejdet rummer en stor og international værktøjskasse af veldokumenterede metoder og systematikker.

Klager og utilsigtede hændelser er en kilde til skabe læring og forbedringer og *skal* anvendes systematisk i arbejdet med at forbedre arbejdsgange. Et væsentligt element i patientsikkerhedsarbejdet er at 'gøre det rigtige nemt'. Det handler om at gøre de rigtige arbejdsgange 'nemme' – helst uundgåelige. Systematisk anvendelse af anerkendte og testede [forbedringsmetoder](#) er en hjørnesten i kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet og bør være en del af en forpligtende national kvalitetsramme.

"Forbedringer" skal forstås bredt som ændringer i strukturer og processer, der medfører bedre kvalitet for borgeren. Forbedringsarbejde handler ikke i sig selv om, hvad god kvalitet er men om, hvordan man rent faktisk opnår den kvalitet, man har sat som sit mål.

Systematisk arbejde med kvalitet og patientsikkerhed kræver dog, at personale og ledere bliver uddannet i metoderne. Fx bør en metode som [sikkerhedsbriefing](#) indgå på daglige tavlemøder/konferencer.

Det er helt centralt i kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet, at der implementeres 'i bund', det vil sige, at alle borgere kan regne med at blive behandlet efter de faglige standarder, der er aftalt, alle sammen, altid. Den forudsigelighed og systematik betyder også sikkerhed for medarbejderne, hvilket er en forudsætning for, at de også kan føle sig trygge i hverdagen i det arbejde, de udfører.

Arbejdet med kvalitet og patientsikkerhed kræver også systematisk borger og pårørendeinddragelse, men især metoder som at gå [i borgerens fodspor](#), og at inddrage borgere og/eller pårørende konkret i arbejdet med forbedringer er helt centrale.

Men det kræver, at de ledere, der skal drive dette arbejde, er i stand til det og ved hvordan. Det gør de langt fra i tilstrækkelig grad i dag.

At arbejde systematisk med patientsikkerhed og kvalitetsudvikling i praksis er ikke noget, man bare lige gør, fordi en national kvalitetsramme – eller lovgivningen – kræver det. Men det er helt afgørende, at rammen og lovgivningen er på plads og sikrer, at systematisk kvalitets- og patientsikkerhedsarbejde bliver en skal-opgave. Men i virkelighedens verden kræver det også, at der rent faktisk opbygges kompetencer og kapacitet til at arbejde systematisk, datadrevet og lærende.

3.4. Der skal arbejdes systematisk med borgernes livskvalitet, selvbestemmelse og trivsel

Vi husker alt for godt billederne af Niels og Else i TV2 dokumentaren ”*Plekehjem bag facaden*”. Alle kan være enige om, at det de var udsat for, på ingen måde var en værdig ældrepleje.

At skabe en værdig ældrepleje, hvor der reelt er fokus på den enkelte borgers livskvalitet, selvbestemmelse og trivsel, er *ikke* en *kan*-opgave i dag. Det er allerede en *skal*-opgave, som kommunerne forpligtes til i [servicelovens](#) (§1, §81, §81a §82 og §124). Og siden 2016 har alle kommuner været forpligtet til at udarbejde en [værdighedspolitik](#), netop for at få mere fokus på dette område i hverdagen. Alligevel tegner dokumentaren et andet billede af den ældrepleje, Else og Niels møder.

At sikre borgerne bedst mulig livskvalitet, trivsel og selvbestemmelse – altså en værdig ældrepleje – er en *faglig* opgave helt på linje med de sundhedsfaglige opgaver på ældre- og sundhedsområdet. Og det er ingenlunde et nemt arbejde. At yde omsorg og pleje til borgere der fx er svækket af demenssygdom, og derfor har vanskeligt ved at samarbejde, er en kompleks faglig opgave, der kræver stærke faglige kompetencer. Og der findes allerede gode [værktøjer](#) og [redskaber](#) på området, og [ældretilsynet](#) indeholder målepunkter omkring selvbestemmelse, trivsel, livskvalitet og brugen af faglige metoder i arbejdet med borgerne med særligt fokus på bl.a. demente, psykisk syge og misbrugere (se [ældretilsynets](#) målepunkter 1.1, 2.1 og 3.1).

Udfordringen er således ikke, at der mangler redskaber, metoder og viden, eller at tilsyn og lovgivning ikke har fokus på borgernes værdighed, selvbestemmelse, trivsel og livskvalitet. Udfordringen er, at der ikke *alle* steder arbejdes lige systematisk og faglig funderet med dette tema. Det er der selvfølgelig forskellige årsager til. Noget af det handler om kompetencer – både medarbejderes og lederes. Noget af det handler måske også om tid. Noget af det handler om prioritering. Men noget af det handler også om kultur.

Kultur præges og formes af de rammer, der gælder på et område, og som har gennemslagskraft i praksis, og dermed præger hverdagen for både borgere og medarbejdere. Ældreområdet er præget af en anden form for styringssystemer og logik end det sundhedsvæsen, vi kender i andre sektorer. Med rødder i servicelovens rettighedstænkning og med afsæt i kravet om frit valg af leverandør på hjemmehjælpsområdet (i §91 i [serviceloven](#)), er der gennem årene udviklet en adskillelse af de medarbejdere, der er *bestillere*, og som træffer *afgørelser* om, hvilke helt konkrete (*service*)ydelse en borger får *bevilget*, og dermed har *ret* til – og på den anden side de medarbejdere borgerne efterfølgende møder, som blot er *udførere* eller *leverandører* af de konkrete (*service*)ydelser. Det er den grundlæggende ramme, der er omkring relationen mellem faglig medarbejder og borger på ældreområdet, der er med til at skabe en hverdag, hvor alt fra styringssystemer til kultur er præget af en opdeling af plejen i afmålte, specificerede konkrete serviceydelser, der er udtryk for de politisk godkendte kvalitetsstandarder, som i praksis snarere er serviceniveauer. Det er de ydelser, som andre har bestilt, som nu jf. dagens køreliste skal leveres, krydses af, swipes ud, vinges af. Det vil være naivt at tro, at den styringslogik ikke har konsekvenser for kulturen på et område.

Vi vil ikke påstå, at det er umuligt at bedrive værdig ældrepleje inden for rammerne af serviceloven og den BUM-model, som er blevet måden, lovkravet om frit valg er implementeret på i praksis. Men det skaber udfordringer, at denne del af det kommunale ældreområde er underlagt en helt anden styringslogik end resten af sundhedsvæsenet. Og det gør det i hvert fald ikke lettere at skabe et sammenhængende sundheds- og ældreområde, hvor der er stærkt fokus på at inddrage borgerne og tage afsæt i deres aktuelle behov og muligheder. Derfor er det væsentligt at få fokus på, hvad det egentlig betyder for hverdagen derude, at vores styring af området skaber en hverdag, hvor det der møder en enkelte medarbejder hver morgen, er en kørelister med opgaver (borgere!), der har ret til helt bestemte tidsafmålte ydelser, som medarbejderne blot skal levere – uanset borgerens aktuelle behov og situation den dag.

Lige nu og her er der imidlertid behov for at styrke faglighed og ikke mindst systematik i arbejdet med trivsel, selvbestemmelse og livskvalitet på måder, der er væsentligt mere konkrete end værdighedspolitikkerne. Vi foreslår derfor, at konkrete metoder og redskaber på dette område bliver en del af den nationale kvalitetsramme – helt på linje med de mere sundhedsfaglige temaer.

3.5. Der skal holdes indflytningssamtaler på plejehjem

Det siger sig selv, at det er en stor omvæltning i et menneskes – og en pårørendes – liv at flytte på plejehjem. Derfor bør der stilles krav om, at der afholdes en indflytningssamtale i samarbejde med egen læge (som i nogen tilfælde vil være en plejehjemslæge).

Det bør ikke afhænge af, hvorvidt det enkelte plejehjem eller den enkelte læge synes, det er en god metode – ligesom det heller ikke er et valg i den enkelte folkeskole at afholde skole-hjem-samtaler som en integreret del af skole-hjem-samarbejdet.

Rammerne for indflytningssamtalen er der allerede udarbejdet gode skabeloner til – også i regi af almen praksis (fx i Frederiksberg Kommune) helt på samme vis, som der flere steder er udarbejdet rammer for andre fælles tiltag som fx opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse (der er en ydelse i overenskomsten med PLO). Der kan således med fordel tages udgangspunkt i de skabeloner og de erfaringer, der allerede er gjort med indflytningssamtaler. Men der skal udarbejdes fælles nationale rammer for indflytningssamtaler, formål og minimumsindhold, og hvor det gøres klart, hvem der deltager i en indflytningssamtale: Borger, pårørende, egen læge, borgerens navngivne sundhedsfaglige tovholder (jf. senere forslag i dette afsnit). Desuden bør en sundhedsfaglig leder – enten af plejehjemmet eller af afdelingen – altid deltage.

3.6. Alle borgere skal have tilbud om en samtale om den sidste tid

Overbehandling, uklarhed om borgernes ønsker, uklarhed om muligheder for behandling og lindring, kombineret med for mange indlæggelser præger alt for mange menneskers sidste tid. Vi ved, det er vigtigt at [tage samtalen](#), og der er udviklet forskellige metoder og værktøjer, der kan støtte de sundhedsfaglige og hjælpe dem med at blive klar til samtalen. Mange steder på både hospitaler og i kommuner arbejdes der systematisk med at sikre samtalerne, men vi er stadig langt fra at sikre, at det bliver tilbudt borgerne på systematisk vis.

Derfor bør det ikke være op til den lokale ledelse eller den enkelte praktiserende læge, om de synes, det er en god idé at tage den svære men nødvendige samtale om den sidste tid. For borgernes ønsker i forhold til deres sidste tid, kan nemlig ikke respekteres, hvis ønskerne ikke er kendte og dokumenteret korrekt. Og borgerne kan ikke vælge, hvis de ikke kender deres muligheder – og rettigheder. Det kræver blandt andet, at der *alle* steder er helt styr på de [juridiske aspekter](#) af at tage samtalen om valg og fravalg i relation til livsforlængende behandling og genoplivningsforsøg. Men det kræver også, at der er en systematik omkring at få taget samtalen på rette tidspunkt for alle borgere, der bor på plejehjem, og at samme systematik sikres for borgere i eget hjem. Og endelig: At medarbejderne er klar til samtalen.

Opgaven er ikke let og kræver et tæt samarbejde mellem kommuner og almen praksis. Men *alle* borgere – og evt. pårørende – skal have tilbuddet om en samtale om den sidste tid – inden det er for sent. Som borger kan man altid takke nej. Men tilbuddet om en samtale skal være en ret.

3.7. Alle borgere skal have én navngiven faglig tovholder i kommunerne

I det regionale sygehusvæsen er retten til at få én faglig tovholder et af de ønsker, allerflest patienter har haft – og som skiftende regeringer har arbejdet på i mange år og under mange navne: "personlig læge", "behandlingsansvarlig læge", "patientansvarlig læge" og "sundhedsfaglig kontaktperson" for blot at nævne et par eksempler. Det har været inde og ude af sundhedslovgivningen – det har været inde og ude af økonomiaftaler. Og det har været meget svært at få til at fungere i praksis.

Men politikernes formål har hele tiden været, at patienterne skal have ret til at have én navngiven person, som er deres tovholder, som er ajour med deres forløb, og som er et "kendt ansigt", de kan henvende sig til, i et stadig mere specialiseret hospitalsvæsen præget af kortere indlæggelser, og hvor flere og flere lider af multisygdom på tværs af specialer og afdelinger.

I almen praksis tillægger vi det meget stor værdi, at man som borger har sin egen læge. I større lægehuse såvel som i regions- eller udbudsklinikker kan dette være svært. Men langt de fleste danskere har én praktiserende læge, som de kender.

Sådan bør det også være, når vi kommer i berøring med det kommunale ældre- og sundhedsvæsen. Ikke mindst fordi de fleste er ældre, skrøbelige, har sværere ved at overskue og navigere i sundhedsvæsenet. Det virker paradoksalt, at den personlige tovholder er vigtig i almen praksis, på hospitalsområdet – mens vi slet ikke har haft det samme fokus på det kommunale ældre- og sundhedsområde.

Belært af erfaringerne – og de mange fejlslagne forsøg – på at indføre kontaktpersoner på hospitalsområdet, er det dog vigtigt at gå ydmygt, kritisk og meget praksisnært til opgaven: En national ordning skal give mening for borgere, pårørende og medarbejdere, og den skal kunne fungere i hverdagens praksis. Det kan lyde banalt, men belært af 20 års erfaringer med skiftende versioner af konceptet i hospitalssektoren, er det vigtigt at holde fokus på det helt basale – som ikke er det mindste banalt:

Det er vigtigt at være meget præcise med, hvad der helt konkret ligger i en tovholderrolle; meget mere præcise end man i flere tilfælde har været i hospitalssektoren. Det er vigtigt at undgå meningsløse ordninger, hvor borgerne ikke aner, hvem deres tovholder er, og hvor tovholderen ikke kender borgerne. Så hellere helt lade være.

Det er vigtigt, at man kan differentiere ordningen: Nogle borgere i meget komplekse forløb med multisygdom og høj social kompleksitet har måske brug for en håndholdt koordinerende indsats fra en sygeplejerske. Andre borgere der får rengøring og praktisk hjælp, har brug for en klar kontaktperson i form af en social- og sundhedshjælper, der følger op på alt fra hverdagsrehabilitering til habitualskema – og har et ekstra øje på netop dén borger. Borgere der får midlertidig hjemmehjælp i et såkaldt rehabiliteringsforløb (§83 A i serviceloven), har måske brug for en konkret ergoterapeut eller en social- og sundhedsassistent, som tager en afslutningssamtale med dem, når det midlertidige forløb slutter. Borgerne er forskellige, forløbene er forskellige – og det skal en meningsfuld tovholder-model kunne rumme. Men *alle* borgere har brug for en navngiven person, som er *deres* tovholder af gavn og ikke blot af navn!

Ligesom vores øvrige forslag til en national kvalitetsramme er tovholdere i kommunerne heller ikke noget nyt koncept: Der findes kommuner derude, som arbejder mere eller mindre systematisk med forskellige former for kontaktpersoner og forløbsansvarlige tovholdere (fx Aarhus Kommune).

Dette var vores 7 konkrete input til en national kvalitetsramme for det kommunale sundheds- og ældreområde. Det skal understreges, at det ikke er en kvalitetsstandard for, hvad kommunerne skal levere. Det er i stedet en fælles forpligtende ramme for, hvordan kommunerne skal arbejde langt mere ensartet med fælles anerkendte systematikker og metoder, så vi ved, at der skabes en høj faglighed – på alle parametre, ikke kun snævert sundhedsfagligt set. Hvorvidt der også er behov for tydeligere kvalitetsstandarder på det kommunale ældre- og sundhedsområde, forholder vi os ikke til her i dette udspil. Det er vigtigt, at en kvalitetsramme for det kommunale sundhedsvæsen ses i tæt sammenhæng med øvrige relevante tiltag, særligt et nationalt kvalitetsprogram for hele sundhedsvæsenet.

Fra kvalitetsramme på papir – til kvalitet og værdighed i borgernes hverdag

Hvad skal få en fælles national kvalitetsramme til at gøre en forskel for borgerne, og ikke bare blive endnu et politik-papir i en efterhånden lang række?

Første og fremmest er det vigtigt at understrege at alt, hvad vi har foreslået, er ”gammel vin”, og en national kvalitetsramme er sådan set ikke andet end en ny flaske. Det nye er, i det her, et meget konkret praksisnært fokus indenfor en ramme der er forpligtende for alle kommuner.

Igen er parallellen til kræftpakkerne relevant: De blev heller ikke opfundet centralt i Sundhedsstyrelsen. De blev udviklet mere eller mindre systematisk og parallelt på en række forskellige sygehuse, ikke mindst i

kælderer under det daværende Vejle Sygehus. Opgaven på nationalt plan bestod i at sikre en fælles, ensartet og forpligtende ramme for *alle* kræftområder og for *alle* sygehuse og regioner – og i at sikre at de blev implementeret i praksis.

Vi foreslår værktøjer, som allerede er udviklet, og som i større eller mindre grad allerede er i brug mange steder derude. Det der mangler – og som kun kan løftes på nationalt plan – er, at alle tager dem i brug og arbejder inden for den samme klare kvalitetsramme.

Vi mener, en af de store udfordringer på det kommunale ældre- og sundhedsvæsen er, at der i dag bruges alt for mange kræfter på at opfinde egne løsninger og lokale metoder. Men selvstyret i kommunerne skal ikke bruges til, at den ene leder synes indflytningssamtaler på plejehjem, er en dårlig ide, mens en anden ikke kan se fidusen i systematisk tværfaglig triage.

Den tilgang er ikke ukendt i kommunerne, for på en meget lang række områder er der klare fælles rammer for, hvordan vi løser de kommunale opgaver:

Den form for ensartethed og systematik vi foreslår, kender vi fx i den kommunale sundhedstjeneste men også og i almen praksis på børne- og svangerområdet: Gravide og småbørn har *ret* til helt bestemte undersøgelser i almen praksis, og SST har udarbejdet en meget klar og detaljeret [vejledning](#) på området, som beskriver sundhedsplejen; herunder antal besøg hos det enkelte barn, frekvensen og det konkrete indhold og fokus. Det har man valgt, fordi vi som samfund vil sikre, at vi får løftet indsatsen overfor *alle* børn – ikke kun for nogle børn i rige kommuner eller kommuner, der prioriterer sundhedspleje højt.

Det vi foreslår, er egentlig bare, at den samme form for tænkning, faglighed og systematik der ligger bag indsatsen på børneområdet, også anvendes på det kommunale sundheds- og ældreområde.

Kvaliteten på sundheds- og ældreområdet bliver ikke bedre af, at vi bliver ved med at gå mindst 98 forskellige veje. Det har man i høj grad måttet sande i det regionale sundhedsvæsen de sidste årtier – nu er tiden kommet til at bruge den samme tilgang i kommunerne.

Det er vigtigt, at en national kvalitetsramme ikke bliver en spændetrøje. Kvalitetsrammen skal gøre det helt tydeligt og klart for kommunerne og den enkelte leder derude, hvad faglig ledelse er i praksis, og hvilke grundlæggende værktøjer og metoder de *som minimum* skal have i brug. En fælles ramme vil på mange måder gøre ledelsesopgaven lettere: Nu skal tiden ikke længere bruges på at finde ud af, hvorvidt hjemmeplejelederen i distrikt øst i Skovkøbing Kommune kan overbevises om, at systematisk triagering er vigtigt, eller på at lederen af sygeplejen i Søkkøbing Kommune skal overbevises om, at det er væsentligt, at hendes sygeplejersker finder tid til at deltage i de tværfaglige triagemøder eller tavlemøder sammen med social- og sundhedshjælpere og -assistenter. For det bør være *skal*-opgaver. Energien skal i stedet bruges på, at få indholdet i den nationale kvalitetsramme til at virke i praksis.

Det tværsektorielle samarbejde vil også blive lettere af, at det bliver mere ensartet og transparent, hvad det kommunale sundhedsvæsen er, og hvordan det fungerer: Praktiserende læger (og hospitaler) vil vide med sikkerhed, hvordan der arbejdes i alle kommuner. Vi kan skabe langt bedre kendskab til *dét* kommunale sundhedsvæsen på tværs af sektorer, hvis kommunerne har en fælles kvalitetsramme med fælles grundbegreber og arbejdsmetoder, som gør det lettere for almen praksis og hospitaler at samarbejde med kommunerne. Kommunerne bliver 98 brikker i det samme puslespil, som danner *ét* samlet billede af det kommunale sundheds- og ældreområde.

At gøre den nationale kvalitetsramme til en klar og konkret *skal*-opgave er imidlertid ikke nok. Det kræver også et vedvarende nationalt fokus på implementeringen. Vi har to konkrete forslag til, hvordan man sikrer en langsigtet implementering og den kulturændring, det vil betyde i mange kommuner:

4. Et samlet, styrket og læringsorienteret sundheds- og ældretilsyn

På topmødet pegede flere af grupperne på, at sundheds- og ældreområderne i kommunerne for længst er smeltet sammen i praksis: Borgerne på plejehjem er i vidt omfang syge borgere, og i hjemmeplejen ved vi udmærket godt, at selvom borgerne måske endnu kun får praktisk hjælp – til fx rengøring – så er det borgere, der er i risiko for at udvikle enten somatisk sygdom, fald i funktionsniveau, eller psykisk sygdom som fx depression i forbindelse tab af ægtefæller og venner. Der er ikke længere noget ældreområde, som er adskilt fra det kommunale sundhedsområde. Medarbejderne i hjemmeplejen er langt overvejende social- og sundhedsfagligt uddannet, og de leverer både ydelser under sundheds- og serviceloven. Det er en styrke, og den virkelighed skal vi indrette myndigheder, systemer og lovgivningen efter.

Op til Ældretopmødet har KL bl.a. stillet [forslag](#) om, at de to nuværende parallelle ældre- og sundhedstilsyn samles i ét tilsyn. Det er den eneste rigtige løsning, mener vi: Der skal være én stærk og læringsorienteret tilsynsenhed i STPS, som har én tilsynsopgave i kommunerne.

I forbindelse med en sammenlægning af de to tilsyn bør indholdet og formen gentænkes, så der kommer et stærkt fokus på, at tilsynet skal understøtte alle elementer i den forpligtende nationale kvalitetsramme. Det samlede tilsyn skal forholde sig til, hvorvidt og hvordan kommunen lever op til minimumsstandarderne i kvalitetsrammen. Tilsynet skal også *walk the talk*: Hvis det vigtige er den virkelighed, der møder borgerne, så skal tilsynet også have mulighed for tilstedeværelse i og observation af praksis – og ikke kun forholde sig til, hvorvidt dokumentation, politikker og arbejdsgangsbeskrivelser er i orden. Det er afgørende, at tilsynet får mulighed for at forholde sig til praksis: *Hvordan* holdes fx triagemøder? *Hvordan* håndteres borger, der triageres "røde"? *Hvordan* fungerer indflytningsbesøg i praksis? Og hvordan så den seneste nationale "LUBO-undersøgelse¹" ud, og *hvordan* arbejder det enkelte plejehjem helt konkret med resultaterne af den i samarbejdet med bestyrelsen²?

Man skal ikke underkende, at et tilsyn også har en kontrolfunktion. Men der kan godt samtidig arbejdes læringsorienteret, hvis man fra politisk hold sætter klare rammer for et styrket og samlet tilsyn og sikrer, at tilsynet reelt har tid og rum til observation af praksis og til dialog med medarbejdere og ledere på flere niveauer, og til inddragelse af borgere og pårørende, fx via de bestyrelser vi foreslår i et senere afsnit.

Det bør også være muligt for kommuner og institutioner selv kan rekvirere tilsyn, som der blev stillet forslag om fra andre grupper på Ældretopmødet. (Hvorvidt dette skal være en service kommunerne selv betaler for, er et politisk spørgsmål).

Endelig skal det bemærkes: Tilsyn er en meget lille del af et meget stort ældre- og sundhedsområde. Det er naivt at tro, at et tilsyn kan drive det store løft af hele området. Tilsynet skal understøtte den nationale kvalitetsramme, så alle arbejder i samme retning og trækker på samme hammel. Men det er ikke en tilsynsmyndighed – lige meget hvor stærk den bliver – der kan drive implementeringen af en national kvalitetsramme på hele ældre- og sundhedsområdet.

¹ LUBO står for Landsdækkende Undersøgelse af Borger- og pårørendeoplevelser, og beskrives i et senere afsnit.

² Bestyrelser beskrives i et senere afsnit.

5. Et obligatorisk nationalt lederprogram om praksisnær faglig ledelse

Det er utopi at tro at den form for faglig ledelse, der skal til over de næste mange år for at løfte ældre- og sundhedsområdet, kommer til at blomstre op af sig selv. Eller at det automatisk kommer, fordi der bliver lavet en forpligtende national kvalitetsramme. Eller fordi tilsynet bliver samlet og får fokus på alle elementer i kvalitetsrammen.

Hvis ikke der samtidig søsættes en ambitiøs implementeringsindsats bag den nationale kvalitetsramme, så er rammen – lidt firkantet sagt – ikke det papir værd, den er skrevet på! Og hvis der er én ting, det kommunale ældre- og sundhedsområde ikke har brug for, så er det flere vidtløftige planer, smukke visioner og virkelighedsfjerne politikker! Enten ser parterne hinanden i øjnene og beslutter sig for at lave det turn-around, der skal til for reelt at implementere en fælles national kvalitetsramme – eller også skal man lade helt være og se tiden an til, der en dag kommer politisk, økonomisk og organisatorisk momentum til virkelig at lave en langsigtet fælles satsning, der kan mærkes helt ude i frontlinjen hos både medarbejdere og borgere.

I så stor og decentral en sektor som denne ligger den store opgave – og den store investering – i at få tingene til at ske i praksis. Ikke i at udarbejde fælles rammer og slå et par tilsyn sammen.

Derfor foreslår vi, at den største satsning bliver en obligatorisk national lederuddannelse med fokus på lederne i frontlinjen, der skal gøre dem i stand til rent faktisk at leve op til den nationale kvalitetsramme.

Der er behov for at skabe et fundament for, at dem der skal drive hele dette turn-around, reelt kan løfte opgaven, og at de kan løfte den i flok. Det er ikke en lokal opgave i den enkelte kommune. Det er en fælles opgave, der skal løses tværgående i ét samlet kommunalt sundhedsvæsen.

Lederne i frontlinjen har brug for at se og høre, hvordan andre løser de samme opgaver og udfordringer, som de selv står med. Men det er kun muligt, hvis afsættet for faglig ledelse bliver en fælles og bindende kvalitetsramme. Ellers står de med mindst 98 forskellige opgaver! Den fælles kvalitetsramme er forudsætningen for, at lederne kan løfte i flok og lære af hinanden.

Lederne har brug for netværk på tværs af kommuner, ikke bare inden for deres egen kommune. De har brug for konkret viden om metoder og erfaringer: Hvordan skaber man faglig læring i hverdagen, helt konkret? Hvordan sætter

En parallel til dengang overlæger skulle lære at lede

Med Speciallægekommisionen i 2000 blev der defineret 7 lægeroller. De blev i en lang årrække herefter omdrejningspunktet for en massiv og obligatorisk efteruddannelsesindsats for overlæger, hvor tusinde af overlæger deltog hen over mere end et årti. Rollerne er siden revideret og præciseret, men det at give overlægerne reelle kompetencer til at bedrive ledelse, det var ikke en opgave, det enkelte hospital eller den enkelte region (tidl. amt) løste selv. Det krævede en samlet national indsats, hvor det også blev klart, hvad det egentlig var, der krævedes af en overlæge i det danske sundhedsvæsen.

Ledere i det kommunale ældre- og sundhedsvæsen er – med en enkelt undtagelse eller to – ikke overlæger. Men den opgave, sektoren står overfor, er sammenlignelig med situationen efter speciallægekommisionen i 2000. Det er mellemlederne, dem i frontlinje, som er det helt afgørende for det sundhedsvæsen, patienter eller borgere møder.

Hvordan udøves faglig ledelse *egentlig* i praksis?



Kilde: "*Faglig Ledelse i praksis*", SST 2019

man som leder kerneopgaven – borgeren – i centrum? Hvordan følger man op på effekt og kvalitet? Hvad vil det helt konkret sige, at være tæt på praksis og gå forrest?

Lederne i første linje er de vigtigste, hvis sundheds- og ældreområdet reelt skal ændres. Det er dem, der skal drive udvikling, dem der skal sætte retningen og holde fast, også når det er svært. Hvis ikke den nationale kvalitetsramme giver mening for dem, hvis ikke de ved, hvordan de tager ejerskab til den og bedriver fagligt lederskab i praksis, så sker der ingen ændringer. Og hvis ikke de får det samme sprog og kan hjælpe, støtte og sparre med hinanden med de fælles opgaver, så er det svært at se, hvordan alle de store visioner på sundheds- og ældreområdet nogen sinde skal kunne blive noget konkret, som de borgere det hele handler om, rent faktisk kan mærke.

Men det kræver et nationalt lederprogram, som over en længere periode – måske et årti eller mere – kan klæde lederne i det kommunale sundhedsvæsen på til opgaverne. Det skal være ambitiøst og seriøst. Hele sektoren – ikke mindst den politiske ledelse på alle niveauer – har enorme forventninger til lederne i frontlinjen. Det mindste vi kan gøre, er at klæde dem ordentligt på til opgaven.

Øvrige forslag til styrket borger- og pårørendeinddragelse i praksis

Ud over disse 7 konkrete tiltag vil vi nævne yderligere to tiltag, som vi mener, er væsentlige, men som ikke retter sig nær så specifikt mod faglig ledelse på det kommunale sundheds- og ældreområde. Begge forslag handler om inddragelse af borger og pårørende, hvilket der var et massivt ønske om på Ældretopmødet, og som fremføres igen og igen i debatten om det kommunale ældre- og sundhedsområde.

Derfor er det på tide at komme med andet og mere end opfordringer til, at det *bør* ske i større og mere systematisk omfang, end det *gør* i dag. Det er ikke nok at komme med *opfordringer* til, at der bliver lyttet mere til borgere og pårørende.

De to konkrete forslag herunder *gør* det ikke alene. Men det er tiltag, der vil have *effekt* alle steder, og som vil sikre et *fælles* fundament for inddragelsen af borgere og pårørende. Således mener vi på ingen måde, at det kommunale sundheds- og ældreområde er i mål med at inddrage borgere og pårørende alene med disse to tiltag. Men vi mener, de er gode bud på, hvad man fra nationalt og politisk hold kan gøre for at hjælpe borger- og pårørendeinddragelse bedre på vej:

Landsdækkende undersøgelse af borger- og pårørendeoplevelser

I det regionale sundhedsvæsen har vi i en lang årrække haft en fælles national undersøgelse af patientoplevelser, kaldet [LUP](#). I det kommunale sundhedsvæsen har de enkelte kommuner i varierende grad udført lokale borgertilfredshedsundersøgelser. Men der har aldrig været et fælles fundament for at undersøge borger- og pårørendeoplevelser i kommunerne – og følge udviklingen på området. Det er på høje tid, at vi får det. Et kommunalt sundhedsvæsen, hvor vi ikke ved, hvad borgerne – eller de pårørende – rent faktisk oplever, hører ikke hjemme i 2020. Derfor foreslår vi, at der indføres en LUBO: Landsdækkende Undersøgelse af Borger- og pårørendeOplevelser.

Det er vigtigt, at indholdet bliver meningsfuldt for både borgere og pårørende men i mindst lige så høj grad for de ledere og medarbejdere, der skal være i stand til at arbejde med forbedring af borgere- og pårørendeoplevelserne hos dem lokalt.

Vi foreslår derfor, at *alle* borgere – ikke kun en stikprøve – der bor på plejehjem, hvert år modtager et nationalt og anonymt spørgeskema, som er udviklet til og målrettet netop denne målgruppe. Det er en krævende opgave, fordi mange borgere er kognitivt svækkede. Det betyder også, at pårørende skal inddrages i vidt omfang. Borgere der modtager hjemmepleje, sygepleje, træning eller aflastning (herunder midlertidige pladser), skal også indgå, men her kan det overvejes, om der på nogle områder kan blive tale om en stikprøve.

Målgruppen for LUBO'en bør være alle borger, som modtager ydelser dækket af Fælles Sprog III (Servicelovens §83, §83A, §84, §86 og sundhedslovens §138).

Særligt på plejehjem men også i hjemmeplejen er det afgørende, at der kan gives samtykke til, at pårørende indgår – ikke kun borgere, der i mange tilfælde ikke vil kunne deltage i undersøgelsen.

Det enkelte hjemmeplejeteam, den enkelte sygeplejeenhed, midlertidige pladser og det enkelte plejehjem skal både kunne se egne resultater, relativt i forhold til resten af kommunen, relativt i forhold til (fx plejehjem i) regionen og på landsplan. Det vil ikke bare give den enkelte leder og den enkelte enhed en viden om borgere og pårørendes oplevelser, de kan tage konkret afsæt i, i det videre arbejde. Men det vil også give dem viden om, hvordan det går hos dem lokalt, sammenlignet med andre. Ikke mindst vil det give lokale såvel som nationale politikere sammenlignelig og valid viden om, hvad det egentlig er, borgere og pårørende oplever. Det vil skabe et andet langt mere nuanceret billede af sektoren, og som vil være baseret på andet og mere end dårlige såvel som gode enkeltstager.

Resultater af en den årlige LUBO skal fremgå af såvel den enkelte kommunes og institutions hjemmeside, og pårørende til plejhjemsbeboere skal informeres om resultaterne.

Vigtigst af alt er, at lederne i de enkelte enheder forpligtes til at arbejde med resultaterne af LUBO'en, og dette arbejde forankres i den enkelt enheds bestyrelse, hvis der er tale om plejehjem.

Arbejdet med at forbedre LUBO-resultater kan blive et omdrejningspunkt i forbedringsarbejdet og i de organer, fx bestyrelser, som kan etableres på ældreområdet – både i hjemmepleje og på plejecentre. Det skal også understøttes af, at systematisk arbejde med LUBO-resultaterne bliver et fokusområde for det nye samlede tilsyn.

Plejehjemsbestyrelser på alle plejehjem

KL har i sit [oplæg til Ældretopmødet](#) stillet forslag om bestyrelser på alle plejehjem. Bestyrelserne skal ikke kun tælle pårørende og beboere, der magter opgaven, men også andre relevante personer fra lokalsamfundet. Forslaget er velbegrunderet og velbeskrevet i KL's oplæg.

Det bør være et krav, at kommunerne opretter bestyrelser på plejehjem – præcis som de har gjort på børneinstitutioner og skoler.

Det er dog vigtigt – jf. det indledende afsnit om tid og rum til faglig ledelse – at kommunerne forholder sig helt konkret til, at det tager tid for lederne at skabe et godt samarbejde med en bestyrelse. Derfor bliver behovet for at se på ledesspænd og administrativ støtte ude hos førstelinjelederne endnu mere aktuelt.

Mange borgere har hjemmepleje og hjemmesygepleje i mange år. Langt flere år end den gennemsnitlige tid en borger bor på plejehjem. Derfor bør der også findes en model for borger- og pårørendebestyrelser på udeområdet. Det er ikke sikkert, bestyrelser er den rigtige løsning, der vil medvirke til at styrke borger- og pårørendesamarbejde på udeområdet. Men det er væsentligt at finde en metode til at sikre et langt mere ensartet og intensivt samarbejde med borgere og pårørende på udeområdet, som også gør det muligt, at de nationale LUBO-undersøgelser kan bringes i spil lokalt.

Vi håber, at vores forslag kan bruges konstruktivt i den videre proces. Ældre- og sundhedsområdet har brug for en fælles, national og langsigtet indsats. Endnu engang tak for et godt Ældretopmøde og for muligheden for at komme med vores faglige bidrag til den videre proces.