



Ældreministeriet
Holmens kanal 22
1060 København K

16. september 2024

Hørings svar til udkast til forslag til ældrelov

Dansk Sygeplejeråd takker for muligheden for at afgive hørings svar til udkast til forslag til ældreloven. Vi sætter stor pris på den løbende dialog og inddragelse, vi har oplevet bl.a. i implementeringssamarbejdet "Sammen om ældreplejen", og vi ser frem til fortsat at bidrage til udviklingen af ældreområdet.

Manglende kobling mellem sundhed og ældre vil gøre helhedspleje vanskelig

Helt overordnet er vi i Dansk Sygeplejeråd bekymrede for den fortsatte mangel på sundhed og sygepleje i aftalen og nu lovudkastet.

Fra Dansk Sygeplejeråds side kan vi ikke se, at man kan komme i mål med helhedspleje uden sundhed og sygepleje. Mange ældre borgere har behov for praktisk hjælp til f.eks. rengøring eller mad og har samtidig en eller flere forskellige sygdomme – det kan være en nyr sygdom, komplikationer til diabetes og måske en hjerte- eller kræftdiagnose oveni. Det er komplekst – og det kræver sygepleje tæt på, og det kræver, at sygepleje bliver tænkt ind i helhedsplejen.

Helhedspleje er i øvrigt ikke nyt for sygeplejersker, som er vant til at tænke i et samlet behov for omsorg, pleje og sygepleje. Det gælder bl.a. i den sygeplejefaglige udredning, hvor sygepleje og sundhedslovsydelser er tænkt ind som en del af helhedsplejebegrebet. Det kan derfor f.eks. undre, at der i §11 står, at helhedspleje i denne sammenhæng indebærer, at "måden hjælpen er visiteret på, tager udgangspunkt i borgerens samlede situation". Det mener vi ikke, der kan være tale om, så længe sundhed og sygepleje ikke er tænkt med ind i helhedsplejen.

Vi vil foreslå, at man i udviklingen af ældreområdet anlægger et reelt helhedsblik på den ældre borger og patient, hvor der tænkes på tværs af *alle* indsatser omkring den ældre – også de sundhedsfaglige. Det vil skabe et langt mere sammenhængende forløb og give et reelt løft af den samlede kvalitet i ældreplejen.

Positivt med fleksible rammer for organiseringen af ældreplejen, men manglende kobling til sundhed efterlader uklarheder

Dansk Sygeplejeråd vil gerne udtrykke stor opbakning til, at loven

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
DK-1250 København K

mandag-torsdag 9.00-16.00
fredag 9.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

giver fleksible rammer for, hvordan kommunerne organiserer deres ældrepleje og ikke detailregulerer, hvordan ældreplejen i kommunerne organiseres. Det giver rum til, at fokus bliver på de mål, man vil opnå, om bl.a. tværfaglighed, kvalitet og kontinuitet. Målene bakker vi op om.

Når lovudkastet mangler koblingen mellem sundhed og ældre, rejser det dog en række spørgsmål vedrørende faste teams som eksempelvis:

- Hvordan sikres de specialiserede sygeplejefaglige kompetencer (f.eks. sårsygeplejerske, stomisygeplejersker m.fl.) i udrulningen af faste, tværfaglige teams, som vi ved, der i stigende grad er behov for i en ældrepleje med stigende kompleksitet?
- Hvad er/bliver sygeplejerskers rolle i de faste teams, herunder ift. det kliniske lederskab og ansvaret for den sygeplejefaglige udredning?

Vi foreslår, at man i loven forholder sig til koblingen til sundhed og bl.a. italesætter forventningen til sygeplejerskers rolle i faste teams.

Formulering om faste teams som del af evaluering bør konsekvensrettes

I lovbemærkningerne er faste teams nævnt som én af de parametre, man vil måle på i en evaluering af ældreloven efter hhv. 3 og 5 år.

Hvis evalueringen skal være i tråd med de øvrige formuleringer om faste teams i lovbemærkningerne, så foreslår vi, at man i teksten om evalueringen konsekvensretter og tilføjer "*eller lignende tværfaglige fællesskaber*".

Ud fra samme logik foreslår vi, at man i evalueringen fokuserer på, om målene om bl.a. kvalitet (herunder adgang til specialiserede sygeplejefaglige kompetencer), tværfaglighed og kontinuitet er opnået, frem for, *hvordan* indsatsen er organiseret. Det vil efter vores opfattelse give en bedre måling af, om formålet med loven er opnået.

Kontinuitetsbegrebet bør bredes ud

I lovtæksten beskrives kontinuitet som noget, der handler om, at der skal være "*færrest mulige forskellige medarbejdere i borgerens hjem (§11)*". Man bør her også indtænke vigtigheden af *faglig* kontinuitet. Det vil sige udover en stabilitet i antallet af medarbejdere en høj, faglig kvalitet i indsatsen, der skal kunne tilpasses den ældres behov, når mange ældre lever med flere forskellige sygdomme og problemstillinger.

I nogle forløb er det en forudsætning for omsorg af høj kvalitet, at den ældre møder fagpersoner med forskellig uddannelsesbaggrund og forskellig sygdomsspecifik viden. Det kan eksempelvis være, hvis den

ældre har behov for specialiseret sygepleje fra f.eks. en sårsygeplejerske, en stomisygeplejerske eller en palliationssygeplejerske. Det er væsentligt, at der samlet set er blik for de forskellige problemstillinger, en borger kan have med de rette specialiserede kompetencer.

Vi vil derfor foreslå, at kontinuitetsbegrebet i ældreloven udvides, så det ikke kun omfatter antallet af personer i hjemmet, men kontinuitet i faglig forstand og helt konkret bl.a. adgang til de rette kompetencer, mulighed for information/dokumentation, der understøtter kontinuitet, samt at ledelsen sikrer arbejds gange, der understøtter kontinuitet.

I tillæg dertil kan formuleringen om "færrest mulige *hjælpere*" være u hensigtsmæssig, idet social- og sundhedsassistenter, ergoterapeuter, fysioterapeuter og sygeplejersker også indgår i ældreplejen og ligesom social- og sundhedshjælpere bør indgå i helhedsplejen. Vi foreslår derfor, at man i det, der handler om antallet af medarbejdere i hjemmet, specificerer, hvilke faggrupper der er tale om.

Afskaffelse af krav om forebyggende hjemmebesøg vækker bekymring og forebyggelse bør indgå i evaluering

Vi er fortsat bekymrede for forslaget om at afskaffe kravet om de forebyggende hjemmebesøg i kommunerne. Ligesom en lang række andre aktører har peget på, så indebærer afskaffelsen en række risici relateret til forebyggelsesindsatsen i kommunerne.

Bl.a. forestiller vi os, at niveauet af den kommunale forebyggelsesindsats vil variere på tværs af i kommunerne, og man derfor som ældre kan være dårligere stillet, hvis man tilfældigvis bor i en kommune, der ikke prioriterer indsatsen lige så højt som nabokommunen.

Især risikerer man at tabe særligt de mest sårbare ældre, som der er brug for en særlig opsøgende indsats omkring. Og generelt risikerer man unødvendig sygdomsforværring og indlæggelser, der kunne have været undgået.

Dansk Sygeplejeråd sætter stor pris på den dialog, der har været med Ældreministeren om emnet, hvor vi har samarbejdet med bl.a. SUFO. Vi kan forstå, at tanken er, at kommunerne af sig selv vil videreføre forebyggelsesindsatsen på samme niveau. Vi kan dog være bekymrede for, at indsatsen generelt vil blive nedprioriteret, når der skal prioriteres i de kommunale budgetter uden et særskilt krav med afsatte midler.

Konkret foreslår vi, at forebyggelse tilføjes som et parameter, der skal måles på i en kommende evaluering af ældreloven. På den måde kan Ældreministeriet holde øje med, om kommunerne viderefører forebyggelsesindsatsen.

Selvbestemmelse kan skabe dilemmaer

Princippet om selvbestemmelse indeholder gode intentioner, men vi må også gøre opmærksom på, at der kan opstå dilemmaer, hvor sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale vil være splittet mellem hensynet til borgerens selvbestemmelse og patientsikkerhed og kvaliteten i indsatsen.

Et eksempel kunne være, hvis den ældre gentagende gange fravælger hjælp til den personlige hygiejne til fordel for mere tid til omsorg og nærvær. I det tilfælde vil det kunne få helbredsmæssige konsekvenser for den ældre, såsom dannelse af sår og infektioner. I de situationer vil medarbejderne kunne komme i et dilemma (og i klemme mellem ældrelov og sundhedslov), ift. om de skal følge den ældres ønsker (og dermed selvbestemmelsesretten) eller ud fra en sundhedsfaglig vurdering sikre dette behov hos den ældre.

Vi foreslår derfor i implementeringen af ældreloven, at man har en særlig opmærksomhed på, at medarbejderne ved, hvordan de skal agere i denne type eller lignende situationer.

Indsats bør være styret efter behov og ikke alder

I Dansk Sygeplejeråd mener vi, at alle bør have adgang til hjælp, hvis de har brug for det – uanset alder.

Vi kan derfor være nysgerrige på rationalet bag, at ændringerne i hjemmeplejens tilrettelæggelse, herunder principperne om selvbestemmelse og fleksibilitet kun skal gælde ældre defineret som folkepensionister – og ikke *alle* (også yngre) modtagere af de samme ydelser. Vi vil foreslå, at man anvender samme principper og tilrettelæggelse af hjemmeplejen uafhængigt af modtagers alder.

Ligeledes finder vi afgrænsningen ”i forbindelse med personens aldring” i ældrelovens § 2, stk. 1 uhensigtsmæssig. Det skaber øget uklarhed, at det i bemærkningerne på side 113 fremgår, at alder skal tillægges væsentlig betydning, og at man skal være ”ældre”. En person i halvtredserne, der rammes af demens, er ifølge bemærkningerne omfattet. Samtidig fremgår det, at behovet ikke ”nødvendigvis” skal være opstået på grund af aldringen, og der henvises til et såkaldt ”inklusionskriterie” i ældreloven, som vi dog ikke kan genfinde andre steder i lovteksten eller i lovbemærkningerne.

I en målgruppedefinition bør man anvende klare begreber, som er tilpasningsdygtige i forhold til samfundsudviklingen. Det bør indebære en objektiv afgrænsning af målgrupperne, særligt fordi der er en række retssikkerhedsmæssige forskelle på, om man modtager hjælp efter serviceloven eller ældreloven.

Tre forskellige lovgivninger øger kompleksiteten

Et tema, som efterhånden har været en del af debatten om ældreplejen i mange år er, at medarbejderne i ældreplejen ofte skal navigere

efter to forskellige lovgivninger, som bl.a. kan gøre det vanskeligt at vurdere, om man overholder borgernes rettigheder efter begge to lovgivninger.

At vi nu får en tredje lovgivning, som i høj grad overlapper med serviceloven, vil efter vores vurdering bidrage til at øge kompleksiteten yderligere. Et eksempel er rehabiliteringsbegrebet, som går igen i alle tre lovgivninger, men med forskellig fokus og betydning, som kan gøre det vanskeligt for medarbejderne at vide, hvilken definition de skal anvende i arbejdet.

Det vil også stille store krav til ledelsen i forhold til at sikre, at medarbejderne ved, hvilke(n) lovgivning(er) de arbejder efter og hvornår.

Vi vil derfor foreslå, at der i implementeringen og evalueringen af ældreloven er fokus på, hvordan kompleksiteten håndteres af ledere og medarbejdere, så det er tydeligt, hvilken lovgivning medarbejdere og ledere skal anvende hvornår.

Private leverandører bør konkurrere på lige vilkår med offentlige tilbud

Dansk Sygeplejeråd vil gøre opmærksom på nogle problemstillinger, som knytter sig til forslagene om øgede muligheder for brug af private leverandører i den kommunale ældrepleje.

Det er en forudsætning for konkurrence på lige vilkår mellem private og offentlige leverandører, at de er underlagt arbejdsklausuler med de samme krav til bl.a. kvalitet, arbejdstid og arbejdsmiljø som de offentlige tilbud. Det er også en forudsætning, at kommunen kontrollerer overholdelsen, så man bl.a. undgår løndumping. Det er også af betydning for, at der ikke bliver for stor forskel på vilkårene for medarbejderne i ældreplejen, som bl.a. vil kunne skævvride rekrutteringssituationen.

Vi foreslår derfor, at det tilføjes i loven, at private leverandører skal være underlagt samme krav og vilkår som det offentlige.

Borgeren skal opleve et sammenhængende forløb

I §9 er det beskrevet, at helhedspleje indebærer "få, sammenhængende pleje- og omsorgsforløb". Hvad baggrunden er for, at der refereres til flere (end ét) sammenhængende forløb?

"Plejekrævende" er en u hensigtsmæssig formulering

En konkret, men vigtig rettelse, vi mener bør foretages, er når ældre borgere omtales som 'den plejekrævende'. Bl.a. finder vi

formuleringen i §30 uheldig: "Ved den plejkrævedes død bevares retten til plejevederlag i indtil 14 dage efter dødsfaldet".

I Dansk Sygeplejeråd mener vi, det er en uhensigtsmæssig formulering, at en døende skulle være "krævende". Det kan synes som en detalje, men kan have stor betydning og potentielt skade relationen og tilliden mellem medarbejdere og den ældre, fordi ledere og medarbejdere i visse tilfælde kan være nødsaget til at anvende den specifikke formulering fra loven.

Vi vil foreslå, at lovudkastet generelt gås igennem for formuleringen, og at man så vidt muligt finder et andet udtryk (som for eksempel "en ældre med behov for pleje"). Konkret vil vi foreslå, at formuleringen i nævnte eksempel rettes til: "Plejevederlag opretholdes i indtil 14 dage efter dødsfaldet".

Dansk Sygeplejeråd ser frem til at fortsætte dialogen og samarbejdet om udviklingen af ældreområdet. Vi står altid til rådighed for opklarende spørgsmål til dette høringssvar og om udviklingen af ældreområdet generelt.

Med venlig hilsen



Harun Demirtas
1. næstforperson i Dansk Sygeplejeråd