

# Baggrunden for covid-19-udbrud og -dødsfald på plejecentre og i hjemmeplejen i Danmark i perioden januar 2020 – april 2021

Tværgående analyse og besvarelse af opdraget



Pia Kürstein Kjellberg, Jakob Kjellberg, Jonas Cuzulan Hirani, Marianne Mikkelsen, Knud Juel, Julian Christensen, Heidi Hesselberg Lauritzen, Annemette Thøstesen, Emmy Hjort-Enemark Topholm, Helle Max Martin, Laura Emdal Navne, Mette Brehm Johansen og Mickael Bech

**VIVE**

*Baggrunden for covid-19-udbrud og -dødsfald på plejecentre og i hjemmeplejen i Danmark i perioden januar 2020 – april 2021. Tværgående analyse og besvarelse af opdraget*

© VIVE og forfatterne, 2022

e-ISBN: 978-87-7582-065-8

Modelfoto: Mathilde Bech/VIVE

Projekt: 30225

Finansiering: Folketingets Social- og Ældreudvalg

## **VIVE**

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



# Forord

Et flertal i Folketinget har ønsket en uvildig undersøgelse af baggrunden for covid-19-udbrud og -dødsfald på plejecentre og i hjemmeplejen i perioden fra januar 2020 til april 2021. Formålet er at følge op på og drage læring af udviklingen, så den kan omsættes til forbedringer i epidemihåndteringen og sikre en bedre beskyttelse af ældre og sårbare borgere i fremtiden.

VIVEs opgaveløsning er inspireret af den svenske undersøgelse af covid-19-smitte og -dødsfald på plejecentre og i hjemmeplejen i 2020. Vi relaterer epidemihåndteringen på nationalt, regionalt, kommunalt og decentralt (institutions-) niveau til de rammer, der er for opgaveløsningen – både i form af lovgivninger og i form af arbejdsdelinger på tværs af institutioner, sektorer og centrale/decentrale styringsniveauer.

Denne rapport indeholder VIVEs samlede analyse og besvarelse af opdraget. Bag den ligger seks empiriske delanalyser og en tidslinje. De er formidlet i selvstændige delrapporter og er tilgængelige via VIVEs hjemmeside: [www.vive.dk/da/temaer/covid-19-paa-plejehjem-og-i-hjemmeplejen](http://www.vive.dk/da/temaer/covid-19-paa-plejehjem-og-i-hjemmeplejen).

Rapporten er udarbejdet af Pia Kürstein Kjellberg, Jakob Kjellberg, Knud Juel, Jonas Cuzulan Hirani, Marianne Mikkelsen, Julian Christensen, Heidi Hesselberg Lauritzen, Annemette Thøstesen, Emmy Hjort-Enemark Topholm, Helle Max Martin, Laura Emdal Navne, Mette Brehm Johansen og Mickael Bech. Pia og Mickael er ansvarlige for den samlede undersøgelse og det overordnede undersøgelsesdesign. Jakob, Jonas, Marianne og Knud er ansvarlige for Delrapport 1. Jonas, Marianne, Jakob og Mickael er ansvarlige for Delrapport 2. Pia, Julian, Heidi og Annemette er ansvarlige for Delrapport 3. Emmy og Pia er ansvarlige for Delrapport 4. Helle og Laura er ansvarlige for Delrapport 5. Mette og Mickael er ansvarlige for Delrapport 6. Heidi har udarbejdet den historiske analyse, og Julian, Heidi og Annemette har udarbejdet tidslinjen. Alle har bidraget til den tværgående analyse og besvarelsen af undersøgelsens opdrag i denne rapport.

Rapporten er kvalitetssikret via internt review ved undertegnede og eksternt review ved én dansk og to nordiske eksperter. Metode og resultater er drøftet med en faglig følgegruppe bestående af professorerne Peter Bjerre Mortensen (Aarhus Universitet), Morten Balle Hansen (UCL Odense), Karen Andersen-Ranberg (Syddansk Universitet) og Mette Nordahl Svendsen (Københavns

Universitet). Foreløbige resultater er fremlagt for Folketingets Social- og Ældreudvalgs underudvalg samt en bred gruppe af interessenter. Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut og Styrelsen for Patientsikkerhed har endvidere haft mulighed for at kommentere rapporten for faktuelle fejl og mangler.

Tak til alle, der har medvirket til undersøgelsen! Tak til Sekretariatet, Statens Serum Institut, Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik for at medvirke til at stille tidstro data til rådighed for analysen. Tak til alle, der har medvirket ved interview. Tak til reviewerne, underudvalget, følgegruppen og interessenterne for gode input og kommentarer. Tak til Folketingets Social- og Ældreudvalg for at initiere en undersøgelse, der skal bidrage til læring og forbedring af epidemihåndteringen fremadrettet.

*Mickael Bech*

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



# Indholdsfortegnelse

---

|   |  |
|---|--|
| Hovedresultater   | 7  |
| <hr/>   |  |
| 1   | Undersøgelsens opdrag 10                                       |
| <hr/>   |  |
| 2   | VIVEs opgaveløsning 13   |
| 2.1   | Datagrundlag 13  |
| 2.2   | Læsevejledning 14  |
| <hr/>   |  |
| 3   | Resultatet af de seks delanalyser 15                           |
| 3.1   | Delrapport 1: Dødelighed 15                                    |
| 3.2   | Delrapport 2: Smitte, covid-19-relateret dødelighed og test 22 |
| 3.3   | Delrapport 3: Nationale tiltag 32                              |
| 3.4   | Delrapport 4: Decentrale beretninger 35                        |
| 3.5   | Delrapport 5: Borgernes og de pårørendes perspektiv 38         |
| 3.6   | Delrapport 6: Litteraturstudie 40                              |
| 3.7   | Opsummering 42   |
| <hr/>   |  |
| 4   | Besvarelse af opdragets spørgsmål 45                           |
| 4.1   | Den beskrivende del 45   |
| 4.2   | Den vurderende del 47  |
| 4.3   | Den anbefalende del 54   |
| <hr/>   |  |
| 5   | Samlet konklusion 59   |
| <hr/>   |  |
| Litteratur  | 60   |
| <hr/>   |  |
| Bilag 1 Lovgrundlaget for epidemihåndteringen på ældreområdet | 61   |
| Serviceloven  | 61   |
| Sundhedsloven   | 63   |
| Epidemiloven  | 66   |

|  |     |
|--|-----|
| Opsummering  | 73  |
| <hr/>  |     |
| Bilag 2 Ældreplejens historiske udvikling                                      | 75  |
| FASE I: De første ældrepolitikker ser dagens lys (1891-1933)                   | 76  |
| FASE II: Ældreplejens opbygning (1940-1970'erne)                               | 79  |
| FASE III: Ombygning og modernisering af ældreplejen (1980'erne –<br>2000'erne) | 89  |
| Fase IV: Opgaveglidning, rehabilitering og fremtidssikring (2000 og frem)      | 94  |
| Opsummering  | 97  |
| Litteraturliste til bilag 2  | 100 |

# Hovedresultater

Danmark har klaret sig godt igennem epidemien, når vi sammenligner med andre lande. Der ses en mindre, men statistisk signifikant overdødelighed blandt ældre borgere på plejecentre i vinteren 2020/2021 – men ikke for øvrige grupper – og ikke i øvrige perioder.

Den mindre, men statistisk signifikante overdødelighed blandt beboere på plejecentre i vinteren 2020/2021 er drevet af en overdødelighed blandt beboere på plejecentre i Region Hovedstaden, der er mere end dobbelt så høj som i de øvrige regioner. Region Hovedstaden var samtidig den region, hvor der blev testet mest og fundet flest smittede og døde med covid-19.

Det er normalt med regional variation under epidemier med smitsomme sygdomme som fx influenza. Den overdødelighed, der findes i Region Hovedstaden under epidemien med covid-19, adskiller sig ikke fra den overdødelighed, der er fundet i andre regioner under tidligere epidemier med influenza. Her blev der dog ikke gennemført nedlukninger af dele af samfundet – og der blev heller ikke opfordret til at holde afstand, bruge håndsprit mv.

Smitten i lokalbefolkningen fremstår på baggrund af undersøgelsen som den mest hyppige årsag til udbrud med covid-19 i hjemmeplejen og på plejecentrene. I de tilfælde, hvor der er en høj smitte i lokalbefolkningen, kan det ikke undgås, at smitten kommer ind i hjemmeplejen og på plejecentrene.

I en situation, hvor det ikke kan undgås, at smitten kommer ind, bliver det afgørende at have et stærkt fokus på hygiejne. Endvidere at prioritere borgere, pårørende og personale i forhold til værnemidler, test, retningslinjer, vaccination og basal, vedvarende uddannelse og supervision.

Undersøgelsen finder, at smitten havde gode betingelser for at sprede sig på landets plejecentre i foråret 2020, hvor der kun var begrænset adgang til test, værnemidler og relevant rådgivning. Det var først, efter at smitten var toppet i april 2020, og landet ikke længere befandt sig i en mangelsituation, at personalet på plejecentrene blev anbefalet at bruge mundbind.

Personalet blev anbefalet at blive hjemme og blive testet, hvis de havde mistanke om smitte. Men der var ventetid på test, og borgerne blev først tilbudt test ved mistanke om symptomer fra slutningen af marts – og det var først fra slutningen af april (efter at epidemien var toppet), at det blev anbefalet at teste nære kontakter (borgere og personale).

Det tilbud om antigenest til personalet på plejecentrene og i hjemmeplejen, der blev introduceret som del af den offentlige testindsats fra december 2020, gav ikke mening set fra det udførende personales perspektiv, fordi de private leverandørers mobile enheder kørte rundt fra plejecenter til plejecenter efter en køreliste, hvor de fx kunne være fremme på det ene plejecenter klokken 11 og på det andet klokken 12. Antigenest giver i henhold til samtlige interviewpersoner bedst mening som selvtest – og gerne i forbindelse med et vagtskifte – men i vinteren 2020/2021 var antigenest ikke til rådighed som selvtest, og det var de private leverandører – ikke personalet selv – der stod for testindsatsen.

Det tilbud om screening med PCR-test 1-2 gange om ugen, der blev implementeret fra starten af januar, gav i høj grad mening set fra det udførende personales perspektiv. Screening er samtidig fundet effektiv i internationale studier som supplement til test ved mistanke om smitte. Det ville på denne baggrund have været en fordel, hvis tilbuddet om screening af personalet med PCR-test 1-2 gange om ugen i områder med forhøjet smitte havde været implementeret tidligere, fx allerede fra sommeren 2020, hvor det blev besluttet at teste 1 gang hver 14. dag (men ikke hyppigere) i områder med forhøjet smitte.

Undersøgelsen finder, at vaccinerne var den altafgørende årsag til, at smitteudviklingen stoppede, og der ikke var flere, der døde med covid-19 i forbindelse med årsskiftet 2020/2021. Der er stor ros til, at borgerne på plejecentrene blev vaccineret som de første, og at der også blev givet mulighed for vaccination til de dele af personalet, der var på arbejde den dag, hvor borgerne blev vaccineret. Der er nogen utilfredshed med, at det ikke var alle personaler, der blev tilbudt vaccination med det samme, samt at der efterfølgende skulle gå så lang tid, før alle borgere i hjemmeplejen samt de resterende dele af personalet på plejecentre og i hjemmeplejen fik mulighed for vaccination. Det kan være et opmærksomhedspunkt for fremtidige vaccinationsindsatser.

Hygiejne fremstår desuden som et væsentligt indsatsområde, hvis vi fremadrettet skal blive bedre til at forebygge og håndtere fremtidige udbrud af smittesomme infektionssygdomme på plejecentre og i hjemmeplejen – og herunder også epidemier med influenza.

Epidemien sætter ifølge flere interviewpersoner sundhedssystemet under lup og udstiller de svagheder, der er i systemet. Her fremhæves det blandt andet som en udfordring, at personalet på ældreområdet arbejder organisatorisk adskilt fra det øvrige sundhedsvæsen og – for store dele af deres arbejde – med afsæt i en anden lovgivning, der vægter andre forhold og hensyn.



Hvis vi fremadrettet skal blive bedre til at forebygge og håndtere fremtidige udbrud af smitsomme infektionssygdomme, er det afgørende, at der skabes en tæt integration mellem sundheds- og ældreområdet, både på nationalt og lokalt niveau.

Det skal i denne forbindelse sikres, at personalet i hjemmeplejen og på plejecentrene får de kompetencer, arbejdsforhold og adgang til faglig sparring og supervision, som de har brug for, hvis de skal varetage indsatsen efter bedste faglige standard.

Her viser undersøgelsen, at der er grundlag for forbedring – både på tværs af faggrupper og nationale/decentrale myndigheder og institutioner.

# 1 Undersøgelsens opdrag

Et flertal i Folketinget har ønsket en undersøgelse af baggrunden for covid-19-udbrud og -dødsfald på plejecentre og i hjemmeplejen i Danmark 2020-2021. Formålet med undersøgelsen er: "... at styrelser, regioner, kommuner og plejehjem bliver bedre forberedte og vil være i stand til at mindske negative konsekvenser af eventuelle fremtidige udbrud af smitsomme infektionssygdomme på plejehjem og i ældreplejen" (Sundhedsudvalget, 2021, s. 1).

Undersøgelsens baggrund, formål og temaer er beskrevet nærmere i en beretning afgivet af Sundhedsudvalget den 16. marts 2021. Det fremgår heraf, at:

- "Covid-19 er i særlig høj grad en trussel for de mest plejekrævende i vort samfund. Verden over har sygdommen i særlig grad ramt borgere på plejehjem<sup>1</sup> med mange dødsfald til følge. Desværre også i Danmark, på trods af, at beskyttelsen af de ældre og sårbare var i fokus allerede i foråret 2020" (s. 1).
- "Derfor finder et flertal i Folketinget (...) det vigtigt både at undersøge, hvordan vi som samfund var forberedt på en epidemi på ældreområdet, og hvordan vi som samfund håndterede epidemien i ældresektoren hen over 2020 og de første måneder af 2021. Der skal følges op på og drages læring af den udvikling, der er sket, så den kan omsættes til forbedringer af epidemihåndteringen i fremtiden og i det hele taget sikre en bedre beskyttelse af ældre og sårbare borgere" (s. 1).
- "Undersøgelsen skal identificere de uløste sundhedsfaglige udfordringer i forhold til epidemihåndtering på plejehjem og i ældreplejen. Derfor skal undersøgelsen indeholde både en beskrivende/sammenlignende del, en vurderende del, og en del med anbefalinger til fremadrettet arbejde" (s. 1).

## Den beskrivende del

Den beskrivende del af undersøgelsen kan i henhold til beretningen komme ind på en række forskellige spørgsmål angående udviklingen i antallet af smittede, indflyttede og afdøde blandt beboere på plejecentre sammenlignet med andre befolkningsgrupper, herunder både ældre, der ikke bor på plejecentre, ældre, der modtager hjemmepleje, tidligere år og andre lande. Se Tabel 1.1 for et overblik.

---

<sup>1</sup> Beretningen bruger termen plejehjem, hvor vi bruger termen plejecentre i denne rapport.

**Tabel 1.1 Temaer, der belyses i undersøgelsens beskrivende del**

| <b>B1</b> | Udviklingen i smittede, indflyttede og afdøde blandt beboere på plejecentre med covid-19  |
|-----------|---|
| <b>B2</b> | Udviklingen i smittede, indflyttede og dødsfald på plejehjem i forhold til udviklingen i andre befolkningsgrupper, herunder ældre, der ikke bor på plejecenter                              |
| <b>B3</b> | Sammenligning af antal smittede og dødsfald blandt ældre, som modtager ældrepleje i eget hjem, sammenlignet med den øvrige del af den ældre befolkning                                      |
| <b>B4</b> | Sammenligning af dødeligheden i efteråret og vinteren 2020/2021 i forhold til tidligere år  |
| <b>B5</b> | Sammenligning i udviklingen i smittede, indlagte og afdøde blandt beboere på plejecentre med covid-19 i Danmark i forhold til udviklingen i en række andre sammenlignelige europæiske lande |

Kilde: Beretning afgivet af Sundhedsudvalget den 16. marts 2020 om undersøgelse af baggrunden for covid-19-udbrud samt covid-19-dødsfald på plejehjem og i hjemmeplejen i Danmark 2020-2021.

### Den vurderende del

Den vurderende del af undersøgelsen kan i henhold til beretningen blandt andet komme ind på forberedte myndighederne, de danske plejecentre og ældreplejen var, da epidemien brød ud – om myndighedernes beslutninger var egnede til at forhindre smitte på plejecentre og i ældreplejen – hvad der betyder noget for at undgå smitte – hvordan smitten kom ind og spredte sig – hvad der var de vigtigste smitekilder – om der var adgang til værnemidler, test, og ekstra hjælp til håndtering af skærpede hygiejnekrav – om myndighedernes tiltag var adækvate og proportionelle i forhold til de negative konsekvenser, der også er for borgerne/borgernes grundlæggende rettigheder – samt om vi kan lære noget af andre lande (Tabel 1.2).

**Tabel 1.2 Spørgsmål, der kan belyses i undersøgelsens vurderende del**

| <b>V1</b> | Hvor forberedte var myndigheder og danske plejecentre og ældreplejen i marts 2020 på at håndtere de sundhedsfaglige udfordringer, som udbrud af smitsomme infektionssygdomme som fx covid-19 giver?  |
|-----------|--|
| <b>V2</b> | Var de beslutninger, som danske myndigheder tog under covid-19 epidemien i marts 2020, og igen, da smitteudbruddene steg igen i november/december 2020, egnede til at forhindre, at især de allermest sårbare, der bor på plejecenter, og som modtager ældrepleje i eget hjem, blev smittet med covid-19?  |
| <b>V3</b> | Hvilke forhold på det enkelte plejecenter har haft betydning for smitteudbrud, hvad betyder eksempelvis plejecentrenes og ældreplejens generelle epidemi- og hygiejneberedskab, og hvilken betydning har arbejdsorganisering på plejecentre, de faglige kompetencer hos personale, personaleallokering, samt brugen af samme vikarer på flere plejecentre inden for den enkelte kommune? |

|           |   |
|-----------|---|
| <b>V4</b> | Hvordan er smitten kommet ind og har spredt sig på plejecentre, og hvad har været de vigtigste smittekilder?  |
| <b>V5</b> | Hvorledes har adgangen til værnemidler, brug af rutinemæssige test, ibrugtagen af kviktest til ansatte og pårørende samt ekstra hjælp til at håndtere ekstra krav til de skærpede hygiejnekrav påvirket smittespredningen?  |
| <b>V6</b> | Vurdering af de enkelte tiltags effekt på smittespredningen ift. de negative konsekvenser, som indsatserne også har haft for plejecenterbeboernes personlige frihed, trivsel og velvære. Hvilke af de gennemførte tiltag som fx besøgsrestriktioner, smitteopsporing, inddæmning (herunder karantæne) var adækvate og proportionelle ift. de nævnte forhold og ift. plejecenterbeboernes grundlæggende rettigheder? |
| <b>V7</b> | Vurdering af, om der er erfaringer og tiltag, som andre lande har foretaget, der med fordel kan implementeres og anvendes i Danmark.  |

Kilde: Beretning afgivet af Sundhedsudvalget den 16. marts 2020 om undersøgelse af baggrunden for covid-19 udbrud samt covid-19-dødsfald på plejehjem og i hjemmeplejen i Danmark 2020-2021.

## Anbefalinger

De anbefalinger, der skal udarbejdes, kan blandt andet handle om, hvordan vi fremadrettet sikrer, at vi står bedre rustet i en tilsvarende situation – hvilke tiltag og forholdsregler vi kan anvende – samt hvordan vi effektivt implementerer forskellige tiltag (Tabel 1.3).

**Tabel 1.3    Anbefalinger, der blandt andet ønskes**

|           |  |
|-----------|--|
| <b>A1</b> | Anbefalinger til, hvordan vi kan lære af de erfaringer, der er opnået undervejs i epidemien, for at sikre, at vi i fremtiden vil være bedre rustet, hvis der skulle opstå en tilsvarende situation |
| <b>A2</b> | Anbefalinger til, hvilke enkelte tiltag og forholdsregler, der med fordel kan anvendes i en lignende situation i fremtiden   |
| <b>A3</b> | Anbefalinger til, hvordan der sikres en effektiv implementering af de forskellige tiltag   |

Kilde: Beretning afgivet af Sundhedsudvalget den 16. marts 2020 om undersøgelse af baggrunden for covid-19-udbrud samt covid-19-dødsfald på plejehjem og i hjemmeplejen i Danmark 2020-2021.

## 2 VIVEs opgaveløsning

VIVEs opgaveløsning er baseret på seks empiriske delanalyser:

- Delanalyse 1 undersøger, hvordan og hvorvidt der har kunnet ses en overdødelighed sammenlignet med tidligere år, tidligere influenzaepidemier og andre lande.
- Delanalyse 2 beskriver, hvordan der er blevet testet – hvem og hvor mange der er fundet smittet – og hvem og mange der er registreret døde med covid-19. Den behandler også spørgsmålet om plejepersonale eller pårørende mest hyppigt har været kilde til udbrud med smitte på plejecentre.
- Delanalyse 3 stiller skarpt på de nationale tiltag, der blev – og ikke blev – taget i undersøgelsesperioden med særligt henblik på de perioder, hvor der var høj smitte (foråret 2020 og vinteren 2020/2021).
- Delanalyse 4 indeholder en analyse af erfaringerne fra fire plejecentre og fire hjemmeplejeenheder i fem kommuner.
- Delanalyse 5 indeholder en analyse af borgernes og de pårørendes perspektiv på epidemien og de nationale og lokale tiltag, der blev taget for at forebygge og håndtere udbrud med smitte.
- Delanalyse 6 er et litteraturstudie af i) effekten af forskellige indsatser, samt ii) erfaringerne fra andre lande (Norge, Sverige).

De seks delanalyser er afrapporteret i selvstændige delrapporter, der alle kan findes på VIVEs hjemmeside: [www.vive.dk/tema/covid-19-på-plejehjem-og-i-hjemmeplejen](http://www.vive.dk/tema/covid-19-på-plejehjem-og-i-hjemmeplejen). Her findes også en tidslinje, der beskriver de mest væsentlige begivenheder i undersøgelsesperioden.

### 2.1 Datagrundlag

Det samlede datagrundlag for undersøgelsen består af:

- registerdata vedrørende dødeligheden blandt ældre borgere over 65, der i) bor på plejecenter, ii) modtager hjemmepleje, eller iii) hverken bor på plejecenter eller modtager hjemmepleje (Delanalyse 1).

- registerdata vedrørende smitteudviklingen og den covid-19-relaterede dødelighed i samme tre undersøgelsespopulationer. Hertil data vedrørende smitteudviklingen blandt i) pårørende og ii) ansatte på plejecentre og i hjemmeplejen (Delanalyse 2).
- interview med nøgleaktører i epidemihåndteringen på nationalt, regionalt og kommunalt niveau samt de mest fremtrædende interessenter på området (Delanalyse 3).
- interview med ledere og medarbejdere på plejecentre og i hjemmeplejen samt med ledere og medarbejdere i de kommunale forvaltninger (Delanalyse 4).
- interview med borgere og pårørende samt med videnspersoner med særligt indblik i borgere og pårørendes oplevelser (Delanalyse 5).
- diverse skriftligt materiale vedrørende i) lovgrundlaget, ii) mediedebatten samt iii) de nationale tiltag, der blev og ikke blev taget i undersøgelsesperioden (Delanalyse 3).
- den videnskabelige litteratur om effekten af forskellige indsatser på området (Delanalyse 6).

## 2.2 Læsevejledning



Rapporten er disponeret i tre kapitler og to bilag:

**Kapitel 3** Beskrivelse af indholdet i hver af de seks delanalyser

**Kapitel 4** Gennemgang og besvarelse af hvert af de specifikke spørgsmål, der er stillet i opdraget

**Kapitel 5** Undersøgelsens samlede konklusion

**Bilag**

- Beskrivelse af lovgrundlaget for epidemihåndteringen på ældreområdet (bilag 1)
- Beskrivelse af ældreplejens historiske udvikling (bilag 2)

# 3 Resultatet af de seks delanalyser

I dette kapitel beskrives resultatet af VIVEs seks delanalyser. For en nærmere beskrivelse af de enkelte delanalyser henvises til de delrapporter, der kan findes via VIVEs hjemmeside. Hver delrapport er udarbejdet som en selvstændig analyse med baggrund, formål, metode, resultater og konklusion. I dette kapitel giver vi en helt kort beskrivelse af hver delrapports indhold for på denne baggrund at kunne se på tværs og drøfte, hvad der samlet set kan konkluderes på baggrund af undersøgelsen.

## 3.1 Delrapport 1: Dødelighed

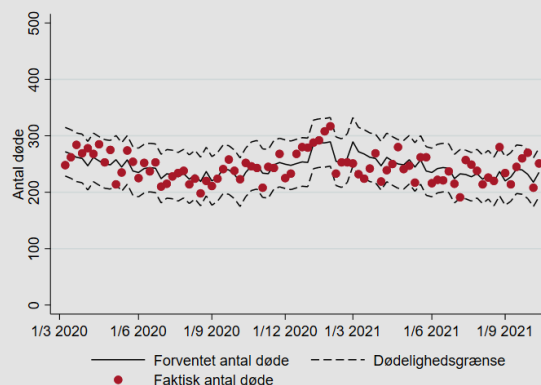
Delrapport 1 sammenligner dødeligheden blandt ældre mennesker over 65, der modtager personlig pleje og praktisk bistand eller er bosiddende på plejecenter med dødeligheden i den tilsvarende ældrebefolkning. Den forholder sig til spørgsmålet, om der kan ses en overdødelighed ved brug af to forskellige statistiske metoder og perspektiverer til i) tidligere influenzaepidemier samt ii) dødeligheden i andre lande.

### 3.1.1 Er der en overdødelighed?

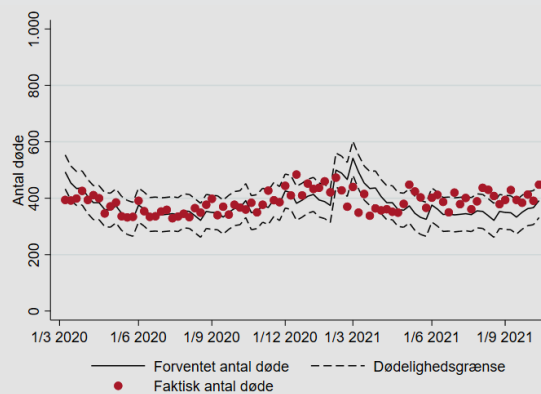
Den første del af Delrapport 1 består af en analyse af, hvorvidt der kan ses en overdødelighed blandt ældre over 65 år, der i) bor på plejecenter, ii) modtager hjemmepleje eller iii) hverken bor på plejecenter eller modtager hjemmepleje. Vi har undersøgt det ved at sammenligne dødeligheden i undersøgelsesperioden med dødeligheden i tidligere år (2015-2019).

Figur 3.1 viser resultatet af VIVEs undersøgelse. De røde prikker viser den faktiske dødelighed. De stiplede grå linjer viser den forventede dødelighed baseret på data fra perioden 2015-2019. Figuren viser, at der normalt dør cirka 300 borgere om måneden – og at der dør flere om vinteren end om sommeren. Dødeligheden under epidemien med covid-19 adskiller sig generelt set ikke fra dødeligheden i de tidligere år. Kun i vinterugerne omkring årsskiftet 2020/2021 ses et større antal døde end forventet i gruppen af borgere på plejecenter. Resultatet er statistisk signifikant og testet ved brug af to forskellige statistiske metoder.

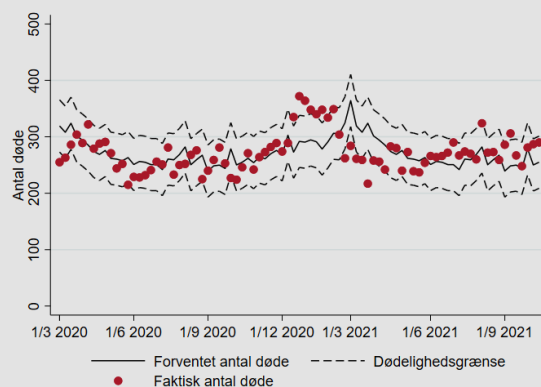
**Figur 3.1 Faktisk og forventet antal døde på plejecenter, i hjemmeplejen og i den del af ældrebefolkningen, der hverken bor på plejecenter eller modtager hjemmepleje. 65 år eller derover.**



(a) Ikke hjemmepleje eller plejecenter



(b) Hjemmepleje



(c) Plejecenter

Anm.: Figuren viser det forventede antal dødsfald (grå linje), det faktiske, observerede antal dødsfald (rød prik) samt grænser for, hvornår en given dødelighed er et udtryk for overdødelighed. Det forventede antal dødsfald er beregnet som det gennemsnitlige antal dødsfald i kontrolperioderne og vægtes for at tage højde for ændringer i aldersstrukturen. Dødelighedsgrænserne er beregnet som et antal dødsfald svarende til en z-score på to.

Kilde: Figuren er lavet pba. data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.



Det er kun for gruppen af ældre på plejecenter – og kun i perioden omkring årsskiftet 2020/2021 – at vi finder en overdødelig i den periode, der jf. opdraget er omfattet af undersøgelsen (januar 2020 – april 2021).

### 3.1.2 Sammenligning til tidligere epidemier

Delrapport 1 indeholder også sammenligninger med tidligere influenzaepidemier. Her sammenligner vi de uger, hvor epidemien med covid-19 toppede i vinteren 2020/2021 med de uger, hvor tidligere større influenzaepidemier er toppet i hhv. 2016/17 og 2017/18.<sup>2</sup>

Tabel 3.1 viser resultatet af VIVEs undersøgelse angående **borgere på plejecenter**. Det fremgår, at den samlede andel af ekstra dødsfald blandt borgere på plejecentre under epidemien med covid-19 kun i mindre omfang adskiller sig fra den samlede andel af ekstra dødsfald under tidligere epidemier (12,1 vs 11-11,3 %). Dette skal dog ses i forhold til, at vi ikke under tidligere epidemier gennemførte nedlukninger af dele af samfundet.

Tabellen viser også, at der er stor regional variation i andelen af ekstra dødsfald – både under epidemien med covid-19 og under tidligere epidemier med influenza. Under epidemien med covid-19 var det Region Hovedstaden, der blev hårdest ramt med mere end 20 % ekstra dødsfald. Region Nordjylland blev tilsvarende hårdt ramt under epidemien med influenza i 2017/2018. Den overdødelighed, vi ser i Region Hovedstaden under epidemien med covid-19, adskiller sig således ikke størrelsesmæssigt fra den dødelighed, der er set i andre regioner under tidligere epidemier med influenza.

**Tabel 3.1 Dødsfald på plejecentre. Ekstra (observeret-forventet) dødsfald i procent af det observerede i de tre epidemiudbrud**

|                   | Hovedstaden | Sjælland | Syddanmark | Midtjylland | Nordjylland | I alt |
|-------------------|-------------|----------|------------|-------------|-------------|-------|
| Influenza 2016/17 | 9,3         | 10,1     | 16,3       | 10,3        | 9,9         | 11,0  |
| Influenza 2017/18 | 6,0         | 8,5      | 15,1       | 10,9        | 21,6        | 11,3  |
| Covid-19 2020/21  | 21,3        | 8,1      | 3,3        | 9,6         | 8,1         | 12,1  |

Kilde: Tal beregnet på baggrund af data fra Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og HMD.

<sup>2</sup> Der er tale om forskellige uger på året, ligesom epidemierne kan have forskellig længde/forskellige udviklingsforløb.

Tabel 3.2 viser resultatet af VIVEs undersøgelse for **borgere uden for plejecenter**. Det fremgår, at der samlet set er færre ældre borgere uden for plejecenter, der dør under epidemien med covid-19, end der har været i tidligere år med influenza (2,6 % vs. op til 8,2 %). Dette skal igen ses i forhold til, at vi ikke under tidligere epidemier med influenza valgte at lukke dele af samfundet ned – og heller ikke opfordrede de ældre til at holde afstand og undgå unødvendig social kontakt.

Der er regional variation i dødeligheden for borgere uden for plejecenter – både under epidemien med covid-19 og under tidligere epidemier med influenza. Under epidemien med covid-19 var der flere end forventet, der døde i Region Hovedstaden (9,6 %) og Region Sjælland (5,8 %), men færre end forventet, der døde i Region Syddanmark (-3,6 %), Region Midtjylland (-1 %) og Region Nordjylland (-5,7 %). Dette skal (igen) ses i forhold til tidligere epidemier med influenza, hvor vi ikke valgte at lukke dele af samfundet ned og opfordre til at holde afstand og undgå unødige social kontakt. Kun i Region Midtjylland var der under epidemien med influenza i 2016/2017 færre, der døde end forventet – og det var kun -0,4 % (vs. op mod -5,7 % under epidemien med covid-19).

**Tabel 3.2 Dødsfald uden for plejecentre. Ekstra (observeret-forventet) dødsfald i procent af det observerede i de tre epidemiudbrud**

|                   | Hovedstaden | Sjælland | Syddanmark | Midtjylland | Nordjylland | I alt |
|-------------------|-------------|----------|------------|-------------|-------------|-------|
| Influenza 2016/17 | 5,7         | 11,6     | 4,6        | 2,4         | -0,4        | 5,3   |
| Influenza 2017/18 | 6,1         | 6,6      | 15,3       | 4,2         | 13,1        | 8,2   |
| covid-19 2020/21  | 9,6         | 5,8      | -3,6       | -1,0        | -5,7        | 2,6   |

Kilde: Tal beregnet på baggrund af data fra Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og HMD.

### 3.1.3 Sammenligning med andre lande

VIVE har sammenlignet dødeligheden for personer over 65 under epidemien med covid-19 med dødeligheden for samme målgruppe i fire andre lande: Norge, Sverige, Tyskland og England/Wales. Vi har gjort det ved at udregne en "alderstandardiseret dødsrate" for hvert land. Den alderstandardiserede dødsrate beskriver den dødelighed, der ville have været i landet, hvis de havde haft den samme aldersstruktur i befolkningen – dvs. samme antal personer på forskellige alderstrin. Aldersstandardisering er nødvendig, hvis man vil sammenligne dødeligheden blandt ældre i forskellige lande. Det er det,

fordi dødeligheden stiger med alderen, og der således er større risiko for at dø som 80-årig end som 65-årig.

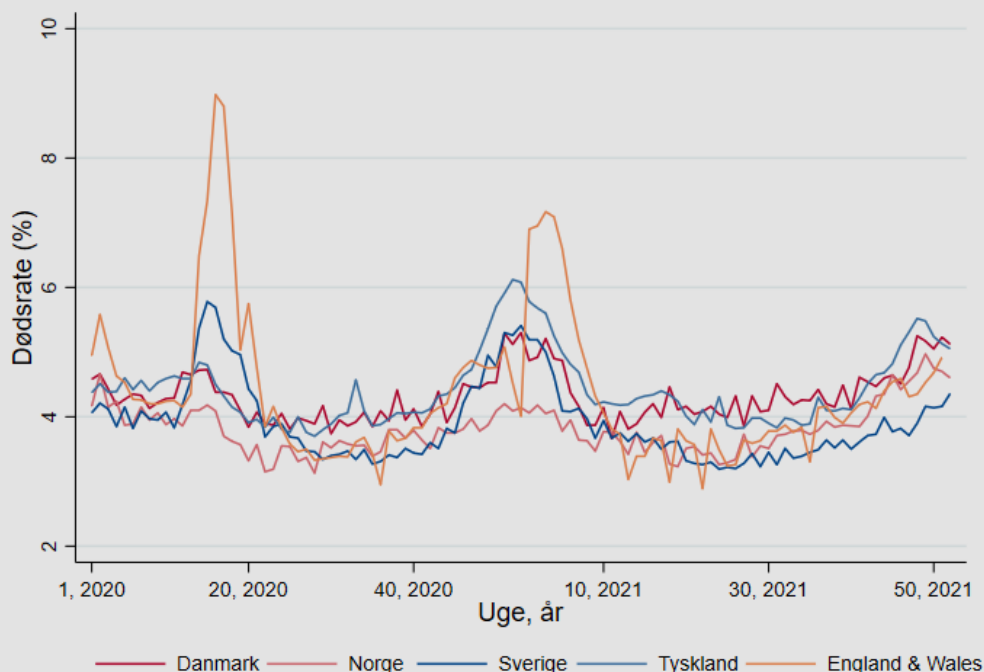
### **Andelen af ekstra døde i undersøgelsesperioden**

Figur 3.2 viser dødeligheden for borgere over 65 år i de fem lande, der indgår i VIVEs undersøgelse – beregnet med afsæt i ugentlige aldersstandardiserede dødsrater, der igen er omregnet til årsniveau. Tabellen viser, at der under første bølge fra omkring april måned 2020, var en dødelighed på cirka 6 % i Sverige – men at dødeligheden i samme periode lå på op mod 9 % i England/Wales. Danmark klarede sig ligesom Tyskland godt igennem første bølge med en dødelighed på lidt under 5 %. Kun Norge lå lavere med en dødelighed på cirka 4 %.

Under anden bølge omkring årsskiftet 2020/2021 steg dødeligheden i samtlige lande bortset fra Norge, der lå stabilt på cirka 4 %. England/Wales havde den højeste dødelighed (ca. 7 %) efterfulgt af Tyskland (ca. 6 %) og herefter Danmark og Sverige (ca. 5 %).

Sammenligningerne viser, at Danmark generelt set har klaret sig godt – men at Norge ser ud til at have klaret sig bedre. Sverige, Tyskland og (især) England/Wales har haft højere dødelighed under epidemien med covid-19 end Danmark.

**Figur 3.2 Dødeligheden blandt personer på 65 eller derover for de fem lande i 2020 og 2021. Ugentlige aldersstandardiserede dødsrater (%) omregnet til årsniveau.**



Anm.: I HMD-databasen optræder England ikke selvstændigt, men sammen med Wales. Dødsfaldene i Wales udgør dog kun omkring 6 % af det samlede antal dødsfald i England & Wales (Office for National Statistics, 2021).

Kilde: Figuren er lavet på baggrund af data fra Human Mortality Database (HMD) Short Term Mortality Fluctuations (STMF) files (Human Mortality Database, 2021).

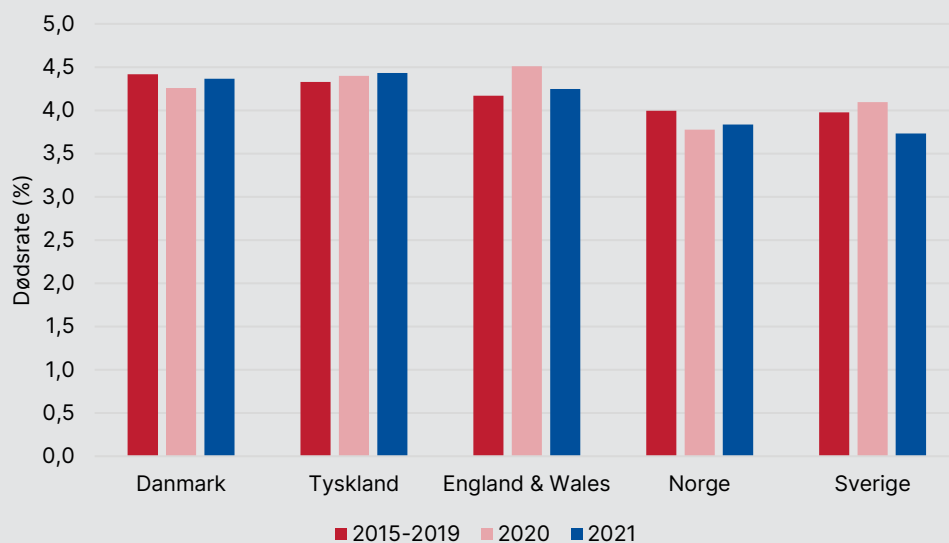
### Sammenligning med tidligere år

Figur 3.3 viser den aldersstandardiserede dødelighed i hvert af de fem lande sammenlignet med tidligere år (2015-2019). Figuren er sorteret fra venstre mod højre efter dødelighedens størrelse i 2015-2019. Det fremgår, at Danmark har en højere dødelighed end de andre lande i perioden 2015-2019. I 2020 falder dødeligheden i Danmark, mens den stiger i de øvrige lande – bortset fra Norge. I 2020 var dødeligheden i Sverige på cirka samme niveau som dødeligheden i Danmark – på trods af at de valgte en anden strategi for epidemihåndtering.<sup>3</sup> I 2021 var dødeligheden i Danmark igen højere end i Sverige – og tilnærmelsesvist på samme niveau, som den var i perioden 2015-2019.

<sup>3</sup> Se også delanalyse 6 for en beskrivelse af epidemihåndteringen i Norge og Sverige.

Det har været kendt siden 1990'erne, at middellevetiden i Danmark er lav, når vi sammenligner med andre lande. Se fx rapporter fra Middellevetidsudvalget (Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg 1994a, 1994b).

**Figur 3.3 Aldersstandardiserede dødsrater (%) 2015-2019, 2020 og 2021 for de fem lande. 65 år eller derover.**



Kilde: Figuren er lavet på baggrund af data fra Human Mortality Database.

### 3.1.4 Delkonklusion

Delanalyse 1 viser samlet set, at Danmark har klaret sig godt igennem epidemien, når vi sammenligner med andre lande. Der ses en mindre men statistisk signifikant overdødelighed blandt ældre borgere på plejecentre i vinteren 2020/2021 – men ikke for øvrige grupper – og ikke i øvrige perioder.

Den mindre men statistisk signifikante overdødelighed, der findes blandt ældre borgere på plejecenter i vinteren 2020/2021 er drevet af en overdødelighed i Region Hovedstaden, der er mere end dobbelt så høj som i de øvrige regioner. Det er normalt med regional variation under epidemier med smitsomme sygdomme. Dødeligheden i Region Hovedstaden under epidemien med covid-19 er ikke højere end dødeligheden i andre regioner under tidligere epidemier med influenza.

For borgere uden for plejecenter ses en lavere dødelighed end forventet i tre regioner – hvilket skal ses i lyset af, at vi ikke under tidligere epidemier med influenza opfordrede til at holde afstand og undgå unødigt social kontakt. Den aldersstandardiserede dødelighed i Danmark er generelt set høj, når vi sammenligner med andre lande. Det har været velkendt siden 1990'erne.

## **3.2 Delrapport 2: Smitte, covid-19-relateret dødelighed og test**

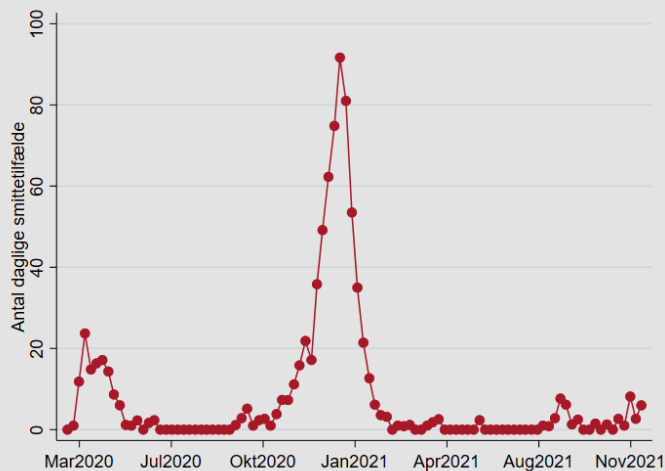
Delrapport 2 beskriver, hvordan borgere, pårørende og personale på plejecentre og i hjemmeplejen er blevet testet og registreret henholdsvis smittede og døde med covid-19 i undersøgelsesperioden. Den beskriver:

- smitteudviklingen og den covid-19-relaterede dødelighed for borgere på plejecenter
- smitteudviklingen og den covid-19-relaterede dødelighed for øvrige grupper
- udviklingen i brug af test (PCR/antigen) til borgere og personale på plejecenter
- den kommunale og regionale variation i antal test og fundne smittetilfælde
- smitteudviklingen forud for udbrud med smitte på plejecentre.

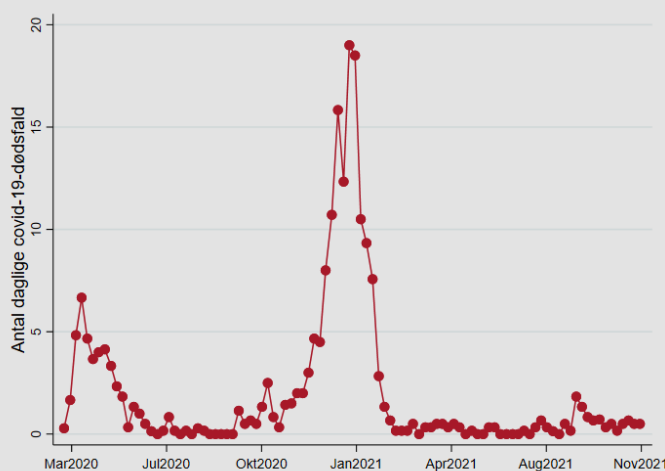
### **3.2.1 Smitteudvikling og covid-19-relateret dødelighed (borgere på plejecenter)**

Figur 3.4 giver et overblik over antallet af ældre borgere på plejecenter, der er registrerede smittede og døde med covid-19 i undersøgelsesperioden.

**Figur 3.4** Daglige antal smittede og afdøde personer med covid-19 på baggrund af både PCR- og antigenest blandt borgere på plejecenter



(a) Daglige antal smittede



(b) Daglige antal covid-19-dødsfald

Anm.: Figuren viser det daglige antal smittede personer fra både PCR- og antigenest. Dødsfald relateret til covid-19 defineres som en person, der er død inden for 30 dage efter påvist covid-19-infektion eller covid-19-reinfektion. Figuren er konstrueret som et binned scatter plot med 100 bins af ens størrelse.

Kilde: Figuren er lavet pba. data fra Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og Statens Serum Institut.

Det fremgår af figur 3.4, at det daglige antal smittede og døde med covid-19 stiger i perioden fra marts til april 2020, hvorefter det falder og stiger igen frem mod årsskiftet 2020/2021. I foråret 2020 var det kun de borgere, der var så syge, at de blev indlagt, der blev testet – og faktisk antal smittede og døde vil således være højere, end det fremgår af figuren.

I vinteren 2020/2021 blev der arbejdet systematisk med smitteopsporing på alle landets plejecentre, og smitteregistreringen vil alt andet lige være mere retvisende.<sup>4</sup> Her fremgår det af figuren, at epidemien topper med i alt cirka 80 daglige smittetilfælde og mellem 15 og 20 daglige dødsfald med covid-19 i vinteren 2020/2021.

### **3.2.2 Smitteudvikling og covid-19-relateret dødelighed (øvrige grupper)**

Figur 5-6 viser antallet af ældre borgere uden for plejecenter, der er registrerede smittede og døde med covid-19 i undersøgelsesperioden. Vi opgør det for hhv. i) ældre borgere, der får hjemmepleje, og ii) ældre borgere, der hverken får hjemmepleje eller bor på plejecenter.

Figur 3.5 viser det daglige antal registrerede smittetilfælde i undersøgelsesperioden. Udviklingen følger samme overordnede mønster som for borgere på plejecenter – dvs. at der ses en mindre stigning i perioden omkring marts/april 2020 – og en større stigning i perioden omkring årsskiftet 2020/2021.

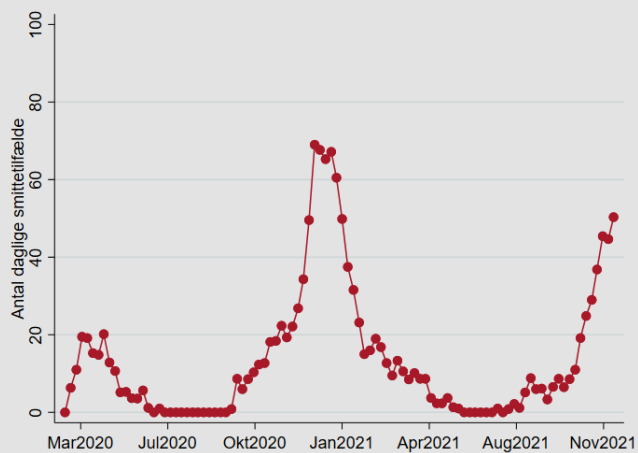
Det er igen svært at sammenligne de to perioder, fordi det er forskelligt, hvor meget der testes – og særligt i foråret 2020 vil det faktiske antal smittede være højere, end det fremgår af figuren. I vinteren 2020/2021 registreres i alt cirka 70 daglige smittetilfælde blandt borgere i hjemmeplejen – og i alt cirka 300 daglige smittetilfælde for borgeren, der hverken modtager hjemmepleje eller bor på plejecenter.

---

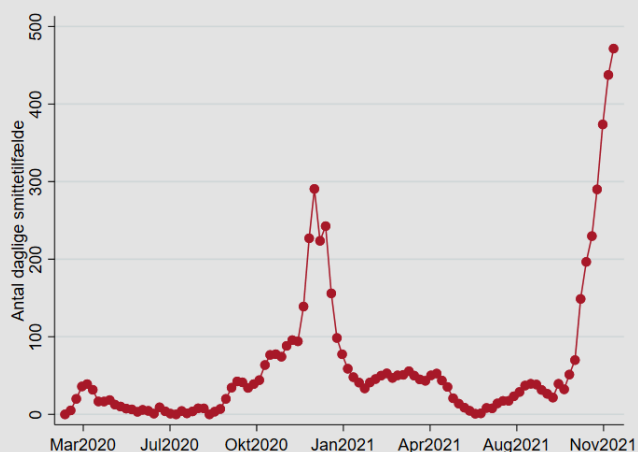
<sup>4</sup> Den vil aldrig blive helt præcis, da der ikke arbejdes systematisk med fx screening eller stikprøvekontrol.



**Figur 3.5** Daglige antal smittede personer med covid-19 på baggrund af både PCR- og antigenest blandt borgere over 65 år, der er modtagere af hjemmepleje, og som hverken bor på plejecenter eller modtager hjemmepleje



(a) Hjemmepleje



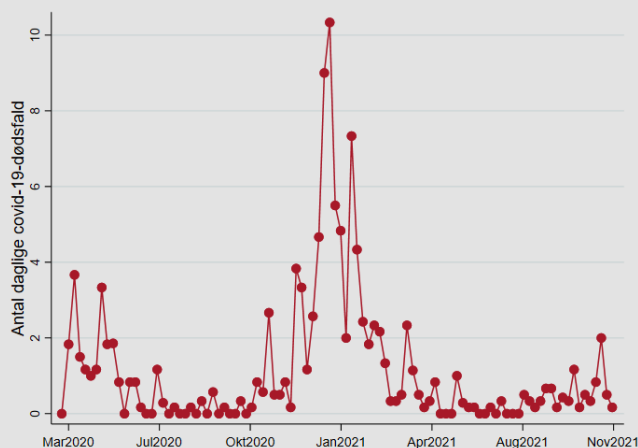
(b) Hverken plejecenter eller hjemmepleje

Anm.: Figuren viser det daglige antal smittede personer fra både PCR- og antigenest. Figuren er konstrueret som et binned scatter plot med 100 bins af ens størrelse.

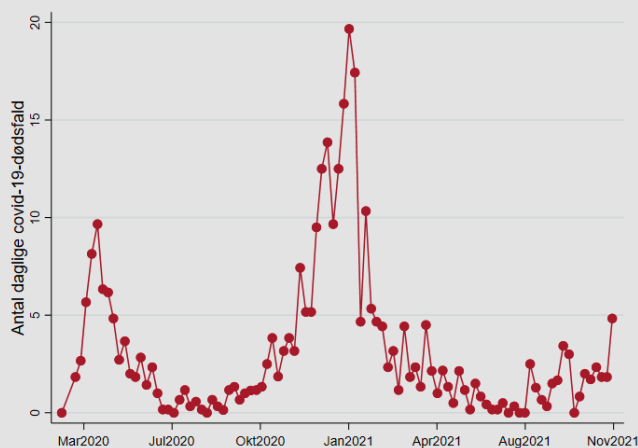
Kilde: Figuren er lavet pba. data fra Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og Statens Serum Institut.

Figur 3.6 viser det daglige antal covid-19-relaterede dødsfald i undersøgelsesperioden. Det fremgår, at dødeligheden følger smitteudviklingen med cirka 14 dages forsinkelse. På det tidspunkt, hvor der er flest covid-19-relaterede dødsfald, konstateres der cirka 20 daglige dødsfald i gruppen af ældre, der hverken bor på plejecenter eller modtager hjemmepleje, og cirka 10 daglige dødsfald i gruppen af ældre, der modtager hjemmepleje.

**Figur 3.6** Antal daglige covid-19-relaterede dødsfald. 65 år eller derover, som hhv. er modtagere af hjemmepleje, og som hverken bor på plejecenter eller modtager hjemmepleje



(a) Ældre, der modtager hjemmepleje



(b) Hverken plejecenter eller hjemmepleje

Anm.: Figuren viser det daglige antal covid-19-relaterede dødsfald. Dødsfald relateret til covid-19 defineres som en person, der er død inden for 30 dage efter påvist covid-19-infektion eller covid-19-reinfektion.

Kilde: Figuren er lavet på baggrund af data fra Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og Statens Serum Institut.

### 3.2.3 Udviklingen i brugen af test (PCR hhv. antigenest)

Figur 3.7 viser udviklingen i antallet af PCR-test samt antigenest for borgere og personale på plejecenter sammenlignet med øvrige grupper. Den røde linje viser antallet af daglige PCR-test til hver af de fire grupper, der indgår i undersøgelsen. Den sorte linje viser antallet af daglige antigenest til samme grupper.

Det fremgår af figuren, at antallet af daglige PCR-test for borgere og personale på plejecenter følger samme overordnede mønster som smitteudviklingen, dvs. at der ses en mindre stigning i foråret 2020, og en større stigning i vinteren 2020/2021. Brugen af PCR-test til den almindelige ældrebefolkning topper senere (omkring april 2021), mens der forholdsvis systematisk bruges et højt antal PCR-test til borgerne i hjemmeplejen i perioden fra oktober til april 2021.

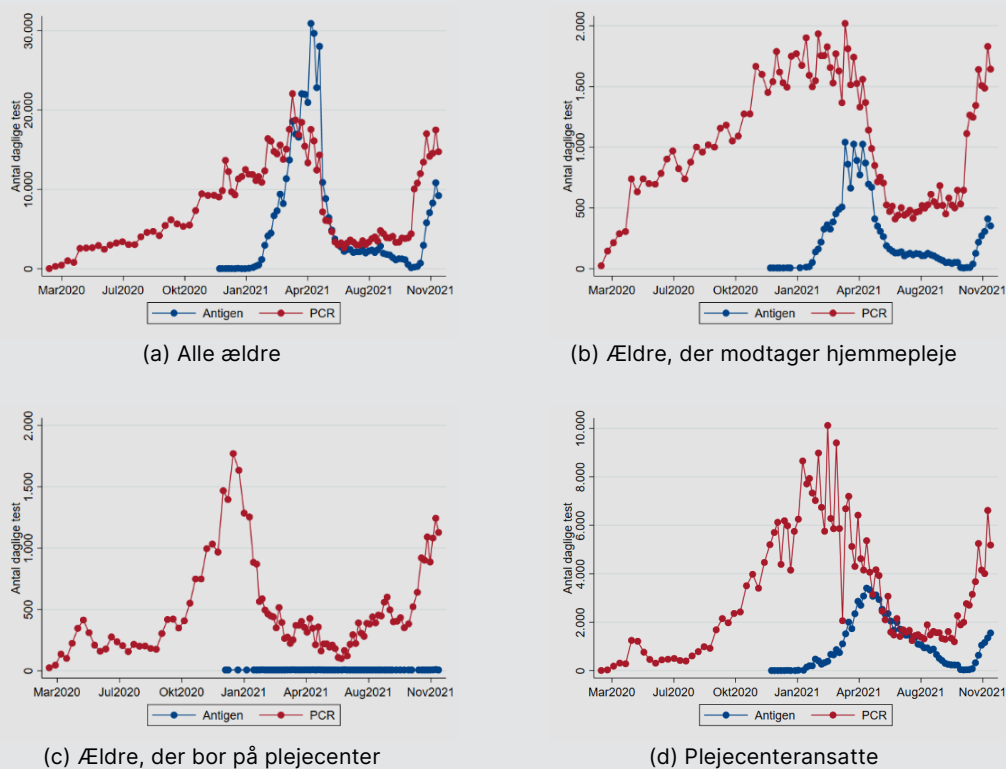
Antigentest introduceres fra december 2021, og brugen topper omkring april for såvel ansatte på plejecentre og borgere i hjemmeplejen/i den almindelige ældrebefolkning. Antigentest til borgere på plejecentre bruges ikke på noget tidspunkt i et omfang, det er muligt at måle. De tages desuden først for alvor i brug, efter epidemien er toppet (i perioden fra slut januar og frem til april).<sup>5,6</sup>

---

<sup>5</sup> Epidemien toppede jf. tidligere afsnit omkring årsskiftet.

<sup>6</sup> Data er baseret på prøvesvar fra de mikrobiologiske afdelinger, TestCenter Danmark og private covid-19-testudbydere fra marts 2020 og frem (Statens Serum Institut, 2021). Man kan måske forestille sig, at antigentest udført af private udbydere ikke alle blev registreret i starten samt generelle registreringsudfordringer i forbindelse med introduktionen af antigentest.

**Figur 3.7** Daglige PCR- og antigen test blandt alle ældre, hjemmepleje-mottagere, plejecenterbeboere og plejecenteransatte



Anm.: Figuren viser det daglige antal test fra marts 2020 til og med november 2021 opdelt på henholdsvis PCR-test og antigen test. Figuren er konstrueret som et binned scatter plot med 100 bins af ens størrelse.

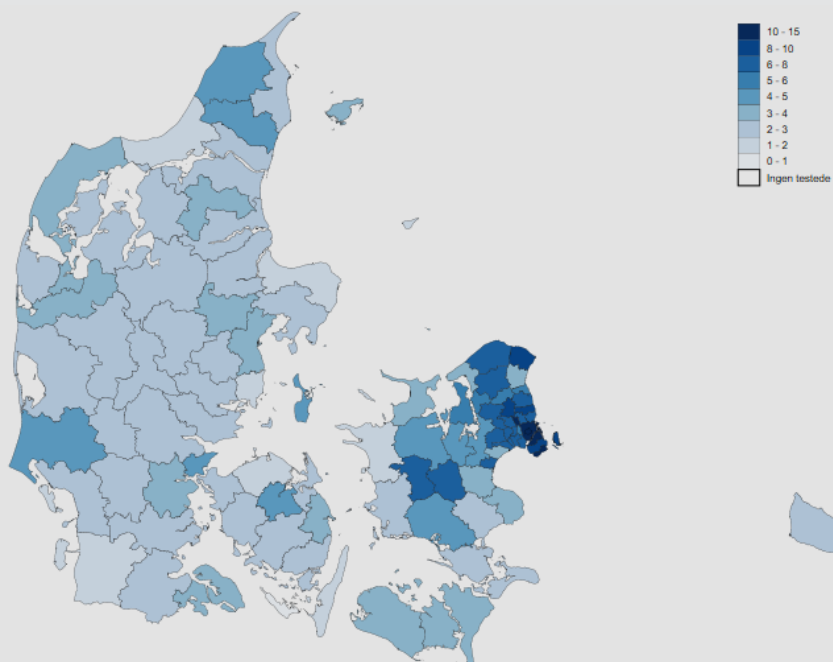
Kilde: Figuren er lavet på baggrund af data fra Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og Statens Serum Institut

### 3.2.4 Kommunal og regional variation

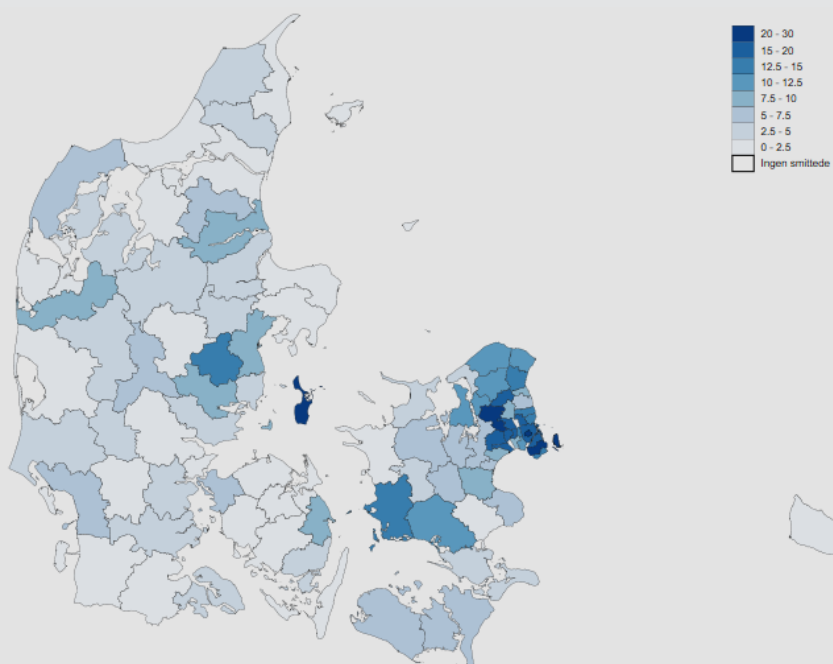
Der er en betydelig kommunal og regional variation, hvor mange der bliver testet og fundet smittet med covid-19.

Figur 3.8 viser antallet af test pr. plejecenterbeboer (panel a) samt andelen af borgere på plejecentre, der er fundet smittet med covid-19 (panel b). Det fremgår af figuren, at der både er kommunal og regional variation, og at Region Hovedstaden generelt set er den region, hvor der er testet mest – og hvor der er fundet flest smittede og afdøde borgere med covid-19 på plejecentre.

**Figur 3.8 Smitte og test i danske kommuner blandt beboere på plejecentre**



(a) Test pr. plejecenterbeboer



(b) Andel af beboere på plejecentre smittet med covid-19

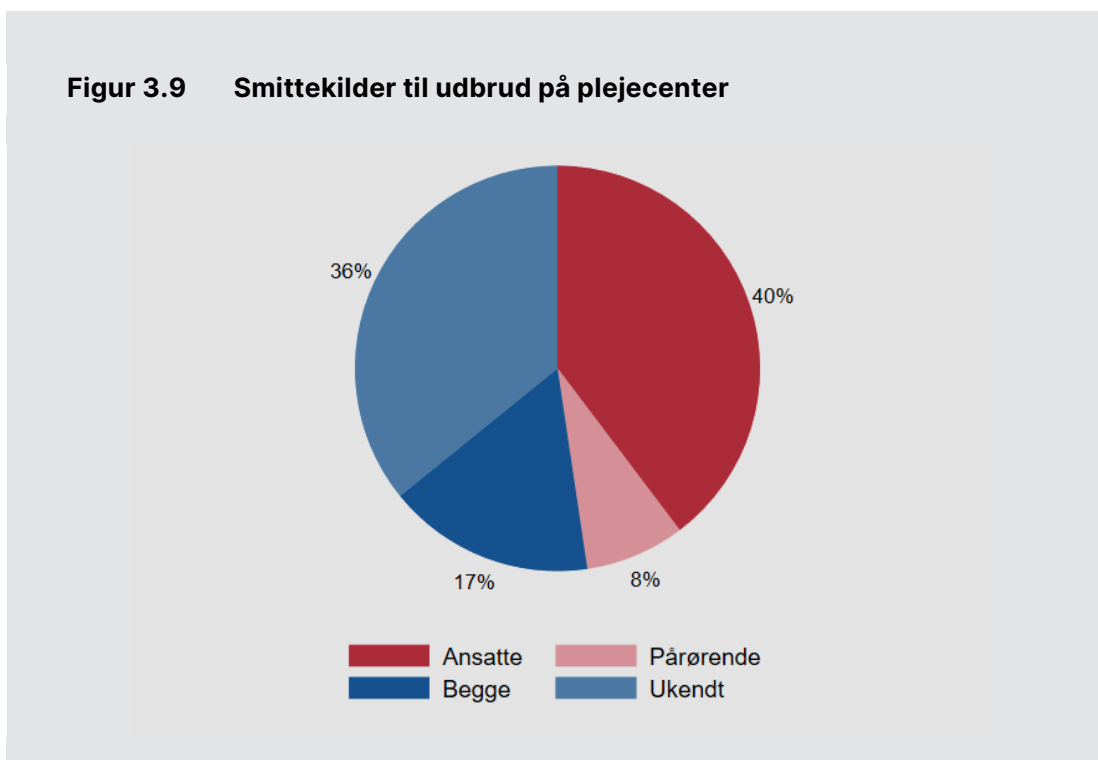
Anm.: Figuren viser det samlede antal test og smittede personer fra både PCR- og antigen test pr. person opdelt på danske kommuner. Opgørelsesperiode fra marts 2020 til november 2021.

Kilde: Figuren er lavet på baggrund af data fra Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og Statens Serum Institut.

### 3.2.5 Kilder til smitteudbrud på plejecenter

Delrapport 2 indeholder en analyse af smitteudviklingen forud for udbrud med smitte på plejecenter. Vi har været interesserede i at opnå indsigt i, hvordan smitten kommer ind, og herunder om det mest hyppigt er personale eller pårørende, der er kilde til udbrud med smitte.<sup>7</sup> Vi har undersøgt det ved at se på, hvem (om nogen), der er konstateret smittet 14 dage før de udbrud med smitte, der har været på plejecentre i undersøgelsesperioden.<sup>8</sup>

Figur 3.9 viser resultatet af opgørelsen af mulige smitekilder. For 36 % af smitteudbruddene er kilden ukendt. Det vil sige, at hverken ansatte eller pårørende til beboerne er testet positiv i op til 14 dage før smitteudbruddet. For 40 % af udbruddene er en ansat på plejecenteret testet positiv i 14 dage op til udbruddet, mens blot 8 % af de pårørende er testet positiv i op til 14 dage før udbruddet. I 17 % af smitteudbruddene findes der smitte blandt både pårørende og ansatte i de 14 dage op til udbruddet, hvilket gør, at udbruddet i disse tilfælde ikke har en entydig kilde.



Anm.: Figuren viser andelen af udbrud, hvor der 14 dage før udbruddet har været smitte blandt kun ansatte, kun pårørende, både ansatte og pårørende og hverken smitte hos ansatte og pårørende.

Kilde: Figuren er lavet på baggrund af data fra Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og Statens Serum Institut.

<sup>7</sup> Borgerne kan også være kilde til smitte. Vi har ikke undersøgt omfanget i denne analyse. Hvis borgerne er kilde til smitte vil smitekilden i denne analyse fremstå som "ukendt"

<sup>8</sup> Et udbrud med covid-19 defineres som det første smittetilfælde blandt en beboer på et plejecenter (uafhængigt af antal smittede på samme tid) i 14 dage uden smitte blandt beboere på samme plejecenter. Med denne definition identificeres 806 unikke smitteudbrud på landets plejecentre fra marts 2020 til og med november 2021.

Figuren skal læses med det forbehold, at retningslinjerne for test af hhv. pårørende og personale er forskellige. Det har også været forskelligt, hvem der har haft adgang til plejecentrene i forskellige perioder, idet der fx har været længere perioder, hvor de pårørende kun har haft begrænset kontakt (dette er særlig udtalt i perioden fra marts til april 2020, hvor der var landsdækkende besøgsforbud med få specifikke undtagelser).

Delrapport 2 indeholder en analyse af smitteudviklingen forud for udbrud med smitte i forbindelse med årsskiftet 2020/2021. Her finder vi færre ukendte smitekilder og flere tilfælde, hvor det både er personale og pårørende, der er kilde til smitte. Resultatet afspejler både den øgede brug af test i perioden (dvs. at der er flere, der testes, og dermed færre ukendte smitekilder) og de generelle tiltag, der blev taget i perioden, og som medvirkede til at reducere antallet af kontakter med andre end personale og pårørende i perioden (se Delrapport 3 for en beskrivelse af de nationale tiltag, der blev taget i undersøgelsesperioden).

### **3.2.6 Delkonklusion**

Delrapport 2 viser, at antallet af registrerede smittetilfælde ligesom antallet af covid-19-relaterede dødsfald stiger i perioden fra marts til april 2020 samt i perioden frem mod årsskiftet 2020/2021. Det er meget forskelligt, hvordan der testes i de to perioder, og særligt i foråret må der antages at være flere smittede og døde med covid-19, end det fremgår af statistikken. På det tidspunkt, hvor epidemien topper omkring årsskiftet 2020/2021 findes omkring 80 daglige smittetilfælde på plejecentre og 15-20 daglige dødsfald blandt borgere på plejecentre.

Der er kommunal og regional variation i antallet af testede og smittede. Region Hovedstaden er generelt set den region, hvor der er flest, der testes – og findes smittet – med covid-19. Brugen af PCR-test følger smitteudviklingen og topper omkring årsskiftet. Antigentest introduceres i december, men tages først for alvor i brug i perioden fra slutningen af januar og frem til april 2021 (dvs. efter epidemien blandt borgere på plejecenter er toppet). Antigentest bruges ikke på noget tidspunkt til borgere på plejecentre.

En analyse af smitekilder finder, at personalet mere hyppigt end de pårørende er kilde til smitte, hvilket både afspejler, at de er testet mere systematisk end de pårørende, og at de pårørende i perioder har haft begrænset adgang til plejecentre. I perioden omkring årsskiftet 2020/2021 findes færre tilfælde, hvor smitekilden er ukendt, hvilket både afspejler, at der er blevet testet mere i denne periode, og at der er foretaget en række forskellige tiltag for at reducere social kontakt med andre end personale og pårørende i perioden.

### 3.3 Delrapport 3: Nationale tiltag

Delrapport 3 kortlægger og analyserer de nationale tiltag, der blev – og ikke blev – taget i perioden fra epidemiens opstart til foråret 2021. Den er baseret på i) interview med nøglepersoner, ii) gennemgang af de centrale myndigheds hjemmesider, samt iii) gennemgang af debatten i medierne.

De nøglepersoner, der er interviewet, omfatter både i) personer med ansvar for epidemihåndteringen på nationalt niveau, og ii) de mest væsentlige interessenter på området.

#### 3.3.1 Tre faser i epidemihåndteringen

Analysen gennemgår de temaer, der er identificeret som væsentlige jf. opdraget og det empiriske materiale og stiller skarpt på de områder, hvor indsatsen er lykkedes mere eller mindre godt. Den følger epidemiens kronologi og skelner mellem første fase (foråret 2020), anden fase (sommeren/efteråret 2020) og tredje fase (vinteren 2020-2021).

**I den første fase** (januar 2020 – april 2020) var håbet i starten, at sygdommen kunne inddæmnes, og fokus var på at sikre kapaciteten til håndtering af epidemien på landets sygehuse. Fra starten af marts blev inddæmningsstrategien forladt til fordel for en afbødningsstrategi, og der blev truffet beslutning om nedlukning af store dele af samfundet. Der var opfordringer om at undgå social kontakt, og på plejecentrene blev der indført et landsdækkende besøgsforbud (døende og kritisk syge undtaget). Personalet skulle blive hjemme og lade sig teste, hvis de havde symptomer på smitte.

Da epidemien startede, stod plejecentrene og hjemmeplejen i henhold til interviewpersonerne "fuldstændig uforberede". De rutiner, som senere er udviklet inden for smitteforebyggelse og håndtering af udbrud med smitte fandtes ikke på dette tidspunkt. Samtidig havde de kun begrænset adgang til værnemidler, og borgerne skulle i første omgang kun testes, hvis de var så syge, at de havde behov for indlæggelse. Det var svært at få adgang til relevant rådgivning – både fra kommunen, regionen og de statslige myndigheder – og de retningslinjer, der forelå, gav ikke relevante svar på, hvordan personalet fx skulle gebærde sig i den situation, hvor de ikke havde adgang til kirurgiske mundbind. Smitten havde i denne kontekst gode muligheder for at sprede sig – og det gjorde den på nogle af de plejecentre, der blev særligt hårdt ramt i denne fase.

**I den anden fase** (maj 2020 – oktober 2020) faldt smitten, samtidig med at der vedvarende kom nye forsyninger af værnemidler og udstyr til test. Det blev



anbefalet at teste nære kontakter og personer, der flyttede ind på plejecentrene – og der blev etableret et nationalt system til smitteovervågning, der tillod de nationale sundhedsmyndigheder at følge med i smitteudviklingen i forskellige dele af landet samt på de enkelte plejecentre. Personalet på plejecentre og i hjemmeplejen blev tilbudt test hver sjette uge i områder, hvor smitten var lav – og test én gang hver anden uge i områder, hvor smitten var stigende. Herved var det muligt at identificere personale, der var smittet, og som ikke havde symptomer – men frekvensen af test var lav i forhold til den ordning, der senere blev implementeret<sup>9</sup> – og borgere på plejecentre og i hjemmeplejen blev fortsat kun testet, hvis de havde symptomer, eller hvis de havde været i nær kontakt med en smittet.

Det nationale system til smitteovervågning tillod de nationale sundhedsmyndigheder at sætte ind med ”nålestiksindgreb” de steder, hvor smitten steg – og hvor der lokalt var udbrud med smitte. Det gav i henhold til nogle af de centrale aktører i epidemihåndteringen på nationalt niveau en følelse af at ”have styr på det”, der måske varede for længe – set i lyset af de stigende smittetal generelt og specifikt i Region Hovedstaden.

**I tredje fase** (november 2020 – april 2021) steg smitten – og først og fremmest i region hovedstaden. Der var stadig flere plejecentre, der blev omfattet af besøgsrestriktioner, og der var vedvarende kritik af de menneskelige omkostninger ved især besøgsforbud. Op mod jul blev det på denne baggrund besluttet, at alle borgere skulle have mulighed for at få besøg af deres pårørende, også selv om det indebar, at de pårørende skulle bevæge sig igennem plejecentrenes fællesarealer. Der blev også truffet beslutning om, at plejecentrene kunne samle op til 50 borgere plus personale til jule- og nytårsmiddage – men uden at de pårørende havde mulighed for at deltage. Den første beslutning betragter interviewpersonerne generelt set som hensigtsmæssig, mens der rejses tvivl om, hvorvidt den anden beslutning var hensigtsmæssig i en periode med høj smitte generelt og specifikt blandt borgere og personale på plejecentre.

Det der skete i perioden op til jul, er i henhold til de centrale aktører i epidemihåndteringen, at smitten steg, og at det ikke er muligt at holde smitten ude fra plejecentre, når personalet har børn, der går i skole og daginstitution. Nogle af de centrale aktører i epidemihåndteringen drøfter på denne baggrund, om der blev sat for sent ind med den generelle nedlukning af samfundet, hvor børnene blev sendt på en lidt længere juleferie, og de offentligt ansatte blev opfordret til så vidt muligt at arbejde hjemme. Hvis ønsket ensidigt var at beskytte de ældre mod smitte og død, så blev der i henhold til disse interviewpersoner sat for sent ind – men det har selvfølgelig ikke været det eneste hensyn, og der har selvfølgelig også været andre legitime hensyn, herunder til

---

<sup>9</sup> Sundhedsstyrelsen anbefalede test 1 gang om ugen i områder med forhøjet smitte fra starten af juli, men denne anbefaling blev tilsyneladende ikke fulgt før fra starten af januar; se også beskrivelsen af fase 3 nedenfor.

skolebørnene og deres behov for at komme i skole og møde deres klassekammerater.

I en situation med stigende smitte er det desuden væsentligt at sikre, at der er hurtig adgang til at få foretaget og få svar på test i tilfælde af mistanke om smitte. Her peger undersøgelsen på, at der var udfordringer, både i forhold til adgangen til og hastigheden af svar på test, og både i forhold til borgere og personale på plejecentre og i hjemmeplejen. Dette skyldes en række forskellige forhold – herunder at der var stort pres på systemet som følge af den stigende smitte generelt og specifikt på plejecentrene og i hjemmeplejen – og at der blandt andet af denne årsag var ventetid på de regionale mobile enheder, der skulle køre ud for at foretage test på plejecentrene.

**Antigentest** blev introduceret som del af den offentlige testindsats fra midten af december, hvor de i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer blandt andet kunne bruges til screening af personale på plejecentre. Tilbuddet om antigenest som screening på plejecentre blev implementeret i en model, hvor mobile enheder kørte rundt fra plejecenter til plejecenter for at tilbyde test til de ansatte. Men fordi de mobile enheder ikke kunne være på alle plejecentre på alle de tidspunkter, hvor personalet mødte ind til en vagt, og således oplevede, at de havde behov for at blive testet, gav dette tiltag ikke mening, set fra plejepersonalets perspektiv.

Analysen peger generelt set på, at de løsninger, der introduceres med mobile enheder har en række svagheder i forhold til særligt fleksibilitet, der gør de løsninger, hvor personalet tester sig selv eller hinanden mere velegnede. Ved tilbuddet om antigenest fravalgte mange således at lade sig teste, blandt andet fordi det ikke kunne ske på det tidspunkt, hvor det passede ind i forhold til deres arbejdsdag.<sup>10, 11</sup>

**Screening** med PCR-test blev desuden kun gennemført hver anden uge i områder med forhøjet smitte. Sundhedsstyrelsen anbefalede test hver 7. dag fra juli 2020, men det var først fra starten af januar 2021, det blev besluttet at øge testfrekvensen, så der blev testet én gang om ugen i områder med forhøjet smitte. I starten af januar blev det besluttet at øge frekvensen fra én test hver anden uge til én test om ugen – og fra midten af januar blev det yderligere besluttet at øge frekvensen fra én test om ugen til to test om ugen. Denne beslutning blev truffet, fordi det blev opfattet som mere meningsfyldt at øge intensiteten af screeningsindsatsen med PCR end at implementere tilbuddet om screening med antigenest, jf. ovenfor. Screeningstest er i henhold til litteraturstudiet (Delrapport 6) effektiv som supplement til test ved symptomer. Det

---

<sup>10</sup> Konkret enten inden de gik på arbejde (dvs. hjemmefra), eller inden de rent fysisk mødtes med deres kolleger og gik ind til/kørte ud til borgerne.

<sup>11</sup> Der var flere årsager til den lave tilslutning, herunder også at det på dette tidspunkt var de lange poppende på op til 10 cm. der blev anvendt – og mange oplevede det som forbundet med stort ubehag at blive testet.

kan derfor anses for at være en udfordring, at det først i perioden efter årsskiftet blev besluttet at øge screeningsindsatsen med PCR.

**Vaccinerne** fremstår som den helt afgørende årsag til, at det var muligt at bremse smitteudviklingen og forhindre yderligere dødsfald som følge af epidemien med covid-19 blandt borgere på plejecentre i forbindelse med årsskiftet 2020/2021. Borgere på plejecentre fik ligesom det personale, der var på arbejde samme dag, mulighed for at blive vaccineret fra starten af juleferien. Det var med til at bremse smitteudviklingen og give mildere sygdomsforløb – og var således med til at undgå, at epidemien med covid-19 udviklede sig værre end den gjorde, omkring årsskiftet 2020/2021.

Retrospektivt fremstår kommunernes **hygiejneindsats** desuden som afgørende for kommunernes evne til at forebygge og håndtere udbrud med smitsomme sygdomme som fx covid-19. Der er tale om kendt viden om, hvordan det blandt andet er vigtigt at vaske sine hænder og rengøre kontaktflader. De nationale retningslinjer, der allerede inden epidemien forelå på dette område, er kun i begrænset og varieret omfang implementeret i kommunerne – og der er ikke samme hygiejne på ældreområdet<sup>12</sup>, som vi kender det fra sundhedsområdet.<sup>13</sup>

### 3.3.2 Generel læring på baggrund af undersøgelsen

Analysen sætter generelt set fokus på behovet for at integrere ældreområdet som del af det samlede sundhedsvæsen. Heri indgår ikke kun det regionale fokus på de patienter, der er potentielt syge, og som derfor skal udredes og potentielt færdigbehandles, inden de kan udskrives fra sygehus. Her indgår også fokus på alle de borgere, som kommunerne varetager velfærdsydelse til – og herunder de ældre borgere, der får hjemmepleje eller bor på plejecentre. Her arbejder personalet alt overvejende alene, og der er brug for yderligere kompetence og supervision, hvis deres (hygiejne-)indsats skal styrkes og smitsomme sygdomme forebygges i fremtiden.

## 3.4 Delrapport 4: Decentrale beretninger

Delrapport 4 består af en analyse af erfaringerne med håndteringen af covid-19 på fire plejecentre og fire hjemmeplejeenheder i fem kommuner. Ét plejecenter var et friplejehjem og én hjemmeplejeenhed var privat – og kommu-

---

<sup>12</sup> Se bilag 1 for en beskrivelse af lovgrundlaget for epidemihåndteringen og herunder for de indsatser, der gives efter hhv. service- og sundhedsloven.

<sup>13</sup> Se bilag 1 for en beskrivelse af lovgivningen og herunder for en beskrivelse af de opgaver, der løses inden for rammerne af hhv. service- og sundhedsloven.

nerne/ plejecentrene/hjemmeplejeenhederne fordelte sig på og repræsenterede både små og store kommuner, by og land, samt tre forskellige regioner (Region Hovedstaden, Region Sjælland, og Region Nordjylland).

Analysen finder – på linje med Delrapport 3 ovenfor – at der har været store forskelle i epidemihåndteringen i de **forskellige faser** af epidemien. I starten var der mangel på værnemidler – mangel på adgang til test – og manglende rutiner i forhold til smittebekæmpelse. Det tillod store smitteudbrud på nogle plejecentre i nogle kommuner, hvor smitten i lokalsamfundet samtidig var høj. I senere perioder var der god adgang til værnemidler og test. Her sås der ikke desto mindre smitteudbrud på nogle plejecentre og i nogle hjemmeplejeenheder også i kommuner uden stor smitte i lokalsamfundet. Årsagerne til udbrud var i de enkelte tilfælde både mindre restriktive nationale retningslinjer (værnemidler var ikke et krav på dette tidspunkt) og manglende efterlevelse af de nationale retningslinjer vedrørende smitteforebyggelse (fx i forhold til hygiejne og anbefalinger om at holde afstand).

Analysen finder **syv temaer**, der alle er centrale for hjemmeplejens og plejecentrenes muligheder for at forebygge og håndtere smitte. Det vedrører: Hygiejne, nationale retningslinjer, værnemidler, isolation og besøgsrestriktioner på plejecentre, test og vaccination. Analysen peger på, at alle tiltag opleves som meningsfulde og virkningsfulde. Dette med undtagelse af besøgsforbud og besøgsrestriktioner på plejecentre, som jf. interview med ledere og medarbejdere på plejecentre og i hjemmeplejen ikke bør anvendes som forebyggende tiltag, så længe øvrige tiltag er implementeret. Den grundlæggende udfordring for ledere og medarbejdere på plejecentre og i hjemmeplejen har været manglende adgang til de øvrige relevante tiltag. Således beretter ledere og medarbejdere på plejecentre og i hjemmeplejen om manglende adgang til værnemidler, test og vaccination (særligt for medarbejderne i hjemmeplejen, for hvem prioriteringen har givet anledning til frustration).

Vedrørende **hygiejne** finder analysen, at kommunerne generelt set var dårligt forberedt. Det var først i forbindelse med epidemiens udbrud i foråret 2020, at der blev opbygget et beredskab og udpeget en covid-19 ansvarlig samt (evt.) ansat en hygiejne sygeplejerske. Tre ud af fem casekommuner har – i forbindelse med epidemien – valgt at ansætte en hygiejnesygeplejerske. Erfaringen er, at der er behov for specialistkompetencer inden for hygiejne internt i kommunerne for at kunne yde den nødvendige støtte til kommunernes ledelse og til de decentrale enheder, der i høj grad efterlyser ekspertise på dette væsentlige område.

**Nationale retningslinjer**, der konkret anviser, hvordan arbejdet med smitteforebyggelse og smittehåndtering skal finde sted, er i høj grad efterspurgt fra de decentrale enheder. Udfordringer med de retningslinjer, der er blevet udarbejdet, er, at der har været mange forskellige retningslinjer – at deres indhold er

skiftet fra dag til dag – og at de (særligt i starten) blev oplevet som mindre direkte relevante/svære at oversætte til dagligdagen på ældreområdet. Kommunernes opgave med at fortolke og oversætte retningslinjer har særligt i epidemiens første fase været tidskrævende og til tider uoverskuelig. Der har samtidig været behov for mere realistiske tidsfrister til implementering og bedre sammenhæng mellem tidsfristerne for implementering og de politiske udmeldinger til befolkningen.

Alle decentrale enheder oplevede i epidemiens første fase en begrænset adgang til relevante **værnemidler**, herunder masker, sprit og forklæder. Det blev oplevet som utrygt for såvel ledere som medarbejdere, at de skulle spare og prioritere mellem borgerne – og at de selv har skullet stå for indkøb af værnemidler fra detailhandlen uden at vide, om de værnemidler, de hermed indkøbte, havde den fornødne sikkerhed. I samme og efterfølgende faser af epidemien har medarbejdere, ledere (og nationale myndigheder) skullet lære at håndtere værnemidler og sikre en god hygiejne i kontekst af i) hjemmeplejens/plejecentrenes arbejde, ii) borgerens eget hjem og iii) over for borgere med nedsat kognitiv funktionsevne og dermed vanskeligheder ved at forstå, at medarbejdere pludselig optræder ”i rumdragt”/”med maske”. Det er fortsat og vedvarende en udfordring at finde gode måder at håndtere dette på, samtidig med at der også er mange gode og konkrete erfaringer fra dagligdagens praksis, som fremtidige retningslinjer kan tage afsæt i.

Interviewpersonerne betragter **besøgsrestriktioner/forbud** som et effektivt tiltag for at forebygge og håndtere smitte, ligesom de betragter **isolation** af borgere ved mistanke om eller tilfælde af smitte som et effektivt og nødvendigt virkemiddel. Men interviewene peger også på, at det ikke igen bør anvendes som forebyggende tiltag – medmindre det er absolut nødvendigt. Det skyldes dels en oplevelse af, at restriktionerne til en vis grad har haft konsekvenser for borgernes trivsel og grebet ind i borgerens grundlæggende frihed. Dels skyldes det erfaringer med, at implementeringen af retningslinjerne har været ressourcetung og i flere tilfælde ikke har givet mening for medarbejderne i forhold til ønsket om at undgå smittespredning. I medarbejdernes perspektiv har restriktionerne taget ressourcer fra plejen af borgerne, og det har tilmed medført en ubalance i deres indsats og krav til de pårørende. De efterspørger fleksibilitet i forhold til den enkelte borger, dennes situation og behov, samtidig med retningslinjer, der sikrer de øvrige borgeres og personalets sikkerhed.

De interviewede ledere og medarbejdere tillægger **testindsatsen** afgørende betydning for deres evne til at forebygge og håndtere smitte. Men erfaringerne er, at testindsatsen på plejecentrene og i hjemmeplejen er kommet for sent i gang. Manglende adgang til test har især udgjort en udfordring for de enheder, der blev ramt af smitte i epidemiens første faser, hvor det – jf. interview – var som at ”slukke en ildebrand med bind for øjnene”. Interviewene beretter om stor tilslutning til de to ugentlige PCR-test af personalet og negative

oplevelser med indførelsen af antigenest, som skyldtes fysisk ubehag og lav kvalitet i leverandørernes service. Derfor er vurderingen også bredt set, at testindsatsen for medarbejderne bør være frivillig. Men interviewene rummer også ønsker om at stille det som krav til medarbejderne fx via antigenest inden vagtstart. Testindsatsen for borgerne har indebåret et tæt samarbejde med regionerne. Flere interviewpersoner beretter om oplevelser med ventetid hos regionernes testindsats, som blandt andet har betydet unødigt isolation af borgerne. Det er baggrunden for et bredt ønske om, at kommunerne varetager testindsatsen for borgerne.

Oplevelsen er, at der i løbet af vaccinationsrunderne er sket væsentlige forbedringer i **vaccinationsindsatsen** for borgere på plejecentre og i hjemmeplejen, idet opgaven er blevet mindre kompleks, mindre ressourcetung, og vaccinerne er kommet tættere på borgerne. Medarbejderne på plejecentrene og i hjemmeplejen blev i første omgang tilbudt borgernes restvacciner. Denne vaccinationsindsats er forbundet med større utilfredshed særligt for medarbejderne i hjemmeplejen, som føler sig nedprioriteret og oplever at være blevet vaccineret sent i forhold til borgerne og i forhold til medarbejderne på plejecentre. Den manglende adgang til vaccination anses både for at være et problem for smitteudviklingen blandt borgerne og for de tilgængelige medarbejderressourcer. Det har ifølge nogle ledere i hjemmeplejen og på plejecentrene også påvirket tilslutningsgraden blandt medarbejdere, at de ikke fra starten fik adgang til vaccination.

### 3.5 Delrapport 5: Borgernes og de pårørendes perspektiv

Delrapport 5 består af en analyse af borgernes og de pårørendes perspektiver på epidemihåndteringen. Vi har gennemført interview med i alt 29 borgere og pårørende til nulevende borgere og afholdt to workshops med interessenter for at validere indtryk fra interview.

Delrapporten finder, at de interviewede borgere og pårørende oplever, at **plejen** har været uændret under epidemien. Træning og fysioterapi har været aflyst i nogle perioder, men er efterfølgende genoptaget. Nogle pårørende mener, at den manglende træning og manglende variation i hverdagen muligvis medførte et forringet fysisk og kognitivt funktionsniveau – særligt hos de ældre med en demensdiagnose. I forhold til plejen har de mange skiftende personaler i hjemmeplejen medvirket til utryghed blandt borgere og pårørende på grund af formodet betydning for smitterisiko.

Overordnet peger interviewmaterialet på, at borgerne og de pårørende grundlæggende har oplevet **de smitteforebyggende tiltag** som relevante og nødvendige. Alle borgerne har været opmærksomme på smitte, men kun få har været stærkt bekymrede for at blive syge. Borgere og pårørende har generelt forsøgt at efterleve myndighedernes anbefalinger og ser positivt på anvendelsen af værnemidler, hygiejne, anbefalinger om afstand samt test og vaccination. Implementeringen af de almene smitteforebyggende tiltag på plejecentrene har udfordret enkelte af de ældres opfattelse af, at deres lejlighed også er deres hjem, og at de har frihed til at træffe individuelle beslutninger om, hvornår de for eksempel vil forlade hjemmet – eller have gæster på besøg. Men det er ikke en gennemgående pointe i interviewene.

Besøgsrestriktionerne under epidemien medførte sociale afsavn for borgere og pårørende. Interviewmaterialet peger på, at borgernes hverdag under epidemien blev mere indadvendt og lukket af for omverdenen. Det gælder for **borgere på plejecenter**, som ofte er afhængige af, at andre mennesker faciliterer deres sociale samvær med andre. De var underlagt besøgsrestriktioner og måtte nøjes med at omgås enkelte andre borgere i en "social boble" og (eventuelt) se en enkelt eller få pårørende. De, der før epidemien ofte havde besøg af familien, mærkede deres fravær – mens de, der ikke havde det, i større omfang kunne fortsætte deres eksisterende liv. Flere af de borgere, der oplevede perioder med isolation, beskriver dette som særligt svært.

For de **borgere i hjemmeplejen**, som var meget bekymrede for smitte og valgte at isolere sig, gælder den samme indskrænkning af den sociale kontakt. Men de fleste borgere i hjemmeplejen kunne til en vis grad fortsætte med at se familie og venner ved at overholde myndighedernes anbefalinger om social afstand, brug af værnemidler og god håndhygiejne. De forskellige erfaringer blandt borgere på plejecentre og i hjemmeplejen reflekterer således, at de har forskellig grad af autonomi i forhold til samværet med de pårørende, dvs. hvem og hvor mange de kan se, hvor hyppigt og på hvilken måde samværet kan foregå.

De fleste borgere og pårørende er enige om, at det har været **trist og kedeligt** med begrænsningen på socialt samvær, men at de har holdt det ud, fordi det var en afgrænset periode. De er overordnet set tilfredse med epidemihåndteringen og har kun få anbefalinger til, hvordan man kan gøre det bedre i fremtiden (Boks 3.1).

### **Boks 3.1    Borgernes og pårørendes anbefalinger til fremtidens epidemihåndtering**

- 1.** Mere lempelige besøgsrestriktioner på plejecentrene generelt, herunder undgåelse af isolation
- 2.** Større selvbestemmelse omkring besøg i borgernes egen bolig på plejecentret
- 3.** Bedre besøgsfaciliteter i tilknytning til plejecentrene, dvs. varme, rene og indbydende steder at mødes
- 4.** Geografisk differentiering af smitteforebyggende indsatser, især besøgsrestriktioner på plejecentrene i forhold til smittetryk
- 5.** Få og faste medarbejdere i hjemmeplejen for at mindske smitterisiko
- 6.** Ensartet anvendelse af værnemidler og hygiejneindsatser blandt hjemmeplejens medarbejdere
- 7.** Krav om vaccination af hjemmeplejens medarbejdere
- 8.** En større indsats for at aktivere de ældre på plejecentrene og i hjemmeplejen, når besøg fra pårørende, træning og sociale arrangementer er aflyst eller begrænset for at understøtte mental trivsel og vedligeholde borgernes funktionsniveau.
- 9.** Fortsat opmærksomhed på smitteforebyggelse efter epidemien via hygiejneindsatser.

## **3.6    Delrapport 6: Litteraturstudie**

Formålet med Delrapport 6 er – på baggrund af et systematisk litteraturstudie – at optegne et billede af, hvordan covid-19-epidemien er blevet håndteret på ældreområdet i andre lande igennem forskellige specifikke indsatser og med hvilken betydning/med hvilke effekter.

Litteratursøgningen er foretaget i efteråret 2021, og efter to screeningsrunder er der inkluderet i alt 96 studier (se litteraturliste i Delrapport 6). Den inkluderede litteratur er overordnet set koncentreret omkring studier, der relaterer til plejecentre. Den fordeler sig på følgende syv indsatskategorier: Testning (15 studier), nedlukning og besøgsrestriktioner (20 studier), flerstrengede indsatser (19 studier), overordnede policy-tiltag (7 studier), andet (5 studier), vaccination (18 studier) samt reviews (12 studier).



De 15 studier vedrørende **testning** (se litteraturliste i Delrapport 6) peger på, at der, på grund af den store andel af asymptomatiske smittetilfælde, der ken- detegner covid-19, er positive effekter af at gå fra en symptombaseret/ud- brudsbaseret teststrategi til seriel, universel screeningsbaseret teststrategi – hvor systematiske screeninger af borgere og ansatte kombineres med test i tilfælde af udbrud. Seriel, universel testning ser ud til at være mere effektiv end testning alene ved symptomer, da den gør det muligt at opdage og isolere asymptomatiske og præsymptomatiske smittetilfælde.

De 20 studier vedrørende **nedlukning og besøgsrestriktioner** (se litteraturliste i Delrapport 6) finder, at det har haft en række utilsigtede konsekvenser for de ældre, deres pårørende og for de ansatte. For de ældre er det i særdeleshed negative effekter såsom ensomhed og depression, som litteraturen beskriver, mens det for familierne er negativ følelsesmæssig påvirkning såsom bekymring samt et øget behov for kommunikation og information i relationen til plejecente- ret. For de ansatte afrapporteres der om etiske dilemmaer, frygt for smitte samt flere arbejdsopgaver – fx i forhold til kommunikation og støtte samt med at skabe sikre rammer for besøg ved lempelse af besøgsrestriktioner.

De 19 studier af **flerstrengede indsatser** (se litteraturliste i Delrapport 6) viser på et overordnet niveau, at omfattende programmer til covid-19-håndtering kan relateres til mindsket smitte. Desuden peger studierne på, at graden af ef- terlevelse af retningslinjer og graden af forberedelse på at håndtere smit- somme sygdomme spiller en rolle i covid-19-håndteringen på plejecentre.

De 7 studier af **overordnede policy-tiltag** (se litteraturliste i Delrapport 6) pe- ger på, at kontekstuelle elementer tilskrives betydning for smitteudbredelse og covid-19-relaterede dødsfald på plejecentre. Nogle lande har en fragmen- teret organisering i relation til ældreområdet, hvor det på tværs af funktions- opdelte og siloopdelte forvaltningsområder kan være vanskeligt at skabe overblik, koordinering og styring i en situation som under covid-19-epidemien. Overordnet set peger denne kategori af litteratur på betydningen af kontek- stuelle, strukturelle og beredskabsmæssige faktorer for epidemihåndteringen på ældreområdet.

De 5 andre studier finder blandt andet eksempler på effekt af **virtuelle uddan- nelses- og vidensdelingstiltag** (se litteraturliste i Delrapport 6). Det gælder både individbaseret medarbejderfokuseret læring om smitteforebyggelse og kontroltiltag og et netværksrettet tiltag med fokus på hurtig deling af best practice blandt plejecentre i en situation præget af manglende evidens.

De 18 studier af **vaccination** (se litteraturliste i Delrapport 6) finder, at vacci- nation er en vigtig indsats til at beskytte borgere på plejecentre mod smitte, indlæggelse og covid-19-relateret død. Det er væsentlige forhold, at niveauet

af vaccination blandt medarbejdere ser ud til at være relateret til smitteniveauet blandt borgerne, samt at vaccination af borgere ser ud til at være relateret til en vis grad af beskyttelse for ikke-vaccinerede borgere. Men overordnet set er det også væsentligt, at studierne viser, at vaccination ikke kan stå alene som redskab til at forhindre smitte på plejecentre. Non-farmakologiske indsatser – såsom jævnlig testning og isolation ved smitte – er stadig vigtige elementer i håndteringen af covid-19 på plejecentre.

Litteraturstudiet indeholder også et blik på de **svenske og norske erfaringer** med håndtering af covid-19 (se litteraturliste i Delrapport 6). På et overordnet niveau tyder det på, at den svenske håndtering af covid-19 på ældreområdet vurderes som mere mangelfuld og fragmenteret end tilfældet er i Norge. Men der er fællestræk mellem dem. På tværs af de to lande bliver der peget på problematikker omkring adgang til værnemidler; manglende central styring og overblik samt mangelfuld koordinering mellem centrale aktører og niveauer (dog væsentlig gradsforskel); manglende prioritering af det kommunale ældreområde på et overordnet niveau.

Desuden er der en række strukturelle forhold på ældreområdet i de to lande, som tilskrives betydning for håndteringen. Det ene er en **fragmenteret organisering** på forskellige niveauer. For Norge på kommunalt og enhedsniveau i forhold til rengøring, mens det for Sverige er på et mere omfattende plan, idet det er hele den overordnede koordinering mellem kommuner og regioner samt mellem statsligt og lokalt niveau, der udpeges som problematisk. Medarbejderrelaterede forhold går også igen de to lande imellem, både hvad angår den overordnede ressourcemæssige prioritering af ældreområdet og specifikt i relation til ansættelsesforhold på ældreområdet (mere personalekontinuitet/min-dre brug af vikarer) samt medarbejdernes uddannelsesniveau.

Endelig er der i begge lande fokus på de **negative konsekvenser af besøgsrestriktioner** for de ældre og på, at der skal skabes bedre mulighed for at sikre besøg og velfungerende kommunikationsmuligheder mellem ældre og pårørende i situationer som under en epidemi.

### 3.7 Opsummering

Det fremgår af dette afsnit, at Danmark overordnet set har klaret sig godt, når vi sammenligner os med andre lande. Dødeligheden blandt ældrebefolkningen i Danmark er generelt set lav under covid-19-epidemien. Der findes en overdødelighed blandt ældre på plejecenter ved årsskiftet 2020/2021, men ikke på andre tidspunkter og ikke for andre dele af ældrebefolkningen. Overdødeligheden blandt ældre på plejecenter ved årsskiftet 2020/2021 er drevet af en

overdødelighed i Region Hovedstaden, der er over dobbelt så høj som i de øvrige regioner.

De indsatser, der har været foretaget til at håndtere epidemien i Danmark, svarer langt hen ad vejen til de indsatser, der har været anvendt i andre lande – men med den væsentlige undtagelse, at screeningstest i udlandet også omfatter borgere på plejecenter. I Danmark har fokus hos de nationale myndigheder, jf. Delrapport 3, i meget stort omfang været på test af personalet – og kun i mindre omfang på test af borgerne på plejecentre, som varetages af regionerne som del af sundhedssporet.

De indsatser, der er relevante i epidemihåndteringen, inkluderer i henhold til de internationale studier: testning, nedlukning og besøgsrestriktioner samt vaccination. Der ses positiv effekt af at gå fra testning ved symptomer til systematisk testning af borgere og personale på plejecentre og markant positiv effekt af vaccination. Nedlukning og besøgsrestriktioner har negative konsekvenser – og der er også i andre lande udfordringer med kompetencer og sammenhæng mellem på den ene side ældreområdet og på den anden side det samlede sundhedsvæsen.

I Danmark oplever såvel de nationale interessenter som medarbejdere og ledere på plejecentre og i hjemmeplejen, at der var udfordringer i forhold til hygiejne, test og værnemidler – samt at dette var basis for nogle af de større udbrud, der sås i foråret 2020 – på trods af den gennemførte nedlukning og de indførte besøgsrestriktioner. Hen over sommeren 2020 var der en lettelse over at have klaret sig igennem epidemiens første fase og en tilfredshed med det nationale smitteopsporingsprogram, der gjorde det muligt at sætte ind med nålestiksindgreb de steder, hvor der var behov – men intensiteten af screeningsindsatsen for personalet på plejecentre var lav, og også lavere end det blev anbefalet i Sundhedsstyrelsens retningslinjer.

Flere af de centrale aktører i epidemihåndteringen påpeger, at det fra centralt hold skulle have været besluttet at sætte tidligere ind med mere gennemgribende restriktioner i lyset af de stigende smittetal, hvis det reelt havde været ønsket at holde smitten ude af plejecentrene. Så længe samfundet er åbent, og medarbejderne på plejecentre har børn, der går i daginstitution, er det ikke muligt at holde plejecentrene smittefrie. De antigenest, der blev anbefalet fra midten af december og introduceret på forsøgsbasis fra slutningen af samme måned gav ikke mening set fra det udførende personales perspektiv. Det de efterspurgte, var i stedet vacciner og let adgang til PCR-test.

Borgerne og de pårørende oplever generelt set, at epidemien har været fornuftigt håndteret – og de har forståelse for de tiltag, der blev gennemført. De anfører, at det var trist og kedeligt, men muligt at stå igennem, fordi der – trods alt – har været tale om en begrænset periode. De har en række konkrete

forslag til, hvordan man kan forbedre epidemihåndteringen fremadrettet, herunder hvordan der kan arbejdes med geografisk differentierede indsatser, bedre og mere lempelige besøgsrestriktioner, vaccination af medarbejderne, bedre hygiejne og mindre smitteudsætning – blandt andet ved at færre forskellige medarbejdere kommer i borgerens hjem.

Borgernes og de pårørendes forslag matcher de forslag, der er stillet af interessenter samt ledere og medarbejdere på plejecentre og i hjemmeplejen. Her drøftes (ud over de nævnte tiltag) også antigenest, men i givet fald som selvtest og i forbindelse med vagtskifte.

# 4 Besvarelse af opdragets spørgsmål

I dette kapitel findes VIVEs besvarelse af de specifikke spørgsmål, der er stillet i opdraget. Besvarelsen er baseret på de seks delanalyser, der er beskrevet ovenfor, samt de analyser af a) lovgrundlaget for epidemihåndteringen på ældreområdet samt b) ældreplejens historiske udvikling, der er vedlagt som bilag (bilag 1-2).

## 4.1 Den beskrivende del

### **B B1: Udviklingen i smittede, indflyttede og afdøde blandt beboere med covid-19 på plejecentre**

Der ses en stigning i antallet af smittede og afdøde med covid-19 i foråret 2020 samt i forbindelse med årsskiftet 2020/2021. Det præcise antal smittede og afdøde kan ikke opgøres, da det ikke er alle, der er smittet med covid-19, der bliver testet, og da der ikke foreligger viden om de mere præcise dødsårsager i det enkelte tilfælde (Delrapport 2).

VIVE har ikke data på antallet af indflyttede på plejecentre med covid-19 (Delrapport 1-2), men de kvalitative undersøgelser peger på, at dette primært var et problem i foråret 2020 – før der blev indgået aftale om test i forbindelse med udskrivelse (Delrapport 3).

### **B2: Sammenligning med andre befolkningsgrupper, herunder borgere i hjemmeplejen og borgere over 65, der hverken bor på plejecenter eller modtager hjemmepleje.**

Der er generelt set flere borgere på plejecenter, der smittes og dør med covid-19, end der er i den tilsvarende ældrebefolkning (Delrapport 2) – men det skal ses i forhold til, at der generelt set er en høj dødelighed blandt borgere på plejecenter, end der er i den øvrige ældrebefolkning (Delrapport 1-2).

### **B3: Sammenligning af dødeligheden i efteråret/vinteren 2020/2021 med tidligere år**

VIVEs analyser finder en mindre men statistisk signifikant overdødelighed blandt ældre borgere, der er bosiddende på plejecentre eller i plejebolig i vinteren 2020/2021 – men ikke i øvrige perioder (Delrapport 1).

Den observerede overdødelighed blandt plejecenterbeboere i vinteren 2020/2021 er drevet af en overdødelighed i Region Hovedstaden, der er mere end dobbelt så høj som i de øvrige regioner (Delrapport 1). Region Hovedstaden er samtidig den region, der har haft det højeste smittetryk (Delrapport 1-2).

For de borgere, der modtager hjemmepleje, ses der ingen overdødelighed – hverken i vinteren 2020/2021 eller øvrige perioder (Delrapport 1).

### **B4: Sammenligning med tidligere influenzaepidemier**

Antallet af ekstra dødsfald under covid-19 adskiller sig ikke markant fra antallet af ekstra dødsfald under tidligere epidemier med influenza (Delrapport 1). Dette skal dog ses i forhold til, at Danmark ikke under tidligere epidemier har lukket dele af samfundet ned og opfordret til at holde social afstand og undgå social kontakt (Delrapport 1-2).

Der har også i forbindelse med tidligere epidemier været regional variation i antallet af ekstra dødsfald (Delrapport 1). Andelen af ekstra døde i Region Hovedstaden under covid-19 adskiller sig ikke fra andelen af ekstra døde i andre regioner under tidligere epidemier (Delrapport 1).

### **B5: Sammenligning med andre lande**

Danmark har generelt set klaret sig godt, når vi sammenligner med andre lande (Delrapport 1 + 6). Dette skal dog ses i forhold til, at den aldersstandardiserede dødelighed i Danmark generelt set er høj (Delrapport 1). Dette afspejler, at Danmark har en lav middellevetid sammenlignet med andre lande, hvilket har været velkendt siden 1990'erne (Delrapport 1).

## 4.2 Den vurderende del



### **V1: Hvor forberedte var myndigheder og danske plejecentre og ældreplejen i marts 2020 på at håndtere de sundhedsfaglige udfordringer som udbrud af smitsomme infektionssygdomme, som fx covid-19 giver?**

VIVEs opgavebesvarelse peger på, at myndigheder, danske plejecentre og ældreplejen i vid udstrækning stod uforberedte i forhold til at løse de sundhedsfaglige udfordringer, som udbrud af smitsomme infektionssygdomme, som fx covid-19 giver, på plejecentre og i ældreplejen. Ikke desto mindre ser det jf. Delrapport 1-2 ud til, at vi som land har klaret os godt – i hvert fald når vi sammenligner dødeligheden i epidemiperioden med andre lande og tidligere epidemier.

De forskellige versioner af epidemiloven, der jf. bilag 1 har været gældende i perioden, vidner om, at der på nationalt niveau blev fundet behov for i) at træffe nogle hurtige beslutninger ved epidemiens opstart, samt ii) at udvikle et helt nyt lovkompleks (efter et år). Konkrete områder, hvor der blev fundet behov for at træffe nogle hurtige beslutninger, vedrører relevante ministeriers beføjelser til at indføre fx besøgsrestriktioner og hele/delvis nedlukninger af samfundet. Konkrete områder, hvor der blev fundet behov for at udvikle et helt nyt lovkompleks, vedrører i) opdelingen i smitsomme, alment farlige og samfundskritiske sygdomme, ii) beskrivelserne af, hvilke foranstaltninger der kan tages af hvem under hvilke betingelser, samt iii) præciseringen af ansvaret på forskellige forvaltningsniveauer.

Interview med centrale interessenter (Delrapport 3) peger på, at hjemmeplejen og plejecentrene i vid udstrækning stod uforberedte på epidemien. Området er i henhold til den historiske analyse (bilag 2) vokset ud af social- og beskæftigelsesområdet. Opdelingen i to forskellige lovområder har medvirket til at adskille hjemme- og sygeplejen i hver deres organisatoriske enhed (bilag 1-2, se også Topholm & Holm-Petersen, 2022). Der er sket en vis professionalisering af personalet med oprettelsen og udbygningen af uddannelsen som social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistent (bilag 2, se også Vinge & Topholm, 2021). Men det er fortsat flertallet af de ansatte, der har en uddannelse på 2 år og 2 måneder (hjelperne), og der gøres fortsat i nævneværdigt omfang brug af ufaglært personale – afløsere – og mennesker i jobafprøvningsforløb – og herunder personale med begrænsede dansk kundskaber (bilag 2, se også Vinge, 2020; Vinge & Topholm, 2021 samt Martin & Ballegaard, 2021).

Da epidemien brød ud, var der både mangel på test og værnemidler. De værnemidler, der var, blev prioriteret til regionerne, og det var først efter epidemien var toppet i foråret 2020, at personalet på plejecentre fik adgang til og blev anbefalet at bruge mundbind (Delrapport 3). Der var mangel på test, og

de test, der var, blev prioriteret til de borgere, der var så syge, at de fik behov for indlæggelse på sygehus (Delrapport 3). Personalet på plejecentre og i hjemmeplejen havde adgang til test, men der var ventetid på svar, og de plejecentre, der blev ramt af epidemien i denne fase, beskriver, hvordan det var "som at slukke en ildebrand med bind for øjnene" (Delrapport 3-4). De fortæller samtidig, at de på dette tidspunkt hverken oplevede, at de kunne få relevant rådgivning om, hvordan de skulle håndtere smitten fra kommunen, regionen eller de nationale myndigheder (Delrapport 3-4).

De nationale myndigheder havde i denne periode som første prioritet at sikre, at der var tilstrækkelig kapacitet til at behandle et ukendt antal behandlingskrævende covid-19-patienter på landets sygehuse (Delrapport 3). Værnemidler blev prioriteret til regionerne ud fra dette hensyn, men der var eksempler på, at værnemidler var tilgængelige på kontorgangene på sygehuse – samtidig med at de manglede på ældreområdet – hvilket påtales som problematisk ved interview (Delrapport 3).<sup>14</sup> Det var først fra slutningen af april – efter at Statens Serum Institut havde dokumenteret dødeligheden på plejecentre som følge af epidemien – at der blev igangsat et arbejde med at udvikle mere målrettede retningslinjer til plejecentrene og hjemmeplejen, blandt andet i samarbejde med kommunerne (Delrapport 3). Og det var først, da der ikke længere var mangel på værnemidler, at personalet på plejecentre og i hjemmeplejen i Sundhedsstyrelsens retningslinjer blev anbefalet at bruge mundbind ved nær kontakt med borgerne (Delrapport 3).

I kommunerne var det under halvdelen, der i begyndelsen af epidemien havde etableret en kommunal hygiejneorganisation (Delrapport 3-4). De kommuner, der på forhånd havde etableret en hygiejneorganisation, fandt det generelt set lettere at implementere de foreliggende retningslinjer vedrørende hygiejne og forebyggelse af smitsomme sygdomme (Delrapport 3). Der var både kommunal og regional variation i, hvor stort fokus der a priori havde været på hygiejne – og således også på evnen til lokalt at sætte ind med smitteforebyggende tiltag i tilfælde af en epidemi (Delrapport 3).

## **V2. Var de beslutninger, som danske myndigheder tog under covid-19-epidemien i marts 2020, og igen, da smitteudbruddene steg igen i november/december 2020, egnede til at forhindre, at især de allermest sårbare, der bor på plejecentre, og som modtager ældrepleje i eget hjem, blev smittet med covid-19?**

De beslutninger, som blev taget af danske myndigheder i marts 2020, og igen, da smitteudbruddene steg igen i november/december 2020, var kun i begrænset omfang egnede til at forhindre, at de allermest sårbare, der bor på plejecenter, og som modtager ældrepleje i eget hjem, blev smittet med covid-

---

<sup>14</sup> Dette blev både fremhævet som problematisk af de centrale aktører i epidemihåndteringen og af interessenterne på området.



19.<sup>15</sup> Det fremgår både af de kvantitative og kvalitative analyser, at smitten både kommer ind i det tidlige forår 2020 og i efteråret/vinteren 2020/2021.

I foråret 2020 blev der, som tidligere nævnt, indført nedlukning, besøgsforbud og frisætning fra rettigheder – men der var kun begrænset adgang til test og værnemidler – og de test og værnemidler der var, blev altovervejende prioriteret til sygehusene (Delrapport 3-4). Der var stærk tale om at beskytte de ældre – men sandsynligvis en manglende forståelse for, at hvis man ønsker at beskytte de ældre, så er det også nødvendigt at prioritere personalet i ældreplejen (Delrapport 3-4).

Ved årsskiftet 2020/2021 steg smitten i befolkningen, uden at der blev grebet ind med mere gennemgribende foranstaltninger som fx lukning af skoler og dagtilbud (Delrapport 3). Der blev sat ind lokalt i områder med forhøjet smitte med besøgsrestriktioner og screeningstest af personalet hver 14. dag (Delrapport 2, 3 og 4), men det var ikke nok til at forhindre, at smitten spredte sig (Delrapport 1, 2 og 3). Der var ventetid på adgang til og svar på test, både for borgere og personale (Delrapport 3-3). Vaccinerne blev prioriteret til de ældre på plejecentrene og det personale, der var på arbejde samme dag (Delrapport 3-4-5). Det var dog ikke alle ansatte, der fik mulighed for vaccination, og borgerne i hjemmeplejen skulle som udgangspunkt selv transportere sig frem til vaccinationsstedet (Delrapport 3-4). Antigentest som screening til personalet blev reelt først introduceret efter epidemien var toppet (Delrapport 2-3), og det samme blev PCR-test som screening 1-2 gange om ugen, selv om dette allerede fra juli 2020 indgik i Sundhedsstyrelsens anbefalinger (Delrapport 3-4).

Analysen finder en overdødelighed ved årsskiftet 2020/2021, der er båret af en overdødelighed i Region Hovedstaden, hvor smitten i lokalbefolkningen samtidig var højest (Delrapport 1-2). De mere gennemgribende tiltag med nedlukning af dele af samfundet blev iværksat for sent i forhold til at undgå overdødelighed i en situation, hvor vaccinerne endnu ikke var tilbudt (Delrapport 1, 2, 3). PCR-kapaciteten var desuden lav i forhold til at give plejecentrene og hjemmeplejeenhederne adgang til og svar på de test, der blev foretaget af borgere og personale på plejecentrene (Delrapport 3-4).

### **V3. Hvilke forhold på det enkelte plejecenter har haft betydning for smitteudbrud, hvad betyder eksempelvis plejecentrenes og ældreplejens generelle epidemi- og hygiejneberedskab, og hvilken betydning har arbejdsorga-**

---

<sup>15</sup> Man kan drøfte, om dette er en realistisk målsætning. Interviewpersonerne er jf. fremstillingen i denne rapport enige om, at det hverken er et realistisk eller ønskeligt scenarium at have en målsætning om fuldstændig at undgå smitte. De indgreb, dette ville kræve, ville ikke være ønskelige. I det omfang, der jf. analysen ses en overdødelighed i vinteren 2020/2021, og i det omfang de decentrale enheder har ønsket større hjælp i forhold til arbejdet med at undgå smitte, er det dog relevant at drøfte og vurdere, hvordan og hvorvidt de nationale tiltag var tilstrækkelige, og hvordan og hvorledes der – set i bakspejlet – kunne have været gjort mere eller mindre på forskellige tidspunkter af epidemien.

## **nisering på plejecentre, de faglige kompetencer hos personale, personaleallokering samt brugen af samme vikarer på flere plejecentre inden for den enkelte kommune?**

Der er mange forhold på det enkelte plejecenter – og i den enkelte hjemmeplejeenhed – der har betydning for "evnen" til at forhindre udbrud med smitte og håndtere de udbrud med smitte, som nødvendigvis vil komme, når personalet indgår og deltager i samfundslivet i den del af tiden, hvor de ikke er på arbejde – og hvor det i øvrigt fortsat er nødvendigt at bringe varer ind.

**De fysiske rammer** spiller en rolle, idet det alt andet lige er en fordel med direkte adgang – udefra – til borgernes egen bolig, når og hvis det er ønsket at give mulighed for besøg. Store, luftige fællesarealer er også en fordel – både i forhold til at sikre passage og i forhold til at forebygge smitteudvikling mellem borgerne (Delrapport 3, 4, 5, 6). Zoneinddeling og særlige "smitteafsnit" med mulighed for fysisk adgang for besøgende direkte udefra kan anvendes til samtidig at "holde smitte inde" og give mulighed for besøg (ibid.).

Det generelle epidemi- og **hygiejneberedskab** er i høj grad styrket i undersøgelsesperioden, men der er fortsat udfordringer – og der ses fortsat i efteråret 2021 eksempler på (mindre) udbrud, som kan føres tilbage til mangelfuld hygiejne og efterlevelse af retningslinjer på de danske plejecentre (Delrapport 3-4). De kommuner og regioner, der havde en etableret hygiejneorganisation, havde lettere ved at implementere de (skiftende) retningslinjer, der blev udviklet i løbet af foråret 2020 (Delrapport 3-4), ligesom de havde lettere ved at håndtere smitten hen over årsskiftet 2020/2021 (Delrapport 3). Der ses vedvarende behov for at styrke kompetenceniveauet inden for basal hygiejne via løbende og systematisk undervisning og sparring, og herunder med undervisning fra specialiserede hygiejnesygeplejersker (ibid.).

**Vikarer og skiftende personaler** udgør en udfordring, ligesom **personalets mere basale uddannelsesniveau** (Delrapport 3-6). Størstedelen af personalet i hjemmeplejen og på plejecentrene har en uddannelse som hjælper eller social- og sundhedsassistent, hvoraf det (kun) er assistenterne, der er autoriserede sundhedspersoner. Der er foruden hjælpere og assistenter også en del ufaglærte: elever, afløsere og mennesker i jobafklaringsforløb, der arbejder i hjemmeplejen og på plejecentrene. I mange kommuner arbejder sygeplejerskerne adskilt fra hjemmeplejen. De leverer ydelser i en række af de samme borgerhjem, som hjemmeplejen arbejder i, men uden ansvar for at yde supervision og sparring i forhold til deres arbejde (det er i stedet lederne af hjemmeplejen og på plejecentrene, der varetager denne opgave).

Det har igennem mange år været italesat som en udfordring, at der kommer så mange **skiftende personaler** i den enkelte borgers hjem. Selv i de kommuner, der forsøger at reducere antallet af skiftende personaler, kan det fortsat være

en udfordring. I en hjemmepleje, der skal implementere hurtigt skiftende nationale retningslinjer – og hvor det basale kompetenceniveau ikke er højt – er dette en særlig udfordring (Delrapport 3-4). Dels kan de mange forskellige personaler være med til at bringe smitten ind (den enkelte borger kan ikke leve i en social boble, når han/hun modtager hjemmepleje eller bor på plejecenter). Dels kan det være svært at finde tidspunkter til undervisning/implementering, der når ud til alle – i alle vagtlag – og i alle medarbejdergrupper (Delrapport 4).

Undersøgelsen finder eksempler på brug af samme **vikarer på tværs** af hjemmeplejeenheder og plejecentre, både i og på tværs af kommuner (Delrapport 4). Den finder også eksempler på italesættelser af den problemstilling, at der er mindre tilslutning til vaccination blandt vikarer og afløsere end blandt de faste medarbejdere (Delrapport 4). De basale hygiejnekompetencer vurderes generelt set at være højere ved det faste personale, og ved det personale, der er i) uddannet og ii) autoriseret til at varetage opgaver på sundhedsområdet (Delrapport 3-4).

#### **V4. Hvordan er smitten kommet ind og har spredt sig på plejecentre, og hvad har været de vigtigste smitekilder?**

Undersøgelsen finder, at det høje smittetryk i det omgivende samfund er den faktor, der med stor sandsynlighed er den vigtigste årsag til den store smittespredning på plejecentre og i hjemmeplejen (Delrapport 1, 2, 3, 4, 6).

I det enkelte tilfælde finder undersøgelsen både eksempler på, at ansatte og pårørende er kilde til smitte på plejecentre (Delrapport 2, 3, 4). Ved de mindre smitteudbrud er det typisk enten personalet eller de pårørende, der er smitekilde (ibid.). Ved de større smitteudbrud er det typisk begge dele (ibid.). Smitten kommer ind, fordi plejecentrene ikke er isolerede øer, og såvel personalet som de pårørende og borgerne selv har et selvstændigt liv i den periode, de ikke er på arbejde/ikke er på besøg/lever deres liv, som de ønsker (Delrapport 3,4,5).

I den situation, hvor smitten vil komme ind – på den ene eller den anden måde – bliver det vigtigt hurtigt at identificere og isolere de smittede (Delrapport 3, 4, 6) samt at vise den særlige agtpågivenhed, som vi har lært i løbet af epidemiprocessen i forhold til brug af værnemidler, som overholdelsen af afstandskriterierne i det omfang, det er muligt (det er det fx i mange tilfælde for pårørende, men ikke for personalet, der skal levere personlig pleje: børste tænder, vaske kroppe og tilse sår). Basal hygiejne samt adgang til og korrekt brug af værnemidler er afgørende for personalet i denne situation – og her er det en udfordring, for personalet, at de arbejder med afsæt i borgernes hjem, som lige netop er hjemlige, og ikke har sterile zoner, som man kender det fra sygehuse (Delrapport 3,4). Der er myriader af lavpraktiske problemstillinger, der gør det svært for personalet at forhindre smitte, når de færdes ind og ud af

borgernes hjem – og ind og ud af trafikken, fællesarealerne på plejecentre og det offentlige rum (Delrapport 4).

**V5. Hvorledes har adgangen til værnemidler, brug af rutinemæssige test, ibrugtagen af kviktest til ansatte og pårørende, samt ekstra hjælp til at håndtere ekstra krav til de skærpede hygiejnekrav påvirket smittespredningen?**

Adgangen til værnemidler var en stor udfordring i foråret 2020 (Delrapport 3 og 4), men siden har der ikke været udfordringer med adgang til værnemidler – hverken sprit, masker eller forklæder, som fremhæves som de mest væsentlige værnemidler i denne undersøgelse. Rutinemæssig PCR-test har været tilbudt/foretaget af personalet siden efteråret 2020, men har først været tilbudt 1-2 gange om ugen fra januar 2021 (Delrapport 3). Antigentest har været til rådighed som selvtest siden efteråret 2021 (Delrapport 3).

Det har været en udfordring, at der i perioder omkring de store udbrud har været ventetid på adgang til og svar på PCR-test, både for hvad angår personale og borgere (Delrapport 3-4). Den model, hvor det er regionale enheder der skal rykke ud for at teste, fremstår som mindre effektiv end den model, hvor personalet – decentralt – kan gennemføre de fornødne test (ibid.). Generelt set har der været forholdsvis stort fokus på test af personalet – og i mindre grad på test af borgerne i de centrale myndigheders arbejde (ibid.).

Hygiejne har retrospektivt vist sig at være afgørende for plejecentrenes og hjemmeplejens evne til at håndtere udbrud med smitte (Delrapport 3, 4, 5), og decentralt bemærkes det, at der ikke er fulgt ekstra ressourcer med de skærpede hygiejnekrav (Delrapport 4).

Det fremføres, at eksisterende retningslinjer – særligt ved epidemiens opstart – har vist manglende forståelse for hjemmeplejens virkelighed med behov for at afspritte cykler og påtage/skille sig af med værnemidler i eller omkring borgerens hjem, hvor der ikke nødvendigvis er "rene zoner", som det kendes fra hospitalsområdet (Delrapport 3 og 4).

**V6. Vurdering af de enkelte tiltags effekt på smittespredningen i forhold til de negative konsekvenser, som indsatserne også har haft for plejecenterbeboernes personlige frihed, trivsel og velvære. Hvilke af de gennemførte tiltag som fx besøgsrestriktioner, smitteopsporing, inddæmning herunder karantæne var adækvate og proportionelle i forhold til de nævnte forhold og i forhold til plejecenterbeboernes grundlæggende rettigheder?**

Undersøgelsen peger på, at der har været negative konsekvenser af nedlukning, besøgsforbud og frisættelser fra rettigheder i forhold til borgernes personlige frihed, trivsel og velvære (Delrapport 3, 4, 5, 6). Borgere og pårørende

viser – ligesom flertallet af de centrale interessenter – forståelse for, at det kan være nødvendigt at gøre brug af nogle af disse virkemidler i en korterevarende periode, og særligt i lyset af en sygdom, der formodes at kunne være farlig/dødelig (Delrapport 3, 5). I det omfang brug af de nævnte virkemidler på nogen måde kan undgås, bør dette dog tilstræbes (Delrapport 3, 4, 5, 6). Her peger undersøgelsen på, at der gik forholdsvis lang tid, før der blev fundet velfungerende løsninger i forhold til såvel mulighed for besøg som tilbud om aflastning og tilbud om træning (Delrapport 3, 4, 5). Den peger også på, at det kan være nødvendigt med særlige tiltag i forhold til borgere med demens, som kan have svært ved at forstå behovet for fx isolation (Delrapport 3, 4, 5).

Undersøgelsen peger generelt set på, at mindre indgribende virkemidler med fordel kan tages i brug før de mere indgribende virkemidler, og at det er væsentligt at sætte fokus på *både* personalet og de pårørende, når og hvis ønsket er at forebygge smitte og håndtere udbrud med smitsomme sygdomme som fx covid-19 (Delrapport 2, 3, 4, 5, 6).

I forhold til personalet drøftes det, om man kan og bør stille krav om vaccination i det tilfælde, vaccination kan være med til at mindske smitte hos ældre – og herunder ældre, der ikke selv har mulighed for at lade sig vaccinere (Delrapport 3 og 5). Her kommer der dog også et hensyn til den aktuelle rekrutteringssituation (Delrapport 3, 6). Det er den generelle opfattelse blandt samtlige de aktører, der har medvirket i interviewundersøgelsen, at vaccination helst skal være frivillig (Delrapport 3), og for det udførende personale er det afgørende, at vaccination er et tilbud – ikke et krav (Delrapport 4).

Det drøftes også, om man kan og bør stille krav om test som screening ved sygdomme, der som covid-19 både er farlige og asymptomatiske. Her er let adgang til test og svar afgørende, hvorfor selvtest klart er at foretrække – givet selvfølgelig, at svaret er præcist. Personalet kan som led i deres ansættelse pålægges at lade sig teste. De pårørende kan tilskyndes til det og gives let mulighed ved at stille test frit til rådighed ved ankomst i indgangen til plejecenteret (Delrapport 3 og 4).

### **V7 Vurdering af, om der er erfaringer og tiltag, som andre lande har foretaget, der med fordel kan implementeres og anvendes i Danmark.**

Danmark har generelt set klaret sig godt i sammenligning med andre lande, når vi ser på epidemihåndteringen (Delrapport 1, 6). I litteraturstudiet (Delrapport 6) findes effekt af rutinemæssig screening med test af personale og borgere på plejecentre – hvilket vi indførte fra sommeren 2020/2021 (Delrapport 3), men først intensiverede fra midten af januar 2021 (ibid.) og endnu ikke har overvejet at implementere i forhold til borgerene (ibid.).

Virtuelle undervisnings- og vidensdelingstiltag kan jf. Delrapport 6 også være effektive, idet de kan være med til at modernisere kommunikationen, både i kommunerne og fra de nationale myndigheders side, når ønsket er at nå en målgruppe, for hvem traditionelle (lægefaglige) kliniske retningslinjer ikke er umiddelbart anvendelige (Delrapport 3-4).

De øvrige tiltag, der er fundet i andre lande (Delrapport 6), ligner dem, der bruges i Danmark (Delrapport 3-4 og bilag 1 om Epidemiloven).

## 4.3 Den anbefalende del

### A

**A1. Anbefalinger til, hvordan vi kan lære af de erfaringer, der er opnået undervejs i epidemien, for at sikre, at vi i fremtiden vil være bedre rustet, hvis der skulle opstå en tilsvarende situation.**

Der er gjort mange væsentlige læresætninger under epidemien, som kan anvendes, når og hvis vi i fremtiden ønsker at være bedre rustet, hvis der skulle opstå en tilsvarende situation.

Først og fremmest er det vigtigt at prioritere ældreområdet som del af det samlede sundhedsvæsen og forstå, at hvis ønsket er at prioritere ældreområdet, så er det også nødvendigt at prioritere det personale, der arbejder på ældreområdet (Delrapport 3-6 og kapitel 3-4 i denne rapport). Konkret og i forhold til epidemihåndteringen handler det om:

- adgang til løbende supervision og sparring (Delrapport 3-4)
- adgang til relevante værnemidler (Delrapport 3, 4, 5, 6)
- adgang til relevante retningslinjer (Delrapport 3-4)
- adgang til vaccination (Delrapport 3, 4, 5, 6).

Høj kvalitet i indsatsen til de ældre og syge på plejecentre og i hjemmeplejen handler generelt om at sikre integration mellem ældreområdet og det samlede sundhedsvæsen, både i forhold til den kommunale hjemmesygepleje, almen praksis, det specialiserede sundhedsvæsen og i forhold til de nationale myndigheder (Delrapport 3, 4, 6 samt kapitel 3-4 i denne rapport).

Personalet på ældreområdet har ikke de samme uddannelsesmæssige kompetencer som personalet på det øvrige sundhedsområde – og de har brug for løbende og relevant supervision og sparring, når og hvis det er dem, der skal

løse opgaverne omkring forebyggelse og håndtering af smitte med smittesomme sygdomme i hjemmeplejen og på plejecentrene (Delrapport 3-4).

Lokalt har det vist sig at være af afgørende betydning, om der a priori er etableret en kommunal hygiejneorganisation – gerne med regionale samarbejdspartnere (Delrapport 3-4). De kommuner og regioner, der på forhånd havde etableret en kommunal/regional hygiejneorganisation, havde markant lettere ved at implementere de retningslinjer, der blev udarbejdet af de nationale myndigheder i forbindelse med epidemien (ibid.). De klarede sig også bedre igennem epidemien med covid-19 hen over årsskiftet 2020/2021 (Delrapport 3).

Nationalt er der gjort mange vigtige læresætninger, herunder om at bruge smitteovervågning som afsæt for nålestiksindgreb i enkeltkommuner og på enkelte plejecentre/i enkelte hjemmeplejeenheder – frem for at sætte ind med det samme – overalt (Delrapport 3 samt kapitel 3 i denne rapport). Der er også gjort væsentlige læresætninger nationalt og decentralt i forhold til, hvordan man kan undgå besøgsforbud, og i stedet arbejde med information til borgere og pårørende om, hvordan de skal gebærde sig i en situation med øget smitterisiko – både når de færdes i fællesarealer og i borgernes eget hjem (Delrapport 3, 4, 5 samt kapitel 3 i denne rapport).

I samarbejdet om testindsatsen er det erfaret, at screening har fordele som supplement til test ved mistanke om smitte – både nationalt og internationalt (Delrapport 3, 6). Det er samtidig afgørende for personalet (og borgerne) på ældreområdet, at de har let og hurtig adgang til valide testsvar (Delrapport 3-4). De løsninger, hvor regionale enheder skal rykke ud, fungerer generelt set mere langsomt end de løsninger, hvor det er lokalt ansat personale, der varetager testindsatsen – både over for hinanden og borgerne (ibid.). Her er der et konkret område, hvor man med fordel kan have fokus, idet det fremadrettet kan/bør være muligt i øget omfang at bruge personalet på hjemmeplejeområdet til at foretage de relevante test – frem for at basere sig på regionale løsninger.

I samarbejdet om testindsatsen er det erfaret, at selvtest har klare fordele, fordi de kan tages umiddelbart inden et besøg eller et vagtskifte (Delrapport 3-4). Der efterspørges valide selvtest af såvel personale som borgere (ibid.). På tidspunktet for rapportens udarbejdelse savnes fortsat gode studier af forskellige teststrategiers relative relevans – og hermed for den optimale brug af hhv. antigenest og PCR-test (Delrapport 3, 6).

I arbejdet med udvikling af kliniske retningslinjer er det erfaret, at det kan være en god idé for de nationale myndigheder at samarbejde med de målgrupper, som retningslinjerne skal udarbejdes til – med henblik på at udvikle relevante og brugbare retningslinjer (Delrapport 3, 4, 5).

I forhold til timingen af de politiske udmeldinger ønskes en bedre koordination, hvor implementeringsplanen er tænkt ind og indarbejdet i forhold til det, der meldes ud, og hvor der også gives tid til og anerkendelse af, at implementering tager tid. Det er vigtigt med hurtige beslutninger, men nogle gange er det oplevet, at der er brugt forholdsvis længere tid på at nå frem til en beslutning, hvorefter der hverken er brugt tid på eller givet tid til implementeringen. I dette arbejde kan der med fordel indgå en inddragelse af de aktører, der rent faktisk skal implementere retningslinjerne og en koordination mellem flere forskellige nationale myndigheder med henblik på entydige retningslinjer, der samtidig er relevante for det udførende niveau (Delrapport 3, 4, 5, 6).

## **A2. Anbefalinger til, hvilke enkelte tiltag og forholdsregler, der med fordel kan anvendes i en lignende situation i fremtiden.**

Vaccination og screeningstest fremstår som væsentlige redskaber på baggrund af denne undersøgelse (Delrapport 3, 4, 5 og 6), herunder både tilbud om vaccination og screening til personale og borgere (ibid.).

- Vaccine har generelt set været højt prioriteret til såvel borgere som personale på plejecenter og i hjemmeplejen (Delrapport 3). I den praktiske implementering har der imidlertid vist sig udfordringer, der har gjort, at der har været væsentlige forsinkelser i vaccinationerne – både af personalet og af borgerne i hjemmeplejen (Delrapport 3-4). Personalet til såvel plejecentrene og i hjemmeplejen bør i henhold til denne analyse vaccineres tidligere, hvis ønsket er at beskytte de ældre og mest sårbare mod smitsomme sygdomme (ibid.).<sup>16</sup> De kan ikke som andre ældre vælge at isolere sig, fordi de er afhængige af personlig pleje og hjælp, og hvor pårørende kan drikke kaffe på distancen, har plejepersonalet ikke mulighed for at undgå at komme tæt på, når de fx skal børste tænder eller tilse et sår (ibid.).
- Screeningstest har god effekt i internationale studier, og er også anvendt med gode erfaringer i dansk kontekst (Delrapport 3-4 samt 6). Her har det fungeret godt, at personalet har testet personalet, dvs. at der har kunnet tilbydes test decentralt og i arbejdstiden på tidspunkter, der har passeret ind i forhold til det daglige arbejde (Delrapport 3-4). Der er dog ikke eksempler på screening af borgere, hvilket evt. kan overvejes fremadrettet (Delrapport 3 og 6). PCR-test fremstår klart som den mest valide test, men der har været udfordringer med adgang og ventetid på svar – både for borgere og personale på plejecentre (Delrapport 3-4). En prioritering af hurtig adgang til test og hurtigt svar på test for medarbejderne på ældreområdet kan være en indsats, der er værd at overveje, hvis ønsket er at beskytte de ældre og mest sårbare (Delrapport 3-4).

---

<sup>16</sup> Dette forudsætter selvfølgelig, at vaccination også beskytter mod smitte – og ikke kun beskytter den vaccinerede selv.



- Antigentest betragtes som velegnede som selvtest og i forbindelse med vagtskifte, givet at de har en validitet, der giver mening (Delrapport 3-4). Her er det helt afgørende, at personalet har fri adgang til test, og fx ikke skal hente dem i tilfælde af symptomer. Endvidere at det klart kommunikerer, hvad procedurerne er i de tilfælde, hvor en medarbejder tester sig selv positiv.
- Krav om test af pårørende betragtes ikke som en mulighed, men henstilling om, at de pårørende tester sig inden besøg, bliver drøftet som mulighed (Delrapport 3). Fri adgang til antigentest ved ankomst i indgangen til plejecentrene er ligesom fri adgang til masker og håndsprit oplagte enkeltstående indsatser (Delrapport 3, 4, 5).
- Der er nogle plejecentre, der har gode erfaringer med at udvikle godt informationsmateriale, om hvordan borgerne og de pårørende kan og bør gebærde sig i forbindelse med besøg (Delrapport 3-4-5). Markering af rød-gul-grøn zone alt efter større eller mindre smitte på i) plejecentrene og ii) i de omgivende samfund er også en mulighed (med tilsvarende forskellige retningslinjer for, hvordan de pårørende kan og må færdes, fx på besøgsarealer).
- Zoneinddelinger samt evt. særlige covid-19-afsnit på plejecentre kan være med til at forhindre, at smitten spredes, når den først er kommet ind (Delrapport 3-4-6). I det omfang der arbejdes med zoneinddelinger, er det væsentligt at være opmærksom på, om og i givet fald hvordan personalet færdes på tværs af zoner (Delrapport 3-4-6). Endvidere også hvordan og under hvilke betingelser pårørende kan sikres adgang (Delrapport 3-4-5).
- Vedvarende fokus på hygiejne og brug af værnemidler er nødvendig, hvis man ønsker, at personalet skal opretholde gode rutiner på dette område (Delrapport 3-4). Det handler ikke bare om masker, men også om mere basale ting som håndvask og håndsprit i forbindelse med (særligt) personlig pleje (men også) praktisk bistand i det omfang, der er forhøjet smitte i lokalsamfundet.
- Plakater og uddannelsesmateriale, der ikke bare er på forskelligt sprog, men tilpasset forskellige kulturer, vurderes også at være relevante som virkemidler. Hele kommunikationen til ældreområdet må tilpasses en mangfoldig personalegruppe (Delrapport 3-6).

### **A3: Anbefalinger til at sikre effektiv implementering af de forskellige tiltag**

God implementering kræver god forståelse af den kontekst, som et givent tiltag skal implementeres i – og det gælder lige fra de overordnede politiske udmeldinger om, hvad der vil blive gjort og ikke gjort på forskellige tidspunkter

og i forskellige situationer – og i forhold til de mere konkrete (og skiftende) retningslinjer for, hvordan man så gør det i praksis (Delrapport 3-4).

Tid til at tænke over og medtænke implementeringen fremgår som et centralt læringspunkt for de nationale aktører i forhold til den fremadrettede epidemi-håndtering. Hvis dette eller hint skal implementeres, hvad skal der så til? Hvem handler det om? Hvad er deres virkelighed? Hvad optager dem, og hvordan kan vi hjælpe dem med at løse de udfordringer, som de står med? Der er opbygget dyb indsigt om ældreområdet i dele af den centrale forvaltning i løbet af undersøgelsesperioden, og/men det vil være vigtigt at bruge den og bringe den i spil, i forhold til at drøfte, hvad der er realistisk implementering, og hvordan man derfor bedst timer og formulerer de nationale udmeldinger (Delrapport 3-4).

Inddragelse af de relevante aktører er også afgørende i forhold til at sikre god implementering. Forskning viser, at retningslinjer, der inddrager relevante aktører, måske ikke lige er så stærkt evidensbaserede – men til gengæld er de mere relevante, og der er langt større chance for, at de også bliver implementeret i praksis (Delrapport 3).

Decentralt handler implementering ligeledes om tid og forståelse af medarbejdernes virkelighed. Når nye rutiner skal implementeres, så handler det om, at ledelsen – eller den ansvarlige hygiejnesygeplejerske – vedvarende, tålmodigt og tydeligt går ind og er til stede i de fora, hvor personalet er til stede, og forklarer og hjælper med at finde ud af, hvad en given retningslinje – eller en given henstilling – konkret betyder for den enkelte medarbejder og ofte også i det enkelte hjem. Dette behov for hjælp til at omsætte eksisterende retningslinjer må ikke undervurderes set i lyset af ældreplejens virkelighed med den mangfoldige medarbejdergruppe, der er, og den måde, de hver især arbejder på – forholdsvis autonomt med afsæt i den enkelte borgers hjem (Delrapport 3-4).

Store dele af personalet på ældreområdet har gode kompetencer, men de har brug for hjælp og støtte til at omsætte de faglige retningslinjer, der udvikles på sundhedsområdet, til deres daglige praksis. Her har de brug for sparring, og derfor er det også afgørende, at de ikke arbejder parallelt, men sammen med hjemmesygeplejen om sundhedsopgaven for borgerne på plejecentre og i hjemmeplejen (Delrapport 3-4).

## 5 Samlet konklusion

Undersøgelsen viser samlet set, at vi – i Danmark – har klaret os godt gennem epidemien. Det har vi både, når vi sammenligner med andre lande og med tidligere epidemier (fx influenza). Der ses blandt ældre på plejecentre en mindre overdødelighed i vinteren 2020/2021, der igen er drevet af en overdødelighed blandt ældre på plejecentre i Region Hovedstaden – hvor der samtidig har været den største smitte i lokalsamfundet.

Undersøgelsen finder, at samfundssmitten er den mest hyppige årsag til udbrud med covid-19 i hjemmeplejen og på plejecentrene. I de tilfælde, hvor der er en høj samfundssmitte, kan det ikke undgås, at smitten kommer ind, da personalet i deres fritid tager del i det almindelige samfundsliv, og fx har børn i skole og på daginstitution.

I en situation, hvor det ikke kan undgås, at smitten kommer ind, og hvor det af helbredsmæssige årsager ikke er muligt at vaccinere alle ældre, bliver det afgørende at have et stærkt fokus på hygiejne. Endvidere at prioritere personale i forhold til værnemidler, vaccination, målrettede retningslinjer og basal, vedvarende uddannelse og supervision.

Undersøgelsen finder, at der langt hen ad vejen har været accept af de tiltag, der har været foretaget for at begrænse smitte med covid-19 på plejecentre og i hjemmeplejen, og herunder også for de besøgsforbud, der blev indført i den tidlige del af foråret 2020 og fortsat blev anvendt lokalt frem til årsskiftet 2020/2021. Den peger dog også på, at besøgsforbud så vidt muligt bør undgås, og at der kan indføres en lang række mindre indgribende og mere meningsfulde tiltag med afsæt i de enkelte plejecentres virkelighed.

Epidemien sætter ifølge flere interviewpersoner sundhedssystemet under lup og udstiller de svagheder, der er i systemet. Her fremhæves det blandt andet som en udfordring, at personalet på ældreområdet arbejder organisatorisk adskilt fra det øvrige sundhedsvæsen og – for store dele af deres arbejde – med afsæt i en anden lovgivning, der vægter andre forhold og hensyn.

Hvis styrelser, regioner, kommuner og decentrale institutioner skal blive bedre forberedte og vil være i stand til at mindske negative konsekvenser af eventuelle fremtidige udbrud af smitsomme infektionssygdomme på plejecentre og i hjemmeplejen fremstår det som afgørende, at der skabes en tæt integration mellem ældre- og sundhedsområdet, hvor personalet på ældreområdet får de kompetencer, arbejdsforhold og adgange til faglig sparring og supervision, som de har brug for, hvis de skal varetage indsatsen efter bedste faglige standard.

Her viser undersøgelsen, at der er grundlag for forbedring – både på tværs af faggrupper og nationale/decentrale myndigheder og institutioner.

# Litteratur

- Christensen, J.G., Askim, J., Gyrd-Hansen, D., Madsen, H.B. & Østergaard, L. (2021). *Håndteringen af covid-19 i foråret 2020: Rapport afgivet af den af folketingets udvalg for forretningsordenen nedsatte udredningsgruppe vedrørende håndteringen af covid-19*. København: Folketinget.
- Martin, H.M. & Ballegaard, S.A. (2021). *Oplevelse af sammenhæng i den kommunale pleje og hjælp: En kvalitativ undersøgelse blandt hjemmeboende ældre*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Statens Serum Institut (2022). *Forskningsbetjening: Tilgængelig data*. <https://miba.ssi.dk/forskningsbetjening/tilgaengelig-data>
- Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg (1994a). *Middellevetid og Dødelighed. Forskningsrapport*. København: Sundhedsministeriet.
- Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg (1994b). *Levetiden i Danmark*. København: Sundhedsministeriet.
- Sundhedsudvalget (2021). *Beretning om undersøgelse af baggrunden for covid-19-udbrud samt covid-19-dødsfald på plejehjem og i hjemmeplejen i Danmark 2020-2021. Beretning afgivet af Sundhedsudvalget den 16. marts 2021. Folketinget 2020-2021 (B14)*. Folketingstidende, Tillæg B.
- Topholm, E.H.-E. & Holm-Petersen, C. (2022). *Organisering af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen: Fordele og ulemper ved monofaglig og tværfaglig organisering*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Vinge, S. (2020). *OBS: Oplysninger til Bureaukrater om SOSU'er*. <https://kommunalsundhed.dk/obs-oplysninger-til-bureaukrater-om-sosuer/>
- Vinge, S. & Topholm, E.H.-E. (2021). *Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne: En analyse af udviklingen i uddannelserne, opgaverne og rammerne samt medarbejdernes perspektiv på området*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

# Bilag 1 Lovgrundlaget for epidemihåndteringen på ældreområdet

I dette bilag beskrives de paragraffer i serviceloven, sundhedsloven og epidemiloven, der på baggrund af de empiriske analyser (Delrapport 1-6) fremstår som særligt relevante for undersøgelsen.

I **serviceloven** beskriver vi de paragraffer, der vedrører retten til personlig pleje og praktisk bistand, egnet bolig, aflastning, træning, skriftlig afgørelse samt frit valg af leverandør. Vi beskriver også de paragraffer, der vedrører borgerens ret til selv at bestemme, hvem de vil have besøg af – og kommunens muligheder for at begrænse adgangen til fx fællesarealer på plejecentre, i plejeboliger mv.

I **sundhedsloven** beskriver vi de paragraffer, der vedrører ansvarsdelingen mellem kommuner og regioner, hvad angår sundhedsfremme, forebyggelse, diagnostik og behandling – samt det ansvar, der jf. loven er pålagt de nationale myndigheder (Sundhedsstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed, Statens Seruminstitut) i forhold til blandt andet rådgivning, vejledning og bistand.

I **epidemiloven** beskriver vi de paragraffer, der vedrører foranstaltninger og ansvarsdelinger til at forhindre udbredelse af og håndtere smitte med smittsomme sygdomme som fx covid-19. Vi beskriver både den version af epidemiloven, der var gældende på tidspunktet for epidemiens opstart (2019-versionen), den version, der blev hastevedtaget i forbindelse med epidemiens udbrud (2020-versionen) og den version, der er vedtaget i februar 2021, i lyset af erfaringerne fra epidemiens første år (2021-versionen).

## Service-loven

Formålet med serviceloven er: 1) at tilbyde rådgivning og støtte for at forebygge sociale problemer, 2) at tilbyde en række almene serviceydelser, der også kan have et forebyggende sigte, og 3) at tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer (§ 1).

Kommunalbestyrelsen skal i henhold til serviceloven tilbyde **personlig hjælp og pleje**, hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og madservice til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver (SEL § 83).<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> For de borgere, der vurderes at kunne have udbytte heraf, skal der endvidere gives tilbud om et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb (§ 83a).

Kommunalbestyrelsen skal herudover tilbyde afløsning eller **aflastning** til ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne (SEL § 84). De skal tilbyde **genoptræning** til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse (SEL § 86), og de skal tilbyde hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor (SEL § 86, stk. 2).

Kommunalbestyrelsen skal træffe **afgørelse** om tildeling af personlig hjælp og pleje mv. og behandle anmodninger om hjælp efter § 83 ved en konkret, individuel vurdering af behovet for hjælp til de opgaver, som modtageren ikke selv kan udføre (SEL § 88). De skal skriftligt oplyse ansøgeren om, hvilken hjælp der er bevilget (SEL § 89)<sup>18</sup> og skabe grundlag for, at modtageren kan **vælge** mellem to eller flere leverandører, hvoraf den ene kan (men ikke skal) være kommunal (SEL § 91).<sup>19, 20</sup>

Bestemmelserne i §§ 83, 84, 86, 88 og 89 omfatter **alle borgere**, også borgere på plejecentre, plejebolig, friplejeboliger mv. Beboere i plejecentre, plejebolig, friplejeboliger mv. er kun ikke omfattet af § 91<sup>21</sup> om frit leverandørvalg (SEL § 93), da det til boligen tilknyttede personale vil varetage de relevante plejeopgaver.

### Særligt om plejecentre/plejeboligområdet

Kommunalbestyrelsen skal i henhold til serviceloven tilbyde ophold i **boformer**, der er egnet til længerevarende ophold, til personer, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis (SEL § 108).<sup>22</sup>

Kommunalbestyrelsen og Regionsrådet driver de bestående **plejecentre** og beskyttede boliger efter de hidtidige regler i lov om social bistand (SEL § 192). Kommunalbestyrelsen skal tilbyde ældre, der har særligt behov for en plads

---

<sup>18</sup> Kommunen kan evt. undlade at fremsende en ny skriftlig oplysning ved "mindre, begunstigende justeringer i hjælpen" (89).

<sup>19</sup> Personer, der er berettiget til hjælp eller støtte efter § 83, kan også vælge at udpege en person til at udføre opgaven jf. § 94.

<sup>20</sup> Kommunalbestyrelsen skal tilbyde de borgere, der er berettiget til hjælp efter § 83 et fritvalgsbevis, som giver borgerne adgang til selv at indgå aftale med en privat leverandør (en CVR-registreret virksomhed) om løsning af opgaven.

<sup>21</sup> De er heller ikke omfattet af § 94, se også fodnote 19 på denne side.

<sup>22</sup> Har borgerne ønske om at bo sammen med deres ægtefælle, samlever eller registrerede partner, skal de have mulighed for det (SEL § 108, stk.3).

på et **plejecenter** (jf. SEL § 192) eller en **plejebolig** (jf. § 5, stk. 2 i lov om almenne boliger mv.) en plads eller bolig senest 2 måneder efter optagelse på en venteliste (SEL § 192a, stk. 1).<sup>23</sup>

Personer, som bor i plejebolig, plejecenter eller andre boligformer med tilknyttet personale og fællesboligarealer, bestemmer selv, hvem de vil have **besøg** af, jf. dog § 137b stk. 1. og 137 c, stk. 2 (SEL § 137) som beskrevet nedenfor.

§ 137b stk. 1: Kommunalbestyrelsen kan for visse besøgende træffe afgørelse om begrænsning af adgangen til **fællesboligarealer**, hvis: 1: den besøgende udøver vold eller trusler med vold over for andre beboere eller personalet eller i øvrigt udviser en adfærd, der er til fare for de øvrige beboere eller personalet, 2: den besøgende, uden at der er tale om fysisk vold, generer eller udøver chikane over for andre beboere eller personalet, eller 3: den besøgende har en adfærd, der er stærkt generende for de andre beboere eller personalet ved at skabe generel utryghed ved at opholde sig på fællesboligarealerne eller ved at vanskeliggøre den nødvendige hjælp efter lov om social service.

§ 137 c, stk. 2: Kommunalbestyrelsen skal ved afgørelse om begrænsning af adgangen til fællesboligarealer jf. § 137 stk. 1 sikre den besøgendes adgang i den del af boligen, som beboeren alene har råderet over (§ 137 c, stk. 2).<sup>24</sup>

Afgørelse efter § 137b, stk. 1 og 137 c, stk. 2 skal træffes på et møde i kommunalbestyrelsen og i det enkelte tilfælde begrænses til det absolut nødvendige. Omfanget og den tidsmæssige udstrækning af besøgsrestriktionerne skal fremgå, og det er en betingelse, at mindre indgribende initiativer først har været søgt anvendt. Foreløbige afgørelser kan træffes af forvaltningen, hvis de af hensyn til det øjeblikkelige behov ikke kan vente<sup>25</sup>. De skal foretages over for såvel den besøgende som over for beboeren og kan påklages til Ankestyrelsen jf. gældende bestemmelser (SEL § 137 d).

## Sundhedsloven<sup>26</sup>

Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte (§ 1). Loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og opfylde behovet for 1) let og lige adgang til sundhedsvæsenet, 2) behandling

<sup>23</sup> Medmindre de har valgt et bestemt plejehjem eller en bestemt almen plejebolig (SEL § 192a, stk. 2).

<sup>24</sup> De kan evt. træffe afgørelse om, at besøgende, der er omfattet af § 137b stk. 1 nr. 1 og 2, ikke må være til stede i de tidsrum, hvor der leveres visiteret hjælp efter lov om social service (SEL § 137 c, stk. 2).

<sup>25</sup> I disse tilfælde skal de dog snarest muligt efter iværksættelsen fremlægges til godkendelse.

<sup>26</sup> I Sundhedsloven henvises til Sundheds- og Ældreministeren, fordi loven senest er ændret før resortomlægningen v. årsskiftet 2020/2021. Vi følger ordlyden i loven og henviser således i dette afsnit til Sundheds- og Ældreministeren, selv om bestemmelserne på tidspunktet for rapportens udgivelse vil vedrøre Sundhedsministeren.

af høj kvalitet, 3) sammenhæng mellem ydelserne, 4) valgfrihed, 5) let adgang til information, 6) et gennemsigtigt sundhedsvæsen, og 7) kort ventetid på behandling (§ 2).

Regioner og kommuner er efter reglerne i sundhedsloven ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme samt behandling af den enkelte patient (§ 3). Regionsråd, kommunalbestyrelser og private virksomheder skal organisere deres behandlingssteder på en sådan måde, at sundhedspersoner i stand til at varetage deres opgaver fagligt forsvarligt og overholde de pligter, der følger af lovgivningen (§ 3a).

Kommunalbestyrelsen skal ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne, skabe rammer for en sund levevis (§ 119). De skal etablere **forebyggende og sundhedsfremmende tilbud** til borgerne (stk. 2), mens Regionsrådet skal tilbyde patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren mv. samt **rådgive** i forhold til kommunernes indsats efter § 119 stk. 1 og 2.

Det er Regionsrådets ansvar at tilvejebringe og sikre tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner (§ 57), varetage sygehusvæsenets opgaver (§ 74), og yde vederlagsfri vaccination for visse sygdomme (§ 158).

Kommunalbestyrelsen har ansvaret for at sikre, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvielse til personer med ophold i kommunen (§ 138) samt for at tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning (§ 140).<sup>27</sup>

Regionsrådet og kommunalbestyrelserne skal **samarbejde** om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer (§ 203).<sup>28</sup> De skal planlægge og gennemføre sådanne foranstaltninger, at der sikres syge og tilskadekomne nødvendig behandling i tilfælde af ulykker og katastrofer (§ 210). Sundhedsberedskabsplanen skal iht. sundhedsloven både vedtages af regionsrådet og kommunalbestyrelserne. Forud for den politiske sagsbehandling skal kommunerne og regionerne søge Sundhedsstyrelsens rådgivning og i øvrigt følge de regler, der fastsættes af Sundheds- og Ældreministeren på området (ibid.).

---

<sup>27</sup> Sundheds- og Ældreministeren fastsætter nærmere regler om omfanget af og kravene til den kommunale hjemmesygeplejerskeordning (§ 138, stk. 2).

<sup>28</sup> Regionsrådet nedsætter i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen et sundhedskoordinationsudvalg vedrørende den kommunale og regionale indsats på sundhedsområdet, og om indsatsen for sammenhæng mellem sektorerne og de tilgrænsende sektorer (§ 204).



## Sundhedsloven (statslige myndigheder)<sup>29</sup>

Sundhedsloven præciserer, hvad der er hhv. Sundhedsstyrelsens, Styrelsen for Patientsikkerheds og Statens Serum Instituts funktion og opgaver i relation til det samlede sundhedsvæsen (afsnit X5II). Af loven fremgår det blandt andet at:

- Sundhedsstyrelsen er en styrelse under Sundheds- og Ældreministeren, der bistår ministeren med den centrale forvaltning af sundhedsmæssige anliggender samt med den centrale forvaltning af social- og plejefaglige indsatser på ældreområdet (§ 212). Sundhedsstyrelsen vejleder om udførelsen af sundhedsfaglige opgaver efter sundhedsloven og om udvalgte social- og plejefaglige opgaver på ældreområdet efter lov om social service (§ 214). Sundhedsstyrelsen skal følge de sundhedsmæssige forhold og de social- og plejefaglige forhold på ældreområdet og holde sig orienteret om den til enhver tid værende faglige viden på sundhedsområdet og de social- og plejefaglige indsatser på ældreområdet (stk. 1).
- Styrelsen for Patientsikkerhed er en styrelse under Sundheds- og Ældreministeren, der bistår ministeren med den centrale forvaltning af forhold vedrørende patienters sikkerhed og forhold vedrørende læring i sundhedsvæsenet (§ 212a). Styrelsen for Patientsikkerhed vejleder om udførelsen af sundhedsfaglige opgaver inden for styrelsens område (stk. 3) og rådgiver statslige, regionale og kommunale myndigheder i hygiejniske, miljømæssige og socialmedicinske forhold (stk. 4). Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet (§ 213). Sygehusenheder, klinikker, praksisser, plejecentre, bosteder, sundheds- eller genoptræningssteder og andre behandlingssteder, hvor sundhedspersoner udøver behandling, skal alle lade sig registrere hos de centrale sundhedsmyndigheder (213c).<sup>30</sup>
- Statens Serum Institut er et institut under Sundheds- og Ældreministeren, hvis formål er at forebygge og bekæmpe smitsomme sygdomme, medfødte lidelser og biologiske trusler. Statens Serum Institut er landets centrallaboratorium, for så vidt angår diagnostiske analyser. Institutet sikrer forsyning af vacciner og beredskabsprodukter gennem fremstilling eller

---

<sup>29</sup> Loven blev udarbejdet på et tidspunkt, hvor ældreområdet hørte under sundhedsområdet, og hvor det således var Sundheds- og Ældreministeren, der havde de relevante ministerielle beføjelser jf. Sundhedsloven. Med ressortomlægningen i vinteren 2020/2021 blev ældreområdet flyttet til socialområdet, således at der på tidspunktet for rapportens udgivelse findes et Social- og Ældreministerium og et Sundhedsministerium. De lovttekster, der blev udarbejdet før ressortomlægningen henviser på denne baggrund til Sundheds- og Ældreministeren, hvor der på tidspunktet for rapportens udgivelse ville blive henvist til Sundhedsministeren. Dette ses fx af 2021-versionen af epidemiloven, som vi beskriver senere i dette afsnit.

<sup>30</sup> Styrelsen for Patientsikkerhed fører også tilsyn med de sundhedsmæssige forhold på dag- og døgninstitutioner, der ikke er omfattet af § 213, stk. 2. Ved sundhedsmæssige forhold forstås bekæmpelse af smitsomme sygdomme, hygiejniske forhold og sundhedsproblemer af mere generel karakter (§ 220).

fremskaffelse. Institutet indgår i det operationelle beredskab mod smitsomme sygdomme. Institutet driver videnskabelig forskning og yder rådgivning og bistand på områder, der vedrører instituttets opgaver (§ 222).

## Epidemiloven<sup>31</sup>

Epidemiloven er ændret substantielt to gange i undersøgelsesperioden. Den oprindeligt gældende version af epidemiloven (2019-versionen) blev ændret via hastebehandling i marts/april 2020 og i denne forbindelse forsynet med en solnedgangsklausul, der præciserede, at loven kun var vedtaget med en begrænset varighed på et år<sup>32,33</sup>. I februar 2021 blev en helt ny epidemilov vedtaget efter de længerevarende lovgivningsprocesser, der almindeligvis anvendes af Folketinget.<sup>34</sup>

### Epidemiloven (2019)

Den version af Epidemiloven, der var gældende ved epidemiens udbrud (lov nr. 2026 af 1.10.2019), bestemte blandt andet:

- Loven omfatter de alment farlige sygdomme samt de øvrige smitsomme og andre overførbare sygdomme, der er optaget på liste A og B som bilag til loven (§ 2).
- Sundheds- og Ældreministeren kan efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen foretage ændringer i de i stk. 1 nævnte lister samt opstille nye lister (§ 2, stk. 2).
- For hver region nedsættes en epidemikommission, der består af en politidirektør (formand), en læge med relevante faglige kvalifikationer, en dyrlæge, en repræsentant for told og skat, en repræsentant for det regionale sygehusberedskab, en repræsentant for det regionale beredskabscenter samt tre af regionsrådet valgte medlemmer (§ 3).
- De regionale epidemikommissioner kan påbyde enhver, der lider af en alment farlig sygdom, eller som må antages at være smittet med en sådan,

---

<sup>31</sup> Epidemiloven henviser i 2019-versionen til Sundheds- og Ældreministeren, og i 2020- samt 2021-versionen til Sundhedsministeren. Dette skyldes ressortomlægningen ved årsskiftet 2020/2021, hvor ældreområdet blev flyttet fra Sundheds- og til Socialministeriet.

<sup>32</sup> En solnedgangsklausul er en tidsbegrænsning, man kan vælge at skrive ind i lovteksten til en bestemt lov. Det betyder, at en lov eller en del af en lov automatisk udløber, når tidsbegrænsningen udløber.

<sup>33</sup> Se Christensen et al. 2021 for en beskrivelse af denne proces.

<sup>34</sup> Se Folketingets hjemmeside for en beskrivelse af lovgivningsprocessen og herunder muligheden for hastebehandling. <https://www.ft.dk/da/folkestyret/folketinget/lovgivningsprocessen-i-folketinget>

at vedkommende skal lade sig undersøge af en læge, isolere og om nødvendigt indlægge på sygehus (§ 5-6).<sup>35</sup>

- De regionale epidemikommissioner kan påbyde, at et område, hvor en alment farlig sygdom optræder, afspærres, således at samkvem med omgivelserne forhindres i fornødent omfang, ligesom kommissionen kan forbyde, at der afholdes arrangementer og lignende i området (§ 7).
- Sundheds- og Ældreministeren kan efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen bestemme, at de foranstaltninger, der alene kan iværksættes mod farlige sygdomme jf. § 5-7 ovenfor, også kan iværksættes over for øvrige smittesomme eller andre overførbare sygdomme, når disse optræder på en ondartet måde eller med stor udbredelse, eller når andre forhold indebærer en stor risiko for smittespredning (§ 10).<sup>36</sup>

Covid-19 blev med bekendtgørelse nr. 157 af 27.2.2020 optaget på listen over andre smittesomme og overførbare sygdomme (liste B) i epidemiloven. Det skete samtidig med, at SARS og MERS med bekendtgørelse nr. 156 blev optaget på listen over alment farlige sygdomme (liste A).

### **Epidemiloven (2020)**

Epidemiloven blev ændret med lov nr. 208 af 17. marts 2020 (udvidelse af foranstaltninger til at forebygge og inddæmme smitte samt sikring af kapacitetsmæssige ressourcer mv.) samt lov nr. 359 af 4. april 2020. Begge love var forsynet med en solnedgangsklausul, der begrænsede deres gyldighed til ét år efter vedtagelse af den første lov (dvs. marts 2021).

Marts 2020 versionen af epidemiloven bestemte blandt andet:

- Sundheds- og Ældreministeren kan bemyndige andre myndigheder, herunder de regionale epidemikommissioner, der er nævnt i eksisterende lovgivning, til at udøve de beføjelser, der i denne lov er tillagt ministeren (§ 1,2.).
- De daværende §§ 5-7 blev ophævet, og i stedet blev det bestemt, at:
- Sundheds- og Ældreministeren kan påbyde enhver, der lider af en alment farlig sygdom, eller som formodes at kunne være smittet med en sådan, i) at lade sig undersøge af en sundhedsperson, 2) at lade sig indlægge på

---

<sup>35</sup> Såfremt udbredelse af en alment farlig sygdom ikke kan hindres ved isolation i henhold til stk. 1, kan ministeren for sundhed og forebyggelse efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen påbyde, at der skal iværksættes tvangsmæssig behandling (§ 6, stk. 3).

<sup>36</sup> Det kan også ske i forhold til paragraf 8 og 9 vedrørende hhv. vaccination og obduktion.

et sygehus eller i en anden egnet facilitet, 3) at lade sig isolere i en anden egnet facilitet (§ 5, stk. 1).

- Sundheds- og Ældreministeren kan iværksætte tvangsmæssig behandling af en person, som lider af eller formodes at være smittet med en sygdom som nævnt i stk. 1, hvis isolation ikke er tilstrækkelig til at forebygge eller inddæmme udbredelse af sygdommen (stk. 2).
- Sundheds- og ældreministeren kan, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig sygdom her i landet, efter forhandling med justitsministeren, fastsætte regler om forbud mod afholdelse af og deltagelse i større forsamlinger, arrangementer, begivenheder mv. (§ 6).
- Sundheds- og ældreministeren kan, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig sygdom her i landet, fastsætte regler for forbud mod adgang til eller restriktioner i adgangen til offentlige institutioner mv. (§ 6a).
- Sundheds- og ældreministeren kan, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig sygdom her i landet, fastsætte regler om forbud mod eller restriktioner for besøgendes adgang til offentlige og private plejecentre og sygehuse og om undtagelser hertil (§ 12 c).
- Vedkommende minister kan efter forhandling med sundheds- og ældreministeren fastsætte regler om fravigelse af forpligtelser for det offentlige og privates rettigheder over for det offentlige fastsat i anden lovgivning, i medfør af anden lovgivning eller i afgørelser truffet af det offentlige i medfør af anden lovgivning (§ 12 d).<sup>37, 38</sup>

De justeringer, der blev foretaget i april 2020, gav udvidede beføjelser i forhold til at regulere adgangen til udendørsarealer, og herunder at nedlægge forbud mod, at tre eller flere personer samles samme sted (personer fra samme husstand og nære pårørende dog undtaget). Der blev indført højere

---

<sup>37</sup> Lovteksten bruger begrebet "vedkommende minister", når det bredt er ønsket at henvise til den for sagen relevante minister. Vi følger lovteksten og bruger således også begrebet vedkommende minister i vores tekst.

<sup>38</sup> Dette hvis 1) fravigelse er nødvendig for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig sygdom her i landet, 2) fravigelse er påkrævet som følge af tiltag til at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig sygdom her i landet, og de pågældende forpligtelser og rettigheder i den sammenhæng på anses for at være af mere underordnet betydning, 3) opfyldelse af de pågældende forpligtelser og rettigheder bliver umulig eller uforholdsmæssig vanskelig som følge af foranstaltninger, som har været nødvendige for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment faglig sygdom her i landet (§ 12 d).

bødestraffe og givet mulighed for at regulere klageadgangen til de påbud, der blev udstedt af politiet.<sup>39</sup>

## **Epidemiloven (2021)**

Den seneste (og gældende) version af Epidemiloven blev vedtaget i februar 2021 – cirka et år efter epidemiens opstart. Den erstattede den epidemilov, der jf. ovenfor var ændret i marts/april 2020. Titlen på loven var nu: Lov om epidemier mv. (Epidemiloven), og den skelnede ikke bare mellem smitsomme og alment farlige sygdomme (som den tidligere version af loven) men mellem smitsomme, alment farlige og samfundskritiske sygdomme.

Formålet med 2021-versionen af Epidemiloven er: at beskytte samfundet og enkeltpersoner mod de sygdomme, der er nævnt i § 2, ved at udrydde eller forebygge, forhindre, inddæmme og begrænse udbredelsen og indførelsen her i landet (§ 1).

Den omfatter smitsomme sygdomme, alment farlige sygdomme og samfundskritiske sygdomme (§ 1, stk. 1). Ved en **smitsom sygdom** forstås en sygdom eller en tilstand, som er forårsaget af mikroorganismer eller andre smitstoffer, som kan overføres fra, til eller imellem mennesker (stk. 2). Ved en **alment farlig sygdom** forstås en smitsom sygdom, der er særlig smitsom, har høj dødelighed eller kan give alvorlige eller varige skader, og som kan 1) medføre behandling, sygefravær eller rehabiliteringsforløb af langvarig karakter, 2) få så stor udbredelse, at sygdommen bliver en væsentlig trussel mod folkesundheden, eller 3) give en særlig stor sygdomsbyrde, fordi der ikke findes effektiv forebyggelse eller behandling (stk. 3). Ved en **samfundskritisk sygdom** forstås en alment farlig sygdom, hvis udbredelse medfører eller risikerer at medføre alvorlige forstyrrelser af vigtige samfundsfunktioner (stk. 4).

Sundhedsstyrelsen fastsætter de nærmere regler for, hvilke sygdomme der omfattes af § 1 stk. 2 og 3 (smitsomme og alment farlige sygdomme), mens Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, hvilke sygdomme der omfattes af § 1 stk. 4 (samfundskritiske sygdomme).

Covid-19 indplaceres som en alment farlig sygdom på linje med Ebola, SARS og MERS<sup>40</sup>.

## **Ansvar for forebyggende tiltag og foranstaltninger**

2021-versionen af Epidemiloven bestemmer:

---

<sup>39</sup> <https://www.ft.dk/samling/20191/lovforslag/l158/index.htm>

<sup>40</sup> Jf. bekendtgørelse nr. 304 af 27. februar 2021.

- Det påhviler enhver forvaltningsmyndighed efter anmodning at yde vejledning til og bistå Styrelsen for Patientsikkerhed og andre myndigheder, der varetager opgaver efter denne lov, med at varetage de pligter og beføjelser, som disse efter loven er tillagt, og med at gennemføre foranstaltninger efter denne lov (§ 3).
- Kommunalbestyrelsen og Regionsrådet skal træffe foranstaltninger for at forebygge og sikre sig mod udbredelsen af smitsomme sygdomme, herunder udarbejde planer for håndtering af smitsomme sygdomme og sikre, at kommunens og regionens institutioner og personale er bekendt med myndighedernes anbefalinger og vejledninger om håndtering heraf (§ 4).
- Det påhviler enhver myndighed og juridisk person at holde sig orienteret om anbefalinger og vejledninger, som er relevante for myndigheden eller den juridiske person, om håndtering af smitsomme sygdomme (§ 5).
- Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler om offentlige og private behandlingssteders og autoriserede sundhedspersoners medvirken i forebyggelse og bekæmpelse af smitsomme sygdomme (§ 6).

### **Epidemikommissionen**

Sundhedsministeren nedsætter en Epidemikommission (§ 7, stk. 1), der efter anmodning og på eget initiativ kan rådgive Sundhedsministeren og andre ministre om håndteringen af alment farlige og samfundskritiske sygdomme og i denne forbindelse både kan indstille, at vedkommende minister fastsætter regler i medfør af denne lov, eller at allerede fastsatte regler ændres eller ophæves (§ 8).

Epidemikommissionen består af: 1 formand og 1 medlem, der udpeges af sundhedsministeren, og 9 medlemmer, der udpeges af sundhedsministeren efter indstilling fra henholdsvis erhvervsministeren, finansministeren, justitsministeren, Styrelsen for Patientsikkerhed, Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut, rigspolitchefen, KL og Danske Regioner (§ 7 stk. 2).

Epidemikommissionen kan invitere andre personer til at deltage i møder, herunder repræsentanter for andre myndigheder, andre særligt sagkyndige og interesseorganisationer (§ 7 stk. 3).

## Foranstaltninger over for enkeltpersoner

2021-versionen af Epidemiloven bestemmer:

- Styrelsen for Patientsikkerhed kan påbyde undersøgelse, indlæggelse, isolation og behandling af enhver, der lider af en alment farlig eller samfundskritisk sygdom, eller som formodes at være smittet med en sådan (§§ 12-18).
- Styrelsen for Patientsikkerhed skal forinden afgørelse opfordre den person, som foranstaltningen påtænkes rettet imod, til frivilligt at medvirke (§ 12, stk. 2)<sup>41</sup>.
- Foranstaltningen i henhold til Epidemiloven skal være nødvendig og så kortvarig som muligt og stå i rimeligt forhold til formålet med foranstaltningen (§ 12, stk. 3).
- Den mindst indgribende og mest skånsomme foranstaltning skal anvendes, og foranstaltningen skal ophæves, når det ikke længere er nødvendigt at opretholde den (stk. 2-3).
- Foranstaltningen skal efterprøves af Styrelsen for Patientsikkerhed hhv. 3, 10, 20 og 30 dage efter iværksættelse for at påse, om betingelserne er opfyldt (§ 12, stk. 4).

## Restriktioner for eller forbud mod adgangen til eller brugen af behandlingssteder, pleje- og omsorgsinstitutioner mv.

Styrelsen for Patientsikkerhed kan påbyde kommunalbestyrelsen for en bestemt periode at fastsætte restriktioner for eller forbud mod adgangen til eller brugen af kommunale plejecentre, plejeboliger, aflastningspladser, anbringelsessteder, botilbud og lignende og private alternativer dertil (§ 29).

Det kan de, når a) det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig eller samfundskritisk sygdom (§ 23, stk. 2) og b) efter høring af Epidemikommissionen (§ 29, stk. 7).

De foranstaltninger, der træffes efter epidemilovens § 29 skal være nødvendige og så kortvarige som muligt samt stå i rimeligt forhold til foranstaltningen (§ 23, stk. 3). Den mindst indgribende og mest skånsomme foranstaltning skal

---

<sup>41</sup> Hvis den person, som en foranstaltning påtænkes rettet imod, bor eller har midlertidigt ophold på en offentlig eller privat institution eller behandlingssted, skal den pågældende institution mv. efter anmodning fra Styrelsen for Patientsikkerhed sikre, at opfordringen til frivilligt at medvirke gennemføres (stk. 2).

anvendes – og foranstaltningen skal ophæves, når det ikke længere er nødvendigt at opretholde den (ibid.).

De restriktioner eller forbud, der fastsættes i medfør af § 29 kan fastsættes med en gyldighed på højst 4 uger ad gangen, og påbud efter § 29 skal efterprøves af Styrelsen for Patientsikkerhed hhv. 3, 10, 20 og 30 dage efter, at påbuddet er meddelt, for at påse, om betingelserne for påbuddet fortsat er opfyldt.

Personer med bopæl eller ophold på en behandlings-, pleje- eller omsorgsinstitution mv., der er omfattet af et påbud udstedt efter § 29, og disses nære pårørende, kan påklage påbuddet og kommunalbestyrelsens, regionsrådets, det konkrete behandlingssteds eller den konkrete institutions implementering af restriktioner eller forbud på baggrund af et sådant påbud til Ankenævnet for Besøgsrestriktioner (§ 61, stk. 1).

Vedkommende minister kan efter forhandling med sundhedsministeren fastsætte regler for hele eller dele af landet om restriktioner for eller forbud mod adgangen til eller brugen af offentlige og private plejecentre, plejeboliger, aflastningspladser, anbringelsessteder, botilbud og lignende, sygehuse og klinikker eller lignende institutioner, hvor personer permanent eller midlertidigt har bopæl eller ophold (§ 30).<sup>42</sup>

### **Yderligere samfundsmæssige foranstaltninger**

For samfundskritiske sygdomme kan en række yderligere samfundsmæssige foranstaltninger gennemføres, herunder forbud mod at flere personer befinder sig på samme sted (§ 24), og forbud mod ophold på bestemte steder (§ 25), restriktioner for eller forbud mod adgangen til eller brugen af transportmidler (§ 35), restriktioner for eller forbud mod adgangen til brugen af lokaler og lokaliteter, som offentligheden har adgang til (§ 36), samt anvendelse af personlige smitteforebyggende midler i det offentlige rum (§ 37).

For samfundskritiske sygdomme kan vedkommende minister for hele eller dele af landet træffe afgørelse om fravigelse af forpligtelser for det offentlige og privates rettigheder over for det offentlige fastsat i anden lovgivning eller i afgørelser truffet af det offentlige i medfør af anden lovgivning<sup>43</sup> (§ 56).

---

<sup>42</sup> Det kan de, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig eller samfundskritisk sygdom (§ 23, stk. 2), og uden krav om høring af Epidemikkommissionen (jf. § 29, stk. 7).

<sup>43</sup> Det kan de, når: 1) Fravigelse er nødvendig for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en samfundskritisk sygdom her i landet, 2) Fravigelse er påkrævet som følge af tiltag til at forebygge eller inddæmme udbredelsen af en samfundskritisk sygdom her i landet, og de pågældende forpligtelser og rettigheder i den sammenhæng må anses for at være af mere underordnet betydning, eller 3) Opfyldelse af de pågældende forpligtelser og rettigheder bliver umulig eller uforholdsmæssig vanskelig som følge af foranstaltninger mod samfundskritiske sygdomme iværksat efter denne lov (§ 56).



## Opsummering

Det fremgår af ovenstående gennemgang, at ansvaret for ældreplejen er delt mellem service- og sundhedslov – stat, kommuner og regioner.

Service-loven beskriver, hvordan det er kommunernes ansvar at tilbyde personlig pleje og praktisk bistand (§ 83), aflastning af ægtefælle (§ 84) samt genoptræning/vedligeholdende træning (§ 86) til de borgere, der har behov for det. De skal skriftligt træffe afgørelse over for borgeren ved betydelige ændringer (§ 89) og give mulighed for valg mellem flere leverandører af personlig pleje og praktisk bistand til borgere i egen bolig (§ 91).

For de borgere, der har behov for det, skal kommunerne tilbyde ophold i egnet bolig (§ 108), fx plejecentre (§ 112) eller plejebolig (§ 5, stk. 2 i lov om almene boliger mv). Beboere på plejecenter eller i plejebolig bestemmer selv, hvem de vil have besøg af, og kommunerne må kun i helt særlige tilfælde begrænse adgangen til fællesarealer – men ikke til den del af boligen, som de ældre selv bestemmer over (§ 137).

Sundhedsloven beskriver, hvordan det er sundhedsvæsenets formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte (§ 1). Kommunerne har ansvaret for – ved varetagelse af sine opgaver – at sikre rammerne for en sund levevis, samt for at etablere en række forebyggende og sundhedsfremmende tiltag (§ 119, stk. 1 og 2). Regionerne skal varetage den patientrettede forebyggelse på sygehuse og i praksissektoren og rådgive kommunerne om deres indsats efter § 119 stk. 1 og 2. De har ansvaret for diagnostik og behandling, mens kommunerne har ansvaret for at yde hjemmesygepleje til borgere med ophold i kommunen efter lægehenvielse (§ 138) og vederlagsfri genoptræning til de borgere, der udskrives med en genoptræningsplan (§ 140).

Epidemiloven blev ændret i marts/april 2020, og igen i februar/marts 2021. 2020-versionen gav Sundheds- og Ældreministeren mulighed for at pålægge de regionale epidemikommissioner at gennemføre en række af de samme foranstaltninger, som var beskrevet i 2019-versionen (fx undersøgelse, isolation og indlæggelse), samt en række yderligere foranstaltninger, fx forbud mod besøg på plejecenter og i plejebolig (§ 12c) og fravigelse af forpligtelser for det offentlige og privates rettigheder over for det offentlige fastsat i anden lovgivning (§ 12d).

2021-versionen (der fortsat er gældende på tidspunktet for udgivelsen af denne rapport) skelner mellem smitsomme, alment farlige og samfundskritiske sygdomme og placerer covid-19 som en alment farlig men ikke (længere) samfundskritisk sygdom. Den etablerer en national epidemikommission og bestemmer, at Styrelsen for Patientsikkerhed kan give påbud om undersøgelse,

isolation, indlæggelse og behandling af alment farlige sygdomme, ligesom de – efter høring af epidemikommissionen – kan indføre restriktioner eller forbud mod adgang til plejecenter, plejebolig mv. For samfundskritiske sygdomme kan relevante ministerier endvidere iværksætte en række mere gennemgribende foranstaltninger, herunder fx forsamlingsforbud og fravigelse af forpligtelser og rettigheder.

2021-versionen præciserer ansvarsdelingerne i arbejdet med at forebygge og sikre sig mod udbredelse af smitsomme sygdomme mellem forskellige myndigheder. Enhver forvaltningsmyndighed skal i henhold til loven yde vejledning til og bistå Styrelsen for Patientsikkerhed og andre myndigheder, der varetager opgaver efter loven. Regioner og kommuner skal træffe foranstaltninger for at forebygge og sikre sig mod udbredelsen af smitsomme sygdomme (§ 4), og alle myndigheder og juridiske personer skal holde sig orienteret om de anbefalinger og vejledninger, der er relevante for dem (§ 5).

## Bilag 2 Ældreplejens historiske udvikling

For at være i stand til at forstå, under hvilke forudsætninger og vilkår den danske ældrepleje har skullet og skal håndtere covid-19-epidemien, kræves en vis indsigt i ældreplejens historiske udvikling.

Historisk set har organiseringen og indretningen af ældreplejen ikke altid set ud, som den gør i dag (Hansen & Vedung, 2005). På trods af at det i dag er en selvfølge, at pleje og omsorg tilvejebringes gratis af det offentlige, eller af private leverandører, til de borgere, der har behov for hjælp, har det langt fra altid været tilfældet. Oprindeligt var omsorg og pleje af ældre et familiært anliggende, og dem, der ikke havde en familie at vende sig imod var henvist til fattiggårdene. Der var først i slutningen af 1800-tallet, at den første egentlige selvstændige ældrepolitik blev vedtaget. Dog var de første lovgivninger på ældreområdet primært af økonomisk karakter, og på trods af at alderdomshjem begyndte at vokse frem i 1920'erne og 1930'erne, var det indtil 1950'erne fortsat familien, der var hovedansvarlig for at yde den pleje og omsorg, som deres ældre familiemedlem havde behov for. Opbygningen af ældreplejen som et offentligt anliggende tog for alvor fart i 1960'erne og 1970'erne, mens de seneste årtier har været præget af en ombygning af den eksisterende organisering og levering af ældrepleje.

Nutidens ældrepleje har dog i høj grad historiske rødder langt tilbage i tiden og er dybt indlejret i velfærdsstatens opståen og udvikling. Igennem tiden er der med andre ord blevet efterladt nogle aftryk og trådt nogle stier, der har været – og er – med til at definere rammerne for organiseringen af den ældrepleje, vi kender i dag. Dette bilag tager sit primære afsæt i den første socialreform og indførelsen af lov om alderdomsunderstøttelse af 1891. Ud over at loven var skelsættende i forhold til den hidtidige måde at tænke og levere "socialpolitik" på, blev loven og dens principper også definerende for den fremtidige lovgivning på ældreområdet og måden, hvorpå den danske velfærdsstat har udviklet sig og adskiller sig fra andre landes organisering og indretning. Dernæst giver bilaget et indblik i, hvordan området har udviklet sig op igennem 1900-tallet og frem til i dag, hvor pleje og omsorg er universelle velfærdsydelser, der leveres til alle borgere uden hensynstagen til den enkelte borgers økonomiske formåen.

## **FASE I: De første ældrepolitikker ser dagens lys (1891-1933)**

### **Fra fattighjælp til sociallov**

I middelalderen var fattighjælp, ældreomsorg og andre former for hjælp og forsorg et familiært anliggende, og i det omfang de nærmeste pårørende ikke var i stand til at hjælpe, trådte kirken og klostre til. Det blev opfattet som en fortjenstlig gerning at give almisser, og kirken formidlede disse almisser og gaver de modtog videre til de fattige (Hviid, 2017). Efter år 1500 ændrede synet på de fattige sig så småt, og forsorgsområdet blev i stigende grad betragtet som et samfundsanliggende. Med reformationen i 1536 overgik ansvaret for social- og fattigforsorg fra kirken til enevælden og de lokale bystyrrer. Der blev indført en skelnen mellem værdigt og uværdigt trængende fattige. Således blev det forbudt for fuldt arbejdsdygtige at tigge og tage imod almisser, og tiggeri skulle godkendes af bystyret.). Tiggeriet blev et samfundsproblem, og i 1708 blev det fuldstændigt forbudt at tigge, og fattighjælpen blev lagt over i fattigkasser, der blev finansieret gennem frivillige lokale bidrag og donationer (Rostgaard & Fridberg, 1998). I takt med at det ikke længere var lokalsamfundets kristne pligt men i stedet blev betragtet som en social pligt at forsørge de fattige, begyndte der efterhånden at blive stillet modkrav til modtagerne af fattighjælp (Hviid, 2017). Udviklingen i fattighjælp kulminerede i Grundloven af 1849. På den ene side blev fattighjælp en grundlovssikret rettighed, som borgere kunne modtage, hvis de ikke var i stand til at forsørge sig selv. På den anden side var det forbundet med tab af en række fundamentale rettigheder, herunder valgretten og retten til at gifte sig, samtidig med at man kunne anbringes på fattiggården eller sættes til tvangsarbejde (Koefoed, 2016). Helt frem til den sidste del af 1800-tallet var den offentlige socialpolitik baseret på fattighjælp.

Ret beset blev den første selvstændige ældrepolitik introduceret i 1891 som en del af den første danske socialreforms tilblivelse. Reformen bestod i to nye love: Lov om Det Offentlige Fattigvæsen samt Lov om Alderdomsunderstøttelse til værdigt trængende uden for Fattigvæsenet. På trods af at det fortsat var forbundet med en række borgerlige rettighedstab at modtage fattighjælp, indebar den nye fattiglovgivning, at visse typer af hjælp kunne ydes uden rettighedstab (offentlig støtte til jordemoder, lægebesøg og begravelse), samt at visse grupper af mennesker skulle hjælpes uden rettighedstab (bl.a. soldaters familier, familier til forliste søfolk og visse grupper af kronisk syge). I den politiske diskussion af, hvordan fattigloven skulle indrettes, havde der været et krav om, at ældre borgere, der gennem hele deres liv havde ydet til samfundet, skulle kunne modtage hjælp i alderdommen uden (ydmygende) tab af rettigheder. Alderdomsunderstøttelsesloven var således et svar på dette krav og

medførte, at alle ældre over 60 år fik ret til offentlig understøttelse uden nogen form for rettighedstab, hvis de havde holdt sig fri fra fattighjælp de seneste 10 år, ikke selv var skyld i sin egen trang eller dømt for en vanærende forbrydelse. Undtagelserne blev betragtet som nogle værdighedsbestemmelser, der afspejlede tidens krav om, at der – uagtet den offentlige hjælp og støtte – fortsat skulle være et element af selvhjælp til stede, selvom den blev udmøntet i en indirekte form. Trods undtagelserne var alderdomsunderstøttelsen en opsigtsvækkende og skelsættende lov. Hvor det indtil lovens ikrafttræden udelukkende havde været fattigdom, der udløste en offentlig ydelse, blev alder nu gjort til et eksplicit tildelingskriterium. Med andre ord blev alderdom løftet ud af fattiglovgivningen og som det første land i verden, gav Danmark alle borgere en principiel ret til offentlig alderdomsforsørgelse uden deklasserende virkninger, og som var finansieret via kommunal beskatning med statstilskud. Dermed adskilte den danske lovgivning sig væsentligt fra den obligatoriske alderdomsforsikring, Bismarck 2 år tidligere havde fået vedtaget i Tyskland, som var finansieret af arbejdstagere og -givere, eftersom den universelle og skattefinansierede danske alderdomsunderstøttelse netop var for alle, uanset om de havde været på arbejdsmarkedet og havde tegnet en forsikring eller ej (Petersen, 2008).

Loven blev ikke kun definerende for ældreområdet, men udgjorde ligeledes et formativt øjeblik i dansk socialpolitik i bredere forstand, idet både de universelle principper bag alderdomsunderstøttelsen og finansiering også kom til at tegne konturerne for nogle af grundelementerne i den senere tilblivelse af den danske velfærdsstat (Petersen, 2010).

Samtidig blev kimen til den senere omfattende institutionsanbringelse af ældre på alderdomshjem (efter 1976 betegnet som plejehjem) desuden lagt. Alderdomsunderstøttelseslovens § 5 indeholdt en bestemmelse om, at gamle, hvor omstændighederne taler derfor, kunne anbringes i særlige dertil bestemte asyler eller lignende anstalter (Danmarkshistorien.dk, 2021). Før 1891 kunne ældre mennesker, der ikke længere var i stand til at klare sig selv, blive anbragt på fattiggården med de rettighedstab, der fulgte med, mens der for særskilte grupper fandtes en mulighed for at blive anbragt på forskellige former for private stiftelser. Med lovens ikrafttræden begyndte der således en mere systematisk anbringelse af ældre i kommunale bebyggelser, som senere blev kaldt alderdomshjem, frem for på fattiggårde og uden tilsvarende tab af rettigheder.

### **1922: Aldersrenteloven**

I 1922 blev alderdomsunderstøttelsesloven afløst af aldersrenteloven. Den nye lov tog væsentlige ændringer med sig i forhold til 1981-loven. For det første blev aldersgrænsen hævet fra 60 til 65 år. I takt med en generelt forbedret

helbredstilstand blandt befolkningen og længere levealder, blev denne ændring begrundet med, at man ikke pr. automatik kunne betragtes som uarbejdsdygtig, når man var fyldt 60 år. For det andet blev understøttelsens baseret på et retsprincip. I årene indtil 1922 blev ydelsens størrelse afgjort efter en individuel vurdering af ansøgerens behov og udmålt efter kommunalbestyrelsens frie skøn. Dermed gik ydelserne fra at være baseret på noget, der mindede om et almisseprincip (om ansøgeren havde krav på en ydelse og i givet fald, hvor stor ydelsen skulle være) til at være retsbestemte og med et forud fastlagt ydelsesniveau, som ansøgeren kunne modtage, hvis dennes indtægt og formue var under en vis grænse. Den retsbetingede adgang var dog fortsat suppleret med et skønsmæssigt element i form af værdighedsbestemmelserne, som ansøgeren skulle leve op til, herunder at man ikke måtte have modtaget fattighjælp i 3 år før ansøgningen om aldersrente. Aldersrenten fastholdt alderdomsunderstøttelseslovens finansieringsteknik og -form (her-og-nu mekanisme og general beskatning) (Petersen, 2005).

### **1933: Den store danske socialreform**

Som en del af Kanslergadeforliget blev den store danske socialreform vedtaget af rigsdagen i 1933. Reformen var en omfattende systematisering og samling af de mange eksisterende love og regler på det sociale område i fire love, hhv. "Lov om Offentlig Forsorg", "Lov om Folkeforsikring", "Lov om Ulykkesforsikring", og "Lov om Arbejdsløshedsforsikring og Arbejdsanvisning". Ud over at lovkomplekset skulle strømline og forenkle administrationen af den offentlige hjælp, ønskede socialminister Steincke, der var hovedarkitekten bag reformen, at kriterierne for at modtage offentlige ydelser blev mere objektive og ensrettede (Yde & Jensen, 2012). I tråd med aldersrenten fra 1922 skulle øvrige offentlige ydelser lægge afstand til det skønsmæssige princip og almissetanken og i stedet bæres frem i et system baseret på rettigheder og krav. Retsprincippet indebar, at enhver, der opfyldte bestemte kriterier, havde ret til og krav på at modtage fastsatte ydelser uden rettighedstab. Det betød, at det blev mindre ydmygende og stigmatiserende at modtage offentlig hjælp. For at fastholde "hjælp til selvhjælps"-princippet, byggede store dele af lovkomplekset på forsikring, hvorved ens ret til hjælp på disse områder var afhængig af, om man havde forsikret sig. På ældreområdet kom det til udtryk ved, at aldersrenten blev knyttet til sygeforsikring og samlet under Lov om Folkeforsikring, hvoraf det fremgik, at adgangen til aldersrente blev betinget af et obligatorisk bidragsydende medlemskab i en sygekasse eller statskontrolleret sygeforening (Ringsmose & Hansen, 2005; Rostgaard & Fridberg, 1998). Hvad angik alderdomshjemmene, blev det i Lov om Offentlig Forsorg bestemt, at staten eller for landkommunernes vedkommende amtsrådet kunne pålægge kommuner med over 4.000 indbyggere at opføre eller indrette alderdomshjem for personer, der modtog aldersrente, og som var så gamle, svagelige eller svækkede, at de ikke kunne bo for sig selv (Danmarkshistorien.dk, 2018).

## FASE II: Ældreplejens opbygning (1940-1970'erne)

### 1949: Husmoderafløsningen - Hjemmehjælpens spæde tilblivelse

Forløberen for den moderne hjemmehjælp er husmoderafløsningen, som blev indført ved lov i (den 12. april) 1949. Som navnet angiver, var ordningen en midlertidig aflastning af husmødre, der ikke var i stand til at varetage deres almindelige husholdningsopgaver som rengøring, vask, indkøb, og madlavning. Loven var i første række tænkt rettet mod hjem med børn, hvor husmoderen var syg eller havde født. Afløserne skulle træde til i stedet for husmødre i de trængende familier og hjælpe til med de daglige praktiske gøremål, pasning af familiens børn samt personlig pleje af husmoderen i en kortere periode. Husmoderafløsningen omfattede dog også ældre (enlige og ægtepar) med midlertidigt behov for hjælp og pleje. Ældre ægtepar var omfattet af ordningen, hvis manden var syg, og hustruen var ude af stand til at tage vare på hjemmet (Petersen, 2008). I det omfang de ældre havde behov for mere varig hjælp, var de fortsat henvist til alderdomshjemmet (Hansen & Vedung, 2005).

Husmoderafløsningen var på mange måder et udtryk for nytænkning inden for det sociale område, idet der påbegyndtes en langsom ansvarsforskydning for støtten til familier og hjem fra civilsamfundet (slægt, venner og naboer) i retningen af det offentlige (Petersen, 2008). Loven afspejlede den voksende opfattelse af, at det, inden for den sociale forsyning, i mange tilfælde var mere hensigtsmæssigt at yde hjælp på et tidspunkt, hvor den egentlige trang endnu ikke forelå, således at man gennem mindre hjælpeforanstaltninger kunne undgå et senere og langt større behov for hjælp. Der var især en forståelse af både den samfundsmæssige og sociale betydning af at sikre og bevare hjemmene og søge at hjælpe disse, når de kom ud for særlige vanskeligheder, de dårligt selv ville være i stand til at håndtere.

Husmoderafløsere var dog ikke et nyt fænomen. I 1920 var der i København blevet etableret et såkaldt *husmoderhjælpens korps*, og året efter fulgte enkelte jyske kommuner på initiativ af Dansk Røde Kors med *hjemmehjælpen* (Petersen, 2008). I løbet af de næste 20 år fulgte nye private initiativer i København med etableringen af hhv. *hjemmenes sygehjælp* i 1931 og Mødrehjælpens husmoderafløsningsordning i 1940. I 1941 tog Danske Kvinders Nationalråd initiativet til at oprette sådanne ordninger med tilskud i henhold til Lov om Iværksættelse af offentlige Arbejder og beskæftigelse af Arbejdsløse, og herfra tog ordningerne fart i adskillelige kommuner, således at der ved udgangen af 1946 eksisterede i alt 79 husmoderafløserordninger. Disse ordninger blev fra politisk side oprindeligt godkendt som en beskæftigelsesmæssig foranstaltning, der havde til formål at afhjælpe den massive arbejdsløshed blandt kvinder. Betingelserne for at yde tilskud indebar således blandt andet, at de

kvinder, der blev henvist til arbejde i husmoderafløsningen, havde haft en forudgående arbejdsløshedperiode på 100 dage (Fuglsang, 2000).

Af en betænkning fra husassistentkommissionen, som var blevet nedsat af Arbejds- og Socialministeriet i 1942, fremgik det, at husmoderafløserordningerne også burde have et socialt sigte. Selvom kommissionen mente, at det *ikke i almindelighed* var det offentlige pligt at sikre mindrebemidlede familier med hushjælp, kunne der i visse henseender – helt undtagelsesvist – være en social opgave at dække behovet med fremmed hjælp, fx som følge af moderens sygdom, graviditet eller efter fødsel (Petersen, 2008). Ifølge kommissionen skulle ordningen således primært være en midlertidig aflastning til mindrebemidlede børnefamilier, men kommissionen pegede også perifært på *svagelige gamle*, der med nogen hjælp ville kunne klare sig under selvstændige forhold (Petersen, 2008).

I takt med samfundsudviklingen i løbet af 1940'erne ændrede forholdene på arbejdsmarkedet sig fra en stor arbejdsløshed blandt kvinder til en generel mangel på kvindelig arbejdskraft. Behovet for husmoderafløsningen var dog fortsat tiltrængt. I tråd med kommissionens betænkning, påpegede det i 1946 nedsatte udvalg om husmoderafløsningen således, at ordningen skulle gøres mere permanent og indpasses som et led i den sociale forsyning (Petersen, 2008). Udvalget mente, at hjælpen skulle være åben for alle hjem, uanset økonomiske forhold (universel personkreds), dog således at mindrebemidlede havde fortrinsret i de situationer, hvor der ikke var tilstrækkelig kapacitet (mangel på husmoderafløser). Mens ordningen skulle ydes gratis til mindrebemidlede, skulle bedre stillede opkræves en vis mindre betaling, afpasset pågældende økonomiske forhold. Denne differentiering var en arv fra tankegangen om hjælp til selvhjælp, og samtidig skulle betalingen fungere som en kontrolforanstaltning og sikre, at ordningen ikke ville blive for populær og modvirke, at hjælpens varighed ikke blev længere end højst nødvendigt (Petersen, 2008).

Ifølge udvalgets betænkning pegede de dels på, at det var vanskeligt at skaffe sig huslig hjælp, når husmoderen var syg eller af andre årsager ikke var i stand til at udfylde sin rolle i hjemmet. I forbindelse med kvindernes øgede indtog på arbejdsmarkedet var det svært at fremskaffe hjælp gennem familie, naboer og venner. Under Folketingets behandling af loven, blev husmoderafløsningen på den ene side legitimeret med udgangspunkt i familien og hjemmet. Der blev fremført en række argumenter om, at det offentlige måtte gribe ind, når hjemmets fundament vaklede og truedes af opløsning, fordi husmoderen ikke kunne udfylde sin rolle. Med andre ord syntes der at være en voksende forståelse af at opretholde familiers hidtidige livsførelse og undgå menneskelig nedtur, hvorfor det blev betragtet som et offentligt ansvar at fastholde familien som samfundets grundpille og hjælpe dem, hvis behovet måtte opstå (Fuglsang, 2000; Petersen, 2008). På den anden side blev argumenter for loven fremført med udgangspunkt i en samfundsmæssig diskurs. Med afsæt i



udvalgets betænkninger ville loven også have et forebyggende sigte ved at gøre mere indgribende og dyrere hjælpeformer overflødige (som fx anbringelse af børn uden for hjemmet og hospitalsindlæggelser). Fra en samfundsøkonomisk betragtning ville husmoderafløsningen således være en langt billigere ordning end at skulle afholde betydelige udgifter til ophold på hospitaler, børnehjem mv. (Fuglsang, 2000).

Ordnningen var i udgangspunktet for alle med behov, men i et cirkulære til loven blev det understreget, at det først og fremmest var hjem med børn, som hjælpen var rettet mod. Dog kunne hjælpen også ydes til hjem uden børn, hvis den, som stod for de daglige gøremål, var syg, og øvrige familiemedlemmer, enten fordi de var gamle og svage eller ikke kunne forsømme deres arbejde, og dermed ikke selv var i stand til at passe og pleje den syge og varetage det huslige arbejde (Petersen, 2008). Der var dog ingen eksplicit fremhævnning af ældre i loven, og i behandlingen af lovforslaget var der heller ikke mange diskussioner og drøftelser omkring de ældre at spore. Det skal (formentlig) ses i lyset af datidens opfattelse af ældre og alderdom. Alderdommen blev generelt betragtet som forfald, hvorfor de ældre var dem, der modtog aldersrente og opholdt sig på alderdomshjem. Derimod havde hjemmeboende ældre endnu ikke i særlig udpræget grad været genstand for tilsvarende politisk og samfundsmæssig bevågenhed (Petersen, 2008).

Loven om husmoderafløsning fulgte i det store og hele udvalgets betænkning. I lovens § 1 fremgik det, at husmoderafløsningen var en frivillighedsordning, som kommunerne var berettiget til at yde til private hjem. På trods af, at man fra udvalgets side havde sympati med en obligatorisk ordning, eftersom erfaringer med frivillige kommunale foranstaltninger ikke var de bedste, valgte man alligevel at gøre ordningen frivillig, fordi man frygtede personalemangel (Petersen, 2008). Det blev i loven understreget, at ordningen kunne ydes midlertidigt, når derved læge eller jordemoderrekvisition kunne dokumenteres at have behov herfor som følge af sygdom og rekonvalescens, herunder indtil 14 dage efter normal fødsel. Tildelingskriteriet blev med andre ord objektiviseret i form af et sundhedsfagligt skøn, hvilket blandt andet skulle reducere risikoen for misbrug. Der blev samtidig stillet krav om et 3 måneders godkendt kursus på de eksisterende husholdningsskoler. Betingelsen for optag var, at kvinden var fyldt 25 år, og havde mindst 5 års praktisk erfaring (Fuglsang, 2000). De, der allerede var i beskæftigelse som husmoderafløser, kunne fortsætte uændret. Ved revisionen af loven i 1952 (Lov nr. 234 1952) bortfaldt bestemmelsen om uddannelseskrav. Det blev i stedet kommunerne selv, der måtte afgøre, hvad de ville forlange i uddannelsesmæssig sammenhæng (og de eksisterende kursus blev afkortet til 2 måneders varighed). Årsagen var et pres fra kommunernes side om selv at afgøre, om og i hvilket omfang de ville forlange, at husmoderafløserne skulle være uddannede. Kommunerne begrundede behovet for selvbestemmelse med det store, men stærkt svingende efterspørgsel efter ordningen, samtidig med at man i de fleste situationer, kunne finde en

*"egnet kvinde"* (Fuglsang, 2000; Petersen, 2008). I de politiske drøftelser af både 1949-lovforslaget og lovrevisionen fremgik det også af en del, at det ikke var nødvendigt med uddannede husmoderafløsere. Kvalifikationer til erhvervet blev af mange opfattet som en kønsafhængig kompetence, der baserede sig på kvindens erfaring som husmoder. Et mandligt folketingsmedlem pegede på, at der bare var brug for en *"flink kvinde, som kan klare den almindelige husførelse, og som har et hjælpsomt og omgængeligt sindelag"* (Petersen, 2008, s. 58), mens et kvindeligt langstingsmedlem gav udtryk for, at en særlig uddannelse var unødvendig, idet opgaven med at varetage hjemmets daglige behov var en *"hverdagsting som de fleste af os [kvinder] er født til at kunne bestride"*, hvorfor det blot krævede, at man til dem, der havde behov for en husmoderafløser, fandt *"en redelig, hjælpsom, og praktisk arbejdende kvinde"* (Petersen, 2008, s. 59; s. 65).

### **1956: Aldersrenten bliver til den universelle folkepension – Loven om folkeforsikring**

I 1956 blev aldersrenten erstattet af folkepensionen (og Danmark fik sin første universelle velfærdsydelse (Hansen & Vedung, 2005). Med Lov om ændring i lov om folkeforsikring – eller folkepensionen, som den efterfølgende er blevet kaldt – som trådte i kraft den 1. april 1957, gav enlige kvinder over 62 år samt alle øvrige borgere over 67 år ret til folkepension. I modsætning til den hidtidige aldersrente var berettigelsen til folkepension bestemt af alder og ikke af behov. Dermed fik Danmark sin første universelle velfærdsydelse. Dog var det kun folkepensionens mindstebeløb (som udgjorde en ¼ af den fulde folkepension), som alle med dansk statsborgerskab og bopæl i Danmark var berettiget til, uden hensynstagen til modtagernes økonomiske forhold (formue, tidligere erhvervsaktivitet og indkomst). Ud over mindstebeløbet hvilede ordningen i øvrigt på en aftrapning med stigende indkomst (Hansen & Vedung, 2005). I perioden fra 1964 og frem til 1970 gennemgik ordningen en omlægning mod såkaldt fuld folkepension til alle. I 1970 var folkepensionsbeløbet således ens for alle, samtidig med at der blev bygget et indkomstafhængigt pensionstillæg oven på folkepensionens universelle grundbeløb.

### **1958: Indførelsen af varig hjemmehjælp**

Mens hverken husmoderafløsningen, der blev indført i 1949, eller de politiske drøftelser op til lovens vedtagelse eksplicit fokuserede på hjemmeboende ældre, kom denne befolkningsgruppe for alvor på den politiske dagsorden i løbet af 1950'erne, og i 1958 blev hjemmehjælp som velfærdsydelse vedtaget. En tilføjelse til folkeforsikringsloven (lov om ændring i lov om folkeforsikring af 18. april 1958) gav kommunerne faste økonomiske rammer for at organisere varig hjemmehjælp til ældre. Med bestemmelsen blev kommunerne berettiget til at etablere og tilbyde hjemmehjælp, men det var frivilligt for dem, hvorvidt de

ville det eller ej. Først i 1964, blev alle kommuner pålagt at etablere hjemmehjælp inden 1. april 1968 (Fuglsang, 2000). Mantraet om "længst muligt i eget hjem" stammer fra 1958-loven, hvor hjemmeboende ældre netop for første gang bliver defineret som selvstændig gruppe (Petersen, 2008).

I perioden fra 1952 og frem til hjemmehjælpsordningens vedtagelse, havde en række frivillige organisationer, blandt andet De sammenvirkende danske Menighedsplejer og Frelsens Hær, etableret yderligere hjælpeordninger, der sigtede mod at yde varig hjemmehjælp til ældre. Derudover brugte en række større kommuner folkeforsikringslovens bestemmelser om personligt tillæg for kontant støtte til betaling af hushjælp til vanskeligt stillede invalide- og folkepensionister til at oprette en række forsøgsordninger med (organiseret) varig hjemmehjælp. Ydelserne spændte fra rengøring, vask, madlavning og tøjreparation til personlig pleje samt af- og påklædning og blev ydet med op til 6 timer om ugen fordelt over flere dage (Fuglsang, 2000; Petersen, 2008).

2 år forud for lovens tilblivelse, havde socialministeren bedt Det socialpolitiske Udvalg om at undersøge alderens indflydelse på den enkeltes stilling i samfundet. Årsagen hertil var en kraftigt stigende restlevetid for 65-årige og dermed en voksende andel af ældre i befolkningen. (Dette var også grunden til, at man vedtog at hæve tilgangsalderen til den nye folkepension til 67 (mod 65 år i aldersrenten). Udvalget skelede til de organiserede hjemmehjælpsordninger, der spirede i landets kommuner og fremlagde, at hjemmehjælp dels ville imødekomme et menneskeligt hensyn og dels et økonomisk hensyn. Indførelsen af varig hjemmehjælp ville bidrage til at tilgodese et udbredt ønske blandt de ældre om at forblive i deres eget hjem og fortsætte deres hidtidige livsførelse uden fattigvæsenets ydmygende virkninger (ved at komme på alderdomshjem). Det ville samtidig begrænse tilgangen til alderdomshjemmene ligesom hospitalsindlæggelser kunne forkortes eller helt undgås og derigennem spare det offentlige for betydelige udgifter til disse dyre institutioner (Fuglsang, 2000). Dertil kom, at ordningen ville skabe beskæftigelsesmuligheder for et betydeligt antal kvinder (primært enker og enlige mødre i 40-60-årsalderen) og dermed løfte dem ud af offentlig forsørgelse, hvilket ligeledes ville føre offentlige besparelser med sig. Mens uddannelsesspørgsmålet havde fyldt meget i den politiske debat omkring tilblivelsen af husmoderafløsningsordningen, var det mindre fremtrædende i forbindelse med diskussionerne om hjemmehjælpsordningen. Der blev ikke stillet krav til uddannelse. Kvalifikationerne måtte dække over huslig dygtighed, god hukommelse, elskværdighed og medmenneskelig forståelse (Petersen, 2008, s. 80). I udvalgets betænkning, der danner grundlag for loven, blev det understreget, at "det er ofte ret enkle tjenesteydelser, som efterspørges, og som derfor kan præsteres af hjælperne uden særlig uddannelse" (Fuglsang, 2000, s. 7). Erfaringer fra eksisterende ordninger viste, at ældre, enlige (enker og fraskilte) kvinder, som levede i vanskelige kår, og evt. havde modtaget kommunehjælp, gjorde udmærket fyldest,

og dermed også ville kunne være egnede som hjemmehjælpere. Dermed ville disse kvinder også helt eller delvist kunne udgå af forsorgen.

Lovbestemmelsen blev enstemmigt vedtaget. Finansieringen af ordningen skulle ske ved, at der blev øremærket et ekstra rådighedsbeløb til disposition for kommunerne på 10 % af det eksisterende rådighedsbeløb til invalidepensionister og pensionister, som oppebar indtægtsbestemt folkepension. Det blev suppleret med et yderligere tillæg på 2 % af rådighedsbeløbet, som kunne anvendes til de personer, der alene modtog folkepensionens mindstebeløb (Petersen, 2008). Kommunerne skulle administrere de nævnte rådighedsbeløb således, at ydelse af personligt tillæg skulle være individuelt bestemt, således at hjælp til betaling af hushjælp gik forud for generelle udlodninger af rådighedsbeløbet. Som med husmoderafløsningen byggede hjemmehjælpsordningen på en universalismediskurs med elementer af en fordelingsmæssig præmis. Selvom loven understregede, at midlerne primært skulle komme de vanskeligst stillede ældre til gode, var der samtidig intet til hinder for, at kommunerne ligeledes ydede hjemmehjælp til andre end dem, der var omfattet af lovbestemmelsen, forudsat at disse fuldt ud selv afholdt udgifter (Petersen, 2008). Udvalget havde anbefalet en særlig lov om hjemmehjælp som supplement til husmoderafløsningen. Varig hjemmehjælp blev som tidligere nævnt tilføjet i folkeforsikringsloven og først vedtaget som selvstændig lov i 1968 (Lov om husmoderafløsning og hjemmehjælp) (Fuglsang, 2000).

#### **1964: Lov om omsorg for invalidepensionister og folkepensionister samt uddannelsesspørgsmålet**

I 1964 vedtog Folketinget lov om omsorg for invalidepensionister og folkepensionister, hvori bestemmelserne om hjemmehjælp blev optaget, og kommunerne blev pålagt at iværksætte en hjemmehjælp inden 1. april 1968 (Fuglsang, 2000). Loven var oprindeligt blevet fremsat som Lov om social *forsorg* for invalide- og folkepensionister, men blev under behandlingen ændret til Lov om *omsorg* for invalide- og folkepensionister for at signalere den stigende vægtlægning på omsorg. Ændringen skulle signalere, at de sociale myndigheders forpligtelser over for de ældre skulle betragtes som mere omfattende end hidtil og bero på en undersøgelse af den enkeltes behov og et forsøg på at imødekomme dette (Fuglsang, 2000; Petersen, 2008).

Baggrunden for loven var de senere års udvikling, der havde medført, at forsorgen for ældre havde ændret karakter. I takt med at tankegangen om "længst muligt i eget hjem" havde manifesteret sig, og flere ældre dermed havde fået muligheden for at blive længere i egne hjem kombineret med den længere levetid, indebar også, at de ældre havde et større behov for pleje, når de blev optaget på hjemmene, hvorved kravene til både personalet og hjem-

menes indretning også blev større (Fuglsang, 2000). Derfor havde socialministeren i juli 1961 nedsat et udvalg, der havde til formål at undersøge en række spørgsmål i forbindelse med alderdomshjem og plejehjem, herunder omfanget af behovet for disse hjem, indretningen heraf, uddannelse af personale og finansiering af hjemmenes drift (Petersen, 2008). I udvalgets betænkning blev det understreget, at et hensigtsmæssigt tilrettelagt plejehjemssystem (hjemmenes indretning og personalets uddannelse), ville gøre hjemmene i stand til at modtage ældre med store plejebenhov og dermed aflaste landets sygehuse, der i stedet kunne koncentrere kræfterne om behandling af akutte sygdomstilfælde.

Under behandlingen i Folketinget, blev det fra alle sider fremhævet, at pleje og omsorg for de ældre måtte tillægges stor betydning. Det skal ses i lyset af, at forsorgen for invalidepensionister og folkepensionister gennem de senere år havde fået stor betydning, fordi man i stigende grad søgte at imødekomme *den enkeltes behov* gennem hjemmehjælp, hjemmesygepleje, husmoderafløsningen og i nogen grad gennem det omsorgsarbejde, som private eller kommunale myndigheder stod for (Petersen, 2008). I den forbindelse blev det understreget, at institutionsforsorgen kom i anden række, og at hjemmehjælpsordningen måtte anses for at være den mest betydningsfulde ordning, idet den tog sigte på i videst muligt omfang at gøre de ældre i stand til at klare sig i egne hjem længst muligt. Dog blev det stigende behov for velindrettede plejehjem for dem, der ikke kunne klare sig derhjemme, også påpeget, og der var enighed om, at der skulle gives mulighed for bygning af nye alderdomshjem og plejehjem. I loven blev det fastslået af det var kommunernes forpligtelse at råde over det fornødne antal pladser på alderdomshjem og plejehjem for folkepensionister og invalidepensionister. I forhold til byggeri af nye hjem skulle planer herfor forelægges socialministeren til godkendelse. Årsagen var de betydelige udgifter, der var forbundet med etableringen af velindrettede hjem, ligesom at til kravene til indretningen hele tiden udviklede sig. Det blev derfor anset for ønskværdigt, at kommunerne i planlægningen af nybyggeri kunne drage fordel af nyeste erfaringer på området gennem de centrale myndigheder (Petersen, 2008).

Uddannelsesspørgsmålet blev også drøftet. Det blev understreget, at der blev stillet større krav til personalet, og at det påhvilede de kommunale myndigheder at ansætte kvalificeret personale til alderdomshjem og plejehjem. Derfor ville det være nødvendigt at udstikke regler for uddannelse og skabe uddannelsessteder. I loven blev det bestemt, at socialministeren skulle fastsætte vejledende regler om uddannelsen af personale, herunder hvor uddannelsen kunne foregå. Den grundlæggende uddannelse ville kunne foregå på hospitaler og plejehjem, mens videregående uddannelse ville kunne finde sted på medicinske og psykiatriske plejehjem og geriatriske centre i København og Aarhus (Petersen, 2008).

I det hele taget sås en spirende professionaliseringsdiskurs i 1960'erne og i Folketingets forhandlinger var der opstået en voksende opbakning til uddannelse af hjemmehjælpere. Da en ny lov om husmoderafløsning trådte i kraft i 1963, blev der skabt hjemmel for, at hjemmehjælpere kunne deltage i undervisningen på samme vilkår som husmoderafløsere (Fuglsang, 2000). I den tidligere lov fra 1952 blev uddannelse af husmoderafløsere ændret fra at være en pligt til et tilbud, og undervisningen blev afkortet fra 3 til 2 måneder.

Tilslutningen til de godkendte kurser for husmoderafløsere havde igennem årene været i tilbagegang og for at fremme tilgangen til uddannelsen blev den gjort gratis og yderligere afkortet. Samtidig var kravene til hjemmehjælperne blevet skærpet, i takt med at flere og flere ældre ønskede at blive længst muligt i eget hjem. Hertil kom, at flere kommuner valgte at bemande husmoderafløsningen og hjemmehjælpen med de samme kvinder for dels at sikre en højere grad af fleksibilitet i ordningerne, og dels at udjævne sæsonudsving i efterspørgslen. Derfor åbnede loven i 1963 op for undervisning af uddannelse til hjemmehjælpere (Petersen, 2008). Først med Lov om Social bistand i 1974 blev uddannelse af hjemmehjælpere gjort obligatorisk.

### **1968: Hjemmehjælp bliver en obligatorisk ordning**

I 1968 blev bestemmelserne om husmoderafløsning og hjemmehjælp samlet i ét lovkompleks. Ud over at loven stadfæstede den tidligere beslutning om at pålægge kommunerne at etablere hjemmehjælpsordninger, blev det for første gang beskrevet, hvordan sådanne ordninger skulle administreres (enten af det sociale udvalg, et særligt udvalg udpeget af kommunalbestyrelsen, eller en offentlig eller privat institution under kommunalbestyrelsens tilsyn (Fuglsang, 2000). Begrundelsen for samordningen i én lov var, at de to ordninger i mange kommuner var underlagt fælles administration, at de samme kvinder mange steder varetog begge erhverv, og at de kunne deltage i samme uddannelse (Petersen, 2008).

Der blev ikke indført principielle ændringer i forhold til de hidtil gældende regler for hjemmehjælp, dog blev det med loven understreget, at husmoderafløsning var en rent midlertidig hjælp til varetagelse af normale arbejdsopgaver i hjemmet, mens hjemmehjælp var en mere varig bistand til invalide- og folkepensionister, som navnlig ydes for at sikre, at de kan blive i deres egne hjem så længe som muligt frem for at blive optaget på alderdomshjem eller plejehjem. Hjemmehjælp skulle efter kommunalbestyrelsens skøn ydes til invalide- og folkepensionister med behov og var gratis for personer uden indtægt eller med små indtægter, mens socialministeren fastsatte vejledende satser for betaling for modtagelse af hjemmehjælp til øvrige personer (Petersen, 2008).

I Folketingets behandling af loven blev der ytret ønske om at gøre uddannelse obligatorisk for både husmoderafløsere og hjemmehjælpere for at løfte kvaliteten af ordningerne. Dog var et flertal betænkelige ved indførelsen af en obligatorisk uddannelse, idet flere kommuner fortsat havde problemer med rekrutteringen af hjemmehjælpere (Fuglsang, 2000). I et cirkulære tilknyttet loven understregede Socialministeriet dog, at:

*Kommunerne må påse, at de kvinder, der beskæftiges som husmoderafløsere og hjemmehjælpere, har forudsætninger for at påtage sig et sådant hverv og i praksis viser sig egnede til at udføre det. (...) Det er ønskeligt, at kommunerne knytter en fast kerne af uddannede husmoderafløsere og hjemmehjælpere til sig og i øvrigt tilrettelægger arbejdet således, at så mange som muligt kan få adgang til at deltage i en grunduddannelse og eventuelt supplerende kurser” (Cirkulære nr. 156, 1968; Fuglsang, 2000, s. 8).*

Parallelt med den nye lov om husmoderafløsning og hjemmehjælp blev omsorgsloven (lov om omsorg for invalidepensionister og folkepensionister) revideret, og omsorgsprofessionalismen begyndte for alvor at udfolde sig. Under behandlingen understregede socialministeren vigtigheden af en helhedsbedømmelse af den enkeltes situation, hvis man ønskede at give den ældre mulighed for at forblive i eget hjem. Med 1968-revisionen blev kommunerne pålagt en vejledningsforpligtelse, der netop udsprang af ønsket om at tage hensyn til den enkelte ældres situation og individuelle behov med henblik på at yde den nødvendige støtte til boligindretning, de nødvendige hjælpemidler samt hjemmehjælp i nødvendigt omfang (Petersen, 2008). Fra at hjemmehjælp i 1958 var blevet indført som simple tjenesteydelser som rengøring og indkøb, skiftede ordningen således fokus til at anlægge et mere holistisk blik på den ældres situation og individuelle velfærd (og inkludere personlig pleje) (Fuglsang, 2000; Rostgaard, 2012). Med hensynstagen til den individuelle behov og behandling blev skønsprincippet således genindført. I modsætning til tidligere tiders fattigvæsen, hvor skønnet var af mere retslig karakter og afgjorde, om den enkelte person skulle betragtes som værdigt eller uværdigt trængende, var formålet derimod i højere grad at skabe forudsætninger for en værdig alderdom ud fra den ældres egne behov og præmisser.

#### **1974: Lov om Social Bistand**

I 1964 nedsatte Folketinget en kommission, der havde til formål at forberede og afgive betænkning om en samlet reform af det danske tryghedssystem i forhold til såvel dets organisatoriske, administrative og finansielle struktur (Fuglsang, 2000). Tanken var, at der skulle etableres et enstrenget og samlet lovkompleks om social forsyning. Denne samling skulle afløse det eksisterende

system, der var baseret på Socialreformen fra 1933, men som op gennem tiden havde fået tilføjet en række knopskydninger og tilpasninger. Samtidig ønskede man fra politisk side at udnytte 1960'ernes højkonjunktur og stigende velstand til at konsolidere den danske velfærdsstat, herunder at udbygge det sociale sikkerhedsnet og sikre, at de enkelte ordningers indretning sigtede mod *forebyggelse, revalidering, tryghed* og *trivsel* (Petersen, 2008). Socialreformkommissionens betænkninger blev springbrættet for en omsiggribende social reformproces i 1970'erne, der, ud over vedtagelsen af Bistandsloven i 1974, også udmøntede sig i en sygesikringsreform (1971), en dagpengereform (1972), og en ny lov om en social ankestyrelse (1972). Bistandsloven (med ikrafttrædelse i 1976) samlede en række love om offentlig forsorg, børne- og ungdomsforsorg, mødrehjælp, revalidering, omsorg for invalide- og folkepensionister, samt husmoderafløsning og hjemmehjælp (Petersen, 2008).

Reglerne om hjemmehjælp blev præciseret i cirkulæret om den praktiske bistand i hjemmet. Kommunalbestyrelsens pligt til at sikre en ordning vedrørende praktisk bistand i hjemmet blev stadfæstet. Den hidtidige sondring mellem hjemmehjælp og husmoderafløsning blev ophævet, og fremadrettet skulle kun hjemmehjælp benyttes som betegnelse. Derudover fulgte en række nye regler. For det første blev der indført en skelnen mellem midlertidig og varig hjemmehjælp. Efter 3 uger med midlertidig hjemmehjælp skulle der foretages en vurdering af, om hjemmehjælp fortsat var påkrævet, herunder om der var behov for andre hjælpeforanstaltninger. For det andet blev varig hjemmehjælp gjort til en ordning for alle – og var dermed ikke længere kun begrænset til invalide- og folkepensionister – der som følge af en vedvarende lidelse eller svækkelse havde brug for praktisk bistand. For det tredje kunne hjemmehjælp nu ydes uden læge- eller jordemoderrekvisition, og vurderingen overlades i stedet til erfarne hjemmehjælpere, der er ansat som tilsynsførende. For det fjerde blev uddannelse af hjemmehjælpere gjort obligatorisk, om end de nærmere regler for uddannelsen først blev fastsat i 1980. Indtil 1980 blev det et krav, at hjemmehjælpere skulle have fulgt undervisningen på det godkendte grundkursus for at forsætte deres beskæftigelse eller have søgt om optagelse herpå inden 1. april 1977. Fra 1980 indebar uddannelsen et tilrettelagt forløb af introduktions-, grund- og supplerende kurser. Nyansatte hjemmehjælpere skulle deltage i et introduktionsprogram af 1 dags varighed og derefter modtage en praktisk indføring i arbejdet ved at følge en uddannet hjemmehjælper i nogle dage og mindst 1 dag. Inden for de første 3 måneders ansættelse skulle nyansatte ligeledes deltage i et introduktionskursus af 3 dages varighed, mens de senest efter 4 måneders ansættelse skulle tilmeldes et 5-ugers grundkursus og deltage i et sådant kursus inden for det første års ansættelse (kurset blev med virkning fra 1982 udvidet til 7 uger). Derefter *burde* hjemmehjælpere løbende deltage i suppleringskurser, hvis det ud fra en samlet vurdering var et behov for yderligere viden hos såvel den enkelte hjemmehjælper samt et behov i kommunen for hjemmehjælpere med særlig viden inden for det pågældende område (Fuglsang, 2000).



Cirkulæret indeholdt tre vejledninger for hhv. hjemmene, hjemmehjælperne, og de tilsynsførende. For hjemmehjælperne fremgik det, at:

*Hjemmehjælp er praktisk bistand i hjemmet, og da hjemmets behov for hjælp er afgørende for arbejdets omfang, skal hjemmehjælperen kunne løse mange forskellige opgaver. Det er derfor nødvendigt, at hjælperen har faglig viden og besidder en lang række menneskelige egenskaber. Gennem den professionelle kunnen kan en lang række praktiske opgaver løses med held, men arbejdet vil ofte stille meget store krav om modenhed og ansvarsbevidsthed. Det er vigtigt, at hjælperen er i stand til at vurdere det øjeblikkelige behov (og evt. i nærmere samarbejde med den tilsynsførende/hjemmehjælpslederen) at tilrettelægge arbejdet på længere sigt. Det er nødvendigt, at hjælperen er besiddelse af naturlig venlighed og et positivt livssyn. Gennem lysten til at hjælpe andre mennesker vil hjælperen kunne medvirke til aktivisering af patienten – hvor det er muligt – og til en bedring i almentilstanden i det hele taget. Hjælperen må i alle situationer gennem korrekt optræden og ved at udføre sit arbejde på bedst mulig måde prøve at skabe respekt om sig selv og sit arbejde, ligesom hjælperen altid må prøve at sætte sig ind i hjemmets/patientens vanskelige situation (Cirkulære nr. 208, 1975; Fuglsang, 2000, s. 11).*

Med andre ord understreges princippet om behovsvurdering igen, og hjemmehjælperen betragtes som den professionelle omsorgsudøver, der er i stand til at vurdere de ældres individuelle behov (evt. sammen med en tilsynsførende) og tilrettelægge hjælpen herefter. Samtidig fremgår det, at hjemmehjælperens professionelle rolle tager afsæt i en "hjælp til selvhjælps"-forståelse, idet hjælpen skal bygge på en "aktivisering" eller aktivering af den ældre.

Hjemmehjælp og husmoderafløsning var tidligere hovedsageligt blevet stillet til rådighed inden for normal arbejdstid (dagtimer) i hverdagene, mens behov for hjælp ikke blev tilgodeset i mange kommuner på andre tidspunkter af døgnet eller på søn- og helligdage. Dette begrænsede imidlertid mulighederne for at imødekomme den enkeltes behov for hjælp, hvorfor der også skulle være adgang til bistand uden for dagtimerne (Petersen, 2008). Bistandsloven blev i 1998 erstattet af Lov om Social Service.

### **FASE III: Ombygning og modernisering af ældreplejen (1980'erne – 2000'erne)**

Mens ældreplejen blev udbygget massivt i 1960'erne og 1970'erne, har perioden fra 1980'erne og frem været præget af en ombygning og modernisering af de eksisterende ordninger. I begyndelsen af 1980'erne var organiseringen og leveringen af hjemmehjælp kun i begrænset omfang reguleret af lovgivning,

hvorfor de enkelte kommuner og hjemmehjælpere således havde forholdsvist frie rammer, hvad angik, hvilke ydelser der blev leveret og hvordan (Bertelsen, 2016). Ældreplejen, blev blandt andet kritiseret for at være ineffektiv, dyr samt svær at styre og kontrollere, hvorfor ombygningen i høj grad var præget af en New Public Management-inspireret tankegang med fokus på kontraktstyring, standardisering og frit valg som nogle af de væsentligste styringsmekanismer/på effektivisering af arbejdsgange, retfærdig og gennemsigtig tildeling af ydelser, dokumentation af hjælpen samt markedsføring (Bertelsen, 2016; Hansen & Vedung, 2005).

### **1987: Ældreboligloven og gruppestyret hjemmehjælp**

I løbet af 1980'erne er ombygningen af ældreplejen primært præget af ønsker om effektiviseringer og udgiftsbesparelser samtidig med hjælp til selv-hjælps-tankegangen samt idéen om borgerens aktive medvirken bliver mere og mere fremtrædende i måden, hvorpå pleje og hjælp til ældre skal leveres. Ombygningen tog i vid udstrækning afsæt i Ældrekommissionens (1980-1980) tre grundprincipper for god ældreomsorg: kontinuitet, selvbestemmelse og brug af egne ressourcer. Samtidig blev det en politisk prioritet at sikre, at de ældre kunne *længst muligt i eget hjem* frem for at komme på plejehjem. Dette skal blandt andet ses i lyset af, at væksten i antallet af plejehjemsbeboere, som for alvor tog fart i slutningen af 1960'erne, satte kommunernes økonomi under pres, ligesom plejehjem blev kritiseret for at passivisere, umyndiggøre og sygeliggøre ældre borgere (Vinge, Kramhøft & Bøgh, 2006).

Med ældreboligloven (Lov om boliger for ældre og personer med handicap 1987 og Lov om Social Bistand 1987) blev der sat en stopper for opførelsen af nye og omkostningstunge plejehjem og beskyttede boliger (Vinge, Kramhøft & Bøgh, 2006). Boliger til ældre kom i stedet ind under loven om almene boliger, og fremadrettet kunne kommunerne ved behov anlægge ældreboliger eller plejeboliger. Formålet med loven var at adskille plejen og boform ved at "afinstitutionalisere" ældreplejen og sikre, at plejekrævende ældre i højere grad kunne leve under former, der mindede om "eget hjem" (Stoltenberg, 2002). Den ældre skulle tilbydes flere valgmuligheder gennem en større fleksibilitet i boligudbuddet, når behovet for pleje opstod, og uniforme løsninger skulle erstattes af brugervalg med afsæt i den ældres individuelle ønsker og behov (Bertelsen, 2016; Ringsmose & Hansen, 2005).

I begyndelsen af 1980'erne blev hjemmehjælp gruppestyret, og organiseringen i selvstyrende grupper tog for alvor fart med ældreboligloven, som lagde op til, at hjemmehjælp skulle foregå i distrikter. Tidligere arbejdede hjemmehjælperne meget individuelt uden noget egentligt større kendskab til eller kontakt med kollegaer (Stoltenberg, 2002). Her var arbejdet blevet fordelt ved, at hjemmehjælperne fik udleveret en udeplan eller ved daglig telefonisk kontakt

med en administrativ medarbejder. Den gruppe styrede hjemmehjælp indebar, at hjemmehjælperne fik egne lokaler, hvor de på korte morgenmøder og ved frokostsamlinger fordelte arbejdet mellem sig. Ud over at organiseringen indebar, at hjemmehjælperne nu oplevede at have et "rigtigt" arbejde med kollegaer, lokaler osv., var tanken, at det både ville sikre en mere effektiv arbejdsdeling vedrørende logistik og transport og bedre organisering af arbejdet ved sygefravær (Fuglsang, 2000).

### **1991: Stigende professionalisering – Social- og sundhedsuddannelserne grundlægges**

I 1991 blev de første social- og sundhedsuddannelser grundlagt med uddannelsen til social- og sundhedshjælper og overbygningsuddannelsen til social- og sundhedsassistent samt et indgangsår (det senere grundforløb). Indgangsåret var rettet mod elever uden forudgående erfaring fra området og gav mulighed for adgang til uddannelserne direkte efter folkeskolen. Uddannelserne var selvstændige, men adgangen til overbygningen krævede en gennemført hjælperuddannelse. Varigheden af indgangsåret og hjælperuddannelsen var hver især 12 måneder, mens assistentuddannelsen var 18 måneder. Opbygningen af de to uddannelser var tilrettelagt som vekseluddannelser med en vekslen mellem praktik- og skoleforløb. Baggrunden for etableringen af social- og sundhedssektoren udsprang af en forventning om et stigende behov for brede og generelle kompetencer i social- og sundhedssektoren, som kunne anvendes fleksibelt i løsningen af grundlæggende bistands-, pleje- og omsorgsopgaver i hjemmeplejen, på plejehjem, på sygehuse og i psykiatrien (Vinge & Topholm, 2021). Formålet med etableringen af social- og sundhedsuddannelserne var at reducere antallet af uddannelser, og dermed også faggrupper, og således erstatte dem med få, men længere og bredere generalistuddannelser og kompetencer. Ved at erstatte de tidligere uddannelser, som var betydeligt kortere, fx hjemmehjælperuddannelsen, der bestod af et kursus på 4-7 uger, var formålet endvidere at sikre, at de nye uddannelser fremstod mere ligeværdige med beslægtede uddannelser (Vinge & Topholm, 2021). Sidenhen har uddannelserne gennemgået en række forandringer, der primært har haft til formål dels at sikre, at uddannelserne modsvarer kompetencekravene på arbejdsmarkedet, og dels at håndtere de vedvarende rekrutteringsudfordringer, som uddannelserne står overfor.

I løbet af 1990'erne blev ældreplejen italesat som en uigennemsigtig og ustyrlig sektor, hvor det både var vanskeligt for den politisk-administrative ledelse og borgerne at få indsigt i ressourceanvendelsen, hvilke ydelser der kunne forventes, og hvilke der blev leveret mv. Samtidig blev kvaliteten i ældreplejen (eller mangel på samme) udsat for hård kritik i medierne, hvor enkeltsager om svigt og vanrøgt af de ældre, såvel som aflysninger og udeblivelser i hjemme-

plejen var dominerende. Fra politisk side var der således et ønske om en højere grad af detailstyring af den kommunale ældrepleje. I første omgang blev ombygningen og moderniseringen således indskrevet i en kvalitetsdiskurs, der var præget af "planer og standarder", som havde til formål at styrke den enkeltes retsstilling, øge gennemsigtigheden og ensartetheden af ydelserne samt standardisere måderne at kontrollere, dokumentere og kommunikere plejebehov på (Rostgaard, 2012).

### **1995: Aftaleskemaer, forebyggende hjemmebesøg, ældreråd og klageråd**

Med Lov om aftaleskemaer i 1995 indførtes et krav om skriftlighed i visitationssituationen, hvilket indebærer, at tildelingen af hjemmehjælp fremadrettet skulle baseres på aftaleskemaer. Der havde mere eller mindre altid eksisteret formaliseret fastsættelse af behov og ydelser i hjemmeplejen, men med aftaleskemaerne blev der indført kontraktlignende aftaler mellem kommunen og den plejkrævende ældre. Med loven skulle visitatoren i fællesskab med den ældre vurdere behovet og forankre ydelsens omfang og karakter i en skriftlig aftale. Fra politisk side var der en opfattelse af, at en række klager på området skyldtes, at det ved tildelingen af hjælpen ikke var tydeligt for borgeren, hvad formålet med hjælpen var, hvilke opgaver der blev ydet hjælp til mv., hvilket aftaleskemaerne ville bidrage til at eksplicitere. Indførelsen af aftaleskemaerne var en af årsagerne til, at Kommunernes Landsforening introducerede Fælles Sprog i 1998 som et redskab til at standardisere kommunikationen af de ældres behov og udbuddet af ydelser på tværs af kommuner. Tanken var, at et fælles sprog bestående af en ekstremt detaljeret listebeskrivelse af ydelser både ville bidrage til en større sammenhæng mellem de ældres forventninger til hjælpen og den hjælp, de modtager, samt skabe en større ensartethed i visitationen kommunerne imellem (Fuglsang, 2000).

I 1995 blev forebyggende hjemmebesøg til alle ældre over 75 år også vedtaget ved lov. Ifølge loven forpligtede kommunerne sig på at gennemføre 2 årlige hjemmebesøg, der primært havde til formål at forebygge og modvirke fysiske funktionsevnetab samt vurdere den ældres samlede livssituation. Derudover blev der indført ældreråd og klageråd på hjemmehjælpsområdet. Disse råd ikke blev tillagt nogen egentlig kompetence til at iværksætte ældrepolitiske initiativer eller behandle konkrete sager om afgørelser om hjemmehjælp, men havde til hensigt at skærpe kommunernes lydhørhed over for kommunes ældre og sikre, at hjemmehjælp tilvejebringes efter kommunalbestyrelsens målsætninger (Fuglsang, 2000; Hansen & Vedung, 2005).

## **1999: Indførelsen af kvalitetsstandarder i ældreplejen**

Siden 1999 har alle kommuner været lovmæssigt forpligtede til minimum én gang årligt at udarbejde (eller revidere) kvalitetsstandarder for den kommunale ældrepleje, herunder beskrive, synliggøre og kommunikere kommunernes politisk vedtagne kvalitets- og serviceniveau for personlig pleje og praktisk hjælp. Formålet med indførelsen af kvalitetsstandarder var (og er) at skabe gennemsigtighed om sammenhængen mellem det fastsatte serviceniveau, de konkrete afgørelser og de ydelser, der leveres hos den enkelte modtager af personlig pleje og praktisk hjælp, og således medvirke til at sikre, at borgerne kender deres rettigheder, og dermed de krav, som borgerne retmæssigt kan stille til leverandøren (Bertelsen, 2016).

## **2000-2003: Lov om fleksibel hjemmehjælp og indførelsen af frit valg**

I begyndelsen af 2000'erne skete der et skred i definitionen og opfattelsen af kvalitet fra standardisering til individualisering og forbrugerisme og en række omsiggribende organisationsændringer blev vedtaget. Kvalitets- og effektivitetsforbedringerne skulle nu i højere grad sikres gennem en fleksibel og individualiseret ældrepleje, der var mere lydhør over for de ældre og deres individuelle ønsker og behov.

Det kom blandt andet til udtryk med vedtagelsen af lov om fleksibel hjemmehjælp i 2000. Formålet var at give den ældre større indflydelse på tilrettelæggelsen af ydelserne. Loven gav hjemmehjælpsmodtagerne mulighed for at bytte rundt på ydelser inden for den i visiteringen fastsatte tidsramme. Mens loven oprindeligt udelukkende gjaldt for den praktiske hjælp, blev det fra juli 2002 også muligt for de ældre at lade den personlige pleje indgå i den individuelle prioritering (Ringsmose & Hansen, 2005). I 2002 blev lov om frit valg af ældre- og plejebolig vedtaget, som gav den ældre, der er visiteret til en ældre- eller plejebolig, beskyttet bolig samt plejehjemsplads mulighed for at vælge mellem tilbud inden for og på tværs af kommunegrænserne. Med Lov om frit leverandørvalg i 2003 forpligtede kommunerne sig til at indgå aftaler med alle offentlige og private leverandører, der ønskede at levere personlig pleje og praktisk hjælp. Ud over, at prioriteringen på individuelle løsninger ydermere blev styrket ved at sikre den ældre retten til frit at vælge mellem et kommunalt eller privat tilbud blev den lovsikrede privatisering også set som et forsøg på yderligere at modernisere og effektivisere ældreplejen gennem introduktionen af markedsmekanismer (Ringsmose & Hansen, 2005).

I forbindelse med det frie leverandørvalg var det nødvendigt at adskille den myndighed, der træffer en afgørelse om tildeling af en given ydelse, og som dermed bestiller ydelsen, fra de leverandører, der udfører ydelserne hos borgerne – den såkaldte Bestiller-Udfører-Model (BUM). Med BUM-modellen

skulle vurderingen af borgernes behov og visitationen af ydelserne således ikke længere foretages af medarbejderne (og lederne) i de små selvstyrede teams, men af en visiteringsenhed bestående af færre og uafhængige personer, der i højere grad forventedes at kunne foretage mere objektive, neutrale og ensartede vurderinger, der skulle sikre, at ældre i den samme kommune og med samme behov blev tilbudt samme serviceniveau (Bertelsen, 2016).

#### **Fase IV: Opgaveglidning, rehabilitering og fremtidssikring (2000 og frem)**

I de seneste 2 årtier har ældreplejen i høj grad været præget af en stigende (ufinansieret) opgaveglidning fra sygehusene til det nære sundhedsvæsen i kommunerne og dermed ældreplejen. Udbygningen af det nære sundhedsvæsen tog for alvor fart med strukturreformen i 2007, der bød på markante ændringer i den organisatoriske struktur og opgavefordeling i den offentlige sektor. Finansieringen af sundhedsvæsenet (nu regionalt) blev ændret og indebærer en kommunal medfinansiering med henblik på at tilskynde kommunerne til et større fokus på borger- og patientrettet forebyggelse, genoptræning og rehabilitering og derigennem nedsætte behovet for sygehusindlæggelser og sikre hurtigere udskrivning efter indlæggelse. Med reformen fulgte også en stigende opgavetyngde, idet både hurtigere udskrivelser samt stigende ambulantly behandling indebar flere og mere komplekse pleje- og behandlingskrævende ældre i takt med opgaveglidningen og det stigende antal sundhedsfaglige opgaver, som ældreplejen skal løfte (Vinge & Topholm, 2021).

Betoningen af en markeds- og forbrugerorienteret tilgang til ældreplejen med adskillige New Public Management-inspirerede tiltag – først i form af standardiseringer og krav om gennemsigtighed, retssikkerhed og ensartethed og dernæst gennem individualisering og krav om individuelle og fleksible løsninger – har op igennem 2000'erne mødt massiv kritik. På trods af, at mange af disse ændringer har bidraget til både at sikre en større fleksibilitet i ydelserne og krav om gennemsigtighed samt borgernes retssikkerhed, er udviklingen i høj grad også blevet kritiseret for at skabe øget bureaukrati i form af stigende kontrol og dokumentationskrav og dermed reducere "de varme hænder" hos borgerne og samtidig fratage medarbejderne deres autonomi og faglighed i tilvejebringelsen af ydelserne til de ældre (Bertelsen, 2016; Dahl, 2013). Udviklingen i ældreplejens organisering gennem de seneste 10-15 år har i høj grad været drevet af denne kritik, hvilket blandt andet kommer til udtryk ved den politiske interesse i at finde alternative organisations- og styringsformer, der anerkender og udviser tillid til medarbejdernes faglighed og autonomi. Samtidig har dagsordenen om indretningen og organiseringen af nutidens såvel som fremtidens ældrepleje også været præget af udviklingen i de demografiske rammebetingelser – hvor "ældrebyrden" blev introduceret som et helt centralt

begreb. Med en voksende ældrebefolkning, både i absolutte og relative tal, er der gennem de senere år blevet flere pleje- og behandlingskrævende ældre med stigende udgifter til følge og færre i den erhvervsaktive alder til at finansiere (og levere) hjælpen – og denne udvikling forventes kun at blive mere udtalt i de kommende år.<sup>44</sup> Derfor har der også været – og er der fortsat – et stigende fokus på at håndtere denne udvikling ved at sikre en både billigere og bedre ældrepleje tilvejebragt gennem en mere effektiv ressourceudnyttelse og innovative løsninger gennem brug af velfærdsteknologiske løsninger og nye måder at tænke og organisere ældreplejen på (Bertelsen, 2016).

### **Fra serviceproduktion til samskabelse og rehabilitering**

Fra slutningen af 2000'erne er fokus på en effektiv ældrepleje ved hjælp af inddragelsen af private leverandører blevet suppleret med en dagsorden om *samskabelse*, gennem inddragelse og/eller involvering af de ældre selv, deres netværk og civilsamfund i øvrigt (pårørende og frivillige). Ud over at samskabelse – eller co-production eller co-creation – som organisationsopskrift (på ældreområdet) skal skabe gode og værdige ældreliv, er tanken også, at velfærd (og ældrepleje) ikke længere er services, der alene (skal eller kan) produceres af det offentlige (især kommunerne) til borgerne, men i stedet noget der skabes i samarbejde mellem en række forskellige aktører, og hvor alles ressourcer bringes i spil (løsning på udfordringer). Denne udvikling er samtidig udtryk for en ændret styringsopfattelse, hvor New Public Governance strategier supplerer, og på nogle områder erstatter New Public Management tilgangen ved at tilstræbe effektivisering gennem samskabelse og ressourcemobilisering frem for gennem øget produktivitet (Bertelsen et al., 2021).

Inden for denne dagsorden har hverdagsrehabilitering fået en helt central rolle og affødt et paradigmeskifte i måden at tænke og levere ældrepleje på og har dermed også dannet grundlag for ændringer i organiseringen af området (Kjellberg, Kjellberg & Ibsen, 2013). Ligesom det var tilfældet med etableringen af hjemmehjælpsordningen tilbage i 1958, blev hverdagsrehabilitering introduceret som et frivilligt og lokalt bottum-up initiativ i 2007 (Fredericia) og blev i 2015 – på baggrund af Hjemmehjælpskommissionens anbefalinger – en indsats, som alle kommuner lovmæssigt er forpligtet til at tilbyde (jf. Lov om Social service, § 83a). Som navnet antyder, går hverdagsrehabilitering ud på, at tilvejebringe en rehabiliterende indsats i hverdagen med afsæt i et hjælp-til-selv-hjælps-princip. Selvom hjælp-til-selv-hjælps-princippet ingenlunde er et

---

<sup>44</sup> Frem mod 2030 vil antallet af 80-årige eller der over stige med 138.900, fra 292.500 i 2022 til 431.400 og samtidig udgøre 7 % af den danske befolkning mod 5 % på nuværende tidspunkt (Danmarks Statistik, 2022). Ifølge Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning, vil udviklingen fortsætte over de næste 4 årtier og toppe i 2057, med 655.800 borgere på 80 år eller derover, og gruppen vil andelsmæssigt udgøre 10 % af befolkningen.<sup>44</sup> I takt med at behovet for pleje- og behandlingsydelser bliver mere og mere massivt, vil efterspørgslen efter social- og sundhedsmedarbejdere (assistenter, hjælpere (og sygeplejesker)) også stige. Dog er det vigtigt at pointere, at behovet for hjælp ikke nødvendigvis stiger parallelt med antallet af ældre, idet de kommende ældregenerationer bl.a. vil være bedre stillet økonomisk og helbredsmæssigt (Jensen & Rostgaard, 2015).

nyt fænomen – med derimod har været en bærende ideologi i ældreplejen siden 1980'erne – har det været baseret på motivation og tilskyndelse, og hjælpen har i praksis primært været af kompenserende (og passiverende) karakter (hvor hjemmehjælpen har taget over for den ældre og løst konkrete opgaver, som den ældre ikke selv var i stand til at kunne klare) (Hjemmehjælpskommissionen, 2013). Hverdagsrehabilitering adskiller sig væsentligt herfra ved at have til formål at fremme den ældres mulighed for at klare sig selv gennem en systematisk aktiverende og rehabiliterende indsats. Denne måde at tænke og anskue ældrepleje på skal ses i lyset af den overordnede internationale samfundstendens om *aktiv aldring*, herunder idealet om det gode ældreliv som defineret ved en høj grad af selvstændighed, selvhjulpethed og autonomi i eget liv. Rehabilitering samskabes ved, at borgeren selv, og eventuelle pårørende, har en aktiv del og ansvar for indsatsens tilvejebringelse. Samtidig udfordrer den aldrende befolkning bæredygtigheden af det nuværende serviceniveau inden for de eksisterende økonomiske rammer. Ved at udsætte de ældres behov for hjælp eller gøre dem mere uafhængige af hjælp bliver rehabiliterings-tilgangen (moralisk) legitimeret som en innovativ strategi til ressourcebesparelser og effektivisering gennem dens samtidige fokus på de ældre og deres livskvalitet (Bertelsen, 2016).

### **Selvstyrende teams og tillid til medarbejdernes faglighed**

Ud over de ændringer, der knytter sig til måden at betragte de ældre og ældreplejen på, har der gennem denne periode også været et stort fokus på, hvordan ældreplejen skal styres og organiseres. Den øgede standardisering, dokumentation, bureaukrati og kontrol, som ældreplejen i vid udstrækning var kendetegnet ved, og til dels fortsat er, har ført til en detaljeret styring af både ydelser og tid og affødt en detaljestyret og ufleksibel tilrettelæggelse af hjælpen uden ansvar og tillid til medarbejderne og deres faglighed (Hjemmehjælpskommissionen, 2013).

Med rehabilitering som det dominerende fokus i perioden fra 2008 og frem til 2017, har der i forlængelse heraf i de seneste 5 år været en stigende interesse for at supplere denne tilgang med en organisering af hjemmeplejen i mindre selvstyrende teams. Med en eksplicit inspiration i den hollandske Buurtzorg model, som har formålet at kombinere høj borger- og medarbejdertilfredshed, god økonomi og en pleje og omsorg af kvalitet (Kjellberg, 2021), er mange kommuner i dag i gang med at implementere lignende modeller i forsøget på at bane vejen for en mere bæredygtig hjemmepleje med balance mellem ressource-mæssige og faglige hensyn såvel som trivsel blandt både medarbejdere og de ældre. De mindre selvstyrende og tværfagligt sammensatte teams har udstrakt ansvar for (selv)ledelse og organisering internt, der sikrer en høj grad af faglig autonomi og selvbestemmelse i arbejdstilrettelæggelsen, der blandt andet har til formål at sikre høj kvalitet i plejen og omsorgen og skabe bedre vilkår for en



gennemgående personkontinuitet blandt de medarbejdere, borgerne møder. Ud fra et overordnet motto om "kaffe først, så pleje og omsorg" er grundtanken, at medarbejderen får tid til relationsarbejdet og til at lytte til de ældre og lave en daglig faglig vurdering med afsæt i de behov og ønsker, den ældre har den pågældende dag. Medarbejdernes faglighed får i højere grad plads (på bekostning af en stram tidsstyring – til glæde for både medarbejderne og borgerne – og som følge af det vidtstrakte ansvar, der ligger i de selvstændige teams, skæres der samtidig i udgifterne til administration gennem færre ledelseslag og dokumentationskrav (der kan gå til ekstra tid i plejen).

## Opsummering

Historisk set har organiseringen og indretningen af ældreplejen ikke altid set ud, som den gør i dag. I dag er det en selvfølge, at pleje og omsorg tilvejebringes gratis af det offentlige, eller af private leverandører, til de borgere, der har behov for hjælp, men det har langt fra altid været tilfældet. Nutidens ældrepleje har dog i høj grad historiske rødder langt tilbage i tiden og er dybt indlejret i velfærdsstatens opståen og udvikling. Igennem tiden er der med andre ord blevet efterladt nogle aftryk og trådt nogle stier, der har været – og er – med til at definere rammerne for organiseringen af den ældrepleje, vi kender i dag. Lov om alderdomsunderstøttelse fra 1891 var skelsættende i forhold til den hidtidige måde at tænke og levere "socialpolitik" på, og selvom loven – sammen med blandt andet socialreformen i 1933 – primært var af økonomisk karakter, var den definerende for den fremtidige lovgivning på ældreområdet og måden, hvorpå den danske velfærdsstat har udviklet sig og adskiller sig fra andre landes organisering og indretning.

På trods af at alderdomshjem begynder at vokse frem i 1920'erne og 1930'erne, er pleje og omsorg hovedsageligt et familiært anliggende frem til 1950'erne. Med afsæt i husmoderafløsningens fremdrift blev hjemmehjælpsordningen indført ved lov i 1958. Ordningen var frivillig, og det var således op til den enkelte kommune at beslutte, hvorvidt de ville etablere og tilbyde hjemmehjælp. Inden da havde en række frivillige organisationer allerede etableret en række hjælpeordninger, der sigtede mod at yde varig hjælp til ældre. Hjemmehjælpen blev dels vedtaget for at imødekomme et menneskeligt hensyn ved at tilgodese et udbredt ønske blandt de ældre om at forblive i deres eget hjem og fortsætte deres hidtidige livsførelse frem for at skulle på alderdomshjem (og underlægges de dertilhørende ydmygende virkninger fra fattigvæsenet). Derudover ville ordningen tilgodese et økonomisk hensyn ved både at begrænse tilgangen til alderdomshjemmene, ligesom hospitalsindlæggelser kunne forkortes eller helt undgås og dermed spare det offentlige for betydelige udgifter. Sidst men ikke mindst var hjemmehjælpsordningen også at betragte som en beskæftigelsesmæssig foranstaltning, der havde til formål at

løfte et betydeligt antal kvinder (primært enker og enlige møde i 40-60-års alderen) ud af offentlig forsørgelse, hvilket ligeledes ville føre offentlige besparelser med sig. Der blev ikke stillet krav til uddannelse. Erfaringer fra husmoderafløsningen havde vist, at ældre, enlige kvinder, som levede under vanskelige kår, gjorde udmærket fyldst og dermed også ville være egnede som hjemmehjælpere. Kvalifikationer til erhvervet blev fra politisk side (blandt både mænd og kvinder) opfattet som en kønsafhængig kompetence, som de fleste kvinder var født til at bestride, og som således "kun" krævede, at man fandt en *redelig, hjælpsom og praktisk arbejdende kvinde*, med en *god hukommelse* og en *elskværdig og medmenneskelig forståelse*.

Op gennem 1960'erne og 1970'erne tog op- og udbygningen af ældreplejen for alvor fart. Omsorgsprofessionalismen begyndte at udfolde sig, samtidig med at de ældres individuelle behov og ønske om at forblive i eget hjem kom i fokus med henblik på at skabe gode forudsætninger for en værdig alderdom ud fra den ældres egne behov og præmisser. Samtidig blev hjemmehjælp i 1968 en obligatorisk ordning, der var målrettet invalide- og folkepensionister, og i 1974 blev reglerne for hjemmehjælp præciseret og gjort til en universel velfærdssydelse. Samtidig blev der indført obligatorisk uddannelse for hjemmehjælpere i form af et 5-ugers grundkursus med virkning fra 1980 (og som i 1982 blev udvidet til 7 uger).

Siden 1980'erne har ældreplejen været i konstant forandring med ombygninger og moderniseringer af den eksisterende organisering. Udviklingen har ingenlunde været lineær eller ensrettet, men i stedet været præget af forskellige diskurser og – til tider konkurrerende – logikker (Bertelsen, 2016).

Op gennem 1980'erne – og i særdeleshed 1990'erne – blev ældreplejen kritiseret for at være ineffektiv, uigennemsigtig og svær at styre. Samtidig blev ældreplejen i stigende grad skildret negativt i medierne, med historier om blandt andet pleje- og omsorgssvigt, hvilket tilsammen gav et politisk incitament til større kontrol, og i forlængelse heraf blev området underlagt et omfattende New Public Management-paradigme med markedsgørelse, dokumentationskrav mv. til følge. På den ene side ønskede man – på baggrund af et stigende antal ældre og dermed stigende udgifter til ældreplejen samt en hensynstagen til de ældres individuelle ønsker og behov – at afinstitutionalisere ældreplejen og sikre, at ældre kunne blive *længst muligt i eget hjem*. Dette kom blandt andet til udtryk med ældreboligloven i 1987 og stoppet for opførelsen af nye plejehjem og beskyttede boliger til fordel for ældre- og plejeboliger. På den anden side blev ombygningen i 1990'erne skrevet ind i en kvalitetsdiskurs, der var defineret af planer og standardiseringer med indførelse af aftaleskemaer, kvalitetsstandarder, klageråd, fælles sprog mv. Dette skulle bidrage til at styrke de ældres retsstilling, øge gennemsigtigheden og ensartetheden af ydelserne samt mulighederne for at dokumentere og kontrollere de ældres behov for hjælp. I starten af 2000'erne skiftede kvalitetsdiskursen til at fokusere på en stigende individualisering og

forbrugerisme, der i endnu højere grad skulle sikre, at effektive ydelser modsvarer de ældre og deres individuelle behov og ønsker. De ældre fik delvis indflydelse på, hvad hjælpen skal bestå af samt frie valg til selv at vælge, hvor de vil bo, og hvem der skal levere hjælpen. Denne udvikling indebar således også inddragelsen af andre "aktører", nemlig private for-profit leverandører, som samtidig blev betragtet som en måde at sikre en bedre og billigere ældrepleje. Med fritvalgsordningerne fulgte BUM-modellen og en aktivitetsbaseret styring af hjemmeplejen (pengene følger borgeren) og i kølvandet her på et stigende bureaukrati, dokumentation (minuttyrani), og en fratagelse af tilliden til medarbejdernes faglighed og kompetencer.

I gennem de seneste 15 år har ældreplejen atter undergået en række forandringer. Med strukturreformen sket en udbygning af det nære sundhedsvæsen, hvor opgaveglidning og -flytning fra sygehusene til kommunerne har medført, at flere opgaver, herunder sundhedslovsopgaver i dag foregår i kommunalt regi. I ældreplejen afspejler forskydningen af det samlede patientforløb sig blandt andet i en stigende opgavetyngde med flere og mere komplekse pleje- og behandlingsmæssige opgaver, der stiller større krav til medarbejdernes faglighed og samarbejde på tværs af faggrupper. I samme periode har arbejdsformen i ældreplejen ligeledes ændret sig væsentligt. Hvor den New Public Management inspirerede organisering op gennem 1990'erne og start af 2000'erne tog afsæt i en offentlig-privat diskussion om effektiv serviceproduktion gennem optimering af medarbejdernes arbejdsprocesser, herunder hvem der bedst (og billigst) kunne levere ældrepleje, har et paradigmeskifte fundet sted i gennem de seneste 15 år, der med afsæt i en new public governance-forståelse af effektivisering gennem samskabelse og ressourcemobilisering, hvor ældrepleje er noget, der udvikles og skabes i et fælleskab mellem forskellige aktører. Denne tilgang udspringer til dels af den demografiske udvikling og med udsigterne om en fortsat (hastigt voksende) aldrende befolkning gennem de næste årtier, hvilket kræver nye og innovative måder at tilrettelægge og organisere ældreplejen på. Med borgernes ønsker, ressourcer og behov i centrum har rehabiliteringstankegangen derfor i høj grad præget organiseringen af ældreplejen de seneste knap 2 årtier med fokus på aktivering frem for passivering, og bliver i disse år suppleret med selvstyrende teams, der i stor stil forsøger at gøre op med detailstyringen og kontrollen af ældreplejen ved at vise medarbejderne større tillid, give dem mere ansvar (tilbage) og skabe rum for faglighed.

## Litteraturliste til bilag 2

- Bertelsen, T.M. (2016). *Kommunale kvalitetsstandarder i ældreplejen: Fra politik til praksis*. Ph.d.-serien for Det Samfundsvidenskabelige Fakultet. Aalborg: Aalborg Universitet.
- Bertelsen, T.M., Hansen, M.B., Bliksvær, T., & Lunde, B.V. (2021). Fra effektiv serviceproduktion til samskabelse: udbredelsen af et nyt styringsparadigme i dansk ældrepleje. *Politica*, 53(3), 280-299.
- Cirkulære nr. 156 (1968). *Cirkulære om husmoderafløsning og hjemmehjælp*. Socialministeriet, 1. juli 1968.
- Cirkulære nr. 208 (1975). *Cirkulære om praktisk bistand i hjemmet efter bilstandsloven*. Socialministeriet, 29. september 1975.
- Dahl, H.M. (2013). Who Can Be Against Quality? A New Story about Home-Based Care: NPM and Governmentality. I: Ceci, C., Björnsdóttir & Purkis, M.E. (red.) *Perspectives on Care at Home for Older People*, pp. 145-163. New York: Routledge.
- Danmarks Statistik (2022). *Befolkningsfremskrivning*. <https://extranet.dst.dk/pyramide/pyramide.htm#!y=2041>
- Danmarkshistorien.dk (2018). *Kilde: Uddrag af 'Lov om offentlig Forsorg' vedrørende særhjælp, kommunehjælp og fattighjælp, 20. maj 1933*. <https://danmarkshistorien.dk/vis/materiale/uddrag-af-lov-om-offentlig-forsorg-vedroerende-saerhjaelp-kommunehjaelp-og-fattighjaelp-20-maj-1933/>
- Danmarkshistorien.dk (2021). *Lov om Alderdomsunderstøttelse, 9. april 1891*. <https://danmarkshistorien.dk/vis/materiale/lov-om-alderdomsunderstottelse-1891/>
- Fuglsang, L. (2000). *Menneskelige ressourcer i hjemmehjælpen: fra pelsjæger til social entreprenør. Case-rapport om hjemmehjælpen i Valby*. Roskilde: Roskilde Universitetscenter.
- Hansen, M.B. & Vedung, E. (2005). *Fælles sprog i ældreplejens organisering: Evaluering af et standardiseret kategorisystem*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Hjemmehjælpskommissionen (2013). *Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats*. København: Hjemmehjælpskommissionen.

- Hviid, M.N. (2017). *Social- og fattigforsorg i Danmark, 1500-1933*. <https://danmarkshistorien.dk/leksikon-og-kilder/vis/materiale/social-og-fattigforsorg-i-danmark-fra-1500-1933>
- Jensen, P.H. & Rostgaard, T. (2015). *Det aldrende samfund: Udfordringer og nye muligheder*. Frederiksberg: Frydenlund.
- Kjellberg, P.K. (2021). *Forsøg med Buurtzorg-modellen i Ikast-Brande Kommune: Midtvejsevaluering af forsøg med Lokalpleje i Bording-Engsvang*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Kjellberg, P.K., Kjellberg, J. & Ibsen, R. (2013). Længst Muligt i Eget Liv og hverdagsrehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune. *Gerontologi* 29(1), 4-7.
- Koefoed, N. (2016). *Fattighjælp og tab af rettigheder 1849-1933 – fra Grundlov til Socialreform*. <https://danmarkshistorien.dk/vis/materiale/fattighjaelp-og-tab-af-rettigheder-fra-grundlov-til-socialreform-1849-1933>
- Petersen, J.H. (2005). Aldersrentereformen af 1922. I: Petersen, J.H & Petersen, K. (red.) *13 reformer af den danske velfærdsstat*, pp. 61-80. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Petersen, J.H. (2008). *Hjemmehjælpens historie: Idéer, holdninger og handlinger*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Petersen, J.H. (2010). Debatten om alderdomsforsørgelse frem mod alderdomsforsørgelsesloven af 1891. Baggrund og indhold. I: Petersen, J.H., Petersen, K. & Christiansen, N.F. (red.) *Dansk Velfærdshistorie: Frem mod Socialhjælpsstaten. Bind I. Perioden 1536-1898*, pp. 311-398. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Ringsmose, J. & Hansen, M.B. (2005). *Fælles sprog og ældreplejens organisering i et historisk perspektiv*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Rostgaard, T. (2012). Quality reforms in Danish home care - balancing between standardisation and individualisation. *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 247-254.
- Rostgaard, T. & Fridberg, T. (1998). *Caring for the Children and Older People – A Comparison of European Policies and Practises*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Stoltenborg, H.O. (2002). *Hjemmehjælp i Danmark: En forskningsoversigt med fokus på lovgivning, omfang, organisering og kvalitet*. Aalborg: CCWS Working Paper no. 2002-29.

Vinge, S., Kramhøft, K., & Bøgh, A. (2006). *Hjemmesygeplejen i Danmark*. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.

Vinge, S. & Topholm, E.H.-E. (2021). *Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne: En analyse af udviklingen i uddannelserne, opgaverne og rammerne samt medarbejdernes perspektiv på området*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Yde, J.W. & Jensen, M.G.D. (2012). *Socialreformen af 1933*. <https://danmarks-historien.dk/vis/materiale/socialreformen-af-1933/>

**VIVE**