

Frit valg **– erfaringer med flere leverandører** **af personlig og praktisk hjælp**

af

Leena Eskelinen
Eigil Boll Hansen
Morten Frederiksen

AKF Forlaget
Oktober 2004

Forord

Tilrettelæggelse af hjemmehjælp har været under forandring i de danske kommuner i de seneste år. Indførelse af frit valg af leverandør 1. januar 2003 er kulminationen på en udvikling, som på den ene side består af øget standardisering af ydelser og på den anden side et ønske om større serviceorientering og brugerindflydelse.

Frit valg-ordningen sætter ikke alene brugerne i en ny situation (hvor de skal træffe et valg). Også medarbejdere og ledere i kommunerne er berørt af, at den nye organisering stiller anderledes krav til samarbejde og kommunikation og påvirker arbejdsdeling og kompetence mellem faggrupperne.

Denne undersøgelse sætter fokus på frit valg-ordningens måde at fungere på ud fra et organisatorisk, et økonomisk og et brugerperspektiv. Sigtet har været at pege på udfordringer og problemstillinger, som ordningen rummer, og at bidrage til en diskussion af, hvordan ordningen bedst indrettes i fremtiden.

Undersøgelsen bygger dels på oplysninger fra Socialministeriets fritvalgsdatabase, dels på konkrete erfaringer fra udvalgte kommuner gennem interview og dokumentationsmateriale. Derudover perspektiveres frit valg-ordningen i forhold til erfaringer fra andre lande, herunder plejeforsikringen i Tyskland og udviklingen i andre nordiske lande. Undersøgelsen er gennemført i foråret 2004, hvor frit valg af leverandør havde fungeret i praksis i omkring et år i de fleste danske kommuner.

Vi siger tak til repræsentanter for kommuner og private leverandører samt modtagere af hjemmehjælp i Allerød, Struer, Svinninge og Tjele Kommuner, der har medvirket i undersøgelsen ved interview.

Undersøgelsen er gennemført af docent Eigil Boll Hansen, seniorforsker Leena Eskelinen og stud.scient.soc. Morten Frederiksen, AKF.

Undersøgelsen er finansieret af Det Kommunale Momsfond og AKF.

Oktober 2004

Eigil Boll Hansen

Indhold

1 Konklusioner og sammenfatning	7
1.1 Konklusioner	7
1.2 Sammenfatning	9
2 Formål, analytiske perspektiver og metode	14
2.1 Analytiske perspektiver	15
2.2 Metode	18
3 Frit valg af leverandør i Danmark	20
3.1 Regler i frit valg-ordningen	23
4 Udbredelse af frit valg i Danmark	27
4.1 Antal leverandører og priskrav	28
4.2 Kommunekaraktetika og frit valg	31
4.3 Opsamling	36
5 Implementering af frit valg i udvalgte kommuner	38
5.1 De fire kommuner i hovedtræk og data fra kommunerne	38
5.2 Kvalitetsstandarder og leverandørkrav	41
5.3 Organisatoriske perspektiver	46
5.4 Brugernes valg af leverandør	61
5.5 Økonomiske konsekvenser	68
5.6 Opsamling	75

6 Plejeforsikring i Tyskland	78
6.1 Adgang til ydelser og behovsniveauer	79
6.2 Ydelser	80
6.3 Undersøgelser af plejeforsikringen	83
6.4 Opsamling	86
7 Diskussion af ordningens funktionsmåde og brugernes valg af leverandør	88
7.1 Ordningens funktionsmåde	91
7.2 Brugernes behov og ønsker	104
Referencer	111
English Summary	117
Noter	120

1 Konklusioner og sammenfatning

Denne rapport bidrager til indsigt i en række udfordringer og problemstillinger i forhold til, at ordningen med frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp kan fungere i forhold til målsætningerne om øget effektivitet i ældreplejen og en bedre imødekommelse af brugernes ønsker og behov. Ordningen trådte i kraft den 1. januar 2003, og grundlaget for fremstillingen i rapporten er primært erfaringer fra fire udvalgte kommuner, hvor der er gennemført interview af forskellige nøglepersoner og brugere. Der er desuden inddraget information fra fritvalgsdatabasen til at belyse udbredelsen af muligheden for at vælge privat leverandør. Endvidere redegøres for den tyske plejeforsikring, som var den første af sin art i Europa, og som er mere vidtgående end den danske, idet brugerne kan få udbetalt et kontantbeløb til at anskaffe sig den fornødne hjælp.

Danske kommuner kan vælge at indføre frit valg ved at godkende private (og offentlige) virksomheder som leverandører, eller gennem udbud at vælge leverandører til at udføre personlig og praktisk hjælp. Langt de fleste kommuner har valgt godkendelsesmodellen.

1.1 Konklusioner

I foråret 2004 havde omkring 70% af kommunerne godkendt private leverandører af praktisk hjælp, mens knap halvdelen af kommunerne havde godkendt private leverandører af personlig pleje. Det er imidlertid en større andel af befolkningen, der har mulighed for frit valg, idet der er et bestemt mønster i, hvilke kommuner der har godkendt private leverandører. Det er

først og fremmest de større og tættere befolkede kommuner i hovedstadsområdet og i det østlige Jylland. Små kommuner og mere tyndt befolkede kommuner har haft sværere ved at tiltrække private leverandører. Kundeunderlaget synes meget afgørende for, om private virksomheder byder sig til, hvorfor mønstret med kommuner, hvor der er frit valg, næppe vil ændre sig afgørende med tiden.

På baggrund af denne undersøgelse kan konkluderes følgende:

- I de kommuner, hvor der er valgmuligheder, er det gennemgående en beskedent andel af brugerne (ca. 10%), der har valgt en privat leverandør, og det er først og fremmest til praktisk hjælp. Kun sjældent vælges en privat leverandør til personlig pleje. Det betyder, at omfanget af de samlede ydelser målt i timer, der går til private leverandører, er meget beskedent.
- Brugernes valg af leverandør bygger snarere på et forhåndskendskab til en leverandør end på informationsmateriale om leverandørerne, som udleveres ved visitationen til hjælp. Forhåndskendskabet kan være baseret på egne erfaringer (fx med et hjemmeservicefirma) eller mund til mund-metoden.
- Som det var hensigten med frit valg af leverandør får principper om at levere god service en øget betydning, i hvert fald når det drejer sig om praktisk bistand. Private servicevirksomheder skal leve af at levere god service, hvilket vil sige at imødekomme brugernes ønsker og forventninger. De kommunale leverandører synes at sigte mod at styrke de samme principper for at konkurrere med de private om brugerne. Derimod kan principper om hjælp til selvhjælp og hjælp med et aktiverende sigte, som fremhæves i Den sociale Servicelov, komme til at spille en mindre rolle i hjælpens udførelse.
- Indførelse af en selvstændig bestillerenhed i den kommunale organisation er en forudsætning for frit valg-ordningen. Det betyder en ny arbejdsdeling og mere bureaukratisk samarbejde og kommunikation mellem dem, der visiterer til hjælp, og dem, der udfører hjælpen. Inddragelse af flere aktører komplicerer samarbejdet og kommunikationen, og der er en risiko for, at der opstår en kommunikationskløft mellem forskellige aktører.

- En af forudsætningerne for frit valg-ordningen er, at borgerne visiteres til standardiserede ydelser. Samtidig har borgerne et lovgivningsmæssigt krav på fleksibilitet. Denne modsætning er en betydelig udfordring for det udførende personale og systemet at få disse tilsyneladende modsatrettede principper til at fungere.
- Frit valg-ordningen kan have konsekvenser for medarbejdernes faglige udviklingsmuligheder. Social- og sundhedspersonalet bliver i højere grad udførere af opgaver, som andre har fastlagt, og i virksomheder kan det være vanskeligt at etablere et fagligt udviklende miljø.
- De økonomiske konsekvenser af frit valg-ordningen har i de fleste kommuner været beskedne, fordi kun et beskedent timetal er gået til udførelse af private leverandører. Administrative udgifter er kun øget beskedent, men ved introduktionen af flere leverandører mistes nogle stordriftsfordele. Det er på nuværende tidspunkt uvist om dette opvejes af større effektivitet i ydelserne, men de øgede omkostninger kan ses som en naturlig konsekvens af muligheden for frit valg. Der kan imidlertid ud fra en økonomisk betragtning være grund til at se på det øgede ressourceforbrug i aften- og nattetimerne som følge af flere leverandører.

I kapitel 7 er der en uddybende diskussion af konklusionerne.

1.2 Sammenfatning

Udbredelsen af det frie valg i kommunerne

Hvis man bor i en stor kommune i hovedstadsområdet, på det øvrige Sjælland, Fyn eller det østlige Jylland, er der oftere mulighed for at vælge en privat leverandør af *personlig pleje*, end hvis man bor i en tilsvarende kommune i det vestlige eller nordlige Jylland eller på Lolland-Falster. Derimod er muligheden for frit valg mindst, hvis man bor i en lille kommune på Sjælland uden for hovedstadsområdet, på Fyn eller i Sønderjylland. Både kommunestørrelse og geografisk beliggenhed spiller således en rolle. Det gælder også for *antallet* af leverandører af personlig pleje, hvor store kommuner i hovedstadsområdet og det østlige Jylland har lettest ved at tiltrække private leverandører.

Når det gælder frit valg af leverandør af *praktisk bistand*, så øges muligheden for at kunne vælge med befolkningstæthed og med kommune-størrelse, så borgere i de største og i de tættest befolkede kommuner oftere har mulighed for at vælge en privat leverandør. Ligesom ved personlig pleje har store kommuner i hovedstadsområdet og det østlige Jylland lettest ved at tiltrække private leverandører af praktisk bistand, idet antallet af private leverandører af praktisk bistand er størst i disse kommuner.

Der kunne ikke findes nogen sammenhæng mellem den pris, som leverandørerne har skullet levere til, og antallet af leverandører i en kommune.

Bestiller-udfører-organisation

De fire kommuner i undersøgelsen har, som forudsat i reglerne, opdelt hjemmeplejen i to adskilte enheder, en bestillerfunktion (visitation) og en udførerfunktion (den kommunale leverandør). Den kommunale hjemmepleje er indtil videre ikke omfattet af kontrakt- og økonomistyring på samme måde som de private, men der forventes gennemført ændringer i den kommunale praksis i denne retning. Samtidig sigtes der mod forandringer i den daglige praksis, så fx justeringer i ydelserne udelukkende foretages af visitatorerne og ikke hjemmehjælperne selv. Visitation bygger i udgangspunktet på den kommunale tradition, da visitatorerne typisk er rekrutteret fra den kommunale hjemmepleje, men visitationen er ifølge kommunerne blevet mere ensartet og gennemsigtig gennem en central visitation.

Brugernes valg af leverandør

Ud over vurdering af hjælpebehov og tildeling af ydelser er det visitatorens opgave at informere borgerne om muligheden for at vælge leverandør. Hovedparten af borgerne er klar over, at de har mulighed for frit valg af hjemmehjælp – men de færreste har kendskab til alle mulige private leverandører. Det forudsætter en aktiv stillingtagen at vælge andre end kommunen, og det sker typisk, hvis brugeren af en eller anden grund kender et privat firma, eller at brugeren har været utilfreds med den kommunale hjælp. Mange borgere spørger enten visitatoren eller deres familie og omgangskreds til råds. Det er både visitatorenes og de private leverandørers opfattelse, at det overvejende er »de stærke ældre«, der vælger en privat leve-

randør. Det kan imidlertid ikke på denne baggrund konkluderes, at frit valg bidrager til en social ulighed i hjælpemulighederne, idet ældre med mange ressourcer måske under alle omstændigheder bedre kan skaffe sig den hjælp, de ønsker.

Brugernes valg af leverandør synes således typisk at være begrundet i et kendskab til firmaer eller ansatte, mens grundlaget kun i beskedent omfang har været det informationsmateriale, som visitatorerne udleverer til brugerne. De brugere, der er interviewet til denne undersøgelse, synes for det meste at være fuldt ud tilfredse med den leverandør, de har valgt – uanset om det er den kommunale eller en privat. Ingen af de interviewede har oplevet særlige problemer eller utryghed ved at skulle vælge mellem leverandører og næsten alle – især de der har fravalgt den kommunale leverandør ved en revisitation til fordel for en privat – synes at have været fuldt ud i stand til at træffe beslutningen, om hvilken leverandør de ønskede.

Kvalitetskontrol

Indførelse af frit valg har sat behovet for kvalitetskontrol højere på dagsordenen i kommunerne. Konkret foregår kvalitetskontrollen mest systematisk i forbindelse med revisitation, som foretages minimum en gang om året og i øvrigt efter behov. Visitor spørger her brugerne om deres vurdering af de modtagne ydelser. I dagligdagen er samarbejdsbogen hos den enkelte bruger og brugerne selv de væsentligste informationskilder med hensyn til opfølgning af hjælpens kvalitet – og i forhold de private leverandører også faktureringen. Kun en af kommunerne har hidtil gennemført tilsynsbesøg på stikprøvebasis. Brugerundersøgelser er planlagt men ikke gennemført. Generelt har kommunerne mere styr og kontrol over de private leverandører end den kommunale hjemmeplejes personale.

Samarbejde og kommunikation

Samarbejde og kommunikation mellem kommuner og leverandører finder sted på ledelsesplan gennem informationsmøder, som kommunen arrangerer. Tilbagemeldinger i forhold til enkelte brugere sker typisk i forbindelse med revisitation og gennem henvendelser fra leverandørerne. De fleste kommuner lægger vægt på, at leverandørerne reagerer, hvis de observerer ændringer i borgernes tilstand. Private leverandørers brug af eksperter fra

kommunerne har hidtil været minimal, og kommunerne har bekymringer for, om de private leverandører, der ikke kender det kommunale system, bruger eksperter i tilstrækkeligt omfang. Hjemmehjælpsopgavernes fordeling på flere leverandører begrænser muligheder for uformel kommunikation mellem forskellige faggrupper, som er en af styrkerne hos den kommunale leverandør.

Medarbejdernes kvalifikationer

Med frit valg-ordningen er der opstået flere enheder, som bl.a. på grund af størrelse og opgavetyper (primært praktisk bistand) ikke udgør egentlige faglige miljøer for medarbejderne på social- og sundhedsområdet. Den kommunale leverandør derimod repræsenterer en arbejdsplads, hvor forskellig ekspertise og personalets uddannelse er indbygget i organisationen.

Økonomiske konsekvenser

De økonomiske konsekvenser af frit valg-ordningen vurderes til at have været små, fordi kun et beskedent antal brugere har valgt en privat leverandør, og timeforbruget hertil er meget begrænset. Kommunerne har som hovedregel ikke haft øgede administrative udgifter af betydning. Det angives, at der er kommet mere fokus på økonomien i den kommunale hjemmepleje, men det kan ikke påvises, at der indtil nu har været øgede eller faldende udgifter.

Risikoen for øgede omkostninger knytter sig primært til et gennemgående krav om, at alle leverandører, der udfører personlig pleje, skal tilbyde ydelserne til sine brugere døgnet rundt. Det kan der være gode begrundelser for, men det vil føre til øgede omkostninger, at alle leverandører skal have et beredskab døgnet rundt, når én leverandør med en minimumsbemanding i de fleste tilfælde ville kunne varetage opgaverne.

Plejeforsikring i Tyskland

Den tyske plejeforsikring adskiller sig fra dansk hjemmepleje ved kun at omfatte personer med et relativt stort behov for personlig pleje og ved, at der kan udbetales en kontantydelse, som modtageren selv kan bruge til at skaffe sig den nødvendige pleje. Det viser sig, at flere vælger at få udbetalt kontantydelsen end at få en naturalydelse, der indebærer pleje fra en pleje-

enhed med uddannet personale. Der er indbygget en regelmæssig kontrol for at sikre, at behovene dækkes. Der synes imidlertid ikke at blive stillet krav om, at omsorgsgiveren har bestemte kvalifikationer, og parterne kan selv aftale aflønning og andre vilkår for plejerelationen.

De fleste plejeberettigede i en selvstændig bolig (ikke nødvendigvis deres egen) modtager hjælp fra familie og bekendte og klarer sig uden hjælp fra en plejeenhed med uddannede plejere. Kun en beskedent andel har udelukkende hjælp fra uddannede. Pleje udføres typisk af en ægtefælle eller af en datter, som i mange tilfælde oplever opgaven som en betydelig belastning.

Selv om plejeberettigede skal informeres om mulige leverandører i området, opleves en vis uigennemsigthed i forhold til mulige leverandører og udgiften til at få plejen udført. Valg mellem plejeenheder beror oftest på anbefalinger fra bekendte, fra familielægen og fra sygehus, på plejeenhedens beliggenhed samt på ydelses- og kvalitetskendetegn. Ligesom i Danmark synes forhåndsinformation at være mest afgørende for valget.

2 Formål, analytiske perspektiver og metode

Siden 1. januar 2003 har borgere, der visiteres til praktisk bistand, personlig pleje eller madservice, skullet have mulighed for at vælge mellem flere leverandører, hvilket i de fleste tilfælde vil sige en kommunal leverandør og en eller flere private leverandører. Nogle få kommuner har inden da haft ordninger, hvor leverancen af praktisk bistand og personlig pleje har været udliciteret til en eller flere private virksomheder, men for de fleste kommuner har det været nyt, at ydelserne nu skal kunne leveres af andre end den kommunale hjemmepleje. Det er således en udfordring at få ydelsen af bistand og pleje til borgerne til at fungere hensigtsmæssigt under de nye vilkår, og denne rapport skal ses som et bidrag til at opnå indsigt i relevante udfordringer og problemstillinger for at få en ordning med frit valg af leverandør til at fungere hensigtsmæssigt set fra såvel kommune, private leverandører som brugere.

Undersøgelsen har taget udgangspunkt i en række spørgsmål:

I hvilke kommuner har ordningen medført, at visiterede til hjælp kan vælge mellem flere leverandører?

Er der erfaringer fra udlandet, som kan bidrage med information om konsekvenserne af en frit valg-ordning?

Hvordan hænger hjælpen til borgerne sammen, og hvordan flyder den relevante information om borgernes behov og bevilgede hjælp mellem de rette personer, herunder mellem den kommunale myndighed (bestillerenheden) og leverandørerne?

Hvorfor vælger brugerne den leverandør, de gør, hvad er deres grundlag for at vælge, og hvordan er de tilfredse med deres valg?

Hvad er de økonomiske konsekvenser for samfundet af indførelse af frit valg af leverandør?

Denne rapport beskæftiger sig med praktisk bistand og personlig pleje. Erfaringsgrundlaget til rapporten vedrører en relativt begrænset tidsperiode (frem til foråret 2004), og som det viste sig overvejende erfaringer med brugernes valg af private leverandører til praktisk bistand.

De spørgsmål, der belyses, berører hovedsageligt fire perspektiver: et organisatorisk perspektiv, et økonomisk perspektiv, et brugerperspektiv og et politisk perspektiv. De uddybes i det følgende.

2.1 Analytiske perspektiver

Et organisatorisk perspektiv

Det må antages, at i og med der kommer flere (og nye) aktører på banen, og at nogle brugere kan have flere leverandører, så øges kravene til kommunikation og koordinering af indsatsen specielt i forhold til borgere, der har brug for personlig pleje i nogle tilfælde på alle tider af døgnet. Udfordringen er at få etableret et system, hvor den relevante information når frem til de relevante personer, så ydelserne kan gives i overensstemmelse med brugernes behov og det bevilgede.

Når der skal gives praktisk og personlig hjælp til svækkede ældre, vil der opstå uforudsete situationer, som med kort varsel forudsætter en øget indsats og en særlig faglig ekspertise. Det handler altså om, at der både er det fornødne mandskab og de fornødne kompetencer til at tage sig af akut opståede pleje- og behandlingsbehov. Der kan være små leverandører, som kan have vanskeligt ved at klare sådanne opgaver alene, og som derfor har brug for, at der på anden vis er adgang til den nødvendige ekspertise.

Der er brugere, som på grund af helbredsmæssige eller sociale problemer kræver en vis faglig ekspertise, eller som stiller særlige krav. Leverandører må ikke sortere dem, de vil levere til, men der kan være mekanismer, der gør, at »de besværlige« brugere lander hos den kommunale leveran-

dør. Borgere med stort plejebæhov (fx mennesker med alvorlige følger-virkninger af apopleksi eller en demenssygdom) kan også have vanskeligt ved at træffe et valg og vil måske derfor »vælge« den kommunale leverandør.

I det omfang, der slækkes på de uddannelsesmæssige krav, kan det meget vel tænkes, at introduktionen af private leverandører af praktisk og personlig hjælp kan udvide grundlaget for at rekruttere personale til ældreområdet. Endvidere kan nogle af de private leverandører have et bredere virkefelt end den kommunale hjemmepleje (serviceydelser til private og erhverv), hvilket kan gøre arbejdet interessant for en bredere kreds af arbejdstagere. Dette aspekt indgår i analyserne.

Økonomisk perspektiv

Forhåndsantagelsen var, at der næppe kan forventes en økonomisk gevinst for det offentlige på baggrund af ordningen, idet leverandører udbyder ydelser til en fælles fastsat pris. Der er således ingen priskonkurrence, og den fastsatte pris svarer til det hidtidige kommunale niveau. For at blive på markedet vil der imidlertid for de private leverandører være en tilskyndelse til at producere ydelserne i overensstemmelse med flest mulige brugeres ønsker. Leverandørerne vil også have en tilskyndelse til høj produktivitet, idet det vil øge virksomhedens overskud. Produktivitetsgevinsten vil imidlertid ikke tilfalde den offentlige sektor.

Der er mekanismer, der kan øge den samlede kommunale udgift til praktisk og personlig pleje. I den fastsatte pris, som den private leverandør får for at levere de forskellige ydelser, skal kommunen indregne kapitaludgifter og faste fællesomkostninger. Det vil sige, at den private leverandør får et bidrag til forrentning og afskrivning, mens det i hvert fald ikke på kort sigt kan tages for givet, at kommunen reducerer sine kapitalomkostninger og faste omkostninger proportionalt med den andel af opgaverne, der overføres til private leverandører. På samme vis kan man forestille sig, at kommunen ikke tilpasser sin personalekapacitet helt i overensstemmelse med de opgaver, der overgår til private leverandører, hvilket vil øge de samlede omkostninger.

Ingen leverandør kan afvise at være leverandør til nye brugere, men de får dog et vist kortere varsel til at tage nye brugere ind. Dermed må det

antages, at alle leverandører må operere med en vis reservekapacitet. Samlet set kan det betyde en øget reservekapacitet sammenlignet med en situation, hvor der kun er én leverandør.

Brugerperspektiv

Hvad er gevinsten for brugerne i et system, hvor alle leverandører skal leve op til de samme kvalitetsstandarder og kvalitetskrav og operere til samme pris? Ydelsernes art og omfang er fastlagt på forhånd, uanset hvem der skal levere ydelserne, så hvorfor skulle brugerne overhovedet vælge en anden leverandør end fx kommunen?

De forskellige leverandører kan imidlertid konkurrere på leveringen af ydelsen, når det fx gælder sikkerhed for levering af den aftalte ydelse, personkontinuitet og personalets kvalifikationer. Det er kvalitetsdimensioner, som vi fra flere undersøgelser ved, at modtagere af hjælp sætter pris på (se fx Edebalk m.fl., 1993 og Ældre Sagen, 2003). Nogle leverandører vil alene lade sig godkende til at levere praktisk hjælp i dagtimerne på hverdage. Sådanne leverandører vil have lettere ved at opfylde brugernes ønsker om at modtage hjælp fra den samme person fra gang til gang end leverandører, som også leverer i weekender, og hvor personalet derfor skal have kompenserende fridage på hverdage. Det kan altså give visse brugere et oplevet kvalitetsløft. Efter de gældende regler har private leverandører i modsætning til den kommunale leverandør mulighed for at tilbyde brugerne tilkøbsydelser. Brugere, som synes, at den bevilgede hjælp er for lidt, har altså mulighed for at købe ekstra hjælp (eventuelt med tilskud efter hjemmeservicelovgivningen) hos den private leverandør, der leverer den hjælp, der er bevilget af kommunen.

Den øgede konkurrence i frit valg-modellen kan altså tænkes at give brugerne et kvalitetsløft på en række dimensioner. Der vil dog givet opstå eksempler med firmaer, som vil være presset af den fastsatte pris og derfor vil have vanskeligt ved at leve op til kvalitetskravene. Hvis ordningen fungerer, må det imidlertid antages, at sådanne firmaer forsvinder ud af markedet. Denne dynamiske mekanisme har det på grund af ordningens korte levetid ikke været muligt at belyse i denne undersøgelse.

Et politisk perspektiv

Reglerne i lovningen er formuleret, så det er kommunalbestyrelsen, der fastlægger kvalitetsstandarder for praktisk bistand og personlig pleje og fastsætter pris- og kvalitetskrav i forhold til leverandører. Endvidere ligger visitation til ydelserne i den kommunale organisation. Det skulle sikre kommunalbestyrelsen kontrol over serviceniveau og ressourceforbrug. Det forudsætter imidlertid et informations- og kontrolsystem, som giver kommunalbestyrelsen mulighed for at overvåge de leverede ydelser og kvaliteten af ydelserne.

Brugere og leverandører kan have en parallel interesse i at presse ydelsesniveauet i vejret ved fx at påpege, at den tildelte hjælp i en række konkrete tilfælde er utilstrækkelig, og at kommunens serviceniveau derfor er uforsvarligt lavt. Det er et spørgsmål, i hvilken udstrækning sådanne mekanismer er i kraft, og hvordan kommunalbestyrelsen og administrationen håndterer dette. En sådan mekanisme kunne fx give sig udslag i forholdsvis mange revisitationer af brugere, som har valgt en privat leverandør.

2.2 Metode

De angivne spørgsmål og perspektiver er belyst gennem tre forskellige analyser: Et litteraturstudie af erfaringer fra den tyske »Pflegeversicherung«, en statistisk analyse af borgernes valgmuligheder i kommunerne på baggrund af kommunernes indberetninger til fritvalgsdatabasen (www.fritvalgsdatabasen.dk), og et casestudie i udvalgte kommuner med både en kommunal leverandør og flere private leverandører.

Statistisk analyse af valgmuligheder i kommunerne

Kommunerne skal bl.a. indberette godkendte leverandører til fritvalgsdatabasen, hvor det således har været muligt at opgøre, hvilke og hvor mange leverandører der er godkendt i forskellige kommuner. Der er gennemført en analyse af, om der er kommunetyper (størrelse, beliggenhed og befolkningstæthed), der har let ved at tiltrække leverandører, mens andre har svært ved det. Det analyseres endvidere, om der er en sammenhæng mellem

en kommunes fastsatte prisniveau for ydelserne og antallet af leverandører i kommunen (kapitel 4, hvor fremgangsmåden er nærmere beskrevet).

Casestudie i udvalgte kommuner

På baggrund af informationer i fritvalgsdatabasen er udvalgt fire kommuner til nærmere analyse. I disse kommuner er der gennemført interview med kommunale nøglepersoner, repræsentanter for private leverandører og brugere, som er visiteret til praktisk bistand eller personlig pleje (kapitel 5, hvor datagrundlaget er uddybet).

Litteraturstudie af den tyske plejeforsikring

I den tyske (kontinentale) model (Pflegeversicherung) kan borgere, der er berettiget til at modtage ydelser fra forsikringen, vælge enten at få udbetalt et standardbeløb til selv at købe sig til hjælp eller at få leveret den visiterede hjælp. Den tyske ordning har eksisteret siden 1995 og var den første af sin art i Europa. Den giver brugerne et mere vidtgående frit valg end den danske ordning, men der er tendenser til, at noget tilsvarende kan blive en del af den danske ordning. Det gør erfaringer fra Tyskland (og andre steder) relevant i en dansk sammenhæng. På baggrund af litteraturstudier gennemgås erfaringer fra Tyskland vedrørende, hvilke valg borgerne foretager, og hvem der udfører hjælpen (kapitel 6).

Diskussion af udfordringer og problemstillinger i ordningen

Kapitel 7 er en diskussion på baggrund af de udførte analyser af en række presserende problemstillinger og udfordringer, der knytter sig til frit valgordningen.

3 Frit valg af leverandør i Danmark

1990'erne var præget af, at der i dagspressen ofte blev fremført kritik af kommunernes ydelse af praktisk bistand og personlig pleje til hjemmeboende. Kort sagt blev kommunerne kritiseret for at yde for lidt hjælp, for forskellig hjælp, at aflyse aftalt hjælp og at yde hjælp med skiftende medarbejdere. Samtidig var der fokus på nødvendigheden af at få overblik over og styr på, hvad udgifterne gik til på området. Dette skyldes bl.a., at der med den voksende ældrebeholdning kunne forudses en betydelig vækst i udgifterne til bistand og pleje til hjemmeboende ældre. Dette førte til en række initiativer og ændringer på området.

Der har været øget fokus på borgernes retssikkerhed, og i 1996 blev der indført klageråd på hjemmehjælpsområdet. Der blev samtidig indført regler om skriftlighed i afgørelser om praktisk bistand og personlig pleje. I 1998 blev det muligt at indbringe klager over kommunens afgørelse til det sociale nævn, efter at det lokale klageråd har behandlet klagen. Med virkning fra samme år forpligtedes kommunerne til at udarbejde *kvalitetsstandarder* for den personlige og praktiske hjælp. Kvalitetsstandarderne skal indeholde generel serviceinformation til borgerne om den hjælp, de kan forvente at få fra kommunen, hvis de har behov for personlig og praktisk hjælp. Formålet med kvalitetsstandarderne har været at sikre sammenhæng mellem kommunernes serviceniveau, de afsatte ressourcer, den konkrete afgørelse om hjælp samt udførelsen heraf. Derudover har formålet været at give borgerne klarere besked om, hvilken hjælp de kan forvente at få i den pågældende kommune (afstemning af forventninger i forhold til de faktiske forhold) (Colmorten m.fl., 2003).

Regelændringerne skulle føre til en nøjere præcisering af, hvilken hjælp den enkelte kommune forpligter sig til at yde, så borgerne har lettere ved at gennemskue, hvilken hjælp de kan forvente i den enkelte kommune. Samtidig er der blevet udviklet redskaber og strukturer, som kan give politikere og ledelse bedre indsigt i opgaverne på feltet, og dermed et bedre grundlag for at styre udviklingen.

Fælles sprog udvikledes i midten af 1990'erne som et styringsinstrument til at skabe større klarhed over, hvilke ydelser der bliver givet, og større ensartethed ved visitationen til ydelser. Det er tænkt som et standardiseret redskab til bl.a. intern styring og dokumentation af praktisk bistand og personlig pleje (Schultz-Larsen m.fl., 2004).

I slutningen af 1990'erne introduceredes den såkaldte bestiller-udfører-model (BUM) i nogle kommuner. Denne model blev importeret fra Sverige, hvor den blev indført samtidig med, at plejen i mange distrikter blev udliciteret omkring 1990. Modellen betyder, at visitationen til bistand organiseres i en enhed adskilt fra den enhed, der udfører bistanden. Hidtil har der været tradition for, at visitation og udførelse blev udført i den samme enhed. Bestillerkontoret vurderer, hvor meget bistand den enkelte borger er berettiget til, og bestiller denne bistand hos udføreren. Bestillerkontoret kontrollerer også, at den bestilte ydelse udføres. Blandt andet på baggrund af et dansk udviklingsprojekt anbefalede det danske socialministerium en adskillelse af bestiller- og udførerfunktionen for at opnå en bedre styring af hjemmeplejen og større ensartethed i den tildelte bistand (Schultz-Larsen m.fl., 2004).

Indførelse af kvalitetsstandarder, en standardisering af de bevilgede ydelser og indførelse af en bestiller-udfører-organisation kan betragtes som forudsætninger for at indføre frit valg af leverandør for brugerne, og lovgivningen om frit valg af leverandør forudsætter da også, at der i kommunerne sker en organisatorisk adskillelse af myndighedsudøvelsen, herunder tildeling af hjælp og udførelsen af den tildelte hjælp.

Frit valg af leverandør af praktisk bistand og personlig pleje blev indført med det formål *at sætte borgeren i centrum og skabe bedre rammer for en ældrepolitisk indsats baseret på kontinuitet, selvstændighed, værdighed og respekt for de ældre og for deres individuelle ønsker og behov,*

og det forventedes, at frit valg vil give større tilfredshed blandt de ældre (Socialministerens bemærkninger til lovforslaget (L 130)).

Frit valg-ordninger bygger på forestillingen om en suveræn bruger, som vælger og vrager, vurderer og korrigerer for at finde frem til den ydelse, der er bedst for ham eller hende. En forudsætning for brugernes mulighed for at kunne vælge mellem forskellige leverandører (brugersuverænit) er gennemsigtighed i forhold til, hvilken ydelse de kan forvente at få. Derfor betones også i vejledningen til frit valg af leverandør, at kommunalbestyrelsen i samarbejde med leverandørerne skal udarbejde informationsmateriale om alle leverandører, der er godkendt eller indgået kontrakt med om levering af personlig og/eller praktisk hjælp. Informationsmaterialet skal bl.a. indeholde en grundig præsentation af de enkelte leverandører og indeholde generelle oplysninger om muligheden for at vælge. Alle leverandører skal behandles lige og skal derfor i informationsmaterialet have de samme muligheder for at præsentere sig. Præsentationen af den enkelte leverandør skal være præcis og udtømmende og skal indeholde alle de informationer, der kan have betydning for modtagerens valg af leverandør. Informationsmaterialet skal i forbindelse med afgørelsen om hjælpen udleveres til de personer, der er tildelt hjælp, og modtageren af hjælpen skal på baggrund af informationsmaterialet træffe beslutning om, hvilken af de godkendte leverandører der skal udføre hjælpen.

Et andet vigtigt formål med indførelse af frit valg af leverandør var *at skabe øget konkurrence om leveringen af ydelserne i hjemmeplejen*. Begrundelsen var, at øget konkurrence skærper opmærksomheden om, at pris og kvalitet er i orden, og forhindrer, at et unaturligt monopol kommer til at virke som en sovepude både for leverandørerne og for kommunalbestyrelsen, der har ansvaret for, at skatteborgernes penge bruges så godt og så effektivt som muligt (Socialministerens bemærkninger ved fremsættelse af lovforslaget).

Frit valg af leverandør kan ses som et element i den markedsorienterede styringsideologi, som har præget ikke bare den danske velfærdsstat, men også andre europæiske velfærdsstater siden slutningen af det forrige århundrede. Denne ideologi har fået betegnelsen »New Public Management« (NPM) og bunder i en opfattelse af, at den offentlige sektor er for ufleksibel, for dyr og for lidt lydhør i forhold til de grupper, den skal betje-

ne. Denne opfattelse kommer frem i socialministerens bemærkninger til fremsættelse af lovforslaget.

NPM kan ikke betragtes som en klar og entydig moderniseringsstrategi eller som en teori om offentlig ledelse og organisation. Der er snarere tale om et samlekoncept for forskellige reformtiltag i den offentlige sektor, og i dette koncept er indeholdt en øget decentralisering, service-, resultat- og markedsorientering kombineret med en strammere økonomisk styring og en præstationsorienteret managementkultur i den offentlige sektor (Rennison, 2000). Det implicite budskab i NPM synes at være, at offentlige institutioner bør ligne virksomheder på det private marked så meget som muligt. Målet er at blive mere resultat- og kundeorienteret ved at låne den private virksomheds styringsprincipper (Vabø, 2003).

3.1 **Regler i frit valg-ordningen**¹

Kommunerne har inden ordningens ikrafttræden 1. januar 2003 skullet udarbejde materiale, der beskriver kvalitetsstandarder i kommunen, kvalitetskrav til leverandører og prisen for forskellige ydelser (fx praktisk bistand, personlig pleje og en madportion). Kommunerne kan vælge mellem en »godkendelsesmodel« og en »udbudsmodel«. De fleste kommuner har valgt godkendelsesmodellen, som betyder, at kommunen skal godkende private leverandører, der opfylder kommunens kvalitets- og priskrav. Det er en forudsætning for ordningen, at der er en adskillelse af de kommunale myndigheds- og leverandøropgaver.

Beboere i plejehjem og lignende boligenheder er ikke omfattet af retten til selv at vælge leverandør af serviceydelser.

Modtagere af hjælp fra forskellige ydelseskategorier, fx både personlig og praktisk hjælp, kan vælge forskellige leverandører til at varetage hjælp fra de forskellige ydelseskategorier. Kommunalbestyrelsen må ikke indføre begrænsninger i modtagerens valgfrihed, fx i form af begrænsninger på, hvor ofte en modtager må skifte leverandør. Der skal dog fastsættes frister for varsel om skift af leverandør.

Kvalitetsstandarden skal bruges til at formidle de politiske målsætninger, kommunalbestyrelsen har truffet beslutning om for ældreplejen i kommunen. Den skal kunne bruges som grundlag for den daglige indsats i

form af visitation til ydelser og udførelse af visiterede ydelser. Borgerne skal kunne bruge kvalitetsstandarden til at orientere sig om serviceniveauet i kommunen og dermed få kendskab til, hvilken hjælp de kan forvente fra kommunen, hvis de får behov for personlig eller praktisk hjælp eller for kommunal genoptræning eller vedligeholdelsestræning. Kvalitetsstandarden skal endvidere indeholde de kvalitetskrav, kommunalbestyrelsen har fastsat for leverandørerne.

Det er en kommunal *myndighedsopgave* at træffe afgørelser om hjælp i henhold til serviceniveauet, at sikre, at hjælpen leveres i henhold til afgørelsen, og at sikre grundlaget for en systematisk revision af de politisk vedtagne kvalitetsstandarder.

Godkendelsesmodel

Hvis kommunalbestyrelsen vælger at anvende den såkaldte godkendelsesmodel, har alle leverandører, der opfylder de fastsatte kvalitets- og priskrav, ret til at blive godkendt som leverandør i kommunen. Der skal fastsættes kvalitets- og priskrav for forskellige ydelseskategorier. Leverandører kan søge om godkendelse inden for én eller flere ydelseskategorier, og der kan ikke stilles krav om, at en leverandør skal kunne levere alle typer af ydelser (praktisk hjælp, personlig pleje i hverdagstimerne, personlig pleje på øvrige tider, måltider leveret til hjemmet, måltider uden levering til hjemmet). En godkendt leverandør inden for en kategori skal til gengæld levere ydelser til alle, der vælger leverandøren inden for denne kategori. Udgangspunktet for fastsættelse af kravene vil være de krav, der stilles til den eller de leverandører, der hidtil har leveret ydelserne. Kommunalbestyrelsen kan dog træffe beslutning om at ændre serviceniveauet i kommunen, hvilket kan betyde, at også kravene til leverandørerne ændres.

Udbudsmodel

Hvis kommunalbestyrelsen ønsker at give modtagere af personlig pleje og praktisk hjælp frit leverandørvalg gennem den såkaldte udbudsmodel, skal kommunalbestyrelsen træffe beslutning om, hvorvidt udbuddet skal omfatte en enkelt, flere eller alle ydelseskategorier. Der skal udarbejdes særligt udbudsmateriale for hver ydelseskategori. Et krav om, at levering af ydelserne i plejehjem og lignende plejeboligheder mv. skal med i udbuddet,

hvis den personlige pleje bringes i udbud, vil dog blive ophævet (lovforslag fremsat januar 2004).

Kommunalbestyrelsen skal vælge de leverandører, der har afgivet de økonomisk mest fordelagtige tilbud, og skal tilbyde kontrakt med to-fem leverandører. Prisen for ydelserne vil altså i dette tilfælde afhænge af de indkomne tilbud.

Kvalitetskrav

Kommunalbestyrelsen er forpligtet til at fastsætte og offentliggøre kvalitetskrav til leverandørerne af personlig og praktisk hjælp. Formålet med kvalitetskravene er at sikre en professionel, kvalificeret og værdig behandling af brugerne.

Kommunalbestyrelsen skal gennem kvalitetskravene skabe sikkerhed for, at leverandørerne kan efterleve de afgørelser, der er truffet om hjælp og hjælpens udførelse. Leverandøren skal bl.a. have et beredskab til at håndtere ferie- og sygdomsperioder blandt personalet og til at håndtere pludseligt opståede ændringer i behovet for hjælp hos brugerne. Kommunalbestyrelsen bør også stille krav om, hvor hurtigt leverandøren skal kunne påtage sig at levere til nye brugere. En leverandør kan ikke afvise at levere hjælp, de er godkendt til, til nye brugere.

Kommunalbestyrelsen kan endvidere stille krav om dokumentation af leverede ydelser og sikring af personalets arbejdsmiljø.

Priskrav

Kommunalbestyrelsen skal under godkendelsesmodellen fastsætte priskrav, der skal stilles til alle leverandører af personlig og praktisk hjælp. Priskravene udtrykker de omkostninger, den kommunale leverandørvirksomhed har ved levering af personlig og praktisk hjælp i overensstemmelse med de stillede kvalitetskrav. Priskravene udgør afregningsgrundlaget til alle godkendte leverandører, der er indgået kontrakt med for levering af personlig og praktisk hjælp.

Priskrav fastsættes som hovedregel en gang om året og er inklusive transport. Ved opgørelsen af leverede timer hos modtageren indgår den tid, som anvendes hos modtageren, sammen med modtageren eller fx til indkøb eller lignende aktiviteter, der forestås i hjemmet.

Priskravet til private leverandører skal fastsættes ud fra en kalkulation af de gennemsnitlige, langsigtede omkostninger ved den kommunale leverandørvirksomhed af personlig og praktisk hjælp.

4 Udbredelse af frit valg i Danmark

I dette kapitel analyseres, hvor udbredt muligheden for frit valg af leverandør er i kommunerne i efteråret 2003, og om karakteristika ved kommunen spiller en rolle for, om borgerne har mulighed for at kunne vælge en anden leverandør end den kommunale. Der fokuseres på leverandører af personlig pleje i hverdagstimerne og af praktisk bistand. Grundlaget for analysen er information, som ultimo oktober 2003 var indberettet til den såkaldte »fritvalgsdatabase«², hvortil kommunerne skal indberette bl.a. kvalitets- og priskrav samt godkendte leverandører.

Alle kommuner har skullet indberette kvalitets- og priskrav til fritvalgsdatabase senest den 1. januar 2003. Først fra det tidspunkt har private virksomheder, som ønsker at blive godkendt som leverandør i en eller flere kommuner, kunnet se, hvilke betingelser der stilles i de enkelte kommuner. Ordningen har derfor næppe i efteråret 2003, hvor der blev hentet data til denne analyse, fundet et niveau, som kan forventes på længere sigt. Kommunerne har skullet igennem procedurer med at godkende leverandører, men det må antages, at kvalificerede leverandører, der har meldt sig i første halvdel af 2003, er blevet godkendt i efteråret 2003. Det er naturligvis umuligt at sige, hvordan antal private leverandører udvikler sig i de kommende år.

På baggrund af kommunernes indberetning af godkendte leverandører er det således muligt at opgøre, hvilke og hvor mange leverandører der er godkendt i forskellige kommuner. Det har imidlertid vist sig, at ikke alle kommuner har været lige gode til at opdatere deres information om godkendte leverandører. Der kan således være kommuner, som har godkendt

private leverandører, men som ikke har fået lagt informationen ind i databasen. Det giver en usikkerhed i analyser på baggrund af databasen.

Der er forsøgt at råde bod på problemet ved i analysen kun at medtage kommuner, som har lagt information om godkendte leverandører ind i databasen, uanset om det kun er en kommunal leverandør eller også private leverandører. Det er muligt, at der er kommuner, som har godkendt private leverandører, efter at de har lagt information om den kommunale leverandør ind i databasen, men det skønnes, at fejkilden minimeres ved alene at udtrække kommuner, der har prioriteret at lægge den relevante information i databasen.

4.1 Antal leverandører og priskrav

I alt 128 kommuner havde i oktober 2003 indlagt information om godkendte leverandører af personlig pleje i hverdagstimer (dagtimer), og 132 kommuner havde indlagt information om godkendte leverandører af praktisk bistand³. I tabel 4.1 nedenfor er de udvalgte kommuner fordelt efter, hvor mange private leverandører der er godkendt i kommunen. Hertil skal lægges den kommunale leverandør.

Tabel 4.1 Kommuner procentvis fordelt efter antal godkendte private leverandører af personlig pleje i hverdagstimerne og af praktisk bistand. Ultimo oktober 2003

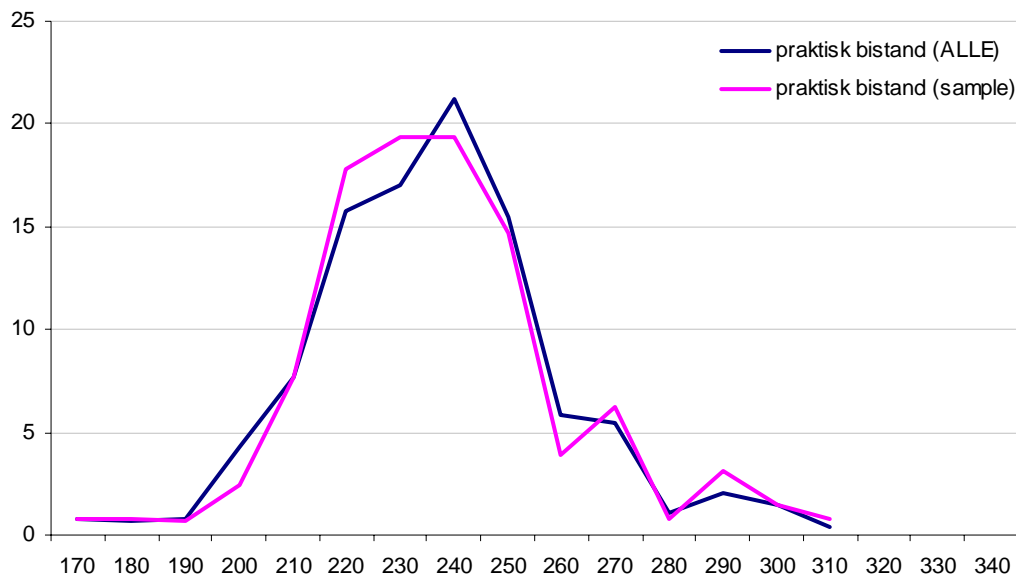
	Personlig pleje i hverdagstimer	Praktisk bistand
Ingen	52	30
1	26	20
2-3	18	32
4 +	4	18
I alt	100	100
Antal	128	132

Knap halvdelen af kommunerne havde godkendt mindst én privat leverandør af personlig pleje i hverdagstimerne, mens 70% havde godkendt mindst en privat leverandør af praktisk bistand⁴. Kommuner, der har godkendt mindst én privat leverandør af personlig pleje, har også godkendt mindst en leverandør af praktisk bistand. Når det drejer sig om personlig

pleje i hverdagstimerne, er det mest almindeligt at have godkendt en enkelt privat leverandør, mens kommunerne typisk har godkendt to eller flere private leverandører af praktisk bistand.

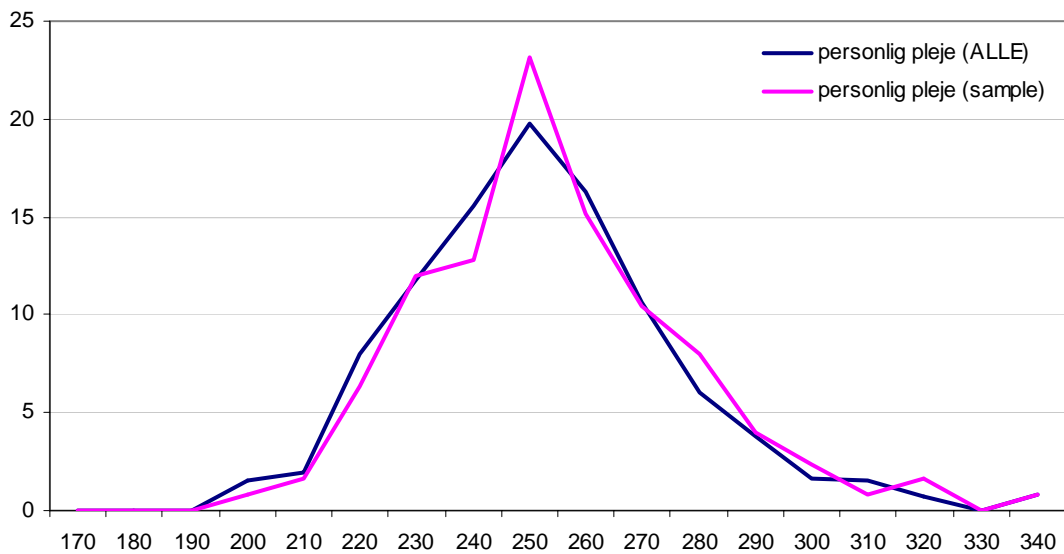
Kommunerne, der indgår i den udvalgte population, er ikke repræsentativ for alle landets kommuner, fx er kommuner med over 24.000 indbyggere overrepræsenteret og kommuner med under 8.000 indbyggere underrepræsenteret, hvilket kunne antyde, at store kommuner har haft en bedre kapacitet end små kommuner til at lægge information i databasen. Det kan også skyldes, at der er en større andel af de store kommuner, der har godkendt mindst én privat leverandør, og at det har været et incitament for nogle til at lægge information ind. Fordelingen af priskravene i de udvalgte kommuner adskiller sig til gengæld ikke fra fordelingen af priskravene i alle kommuner, jf. figur 4.1 og figur 4.2. Dermed er der ikke i de udvalgte kommuner en skævhed i fordelingen af priserne, som kan sætte spørgsmålstegn ved analyserne af prisens betydning for, om der i en kommune er en godkendt leverandør.

Figur 4.1 Alle kommuner og kommuner udvalgt til analysen (sample) procentvis fordelt efter pris for praktisk bistand



Det gennemsnitlige priskrav for alle kommuner for praktisk bistand er 241 kr. I den udvalgte population er det gennemsnitlige priskrav 242 kr. Når det drejer sig om priskravene til personlig pleje i hverdagstimer, er gennemsnittet for alle kommuner 257 kr. og for de udvalgte kommuner 259.

Figur 4.2 Alle kommuner og kommuner udvalgt til analysen (sample) procentvis fordelt efter pris for personlig pleje i hverdagstimer



Der kan i øvrigt for både praktisk bistand og personlig pleje i hverdagstimer konstateres en betydelig spredning i priskravene.

4.2 **Kommunekaraktersistika og frit valg**

Der er tale om en obligatorisk ordning, hvor alle kommuner skal give mulighed for, at private leverandører kan blive godkendt. Det er derfor antagelsen, at det især er vilkårene for at operere som privat leverandør i en kommune, der har betydning for, om og hvor mange private leverandører der er godkendt i kommunen. Det forventes, at ordningen har bedst mulighed for at fungere i store og tætbefolkede kommuner, selv om en leverandør kan godkendes i flere kommuner. Afstande mellem brugerne kan være en hæmsko for at operere i flere kommuner og særligt i tyndt befolkede områder, hvorfor der især kan forventes at være godkendt private leverandører i de tæt befolkede dele af landet som hovedstadsområdet og den østlige del af Jylland. Det antages også, at priskravet spiller en rolle for antal godkendte leverandører, således at der alt andet lige er flere godkendte leverandører i kommuner med et relativt højt prisniveau end i kommuner med et relativt lavt prisniveau. Der er så stor spredning i kommunernes priser, at prisen kan antages at have betydning.

Der er gennemført en analyse af karakteristika ved en kommune, som kan bidrage til at forklare, om der i kommunen er godkendt mindst én privat leverandør eller ikke af henholdsvis personlig pleje i hverdagstimerne (dagtimer) og af praktisk bistand. Analysen er gennemført dels som en logistisk regression, hvor den variabel, som søges forklaret, har to udfald: 1) der er en privat leverandør, og 2) der er ikke en privat leverandør, dels som en lineær regression, hvor variabelen, der søges forklaret, er antal godkendte private leverandører i kommunen.

I analysen har indgået alternative variabler for »kundeunderlaget« i kommunen: *antal indbyggere*, *antal ældre på 67 år eller derover* og *antal modtagere af hjemmehjælp*. I den sammenhæng kan også nævnes *beskatningsgrundlaget*, idet beskatningsgrundlaget kan sige noget om markedet for tilkøbsydelse. I kommuner med et højt beskatningsgrundlag kunne det forventes, at der er et marked for tilkøbsydelse, som er attraktiv for private leverandører. Beskatningsgrundlaget udviser imidlertid en så høj grad af

korrelation med kommunes geografiske beliggenhed, at den ikke har givet et selvstændigt bidrag i analysen.

Som udtryk for befolkningstætheden er som alternativer anvendt antal indbyggere pr. km² og geografisk beliggenhed (hovedstadsområdet eller østlige Jylland, øvrige Sjælland, Fyn eller Sønderjylland og Lolland-Falster, Ribe Amt, Ringkøbing Amt, Viborg Amt eller Nordjyllands Amt)⁵.

Endvidere har *andel stemmer ved kommunalvalget på Socialdemokratiet, Socialistisk Folkeparti, Enhedslisten og Dansk Folkeparti* været inddraget i analysen. Selv om frit valg-ordningen er en obligatorisk ordning, kunne en borgerlig dominans med en velvillig holdning til privatisering af offentlige serviceydelser antages at have virket fremmende på private virksomheders ønske om at blive godkendt som leverandør. Det viser sig imidlertid, at andelen af stemmer på de angivne partier i høj grad varierer med indbyggertal, befolkningstæthed og geografisk beliggenhed, hvorfor det ikke har været muligt at isolere en eventuel politisk effekt.

Endelig har kommunernes fastsatte *timepris på henholdsvis personlig pleje i hverdagstimer og på praktisk bistand* været inddraget i analysen.

Private leverandører af personlig pleje

I første omgang ser vi på, hvilke karakteristika ved en kommune der har betydning for, om der er godkendt mindst én privat leverandør af personlig pleje i hverdagstimerne. De variabler, som giver den bedste forklaring, er vist i tabel 4.2.

Tabel 4.2 Logistisk regression af sandsynligheden for, at der i en kommune er godkendt en privat leverandør af personlig pleje i hverdagstimer

	Koefficient	OR
Konstant	0,256	1,29
Hovedstad og Østjylland	- 1,651**	0,2
Sjælland, Fyn og Sønderjylland	- 2,595**	0,8
Modtagere af hjemmehjælp (100 modtagere)	0,001	1,001
Hovedstad mv. * Modtagere af hjemmehjælp (100)	0,161**	1,175
Sjælland mv. * Modtagere af hjemmehjælp (100)	0,226**	1,253

Anm.: OR (odds-ratio) er forholdet mellem to odds. Odds defineres som sandsynligheden for, at en given hændelse vil ske, i forhold til sandsynligheden for, at hændelsen ikke vil ske. Odds-ratio er altså odds for, at en given hændelse vil ske for en bestemt gruppe, i forhold til odds for, at den samme hændelse vil ske for en anden gruppe. En * angiver, at der er tale om den kombinerede effekt af to variabler. ** angiver et signifikansniveau på mindst 0,05.

Resultatet af analysen viser, at der ikke så ofte er godkendt en privat leverandør af personlig pleje i hverdagstimer i små kommuner i hovedstadsområdet og i det østlige Jylland og på det øvrige Sjælland, Fyn og Sønderjylland som i små kommuner i det vestlige og nordlige Jylland samt Lolland-Falster. En stigning i antal modtagere af hjemmehjælp i en kommune betyder imidlertid næsten ingenting for, om der er en privat leverandør i det vestlige og nordlige Jylland og på Lolland-Falster, mens sandsynligheden stiger signifikant med antal modtagere af hjemmehjælp i en kommune i den øvrige del af landet. Det betyder, at i kommuner med et betydeligt antal hjemmehjælpsmodtagere er der oftere godkendt en privat leverandør i kommuner i kategorierne »hovedstadsområdet og det østlige Jylland« samt »øvrige Sjælland, Fyn og Sønderjylland« end i kommuner i kategorien »vestlige og nordlige Jylland samt Lolland-Falster«.

Sandsynligheden for, at der er en privat leverandør af personlig pleje i hverdagstimerne fx i en kommune med 200 hjemmehjælpsmodtagere i »det vestlige og nordlige Jylland samt Lolland-Falster«, er 0,56, mens sandsynligheden er 0,26 for kommuner med 200 hjemmehjælpsmodtagere i »hovedstadsområdet og østlige Jylland«. Kommuner med i størrelsesordenen 200 hjemmehjælpsmodtagere er fx Sydlangeland, Sydfalster, Lejre, Purhus, Hvorslev og Brørup Kommuner. Hvis der er fx 1.500 modtagere af hjælp, er sandsynligheden for en godkendt privat leverandør 0,57 for »det vestlige og nordlige Jylland samt Lolland-Falster«, mens den er 0,74 for kommuner i »hovedstadsområdet og østlige Jylland«. Kommuner med omkring 1500 hjemmehjælpsmodtagere er fx Brøndby, Hillerød, Nykøbing F, Slagelse og Herning Kommuner.

Det kan ikke udelukkes, at analysen undervurderer effekten af kommunestørrelse på grund af en skævhed i datagrundlaget.

Det er bemærkelsesværdigt, at den timepris, kommunerne har beregnet for udførelse af personlig pleje i hverdagstimer, ikke viser sammenhæng med, om der er godkendt mindst én privat leverandør i en kommune.

En analyse af antal godkendte private leverandører til personlig pleje i hverdagstimerne ved hjælp af en lineær regression viser samme tendens som analysen ovenfor (tabel 4.3). I kommuner med relativt få modtagere af hjemmehjælp er det forventede antal godkendte leverandører mindst i

kommuner på Sjælland (uden for hovedstadsområdet), Fyn og Sjælland, mens det forventede antal er nogenlunde lige stort i de øvrige områder.

Tabel 4.3 Lineær regression for antallet af godkendte private leverandører af personlig pleje

	Koefficient
Konstant	0,724**
Modtagere af hjemmehjælp (100 modtagere)	- 0,001
Hovedstad, Østjylland	0,073
Sjælland, Fyn, Sønderjylland	- 0,758**
Hovedstad mv. * Modtagere af hjemmehjælp (100)	0,032**
Sjælland mv. * Modtagere af hjemmehjælp (100)	0,076**

Anm.: En * angiver, at der er tale om den kombinerede effekt af to variabler. ** angiver et signifikansniveau på mindst 0,05

I det vestlige og nordlige Jylland og på Lolland-Falster viser antal modtagere af hjemmehjælp i en kommune næsten ingen sammenhæng med antal godkendte leverandører, mens der er en mere markant sammenhæng med antal godkendte leverandører i den øvrige del af landet. Når antal modtagere af hjemmehjælp stiger, så stiger det forventede antal leverandører af personlig pleje i hverdagstimerne. Derfor er det forventede antal godkendte private leverandører af personlig hjælp i store kommuner større i hovedstadsområdet, det østlige Jylland, Sjælland, Fyn og Sønderjylland end i det vestlige og nordlige Jylland samt Lolland-Falster.

Privat leverandør af praktisk bistand

Tilsvarende analyser er gennemført for praktisk bistand, hvor det imidlertid har været vanskeligt at finde en tilfredsstillende model til at forklare, om der er godkendt mindst én privat leverandør af praktisk bistand i kommunen. I tabel 4.4 er vist sammenhængen med befolkningstæthed opgjort i kvartiler.

Tabel 4.4 Logistisk regression af sandsynligheden for, at der i en kommune er godkendt mindst én privat leverandør af praktisk bistand

	Koefficient	OR
Konstant	0,06	1,06
Befolkningstæthed 48-64 indbyggere pr. km ²	0,53	1,7
Befolkningstæthed 65-130 indbyggere pr. km ²	1,00**	2,7
Befolkningstæthed over 130 indbyggere pr. km ²	1,96**	7,08

Anm.: Se anmærkning til tabel 2. I dette tilfælde er odds-ratio beregnet i forhold til kommuner med en befolkningstæthed på højst 47 indbyggere pr. km². ** angiver et signifikansniveau på mindst 0,05.

Tabellen viser, at sandsynligheden for, at der i en kommune er godkendt en leverandør af praktisk bistand, stiger med befolkningstætheden, men kun i kommuner med en befolkningstæthed på mere end 65 indbyggere pr. km² adskiller sandsynligheden sig signifikant fra kommuner med en befolkningstæthed på højst 47 indbyggere pr. km², hvor sandsynligheden for en godkendt privat leverandør nærmest er fifty-fifty.

En mulig lige så god forklaring på, om der er godkendt mindst én privat leverandør, er kommunens indbyggertal og antal modtagere af hjemmehjælp hver for sig. Disse variabler har en høj samvariation med befolkningstætheden, og det kan derfor være vanskeligt at afgøre, hvilken variabel der er den væsentligste. Det kan ikke udelukkes, at både kommunestørrelse og befolkningstæthed har betydning for, at der er godkendt mindst én privat leverandør af praktisk bistand i en kommune, men der er andre faktorer, som ligger ud over dem, der har kunnet undersøges i denne analyse, der har betydning. Heller ikke her viser kommunernes beregnede pris en sammenhæng med, om der er godkendt mindst én privat leverandør i en kommune.

En analyse af antal godkendte private leverandører til praktisk bistand ved hjælp af en lineær regression viser, at kommunens beliggenhed og antal modtagere af hjemmehjælp har betydning for det forventede antal godkendte leverandører (tabel 4.5).

Tabel 4.5 Lineær regression for antallet af godkendte private leverandører af praktisk bistand

	Koefficient
Konstant	1,900**
Modtagere af hjemmehjælp (100 modtagere)	0,03199**
Hovedstad, Østjylland	- 0,983**
Sjælland, Fyn, Sønderjylland	- 0,67
Hovedstad mv. * Modtagere af hjemmehjælp (100)	0,090**
Sjælland mv. * Modtagere af hjemmehjælp (100)	-0,009

Anm.: En * angiver, at der er tale om den kombinerede effekt af to variabler. ** angiver et signifikansniveau på mindst 0,05.

Det forventede antal private leverandører af praktisk bistand stiger med antallet af modtagere af hjemmehjælp, og det forventede antal stiger hurtigere med antal modtagere af hjemmehjælp i kommuner i hovedstadsområdet og Østjylland end i andre dele af landet. Det forventede antal private leverandører er imidlertid mindre i små kommuner i hovedstadsområdet og det østlige Jylland end i små kommuner i det vestlige og nordlige Jylland samt Lolland-Falster. Det forventede antal private leverandører af praktisk bistand er således størst i store kommuner i hovedstadsområder og det østlige Jylland og mindst i små kommuner i det samme område.

4.3 Opsamling

Analyserne i dette kapitel viser, at kommunetype spiller en rolle for, om der er andre leverandører end den kommunale leverandør i kommunen, og om borgerne dermed har mulighed for at vælge en anden leverandør end den kommunale til *personlig pleje i dagtimerne og til praktisk bistand*. Hvis man bor i en stor kommune i hovedstadsområdet, på det øvrige Sjælland, Fyn eller det østlige Jylland, er der oftere mulighed for at vælge en privat *leverandør af personlig pleje*, end hvis man bor i en tilsvarende kommune i det vestlige eller nordlige Jylland eller på Lolland-Falster. Derimod er muligheden for frit valg mindst, hvis man bor i en lille kommune på Sjælland uden for hovedstadsområdet, på Fyn eller i Sønderjylland. Dette var ikke forventet, og vi har ingen forklaring på, hvorfor det forholder sig sådan. Både kommunestørrelse og geografisk beliggenhed spiller således en rolle. Det gælder også for *antallet* af leverandører af personlig pleje,

hvor store kommuner i hovedstadsområdet og det østlige Jylland har lettest ved at tiltrække private leverandører.

Når det gælder frit valg af leverandør af *praktisk bistand*, så øges muligheden for at kunne vælge med befolkningstæthed og med kommune størrelse, så borgere i de største og i de tættest befolkede kommuner oftere har mulighed for at vælge en privat leverandør. Det kan meget vel være afstandene mellem brugerne, der spiller en rolle for potentielle private leverandører. I kommuner med tyndt befolkede områder må private leverandører, som i hvert fald i begyndelsen må regne med kun at have et beskedent antal brugere, kalkulere med, at der kan være store afstande mellem brugerne. Det betyder, at en privat leverandør må bruge forholdsmæssig meget tid på kørsel, hvis leverandøren ikke har opgaver hos andre kunder i området, i modsætning til »en stor« kommunal leverandør, der kan organisere sig i lokalområder.

Ligesom ved personlig pleje har store kommuner i hovedstadsområdet og det østlige Jylland lettest ved at tiltrække private leverandører af praktisk bistand, idet antallet af private leverandører af praktisk bistand er størst i disse kommuner.

I efteråret 2003 har den pris, som leverandørerne har skullet levere til, ikke betydning for, om modtagere af personlig pleje eller af praktisk bistand kan vælge en anden end den kommunale leverandør.

5 **Implementering af frit valg i udvalgte kommuner**

Dette kapitel belyser erfaringer fra fire kommuner med frit valg af leverandør af praktisk og personlig hjælp. Der er fokus på, hvordan ordningen fungerer under de eksisterende vilkår, og der belyses emner, der vedrører organisationen af ordningen, økonomiske konsekvenser og brugernes valg af leverandør. Erfaringer er indhentet gennem interview af nøglepersoner i kommunerne og hos private leverandører og af brugere af praktisk eller personlig hjælp. I kapitlet belyses også forskelle og ligheder i kommunernes kvalitetsstandarder og leverandørkrav.

5.1 **De fire kommuner i hovedtræk og data fra kommunerne**

De fire kommuner, som indgår i undersøgelsen, blev udvalgt på baggrund af fritvalgsdatabasen (www.fritvalgsdatabasen.dk) blandt de kommuner, der havde godkendt private leverandører, dvs. valgt den administrativt enkleste model, som de fleste kommuner har valgt (jf. kapitel 3). Blandt de fire kommuner er to mellemstore kommuner med ca. 20.000 indbyggere (Allerød og Struer) og to mindre kommuner under 10.000 indbyggere (Svinninge og Tjele). Ud over størrelse og geografisk beliggenhed blev der ved udvælgelsen lagt vægt på, at kommunerne havde godkendt private leverandører både til personlig pleje og praktisk bistand. I analysen af kvalitetsstandarder og leverandørkrav indgår også Karlebo og Egvad Kommuner (jf. afsnit 5.2) som henholdsvis en lille og en mellemstor kommune, som ifølge fritvalgsdatabasen ikke havde godkendt private leverandører i foråret 2004.

Som det fremgår af tabel 5.1, har de fire kommuner, som har private leverandører, flere godkendte leverandører til praktisk bistand end til personlig pleje. De har alle private leverandører, som kun få eller slet ingen brugere har valgt. Faktisk er der i tre kommuner et enkelt firma, som i praksis har monopol på at være privat leverandør.

Tabel 5.1 Kommuner i casestudiet

Kommune	Antal indbyggere	Antal godkendte private leverandører ¹		Antal brugere af privat leverandør ¹	Antal modtagere af hjemmehjælp ³
		Personlig pleje	Praktisk bistand		
Allerød (Frederiksborg Amt)	23.374	3	3	ca. 35	ca. 500
Struer (Viborg Amt)	19.248	1	3	ca. 25	ca. 540
Svinninge (Vestsjællands Amt)	6.474	2	6	ca. 15	ca. 200
Tjele (Viborg Amt)	8.503	1	4	ca. 16	ca. 250
Karlebo Kommune ² (Frederiksborg Amt)	19.554	ingen	ingen	-	385
Egvad Kommune ² (Ringkøbing Amt)	9.624	ingen	ingen	-	310

¹ Oplysningerne er fra marts-april 2004, hvor interviewene blev gennemført. Ifølge fritvalgsdatabasen havde Karlebo og Egvad Kommuner ikke godkendt private leverandører.

² Indgår alene i analyser af kvalitetsstandarder og leverandørkrav, jf. afsnit 5.2.

³ Oplysninger for Allerød, Struer, Svinninge og Tjele Kommuner stammer fra interview, mens oplysninger for Karlebo og Egvad Kommuner stammer fra Danmarks Statistik: Statistikbanken

Ud over at de private leverandører har forskelligt forretningsområde, er de størrelsesmæssigt meget forskellige. Der er i hovedtræk to typer firmaer. Den ene type er større firmaer, som har ansat sundhedsfagligt personale (fx rekrutteret fra kommuner), og som opererer i flere kommuner. Den anden type er små og mellemstore hjemmeservicefirmaer, som har ældreplejen som nebengeschæft, og som har specialiseret sig i rengøring og anden praktisk bistand. Hjemmehjælpsopgaver udgør kun en mindre del af disse firmaers forretningsområde.

Antallet af brugere, der har valgt en privat leverandør, er begrænset. I tre af kommunerne har frit valg af leverandør i praksis været mulig for borgerne siden 1. april 2003 og i en enkelt siden 1. august 2003. 5-7% af

hjemmehjælpsmodtagerne i de fire kommuner havde på interviewtidspunktet i marts-april 2004 valgt en privat leverandør. I alle fire kommuner har hovedparten af dem valgt en privat leverandør til praktisk hjælp. Der er altså alt i alt kun ganske få brugere, der modtager personlig pleje fra en privat leverandør. De fire kommuner synes i flere henseender at repræsentere situationen i de fleste danske kommuner i forhold til frit valg af hjemmehjælp (Ankestyrelsen 2004).

Metode i caseanalysen

I de fire kommuner blev repræsentanter for kommuner og for private leverandører samt udvalgte brugere interviewet. *Kommunerne* var ved interviewet typisk repræsenteret ved visitatorer og deres leder, som afhængig af kommunens forvaltningsstruktur enten var socialchef, ældrechef eller sundhedsfaglig konsulent. Blandt *de private leverandører* udvalgte vi de firmaer, som havde de fleste brugere i kommunen. Bortset fra en af leverandørerne var der tale om firmaer, der på interviewtidspunktet udelukkende havde brugere af praktisk bistand. *Brugerne* (fem pr. kommune) blev udvalgt ved hjælp af visitatorerne i de fire kommuner. Hensigten var at interviewe nye hjemmehjælpsbrugere, der havde fået bevilget hjemmehjælp i løbet af de seneste seks måneder, og heriblandt både brugere, der havde valgt kommunal hjælp, og brugere, der havde valgt privat hjælp. Derudover var et af kriterierne, at nogle af de brugere, der havde valgt en privat leverandør, modtog personlig pleje. Det viste sig i praksis, at kommunerne ikke kunne imødekomme disse krav. For det første fandtes der alt i alt kun få brugere, der modtog personlig pleje fra en privat leverandør. For det andet valgte kommunerne også brugere, der havde været *revisiteret* i de seneste seks måneder, hvilket betød, at nogle af de interviewede var »gamle« hjemmehjælpsmodtagere. Vi valgte at acceptere denne udvælgelse, da vi dermed også fik brugere, der havde skiftet fra kommunal hjælp til privat hjælp. For en nærmere beskrivelse af de interviewede brugere, se afsnit 5.4.

Interviewene med repræsentanter for henholdsvis kommunerne og de private leverandører handlede om organisering af frit valg-ordningen mellem kommuner og private firmaer, visitation til hjemmehjælp, samarbejde og kommunikation, kontrol og kvalitetsvurdering, medarbejdernes rekrut-

tering og kvalifikationer samt økonomiske aspekter (jf. afsnit 5.3 og 5.5). Brugerinterviewene lagde vægt på brugernes bevæggrunde til og grundlag for at vælge enten den kommunale leverandør eller en privat leverandør (jf. afsnit 5.4).

Skriftligt materiale omfatter det informationsmateriale, som kommunerne udleverer bl.a. ved visitation til hjælp, de kvalitetsstandarder og leverandørkrav, som kommunerne har udarbejdet (jf. afsnit 5.2) samt oplysninger om godkendte leverandører i fritvalgsdatabasen.

De vurderinger, som henholdsvis kommunen, de private leverandører og brugere har givet ved interview, skal ses i forhold til, at antallet af brugere i alle fire kommuner er begrænset, og at næsten samtlige brugere, der har valgt en privat leverandør, alene modtager praktisk bistand og typisk fra firmaer, der alene profilerer sig som »rengøringsfirmaer«. Sagt med andre ord har kommunernes repræsentanter i sagens natur ikke kunnet udtale sig om, hvordan frit valg-ordning fungerer i forhold til brugere med omfattende plejebenhov. Tilsvarende har de private firmaer, der indgår i undersøgelsen, ikke særlig megen erfaring med mere komplekse plejeforløb. Brugere af de private leverandører er hovedsageligt forholdsvis velfungerende borgere, som typisk er bevilget praktisk hjælp hver 14. dag.

5.2 **Kvalitetsstandarder og leverandørkrav**

Kommunerne har, som krævet i lovgivningen, udarbejdet kvalitetsstandarder, der redegør for indholdet af den praktiske bistand og personlige pleje, kommunen yder. Disse kvalitetsstandarder kan være baseret på materiale og servicedeklarationer, kommunen allerede havde udarbejdet inden det frie leverandørvalg trådte i kraft, men kan også indeholde nye specifikationer af den kommunale service på området.

Kommunerne har tilsvarende udarbejdet en række krav til leverandørernes organisatoriske opbygning og kapacitet samt krav til leveringen af ydelserne. Disse leverandørkrav er leverandørerne kontraktligt forpligtet til at overholde, ligesom det blandt andet er disse krav, der ligger til grund for godkendelsen af leverandørerne i kommunen.

Det følgende afsnit er baseret på en sammenfatning af kvalitetsstandarderne og leverandørkrav for de fire kommuner (Allerød, Struer, Svin-

ninge og Tjele). Materialet fra de enkelte kommuner er hentet fra Socialministeriets fritvalgsdatabase i marts 2004 og i enkelte tilfælde fra kommunernes egne hjemmesider i det omfang, der har været henvist til denne fra fritvalgsdatabase. Hensigten har været at beskrive ligheder og forskelle mellem de kvalitetsstandarder og leverandørkrav, de enkelte kommuner har opstillet. Der er i denne gennemgang af materialet blevet sammenlignet med leverandørkrav og kvalitetsstandarder fra to kommuner, der ifølge fritvalgsdatabase på udvælgelsestidspunktet ikke havde godkendt nogen private leverandører (Karlebo og Egvad Kommuner). Denne sammenligning havde til hensigt at afdække, om der er forskelle mellem kommuner med og uden leverandører med hensyn til de krav, der stilles til levering af ydelser, og om dette kunne bidrage til at forklare, om der er godkendt private leverandører i kommunen eller ikke.

Kvalitetsstandarder

Kvalitetsstandarderne for *personlig pleje* omfatter for alle kommuner mere eller mindre specificerede oversigter over, hvilke ydelser der kan forventes leveret i forbindelse med hygiejne og pleje. Samtlige kommuner har tilsvarende en kort liste over ydelser, der ikke kan forventes leveret. Det fremgår af de fleste kommuners kvalitetsstandarder, at der ydes personlig pleje i det nødvendige omfang, og at ydelsen skal være tilgængelig 24 timer i døgnet. Flere af kommunerne angiver specifikt, at ydelsen indeholder eller kan indeholde en pædagogisk eller optræningsmæssig komponent, der sigter mod at opretholde fysiske og sociale færdigheder samt give psykisk og social omsorg. Ingen af kommunerne specificerer dette i nogen betydelig grad, men kun én kommune angiver ikke et sådant element i deres kvalitetsstandarder til personlig pleje.

Kvalitetsstandarderne for *praktisk bistand* varierer også i detaljeringsgrad, men omfatter for alle kommuners vedkommende ydelser vedrørende rengøring, tøjvask og indkøb. Enkelte kommuner specificerer omfanget af ydelserne fx i form af antal kvadratmeter og typer rum, der rengøres, og antallet af fyldte vaskemaskiner, der vaskes pr. gang, men de fleste angiver blot, at der ydes rengøring af to rum og hvilken type rengøring. Flere kommuner angiver også her en pædagogisk eller træningsmæssig komponent i servicen.

Standarden for *visitation og revisitation* er helt enslydende: revisitation én gang årligt ved permanent hjælp og hver tredje måned ved midlertidig hjælp.

Leverandørkrav

De opstillede leverandørkrav er i denne præsentation inddelt i forskellige temaer, som dels handler om ydelserne, dels om krav til leverandørens organisatoriske opbygning og til kontrol af leverandøren.

Ydelser og levering af ydelser

Alle kommuner stiller krav til, hvornår ydelserne skal kunne leveres. For personlig pleje er kravet, at den skal kunne leveres 24 timer i døgnet alle ugens dage, hvor kravet til praktisk bistand er, at den skal leveres i dagtimerne på hverdage.

Herudover stilles der generelt mere eller mindre præcise krav til leveringen af ydelserne. Der er en mindre variation i, hvor lang tid der må gå fra ansøgning til visitation og fra visitation til iværksættelse, og der er maksimumgrænser på mellem en og ti dage alt efter ydelsens karakter. Tilsvarende angives der intervaller for, hvor lang tid der må gå, fra en aflysning til erstatningshjælp ydes, og hvor stor afvigelse der skal til i leveringstidspunktet for, at der skal gives besked til brugeren. Der stilles generelt krav om, at bevillingen/servicebevillingen overholdes, og at der leveres ydelser inden for rammerne af kvalitetsstandarderne.

I tre af de fire kommuner med private leverandører er der formuleret et krav om en tilfredshedsprocent blandt modtagerne af de forskellige ydelser på mellem 80% og 90%. De kommuner, der har differentierede krav på de forskellige ydelseskategorier, stiller krav om højere tilfredshedsprocent ved personlig pleje end ved praktisk bistand. En enkelt kommune og de to kommuner uden private leverandører har ikke formuleret et sådant krav. Generelt stilles der krav om, at ydelsen leveres i respektfuldt samarbejde med brugeren og med medinddragelse af denne. To kommuner stiller krav om, at ydelserne til den enkelte borger udføres af så få personer som muligt, og at der tilknyttes en eller flere kontaktpersoner til brugeren.

Kontrol af kvalitet og ydelser

Der er relativt stor variation i specifikationen af den kontrol, der vil blive foretaget, og i hvilket omfang. I alle kommuner er revisitationen en del af kontrollen, således at der ved revisitation vil blive stillet spørgsmål om tilfredsheden med den leverede ydelse og med leverandøren. Dette synes at være den primære del af kontrollen for alle kommunerne med undtagelse af en enkelt kommune, hvor leverandørerne på baggrund af egenkontrol skal sende månedlige opgørelser til kommunen af det udførte arbejde.

De fleste kommuner har beskrevet enten en procedure for at udføre brugerundersøgelser og stikprøveundersøgelser, eller også forbeholder de sig retten til at udføre sådanne på et senere tidspunkt. Disse undersøgelser varierer noget i den beskrevne form, således at nogle baseres på aftalte kontrolbesøg og revisitation, mens andre inddrager uanmeldte besøg og spørgeskemaundersøgelser om brugernes tilfredshed med leverandør og leveret ydelse.

Kompetencekrav

Kompetencekravene til det personale, der skal levere ydelserne, deles i kommunerne op på kompetencekrav til personale, der skal udføre praktisk bistand, og personale, der skal udføre personlig pleje.

Kravene til personale, der skal levere *praktisk bistand*, varierer mellem kommuner. Nogle stiller ikke specifikke uddannelseskrav, men formulerer et krav om, at personalet er kvalificeret til at udføre opgaven, mens andre kommuner stiller krav om, at personalet har en social- og sundhedsuddannelse. De sidste kommuner modificerer dog kravet således, at der åbnes mulighed for, at der kan ansættes kvalificeret, ikke-uddannet personale, når der ikke er mulighed for at skaffe uddannet personale. Der synes ikke at være nogen særlige forskelle mellem de kommuner, der har godkendte private leverandører, og de, der ikke har.

Flere kommuner stiller krav om, at personalet taler forståeligt dansk, er over 18 år, kan fremvise en ren straffeattest o.l.

Kravene til personale, der skal udføre *personlig pleje*, er i alle kommunerne noget strengere. Alle kommuner stiller således krav om, at denne opgave bliver varetaget af uddannet personale og udelukkende kan varetages af ikke-uddannede ved nødvendig vikariering eller i samarbejde med

uddannede. Kravet om uddannelse er i de fleste kommuner angivet som social- og sundhedsassistent, social- og sundhedshjælper eller tilsvarende uddannelse. Enkelte kommuner anfører, at personalet skal kunne vurdere ændringer i brugernes tilstand, kunne inddrage brugerne i udførelsen af arbejdet o.l. Hvorvidt disse krav anses for opfyldt ved opfyldelse af uddannelseskravet eller går ud over dette, fremgår ikke af materialet.

Samarbejde og kommunikation

Alle kommuner stiller som et krav, at afvigelser i den leverede ydelse på grund af brugerens sygdom, indlæggelse eller lignende skal meddeles til kommunen, ligesom uregelmæssigheder i leveringstidspunkt i løbet af dagen skal meddeles brugeren og i nogle kommuner også til kommunen. En del af kravene til samarbejdet er i flere kommuner, at leverandørerne forpligter sig til at deltage i informations- og undervisningsarrangementer afholdt af kommunen samt introduktionskurser til nyt personale.

Alle kommunerne stiller ifølge det skriftlige materiale krav om, at leverandørerne skal anvende journalsystemer, men i forskellig form. De fleste kræver, at der anvendes et manuelt journalsystem i form af samarbejdsbøger, men to kommuner angiver, at de påtænker at anskaffe et elektronisk omsorgssystem, som så vil blive krævet anvendt af de private leverandører. En kommune har allerede et elektronisk omsorgssystem, som leverandørerne kan benytte sig af, såfremt de selv investerer i hardware.

Beredskab og kapacitet

Der stilles krav om, at leverandørerne er i stand til at leve op til kvalitetsstandarderne og især til de tidsintervaller, inden for hvilke leverandørerne skal kunne levere ydelser, herunder akutte besøg ved nødkald. Tilsvarende lægges der vægt på, at leverandørerne har en sådan kapacitet, at de kan håndtere sygdom, ferie og personalemangel i egne rækker, og at de kan leve op til de tidsfrister, der er opstillet for iværksættelse af hjælpen i kvalitetsstandarderne.

Kapaciteten skal endvidere være sådan, at leverandøren kan håndtere en forandring i den enkelte brugers tilstand, der medfører afvigelser i arbejdsbyrden på op til 15 minutter om dagen i op til 14 dage uden compensation. Det er dog ikke alle kommuner, der har anført et så specifikt krav.

Sammenfattende om forskelle mellem kommunerne

Kvalitetsstandarderne for både personlig pleje og praktisk bistand varierer primært mellem kommunerne med hensyn til, hvor specifikt de formulerer den service, der kan leveres. Der er nogen variation i formuleringerne af det pædagogisk/optræningsmæssige element, men fælles er, at dette kun er specificeret i begrænset omfang. Indholdsmæssigt synes der på baggrund af kvalitetsstandarderne ikke at være nogen betydende variation i omfang eller karakter af den service, de enkelte kommuner tilbyder.

Der er forskelle i kommunernes formulering af leverandørkrav. Det er dog vanskeligt entydigt at pege på kommuner, der alt i alt har strengere krav end andre, og at de to kommuner ikke har godkendt private leverandører, kan ikke forklares med, at de har strengere leverandørkrav end de øvrige.

5.3 Organisatoriske perspektiver

Formålet med dette afsnit er at belyse, hvordan hjemmehjælpsopgaverne bliver løst i den nye struktur, hvor brugerne har mulighed for at vælge mellem en kommunal og en privat leverandør, men hvor kommunen har myndighedsopgaven. Der er fokuseret på kommunikation og samarbejde mellem kommune og private aktører, visitation til hjemmehjælp samt kontrol- og opfølgingsrutiner. På denne baggrund belyser vi, hvordan frit valgordningen fungerer set ud fra kommunernes og de private leverandørers perspektiv.

Fremstillingen bygger på interview med repræsentanter for kommuner (visitatorer og deres leder) og private leverandører i de samme kommuner (primært private firmaer, der yder praktisk bistand). Interviewene blev gennemført ca. et år efter, at frit valg af leverandør i praksis blev indført i kommunerne⁶.

Organisatoriske ændringer i kommunerne som følge af frit valg

Ingen af de fire kommuner havde udliciteret opgaver på ældreområdet tidligere, dvs. at hjemmeplejen udelukkende var en kommunal opgave. De

var således i den samme situation som de fleste danske kommuner, da frit valg-ordningen trådte i kraft i 2003.

De fire kommuner havde inden ordningen en forskellig organisering af hjemmeplejen. En af kommunerne havde tidligere indført den såkaldte bestiller-udfører-model (BUM), hvor visitationen (vurdering og tildeling af hjælp) er adskilt fra udførelse af hjemmehjælpsopgaver (drift). I to kommuner var hjemmeplejen organiseret som en integreret ordning, dvs. at service og pleje til borgere i eget hjem og på institutioner var organiseret under den samme administrative enhed. En af kommunerne havde ikke en integreret ordning på hjemmehjælpsområdet. Derfor har der været relativt stor forskel på, hvor stor en organisatorisk omlægning frit valg-ordningen har medført i de fire kommuner. I den kommune, hvor bestiller- og udførerfunktion siden 2001 har været adskilt, er der ikke sket den store ændring i forbindelse med frit valg-ordningen. Derimod har de tre andre kommuner skullet gennemføre en større omorganisering inden for en relativt kort tidsperiode. Hele omlægningen var ikke gennemført på interviewtidspunktet, selv om visitation til hjemmehjælp i alle tilfælde er adskilt fra hjemmeplejen. Den kommende organisatoriske omstilling vil bl.a. handle om at indføre klarere linjer for økonomi- og kontraktstyring af de kommunale leverandørs ydelser. En kommunal leder konkretiserer situationen på følgende måde: *Vi afregner efter loven for de private leverandører, men vi afregner den kommunale efter forbrug.* Men der er også tale om behov for forandringer i den daglige praksis, fx at de kommunalt ansatte systematisk meddeler til bestillerteamet, når der er behov for justering af ydelser, i stedet for at administrere justeringerne internt i hjemmehjælpsgrupperne. Nogle kommunale ledere nævner forhold, der med den nye ordning er blevet mere besværlige, og som kan foranledige organisatoriske justeringer. Et eksempel herpå er, hvem der repræsenterer hjemmeplejen på udskrivningskonferencer på sygehuse: *Tidligere kunne vi sende en sygeplejerske ..., nu skal vi sende en visitator, en hjemmesygeplejerske og en terapeut.*

De kommunale repræsentanter ser det som en udfordring i højere grad at definere den kommunale hjælp, til trods for at det var den kommunale praksis, som var udgangspunktet for at formulere kvalitetsstandarder og leverandørkrav til de private. Vurderingen er, at den kommunale leverandør ikke i praksis følger de samme principper, som der er formuleret for de

private leverandører. Det skyldes bl.a., at blikket i kommunerne har været rettet mod at få frit valg-ordningen til at køre i forhold til de private leverandører. Men det skyldes ifølge interviewene også, at kommunerne alt i alt havde en velfungerende hjemmehjælp, og derfor er den kommunale del underlagt en svær omstillingsproces, som de selv ikke har haft indflydelse på. I nogle kommuner har der været kritik og modstand fra den kommunale hjemmepleje, bl.a. fordi det har været svært for personalet at se fordele ved den nye organisering, som giver mindre råderum og kompetence til medarbejderne. En kommunal leder udtrykker situationen på følgende måde: *Jeg tror, at vi har fokuseret for meget på at få den private del op at køre og glemt, at den kommunale leverandør skulle til at fungere på helt andre vilkår.*

Visitationens organisatoriske placering

Som nævnt har alle fire kommuner adskilt visitationen fra hjemmeplejen administrativt set, dvs. at visitationen foregår centralt i modsætning til tidligere, hvor fx hjemmesygeplejerskerne i forskellige distrikter varetog opgaven. Men det er forskelligt, hvor stringent denne adskillelse fra den udførende funktion (hjemmeplejen) er. I to kommuner er bestillerfunktionen placeret fysisk helt uden for hjemmeplejen. I den ene kommune er den placeret i forvaltningen på rådhuset og i den anden kommune i arbejdsmarkedsafdelingen med den begrundelse, at den skal ligge et neutralt sted. I de to andre kommuner har visitatorerne deres kontorer i samme bygning som hjemmeplejen. Den ene kommune betragter dette som en midlertidig løsning, mens den anden kommune ikke synes at opleve det som problematisk.

Kommunerne har skilt bestillerfunktionen og udførerfunktionen i forskellige afdelinger, men de har stadig en fælles overordnet ledelse. I alle fire kommuner refererer visitatorerne til en overordnet leder for området – enten til ældrechef eller i en mindre kommune til socialchef.

Visitatorerne hører til bestillerenheden, men det er i de fire kommuner forskelligt, om bestillerenheden består, eller burde bestå, af andre end visitatorer. I en af kommunerne er bevilgende terapeuter, hjælpemiddeldepotet og demenskoordinator flyttet til bestillerteamet. Den samme løsning indgår i planerne for omorganisering af den kommunale ældrepleje i en anden

kommune, idet det er under overvejelse at flytte boligvisitation, terapeuter og sygeplejefunktion til bestillerenheden.

Visitatorerne er typisk rekrutteret fra kommunens hjemmepleje. De har tidligere varetaget visitationsopgaver som hjemmesygeplejersker og været knyttet til hjemmehjælpsdistrikter eller -grupper. Kun en af de fire kommuner har ansat visitatorer udefra, som er uden tidligere erfaring med hjemmepleje og visitation, samt delvis med en anden end sygeplejefaglig baggrund, nemlig ergoterapeut.

I forbindelse med oprettelse af bestillerenheden er visitatorerne blevet samlet et sted, hvor de således har mulighed for daglig kontakt og kommunikation⁷. Visitatorerne deltager desuden i erfaringsgrupper eller holder fælles møder internt, hvor de udveksler informationer og tager »vanskelige« enkeltsager op til diskussion med kolleger og lederen. En kommune deltager i et netværk med visitatorer fra nabokommuner, og derudover er en af visitatorerne medlem af et landsdækkende forum for visitatorer. Disse initiativer er eksempler på bestræbelser på at skabe grundlag for fælles praksis og på samtidig at lægge et niveau for visitationspraksis, som er i overensstemmelse med de politiske beslutninger i kommunen. Kommunernes repræsentanter vurderer, at visitationen er blevet mere synlig og ensartet i forbindelse med frit valg-ordningen.

Visitation til hjælp

I de fire kommuner er borgerne blevet informeret om frit valg-ordningen gennem artikler og annoncer i lokalaviser samt gennem foldere/blade fra ældreafdelingen. I den sammenhæng er der bl.a. blevet informeret om, hvem de godkendte leverandører er i kommunen. To af kommunerne har derudover valgt at sende et brev til samtlige modtagere af hjemmehjælp med information om muligheden for frit valg. Endvidere informerer to kommuner på deres hjemmesider.

En mere systematisk og personlig information om frit leverandørvalg finder sted, når den enkelte borger visiteres til hjælp. Visitation til hjemmehjælpsydelser sker i henhold til de standarder, som kommunen har fastlagt. Efter at visitatoren sammen med borgerne har »snakket igennem, hvad denne har brug for«, dvs. vurderet behovet for hjælp og ydelsernes karakter, fortæller hun om frit valg-ordningen, og hvem der er de mulige

leverandører af hjælp i kommunen. Endvidere fortæller visitatoren, at borgeren kan købe ekstra ydelser hos de private, men at dette ikke er muligt hos kommunen. Visitatoren udleverer materiale – i nogle kommuner brochurer, som de private selv har udarbejdet, i andre en folder, hvor alle leverandørerne har mulighed for kort at præsentere sig selv⁸. I enkelte kommuner udleveres derudover Socialministeriets pjece om frit valg og fleksibel hjemmehjælp (2004). Borgeren har mulighed for at studere materialet og meddele sit valg inden for en given frist (som regel et par dage). I forbindelse med visitation bliver borgeren informeret om, at han/hun altid har mulighed for at vælge om, dvs. at skifte leverandør, men at der er en opsigelsesperiode (på ca. en måned).

I tre af kommunerne er det et udbredt ønske blandt visitatorerne, at borgerne har en bisidder med til visitationssamtalen, fx et familiemedlem. En bisidder med kendskab til borgerens dagligdag kan støtte denne og komme med vigtige oplysninger, som danner baggrund for helhedsindtrykket af borgerens situation. Samtidig oplever visitatoren det som positivt, at borgeren har en anden samtalepartner end en visitator, som er repræsentant for en af leverandørerne (kommunen). I én kommune lægger visitatorerne ikke så megen vægt på, at der er en bisidder med til en visitationssamtale. De oplever ikke, at det sker ofte, selv om visitatorerne nævner for borgerne, at de har ret til at have en med. Nogle tager så måske deres nabo med, enkelte deres hjemmehjælper.

Generelt mener visitatorerne, at mange borgere godt ved, fx via dagspressen, at der er frit valg, og de har gjort sig nogle overvejelser. Men samtidig oplever visitatorerne, at borgere spørger til råds – enten hos visitatoren eller bisidderen. Princippet er, at visitatorerne ikke må anbefale, men de kan give råd om fx ikke at vælge forskellige leverandører til praktisk bistand og personlig pleje, hvis der er tale om komplekse plejeforløb. Visitatorerne vurderer, at det ikke er ualmindeligt, at borgere oplever valgsituationen som kompliceret og forvirrende. De har måske svært ved at overskue, hvad valget egentlig betyder. Hvis man ikke har forhåndsviden om de private leverandører, kan det være svært ud fra det foreliggende materiale at vurdere og prioritere mellem flere leverandører. Derfor er de fleste nok tilbøjelige til at vælge kommunen – især i det tilfælde, hvor borgeren har brug for omfattende hjælp, som forudsætter en tæt kontakt mellem hjælper

og sygeplejerske. Dertil kommer, at der er borgere, fx med hukommelsesproblemer eller eventuelt (begyndende) demenssymptomer, som har svært ved at forholde sig til en valgsituation.

Der er ifølge visitatorer en klar tendens til, at det er de bedst fungerende borgere, der reelt benytter sig af frit valg: *Jeg tænker meget det frie valg som et tilbud til de lidt bedre.* Det er fx borgere, der vil have mere rengøring, end kommunen kan visitere til, og som er villige til at betale for ekstra service. Det er også borgere, der har været trætte af at have mange forskellige hjælpere. Et væsentligt forhold er endvidere, om borgeren har kendskab til de private firmaer (fx gennem anbefalinger fra andre, eller fordi borgeren selv har brugt hjemmeservice, eller fordi han/hun kender en medarbejder i et privat firma). Svarene fra repræsentanter for de private leverandører er i høj grad i overensstemmelse med visitatorernes beskrivelse: *De ældre, som har lidt svært at huske og tænke klart, de tager nok kommunen.*

Der er forskellig praksis i de fire kommuner med hensyn til, hvordan borgere visiteres til hjemmehjælp i forbindelse med udskrivning fra sygehus. I en af kommunerne træffer borgeren valget af leverandør ved udskrivningen. I de tre andre kommuner etableres i første omgang akut hjælp fra den kommunale hjemmepleje, mens selve visitationen, hvor borgeren præsenteres for muligheden for at vælge mellem forskellige leverandører, finder sted, når situationen er stabil (typisk ca. 14 dage efter hjemkomsten).

Hvis der sker *større ændringer i borgerens behov*, foretages der en re-visitiation ved hjemmebesøg. I samtlige kommuner kan en mindre justering gøres administrativt, men ellers tager visitatoren på besøg. Hovedreglen er, at hvis der skal ydes ekstra hjælp, så bør det aftales med visitatorerne. Der er imidlertid en forskellig »smertegrænse« i de fire kommuner med hensyn til, hvor stor en ekstra opgave den private leverandør skal kunne bære fx i forbindelse med influenza eller anden kortvarig sygdom. En af kommunerne har en 14-dages-regel, hvor leverandøren ikke får ekstra honorering de første 14 dage, medmindre der er tale om en massiv ekstra indsats. I andre kommuner sker re-visitiation betydeligt hurtigere, og leverandøren kan få en midlertidig bevilling for den pågældende periode. I en af kommunerne bør leverandøren bære en uges tid (en sådan ekstra indsats er ifølge kommunen medregnet i timepriserne), hvorefter der vil ske re-visitiation. En kommune

opererer med akut tid, dvs. at leverandøren har mulighed for at skrive et akut opstået ressourcebrug på, så visitationen ikke bliver en flaskehals. Begrebet er dog ikke veldefineret, og det bliver måske justeret i forbindelse med indføring af et nyt omsorgssystem. I en kommune er hjælperne udstyret med ændringssedler, som skal udfyldes i samarbejde med borgerne, hvor de skal registrere, hvad de gerne vil have ændret og hvorfor. Indtil videre gælder denne praksis dog kun for de kommunalt ansatte, men den vil snart blive indført også i forhold til de private.

Flere repræsentanter for private firmaer synes, at det er svært at gennemskue, *hvordan valget af leverandør reelt finder sted*, herunder hvor grundig og systematisk information borgerne får om private leverandører. Flere private leverandører mener ikke, at de private konkurrerer på lige fod med kommunen ved visitation til hjemmehjælp. Lederen af et hjemmeservicefirma udtrykker det på følgende måde: *Visitationssygeplejersken kommer med en hel masse brochurer fra os private, men som kommunens repræsentant, og lægger en hel masse papirer ud til den gamle fru Jensen. Det er kun de mennesker, der er helt friske, der kan sige: Jamen jeg vil hellere have et privat rengøringselskab.* En anden privat leverandør siger: *Kommunen går nok ikke og reklamerer for de forskellige firmaer – det tror jeg ikke, at de gør.* En privat leverandør, som er godkendt i flere kommuner, har oplevet betydelige forskelle i visitatorenes måde at informere brugerne om frit valg på, herunder hvor systematisk og neutral information brugerne får.

Et andet aspekt, som de private leverandører kommenterer, er opgavernes omfang i forhold til den tid, der er til rådighed. De stiller spørgsmålet, hvordan kommunen kan klare de visiterede opgaver inden for den givne tidsramme, idet *vi ikke kan nå alt, de bliver visiteret til* – dette gælder især for plejeopgaver. For et andet firma har det været uklart, hvordan *støvsugning og gulvvask svarende til en toværelses lejlighed* skal fortolkes, når man er hos en bruger, der har et hjem på 150 m². Nogle private leverandører mener, at den udmålte tid til opgaverne inden for ældreplejen er strammere styret end på nogle andre områder, hvor de arbejder, fx på skolerne. De private leverandører, som ikke har tidligere erfaring med ældreplejen, er vant til at tage udgangspunkt i »kundens behov«, dvs. at opgaverne altid aftales med den enkelte bruger ud fra dennes ønsker. De ople-

ver, at den kommunale praksis er anderledes i og med, at hjemmehjælpsopgaverne defineres af visitatorerne ud fra en vurdering af, hvad det er muligt at bevilge: *Vi kender jo alle sammen [omfanget af] den hjælp, de ældre får i dag, den er jo under al kritik, ikk', men der er jo ikke flere penge fra staten eller fra kommunerne.*

Kontrol og styring af hjemmehjælpsopgaver

Kommunerne har ifølge lovgivningen myndighedsopgaven på området. Det vil sige, at alene kommunerne har kompetencen til at visitere til hjemmehjælpsydelser, og det er kommunernes opgave at sikre, at den tildelte hjælp bliver leveret, og at hjælpen er til den aftalte kvalitet (Lov om social service). Udarbejdelse af kvalitetsstandarder og leverandørkrav samt private leverandørers indtræden på markedet har sat større fokus på kontrol og kvalitet af hjemmehjælpsydelserne. Det er imidlertid forskelligt, hvilken form for kontrol og kvalitetssikring de fire kommuner har, eller overvejer at indføre, på hjemmehjælpsområdet. Dette fremgår også af de leverandørkrav, som kommunerne har udarbejdet (jf. afsnit 5.2).

Kun en af kommunerne er i gang med at gennemføre *tilsynsbesøg* hos hjemmehjælpsmodtagere på stikprøvebasis. Tilsynsfunktionen udføres af en sundhedsfaglig konsulent, som har den koordinerende funktion i forhold til bestillerteamet. En anden kommune vil ligeledes indføre et »stikprøvetilsyn«, og kommunen er ved at gennemtænke en konstruktion, som sikrer, at man ikke kommer til at kontrollere sig selv. Tilsyn forudsætter ifølge kommunen en klarere adskillelse i organisationen, end det hidtil har været tilfældet fx på institutionsområdet. De to øvrige kommuner har ikke et tilsynssystem; i disse kommuner ligger kontrol og kvalitetssikring i dag primært hos visitatorerne. Desuden synes der i de fire kommuner at herske forskellig holdning til, hvorvidt kontrol er vigtig. En af kommunerne nedprioriterer formaliseret tilsyn og kontrol og understreger i stedet, at kommunen har tillid til medarbejderne.

Visitatorerne har i alle fire kommuner en kontrolfunktion i forbindelse med *revisitation*, som finder sted minimum en gang om året og i øvrigt efter behov. Der er sket en opstramning og synliggørelse af visitationsfunktionen i forbindelse med frit valg-ordningen, og kommunerne har haft behov for flere revisiteringer end tidligere. Således konstaterer en kommunal visi-

tator, at vi har mange brugere, der har brug for [visitation] mange gange i løbet af et år. I en af kommunerne har man i forbindelse med frit valgordningen systematisk revisiteret alle. En af kommunerne har en særlig opfølgingspraksis i forhold til nye hjemmehjælpsmodtagere, som går ud på, at visitatoren i den første tremåneders periode flere gange er i kontakt med borgerne for at høre, om de får den aftalte hjælp, og om de er tilfredse med kvaliteten af hjælpen. I en anden kommune sender visitatoren et skema med spørgsmål om eventuelle ændringer i borgerens behov til leverandøren en gang om året inden revisitering.

En måde at få overblik over hjælpens omfang og kvalitet på er *brugerundersøgelserne*. Ingen af de fire kommuner har (endnu) gennemført sådanne undersøgelser blandt brugerne. To af kommunerne har gjort det på forsøgsbasis enten i et distrikt eller i forhold til et bestemt tema som madordning. En af kommunerne havde forberedt et spørgeskema, som skulle sendes til brugerne, men de fik ikke en bevilling til at realisere planen. En af kommunerne har gjort sig overvejelser om en brugerundersøgelse, som bygger på interview ud fra den betragtning, at de »svage« brugere ikke vil komme til orde gennem en spørgeskemaundersøgelse. Kommunens repræsentanter understreger, at det er den svage gruppe, som skal høres, da de til forskel fra de stærke ældre ikke selv henvender sig til kommunen.

Samtlige fire kommuner nævner *kontaktbogen* (samarbejdsbogen) hos den enkelte borger og *borgeren selv* som vigtige informationskilder med hensyn til opfølgning af hjælpens kvalitet. Kontaktbogen er ment som kommunikationsredskab mellem visitatorer og leverandører, men det synes at være forskelligt, hvordan den benyttes. Ifølge kommunerne noterer de private mere systematisk (ofte samtlige besøg) end de kommunalt ansatte, som ikke altid synes at følge pligten til at notere afvigelser fra den aftalte hjælp, eller hvis ydelser bliver byttet til noget andet i henhold til fleksibel hjemmehjælp. I den sidste ende ligger kontrollen hos den enkelte borger, da denne altid har mulighed for at henvende sig til kommunen. Visitatorerne i de fire kommuner har den overbevisning, at hvis ydelserne, som de private leverer, ikke er i orden, så vil kommunen få det at vide fra borgerne. Borgerne er informeret om, hvem de skal kontakte, hvis de er utilfredse.

Selv om kvalitetskontrol synes at være kommet mere i fokus i kommunerne, har der hidtil kun i mindre grad været særlige initiativer til at føre kontrol med de *private leverandører*. En kommune har gjort et forsøg med kontrolskemaer i forhold til private leverandører, men det har vist sig uoverskueligt at bruge den indsamlede information i praksis, idet skemaerne blev udfyldt på døgnbasis. En anden kommune bruger ændringsskemaer, hvor de kommunale hjemmehjælpere rapporterer om ændrede behov til visitatorerne, og de vil overføre denne praksis også til at gælde for de private. Desuden mener kommunerne, at de har mulighed for løbende at føre kontrol med de private firmaer gennem faktureringen.

Ifølge kommunernes repræsentanter vil det være urimeligt at kræve, at de private virksomheder skal bruge et omsorgssystem – bl.a. fordi de private ofte opererer i flere kommuner, og forskellige kommuner har taget forskellige systemer i anvendelse. (Dette synspunkt afviger for et par kommuners vedkommende fra de skriftlige leverandørkrav). De private leverandører har ikke adgang til kommunernes omsorgssystemer, og i øvrigt fungerer de p.t. heller ikke tilfredsstillende i forhold til de behov, som kommunerne selv har (fx beregning af midlertidig hjælp). Det vil sige, at frit valg-ordningen har ændret kravene til omsorgssystemer, og nogle kommuner har taget initiativ til at skaffe et nyt, mere tidssvarende system.

Vedrørende den *kommunale leverandør* oplever nogle kommunale ledere et behov for mere styring, end det er tilfældet i øjeblikket. En kommunal leder udtrykker det således, at *nogle levn fra tidligere skal fjernes* – fx at medarbejderne selv administrerer justeringer af hjælpen internt i hjælpergrupperne uden at kontakte visitationen. I den forbindelse fremhæves det, at omstillingen bør ske gennem dialog og kommunikation mellem visitatorerne og områdekoordinatorer i den kommunale hjemmepleje. Det er en forventning, at de sidstnævnte gennem en sådan dialog vil få en bedre forståelse for visitatorernes arbejde.

Kommunikation og samarbejde mellem leverandører og kommunen

Generelt mener såvel repræsentanter for kommuner som private leverandører, at samarbejdet mellem kommunen og de private leverandører fungerer godt. De fleste private leverandører synes, at kommunen klart har kommu-

nikeret ud, hvilke krav de stiller til de private leverandører. Det udelukker dog ikke, at de private leverandører kan have forskellig opfattelse af, om vilkårene for deres arbejde er rimelige, dvs. forholdet mellem opgaver og den afsatte tid og pris. Nogle private leverandører synes fx at være i tvivl om, hvorvidt priserne handler om såkaldt ansigt til ansigt-tid, hvori kørselstid ikke indgår.

Det var vigtigt for kommunerne, at de leverandørkrav, der blev udformet, svarede til kravene til den kommunale hjemmepleje. Således skal de private leverandører kunne dokumentere, at de kan leve op til de standarder, som blev udarbejdet ud fra status for den kommunale hjemmepleje. Kommunerne forudsætter bl.a., at de private leverandører skal være i stand til at yde personlig pleje døgnet rundt.

Alle fire kommuner har i opstartsfasen arrangeret *informationsmøder*, hvor alle godkendte leverandører blev indkaldt – dvs. både de private leverandører og den kommunale hjemmepleje. Tre af kommunerne har fortsat denne praksis. Møderne er blevet holdt på ledelsesplan, og de har handlet om information og erfaringsudveksling samt efter behov kommunikation om enkeltsager. Nogle kommuner har oplevet en nedadgående interesse fra de private leverandørers side for at deltage i fælles møder. I startfasen afholdt nogle kommuner derudover møder alene med den kommunale leverandør for at informere hele personalet om den nye ordning.

En anden type samarbejde mellem de private leverandører og kommunen finder sted om de *enkelte brugere*. Der er fra kommunernes side formuleret retningslinjer, som forpligter de private leverandører til at give en tilbagemelding om eventuelle ændringer i borgernes behov (jf. også afsnit 5.2 om leverandørkrav). I nogle kommuner er der brugt tid på sammen med leverandørerne at gennemgå, hvad leverandørerne skal reagere på. En kommunal leder siger: *Vi har gjort det tydeligt for leverandørerne, at det påhviler dem at gøre os opmærksom på ændringer, når det går nedad eller opad. Visitator kan kun måle øjeblikbilledet, så det er vigtigt, at vi hører om de ændringer, der vil komme.* I andre kommuner har dette ikke været i fokus, hvilket kom frem ved, at nogle private leverandører var i tvivl om, hvornår der er tale om en »kritisk« situation, som de skal reagere på. Dette er situationen til trods for, at de kommunale repræsentanter understreger, at de har opfordret leverandørerne til »hellere at ringe til sygeplejerskerne en

gang for meget«. En forklaring herpå kan være, at de private leverandører, som udelukkende yder praktisk bistand, i meget begrænset omfang møder de svageste brugere, eller at de vil vise, at de har styr på opgaven. Men på den anden side har også de private leverandører, der alene yder praktisk hjælp, stødt på dette problem.

Kommunikationen mellem bestillerenheden og de private leverandører foregår begge veje typisk pr. fax eller telefon. Kommunikationen omkring fakturaer og igangsættelse af hjælpen hos en ny bruger er i det store og hele gået »fuldstændig gnidningsløst«. Forpligtelsen til at rapportere afvigelser i samarbejdsbogen har ligeledes for de privates vedkommende fungeret på en tilfredsstillende måde (jf. tidligere).

I samtlige fire kommuner har de private leverandører *i princippet* mulighed for at bruge ekspertise fra kommunen – herunder at konsultere en sygeplejerske eller en ergoterapeut, eller at rekvirere hjælpemidler. I de tilfælde, hvor et privat firma yder personlig pleje, står firmaet selv for sygeplejedydelser mv., men det har fortsat mulighed for at konsultere sygeplejersker i kommunen om eventuelle specifikke problemer. I en kommune står det i visitatorernes stillingsbeskrivelse, at de har til opgave at undervise leverandørers personale, men der har ikke været ønsket om det.

Indtil videre er erfaringsgrundlaget til at bedømme, hvordan samspillet fungerer *i praksis*, meget begrænset, bl.a. fordi de private leverandører hovedsagelig har brugere, hvor en sygeplejefaglig ekspertise ikke har været aktuel. Ifølge en kommunal leder er det *svært at tale om praksis med så få brugere, og fordi der er mange ting, der ikke er aftalt om de daglige ting endnu*. En visitator – vel at mærke fra en kommune, som har haft særdeles gode erfaringer med plejeforløb hos et privat firma – udtrykker sin tvivl på følgende måde: *Vores private leverandører har haft et utrolig godt samarbejde med visitatorerne, men hvis de skal have fat i hjemmesygeplejerskerne eller hjælpemidler, ved jeg ikke helt, om de ved, hvem de skal have fat i. Der er den kommunale leverandør skolet i systemet*. Det er kommunernes erfaring, at de private leverandører, der har medarbejdere, som kender den kommunale hjemmepleje og dens personale bl.a. gennem tidligere ansættelse, henvender sig oftere end andre.

Organisering i en bestiller- og udførerenhed synes at opsplitte ekspertise og muligheder for uformel kommunikation om en borger. En visitator

beskriver dilemmaet mellem principper og virkelighed på følgende måde: *Vi fortæller altid brugerne, at det ikke har nogen betydning, hvem de vælger, for det skal opfylde kommunens kvalitetskrav, og den kontakt, der skal være mellem sygeplejerske og hjælper, skal være den samme, men det er selvfølgelig ikke helt det samme som, at de mødes ude på gangen og lige kan tale sammen. Det er den uformelle kommunikation, der samler op på mange ting.* Ud fra disse betragtninger har flere visitatorer visse bekymringer for, hvordan samarbejdet vil fungere i tilfælde af komplekse plejeforløb, som kan forventes at stille de største krav til samarbejde og faglig ekspertise.

Medarbejdernes kvalifikationer og rekruttering

Et væsentligt aspekt ved den nye organisering er, hvordan den eventuelt vil påvirke medarbejdernes kvalifikationer og rekruttering af medarbejdere til hjemmehjælpsområdet. Erfaringerne bygger på en kort tidsperiode, og for de private leverandørers vedkommende bygger de primært på interview af ledere af (hjemmeservice)firmaer, som er godkendt til praktisk bistand – dvs. at vi ikke har kortlagt emnet fx ved interview med medarbejdere. Der kan alligevel ses visse tendenser på grundlag af de foreliggende interview.

Kommunerne forudsætter, at ansatte hos de private leverandører opfylder de samme uddannelsesmæssige krav som personalet hos den kommunale leverandør (jf. også afsnit 5.2). Kvalifikationskravene er formuleret således, at de ansatte skal have kvalifikationer »svarende til hjemmehjælper« (bortset fra ferieafløser, fordi også kommunerne ansætter ikkeuddannet personale i ferieperioder). Flere private leverandører angiver, at de »omtrent« har den samme medarbejderprofil som kommunerne. De har bl.a. rekrutteret personale, som tidligere har været ansat som hjemmehjælper, gruppeledere eller sygeplejersker. Det tyder imidlertid på, at andelen af fx social- og sundhedshjælpere varierer en hel del, og at den er lavere sammenlignet med kommunerne. Det gælder især for de private leverandører, der alene er godkendt til praktisk bistand. Nogle af disse firmaer har næsten udelukkende personale, som alene har taget kortere AMU-kurser. De private leverandører, der er godkendt til personlig pleje, har ansat sygeplejersker i henhold til kravene fra kommunerne. Det er et åbent spørgsmål, hvordan kommunerne kan, og hvorvidt de i praksis ønsker at kontrol-

lere, om de uddannelsesmæssige krav er opfyldt hos de private leverandører. Nogle kommunale repræsentanter vurderer, at det er en meget vanskelig opgave på længere sigt, fordi der vil ske ændringer i de private firmaers medarbejdersammensætning, når de rekrutterer nye medarbejdere.

De private leverandører oplever det klart som positivt, at de har kunnet rekruttere personale med tidligere erfaring med ældrepleje. Det, som tiltrækker social- og sundhedspersonale til private firmaer, er ifølge leverandørerne, at medarbejderne får faste brugere, og at de har mere varierede opgaver i den forstand, at det ikke alene er opgaver inden for ældreplejen, når det drejer sig om praktisk bistand. Det er et åbent spørgsmål, hvor stor en mobilitet og dermed erfaringsudveksling der vil være i fremtiden mellem kommunerne og de private leverandører.

De private leverandører synes til dels at bruge andre ansættelseskriterier end kommunerne. Således ansætter et firma alene »modne damer«, dvs. firmaet kræver en minimumsalder på 35 år til opgaver i ældreplejen. Nogle private firmaer nævner, at de i kraft af deltidsansatte har mulighed for at være mere fleksible end kommunen i forhold til tidspunktet for hjælp. På denne måde signalerer de private leverandører, at de imødekommer brugernes individuelle ønsker. Men det kan diskuteres, hvor hensigtsmæssig denne ansættelsespolitik er på længere sigt – herunder, hvor attraktivt vil området med ovennævnte ansættelsesvilkår være for medarbejdere, og hvordan kan udviklingen af medarbejderens kvalifikationer sikres, når der er mange deltidsansatte? De private leverandører synes at lægge mere vægt på brugernes krav om fleksibilitet og service end på medarbejdernes arbejdsvilkår og muligheder for kvalificering på eget arbejdsområde.

De private firmaer er som arbejdspladser forskellige fra de kommunale leverandører, der har en lang tradition på området, og som repræsenterer erfaring og arbejdsdeling, hvor forskellig ekspertise og såvel uddannelse af nye medarbejdere som efteruddannelse af det nuværende personale er indbygget i organisationen. I denne henseende har de private leverandører store udfordringer foran sig. Der er et eksempel på, at et privat hjemmeservicefirma har en sygeplejerske til at undervise medarbejderne, men det er ikke tydeligt på baggrund af interviewene, i hvilken grad de private leverandører er indstillet på at investere i uddannelse og faglig ekspertise. Der er tegn på, at de private leverandører prioriterer at maksimere såkaldt an-

sigt til ansigt-tid hos brugerne, hvilket bl.a. betyder begrænset tid til at deltage i møder og uddannelse. Det vil sige, at brugernes ønsker (og virksomhedens økonomi) igen synes at veje tungere end hensynet til at vedligeholde og udvikle medarbejdernes kvalifikationer. De private leverandører synes at være presset både af brugerne og af de økonomiske vilkår. I forhold til kommunerne, som har stordriftsfordele med mange ansatte inden for ældreplejen, kan det være svært især for de mindre firmaer at investere i medarbejdernes uddannelse. Samtidig udgør de private firmaer ofte meget begrænsede faglige miljøer med få kontakter med social- og sundhedsområdet. På denne baggrund er det relevant at stille følgende spørgsmål: Hvordan vil medarbejdernes kompetencer udvikle sig i de private firmaer på længere sigt? Vil begrænsede muligheder for faglig refleksion og udvikling have betydning for, om personalet på social- og sundhedsområdet oplever private leverandører som attraktive arbejdspladser?

Nogle kommunale repræsentanter vurderer, at konkurrencen mellem kommunal og privat er på service, og at det er servicen, medarbejderne i kommunerne i højere grad burde være orienteret mod: *Frit valg har sat skub i den kommunale hjemmepleje – udvikling, nytænkning og kvalitets sikring. Den har givet nye udfordringer og forhåbentlig bedre service. Andre mener derimod, at de kommunale [medarbejdere] har taget konkurrencen meget afslappet. Man har fra starten været ret sikker på, at man ikke kunne udkonkurreres. De har haft den holdning, at der ikke var nogen, der kunne levere en bedre service, så det har ikke påvirket deres arbejde. Der er enighed blandt de kommunale ledere om, at de kommunale medarbejderes profil er blevet tydeligere – bl.a. at de har erfaring og velafprøvede arbejdsgange især i forhold til kerneydelsen, nemlig personlig pleje. En kommunal leder forudser, at udviklingen går mod mere specialiserede opgaver: *Afdelingen satser på den personlige pleje, og så gør det egentlig ikke noget, hvis man ikke har den praktiske bistand. Det er vigtigst at være god til kerneydelsen, og det er brugerne også mere trygge ved. Det er en sund og naturlig udvikling, at disse ydelser skilles ad.**

Nogle kommunale repræsentanter er, selv om de hilser konkurrencen velkommen, bekymrede for, at den nye organisering kan føre til en nedprioritering af nogle af de socialpolitiske principper, som medarbejderne i kommunerne er skolet i. Fx er hjælp til selvhjælp-princippet og dermed ak-

tivering af borgernes egne ressourcer et vigtigt princip for ansatte i kommunerne (jf. også afsnit 5.2), men der hersker tvivl om, hvorvidt det bliver fulgt især af private leverandører, som kommer fra hjemmeserviceområdet, og som derfor ikke har krav om at ansætte sundhedsfagligt personale. I den sammenhæng er det tydeligt, at hjemmeservicefirmaerne har et anderledes udgangspunkt for arbejdet, som betoner servicehensyn ud fra de ønsker, som de enkelte brugere giver udtryk for, hvilket kan komme i konflikt med de principper og værdier, som kommunerne har for arbejdet. Medarbejderne i et privat firma er i et dilemma, hvis de skal arbejde på forskellig måde alt efter, om de udfører de »kommunale« opgaver eller opgaver, som brugeren selv betaler for som tilkøbsydelser. Men kommunerne kan også støde på problemer med at omsætte hjælp til selvhjælp-princippet til praksis – i den sidste ende kan konsekvensen være, at brugerne vælger en privat i stedet for en kommunal medarbejder: *I serviceloven ligger det indlejret, at man selv er ansvarlig for at gøre det, man kan. ... Men målene kan kun sættes med brugerens accept, ellers når vi det aldrig. Vi kunne frygte, at brugerne vælger det, der ikke stiller de store pædagogiske krav.*

Uafhængigt af, om der vil ske en arbejdsdeling mellem den kommunale leverandør og de private leverandører, som går ud på, at kommunerne har mere specialiserede plejeopgaver, har indførelse af frit valg-ordningen konsekvenser for de kommunalt ansattes arbejdsvilkår.

De kommunalt ansatte har fået frataget kompetence og frihedsgrader i deres arbejde i forbindelse med oprettelse af en separat bestillerfunktion, som betyder øget styring af hjemmehjælpsopgavernes udførelse. Det er et væsentligt spørgsmål, hvilke konsekvenser denne udvikling på længere sigt har for personalets kvalifikationer og motivation samt for rekruttering af personale til hjemmehjælpsområdet.

5.4 Brugernes valg af leverandør

Dette afsnit er baseret på interview med brugere af praktisk bistand og nogle få af personlig pleje i de fire udvalgte kommuner. Interviewene er blevet gennemført i brugernes eget hjem. Der blev i interviewet lagt vægt på at belyse brugernes kendskab til og holdning til valgmulighederne og til leverandørerne i forhold til at kunne træffe det konkrete valg. Der blev i inter-

viewene også spurgt til de konkrete ydelser, som brugeren modtager, brugers forventninger til kvaliteten, og hvorvidt disse er blevet indfriet. Det centrale formål med interviewene har været at kortlægge, hvilke holdninger samt hvilken viden og erfaring der har ført frem til de interviewedes valg af leverandør.

De interviewede

De kriterier, de interviewede er udvalgt efter, giver mulighed for at beskrive brugernes valg ved revisitation og ikke blot ved nyvisitation. Der er blandt de 19 interviewede tre, der modtager personlig pleje fra en kommunal leverandør, og én, der modtager personlig pleje fra en privat leverandør. De øvrige 15 modtager udelukkende praktisk bistand.

Tabel 5.2 Nyvisiterede og revisiterede interviewpersoner fordelt på leverandørtype

	Nyvisiterede	Revisiterede	I alt
Kommunal leverandør	4	3	7
Privat leverandør	6	6	12
I alt	10	9	19

Det er et markant træk blandt de interviewede brugere, at syv af dem har været selvstændigt erhvervsdrivende (herunder landmand/kvinde). En anden hovedtendens er, at over tre fjerdedele af de interviewede bor i eget hus eller i rækkehus. 14 af de interviewede bor alene, og størstedelen er aldersmæssigt i 80'erne med enkelte yngre og ældre. Det skal understreges, at de interviewede ikke kan betragtes som repræsentative for alle brugere i de fire kommuner, og at deres valg heller ikke kan siges at repræsentere alle brugeres valg. Interviewene kan imidlertid give en indsigt i forskellige mekanismer og bevæggrunde ved brugernes valg af leverandør.

Valg af leverandør

Vægten er i det følgende lagt på at fremdrage forskellige typer oplevelser og forløb ved leverandørvalget, og derfor er nyvisiterede og revisiterede holdt adskilt.

Brugernes viden og valgsituationen

De *nyvisiterede* beretter om forskellige slags kilder til deres viden om muligheden for frit valg af leverandør. De fleste nævner at have hørt om det frie leverandørvalg gennem pressen – især avisen. Enkelte angiver at have hørt om det via familie, venner og bekendte, men disse synes i større udstrækning at have været en kilde til viden om konkrete leverandører og deres kvaliteter. Nogle interviewede har fået oplysninger om både ordningen og de konkrete leverandører ved besøget af kommunens visitator ved visitation til hjælp, og med en enkelt undtagelse har alle fået udleveret informationsmateriale om de forskellige leverandører og om ordningen som sådan af kommunen. Visitator har fortalt om brugernes mulighed for at vælge, og hvordan dette praktisk kunne foregå. I enkelte tilfælde har visitator også fortalt om de enkelte leverandører, der kunne vælges imellem. Endelig har kilden til viden om ordningen været det hjemmeservicefirma, som nogen i forvejen benyttede sig af, og som nu har videreført ydelsen som privat leverandør af praktisk bistand og som tilkøbsydelse.

Der er forskel på, hvordan de nyvisiterede har oplevet valgsituationen, men generelt har de ikke oplevet, at det var vanskeligt at skulle vælge, hvilken leverandør de ville anvende, selvom der synes at have været stor forskel på, hvilken information om og kendskab til leverandørerne der har ligget til grund for valget. Fem af de ti nyvisiterede har haft konkrete erfaringer med den leverandør, de har valgt. Erfaringerne består fx i, at nogle har haft hjemmeservice fra det firma, de har valgt, andre har fået hjælp fra den kommunale leverandør i en periode efter udskrivning fra sygehus. Andre har valgt på et tyndere grundlag, idet én ikke vidste, at hun kunne vælge kommunen, og valgte leverandør ud fra et billede i informationsmaterialet, mens én oplevede, at valget blev truffet af en bisidder ved visitationen. Valget kan også bero på mere personlige relationer, for én har valgt et firma, hvor hendes egen datter er blevet hendes kontaktperson.

Blandt de *revisiterede* brugere er det primært de brugere, der har foretaget et omvalg, der kan siges at have foretaget et egentligt valg. De brugere, der har fået hjælp fra den kommunale leverandør, og som ikke har ændret på dette efter indførelsen af det frie leverandørvalg, har ikke nødvendigvis haft viden om eller forholdt sig til ordningens eksistens. Brugere,

der har været gennem en visitation efter indførelsen af ordningen, er derimod blevet konfronteret med valget mellem leverandører.

De fleste af dem, der har haft den kommunale leverandør, men som nu har valgt en privat, har selv aktivt taget kontakt til kommunen for at skifte til en privat leverandør. Deres valg er derfor foretaget på baggrund af kendskab til ordningen gennem aviser, tv, bekendte og det udsendte informationsmateriale. En kilde til viden om private leverandører har i et par tilfælde været en kommunalt ansat hjælper, som de kendte, der har skiftet til en privat leverandør. Et par stykker skiftede til en privat leverandør ved re-visitationen, og den ene valgte – uden yderligere kendskab til de forskellige leverandører – den leverandør, der optrådte med billede af det ansatte personale.

De tre interviewede, der havde hjemmehjælp inden ordningens indførelse og fortsat har den kommunale leverandør efter dette, har ikke været gennem re-visitationen, og de har derfor ikke været i en situation, hvor de har skullet forholde sig til andre leverandører. De var alle bekendt med ordningen via pressen og bekendte, mens kun to var opmærksomme på det udsendte informationsmateriale. Den interviewede, der ikke kendte kommunens informationsmateriale, mente ikke, at hun var blevet informeret fra kommunen om, at hun havde ret til at vælge en anden leverandør, selv om hun allerede havde den kommunale. De havde intet kendskab til de private leverandører.

Bevæggrunde for valg og valgkompetence

De forskellige overvejelser og afvejsninger, brugerne har lagt til grund for deres valg af leverandør, beror på, om de er ny- eller revisiterede, og på det kendskab, de har haft til leverandørerne. I det følgende gennemgås de forskellige typer bevæggrunde, brugerne har haft, og deres oplevelse af kompetence i forbindelse med valget.

Blandt de *nyvisiterede med privat leverandør* havde nogle på forhånd købt ydelser af en privat leverandør af hjemmeservice, og de er fortsat med at benytte dette firma, efter de er blevet visiteret til hjælp, og kommunen er indtrådt i en del af betalingen. De oplever, at deres kompetence til at vælge har været ret høj. Meget få taler om tvivl i forbindelse med at vælge leverandør, fordi de har haft erfaringer at bygge på.

Disse brugeres holdning til den kommunale leverandør er noget blandet. To interviewede angav direkte at have hørt dårligt om eller have haft dårlige oplevelser med den kommunale leverandør. To andre angav blandet positiv og negativ omtale af den kommunale leverandør, mens to ikke opfattede den kommunale leverandør som kvalitativt anderledes end den private leverandør, de havde valgt.

Muligheden for tilkøb er af stor betydning for disse interviewede, idet to har valgt at beholde deres private leverandør for at få samme leverandør ved tilkøb, og én har haft som eneste bevæggrund, at hun ønskede muligheden for tilkøb.

Blandt de fire *nyvisiterede med kommunal leverandør* havde to fået tildelt akut hjemmehjælp i forbindelse med en udskrivning fra sygehus, hvorefter den akutte hjælp er blevet til permanent hjælp. For begge var det den kommunale leverandør, der varetog den akutte hjælp, så da de senere skulle vælge selv, oplevede de den kommunale leverandør som et naturligt valg. En tredje bruger angav at have valgt den kommunale leverandør, fordi alle hendes bekendte havde kommunal hjemmepleje, og hun synes, det var mest trygt og naturligt at benytte denne leverandør. Den sidste nyvisiterede med kommunal leverandør havde truffet dette valg, fordi hun manglende kendskab til de forskellige leverandører. Da hun ikke kendte nogen af leverandørerne, havde hun mest tillid til, at kvaliteten var i orden, og at personalet var kvalificeret hos den kommunale leverandør. Alle fire nyvisiterede med kommunale leverandør beskriver i større eller mindre udstrækning en art automatik i valget, idet det enten var naturligt, gik af sig selv eller var det mest tillidsvækkende, uanset at de ikke havde viden om denne eller andre leverandører.

I forhold til valgkompetence angiver denne brugergruppe enten at have valgt på baggrund af deres viden om leverandøren, eller fordi de opfatter det som det naturlige og trygge valg, idet det altid har været kommunen, der leverede disse ydelser. Denne opfattelse af den kommunale leverandørs kvaliteter baseres i nogen udstrækning på oplysninger fra bekendte, men også på en opfattelse af kommunen som garant, for at personalet er dygtigt og er blevet kontrolleret inden ansættelsen. Valgkompetencen opleves som ganske stor blandt disse interviewede, men de angiver muligheden for tilkøb som en kilde til tvivl om, hvilken leverandør de skulle vælge.

Blandt de *revisiterede med privat leverandør* angiver alle, at deres primære bevæggrund til at skifte fra den kommunale var en lav eller faldende kvalitet af den kommunale leverandørs ydelser. For nogle af disse er det længere tids utilfredshed, der først har kunnet komme til udtryk ved indførelsen af ordningen, mens andre har oplevet et pludseligt fald i kvaliteten i forbindelse med forandringer i ydelse eller organisering hos den kommunale leverandør. Utilfredsheden med den kommunale leverandørs kvalitet bunder i en stor udskiftning i personalet og et stort antal forskellige personer, der deltes om at udføre opgaverne i det enkelte hjem. Herudover peger nogle brugere på de kommunalt ansattes manglende effektivitet og kvalitet i forhold til rengøring samt på manglende præcision i forhold til leveringstidspunktet og mødestabilitet. Det bliver påpeget, at det ikke er de konkrete personer, der er problemet, men derimod de rammer, den kommunale leverandør giver dem. Det bliver dog også nævnt, at der er problemer med personalets kvalifikationer. En enkelt interviewet har været utilfreds med den kommunale service i forbindelse med boligændringer og hjælpemidler og har blandt andet derfor skiftet leverandør.

For nogle har tilvalget forekommet ligetil, da de har valgt den leverandør, de havde konkret kendskab til. Andre havde ikke erfaring med eller kendskab til nogen af de private leverandører, og har ikke lagt så meget vægt på, hvilken leverandør de valgte, men derimod på at fravælge den kommunale leverandør. Brugere, der har foretaget et fravalg, oplever ikke selv, at de har haft vanskeligt ved at vælge en ny leverandør, uanset om de kender den leverandør, de har tilvalgt.

De tre interviewede, der har *fastholdt den kommunale leverandør* efter indførelsen af det frie leverandørvalg, vurderer, at den kommunale leverandørs ydelser er af en tilfredsstillende kvalitet. Én var ikke helt klar over, at hun faktisk kunne vælge en anden leverandør, men havde ingen interesse i det, da hun blev informeret om det. De to andre var klar over valgmuligheden, men følte sig mest trygge ved den kommunale leverandør. Det er værd at bemærke, at to af brugerne svarer nej til at kunne finde på at skifte leverandør, men de angiver at være interesseret i muligheden for tilkøb. Disse brugere synes altså at have en opfattelse af valget som mindre betydningsfuldt. De har allerede et godt kendskab til den leverandør, de benytter,

og oplever ikke noget, der kunne tilskynde dem til at vælge om og dermed risikere at få en dårligere kvalitet.

Erfaring med leverandør

Brugerne blev spurgt om deres tilfredshed med kvaliteten af den leverandør, de har valgt, og om denne levede op til de forventninger, de havde ved valget.

For de *nyvisiterede* er erfaringerne primært baseret på den ene leverandør, de har valgt ved visitationen til hjælp. Enkelte har erfaringer med leverandøren som hjemmeservicefirma inden visitationen, og andre har hørt om den kommunale leverandør fra pårørende/venner eller har egne oplevelser ved midlertidig hjemmehjælp. Der udtrykkes konsekvent tilfredshed med de private leverandører.

En primær kvalitet, som alle undtagen en enkelt med *privat leverandør* fremfører, er, at der kommer én fast person og udfører arbejdet. Der er enkelte, der har oplevet at have en afløser, eller at en medarbejder er skiftet ud, men kun én har flere forskellige hjælpere, der kommer i hjemmet. Det, at der kommer en fast person, beskrives som en kvalitet, der både skaber tryghed hos brugeren og medfører en forøgelse af kvaliteten af det udførte arbejde. Tilfredsheden gælder også kvaliteten af arbejdet, der beskrives som god, den korte tid, der er afsat til arbejdet, taget i betragtning. Herudover er der to interviewede, der påpeger, at personalet er villigt til at gå langt i forhold til arbejdsstillinger og lignende sammenlignet med de kommunalt ansatte, de har kendskab til.

De brugere, der tidligere har fået hjemmeservice gennem den private leverandør, angiver tilfredshed med den medarbejder, der har udført arbejdet, og det har været dennes kvalifikationer, der her fået dem til at vælge firmaet – i kombination med muligheden for tilkøb. En enkelt påpeger, at den private leverandør medbringer egne redskaber, så den interviewede ikke behøver at have disse stående.

De nyvisiterede med *kommunal leverandør* er tilsvarende også tilfredse med kvaliteten af den ydelse, de får. De oplever, at personalet er dygtigt og effektivt inden for den afsatte tid. De har ikke erfaringer med private leverandører, men har en formodning om, at den kommunale leverandør er bedre end de private, fordi den er kommunal. Der udtrykkes dog interesse

for tilkøbsmuligheden og nogen ærgrelse over, at denne ikke findes hos den kommunale leverandør. I forhold til medarbejderne udtrykkes der også tilfredshed. Opgaverne synes at blive varetaget af lidt flere forskellige, idet det kun er den samme »det meste af tiden«, og en enkelt har fire forskellige hjælpere. Det er dog kendetegnende for disse brugere, at dette ikke er kilde til utilfredshed med kvaliteten. En enkelt udtrykker dog håb om at kunne fortsætte med at have den samme faste person fremover.

5.5 Økonomiske konsekvenser

Dette afsnit handler om, hvorvidt kommunernes opbygning af frit valg-ordningen peger i retning af, at omkostningerne til praktisk og personlig hjælp øges eller formindskes. Hvilke forhold trækker i retning af højere omkostninger og hvilke forhold i retning af lavere omkostninger i de kommuner, der har valgt godkendelsesmodellen?

Der gennemføres ikke egentlige økonomiske effektanalyser, men økonomiske ræsonnementer med grundlag i informationer dels fra fritvalgsdatabasen, dels fra interview af nøglepersoner i de fire udvalgte kommuner og interview af repræsentanter for leverandører. Når det handler om udviklingen i kommunernes udgifter til området, skal man være opmærksom på, dels at kommunerne på interviewtidspunktet kun havde haft erfaringer fra en begrænset periode og med få brugeres valg af privat leverandør, dels at andre forhold end det frie leverandørvalg, og hvad deraf følger, kan have haft indflydelse på udgiftsudviklingen. Frit valg af leverandør bygger således på nogle elementer, som gradvis er blevet indført i de seneste år fx formulering af kvalitetsstandarder og en opdeling af den kommunale hjemmepleje i en bestiller- og en udførerfunktion. Det kan derfor være vanskeligt for kommunerne at isolere de økonomiske konsekvenser af frit valg-ordningen.

Chancer for økonomisk gevinst

Som nævnt i kapitel 2 må mulighederne for at opnå en direkte økonomisk gevinst som følge af frit leverandørvalg med en godkendelsesmodel anses for begrænsede, idet private leverandører leverer til samme pris og på samme vilkår som kommunen. Selv om private virksomheder kan levere ydel-

serne med en højere produktivitet fx ved at udføre de bevilgede ydelser på kortere tid end forudsat, vil gevinsten herved ikke tilfalde kommunen, men den private virksomhed. Spørgsmålet er imidlertid, om der kan opnås en gevinst i form af, at konkurrencen fra private leverandører øger produktiviteten i den kommunale hjemmepleje.

I en fuldt udviklet ordning må det forudsættes, at den kommunale hjemmepleje aflønnes på samme måde som private leverandører, nemlig i forhold til de ydelser, den leverer til brugere, der har valgt den kommunale hjemmepleje. Hjemmeplejen må således afpasse ressourceforbruget til sine indtægter fra bestillerenheden. I forhold til en situation, hvor hjemmeplejen arbejder med en rammebevilling, vil det give en usikkerhed med hensyn til størrelsen af de faktiske indtægter, hvilket kunne få ledelsen til at handle forsigtigt i forhold til, hvor meget personale der ansættes.

Dertil er det ikke kommet i de fire kommuner, hvor hjemmeplejen stadig arbejder under en budgetramme, og der sker ikke en løbende afregning i forhold til leverede ydelser. Endvidere er »kundeafgangen« til private virksomheder så beskeden, at det kun har marginal betydning for den kommunale hjemmeplejes ressourcer. Der er dog i kommunerne en opmærksomhed på, at konkurrencen kan få konsekvenser for den kommunale hjemmeplejes ressourcer:

Den kommunale hjemmepleje er blevet frataget nogle frihedsgrader, de før havde til bare at justere hjælpen. Det andet er, at de kommer i en konkurrencesituation. Det har man skullet lære at forholde sig til på en ordentlig måde. Jeg er ikke sikker på, at det er på plads, men det skal man til at bygge op, og man skal i gang med at lave et nyt brand, og man skal til at tænke i økonomi.

I hjemmeplejen var man klar over, at det var på servicen, at konkurrencen ville blive. Hjemmeplejen har erfaringerne med ydelserne, men hvordan kommunikere og imødekomme borgernes ønsker inden for lovgivningen? Hjemmeplejen har ikke tilkøbsydelser. De kunne miste »kunder«. Der var meget fokus på: Hvad kan vi i forhold til de private leverandører og de små firmaer, der kommer ind? Det var i hjemmeplejen svært at forstå, at det kunne

komme til at koste arbejdspladser i værste tilfælde. Det har det ikke gjort med de få borgere, der har valgt privat leverandør.

I ingen af de fire kommuner angiver de interviewede nøglepersoner, at der er sket en justering af ressourceforbruget som følge af, at nogle borgere har valgt private leverandører, og argumentet er, at det kun drejer sig om ganske få timer, der udføres af private, og at brugerantallet også svinger af andre årsager. Til gengæld peges der på, at den kommunale hjemmepleje er fokuseret på, hvordan den kan leve op til en ydelseskvalitet, der kan matche private leverandører. Der er i hvert fald i nogle kommuner også kommet en øget fokus på økonomien:

Man er [i kommunens hjemmepleje] blevet meget mere bevidst om økonomien i det, og at det er en forretning, der skal drives. Der har været et pres på for at være effektiv, men det var begyndt før frit valg, idet hjemmeplejen har arbejdet med besparelser.

Risiko for øgede omkostninger

Mens chancerne for en økonomisk gevinst ved godkendelsesmodellen synes beskedne og usikre, er der flere forhold, der peger i retning af en risiko for øgede samfundsmæssige omkostninger.

Kapitalomkostninger og faste fællesomkostninger

Som nævnt i kapitel 2 er der i den fastsatte pris, som den private leverandør får for at levere de forskellige ydelser, indregnet *kapitalomkostninger og faste fællesomkostninger*. Det vil sige, at den private leverandør får et bidrag til forrentning og afskrivning og fx ledelsesomkostninger, mens det i hvert fald ikke på kort sigt kan tages for givet, at kommunen reducerer sine kapitalomkostninger og faste omkostninger proportionalt med den andel af opgaverne, der overføres til private leverandører. Der vil således i mange tilfælde være en forøgelse i omkostningerne, der svarer til de faste omkostningers andel af den samlede betaling til private leverandører. Problemet er naturligvis ikke særligt stort, hvis kun få brugere vælger en privat leverandør, men systemet bidrager til at reducere stordriftsfordelene ved, at en enkelt leverandør står for ydelserne.

Det samme vil gælde *vejtid*, som må forventes at øges med flere leverandører. Når der kun er en enkelt leverandør, vil den gennemsnitlige afstand mellem leverandørens brugere alt andet lige være kortere, end når der er flere leverandører. Prisen for praktisk bistand eller personlig pleje er opgjort i forhold til den brugerrettede tid (ansigt til ansigt-tid), det vil sige den tid, der faktisk anvendes hos brugeren, sammen med brugeren eller for brugeren, og prisen skal dække alle omkostninger inklusive vejtiden. Ved begyndelsen af ordningen er prisen kalkuleret på baggrund af bl.a. vejtiden i et system med én leverandør og antagede stordriftsfordele på vejtiden. Den øgede vejtid ved flere leverandører giver sig derfor ikke i første omgang udslag i øgede omkostninger for kommunen, men kan betyde et mindre udbytte til leverandørerne, der må påregne mere vejtid i forhold til den brugerrettede tid. Der er da også private leverandører, der har problemer med vejtiden, og der synes at være en vis tvivl om, hvordan vejtiden skal håndteres: *Kommunens timelønssatser er der ingen problemer med (250 kr. pr. time), men med kun 45 minutter til rengøring inklusive transporttid kan det ikke lade sig gøre at udføre de givne opgaver. Der er reelt kun en halv time til selve opgaverne.*

Tendensen til en øget gennemsnitlig vejtid kan ved nye fremtidige kalkulationer af timeprisen føre til en øget pris. Også på dette punkt er der altså risiko for, at nogle stordriftsfordele går tabt ved flere leverandører. Der er dog det forbehold, at private leverandører kan have andre kunder, og at det er muligt at »putte hjemmehjælpskunderne ind imellem«, så den samlede vejtid begrænses. Dette vil dog næppe gælde i aften- og nattetimerne.

Tilpasning af personaleressourcer

Både den kommunale leverandør og private leverandører kan komme ud for at skulle tilpasse personalekapaciteten til et svingende antal brugere. Den kommunale leverandør i de fire kommuner har mistet et antal potentielle brugere, hvilket i princippet skulle betyde, at de har skullet reducere personalestaben i overensstemmelse hermed. Det er ikke sket, hvilket alt andet lige betyder en forøgelse i de samlede omkostninger, da de private leverandører er blevet betalt for de brugere, der har valgt dem. Det er imidlertid så få, der har valgt private leverandører, at betydningen for den

kommunale leverandør ikke kan efterspores blandt de svingninger, der i øvrigt forekommer i behovet for hjælp.

Efterspørgslen efter den enkelte leverandørs ydelser kan svinge af forskellige årsager: nye brugere kommer til, gamle falder væk, eller opgaver falder midlertidigt væk fx på grund af brugerens indlæggelse på sygehus. Man kunne på den baggrund forvente, at den enkelte leverandør måtte operere med en vis reservekapacitet for at kunne opfange disse svingninger. Der er dog flere forhold, der taler for, at sådanne svingninger ikke er noget stort ressourcemæssigt problem i praksis, når det drejer sig om praktisk bistand.

Når en ny bruger vælger leverandør, har denne som regel en vis periode til at etablere bistanden og til at tilpasse sin kapacitet. Den kommunale leverandørs kapacitet er typisk så stor, at det ikke er noget problem at rokere rundt på ressourcerne i forhold til ændringer i opgaverne. Mange private leverandører har det på samme måde, fordi de har andre typer af kundeopgaver, og de kan rokere rundt på personalet mellem disse og frit valgopgaverne. Endvidere udløser en ny bruger til praktisk hjælp som regel kun en ekstra time hver 14. dag.

Det forholder sig selvfølgelig lidt anderledes med personlig pleje, som oftere skal iværksættes med kort varsel. I de fire kommuner har kun ganske få valgt privat leverandør af personlig pleje, og erfaringerne hermed er således beskedne, men det typiske synes at være, at den kommunale leverandør vil påbegynde den personlige pleje, indtil brugeren har truffet en beslutning om valg af leverandør, og en privat leverandør i givet fald kan overtage plejen.

Døgnberedskab til personlig pleje

I alle de udvalgte kommuner er det et krav, at alle godkendte leverandører af personlig pleje skal levere pleje 24 timer alle ugens dage. Dette begrundes bl.a. med, at der skal være lige vilkår for alle leverandører, og at der skal være et kendskab til de brugere, der besøges om natten. *Mange års erfaring siger os, at hvis der skal være kvalitet i et plejeforløb, skal det være nogenlunde de samme personer, der deltager i det. Der, hvor det går galt, er, hvis det hele tiden er forskellige personer, der skal ind – det gælder sy-*

gehusverdenen og i ældrepleje. Vi ved også, at borgerne er glade for, at det er den samme, der kommer. (interview i kommune)

I den kommunale hjemmepleje er det dog næppe den samme, der kommer i dagtimerne og i aften- og nattetimerne. Det kan imidlertid være velbegrundet, at personale, der aflægger besøg i aften- og nattetimerne, har adgang til opdateret information hos den leverandør, de arbejder for, om de borgere, de kommer hos. Det taler for, at den samme leverandør skal levere personlig pleje hele døgnet.

Der vil imidlertid være tale om et betydeligt ressourcepild, hvis flere leverandører samtidig opretholder et beredskab hele døgnet. Der skal være tale om ret store kommuner, for at den kommunale hjemmepleje kan udnytte en minimumsbemanding på fx en social- og sundhedshjælper og en sygeplejerske i nattetimerne. Der vil som regel være god tid til at klare alle planlagte og akutte opgaver i nattetimerne, og der vil derfor være tale om et betydeligt ekstra forbrug, i det omfang andre leverandører også skal opretholde et beredskab om natten, som de langt fra vil kunne udnytte. Ekstraforbruget vil naturligvis være mindre, hvis de private leverandørers beredskab består i, at medarbejderne fx har tilkaldevagter fra hjemmet, men der vil under alle omstændigheder være tale om et ressourceforbrug, som ville kunne klares inden for en enkelt leverandørs beredskab.

Administrative omkostninger

Man kunne forestille sig, at det vil kræve ekstra administrative ressourcer at administrere ydelser fra flere leverandører. Den kommunale leverandør er ikke blevet aflønnet efter leverede ydelser, mens der i et system med private leverandører skal laves afregninger for leverede ydelser, og der skal eventuelt udføres kontrol af, at de betalte ydelser faktisk er udført.

I tre af de fire kommuner angives imidlertid, at der bruges meget lidt tid på at administrere ordningen, og at den løbende administration ikke er særligt krævende. Kun i en enkelt kommune er der oprettet en ny administrativ stilling, hvor en betydelig del af tiden (angiveligt ca. 1/3 af 37 timer ugentligt) bruges til henvendelser fra private leverandører og borgere, informationsmateriale, visitationsstyring, fakturering og kontrol af ydelser. Når de administrative udgifter i de andre kommuner opleves som beskedne, hænger det naturligvis også sammen med, at så få brugere har valgt en

privat leverandør, og at de er koncentreret på en enkelt eller nogle ganske få private leverandører. Derimod angives det, at der er brugt meget tid i forberedelsesfasen, og at der bruges tid på at ajourføre kvalitetsstandarder.

Pres fra brugere og leverandører

Hvis vi antager, at brugeren har en interesse i at få så meget hjælp som muligt, og at (private) leverandører har en interesse i at levere så meget hjælp som muligt, kan brugere og leverandører have en fælles interesse i at presse ydelsesniveauet i vejret ved fx at påpege, at den tildelte hjælp eller den fastsatte tid til de bevilgede opgaver i en række konkrete tilfælde er utilstrækkelig. Det kan føre til et pres på de bevilgende myndigheder for at øge serviceniveauet.

Ingen af de fire kommuner har oplevet det som et problem, at leverandører på brugernes vegne har argumenteret for flere ydelser. Det sker regelmæssigt, at en privat leverandør har påpeget behov for eller ønsker om mere hjælp hos en bruger, men det kan henføres til ændringer i behov, og opleves ikke som noget problem i kommunerne.

Alle de besøgte leverandører gav imidlertid eksempler på for lave priser eller for lidt tid til at udføre de bevilgede opgaver:

XX Kommune giver for kort tid til indkøb. De visiterer til 20 minutter, og det er en underskudsforretning. I mange tilfælde tager det længere tid. Tiden til rengøring er OK. Man kan ikke nå til bunds, men man kan løbende tage noget. Borgerne er meget skuffede over niveauet.

Priserne er fornuftige nok, men tiden [hos den enkelte bruger] er presset. Tiderne er især presset langt ned, hvad gælder plejeopgaver.

Den ældre må acceptere, at de [personalet] ikke kan nå mere. Vi kan ikke nå alt det, de bliver visiteret til.

Priserne er for lave. Det umuligt at få tingene til at hænge sammen i de små kommuner.

Priserne er ikke prisreguleret, som alt andet er i det her samfund fx lønnen. Priserne er vi utilfredse med. Det er ikke nogen hjemmelighed.

En leverandør vil gerne drøfte med kommunen, hvordan man skal fortolke den tid, der er visiteret til en kunde. Hvis kunden er visiteret til en time, så skal kunden ifølge leverandøren have en time, men i praksis er transporttid og forberedelse indregnet i tiden, så den effektive tid hos kunden snarere bliver 50 minutter.

5.6 Opsamling

De fire kommuner har opdelt hjemmeplejen i to adskilte enheder: en bestillerfunktion (visitation) og en udførerfunktion (den kommunale leverandør). Ellers har kommunerne været mest optaget af at få frit valg-ordningen til at fungere i forhold til de private leverandører. Den kommunale hjemmepleje er indtil videre ikke omfattet af kontrakt- og økonomistyring på samme måde som de private, men der forventes gennemført ændringer i den kommunale praksis i denne retning. Samtidig sigtes der mod forandringer i den daglige praksis, så fx justeringer i ydelserne vil blive foretaget af visitatorerne og ikke af hjemmehjælperne selv.

Samtlige fire kommuner har en central visitation, hvilket har sat større fokus på visitationsprincipper. Visitationspraksis er ifølge kommuner herved blevet mere ensartet og gennemsigtig, og samtidig har der været en tendens til opstramning af tildelte ydelser. Visitationen bygger i høj grad på den kommunale tradition, da visitatorerne typisk er rekrutteret fra den kommunale hjemmepleje.

Ud over vurdering af hjælpebehov og tildeling af ydelser er det visitators opgave at informere borgerne om frit valg. Hovedparten af borgerne er klar over, at de har mulighed for frit valg af hjemmehjælp, men de færreste har kendskab til de enkelte private leverandører. Derfor forudsætter det en aktiv stillingtagen at vælge andre end kommunen, og det sker typisk, hvis brugeren af en eller anden grund kender et privat firma, eller at brugeren har været utilfreds med den kommunale hjælp. Mange borgere spørger enten visitatoren eller deres familie og omgangskreds til råds. Det er både vi-

sitatorernes og de private leverandørers opfattelse, at det overvejende er »stærke ældre«, der vælger en privat leverandør. Visitatorerne giver også udtryk for, at det måske er mest hensigtsmæssigt for de borgere, som har omfattende plejebestanden, at have kommunen som leverandør.

Indførelse af frit valg har sat behovet for kvalitetskontrol højere på dagsordenen i kommunerne. Konkret foregår kvalitetskontrollen mest systematisk i forbindelse med re-visitation, som foretages minimum en gang om året, og i øvrigt efter behov. I dagligdagen er samarbejdsbogen hos den enkelte bruger og brugerne selv de væsentligste informationskilder med hensyn til opfølgning af hjælpens kvalitet – og i forhold til de private leverandører også faktureringen. Kun en af kommunerne har hidtil gennemført tilsynsbesøg på stikprøvebasis. Generelt har kommunerne mere styr og kontrol over de private leverandører end over kommunens personale.

Samarbejde og kommunikation mellem kommune og leverandører finder sted på ledelsesplan gennem informationsmøder, som kommunen arrangerer. Tilbage meldinger i forhold til enkelte brugere sker typisk i forbindelse med re-visitation og gennem henvendelser fra leverandørerne. De fleste kommuner lægger vægt på, at leverandørerne reagerer, hvis de observerer ændringer i borgernes tilstand. Brug af eksperter fra kommuner har hidtil været minimal, og kommunerne har visse bekymringer for, at de private leverandører, der ikke kender det kommunale system, ikke bruger eksperter i tilstrækkeligt omfang. Organisering af hjemmehjælpsopgaverne mellem flere leverandører begrænser muligheder for uformel kommunikation mellem forskellige faggrupper, som er en af styrkerne hos den kommunale leverandør.

Der er i princippet samme krav til medarbejdernes kvalifikationer i de private firmaer som i kommunen. I praksis er det svært for kommunerne at føre kontrol med de private leverandørers ansatte. Med frit valg-ordningen er der opstået flere enheder, som bl.a. på grund af størrelse og opgavetyper (primært praktisk bistand) ikke udgør egentlige faglige miljøer for medarbejderne på social- og sundhedsområdet. Den kommunale leverandør repræsenterer derimod en arbejdsplads, hvor forskellig ekspertise og personalets uddannelse er indbygget i organisationen.

De brugere, der har indgået i undersøgelsen, repræsenterer ikke brugere med omfattende behov for personlig pleje, og brugernes erfaringer dæk-

ker således især nogle med et vist personligt overskud. Disse brugeres valg af leverandør synes at være påvirket af personlige relationer og konkret, lokalt kendskab til leverandører eller ansatte. Valget er kun i meget beskedent omfang påvirket af eller baseret på det informationsmateriale, som visitatorerne udleverer eller sender til brugerne. Der synes dog at være meget stor variation i, hvor megen information om en konkret leverandør brugerne har lagt til grund for valget. I den ene ende af skalaen har nogle haft personlige erfaringer med den leverandør, de har valgt (eller valgt fra), mens andre synes at have truffet et mere tilfældigt valg (på baggrund af et billede af en virksomheds personale). Uanset grundlaget synes brugerne at være tilfredse med deres leverandør, og uanset om det er en kommunal eller en privat. Ingen af de interviewede har oplevet særlige problemer eller utryghed ved at skulle vælge mellem leverandører, og næsten alle – især de, der har fravalgt den kommunale leverandør ved en revisitation til fordel for en privat – synes, at de har været i stand til at træffe beslutningen om, hvilken leverandør de ønskede.

Flere forhold gør, at der ikke har været grundlag for en nærmere analyse af udviklingen i omkostningerne til praktisk bistand og personlig pleje som følge af indførelse af frit valg af leverandør. Der er gået forholdsvis kort tid siden ordningens indførelse, og kun få brugere har indtil nu valgt en privat leverandør, hvorfor konsekvenserne af den nye ordning ikke kan udskilles fra konsekvenser af fx svingninger i borgernes behov. De økonomiske konsekvenser vurderes til at være små, netop fordi kun et beskedent antal brugere har valgt en privat leverandør, og timeforbruget hertil er meget begrænset.

Kommunerne har som hovedregel ikke haft øgede administrative udgifter af betydning ud over forberedelsesfasen. Det angives, at der er kommet mere fokus på økonomien i den kommunale hjemmepleje, men det kan ikke påvises, at der indtil nu har været øgede eller faldende udgifter.

Risikoen for øgede omkostninger knytter sig primært til et gennemgående krav om, at alle leverandører, der udfører personlig pleje, skal tilbyde ydelserne til deres brugere døgnet rundt. Det kan der være gode begrundelser for, men det vil føre til øgede omkostninger, at alle leverandører skal have et beredskab døgnet rundt, selv om én leverandør med en minimumsbemanding i de fleste tilfælde ville kunne varetage opgaverne.

6 Plejeforsikring i Tyskland

I det følgende gennemgås regler om og erfaringer med den tyske plejeforsikring. Især konsekvenserne af, at berettigede til hjælp kan få udbetalt et kontant beløb til at købe hjælp for, er interessante, fordi en lignende ordning kan forudses at vinde indpas i Danmark. Traditioner og vilkår er ikke ens i de to lande, men de tyske erfaringer kan alligevel være værd at hæfte sig ved.

Indtil 1995 fandtes der i Tyskland intet alment sikringssystem i tilfælde af et plejebenhov. Omkostninger forbundet med et plejebenhov skulle som hovedregel dækkes af personen selv eller dennes familie. Denne situation var uholdbar, fordi familierne havde vanskeligt ved at magte opgaven, og det førte til indførelsen af en plejeforsikring (Pflegeversicherung) som den femte sølje ved siden af pensions-, syge-, ulykkes- og arbejdsløshedsforsikring. Der er tale om et sikringssystem, hvor de løbende udgifter i ordningen finansieres af løbende indbetalinger gennem bidrag fra arbejdstagere og arbejdsgivere (pay-as-you-go). Ordningen omfatter alle personer, som er obligatoriske medlemmer af den lovbestemte sygeforsikring, og personer, der frivilligt er tilmeldt sygeforsikringen.

I de følgende afsnit 6.1 og 6.2 er beskrivelsen af ordningen koncentreret om definitionen af plejebenhov i regelgrundlaget, procedurer ved vurdering af plejebenhov og tildeling af hjælp samt ydelserne og udførelse af pleje og bistand. Information er hentet fra en brochure fra Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:

<http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A500.pdf>.

I afsnit 6.3 refereres fra undersøgelser af plejeforsikringen.

6.1 Adgang til ydelser og behovsniveauer

Et plejebestod i forhold til plejeforsikringen har personer, som på grund af fysisk eller psykisk sygdom eller handicap har brug for hjælp i betydeligt omfang til almindelige og regelmæssigt forekommende opgaver i den daglige tilværelse.

Almindelige og regelmæssigt forekommende opgaver er opdelt i fire områder: kropspleje, ernæring, mobilitet og husholdning, hvor de tre første betragtes som »grundpleje«. Kropspleje er vask, bad, brusebad, tandpleje, frisering, barbering samt tømning af blære og tarm. Området ernæring består af tilberedning af måltider og indtagelse af næring. Mobilitet omfatter at stå ud af sengen, at komme i seng, af- og påklædning, gå, stå, gå på trapper samt at komme ind og ud af boligen. Husholdning omfatter indkøb, madlavning, rengøring, tøjvask og opvarmning af boligen.

En forudsætning for at være plejebestod er et hjælpebestod på mindst 90 minutter dagligt. Den nødvendige hjælp til grundpleje skal lægge beslag på det meste af tiden. De, som har brug for hjælp til vask, påklædning og spisning, der varer mindre end 45 minutter, men som ikke kan klare selv at føre husholdningen, kan således ikke regne med ydelser fra plejeforsikringen. De må selv betale sig fra hjælp eller søge om indkomstreguleret socialhjælp til at (med)finansiere hjælpen, hvis familien ikke kan træde til. Hvis den bevilgede ydelse fra plejeforsikringen sammen med den forsikredes egen indtægt ikke rækker til pleje- og leveomkostninger, er der ligeledes mulighed for at søge socialhjælp.

Der er tre plejestrin i forsikringen:

- *Plejestrin I: Betydeligt plejebestod:* Det er personer, som med hensyn til kropspleje, ernæring eller mobilitet har brug for hjælp mindst en gang dagligt til mindst to opgaver inden for et eller flere områder, og som endvidere har brug for hjælp flere gange om ugen til det huslige arbejde. Hjælpebestodet til grundpleje og husligt arbejde skal udgøre mindst 1½ time dagligt, hvoraf grundplejen skal udgøre mere end 45 minutter.
- *Plejestrin II: Stort plejebestod:* Omfatter personer, som med hensyn til kropspleje, ernæring og mobilitet har brug for hjælp mindst tre gange dagligt på forskellige tidspunkter, og som endvidere flere gange ugentligt har behov for hjælp til det huslige arbejde. Hjælpebestodet

til grundpleje og til det huslige arbejde skal udgøre mindst tre timer dagligt, hvoraf mindst to timer skal vedrøre grundplejen.

- *Plejetrin III: Størst plejebæhov:* Her er der tale om personer, som med hensyn til kropspleje, ernæring og mobilitet har brug for hjælp døgnet rundt, også om natten, og som endvidere flere gange ugentligt har behov for hjælp til det huslige arbejde. Hjælpebehovet til grundpleje og til det huslige arbejde skal udgøre mindst fem timer dagligt, hvoraf mindst fire timer skal vedrøre grundplejen.
- *Særligt alvorlige tilfælde:* »Plejekasserne« kan anerkende enkelttilfælde som et »særligt alvorligt tilfælde« inden for plejetrin III, når der er usædvanligt høje plejeomkostninger, som langt overstiger det sædvanlige niveau for plejetrin III.

Det tyske system omfatter en mere snæver målgruppe end den, der ydes praktiske bistand og personlig pleje i Danmark. Med forbehold for, hvordan den udmålte tid beregnes, ville kun en mindre andel af de danske hjemmehjælpsmodtagere være berettiget til plejeforsikring i Tyskland. Hvis vi antager, at kravet om 1½ times daglig hjælp kun gælder på hverdage, så svarer det til 7,5 times hjælp om ugen. I begyndelsen af 2003 modtog kun 20% af hjemmehjælpsmodtagerne i Danmark hjælp mere end otte timer om ugen (inkl. weekend) (www.statistikbanken.dk).

Ansøgere til ydelser fra plejeforsikringen gennemgår en behovsvurdering, som udføres af en visitator fra sygeforsikringens medicinske afdeling i ansøgerens bolig, som kan være en almindelig bolig eller en plejebolig. Visitatoren er som regel en plejeuddannet person eller en læge med plejeterfaring. På grundlag af visitators vurdering beslutter »plejekassen«, om og på hvilket trin der kan bevilges plejeydelser.

6.2 Ydelser

Hjemmeplejeydelser

Der skelnes i plejeforsikringen mellem hjemmepleje og pleje på institution. Hjemmepleje forudsætter ikke, at den plejeberegtigede bliver plejet i sin egen bolig. Det kan også være i en anden bolig, hvor den plejeberegtigede har taget ophold, en ældrebolig eller alderdomshjem (tysk: Altenheim).

Hjemmeplejeydelser er kun udelukket, når det drejer sig om plejehjem og altså institutionspleje. Plejeforsikringen prioriterer hjemmepleje frem for institutionspleje.

De plejeberettigede skal selv kunne bestemme, hvordan og af hvem de vil plejes. De kan derfor vælge mellem naturalydelser (Sachleistungen: udført af faguddannede) og en kontantydelse (Pflegegeld). En kontantydelse tillader den plejeberettigede at give pengene til en pårørende, som varetager plejen.

Omfanget af *naturalydelser*, der bevilges, afhænger af det plejetrin, den plejeberettigede er placeret på. Hvis det drejer sig om plejetrin I, bevilges ydelser til en værdi af 384 EURO månedligt (2003). På plejetrin II er niveauet 921 EURO månedligt (2003), og på niveau III er det 1.432 EURO månedligt (2003); i særligt alvorlige tilfælde op til 1.918 EURO månedligt (2003). Kravet på plejeydelser på det anførte niveau forudsætter, at ydelserne udføres af plejetjenester (leverandører), som »plejekassen« har indgået aftale med. Hvis plejen ikke udføres af en godkendt plejetjeneste, er der tale om et tilfælde, hvor den sikrede selv sørger for plejen, og hvor der udbetales en kontantydelse.

Den plejeberettigede og plejetjenesten indgår en plejeaftale, hvori omfanget af den bevilgede pleje indgår, og hvor plejetidspunkterne fastlægges.

Kontantydelsens størrelse er ligesom naturalydelsen afhængig af plejehovets omfang og inddelt i tre trin. På plejetrin I udgør beløbet 205 EURO, på trin II 410 EURO og på trin III 665 EURO månedligt (2003). Beløbene er altså mindre end værdien af naturalydelsen. Kravet på en kontantydelse forudsætter, at den plejeberettigede med det bevilgede beløb kan garantere, at den nødvendige grundpleje og hjælp til husholdningen udføres på rette vis. De betyder, at pasningen gennem pårørende eller andre pålidelige og egnede personer må kunne garanteres. Den plejeberettigede kan også selv ansætte en plejer (arbejdsgivermodellen).

Når pårørende plejer en plejeberettiget uden støtte fra professionelle og betales gennem kontantydelsen, er de forpligtet til regelmæssigt at tilkalde en tilknyttet plejetjeneste. Denne rådgivning, som er uden udgift for den plejeberettigede, tjener til kvalitetssikring af plejen i hjemmet. Rådgivningsindsatsen er fastsat til en gang hvert halve år ved plejetrin I og II og

en gang hvert kvartal ved plejetrin III. Udgiften dækkes af plejeforsikringen. Bliver rådgivningen afslået eller ikke bekræftet af den plejeberegtigede, kan kontantydelsen afkortes eller ved vedvarende vægring endda helt bortfalde.

Hvis den person, som plejen er betroet til, er forhindret eller holder ferie, har man ret til en plejeafløser i op til fire uger om året.

Det er muligt at kombinere kontantydelse og naturalydelse.

Ydelser på institution (plejehjem)

Grundlæggende kan plejeberegtigede selv beslutte, om de vil plejes i eget hjem eller på institution. De, som beslutter sig for at bo på institution, selv om det ikke er nødvendigt, kan imidlertid kun gøre krav på ydelser, der bevilges til hjemmepleje. Ydelserne til pleje på institution er nemlig højere og har på plejetrin I en værdi af 1.023 EURO, på plejetrin II 1.279 EURO og på plejetrin III 1.432 EURO om måneden (2003). I særligt alvorlige tilfælde er beløbet 1.688 EURO (2003). »Plejekassernes« hovedorganisation har formuleret en række kriterier, der skal være opfyldt for, at pleje på institution kan komme på tale. Disse kriterier gælder plejeberegtigede på plejetrin I, idet nødvendigheden af institutionsophold er påvist på plejetrin II.

Leverandører af hjælp

Der er flere typer af godkendte leverandører af hjælp. *Almennyttige og kommunale ambulante plejetjenester*, som udgår fra et socialcenter, drives som hovedregel af almentnyttige velfærdsorganisationer og kommuner. På et socialcenter arbejder som regel forskellige plejeuddannede og administrative medarbejdere. Ud over de opgaver, der hører til grundplejen, udfører de uddannede plejere den medicinske pleje, hjælper med det huslige arbejde, rådgiver om alle spørgsmål vedrørende plejen i hjemmet og formidler yderligere understøttende foranstaltninger. Ud over socialcentrene har der udviklet sig et bredt dækkende tilbud af private plejetjenester. For at kunne afregne plejeydelser med »plejekassen« skal de – ligesom socialcentrene – have indgået aftale med »plejekasserne« om levering af plejeydelser. De private plejetjenester beskæftiger ligeledes uddannet plejepersonale, som leverer de samme ydelser til de plejeberegtigede som deres kolleger i socialcentrene.

For at fremme konkurrencen mellem plejetjenesterne og for at forbedre gennemsigtigheden er plejekasserne forpligtiget til stille sammenlignelige lister over ydelser og godtgørelse fra de godkendte leverandører i området til rådighed for den plejeberegtigede. Disse lister bliver overdraget til den plejeberegtigede senest samtidig med beskeden om, hvilke ydelser vedkommende er blevet tildelt (hvilket minder om den danske ordning).

Til institutionspleje står der flere enheder, som drives af en kommune, en velfærdsorganisation, en kirkelig organisation eller af private, til rådighed. Den plejeberegtigede skal selv orientere sig om mulighederne.

6.3 Undersøgelser af plejeforsikringen

Antal modtagere og ydelsernes omfang

Siden plejeforsikringen blev introduceret i 1995, har der været en betydelig vækst i antal modtagere af ydelser fra forsikringen. I 1996 modtog godt 1,5 mio. personer ydelser fra plejeforsikringen enten i hjemmet eller på institution. I 2001 var dette antal vokset til godt 1,8 mio. (Kilde: vdak – Verband der Angestellten Krankenkassen e.V.). Knap 70% af modtagerne i 2001 boede i eget hjem, mens godt 30% således boede på en form for institution. Mere end halvdelen af modtagerne i eget hjem (55%) var bevilget ydelser på plejetrin I, 35% på plejetrin II, mens 10% modtog ydelser på plejetrin III. På institution udgør personer med ydelser på plejetrin III 20% af modtagerne.

Ifølge en survey, gennemført i 2002 (Infratest Sozialforschung, 2003), udgør personer i privat husholdning med ydelser fra plejeforsikringen 15,1% af 80+-årige mænd og 20,6% af 80+-årige kvinder. Det skal sammenholdes med, at i Danmark modtager 55% af 80+-årige i en selvstændig bolig hjemmehjælp (opgjort på baggrund af data i www.statistikbanken.dk). Der er ifølge ovennævnte undersøgelse da også et betydeligt antal personer med et hjælpebehov, som ikke dækkes af plejeforsikringen. Det er især personer, som har brug for hjælp til husholdningen, men ikke eller kun begrænset behov for hjælp til personlig pleje. De er i surveyen opgjort til at udgøre 21,5% af de 80+-årige mænd i en privat husholdning og 27% af de 80+-årige kvinder (Infratest Sozialforschung, 2003). I Danmark ydes der som bekendt også hjælp til personer udeluk-

kende med behov for praktisk hjælp. Det er ikke tilfældet i Tyskland, hvor plejeforsikringen skal betragtes som en aflastning af familien (og den enkelte), men ikke som en erstatning.

Det største beløb til hjemmeboende udbetales som kontantydelse (4,11 mia. EURO i 2001), mens beløbet til naturalydelser er noget mindre (2,29 mia. EURO) (Kilde: vdak – Verband der Angestellten Krankenkassen e.V.). Langt den største andel af ydelsesmodtagerne i en privat husholdning modtager da også en kontantydelse (71%) (Infratest Sozialforschung, 2003), og selv blandt dem på plejetrin III modtager mere end halvdelen (55%) en kontantydelse. Dertil kommer en mindre andel, som modtager en kombination af kontantydelse og naturalydelser. Der er således de færreste, der får dækket sit behov for pleje af professionelle fra en plejeenhed, som er godkendt af plejeforsikringen. Plejeberechtigede og andre med et hjælpebehov er fordelt på hjælpekilde i tabel 6.1.

Tabel 6.1 Plejeberechtigede og andre med hjælpebehov procentvis fordelt på hjælpekilde ved udgangen af 2002

	Plejeberechtigede	Andre med hjælpebehov
Udelukkende privat hjælp (familie eller bekendte)	55	75
Hjælp fra familie eller bekendte og anden betalt hjælp	9	9
Privat (familie eller betalt) og professionel hjælp	28	1
Udelukkende professionel hjælp	8	-
Udelukkende anden betalt hjælp	-	-
Ingen hjælp	-	12

Kilde: Infratest Sozialforschung, 2003.

Kun 8% af de plejeberechtigede modtager udelukkende hjælp fra professionelle fra en godkendt plejeenhed, hertil kommer 28%, som har en kombination af hjælp fra familie og professionelle. Det er således 64%, der klarer sig uden professionel hjælp, og som bruger kontantydelsen fra plejeforsikringen til hjælp fra familie eller anden privat hjælp fx hushjælp. Andre personer med hjælpebehov klarer sig i endnu større udstrækning gennem hjælp fra familien. Det understreger, at familien stadig har en betydelig rolle i plejen af ældre i Tyskland. Pleje gennem familien udføres først og fremmest af en ægtefælle eller en datter, der ofte bor i samme husstand som den plejeberechtigede, og som ofte står til rådighed hele døgnet. De fle-

ste oplever den belastning, der er forbundet med plejen, som betydelig, og de modtager sjældent regelmæssig rådgivning eller anden støtte fra professionelle. Omkring ¼ af de plejeberechtigede bruger egne midler til at finansiere først og fremmest yderligere praktisk hjælp.

Knap 1/5 af de plejeberechtigede vurderer, at de er blevet bevilget utilstrækkelig hjælp til pleje eller praktisk bistand, og det berører først og fremmest dem, der ikke har adgang til hjælp fra familie.

Hvis man sætter andelen med professionel hjælp i forhold til antal modtagere af plejeydelse, er der godt 450.000 modtagere af professionel hjælp i en privat husholdning i hele Tyskland. Det skal ses i forhold til, at der ved udgangen af 1999 var godkendt knap 11.000 hjemmeplejeenheder (kommunale, almennyttige og andre) til at udføre hjælpen (Kilde: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung).

Plejeforsikringens virkemåde

Undersøgelser af plejeforsikringen konkluderer, at den har ydet et væsentligt bidrag til at stabilisere omsorgssituationen i private hjem i Tyskland (Bundesministerium für Gesundheit/Schneekloth/Müller, 2000), og at flertallet er tilfreds med arten og omfanget af ydelser (Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK), 1999). Blandt de yngre er det dog en mindre andel, som er tilfreds. Flertallet er ligeledes tilfreds med det plejetrin, de er placeret på, men et stort mindretal er utilfreds, og de udgør en særlig stor andel på plejetrin I.

Der har særligt kunnet konstateres problemer i husstande, hvor plejekrævende med psykiske forstyrrelser bliver passet, og der er brug for en aflastning af pårørende, der passer plejekrævende med psykiske lidelser for at kunne opretholde et plejeberefskab på længere sigt (Bundesministerium für Gesundheit/Schneekloth/Müller, 2000).

Ifølge DAK's undersøgelse (Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK), 1999) har 72% af ydelsesmodtagerne ikke måttet give afkald på at få hjælp, mens 24% angav, at de har måttet give afkald på at få påtrængende, nødvendig hjælp (formodentlig fordi kontantydelsen har været utilstrækkelig). Det har primært drejet sig om hjælp til husligt arbejde.

Af en undersøgelse blandt nøglepersoner (eksperter) og ansatte i plejeenheder af deres vurdering af kvaliteten af den pleje, der ydes af plejeen-

hederne, fremgår det, at der i nogle tilfælde opleves mangler i den rådgivning, som plejeberegtede gives, når de skal vælge udfører af plejen (Roth, 2001). Det betyder, at der ikke er gennemsigtighed på »plejemarkedet« og i udgiften til at få plejen udført. Det er dog kun en beskedent andel af de beskæftigede, der angiver sådanne mangler. Ifølge de beskæftigede beror valg af plejeenhed på anbefalinger fra bekendte, fra familielægen og fra sygehus, på plejeeenhedens beliggenhed samt på ydelses- og kvalitetskendtegn. Det er overraskende, at prisen sjældent angives at spille en rolle for valget.

En relativt stor andel (20%) af de beskæftigede, som indgik i undersøgelsen, afviser, at der finder kvalitetskontrol sted af deres arbejde. Mere end halvdelen af de beskæftigede bekræfter, at der kommer klager fra hjælpmodtagerne eller deres pårørende over deres plejeenhed. Det drejer sig først og fremmest om manglende præcision og skiftende personale.

6.4 Opsamling

Den tyske plejeforsikring dækker kun personer med et relativt stort plejebestand, og der skal være behov for personlig pleje af et vist omfang. Personer, der udelukkende har behov for praktisk bistand, må klare sig gennem hjælp fra familie eller bekendte eller må selv købe sig til hjælp eventuelt med et tilskud fra socialhjælpen. Personerne bliver indplaceret på et af tre trin og bliver bevilget en ydelse, hvis størrelse afhænger af, hvilket trin man indplaceres på.

Den tyske plejeforsikring adskiller sig også fra dansk hjemmepleje ved, at der kan udbetales en kontantydelse, som modtageren selv kan bruge til at skaffe sig den nødvendige pleje⁹, og flere vælger at få udbetalt kontantydelsen end at få en naturalydelse, der indebærer pleje fra en plejeenhed med uddannede. Plejeeheder kan være almennyttige, kommunale eller private. Ifølge de tyske regler synes udbetaling af kontantydelsen at forudsætte, at den plejeberegtede kan dokumentere, at der er truffet aftale med pårørende eller andre, som kan stå for plejen, eller at den plejeberegtede ansætter en omsorgsgiver. Der synes imidlertid ikke at blive stillet krav om bestemte kvalifikationer, og parterne kan formodentlig selv aftale aflønning og andre vilkår for plejereationen.

De fleste plejeberettigede, som bor i en selvstændig bolig (ikke nødvendigvis deres egen), modtager således hjælp fra familie og bekendte og klarer sig uden hjælp fra uddannede plejere. Kun en beskedent andel har udelukkende hjælp fra uddannede. Pleje udføres typisk af en ægtefælle eller af en datter, som i mange tilfælde oplever opgaven som en betydelig belastning, og der synes særligt at være problemer i husstande, hvor en person med psykiske forstyrrelser plejes.

De fleste plejeberettigede er tilfredse med ydelserne fra plejeforsikringen, men flest utilfredse findes på det laveste plejetrin.

Selv om plejeberettigede skal informeres om mulige leverandører i området, opleves en vis uigennemsigthed i forhold til mulige leverandører og udgiften til at få plejen udført. Valg af plejeenhed beror oftest på anbefalinger fra bekendte, fra familielægen og fra sygehus, på plejeenhedens beliggenhed samt på ydelses- og kvalitetskendetegn.

7 **Diskussion af ordningens funktionsmåde og brugernes valg af leverandør**

I dette afsluttende kapitel diskuteres og perspektiveres ordning med frit valg af leverandør i forhold til dens målsætninger om en mere effektiv hjemmepleje, og at brugere får opfyldt deres behov og ønsker bedre.

Vi har gennem analyser i fire mellemstore og små kommuner samlet erfaringer med, hvordan den nye organisering af hjemmehjælpsopgaverne har fungeret i forhold til de to centrale intentioner med ordningen. Analyserne har således sigtet mod at opnå en indsigt i ordningens funktionsmåde et år til halvanden efter dens indførelse. De fire kommuner har valgt godkendelsesmodellen for frit valg-ordningen, hvilket er den mest almindelige fremgangsmåde.

Resultatet af analyserne skal ses i forhold til den nuværende status for frit valg-ordningen i kommunerne, dvs. hvordan og i hvilket omfang frit valg-ordningen har slået igennem i kommunerne i løbet af det første år. Det er nemlig karakteristisk for de fire kommuner, at selv om de hver har flere godkendte private leverandører, har disse relativt få brugere og alt overvejende brugere af praktisk bistand. Det vil sige, at de private aktører ikke har en særlig stor andel af »markedet« i de fire kommuner, og at de primært varetager opgaver, der vedrører praktisk bistand. Denne situation – som alt andet lige synes at være almindelig i de fleste danske kommuner (Ankestyrelsen, 2004) – gør, at bestemte problemstillinger er aktuelle og kan belyses på baggrund af vores materiale, mens andre ikke træder så tydeligt frem. Hvis private firmaer havde haft en større rolle, og hvis de i højere grad havde varetaget plejeopgaver, ville andre problemstillinger formentlig have været aktuelle.

Frit valg-ordningen kan ikke betragtes isoleret fra andre udviklingstendenser og omstillingsprocesser i velfærdssamfundet. Hjemmeplejen er et af de områder, som har været berørt af flere bestræbelser på at effektivisere den offentlige sektor og gøre den mere markedsorienteret (bl.a. Vabø 2003, Olsson og Ingvad 2003). De senere års tendens har været at gøre velfærdsproducenterne mere udgiftsbevidste og sætte fokus på sammenhængen mellem indsats og effekt. På hjemmehjælpsområdet har disse bestræbelser bl.a. ført til udvikling af redskaber, som har til formål at systematisere og standardisere hjemmehjælpsydelse, hvilket bl.a. indebærer, at hjælpen til den enkelte tildeles ud fra standardiserede ydelseskategorier, som bygger på en funktionsvurdering efter bestemte principper (fx gennem det såkaldte Fælles sprog). Implicit ligger der en forventning om at gøre hjemmehjælpernes arbejde mere ensartet, rationelt funderet og systematisk og samtidig effektivisere indsatsen.

Frit valg-ordningen har sat yderligere fokus på standardisering og styring og dermed effektivisering af hjemmehjælpen bl.a. gennem oprettelse af en central visitation og øget økonomistyring af de bevilgede ydelser. Hensigten er, at ydelserne i videst muligt omfang er ensartede og sammenlignelige både internt i en kommune og kommunerne imellem. Et andet centralt formål med frit valg-ordningen har været at opnå et kvalitetsløft på hjemmehjælpsområdet bl.a. gennem øget konkurrence mellem leverandører af ydelserne.

Diskussionen og perspektivering er i det følgende struktureret i forhold til, om emnet hovedsagelig vedrører ordningens funktionsmåde (effektiviteten i udførelsen af ydelserne) eller hovedsagelig brugernes valg for at få deres ønsker og behov imødekommet bedst muligt.

Vil frit valg brede sig til flere kommuner?

I omkring 70% af kommunerne er der en privat leverandør af praktisk bistand, mens der er en leverandør af personlig pleje i knap halvdelen af kommunerne. Det er imidlertid en større andel af befolkningen, der har mulighed for at vælge en privat leverandør. Både kommunestørrelse, befolkningstæthed og geografisk beliggenhed spillede nemlig i efteråret 2003 en rolle for, om borgerne havde mulighed for at vælge en privat leverandør af praktisk bistand eller personlig pleje. Hovedtendensen er, at jo større og

tættere befolket en kommune er, desto større sandsynlighed er der for, at der er mindst én privat leverandør af praktisk bistand eller personlig pleje. Denne sammenhæng er mest udtalt i hovedstadsområdet og i det østlige Jylland. Spørgsmålet er, om det kan forventes, at brugere i flere kommuner i de kommende år vil få mulighed for at vælge en privat leverandør.

Afstandene mellem brugerne kan meget vel spille en rolle for, om potentielle private leverandører byder sig til. I kommuner med tyndt befolkede områder må private leverandører, som i hvert fald i den første tid efter en godkendelse som leverandør må regne med kun at have et beskedent antal brugere, kalkulere med, at der kan være store afstande mellem brugerne. Det betyder, at en privat leverandør må bruge forholdsmæssig meget tid på kørsel i modsætning til »en stor« kommunal leverandør, der kan organisere sig i lokalområder. Det gør det lidet attraktivt for en privat leverandør at etablere sig i et sådant område.

Erfaringer fra de fire kommuner i undersøgelsen tyder på, at godkendte private leverandører af praktisk bistand og personlig pleje typisk er virksomheder, som har eksisteret i forvejen. Når det drejer sig om praktisk bistand, er grundlaget hjemmeservicefirmaer, og når det drejer sig om personlig pleje, er det fx vikarbureauer med plejepersonale. Kundeunderlaget fra frit valg-ordningen er for de fleste for beskedent til, at en privat virksomhed kan eksistere alene på det grundlag, og den private virksomhed må derfor basere sig på et andet forretningsområde og have hjemmepleje som en niche. Man kan derfor have den antagelse, at tilstedeværelse af en privat leverandør af praktisk bistand eller personlig pleje i en kommune er betinget af, at der er private virksomheder med tjenesteydelser og et potentiale, som praktisk bistand og personlig pleje kan passes ind i.

Det er således muligt, at antallet af private leverandører på feltet stort set har nået sit maksimum, fordi det grundlag, der har været i form af relevante eksisterende virksomheder, næsten er udtømt. Andelen af kommuner med godkendte private leverandører er da også kun steget beskedent fra efteråret 2003 til foråret 2004. Selvfølgelig vil der blive etableret nye virksomheder med tjenesteydelser, hvor hjemmeplejeydelser kan indpasses, men der vil også være virksomheder, der lukker. Der vil naturligvis også være større virksomheder, der vil stræbe mod at ekspandere deres aktiviteter, men for dem vil små og tyndt befolkede kommuner formodentlig ikke

være specielt attraktive. Brugernes forhåndskendskab til en leverandør spiller en stor rolle for deres valg, og det kan derfor vise sig svært for en ny leverandør at komme ind i kommuner, hvor andre allerede har etableret sig sammen med den kommunale leverandør. Der kan imidlertid være virksomheder, som har skabt sig »et navn« i andre kommuner, og som derfor kan gøre sig gældende.

Hvis man ser til Tyskland, er der dér som følge af plejeforsikringen opstået et betydeligt antal offentlige, almennyttige og private leverandører af personlig pleje, men udgangspunktet har været et andet end i Danmark, og det gennemsnitlige antal brugere pr. leverandør er ikke stort. I Tyskland har der ikke været en tradition for, at den offentlige sektor i udbredt grad varetog plejeopgaver, mens forpligtelserne for familierne har været betydeligt større. Der var således ikke en dominerende offentlig leverandør af hjemmeplejeydelser. Man kan til gengæld sige, at familien har været den dominerende leverandør, og det er den stadig.

7.1 **Ordningens funktionsmåde**

Som nævnt har formålene med frit valg-ordningen været at højne kvaliteten af hjemmehjælpsydelserne – og sætte ældres behov i centrum – og øge effektiviteten på området. Forestillingen har været, at det er muligt at opnå begge aspekter, effektivitet og kvalitet, samtidigt, og at ordningen ligeledes kan rumme både standardisering og fleksibilitet.

Det er derfor centralt at spørge, hvordan ordningen fungerer set ud fra et kvalitets- og effektivitetshensyn: Hvordan understøtter den nye organisering kvalitetsudvikling, og hvilke kvalitetsaspekter lægger den vægt på? Kan der ses tegn på højere effektivitet i opgaveløsningen? Hvilke udfordringer og dilemmaer er der, hvis ordningen fortsætter som hidtil?

Nye roller og nye principper for hjælpen?

I vejledningen til Den sociale Servicelov (Vejledning om sociale tilbud til ældre) fremhæves under overskriften »Hjælp til selvhjælp« et aktiverende sigte med hjælpen, og at hjælpen bør have som primært mål at gøre modtageren i stand til at klare sig selv, eller hvis dette ikke er muligt at klare så mange opgaver som muligt selv. Man kan sige, at hjælpen skal ydes i hen-

hold til nogle *omsorgsprincipper*, som bygger på retssikkerhed og behovsvurderinger. Dette princip må antages traditionelt at have været fremherskende i den kommunale hjemmepleje. I modsætning hertil har private serviceleverandører typisk opmærksomheden rettet mod brugerens og bestillerens ønsker og tilkendegivelser, og de må forventes at arbejde ud fra, hvad man kan kalde *serviceprincipper*, hvor kundens tilfredshed er den vigtigste målestok. Sådanne principper ønskes (jf. bemærkningerne til lovforslaget) styrket i hjælpen til ældre, men omsorgsprincipperne er stadig en del af lovgivningen.

Ledelsen og visitatorerne synes på mange måder at sætte pris på de kommunalt ansatte hjemmehjælperes faglige kunnen. Det bliver sagt, at den kommunale leverandør har velfungerende og velafprøvede arbejdsgange, specialviden i organisationen og tradition for efteruddannelse og faglig opkvalificering af personale. Medarbejderne har især kompetence i forhold til kerneydelsen, nemlig personlig pleje. Men samtidig mener nogle kommunale repræsentanter, at ansatte i kommunerne i højere grad burde være orienteret mod service: *Frit valg har sat skub i den kommunale hjemmepleje – udvikling, nytænkning og kvalitetssikring. Den har givet nye udfordringer og forhåbentlig bedre service.* Andre mener, at den nye organisering har givet anledning til eftertanke inden for den kommunale hjemmepleje og bl.a. betydet en større korpsånd, og en klarere profil samt en tydeligere markering af, hvad medarbejdere kan og er gode til. Også kommuner bestræber sig på, at der ikke kommer så mange hjælpere i det enkelte hjem.

Der synes at være et ønske om at bevare nogle af de gode sider, som den kommunale hjemmehjælp traditionen tro er i besiddelse af samtidig med et ønske om, at medarbejdere er mere »kundeorienterede«. Den nye organisering definerer først og fremmest hjemmeplejen som en servicevirksomhed og hjemmehjælperen som udfører af serviceopgaver – opgaver, som er defineret af andre uden særligt stort råderum og autonomi for den enkelte medarbejder. Et eksempel herpå er, at medarbejderne ifølge de gældende retningslinjer skal aftale justeringer i hjælpen med visitatorerne (bestillerenheden), og at de skal notere i samarbejdsbogen, hvis de ved et konkret besøg udfører noget andet, end der er bevilget. Det er blevet påpeget, at et centralt aspekt ved frit valg-ordningen er, at hjemmehjælperen er en underordnet, som leverer de ydelser, som administrationen har besluttet

(Vabø 2003). Dermed vil der ud fra et ledelsessynspunkt være en rationel styring af opgaverne i forhold til politisk fastsatte mål og standarder for hjemmehjælpsydelse. Men ordningen kan forventes at have konsekvenser for relationen mellem medarbejderen og borgeren: det er ikke længere gennem mødet med den enkelte hjemmehjælper, men gennem en aftale med visitatoren, at brugeren får sikret sine velfærdsstatslige ydelser (Vabø 2003).

Samtidig med, at kommunale ledere ønsker serviceorienterede hjemmehjælpere, er der tegn på, at dette hensyn kan undergrave omsorgsprincipperne i serviceloven. Det er en væsentlig problemstilling, hvorvidt det er muligt samtidigt at opfylde begge krav – at udføre opgaverne både efter serviceprincipper og omsorgsprincipper. Nogle kommunale repræsentanter er, selv om de hilser konkurrencen velkommen, bekymrede for, at den nye organisering kan føre til en nedprioritering af nogle af de omsorgsprincipper, som medarbejderne i kommunerne er skolet i. Der hersker tvivl om, hvorvidt principperne bliver fulgt især af private leverandører, som kommer fra hjemmeserviceområdet, og som derfor ikke nødvendigvis har ansatte med sundhedsfaglig uddannelse. Lederne af de private leverandører synes da også at betone serviceaspektet og den private virksomheds styrke i forhold til at kunne levere god service. Medarbejderne i de private firmaer er i et dilemma, hvis de skal arbejde på forskellig måde alt efter, om de udfører de »kommunale« opgaver, eller opgaver, som brugeren selv betaler for som tilkøbsydelser.

Men kommunerne kan også møde problemer med at omsætte hjælp til selvhjælp-princippet til praksis (se også Swane 2003). Hvis den kommunale leverandør fastholder det socialpolitiske sigte, kan konsekvensen i den sidste ende være, at brugerne vælger en privat i stedet for den kommunale leverandør: *I serviceloven ligger det indlejret, at man selv er ansvarlig for at gøre det, man kan. ... Men målene kan kun sættes med brugerens accept, ellers når vi det aldrig. Vi kunne frygte, at brugerne vælger det, der ikke stiller de store pædagogiske krav.* I den sammenhæng er det også relevant at spørge, i hvilket omfang hjælp til selvhjælp-princippet faktisk bliver praktiseret i kommunerne. Den socialpædagogiske kultur, der lægger op til hjælp til selvhjælp, blev ikke identificeret i en ny dansk undersøgelse, som bl.a. gennem omfattende observationsstudier i 2001-2003 har målt

hjemmehjælpernes tidsanvendelse til forskellige opgaver (Schultz-Larsen m.fl. 2004).

Det kan tænkes, at brugerne prioriterer god service på kort sigt og ikke mere langsigtede mål om forebyggelse og rehabilitering gennem aktivering. Dermed kan den kommunale leverandør for at fastholde og tiltrække brugere føle sig presset til at lægge vægt på serviceaspektet. Frit valg af leverandør kan, når det drejer sig om praktisk hjælp, således komme til at betyde, at ydelser først og fremmest bliver ydet efter nogle principper om god service, mens nogle forebyggende elementer bliver nedtonet.

De to forskellige principper for hjælp synes at bygge på to forskellige måder at forstå brugeren på, og de er ikke nødvendigvis forenelige. Hvor det fx kan forventes at være naturligt i forhold til omsorgsprincipperne, at man søger en ekspertvurdering hos hjemmesygeplejen eller andre i forhold til konkrete problemer og behov hos en bruger, er det i serviceprincipperne som udgangspunkt brugeren, der er eksperten og kan formulere de ønsker, der skal opfyldes. Bestillerenhederne i kommunerne forventer at få tilbagemeldinger fra leverandørerne om observerede ændringer i brugernes behov, men det er et spørgsmål, i hvilken udstrækning servicemedarbejderne er opmærksomme på ændringer i behov, som brugerne ikke selv udtrykker. Det kan endelig være vanskeligt for visitatorer at forklare til en medarbejder, der er fokuseret på at udføre rengøringsopgaven til størst mulig tilfredshed for brugeren, hvorfor brugeren selv skal udføre dele af det for at udvikle eller vedligeholde sin funktionsevne. Forskelligt syn på brugeren og forskellig forståelse af opgaven kan både forventes at vanskeliggøre kommunikation mellem bestiller og leverandør og resultere i forskellighed i den udførte hjælp.

Kvalitetsaspekter i frit valg-ordningen

Frit valg-ordningen lægger i høj grad vægt på *brugervurderet kvalitet*, hvor nøgleordene er fleksibilitet og service. De private leverandører synes at imødekomme brugernes ønsker i flere henseender, bl.a. at aftalerne overholdes, at brugerne informeres om eventuelle ændringer, og at der er kontinuitet i kontakten mellem hjælper og bruger (fast hjælper). Endvidere nævner repræsentanter for de private leverandører, at brugerne har stor indflydelse på tidspunktet for hjælpen. Det er alt sammen aspekter, som kri-

tikken af den kommunale hjemmehjælp har drejet sig om (fx Aion ApS, 2004).

De fire kommuners hidtidige erfaring er, at *praktisk hjælp* fra de private leverandører har fungeret tilfredsstillende. Der kan endda i noget omfang opleves begejstring, idet de kommunale ledere mener, at kommunens eget personale kan lære af de private, frem for alt at blive mere kundeorienteret og serviceminded. Tilfredsheden med de private leverandører bliver yderligere bekræftet af, at en betydelig del af de private leverandørers brugere er tidligere »utilfredse brugere« af kommunal hjælp, som derfor har skiftet til privat. Generelt er modtagere af kommunal hjemmehjælp først og fremmest utilfredse med den praktiske bistand (rengøring) (fx Hansen & Platz, 1995).

Således kan det konkluderes, at ordningen i hvert fald på kort sigt synes at have medført højere brugertilfredshed hos en mindre gruppe borgere, der har benyttet valgmuligheden. Hvad der vil ske på længere sigt, kan ikke udledes fra disse erfaringer. Ifølge en svensk undersøgelse, hvor udviklingen af frit valg-ordningen er blevet fulgt over flere år, er der konstateret en tendens til successiv forringelse af kvalitet fra de private leverandører, efter firmaerne har fungeret nogle år (Olsson & Ingvad 2003 og 2004). I disse tilfælde har hjælpen været udliciteret, men det synes at indikere, at de private firmaer kan have svært ved at opretholde deres gode intentioner om høj standard og kundeorientering på længere sigt. Vi er stødt på eksempler på private leverandører, som har opsagt deres kontrakt med kommunen, fordi de ikke har kunnet få opgaverne og økonomien til at hænge sammen, og der er vel at mærke tale om veletablerede firmaer med brugere i flere kommuner. Under hensyntagen til opstramning af økonomiske vilkår for hjemmeservicefirmaer igennem de seneste år er det noget overraskende, at disse firmaer ikke uden forbehold synes at ønske at udvide deres forretningsområde inden for ældreplejen. Ældreplejen opleves af flere mindre firmaer som et usikkert område med ugunstige økonomiske vilkår. I de fire kommuner er det ikke blevet afprøvet, hvordan ordningen fungerer i forhold til *plejeopgaver*, som i højere grad end praktisk bistand forudsætter kommunikation og samspil indbyrdes mellem medarbejderne og mellem medarbejdere og eksperter. Visitorerne i kommunerne er forsigtige med deres vurderinger. Men de udtrykker deres tvivl, om det vil

være hensigtsmæssigt for en borger med omfattende plejebehov at vælge en privat leverandør, idet de private leverandører ofte til forskel fra kommunen ikke har velafprøvede arbejdsgange. Typisk vil en sådan opgave forudsætte kommunikation med og kendskab til forskellige eksperter i det kommunale system, hvilket ikke endnu kan siges at fungere. Fx bliver eksperter i kommuner ikke brugt af private leverandører – dels fordi behovene måske ikke har været særligt store i forhold til borgere, der modtager praktisk bistand, men dels fordi de private firmaer ikke er trænet i denne henseende. Dertil kommer, at den uformelle kommunikation, som dagligt naturligt foregår i det kommunale system mellem forskelligt plejepersonale, ikke er mulig. Alt i alt vil opsplitting af plejeopgaverne mellem flere aktører betyde, at der skal bruges mere tid og ressourcer til kommunikation og koordinering mellem forskellige parter, og at muligheder for uformel kommunikation begrænses. For kommunernes vedkommende vil opdeling i bestillerfunktion og udførerfunktion komme til at betyde mere formaliserede arbejdsgange end hidtil. Olsson og Ingvad (2003 og 2004) beskriver »nye kommunikationskløfter i organisationen« som en betydelig ulempe ved bestiller-udfører-modellen.

Frontlinjepersonalet og kvalitet – medarbejdernes faglige miljøer og kvalifikationer

Motiverne bag frit valg-ordningen har været at opnå effektivitet og kvalitet i varetagelse af opgaverne – men mest ud fra et systemperspektiv. Således har de konsekvenser, som ordningen har for arbejdets indhold og arbejdsmiljø samt medarbejdernes faglige udviklingsmuligheder og kompetence, ikke været til diskussion. Forventningen synes at have været, at de virksomheder, der konkurrerer på markedet, også stræber efter et godt arbejdsmiljø for personalet. Bestiller-udfører-modellen synes ifølge Olsson og Ingvad (2003) at styrke det administrative domæne i forhold til det professionelle. Det udførende personale på området har ikke været med til at forme eller planlægge ændringer; de har fået dem givet. Nogle kommunale repræsentanter konstaterer, at det har været en svær omstillingsproces for den kommunale leverandør – *det er jo en ændring, som de ikke har bedt om, og som de ikke har haft indflydelse på*. Samtidig er der en forventning om og tiltro til, at de kommunalt ansatte hjemmehjælpere accepterer de nye

vilkår og indretter sig efter omstændighederne, selv om de kommunale repræsentanter er velvidende om, at hjemmehjælpspersonalet er blevet frataget kompetence og råderum i deres arbejde i forbindelse med frit valgordningen. Kommunalt ansatte hjemmehjælpere har traditionelt haft forholdsvis stor autonomi i deres arbejde. For de privat ansatte er kommunernes opgavedefinering – at personalet fungerer som udførere af serviceaftaler – et grundvilkår, som leverandørerne har godkendt fra starten.

Ved oprettelsen af en central visitation er hjemmehjælpernes selvstændighed og skønselementet i arbejdet blevet begrænset. Arbejdet bliver styret udefra og »standardiseret«, i og med at hjemmehjælperne skal udføre opgaver, der er defineret af andre (visitatorerne). Andre initiativer, bl.a. indførelse af Fælles Sprog, har styret udviklingen i samme retning, nemlig mod mere regelorienteret arbejde. Der er tale om ændringer, som både giver mindre variation i arbejdet og mindre egenkontrol – begge er negative udviklingstendenser ud fra arbejdslivsforskningens perspektiv (bl.a. Karasek og Theorell, 1990). Det står åbent, hvilke konsekvenser dette på længere sigt vil have for personalets kvalifikationer og engagement samt rekruttering af personale til kommunal hjemmepleje. Det kan tænkes, at ændrede arbejdsforhold påvirker områdets attraktivitet og anseelse i en negativ retning. Under alle omstændigheder er det et væsentligt aspekt, da området er blevet betegnet som problematisk både arbejdsmiljømæssigt og med hensyn til rekruttering og fastholdelse af personalet (Danmarks Evalueringsinstitut, 2001; Den sociale Ankestyrelse, 2001; Eskelinen m.fl., 2002).

Der synes at herske divergerende opfattelser af, hvordan arbejdsmiljøet og relationen mellem hjemmehjælpere og brugere vil udvikle sig i praksis i den kommende tid. De kommunalt ansatte hjemmehjælpere arbejder stort set som hidtil i de fire kommuner, som er med i vores undersøgelse, dvs. den planlagte økonomi- og kontraktstyring af den kommunale leverandørs arbejde er ikke endnu ført ud i livet. Spørgsmålet er, hvorvidt og eventuelt hvordan den politisk-administrative ledelse kan påvirke hjemmehjælpere og føre de planlagte ændringer ud i livet, herunder opstramning, øget styring og standardisering. Erfaringer fra andre områder peger på, at det kan være problematisk for ledelsen at styre frontlinjemedarbejderne, i situationer, hvor ledelse og medarbejdere har forskellige præferencer (Winter 2000 og 2002). Olsson og Ingvad (2003) – i lighed med tidligere

nordiske undersøgelser (Szebehely, 1995; Wærness, 1995) – betragter den traditionelle organisation med autonome arbejdsgrupper med nærhed til ledelse og beslutninger som den mest ideelle både med hensyn til omsorgskvalitet og arbejdsmiljø. De (Olsson og Ingvad) mener imidlertid, at de professionelle kan have svært ved at hævde sig, både når de ældres behov for hjælp skal bedømmes, og når det gælder kravene til arbejdets udformning. Ifølge Vabø (2003) har hjemmehjælpspersonalet ved at holde fast ved omsorgsrationalitet og egen identitet »reddet« reformerne i praksis – reformerne, som ellers vil være blevet afsløret som bureaukratiske, ineffektive og destruktive. De interviewede kommunale ledere forventer, at indførelse af frit valg-ordningen i fremtiden vil betyde forandringer i arbejdskultur og praksis hos de kommunalt ansatte, og at ændringerne må gennemføres gradvis »i dialog« med den kommunale leverandør. Ifølge en ny dansk undersøgelse af ældreplejen (Schultz-Larsen m.fl. 2004) er der tegn på, at en medicinsk-bureaukratisk kultur, hvor opgaverne er instrumentaliserede, standardiserede og regelstyrede, er i fremgang i de danske kommuner, mens den traditionelle omsorgskultur – husmoderkulturen – er under pres, bl.a. fordi standardisering og styring danner nye rammer for arbejdet. I sammenligning med tidligere svenske og norske undersøgelser (Szebehely, 1995 og 2003; Wærness, 1995; Olsson og Ingvad, 2003; Vabø, 2003) er det tankevækkende, at forskerne bag den danske undersøgelse antyder, at kulturskiftet i stigende omfang har personalets accept. Det skal dog bemærkes, at arbejdskulturen ikke var et centralt tema i undersøgelsen, og at undersøgelsen er gennemført inden frit valg-ordningen trådte i kraft.

De private leverandører synes at være presset både af brugerne og af de økonomiske vilkår. I forhold til kommunerne, som har stordriftsfordele med mange ansatte inden for ældreplejen, kan det være svært især for de mindre firmaer at investere i medarbejdernes faglige udvikling og uddannelse. Der er dog i de fire kommuner et eksempel på en privat leverandør, som har en sygeplejerske til at undervise sit servicepersonale. Endvidere synes brugernes ønsker at veje mere hos de private leverandører end hensynet til at vedligeholde og udvikle medarbejdernes kvalifikationer. De private leverandører har ofte mange deltidsansatte for at imødekomme brugernes ønsker om fleksibilitet, og leverandørerne ønsker at maksimere de ansattes ansigt til ansigt-tid hos brugerne. Begge disse hensyn betyder i

praksis, at der er begrænsede muligheder for systematisk kompetenceudvikling på arbejdspladserne, hvilket traditionelt er en væsentlig del af udviklingen af arbejdspraksis på social- og sundhedsområdet. Samtidig udgør de private firmaer ofte meget begrænsede faglige miljøer med få kontakter med social- og sundhedsområdet. På denne baggrund er det relevant at stille spørgsmål som: Hvordan vil medarbejdernes kompetencer udvikle sig i de private firmaer på længere sigt? Vil begrænsede muligheder for faglig refleksion og udvikling have betydning for, om personalet på social- og sundhedsområdet oplever private leverandører som attraktive arbejdspladser?

Standardisering eller fleksibilitet?

De senere års tendens inden for hjemmeplejen har været mod større synlighed, dokumentation og prioritering, og disse målsætninger har ført til øget styring og standardisering af ydelserne. Den politisk-administrative styring af hjemmehjælpsområdet er blevet styrket i forhold til tidligere, hvor området i høj grad var styret af frontlinjepersonalet med betydelige lokale forskelle. Kritikken af den tidligere praksis gik bl.a. ud på, at hjælpen var forskellig, og at det var problematisk at se en sammenhæng mellem udgifter og kvalitet.

Kommunerne har som et led i ordningen oprettet en selvstændig visitationsenhed (bestillerenhed). Den administrative ledelse og visitatorerne i kommunerne fremhæver ensartethed og gennemsigtighed i tildelingen af hjælpen som en fordel ved strukturen – at der ydes hjælp efter behov og efter samme principper. Hjemmehjælp er systemets hjælp til borgerne, og det er vigtigt, at der er en sammenhæng mellem politisk fastlagte mål og retningslinjer på den ene side og tildeling af hjælp på den anden. Ledere og visitatorer mener, at en central visitation, som er adskilt fra udførelsen af opgaverne, er mere systematisk, grundig og »objektiv« end det tidligere system, hvor visitationen foregik i distrikterne. Standardisering af visitationen har typisk medført et bedre overblik over hjemmehjælpsopgaverne i kommunen, men den har samtidig betydet en opstramning, dvs. tildelingen af hjælp er blevet mere restriktiv, som nogle af kommunerne beskriver udviklingen.

Regelændringerne i form af indførelse af kvalitetsstandarder, Fælles Sprog, it-baserede omsorgssystemer og adskillelse af bestiller- og udførerfunktionen har til formål at skabe klare linjer for, hvad der ydes hjælp til, og at hjælpen er ens for borgere med samme behov. Et centralt spørgsmål i den forbindelse er, hvordan et sådant standardiseret system fungerer på det praktiske plan. Opstår der problemer med at gennemføre disse principper især i tilfælde af, at der er en mangfoldighed af leverandører i en kommune?

Et andet centralt aspekt er, om standardisering og fleksibilitet kan »gå hånd i hånd«. Samtidig med systematiserings- og dokumentationskrav er der nemlig et udtrykkeligt princip om, at hjemmehjælpen skal være fleksibel – ifølge Socialministeriet (2004) betyder det, at *du [brugeren] og hjemmehjælperen sammen kan lave frie aftaler om, hvilke opgaver du ønsker hjemmehjælperen skal løse*. Det vil sige, at samtidig med, at hjælpen skal være ens til borgere med samme behov, skal den *tilpasses* den enkelte bruger.

Standardisering gennem central visitation og brugen af faste ydelseskategorier (primært Fælles Sprog, som ca. 80% af kommunerne anvender (Petersen og Schmidt, 2004)) sikrer kommunerne synlighed på det administrative plan, men den synes også at medføre uhensigtsmæssigheder i det konkrete arbejde. Et eksempel herpå er øget behov for revisitering, som kommunerne har oplevet i det seneste år. Det kan skyldes, at de standardiserede ydelseskategorier opdeler hjælpen i småenheder, og at der i kraft af brugen af disse tidsmålte kategorier er sket en opstramning af hjælpen med umiddelbar økonomisk gevinst til følge. Kommunerne erkender, at serviceniveauet er blevet mere restriktivt, og at der samtidigt er opstået øget behov for revisitation. En stram visitation med meget begrænset frihed for den enkelte medarbejder til at disponere over tidsanvendelsen synes at resultere i, at der skal justeres og korrigeres i forhold til den øjebliksvurdering, som vistatoreren får gennem et enkelt besøg. Det er derfor relevant at spørge, om et minutiøst system er en fordel. Det synes at føre til mange korrektioner og betyde, at hjælpen bliver mere ustyrbar, ugenomsigtig og uensartet – lige modsat formålet. Kommunerne i undersøgelsen har haft forskellig praksis i forhold til revisitation med forskellig grad af fleksibilitet for frontlinjen. Nogle kommuner mener, at det vil være en fordel såvel

for administrationen, personalet som brugerne, hvis hjemmehjælperne vil få tilført mere råderum, end de har i øjeblikket.

Fleksibilitet lægger op til, at brugerne har indflydelse på »produktionen« af serviceydelser – en af intentionerne med frit valg-ordningen har netop været at sætte brugerne i centrum. I princippet har borgerne mulighed for at aftale andet i henhold til fleksibel hjemmehjælp, men spørgsmålet er, hvordan dette fungerer i praksis. Kan det, at borgeren ønsker noget andet end det, hun er visiteret til, have konsekvenser for den tildelte hjælp? Den generelle tendens i kommunerne har været en opstramning af den visiterede hjælp – man har brugt »kontrolbriller« for at afstemme ydelsesniveauet med de politiske målsætninger. Kommunerne fører desuden løbende kontrol med den udførte hjælp, hvilket bl.a. indebærer, at medarbejderne har pligt til at notere i samarbejdsbogen hos brugeren, om der er afvigelser i forhold til de aftalte opgaver. Hvis borgeren gentagne gange ønsker at bytte til andre opgaver end dem, der er truffet en afgørelse om, er det ifølge visitatorerne relevant at vurdere, om borgeren reelt har behov for de tildelte ydelser. Det vil sige, at det kan være problematisk at praktisere »fleksibel hjemmehjælp«, hvis den i praksis kan føre til, at borgeren sanktioneres af den grund. Hvis dette er tilfældet i større grad i kommunerne, betyder det, at standardisering er prioriteret på bekostning af fleksibilitet. Dermed er systemet på trods af intentionerne ganske ufleksibelt og urefleksivt. I den forbindelse er det interessant at bemærke, at kommunalt ansatte hjemmehjælpere ikke har ført pligten til at notere i samarbejdsbogen ud i livet, hvilket bl.a. kan skyldes, at den vil begrænse medarbejdernes handlefrihed og muligheder for fleksibilitet.

Økonomisk gevinst eller øgede omkostninger?

Det er et gennemgående resultat fra empiriske undersøgelser, at der normalt sker en omkostningsreduktion, når produktionen flyttes fra offentlig organisering til markedet (Christoffersen og Paldam, 2004). Der er dog stor variation i resultaterne, og der er også eksempler på, at markedsgørelse af offentlig produktion har ført til øgede omkostninger. Undersøgelserne dækker over meget forskellige former for produktion, og markedsgørelsen består som regel i udlicitering af en offentlig produktion. Dermed kan sådanne undersøgelser ikke forudsige de økonomiske virkninger af ordnin-

gen med frit valg af leverandør af praktisk og personlig hjælp, der langt overvejende bygger på, at flere private virksomheder godkendes til at levere ydelserne.

Denne undersøgelse kan heller ikke fastslå, om indførelse af frit leverandørvalg efter godkendelsesmodellen har ført til en økonomisk gevinst eller øgede omkostninger for kommunerne, men under alle omstændigheder har de økonomiske konsekvenser indtil videre været beskedne i de fleste kommuner, fordi kun ydelser, der sammenlagt lægger beslag på et meget beskedent antal timer, er gået til private leverandører.

På længere sigt, hvis omfanget af opgaver udført af private leverandører vokser, vil det være et spørgsmål, om eventuelle effektivitetsgevinster i den kommunale hjemmepleje som følge af konkurrence fra private kan opveje øgede omkostninger ved, at der er flere private leverandører. Øgede omkostninger fremkommer ved, at der er nogle stordriftsfordele, der går tabt ved, at der er flere leverandører. De øgede omkostninger har form af dårligere kapacitetsudnyttelse, dårligere udnyttelse af faste omkostninger og indirekte omkostninger samt længere transporttid til den enkelte bruger. Man kan imidlertid argumentere, at dette er acceptable omkostninger ved at have flere leverandører på et marked frem for et monopol, og at dette opvejes af bedre kvalitet i ydelserne og mere effektiv produktion. De øgede administrative omkostninger synes beskedne.

Når det gælder udførelse af plejeopgaver i aften- og specielt nattetimerne vil der imidlertid være tale om et betydeligt merforbrug ved, at flere leverandører udfører opgaverne. Det skyldes, at der i nattetimerne sjældent er flere opgaver, end der kan klares af den minimumsbemanding, der skal til for at opretholde et beredskab i aftentimerne. Kommunerne er nødt til at opretholde denne minimumsbemanding, og opgaver udført af andre leverandører i nattetimerne vil således udgøre et ekstra forbrug.

Når kommunerne fastholder, at virksomheder, der yder personlig pleje, også skal udføre opgaver hos deres brugere i aften- og nattetimerne er argumentet, at opgaverne skal udføres af personer, der kender brugerne. Det synes fagligt korrekt, og siden døgnhjemmeplejens indførelse for mange år siden har det været et princip, at der kun aflægges besøg hos borgere, som hjemmeplejen kender (har oplysninger om). I andre tilfælde skal en læge være involveret i henvisningen. Der skal altså være adgang til sund-

hedsfaglig information om de brugere, der ydes pleje, for at sikre en korrekt faglig vurdering af brugerens tilstand og behov.

Der synes imidlertid ud fra en ressourcebetragtning at være brug for at udvikle et kommunikationssystem, hvor én »natleverandør« har adgang til den relevante information om borgere med behov for besøg i nattetimerne.

Et andet argument for forpligtelsen til at yde pleje hele døgnet er, at alle leverandører skal stilles lige (have de samme byrder), men her har den kommunale hjemmepleje uden tvivl som den store leverandør nogle stor-driftsfordele, mens en lille privat leverandør vil have svært ved at få økonomien i et døgnberedskab til at hænge sammen, når afregningen sker i forhold til leverede ydelser.

Pris- og kvalitetskrav i forhold til leverandører samt kvalitetsstandarder for praktisk bistand og personlig pleje fastsættes i henhold til lovningen af kommunalbestyrelsen. Endvidere ligger visitation til ydelserne i den kommunale organisation. Det skulle sikre kommunalbestyrelsen kontrol over serviceniveau og ressourceforbrug. Brugere og leverandører kan imidlertid have en fælles interesse i at presse ydelsesniveauet i vejret ved fx at påpege, at den tildelte hjælp i en række konkrete tilfælde er utilstrækkelig, og at kommunens serviceniveau derfor er uforsvarligt lavt.

I de fire casekommuner er der eksempler på, at interviewede leverandører påpeger, at en ydelse er for skrabet, at den udmålte tid er for beskedden, eller at den fastsatte pris er for lav. Kommunernes repræsentanter tilkendegiver imidlertid, at de ikke har mærket et pres fra leverandører, der på brugernes vegne forsøger at presse ydelsesniveauet op. Repræsentanterne oplever, at der i nogle tilfælde er en del revisitationer, men det vedrører lige så vel den kommunale hjemmeplejes brugere og betragtes som en følge af naturlige ændringer i behov. Det kunne måske lige så godt antages, at ændringer i behov har sværere ved at nå igennem til visitatorerne fra de private hjælpere. Nogle af de privatansatte er måske ikke så bekendte med procedurerne i et bureaukratisk system og er mere vant til at reagere på udtalte ønsker fra kunder end på observation af ændringer i behov.

7.2 Brugernes behov og ønsker

Brugerens viden og holdninger i leverandørvalget

Der er vidt forskellige måder at træffe valget af leverandør på. Et væsentligt aspekt i denne sammenhæng er det kendskab til leverandørerne, som brugerne har lagt til grund for deres valg.

Erfaringer med en leverandør er en af de ting, der synes at have stor betydning for valget. Brugere, der har konkrete erfaringer med en leverandør, lader ofte dette spille en afgørende rolle for valget af leverandør. Alt efter om de erfaringer og det kendskab, brugerne har til en konkret leverandør, er positivt eller negativt, kan det endelige valg have form af et tilvalg eller et fravalg af denne leverandør.

Kendskab til leverandører, der ikke er baseret på egne erfaringer, men på andres omtale af en leverandør, indgår også i en del brugeres overvejelser i forbindelse med valget af leverandør. Brugere, der ikke har personlig erfaring med en leverandør eller fravælger den, de har erfaringer med, baserer ofte (til)valget af leverandør på kendskab til denne fra andres omtale eller kendskab til denne som en del af et lokalkendskab.

Endvidere er der de oplysninger, som der i mere eller mindre officiel form bliver givet til brugeren under visitationen, gennem informationsmateriale og lignende. Oplysninger i denne form synes ikke at spille nogen større rolle.

Endelig er der brugere, der ikke baserer beslutningen på erfaring, kendskab eller oplysninger om de forskellige leverandører, men som fx blot ud fra et billede i det udleverede informationsmateriale af personalet i en virksomhed vælger leverandør.

Kendskab til leverandørerne er imidlertid ikke det eneste, der har betydning for valget af leverandør, idet der også findes en række forskellige holdninger til at træffe dette valg og til de forskellige valgmuligheder. Holdningerne er det, der i sidste instans indvirker på, hvordan det faktiske kendskab bliver brugt i den endelige beslutning. Blandt holdningerne optræder for eksempel ret udbredte positive og negative forventninger til enten offentlige eller private leverandører og deres kvaliteter eller mangel på samme. Holdninger er for nogle brugere det afgørende for valget, og disse holdninger er kun i et vist omfang baseret på konkrete erfaringer med eller

kendskab til leverandørerne. Det er også muligt, at brugerens kendskab til eller oplysninger om leverandørerne bliver forstået i lyset af holdningerne.

Blandt mere specielle forhold, som bliver lagt til grund for valget af leverandør, kan der være et personligt kendskab til en bestemt ansat, som brugeren har været tilfreds med, før valget skulle træffes. Det personlige kendskab til en bestemt person bliver dermed afgørende for valget af leverandør og ikke de kvalitetsegenskaber, som forskellige leverandører reklamerer med. I stedet søger brugeren at fastholde relationen til den ansatte ved at beholde leverandøren, eller hvis den ansatte skifter leverandør, følger brugeren med til den nye leverandør.

Brugersuverænitet

Den forståelse af brugersuverænitet, som er krumtappen i det frie leverandørvalg, og som kommer til udtryk i både bekendtgørelse og vejledning, hviler på nogle antagelser om, at brugerne og den måde, disse vælger på, kan sikre, at de opnår tilfredshed med kvaliteten af ydelsen. Brugersuverænitet har et nært slægtskab med forbrugersuverænitet¹⁰. Begrebet beskriver, hvordan der gøres plads til, at brugeren frit træffer valg ud fra kendskabet til egne ønsker og behov.

Indførelsen af et frit valg sætter brugerne i en situation, hvor de ud fra egne ønsker og behov må vurdere leverandørudbuddet og vælge en leverandør. Der er ikke tale om et fuldstændigt frit (for)brugervalg i den forstand, at brugerne kan vælge frit mellem ydelser og omfanget af ydelser på baggrund af egne ønsker. I en offentlig servicekontekst er der udstukket bevillingsramme, som brugeren kan vælge frit inden for. De kommunale kvalitetsstandarder samt den visiterede tid og ydelse udgør denne ramme for brugersuveræniteten. Brugersuveræniteten består i forbindelse med det frie leverandørvalg i, at brugerne vælger leverandør ud fra egenskaber ved leverandørernes måde at levere de bevilgede ydelser på. Brugersuverænitet forudsætter, at ydelserne bliver leveret i en mindre institutionaliseret form, end hvis der kun var en kommunal leverandør, således at der faktisk kan være variation og fleksibilitet i den måde, ydelserne bliver leveret på. Det er i kraft af denne fleksibilitet og variation, at brugeren kan opleve bedre kvalitet i ydelsen, idet ønsker og behov kan opfyldes bedre eller dårligere af forskellige leverandører. Dette forudsætter naturligvis en gennemsigtig-

hed i forhold til udbuddet af leverandører og deres særlige egenskaber, så brugeren kan vælge den leverandør, der synes at kunne opfylde ønsker og behov bedst muligt (Batavia, 2002; Benjamin, 2001; Stone, 2000).

I forhold til denne forståelse af brugersuveræniteten kan man sige, at valget mellem leverandører ikke udelukkende baserer sig på karakteristika, der knytter sig til generelle forhold hos leverandørerne. Også konkrete sociale relationer og forståelser er af afgørende betydning for det valg, brugeren ender med at træffe. Samtidig er det begrænset, hvor meget brugeren rent faktisk sammenligner egenskaber hos leverandørerne, idet de i vid udstrækning baserer valget på kendskab til eller erfaring med én enkelt leverandør. I stedet er det egenskaber, der knytter sig til konkrete ansatte, omtale af firmaer, holdninger til leverandører og lignende, der lægges til grund for valget. Det er derfor i flere af de eksempler, vi har set på, ganske begrænset, hvor meget gennemsigtighed på leverandørmarkedet har betydet for valget mellem forskellige leverandører. Det faktiske leverandørvalg synes at være indlejret i langt mere komplekse processer.

Der ligger i forståelsen af brugersuveræniteten også en forståelse af, at selve retten til at foretage et valg eller fravalg er en kvalitet for brugeren, uanset hvordan valget administreres. Denne empowerment-opfattelse af brugersuveræniteten er ikke rettet mod spørgsmålet om etablering af et leverandørmarked, men derimod mod en frigørelse af den individuelle vilje og valgkompetence fra den offentlige vilje, som den kommer til udtryk gennem enhedsydelser fra en kommunal leverandør. Forventningen er, at brugeren i kraft af den frihed, der opstår ved retten til at foretage et leverandørvalg, oplever en øget tilfredshed ved at modtage ydelser og i øvrigt oplever sig selv som mere kompetent og handlekraftig (Tilly et al., 2000; VanDerWerff, 1998).

I forhold til empowerment-betydningen af ordet, hvor frisættelsen af den individuelle vilje er det centrale, synes der at være en oplevelse af kompetence hos brugeren. Næsten alle de interviewede har en forklaring på, hvorfor de har valgt, som de har gjort: hvad de har valgt til, og hvad de har valgt fra. Dette peger på en betydelig interesse for, hvilken leverandør de rent faktisk har fået – også hos dem, der har valgt at beholde deres kommunale leverandør – og nogle klare prioriteringer i forhold til deres personlige præferencer i valget af leverandør. Valget af leverandør synes

derfor for de brugere, vi har interviewet, at opfylde denne del af målsætningen i forhold til at frisætte og understøtte den enkelte brugers valgkompetence og -lyst for derigennem at opnå større tilfredshed med den valgte leverandør. Det skal imidlertid understreges, at de brugere, vi har interviewet, hører til blandt borgere med mange ressourcer, og det derfor er tænkeligt, at oplevelsen er en anden for brugere, der ikke besidder den samme valgkompetence og har de samme ressourcer, som de her interviewede.

Visitorernes opfattelse og oplevelse af brugernes valgkompetence

Visitorerne har som repræsentanter for den kommunale myndighedsfunktion til opgave at informere om og facilitere det frie valg for den enkelte bruger. Det fremgår imidlertid af interviewene, at visitorerne i praksis oplever, at der er grænser for, hvor langt dette kan eller skal udbredes. De oplever konkret, at det er de »stærke«¹¹ brugere, der benytter det frie valg, og at det også er disse, tilbuddet egner sig til. Holdningen hos nogle visitatorer er, at tilbuddet om frit valg ikke i samme udstrækning egner sig til de »svage« brugere, og at de »svage« brugere derfor i praksis vælger den kommunale leverandør. Da det er visitator, der er garant for formidlingen af viden om det frie valg samt information om de enkelte godkendte leverandører, kan man derfor overveje, hvilke konsekvenser det har for formidlingen af valgmulighederne, at det er visitators faglige overbevisning, at det frie valg primært egner sig til en bestemt gruppe brugere. Det er vanskeligt at forestille sig, at visitorerne ikke vil vejlede brugerne i valget af leverandør, hvis de mener, at der er bestemte valg, der er fagligt problematiske. Nogle visitatorer vejleder fx brugerne til ikke at vælge forskellige leverandører til personlig pleje og praktisk bistand, hvilket vil medføre, at brugere, der er utrygge ved at få personlig pleje fra en privat leverandør, heller ikke vil vælge en privat leverandør af praktisk bistand.

Visitorerne opfordrer i flere af kommunerne alle brugere eller de lidt »svagere« brugere til at have en pårørende med til visitationen som bisidder, således at denne kan hjælpe brugeren med at få formuleret ønsker og behov mere klart og vælge leverandør. I nogle kommuner oplyses, at der kan være problemer ved at anvende en bisidder. Hvis en bruger er usikker

og derfor beder sin kommunale hjemmehjælper om at være bisidder, eller hvis bisidderen, som en enkelte bruger beskrev, træffer valget på brugerens vegne, fordi denne egentlig ikke selv har truffet nogen beslutning om, hvilken leverandør der ønskes, får bisidder en rolle, der er andet og mere end støtte til at foretage valget af leverandør.

Under alle omstændigheder er det visitatorernes oplevelse, at de usikre eller utrygge samt de »svage« brugere vælger den kommunale leverandør. Hvis dette sættes i forhold til de interviewede brugeres oplevelse af kompetence i valget af leverandør, er det åbenlyst, at der er en uoverensstemmelse mellem de interviewede, »stærke« brugeres oplevelse og beskrivelsen af de »svage« brugeres oplevelse. Dette understreger, at de brugere, der er udvalgt til interviewene og rent faktisk har foretaget valget af privat leverandør, ikke er repræsentative for alle, der får hjemmepleje.

Det kunne altså tyde på, at frit valg af leverandør giver en social skævhed, således at særligt borgere med mange ressourcer gennem deres valg i højere grad får imødekommet deres behov og ønsker end borgere med få ressourcer. Det er imidlertid et spørgsmål, om denne gruppe ikke under alle omstændigheder vil være i stand til at finde løsninger, der passer til dem (se fx Colmorton m.fl., 2003; Hansen m.fl., 2002).

Konsekvenser af lempeligere regler for frit valg

I den nuværende ordning kan borgere, der er visiteret til praktisk bistand eller personlig pleje, vælge leverandør af ydelserne, mens betalingen går direkte til leverandøren. Lempeligere regler kunne bestå i at borgere, der er berettiget til hjælp, får udbetalt et kontantbeløb til selv at skaffe sig den fornødne hjælp, og at den bevilgende myndighed i øvrigt ikke blander sig i, hvordan beløbet eller voucheren bliver brugt. Nogle få danske kommuner eksperimenterer med at udbetale beløbet til brugerne, og tilsvarende ordninger findes i flere andre europæiske lande, men der er forskel på, hvor reguleret systemet er (Ungerson, 2004). I fx Holland og Østrig kan pårørende eller andre nærtstående aflønnes for at yde pleje, men lønnen udbetales af tredjepart, og omsorgsgiveren er således i et formaliseret ansættelsesforhold med de rettigheder, det giver. Der er imidlertid systemer, som er mindre regulerede. I Storbritannien og Nordirland kan plejeberegtigede selv ansætte en omsorgsperson, som imidlertid ikke må være familie. Der er

dog ofte tale om en person, som den plejeberettigede kender på forhånd, og der er her tale om individuelle aftaler, som kan stille omsorgsgiveren i en ugunstig situation. I Italien og Østrig udbetales en plejeydelse, og der er ingen kontrol med, hvordan pengene anvendes. De kan i princippet bruges på hvad som helst eller slet ikke bruges, spares op eller foræres væk. I dette system kan den plejeberettigede vælge at beholde pengene selv og klare sig med uformel hjælp fra ægtefælle, andre pårørende eller naboer, eller som det sker i en del tilfælde klare sig med hjælp fra uregistreret arbejdskraft fra »det grå marked«.

Med et beløb i hånden får borgere med behov for hjælp mulighed for at engagere et familiemedlem eller en ven, som står dem nær, og de har dermed en tæt social relation til hjælperen, hvilket ældre med behov for hjælp ofte sætter pris på (se fx Hansen m.fl., 1999). Til gengæld er der stor risiko for, at hjælpen bliver en belastning for dem, der skal yde den, og der er risiko for de kvalificering af de professionelle, der vælger at nedsætte sig som »uformel plejer« (fx Ungerson, 1999; Infratest Sozialforschung, 2003).

Hovedtendensen synes at være, at jo færre regler og jo mindre kontrol, des flere forskellige løsninger til at få klaret plejeopgaverne opstår. I flere lande er det udbetalte beløb udelukkende afhængig af borgerens handicapgrad, og udbetalingen sker uden hensyn til, hvilke ressourcer der er i husstanden til at dække behov som følge af handicappet. Det betyder, at hvis en ægtefælle kan dække behovet, så giver udbetalingen et supplement til husstandens indkomst. I Danmark, hvor behovet bedømmes ud fra husstandens ressourcer, og hjælp kun bevilges, hvis husstanden ikke selv kan klare opgaven, vil denne situation i princippet ikke opstå. Derimod vil det kunne forekomme, at familie eller andre klarer opgaven eventuelt til en lavere betaling (eller ingen betaling) end plejeydelsen, så husstanden får »et overskud« på ordningen. Det er ikke muligt på forhånd at bedømme, i hvilket omfang uformelle ressourcer vil blive mobiliseret til at klare plejeopgaver. I dag yder familie kun en beskeden indsats i forhold til at klare regelmæssige praktiske opgaver og personlig pleje, men situationen kan vise sig anderledes, hvis der bliver mulighed for en form for aflønning. Den udbredte holdning blandt ældre, at de ikke vil være en belastning for deres børn, vil dog formodentlig holde ved, og grundlaget er ikke det samme

som i centraleuropæiske lande, hvor traditionen for hjælp gennem familien er mere udbredt. Det kan imidlertid tænkes, at nogle vil opgive anden erhvervsmæssig karriere og forsørge sig som »uformel plejer« for en eller flere personer. Borgeren får dermed mulighed for at engagere en enkelt person til at stå til rådighed for hjælp og får dermed mulighed for at få opfyldt et ønske om kontinuitet, i form af at den samme person hjælper hver gang. Erfaringen synes imidlertid at vise, at sådanne arrangementer vil være sjældne i Danmark, idet kun få har benyttet sig af muligheden for at vælge en personlig hjælper, selv om ordningen har eksisteret gennem flere år.

En anden form for lempelse af de nuværende regler kunne være, at kommunerne får adgang til at levere tilkøbsydelser. I casekommunerne og i mange kommuner i øvrigt (Ankestyrelsen, 2004) opleves borgernes valg af privat leverandør som udtryk for et ønske om at kunne købe ekstra ydelser af den samme leverandør, og kommunerne finder det uretfærdigt, at vilkårene er forskellige, så den kommunale hjemmepleje står dårligere end de private i konkurrencen om brugerne.

Referencer

Aion ApS (2004): *Ældrepakken – fra et brugerperspektiv*. Ældre Sagen, København.

Ankestyrelsen (2004): *Frit valg i ældreplejen – erfaringer fra landets kommuner*. Ankestyrelsen, København.

Batavia, A. (2002): Consumer direction, consumer choice, and the future of long-term care. *Journal of disability policy studies*, 13(2), PRO-ED journals, Austin.

Bekendtgørelse af lov om social service. Lovbekendtgørelse nr. 764 af 26. august 2003.

Bekendtgørelse om kvalitetsstandarder og frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp mv. Bekendtgørelse af 9. oktober 2002.

Benjamin, A.E. (2001): Consumer-directed services at home: A new model for persons with disabilities. *Health Affairs*, 20(6), Project Hope, Chevy Chase.

Bundesministerium für Gesundheit/U. Schneekloth/U. Müller (2000): *Wirkungen der Pflegeversicherung*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 127. Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden Baden.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung.

http://www.bmgs.bund.de/downloads/02_-_ZahlenuFak_04-2003.pdf

Christoffersen, H. og M. Paldam (2004): Markedsgørelse under usikkerhed. I *Brudstykker eller sammenhæng?* FOKUS, København.

Colmorten, E.; E.B. Hansen, S. Pedersen, M. Platz og B. Rønnow (2003): *Den ældre har brug for hjælp. Hvem bør træde til?* AKF Forlaget, København.

Danmarks Evalueringsinstitut (2001): *Social- og sundhedshjælperuddannelsen. Undersøgelse af en uddannelse i forandring.* København.

Den Sociale Ankestyrelse (2001): *Danmarksbilleder 2001.* Den Sociale Ankestyrelse, København.

Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) (1999): *Qualität in der häuslichen Pflege.*

Edebalk, P.G.; G. Samuelsen og B. Ingvad (1993): Hur pensionärer rangordner kvalitetsegenskapen i hemtjänsten. *Nordisk socialt arbete* 3.

Eskelinen, L.; B.B. Hansen og L. Olsen (2002): *Uddannelse på det sociale område.* AKF Forlaget, København.

Hansen, E.B.; L. Milkær, C.E. Swane, C.L. Iversen og B. Rimdal (2002): *Mange bække små... – om hjælp til svækkede ældre.* AKF Forlaget, København.

Hansen, E.B.; L. Eskelinen og J.K. Madsen (1999): *Hjemmehjælp og ældres velbefindende.* AKF Forlaget, København.

Hansen, E.B. og M. Platz (1995): *80-100-åriges levekår.* AKF & SFI, København.

<http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A500.pdf>

Infratest Sozialforschung (2003): *Hilfe- und pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002*. München.

Karasek, R. og T. Theorell (1990): *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books, New York.

L 130: Forslag til lov om ændring af lov om social service, lov om retssikkerhed og administration på det sociale område og lov om individuel boligstøtte. (Frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp mv.)

Lov om social service (1998): *Bekendtgørelse af lov om social service*. Lovbekendtgørelse nr. 581 af 6. august 1998.

Lützhøft, R. m.fl. (1998): *Fælles sprog på ældre- og handicapområdet. Endeligt revideret katalog*. KL, København.

Olsson E. og B. Ingvad (2003): Omorganisering i den offentlige sektor i Sverige. *Social politik*, 2: 28-34.

Olsson E. og B. Ingvad (2004): *Change, reorganization and quality of home care for elderly people in Sweden during the 1990s*. 17. Nordiska konferencen i gerontologi, maj 2004, Stockholm.

Petersen, L. og M. Schmidt (2004): Fælles Sprog – og modtagerne af hjemmehjælp. *Gerontologi og samfund*, 20(2): 31-33.

Rennison, B.W. (2000): *Offentlig ledelse? – en fortælling om fortællingen om New Public Management og et alternativt studie på vej...* MPP Working Paper No. 1/2000. Department of Management, Politics and Philosophy, København.

Roth, G. (2001): *Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. National und internationale Forschungsergebnisse*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 226. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.

Schultz-Larsen, K.; S. Kreiner, S. Hanning, N. Støvring, K.D. Hansen og S. Lendal (2004): *Den danske ældrepleje under forandring. En kontrolleret, randomiseret interventionsundersøgelse i 36 kommuner*. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab og H:S Center for Forskning og Udvikling på Ældreområdet, Bispebjerg Hospital.

Socialministeriet (1998): *Supplement til vejledning af 6. marts 1998 om sociale tilbud til ældre m.fl. om Bekendtgørelse om kvalitetsstandarder m.v. for hjælp efter §§ 71 og 72 i lov om social service*. Vejledning nr. 83 af 09/06/1998.

Socialministeriet og Ældre Sagen (2004): *Frit valg og fleksibel hjemmehjælp*. Pjece. www.sm.dk

Stone, R. (2000): Consumer direction in long-term care. *Generations*, 24(3), American Society on Ageing, San Francisco.

Supplement til vejledning om sociale tilbud til ældre m.fl. efter lov om social service (Frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp). Vejledning af 9. oktober 2002.

Swane, C.E. (2003): »Hjälp till självhjälp« som strategi i hemtjänsten. I Szebehely, M. (red.): *Hemhjälp i Norden – illustrationer och reflektioner*. Studentlitteratur, Lund, s. 63-87.

Szebehely, M. (1995): *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. Arkiv Förlag, Lund.

Tilly, J.; J.M. Weiner og A.E. Cuellar (2000): Consumer-directed home- and community-based services programs in five countries: Policy issues for older people and government. *Generations*, 24(3), American Society on Ageing, San Francisco.

Ungerson, C. (2004): Whose empowerment and independence? A cross-national perspective on »cash for care« schemes. *Ageing & Society*, 24: 189-212.

Vabø, M. (2003): Mellan traditioner och trender. New Public Management som ide och praktik. I Szebehely, M. (red.): *Hemhjälp i Norden – illustrationer och reflektioner*. Studentlitteratur, Lund, s. 63-87.

VanDerWerff, J.A. (1998): Privatization and citizen empowerment. *Journal of public administration research and theory*, 8(2), Transaction Inc., Lawrence.

vdak – Verband der Angestellten Krankenkassen e.V.: *Basisdaten 2003*. www.vdak-aev.de

Vejledning om sociale tilbud til ældre m.fl. Vejledning nr. 59 af 6. marts 1998.

Winter, S.C. (2000): *Information Asymmetry and Political Control of Street-Level Bureaucrats: Danish Agro-Environmental Regulation*. Paper prepared for the Annual Meeting of the American Association of Policy Analysis and Management held in Seattle November 2-4 2000. Department of Political Science, University of Aarhus.

Winter, S.C. (2002): *Explaining Street-Level Bureaucratic Behavior in Social and Regulatory Policies*. Paper prepared for the Annual Meeting of the American Political Science Association in Boston, 29 August - 1 September 2002. Danish National Institute of Social Research, Copenhagen.

Wærness, K. (1995): Den hjemmebaserte omsorgen i den skandinaviske velferdsstat. En offentlig tjeneste i spenningfeltet mellom ulike kulturer. I: Johansson, S. (red.): *Sjukhus och hem som arbetsplats. Omsorgsyrken i Norge, Sverige och Finland*. Bonniers, Stockholm.

Ældre Sagen (2004): *Hjemmehjælp – tid og omsorg savnes*. Ældre Sagen, København.

Summary

Free Choice – Experience with more Providers of Help with Personal Care and Housework

*Leena Eskelinen, Eigil Boll Hansen and Morten Frederiksen,
October 2004*

Since the 1st of January 2003 Danish legislation states that citizens granted public help with housework or personal care should have the possibility to choose a private firm to provide the help. The municipalities which have the responsibility of granting help to people in need have to approve private firms for providing home care services or to invite tenders for providing home care services. Before that there was just the municipal provider in almost all municipalities.

The purpose of the arrangement was to improve efficiency in elder care and to better meet the needs of the users. This study contributes to gaining insight in challenges and problems to overcome in order to achieve these objectives.

The study is based on interviews with key informants in four selected municipalities and with users of services. The key informants were representatives of the public purchaser and of private providers. Furthermore, information was collected from a database at the Ministry of Social Affairs on arrangements in Danish municipalities including information on approved private providers. Finally, information on arrangements in other countries, especially Germany has been included in the study.

Conclusions

In the spring of 2004 at least one private provider of help with housework was approved in about 70% of the Danish municipalities and at least one private provider of personal care was approved in just under half of the municipalities. Especially bigger and more densely populated municipalities in the eastern part of Jutland and in the metropolitan area had private providers. Small municipalities and municipalities with a more scattered population have had more difficulties in attracting private providers of home care services.

In the municipalities with a possibility of choosing among providers, generally about 10% of the users have chosen a private provider. The major part of them has been granted help with housework. Only very few have chosen a private firm to provide help with personal care.

The users' choice of provider is based on knowledge of the providers beforehand rather than information supplied on the providers by the granting of help. The knowledge can be based on personal experience with the providers (e.g. from private purchase of service) or on statements from family or friends. This seems to resemble the situation in e.g. Germany. It seems that especially citizens with many personal and health resources choose a private provider.

As intended with the arrangement, it seems that principles of supplying good service become more important in providing help; in any case when it comes to supplying help with domestic tasks. Private service companies live by supplying good service, i.e. to fulfil the wishes and expectations of the users. The public provider seems to aim at strengthening the same principles to be able to compete with the private providers. On the other hand, there is a risk that the principles of help-to-self-help and help with an activating goal, as pointed out in social legislation, come to play a minor role in the provision of home care.

The introduction of a separate purchaser unit in the municipal organisation is a prerequisite for the free-choice arrangement. This means a more bureaucratic division of work and communication between those who grant the help and those who provide the help. The introduction of other agents than the municipal provider complicates the collaboration, and there is a

risk that a gap of communication between the various agents will arise because of focusing on different objectives.

The free-choice arrangement may lead to a poorer professional development of frontline workers. They are to a minor extent involved in the assessment of the citizens' needs and they become to a higher extent executors of services that the purchase unit has determined. More small private service firms have been approved for providing home care services, but in small firms it may be more difficult to establish an appropriate professional environment.

The economic consequences have been modest in the four municipalities because only tasks representing very few hours of work have gone to private providers. Administrative expenditure has only increased a little, but through the introduction of more providers some benefits from economics of scale are lost. For the time being it is uncertain whether this is counterbalanced by higher effectiveness in the provision of services, but the increased costs can be seen as a natural consequence of the possibility of free choice. However, especially the introduction of more providers of personal care in the evening and at night may increase total costs. It should be considered whether this is reasonable.

Noter

1. Dette afsnit bygger hovedsageligt på Vejledning af 9. oktober 2002 om frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp.
2. www.fritvalgsdatabasen.dk
3. I juni 2004 havde 124 kommuner indlagt oplysninger om godkendte leverandører af personlig pleje i hverdagstimer, mens 139 havde indlagt information om godkendte leverandører af praktisk bistand.
4. I juni 2004 havde 54% af kommunerne i fritvalgsdatabasen godkendt mindst én privat leverandør af personlig pleje i hverdagstimer, mens 77% havde godkendt mindst én leverandør af praktisk bistand. Ankestyrelsen (2004) finder på baggrund af en survey i foråret 2004, at 63% af kommunerne kan tilbyde frit valg til praktisk bistand, mens 42% kan tilbyde et valg mellem flere leverandører til personlig pleje.
5. Københavns og Frederiksberg Kommuner samt Bornholms Regionskommune indgår ikke i analysen.
6. Lovgivningen trådte i kraft 1.1.2003, men ordningen blev i praksis indført senere – i tre kommuner i april 2003 og i en kommune august 2003, hvor kommunen havde godkendt leverandører, og hvor det således var muligt at informere brugere om frit valg.
7. En af casekommunerne har kun en visitator, de øvrige tre kommuner to til tre visitatorer.
8. En kommune mangler at lave skriftligt materiale, som præsenterer kommunen.
9. Der er dog danske kommuner, der gennemfører forsøg med at udbetale en kontantydelse til borgere, der er bevilget praktisk bistand eller personlig pleje.
10. Brugersuverænitet er her inspireret af begreberne »Consumer Choice« og »Consumer Direction«, som er udviklet i forbindelse med introduktionen af øget (for)brugerstyring i det amerikanske »Managed Care«-system (Batavia 2002).
11. De interviewede har ikke defineret, hvad der skal forstås ved »stærke« og »svage« brugere, men det er underforstået brugere, der har det fornødne overskud til at træffe valg, eller ikke har det.