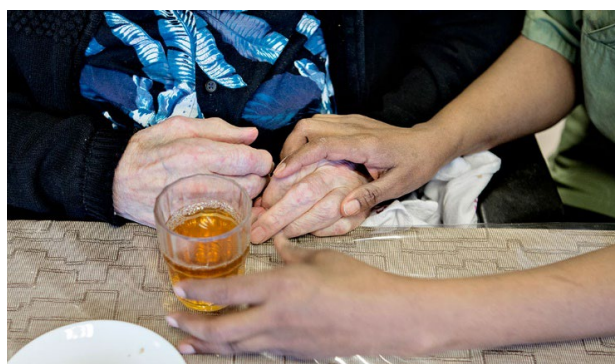
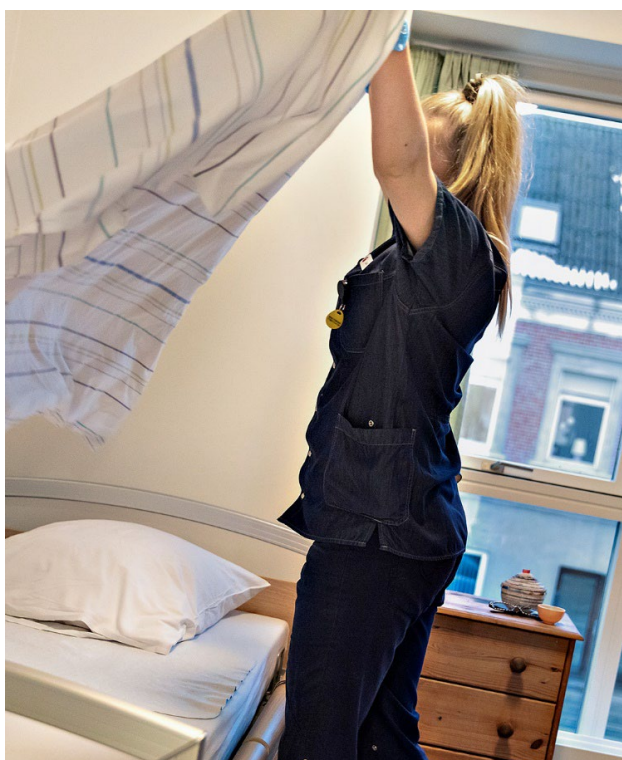


–FORTROLIG–

Decentrale beretninger fra hjemmeplejen og plejecentre under covid-19-epidemien

Delrapport 4



4

*Decentrale beretninger fra hjemmeplejen og plejecentre under covid-19-epidemien –
Delrapport 4*

© VIVE og forfatterne, 2022

e-ISBN: 978-87-7582-062-7

Modelfoto: Mathilde Bech/Cathrine Ertmann/VIVE

Projekt: 302005

Finansiering: Folketingets Social- og Ældreudvalg

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



Forord

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

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

Denne delrapport 4 formidler de decentrale beretninger med fokus på, hvad vi kan lære af erfaringerne med at forebygge og håndtere smitte i hjemmeplejen og på plejecentre. Den er den fjerde af i alt seks forskellige delrapporter, der gennemføres i forbindelse med undersøgelsen. De øvrige delrapporter består af: et registerstudie af dødeligheden (delrapport 1), et registerstudie af sammenhængen mellem test, smitte og dødelighed (delrapport 2), en kortlægning og analyse af de nationale tiltag (delrapport 3), en analyse af de decentrale beretninger i samme periode (denne rapport), en analyse af borgernes og de pårørendes perspektiver på håndteringen (delrapport 5) samt et litteraturstudie af erfaringer med indsatser (delrapport 6).

Analysen af de decentrale beretninger er gennemført som et kvalitativt komparativt casestudie. Der er gennemført interview med le-

dere og medarbejdere på fire plejecentre og i fire hjemmeplejeheder fordelt på fem kommuner samt ledere og medarbejdere i de fem kommuners forvaltninger. Interviewene er gennemført fra september til november 2021.

VIVE vil gerne rette en stor tak til de fem kommuner for at stille deres erfaringer og tid til rådighed for rapporten, både til de ledere og medarbejdere, der har deltaget i interview, og til de medarbejdere i understøttende funktioner, der har bistået med interviewaftaler og dokumentindsamling.

Analysen er gennemført af analytiker Emmy Hjort-Enemark Topholm. Projektchef Pia Kürstein Kjellberg har designet og kvalitetssikret analysen samt medvirket ved udvalgte interview. Studentermedhjælper Asbjørn Jensen Feldthaus har bidraget med transskribering og kodning af interview samt dokumentbeskrivelser.

Rapporten er kvalitetssikret via internt review ved undertegnede og eksternt review ved én dansk og to nordiske eksperter. Metode og resultater er drøftet med en faglig følgegruppe bestående af professorerne Peter Bjerre Mortensen (Aarhus Universitet), Morten Balle Hansen (UCL Odense), Karen Andersen-Ranberg (Syddansk Universitet) og Mette Nordahl Svendsen (Københavns Universitet). Foreløbige resultater er fremlagt for Folketingets Social- og Ældreudvalgs underudvalg samt en bred gruppe af interessenter. Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut og Styrelsen for Patientsikkerhed har endvidere haft mulighed for at kommentere rapporten for faktuelle fejl og mangler.

Mickael Bech

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	7
-----------------	---

1	Indledning	11
1.1	Formål	13
1.2	Design og metode	13
1.3	Læsevejledning	17

2	Decentrale beretninger om covid-19-udbrud og -dødsfald	19
2.1	Case 1: Plejecenter med stort smitteudbrud i foråret 2020	19
2.2	Case 2: Plejecenter med mindre smitteudbrud i efteråret 2020	21
2.3	Case 3: Hjemmeplejeenhed med smittetilfælde i efteråret 2020	21
2.4	Case 4: Plejecenter med større smitteudbrud i julen 2020/2021	22
2.5	Case 5: Hjemmeplejeenhed med smitteudbrud i foråret 2021	23
2.6	Case 6: Plejecenter med smitteudbrud i sensommeren 2021	24
2.7	Case 7: Hjemmeplejeenhed med overraskende lav smitte i hele perioden	24
2.8	Case 8: Hjemmeplejeenhed med kun ét smittetilfælde i efteråret 2020	25
2.9	Opsamling	26

3	Epidemi- og hygiejneberedskab	30
3.1	Organisering og opgaver	30
3.2	Opnormering og etablering af hygiejneorganisationer	31
3.3	Praksisnær undervisning og vejledning	32
3.4	Opsamling	34

4	Retningslinjer	35
4.1	Kompleksitet i oversættelse, hyppighed og omfang	35
4.2	Korte tidsfrister for implementering	37
4.3	Kompleksitet i implementering og efterlevelse praksis	38
4.4	Opsamling	44

–FORTROLIG–

5	Værnemidler	45
5.1	Manglende adgang og prioritering af værnemidler	45
5.2	Værnemidler i borgerkontakten og i borgernes hjem	48
5.3	Opsamling	50

6	Isolation og besøgsrestriktioner på plejecentre	51
6.1	Retningslinjer er tidskrævende og har begrænset relevans	51
6.2	Ubalance i kravene til medarbejdere og pårørende	52
6.3	Konsekvenser for beboernes trivsel	53
6.4	Spørgsmålet om restriktionerne har stået mål med konsekvenserne	54
6.5	Opsamling	55

7	Test	57
7.1	Manglende adgang til test	57
7.2	Tilslutning og spørgsmålet om frivillighed	58
7.3	Potentiale for at kombinere testtyper	59
7.4	Ønske om at varetage testindsatsen for borgerne	60
7.5	Opsamling	61

8	Vaccination	63
8.1	Vaccination af beboere på plejecentre	63
8.2	Vaccination af borgere i hjemmeplejen	64
8.3	Fordeling af borgernes restvacciner og manglende adgang	66
8.4	Opsamling	69

9	Konklusion	70
---	------------	----

	Litteratur	73
--	------------	----

	Bilag 1 Deltagere	74
--	-------------------	----

	Bilag 2 Interviewguides	75
--	-------------------------	----

	Bilag 3 Kodetemaer	78
--	--------------------	----

Hovedresultater

Denne rapport formidler lederes og medarbejderes beretninger om covid-19-udbrud og -dødsfald på plejecentre og i hjemmeplejen. Formålet med rapporten er at skabe viden om, hvad vi kan lære af erfaringerne med at forebygge og håndtere smitte i ældreplejen nationalt, kommunalt og decentralt.

Analysen er gennemført som et kvalitativt komparativt casestudie med otte cases. Henholdsvis fire hjemmeplejeeenheder og fire plejecentre deltager fordelt på fem kommuner i tre regioner. Dertil repræsenterer casene variation på tidspunktet for smittetilfælde, omfanget af smittetilfælde og smittetrykket i kommunen på tidspunktet for smittetilfælde. Der er gennemført interview med ledere, sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere i hver case-enhed, ligesom der er gennemført interview med chefer, ledere og centrale medarbejdere i hver af de fem kommuners forvaltninger. Interviewene er gennemført fra september til november 2021.

Hovedresultaterne beskriver først resultaterne af analysen af de otte cases på smittetilfælde og -udbrud og dernæst resultaterne for hver af rapportens seks tematiske kapitler. Hovedresultaterne afrundes med en konklusion, der peger på, hvad vi kan lære på det nationale, kommunale og decentrale niveau.

Decentrale beretninger om covid-19-udbrud og -dødsfald

Rapportens otte cases på udvalgte smittetilfælde og -udbrud peger på, at smitten primært er kommet ind via medarbejdere, der er smittet i privat sammenhæng, og sekundært via borgere, der er smittet (og ikke screenet) under hospitalsindlæggelse. Dertil et eksempel på smitte via pårørende. Beretningerne peger endvidere på, at smitten har spredt sig som følge af især manglende anvendelse af værnemidler, men også utilstrækkelig isolation, hygiejneindsats og manglende testindsats. Tidspunktet for smitte synes at have afgørende betydning for omfanget af smittede og døde, da denne indvirker på adgang til og kravene til anvendelse af værnemidler, på adgang til testindsats og på opbyggelsen af rutiner og anvendelige retningslinjer, som understøtter effektiv smitteopsporing og -inddæmning i enhederne.

Epidemi- og hygiejneberedskab

Erfaringerne peger på, at der ikke har været tilstrækkelige epidemi- eller hygiejneberedskaber i de fem kommuner. Kommunerne nedsatte ved epidemiens udbrud grupper med covid-19-ansvarlige, der har haft ansvar for at understøtte både forvaltningsniveauet og det decentrale niveau. 3 ud af 5 kommuner har

–FORTROLIG–

undervejs etableret reelle hygiejneorganisationer og ansat eller opnormeret antallet af hygiejnesygeplejersker. Kommunernes erfaring er nemlig, at der generelt, men især under en epidemi, er brug for specialistkompetencer inden for hygiejne og infektionssygdomme for at kunne yde den nødvendige støtte og vejledning. Der er også brug for indsigt i ældreområdet for at kunne yde praksisnær vejledning og undervisning ude i praksis, der klæder medarbejderne på til at håndtere og forebygge smitte.

Retningslinjer

Myndighedernes retningslinjer har været afgørende, men også udfordrende at håndtere effektivt for kommunerne, hvilket udgør en fundamental forudsætning for plejecentres og hjemmeplejeenheders evne til at forebygge og håndtere smitte. Kommunernes opgave med at fortolke og oversætte retningslinjer, der særligt i epidemiens første fase ændrede sig med stor hyppighed (fx vurdering af nærkontakt), har været tidskrævende og til tider uoverskuelig ifølge deltagerne. De peger på behov for mere realistiske tidsfrister til implementering og bedre sammenhæng mellem tidsfristerne og udmeldingerne til befolkningen. Der er endvidere behov for kortere, klarere og mere præcis kommunikation, som er nemmere at oversætte og implementere i praksis. En anden betingelse er selve arbejdet i hjemmeplejen og på plejecentre, herunder opgaverne, borgernes og medarbejdernes kompetencer, som påvirker evnerne til at efterleve retningslinjerne i praksis. Dertil påvirker øget ressourcepres, ekstraopgaver, travlhed og anvendelsen af vikarer medarbejdernes evne til at indoptage ny viden og ændre arbejdsgange i det tempo, epidemien kræver.

Værnemidler

Kommunernes manglende adgang til værnemidler er en væsentlig betingelse for epidemihåndteringen i ældreplejen, særligt for de enheder, der rammes af smitte i epidemiens første fase. Det opleves utrygt for ledere, medarbejdere og borgere i ældreplejen, at de har måttet spare på værnemidler og prioritere imellem borgerbesøg. Kommunerne har brugt tid og ressourcer på at skaffe værnemidler andre steder uden at have ekspertisen til at vurdere dem og uden at kunne indkøbe værnemidler af tilstrækkelig kvalitet. Det er en yderligere betingelse, at arbejdet i borgers eget hjem og faciliteterne i borgers hjem og på plejecenter udfordrer korrekt anvendelse af værnemidler, ligesom selve arbejdsopgaverne med pleje og omsorg indebærer en smitterisiko. Den gennemgående betragtning i interviewene er på den baggrund, at ældreplejen fremover bør prioriteres på lige fod med hospitalsvæsenet i forhold til adgangen til værnemidler.

Isolation og besøgsrestriktioner på plejecenter

Indførelse af besøgsrestriktioner og -forbud betragter interviewpersonerne som et effektivt tiltag for at forebygge og håndtere smitte, ligesom de betragter isolation af beboere ved mistanke om eller tilfælde af smitte som effektivt. Men interviewene peger også på, at isolation ikke igen bør anvendes som forebyggende tiltag, og ikke så længe øvrige tiltag som værnemidler, test og vaccination er tilgængelige. Det skyldes dels en oplevelse af, at restriktionerne til en vis grad har haft konsekvenser for beboernes trivsel og grebet ind i deres grundlæggende frihed. Dels skyldes det erfaringer med, at implementeringen af retningslinjerne har været ressourcetung og i flere tilfælde har haft begrænset relevans for medarbejderne. I medarbejdernes blik har restriktionerne taget ressourcer fra plejen af beboerne, og det har tilmed medført en ubalance i deres indsats og kravene til de pårørende.

Test

De interviewede ledere og medarbejdere tillægger testindsatsen afgørende betydning for deres evne til at forebygge og håndtere smitte. Men erfaringerne er, at testindsatsen i ældreplejen er kommet for sent i gang. Manglende adgang til test har især udgjort en udfordring for de enheder, der blev ramt af smitte i epidemiens første faser. Interviewene beretter om stor tilslutning til de to ugentlige PCR-test og negative oplevelser med indførelsen af kviktest. Derfor er vurderingen også bredt set, at testindsatsen for medarbejderne bør være frivillig, men nogle interviewdeltagere ønsker at stille det som krav til medarbejderne, fx via kviktest inden vagtstart. Testindsatsen for borgerne har indebåret et tæt samarbejde og ansvarsdeling med regionerne, men der er flere oplevelser med ventetid og dermed unødigt isolation af borgerne samt smittespredning. På den baggrund udtrykker interviewene bredt set ønske om øget decentralt ansvar, hvor kommunerne også kan varetage testindsatsen for borgerne.

Vaccination

På tværs af kommuner (og tre regioner) fremstår vaccinationsindsatsen som en opgave, der har krævet mange ressourcer kommunalt og decentralt. Oplevelsen er, at der fra første til efterfølgende stik er sket væsentlige forbedringer i vaccinationsindsatsen for borgere på plejecentre og i hjemmeplejen. Opgaven er blevet mindre kompleks, mindre ressourcetung og mere fleksibel, fordi vaccinerne er kommet tættere på borgerne. Vaccinationsindsatsen for medarbejderne er forbundet med større utilfredshed særligt i hjemmeplejen, som føler sig nedprioriteret. Medarbejderne i ældreplejen blev i første omgang tilbudt borgernes restvacciner efter kommunale prioriteringer, og flere er blevet vaccineret sent og ikke som sundhedspersonale. Den manglende adgang

til vaccination er et problem for smitten i ældreplejen, for de tilgængelige medarbejderressourcer og har ifølge ledere også påvirket tilslutningsgraden.

Konklusion

Rapporten finder, at kommunerne vurderer de anvendte tiltag i epidemihåndteringen – værnemidler, testindsats, vaccinationsindsats, skærpede hygiejnekrav samt isolation og besøgsrestriktioner – centrale for hjemmeplejens og plejecentrenes muligheder for at forebygge og håndtere smitte. Erfaringerne peger på, at tiltagene er både meningsfulde og virkningsfulde. Dette med enkelte undtagelser, som har ført til både over- og underimplementering. Dertil er der gennemgående ønske om ikke at anvende besøgsforbud som forebyggende tiltag, så længe der er adgang til de relevante tiltag som test og værnemidler.

Den centrale udfordring for hjemmeplejen og plejecentre har været manglende adgang til disse centrale indsats – særligt værnemidler, test og vaccination. Der er gennemgående ønske om fremadrettet at prioritere ældreplejen på lige fod med det øvrige sundhedsvæsen, ikke mindst idet medarbejderne er en primær smittekilde og arbejdet helt uundgåeligt indebærer tæt fysisk kontakt med netop de borgere, det er ønsket at beskytte. Derudover er der ønske om, at de nationale retningslinjer er målrettet virkeligheden, arbejdsbetingelserne og medarbejderne i ældreplejen, er korte og klare samt gives med realistiske tidsfrister for implementering.

På kommunalt niveau er erfaringen, at der er behov for veletablerede hygiejneorganisationer med specialistkompetencer inden for hygiejne og indsigt i ældreplejen – generelt men især under en epidemi som covid-19. Kommunernes covid-19-ansvarlige har spillet en central rolle med at oversætte og implementere retningslinjerne og yde praksisnær støtte og vejledning ude på enhederne. Læringen er, at medarbejderne har brug for vejledning i at håndtere de konkrete situationer, de står i, fx ude i borgers hjem, som kan udfordre efterlevelsen af retningslinjer – især i forhold til korrekt anvendelse af værnemidler og håndhygiejne.

I forlængelse heraf er erfaringen, at efterlevelsen af retningslinjer i praksis fordrer fysisk tilstedeværelse af ledere, hygiejneansvarlige eller decentrale nøglepersoner for at sikre formidling og implementering til fastansatte og vikarer i alle vagtlag, samt at der er brug for et vedvarende fokus på kompetenceudvikling af medarbejderne inden for hygiejne.

1 Indledning

Et flertal i Folketinget har ønsket en uvildig undersøgelse af baggrunden for covid-19-udbrud med smitte og covid-19-dødsfald på plejecenter og i hjemmeplejen i Danmark 2020-2021. Denne rapport er del af en samlet undersøgelse, der består af i alt seks delrapporter.

Baggrunden for undersøgelsen er jf. Sundhedsudvalgets beretning, at: *“covid-19 er i særlig høj grad en trussel mod de ældste og mest plejkrævende i vores samfund. Verden over har sygdommen i særlig grad ramt beboere på plejecentre med mange dødsfald til følge. Desværre også i Danmark på trods af, at beskyttelsen af de ældre og sårbare var i fokus allerede i foråret 2020. Pr. 17. januar 2021 er 719 plejecenterbeboere afgået ved døden med covid-19. Det er 40 % af alle covid-19-dødsfald i Danmark Derfor finder et flertal i Folketinget det vigtigt både at undersøge, hvordan vi som samfund var forberedt på en epidemi på ældreområdet, og hvordan vi som samfund håndterede epidemien i ældresektoren henover 2020 og de første måneder af 2021. Der skal følges op på og drages læring af den udvikling, der er sket, så den kan omsættes til forbedringer i epidemihåndteringen i fremtiden og i det hele taget sikre en bedre beskyttelse af ældre og sårbare borgere.”* (Sundhedsudvalget 2021).

Formålet med undersøgelsen er ifølge Sundhedsudvalgets beretning, at *“styrelser, regioner, kommuner og plejecentre bliver bedre forberedte og vil være i stand til at mindske negative konsekvenser af eventuelle fremtidige udbrud af smitsomme infektionssygdomme på plejecentre og i ældreplejen.”* (Sundhedsudvalget 2021).

Den samlede undersøgelse skal via de seks delrapporter *“identificere de uløste sundhedsfaglige udfordringer i forhold til epidemihåndtering på plejehjem og i ældreplejen. Derfor skal undersøgelsen indeholde både en beskrivende/sammenlignende del, en vurderende del og en del med anbefalinger til fremadrettet arbejde”* (Sundhedsudvalget 2021).

Denne rapport formidler resultaterne af den fjerde delrapport, der handler om de decentrale beretninger. Det vil sige beretningerne fra ledere og medarbejdere i hjemmeplejen, på plejecentre og i forvaltningerne, som har haft ansvaret for at forebygge og håndtere covid-19 i ældreplejen med de betingelser, der blev stillet herfor. Med afsæt i deres erfaringer og perspektiver bidrager denne rapport til besvarelsen af følgende af Sundhedsudvalgets spørgsmål i **den vurderende del** (Sundhedsudvalget 2021):

–FORTROLIG–

- Hvor forberedte var myndigheder og danske plejecentre og ældreplejen i marts 2020 på at håndtere de sundhedsfaglige udfordringer, som udbrud af smitsomme infektionssygdomme som fx covid-19 giver?
- Var de beslutninger, som danske myndigheder tog under covid-19-epidemien i marts 2020 og igen, da smitteudbruddene steg igen i november-december 2020, egnede til at forhindre, at især de allermest sårbare, der bor på plejecenter, og som modtager ældrepleje i eget hjem, blev smittet med covid-19?
- Hvilke forhold på det enkelte plejecenter har haft betydning for smitteudbrud, hvad betyder eksempelvis plejecentrenes og ældreplejens generelle epidemi- og hygiejneberedskab, og hvilken betydning har arbejdsorganisering på plejecentre, de faglige kompetencer hos personale, personaleallokering samt brugen af samme vikarer på flere plejecentre inden for den enkelte kommune?
- Hvordan er smitten kommet ind og har spredt sig på plejecentre, og hvad har været de vigtigste smittekilder?
- Hvorledes var adgangen til værnemidler, brug af rutinemæssige test, ibrugtagen af kviktest til ansatte og pårørende samt ekstra hjælp til at håndtere ekstra krav til de skærpede hygiejnekrav påvirket smittespredningen?
- Vurdering af de enkelte tiltags effekt på smittespredningen i forhold til de negative konsekvenser, som indsatserne også har haft for plejecenterbeboernes personlige frihed, trivsel og velvære. Hvilke af de gennemførte tiltag, som fx besøgsrestriktioner, smitteopsporing, inddæmning herunder karantæne, var adækvate og proportionelle i forhold til de nævnte forhold og i forhold til plejecenterbeboernes grundlæggende rettigheder?

Ydermere bringer denne delrapport input til **den anbefalende del** i form af formidling af kommuneres oplevelser. Rapportens konklusioner og læresætninger retter sig således mod følgende ønsker i Sundhedsudvalgets opdrag til undersøgelsen (Sundhedsudvalget 2021):

- Anbefalinger til, hvordan vi kan lære af de erfaringer, der er opnået undervejs i epidemien for at sikre, at vi i fremtiden vil være bedre rustede, hvis der skulle opstå en tilsvarende situation.
- Anbefalinger til, hvilke enkelte tiltag og forholdsregler, der med fordel kan anvendes i en lignende situation i fremtiden.

- Anbefalinger til, hvordan der sikres en effektiv implementering af de forskellige tiltag.

1.1 Formål

Formålet med denne rapport er at skabe praksisnær viden om kommunernes erfaringer med at forebygge og håndtere covid-19 i ældreplejen i perioden marts 2020 til august 2021¹. Undersøgelsesspørgsmålet er:

Hvad kan vi lære af erfaringerne med forebyggelse og håndtering af smitte på i alt fire plejecentre og fire hjemmeplejeenheder i op til otte kommuner?

Rapporten besvarer spørgsmålet ved at formidle oplevelserne og perspektiverne fra ledere og medarbejdere på det decentrale niveau og på forvaltningsniveauet. Denne viden omsættes til læresætninger for såvel det nationale, kommunale og decentrale niveau med henblik på at bidrage til udviklingen af et fremtidigt epidemiberedskab på alle niveauer af ældreplejen.

I belysningen af undersøgelsesspørgsmålet lægger rapporten vægt på at beskrive, hvilke udfordringer og muligheder der knytter sig til arbejdet med at forebygge og håndtere smitte i form af de betingelser, der gør sig gældende i ældreplejen. Det gælder både de mere generelle betingelser, hvorunder arbejdet foregår, som de betingelser, der er blevet stillet undervejs i epidemien – fra nationalt og kommunalt hold. Endvidere har rapporten fokus på at afdække forskelle og ligheder mellem de fire plejecentre og fire hjemmeplejeenheder, som har været ramt af smitte i varierende omfang og på forskellige tidspunkter af epidemien, hvilket har indflydelse på deres forudsætninger for at forebygge og håndtere smitte.

1.2 Design og metode

Analysen er designet som et kvalitativt komparativt casestudie med otte cases (Yin 2014). Formålet med dette design er at kunne belyse forskelle og ligheder i kommunernes og enhedernes erfaringer med at forebygge og håndtere smitte under varierende betingelser. Efter aftale optræder alle kommuner og deltagere anonymt i rapporten.

¹ Undersøgelisesperioden for den samlede undersøgelse er januar 2020 til april 2021, men denne delrapport har omfattet perioden efter sommer, da dette var centralt for de decentrale fortællinger om epidemien og for erfaringer med smitteudbrud i perioder med forskellige betingelser for smitteforebyggelse og -håndtering.

1.2.1 Case-udvælgelse

Der er anvendt en strategisk tilgang til case-udvælgelsen. Valget af kriterier for case-udvælgelse bunder i ønske om at opnå 1) variation omkring smitte for at belyse forskelle i oplevelser og perspektiver og 2) repræsentativitet med henblik på at øge generaliserbarhed. På den baggrund varierer rapportens otte cases på følgende parametre: Der er rekrutteret fire plejecentre og fire hjemmeplejeenheder. Disse fordeler sig på fem kommuner. Der er variation omkring smitte, så casene repræsenterer større og mindre smitteudbrud såvel som begrænset smitte i kommuner med samtidigt højt/lavt smittetryk. Dertil repræsenterer casene tilfælde af smitte på forskellige tidspunkter af epidemien fordelt over hele undersøgelsesperioden fra marts 2020 til august 2021. De øvrige kriterier, der bidrager til at sikre repræsentativitet, er variation på privat/kommunal leverandør, kommunestørrelse, kommunetype (by/land) og geografisk spredning. Tabel 1.1 viser fordelingen af cases på disse kriterier:

Tabel 1.1 Cases fordelt på udvælgelseskriterier

Case-enhed	Omfang af smitte i de decentrale enheder	Smittetryk i kommunen på tidspunktet for smitte	Tidspunkt for smittetilfælde/udbrud	Geografisk fordeling
Case 1: Kommunalt plejecenter	Stort smitteudbrud	Højt	Forår 2020	Hovedstaden
Case 2: Privat plejecenter	Mindre smitteudbrud	Meget højt	Efterår 2020	Nordjylland
Case 3: Kommunal hjemmeplejeenhed	Mindre smitteudbrud	Lavt	Efterår 2020	Syddjylland
Case 4: Kommunalt plejecenter	Større smitteudbrud	Meget højt	Vinter 2020/2021	Hovedstaden
Case 5: Privat leverandør af hjemmepleje	Mindre smitteudbrud	Meget højt	Forår 2021	Hovedstaden
Case 6: Kommunalt plejecenter	Mindre smitteudbrud	Middel	Sommer 2021	Syddjylland
Case 7: Kommunal hjemmeplejeenhed	Få smittetilfælde	Meget højt	Efterår 2020	Hovedstaden
Case 8: Kommunal hjemmeplejeenhed	Ét smittetilfælde	Lavt	-	Syddjylland

Note: Det kommunale smittetryk er vurderet ud fra sammenligning med landsgennemsnittet i den pågældende måned. Det er beregnet på incidens pr. 100.000 ud fra data på bekræftede tilfælde fra SSI: <https://covid19.ssi.dk/overvagningsdata/download-fil-med-overvaagningdata>. Lavt=under landsgennemsnit, middel=på niveau med landsgennemsnittet, højt=over landsgennemsnittet, meget højt=omkring dobbelt så højt som landsgennemsnittet.

Rekrutteringen af case-enheder er foregået på forskellig vis. I nogle tilfælde har VIVEs indgang været den enkelte case via desk research eller forhåndskendskab, og i andre tilfælde har indgangen været kommunen ud fra det kommunale smittetryk, hvorefter kommunen har peget på case-enheder ud fra omfanget af smitte decentralt. Det har ikke været muligt at rekruttere en case helt uden smitte af hverken borgere eller medarbejdere, en hjemmeplejeenhed med et stort smitteudbrud eller en privat leverandør med stort smitteomfang.

1.2.2 Gennemførelse af interview

Casestudiet anvender kvalitative interview. Kvalitative interview bidrager til at skabe viden om kommunernes erfaringer med, refleksioner om og perspektiver på epidemien, herunder de muligheder og udfordringer, der knytter sig til forebyggelse og håndtering af smitte.

Dataindsamlingen har tilstræbt en bottom up-tilgang, hvor interview med ledere og medarbejdere decentralt er gennemført før interviewene i forvaltningerne. Dermed bidrager interviewene på forvaltningsniveau også til at supplere og nuancere de decentrale erfaringer. I hvert enkelt case-enhed er der gennemført interview på det decentrale niveau og på forvaltningsniveauet. Interviewene på det decentrale niveau bidrager med indblik i 'casen' på hhv. smitte/ikke-smitte, oplevelserne blandt lederne og medarbejderne i frontlinjen samt praksisnært indblik i epidemihåndteringen i borgerkontakten. Interviewene på forvaltningsniveauet bidrager med viden om opgaverne i epidemihåndteringen på dette niveau i samspillet mellem det nationale, regionale og decentrale niveau samt perspektiver på de anvendte tiltag og implementeringen heraf.

Den enkelte kommune/enhed har udvalgt deltagerne til interview ud fra et krav om, at de var ansat der under epidemien. Efter kommunernes eget ønske er halvdelen af casebesøgene gennemført fysisk og den anden halvdel virtuelt. Alle interview på forvaltningsniveau er gennemført virtuelt eller telefonisk.

Bilag 1 indeholder en oversigt over deltagerne fordelt på organisationsniveauer og faggrupper i de enkelte cases og kommuner. I alt er der på det decentrale niveau gennemført interview med 16 ledere og 33 medarbejdere (sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere). Disse interview har primært taget form som gruppeinterview med en varighed på 60-120 minutter alt efter antallet af deltagere. Interviewene med decentrale ledere har taget form som både gruppeinterview og individuelle interview af omtrent 30-60 minutters varighed. På forvaltningsniveau er der i alt gennemført interview med ni ledere på forskellige niveauer inden for sundheds- og ældreområdet og otte medarbejdere i understøttende funktioner med opgaver i relation til epidemien, herunder primært medarbejderne ansvarlige for covid-19-indsatsen og

for hygiejneindsatsen. Interview med ledere på forvaltningsniveauet har typisk været individuelle, mens interview med medarbejdere har været både individuelle og som gruppeinterview. Disse interview har været mellem 30-90 minutter.

Interviewene har taget afsæt i interviewguides målrettet hhv. ledere og medarbejdere på det decentrale niveau og en interviewguide målrettet forvaltningsniveauet (Bilag 2). Disse interviewguides består overordnet og gennemgående af følgende temaer: beskrivelser af 'casen', adgang til hjælp og støtte, retningslinjer, værnemidler, test, vaccination, adfærd og etiske overvejelser samt udfordringer og fremadrettede muligheder.

Interviewene er gennemført i efteråret 2021 fra september til november. Dette undersøgelsestidspunkt har betydning for analysens udsigelseskraft. For det første er deltagerne udfordrede af at huske tilbage på konkrete smittetilfælde og tiltag, hvilket udfordrer konsistensen i deres iagttagelser. For det andet kan deres oplevelser af epidemihåndteringen være farvet af at blive interviewet herom på et tidspunkt, hvor der er en oplevelse af at være 'ovre' epidemien, og hvor der ikke gælder nogle særlige restriktioner på ældreområdet.

1.2.3 **Behandling og analyse af interviewdata**

Alle interview er optaget elektronisk, og der er efterfølgende taget udførligt referat. Referaterne er kodet i NVivo ud fra interviewguidens temaer samt nye temaer og undertemaer i interviewmaterialet (Bilag 3). Der indgår en analyse af hvert enkelte case. Hver case beskriver interviewpersonernes oplevelser med smittetilfælde og vurderinger af smitekilder og -årsager i form af a) hvad er casen, b) hvad skete der (ikke) og c) hvorfor skete det (ikke). Tematiseringen af referaterne danner afsæt for en samlet, tematisk analyse af erfaringerne med centrale temaer på tværs af de otte cases og fem kommuner. Denne rapport formidler således forskelle og ligheder i beretningerne på tværs af de mest fremtrædende temaer. Rapporten anvender i begrænset udstrækning citater som 'power quotes' (Pratt 2008). Det vil sige særligt stærke citater, som bruges til at illustrere generelle analytiske pointer. I den tematiske analyse anvendes casene også som eksempler på analytiske pointer primært med henblik på at illustrere variation i deltagerens oplevelser. Interviewpersonerne omtales anonymt med angivelse af overordnet stillingsbetegnelse og case på det decentrale niveau. Rapporten anvender generelt betegnelsen 'borgere' og specifikt betegnelsen 'beboere', når der kun er tale om erfaringer fra plejecentre.

Dataindsamlingen består endvidere af dokumenter fra kommunerne, som beskriver lokale retningslinjer og arbejdsgange under epidemien, fx actioncards

og drejebøger i forbindelse med vaccinationsindsatsen. Disse dokumenter anvendes i rapporten til kontekstforståelse og beskrivelse af fremgangsmåder og arbejdsgange i kapitel 7 og 8.

1.3 Læsevejledning



Kapitel 2 indeholder rapportens decentrale beretninger om covid-19-udbrud og -dødsfald. Disse beretninger beskriver det primære smittetilfælde for hver af rapportens otte cases i kronologisk rækkefølge med afsæt i decentrale leders og medarbejders fortællinger. Kapitlet samler op på tværs af de otte cases og peger på ligheder og forskelle i forhold til, hvordan smitten slap ind og (ikke) spredte sig.

Herefter følger en tematisk analyse, som består af seks kapitler. Hvert kapitel beskriver et centralt tema på tværs af cases, kommuner samt det decentrale niveau og forvaltningsniveauet. Den tematiske analyse har fokus på at af-dække forskelle og ligheder i beretningerne.

Kapitel 3 beskriver kommunernes epidemi- og hygiejneberedskab ved epidemiens begyndelse og udviklingen heri. Beredskabets kompetencer og opgaver på forvaltningsniveauet og på det decentrale niveau belyses.

Kapitel 4 beskriver betydningen af de nationale retningslinjer men også kompleksiteten forbundet med at håndtere dem – på forvaltningsniveauet og på det decentrale niveau. Kapitlet peger på, hvor der er behov for forbedringer i myndighedernes understøttelse af ældreplejens epidemihåndtering.

Kapitel 5 handler om værnemidler. Kapitlet beskriver leders og medarbejders oplevelser af adgangen til og prioriteringen af ældreplejen samt udfordringer med at anvende værnemidler i praksis i plejen og omsorgen af borgere.

Kapitel 6 undersøger tiltag med isolation og besøgsrestriktioner på plejecentre i form af udfordringer med at implementere tiltagene, og hvilke konsekvenser disse tiltag har for såvel beboere som medarbejdere. Kapitlet diskuterer herefter vurderingerne af, om disse konsekvenser har stået mål med effekten.

Kapitel 7 omhandler testindsatsen. Kapitlet beskriver adgangen til test, kommunernes organiseringer af testindsatsen og dennes betydning for medarbejdertilslutningen til test. Dernæst diskuterer kapitlet potentialerne i testindsatsen for at teste borgere og kombinere testtyper.

Kapitel 8 handler om vaccinationsindsatsen og undersøger, hvilke muligheder og udfordringer der knytter sig til vaccinationen af medarbejdere og borgere

–FORTROLIG–

på hhv. plejecentre og i hjemmeplejen samt diskuterer prioriteringerne herimellem.

Kapitel 9 er rapportens konklusion. Denne samler op på erfaringerne på tværs af rapportens kapitler og omsætter disse til læresætninger rettet mod det nationale, kommunale og decentrale niveau.

2 Decentrale beretninger om covid-19-udbrud og -dødsfald

Dette kapitel præsenterer rapportens otte cases på smittetilfælde på henholdsvis fire plejecentre og i fire hjemmeplejeenheder fordelt på fem kommuner. Kapitlet præsenterer disse decentrale enheders beskrivelser af tilfælde/udbrud med covid-19-smitte og eventuelle dødsfald. Der er her fokus på udvalgte, primære smittetilfælde og ikke på samtlige smittetilfælde i enhederne i perioden.

Præsentationerne er bygget op således, at der først gives en kort introduktion til den decentrale enhed (plejecenteret/hjemmeplejeenheden). Derefter beskrives lederes og medarbejderes fortællinger om, hvordan smitten slap ind og spredte sig – eller ikke spredte sig – og hvorfor. Samtlige decentrale ledere og medarbejdere er spurgt ind til det/de smittetilfælde, case-enheden er udvalgt på baggrund af. Fælles er, at det har været udfordrende at huske tilbage på isolerede smitteeksempler, hvilket har betydning for præsentationernes detaljeringsgrad. Casene præsenteres i kronologisk rækkefølge. Kapitlet afrundes med en opsamling, der sammenligner oplevede smitekilder og årsager på tværs af de otte cases.

2.1 Case 1: Plejecenter med stort smitteudbrud i foråret 2020

Case 1 er eksempel på et stort smitteudbrud på et plejecenter i foråret 2020². Det smitteudbrud, som plejecenteret er interviewet om, skete i begyndelsen af marts, da landet lukkede ned. Omfanget strakte sig til smitte på flere afdelinger blandt såvel beboere som medarbejdere. I alt blev cirka 30 beboere smittede, og 16 afgik ved døden – nogle af og nogle med covid-19, fortæller lederne. Interviewpersonerne kan ikke huske præcist hvor mange, men blot at 'flere' medarbejdere var smittede.

Ifølge de interviewede lederes vurderinger er smitten kommet ind via forskellige kilder. De mener, at de første smitekilder er to beboere, der under indlæggelse på hospital er blevet smittet og udskrevet med (uopdaget) smitte.

² Projektets delrapport 1 finder, at der er en overdødelighed i Region Hovedstaden, der er dobbelt så høj som i de øvrige regioner

–FORTROLIG–

Derefter er det hovedsageligt medarbejdere (smittet i privat sammenhæng), der smittede beboere, og sidenhen beboere, der smittede hinanden.

Plejecenteret forsøgte at kontrollere smitten *"efter bedste evne"* ved at lave zoneinddeling og isolere smittede beboere. Lederne oplevede, at der ikke var noget epidemiberedskab hverken nationalt, kommunalt eller decentralt. De beskriver det som at være fuldstændig alene og uden nogen hjælp at hente. De oplevede det som at være i *"en krigszone"*, hvor smitten *"eksploderede imellem hænderne"* på dem. Samtidig modtog de flere retningslinjer fra de nationale myndigheder, som ændrede sig flere gange om dagen, hvilket gjorde det svært at implementere og efterleve dem.

Da den første etage bliver ramt, er der ikke mulighed for at teste. Det, fortæller de, skyldes lang ventetid og forsinkelse hos 1813, som varetog testindsatsen. Derudover kunne man på dette tidspunkt ikke få testet medarbejdere og beboere, som ikke viste symptomer på covid-19 eller som viste symptomer, der endnu ikke var klassificeret som tegn på covid-19. En yderligere etage når at blive ramt, inden de får adgang til test af beboere og medarbejdere. Lederne peger på, at de først fik det *"afgørende"* overblik over smitten, da de kunne teste. To uger senere kunne plejecenteret teste hele huset.

Endelig oplevede plejecenteret at være *"truet på leverancer"* af værnemidler (primært kitler), som gav bekymring for mangel, hvorfor de genbrugte og sparede på anvendelsen af værnemidler.

På dette tidspunkt er der altså flere forhold, som vanskeliggør effektiv opsporing og inddæmning af smitte, herunder især adgang til centrale tiltag som test og værnemidler samt opbygning af rutiner og erfaring med smittehåndtering.

Efter dette store smitteudbrud i starten har plejecenteret været ramt af mindre, mere drypvise smittetilfælde og ingen covid-19-relaterede dødsdal. Konkret mindes de interviewede ledere 6-7 beboere i løbet af efteråret 2020 og 4 medarbejdere, der har været ramt af smitte. I disse tilfælde har smitten ikke spredt sig mellem medarbejdere eller mellem medarbejdere og beboere. Af årsager hertil peger lederne på forebyggende, systematisk testindsats, brug af værnemidler og afstand.

2.2 Case 2: Plejecenter med mindre smitteudbrud i efteråret 2020

Case 2 er eksempel på et mindre smitteudbrud på et plejecenter i efteråret 2020. I alt blev tre beboere og én medarbejder smittet under udbruddet, som er plejecenterets eneste tilfælde af smitte.

Smitten blev opdaget ved, at en beboer får symptomer og bliver testet positiv. Plejecenteret fortæller, at smitten opdages kort tid efter, beboeren er kommet hjem efter indlæggelse på hospital (for anden sygdom). Deres hypotese er derfor, at beboeren er blevet smittet under indlæggelsen, men at hospitalet ikke har testet borgeren i forbindelse med indlæggelsen, hvilket ifølge plejecenteret er årsagen til, at smitten kommer ind. Det er desuden en generel oplevelse på dette plejecenter, at hospitalet ofte har *"glemt"* at teste patienterne for covid-19.

Plejecenterlederen iværksætter smitteopsporing i samarbejde med kommunens hygiejneansvarlige. Denne finder to øvrige smittede beboere og en smittet medarbejder. Den ene smittede beboer er mandens kone, som han har haft tæt kontakt med. Den anden er hans nabo, men denne forlader sjældent sin stue og har ikke været i kontakt med hverken ægteparret eller den smittede medarbejder. Det er derfor et mysterium for plejecenteret, hvordan naboen er blevet smittet. De forventer, at medarbejderen er blevet smittet i kontakten med beboeren, hvor det ikke altid er muligt at anvende mundbind, fordi han har demens og problemer med hørelsen. Hverken medarbejderen eller de to øvrige beboere havde symptomer. Ifølge interviewene afgik den mandlige beboer ved døden, men havde sygdom i forvejen, så plejecenteret kan ikke vurdere, om han døde af eller med covid-19.

2.3 Case 3: Hjemmeplejeenhed med smittetilfælde i efteråret 2020

Case 3 er eksempel på en hjemmeplejeenhed med et smittetilfælde i efteråret 2020, som var enhedens første smittetilfælde.

Den interviewede leder fortæller, at to medarbejdere i hhv. dag- og aftenvagt blev smittet på samme tidspunkt, men i privat sammenhæng. Smitten blev opdaget ved, at den ene medarbejder fik symptomer. Ifølge interviewene er den ene medarbejder blevet smittet af sin mand, som er blevet smittet på sit arbejde. Medarbejderens barn har smittet den anden medarbejders barn i skolen, som så har smittet medarbejderen.

Det var dog nødvendigt at teste og isolere 13 borgere, fordi den ene medarbejder ifølge interviewpersonerne ikke havde anvendt værnemidler i kontakten med borgerne. Interviewene giver ikke svar på, hvorfor medarbejderen ikke har anvendt værnemidler. Smitteopsporingen fandt ingen smittede blandt medarbejdernes borgere eller øvrige smittede medarbejdere.

Hjemmeplejeenheden har efterfølgende haft yderligere en smittet medarbejder. Som årsag til den generelt lave smitte i enheden peger de interviewede social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker på lav baggrundssmitte, at alle medarbejdere har fulgt retningslinjerne, og at det også bare skyldes held.

2.4 Case 4: Plejecenter med større smitteudbrud i julen 2020/2021

Case 4 er eksempel på et smitteudbrud på et plejecenter henover julen 2020/2021. I alt blev seks beboere og to medarbejdere smittet under dette smitteudbrud. Ifølge lederne blev en i forvejen meget syg beboer indlagt og afgik ved døden som følge af covid-19.

Smitten blev opdaget via den forebyggende testindsats med to ugentlige PCR-test af medarbejderne. Her opdages en smittet medarbejder, som ifølge lederne er smittet i privat sammenhæng. Herefter iværksatte man test af alle medarbejdere og alle beboere på den afdeling, medarbejderen havde været på.

De interviewede fortæller, at de oplevede markant ventetid på PCR-test (op til halvanden uge) ved den regionale pødenhed, da de opdager smitten (denne oplevelse genfindes i delrapport 3, som peger på generel ventetid på PCR-test i denne periode). Det udgjorde en udfordring for deres muligheder for at inddæmme smitte. Det medførte også usikkerhed i enheden, fordi den potentielt manglende testindsats ikke stemte overens med de gældende retningslinjer og betød risiko for sygefravær blandt medarbejdere, hvis flere nåede at blive smittet som følge heraf. Grundet et i forvejen godt samarbejde med en praktiserende læge, som er tilknyttet plejecenteret, lykkes det hurtigt at inddæmme smitten. Plejecenteret foretog selv podningen af beboere på den ramte afdeling og medarbejdere og afleverede prøverne ved lægen, som behandlede prøverne og gav svar. Det gjorde en stor forskel for plejecenteret, at lægen var *"medgørlig"* i lederens blik, fordi de oplevede at have kontrol over smitten og lykkedes med hurtig isolation og zoneinddeling.

Smitteopsporingen viste seks (ud af otte) smittede beboere og én smittet medarbejder. De interviewede vurderer, at den første medarbejder har smittet de seks beboere og den anden medarbejder, men de kan ikke pege på, hvordan det er sket.

I alt har omkring 15 medarbejdere været smittede frem til undersøgelsestidspunktet, mens det kun er få borgere, smitten har spredt sig til. Alle medarbejdere er ifølge lederne blevet smittet i privat sammenhæng. Interviewene peger på to primære årsager til den generelt lave smitte, som er en *”overforsigtighed”* i implementeringen af retningslinjer i forbindelse med hjemsendelse af medarbejdere, der viser symptomer, samt tæt samarbejde med kommunens covid-19-ansvarlige generelt og under udbruddet.

2.5 Case 5: Hjemmeplejeenhed med smitteudbrud i foråret 2021

Case 5 er eksempel på smitteudbrud i en hjemmeplejeenhed i foråret 2021. Under udbruddet blev i alt 1 borger og 10 medarbejdere smittet.

Smitten blev opdaget ved, at en medarbejder fik symptomer og meldte sig smittet. De interviewede finder det mest sandsynligt, at medarbejderen er blevet smittet i privat sammenhæng og efterfølgende har smittet borgeren, for borgeren er meget alene og har ikke nogen pårørende. Lederen forklarer, at den pågældende medarbejder næsten er i hjemmet hele dagen, da borgeren har brug for rigtig meget hjælp, og at smitten kan være spredt ved at begge *”har drukket af samme kop eller noget”*. På dette tidspunkt var der ikke krav eller anbefalinger om anvendelse af værnemidler ud over de almindelige hygiejniske principper. Borgeren har herefter smittet de øvrige medarbejdere, som har været i hjemmet – men der er ikke øvrige borgere, der efterfølgende blev smittet af medarbejderne.

Ud over dette smitteudbrud har leverandøren været ramt af få og drypvise smittetilfælde i hele perioden. Det har primært været medarbejdere, der er smittet i privat sammenhæng. De interviewede peger på, at det har virket at efterleve retningslinjerne, følge de hygiejniske principper, og at medarbejdere melder sig syge ved mindste symptom.

2.6 Case 6: Plejecenter med smitteudbrud i sensommeren 2021

Case 6 er eksempel på et større smitteudbrud på et plejecenter i sensommeren 2021. I alt ni medarbejdere og tre beboere blev smittet.

Smitten bliver opdaget via den forebyggende testindsats med to ugentlige PCR-test af medarbejderne. I første omgang finder man ikke smitte blandt de beboere, der har været i kontakt med de påviste medarbejdere. Efter yderligere smittetilfælde blandt medarbejderne bliver alle beboere på plejecenteret testet, og her finder man tre smittede beboere. De interviewede mener, at de primære smitekilder til udbruddet er to afløsere, som har haft weekendvagter på plejecenteret og har smittet beboerne, som så har smittet medarbejdere. Ifølge interviewene er begge afløsere uvaccinerede. Den ene, fortæller interviewpersonerne, har været på udlandsrejse og har ikke ladet sig teste ved hjemkomst. Den anden ved de ikke, hvordan vedkommende er blevet smittet.

På dette tidspunkt er den forebyggende testindsats lav, fordi samfundssmitten er lav, og størstedelen af beboere og medarbejdere er vaccinerede. Der er ikke retningslinjer om anvendelse af værnemidler eller andet ud over de almindeligt gældende hygiejniske principper. De interviewede peger på, at årsagen til smittespredningen formentlig er, at der ikke har været anvendt værnemidler i kontakten med beboerne. Hygiejnesygeplejersken beretter endvidere om en række udfordringer med smitteinddæmningen, hvor ikke alle beboere har været korrekt isolerede, og ikke alle medarbejdere har udført korrekt håndhygiejne og anvendelse af værnemidler. Dertil havde plejecenteret ikke opsporet nærkontakter korrekt, idet man er gået ud fra tidspunktet for testsvaret frem for testtidspunktet.

2.7 Case 7: Hjemmeplejeenhed med overraskende lav smitte i hele perioden

Case 7 er eksempel på en hjemmeplejeenhed med få smittetilfælde gennem epidemien til trods for et generelt højt smittetryk i kommunen. I efteråret 2020 havde enheden et tilfælde af smitte blandt to medarbejdere. I det ene tilfælde har en medarbejder i planlæggerfunktion været smittet (i privat sammenhæng) og har smittet en udkørende medarbejder, der ikke har overholdt afstandskravet til planlæggeren. Den udkørende medarbejder har ikke smittet nogle borgere.

–FORTROLIG–

I alt har enheden haft yderligere én smittet medarbejder og omkring 7-10 smittede borgere ud af enhedens cirka 400 borgere, hvoraf *"nogle"* ifølge lederen er døde med covid-19. De interviewede fortæller, at borgerne er blevet smittet privat, og at smitten ikke har spredt sig til medarbejderne. Enheden har ikke haft tilfælde af smitte fra medarbejder til borger.

Af årsager til smitte blandt borgerne peger de interviewede ledere og medarbejdere på, at hjemmeplejeenhedens distrikt har en stor del borgere med etnisk minoritetsbaggrund. Deres opfattelse er, at det har ført til smitte i familien, fordi mange familiemedlemmer bor sammen, samt at disse borgere ikke har forståelse for epidemien og retningslinjerne.

Af årsager til, at smitten ikke har spredt sig fra borgere til medarbejdere, peger interviewpersonerne på fokus på symptomer hos borgerne – bestilling af test til borgerne, anvendelse af alle værnemidler hos disse borgere med mistanke om smitte og slutrengøring *"i længere tid, end man egentlig behøvede"*. Dertil peger de på fokus på kontinuitet i borgerkontakten, at de har været gode til at følge og implementere retningslinjer og praktiseret generel forsigtighed.

2.8 Case 8: Hjemmeplejeenhed med kun ét smittetilfælde i efteråret 2020

Case 8 er eksempel på en hjemmeplejeenhed med et enkelt smittetilfælde frem til undersøgelsestidspunktet. I det smittetilfælde blev en borger smittet, og ingen medarbejdere blev smittet.

Interviewpersonerne beretter, at borgeren er blevet smittet af sin søn, der bor i København, men har været på besøg. Det blev opdaget ved, at sønnen blev testet positiv, og borgeren derfor blev testet efterfølgende. Det gav ikke anledning til at hemsende og isolere nærkontakt-medarbejdere, og der skete heller ikke smittespredning fra borgeren til medarbejderne. Ifølge de interviewede skyldes det, at medarbejderne havde anvendt værnemidler i kontakten med borgeren.

På et generelt plan peger ledere og medarbejder på flere årsager til, at de er lykkedes med at undgå smitte. Det handler overordnet set om, at medarbejderne har været *"dedikerede"*, haft forståelse for epidemien og taget ansvar for at efterleve retningslinjerne, om en kommune, der var hurtig til at løse problemer, fx med mangel på værnemidler. Dertil er der *"ingen tvivl"* om, at lav baggrundssmitte også er en årsag i interviewpersonernes perspektiv.

2.9 Opsamling



Tabel 2.1 sammenfatter de otte cases decentrale beretninger om, hvordan smitten slap ind og (ikke) spredte sig og hvorfor i de udvalgte smittetilfælde/-udbrud, som enhederne er udvalgt på baggrund af.

Tabel 2.1 Decentrale beretninger om kilder og årsager til covid-19-smitte og dødsfald

	Hvad er casen?	Hvem og hvor mange blev smittet/døde	Hvordan kom smitten ind?	Hvorfor spredtes smitten (potentielt)?	Hvorfor spredtes smitten ikke mere?	Kontekst
Case 1	Plejecenter med stort udbrud i foråret 2020	30 borgere (16 døde) og "flere personer"	Borgere udskrevet fra hospital og medarbejdere smittet privat	Manglende adgang til test og værnemidler, ikke opbyggede rutiner til opsporing og inddæmning af smitte, uklare og hyppigt skiftende retningslinjer	Isolation og zoneinddeling	Stort kommunalt plejecenter i en stor kommune i Region Hovedstaden med generelt højt smittetryk
Case 2	Plejecenter med mindre udbrud i efteråret 2020	3 borgere (1 død) og 1 medarbejder	Borger udskrevet fra hospital	Manglende brug af værnemidler ved borger med demens, nær borger-til-borger kontakt og uforklaret smitte til tredje beboer	Hurtig smitteopsporing med hjælp fra hygiejneansvarlig + adskilte boliger, generel opmærksomhed på hygiejne og brug af værnemidler (blandt personalet)	Mindre privat plejecenter i en mindre kommune i Region Nordjylland med generelt lavt smittetryk
Case 3	Hjemmeplejeenhed med mindre udbrud i efteråret 2020	0 borgere og 2 medarbejdere	Medarbejdere smittet privat	Manglende brug af værnemidler (den ene medarbejder)	Test og isolation af 13 borgere (men ingen var smittet) + lav baggrundssmitte	Hjemmeplejeenhed i mindre kommune i Region Sydjylland med generelt lavt smittetryk
Case 4	Plejecenter med større smitteudbrud i julen 2020/2021	6 borgere (1 død) og 2 medarbejdere	Medarbejdere smittet privat	Medarbejderen er asymptomatisk og opdages først ved PCR-screening, uforklaret smittespredning	PCR-test tilknyttet praktiserende læger (pga. ventetid regionalt), zoneinddeling af beboere og personale + generel stor hygiejnebevidsthed og overimplementering af retningslinjer	Mellemstort kommunalt plejecenter i større kommune i Region Hovedstaden med generelt højt smittetryk

	Hvad er casen?	Hvem og hvor mange blev smittet/døde	Hvordan kom smitten ind?	Hvorfor spredtes smitten (potentielt)?	Hvorfor spredtes smitten ikke mere?	Kontekst
Case 5	Hjemmeplejeenhed med mindre smitteudbrud i foråret 2021	1 borger og 10 medarbejdere	Medarbejdere smittet privat	Medarbejder smitter borger (nærkontakt) som efterfølgende smitter de andre medarbejdere	Medarbejderne er generelt set gode til at overholde retningslinjerne og melde sig syge, hvis de har symptomer	Større privat leverandør af hjemmepleje i stor kommune i Region Hovedstaden med generelt højt smittetryk
Case 6	Plejecenter med mindre udbrud i sensommeren 2021	3 borgere og 9 medarbejdere	Uvaccinerede afløser smittet privat	Manglende brug af værneudrustning, mangelfuld smitteopsporing og generel mangelfuld hygiejne	Hurtig testindsats fra kommunalt team, efterfølgende smitteopsporing og inddæmning med hjælp fra hygiejnesygeplejerske	Mellemstort kommunalt plejecenter i større kommune i Region Syddjylland med generelt højt smittetryk
Case 7	Plejecenter med 'overraskende lav smitte' i hele perioden	7-10 borgere og 3 personale i hele perioden	Borgere smittet privat og medarbejdere smittet privat	Medarbejdere overholder ikke afstandskrav. Manglende efterlevelse af retningslinjer blandt borgerne i lokalområdet.	Opmærksomhed på symptomer, test og ekstra hygiejne ved borgere med mistænkt risikoadfærd + generel god retningslinjeefterlevelse i borger-personalekontakten	Hjemmeplejeenhed i større kommune i Region Hovedstaden med generelt højt smittetryk
Case 8	Hjemmeplejeenhed med kun ét smittefald i hele perioden	1 borger, 0 personale i hele perioden	Borger smittet af pårørende	Pårørende på besøg 'fra København', der efterfølgende testes positiv	Test, isolation og generel retningslinjeefterlevelse i det konkrete tilfælde + lav baggrundsmitte	Hjemmeplejeenhed i mindre kommune i Region Syddjylland med generelt lavt smittetryk

Note: Tabellen illustrerer pointer fra decentrale beretninger om covid-19-smitte og -dødsfald med fokus på specifikke tilfælde af smitten men også med angivelse af årsager til begrænset smitte generelt. Tabellen er udarbejdet på baggrund af interview med ledere og medarbejdere fra fire plejecentre og fire hjemmeplejeenheder gennemført i perioden september-november 2021.

Tabel 2.1 viser forskelle i forhold til antallet af smittede borgere og medarbejdere samt antallet af dødsfald blandt borgere. I ét tilfælde er kun borgere smittet, og i ét tilfælde er kun medarbejdere smittet. I de øvrige seks cases er både borgere og medarbejdere smittet. I tre cases er der sket dødsfald af eller med covid-19. I case 1 er 16 ud af 30 smittede borgere afgået ved døden. I case 2 er 1 ud af 3 smittede beboere afgået ved døden. I case 4 er 1 ud af 6 borgere afgået ved døden. På det fjerde plejecenter med smitteudbrud, case 6, er der ikke dødsfald blandt de tre smittede beboere – på dette tidspunkt i sensommeren 2021 er de fleste beboere vaccinerede. Flest døde findes i case

–FORTROLIG–

1, som blev ramt af smitte umiddelbart efter epidemiens udbrud – på et tidspunkt, hvor der kun var begrænset viden, rutiner og adgang til test/værnemidler (projektets delrapport 1 finder en overdødelighed i Region Hovedstaden, der er dobbelt så høj som i de øvrige regioner).

Endvidere viser Tabel 2.1 de angivne årsager til, hvordan smitten kom ind og spredte sig. I 2 ud af 8 cases vurderes det, at smitten er kommet ind via borgere, der har været indlagt på hospitalet og ikke er blevet screenet inden udskrivelse. De eksempler, der handler om, at borgerne er blevet smittet under indlæggelse, hører til den første og anden fase af epidemien. I 2 ud af 8 cases er smitten kommet ind via pårørende, der har smittet borgere. I 6 ud af de 8 cases er det medarbejderne, der er blevet smittet privat, som har bragt smitten ind (projektets delrapport 2 finder ved analyse af test og smitte i tråd hermed, at ansatte i højere grad end pårørende er kilde til smitteudbrud). Herigennem indikerer de decentrale beretninger om de udvalgte smittetilfælde/-udbrud, at baggrundsmitten – og altså kommunernes generelle smittetryk – har betydning for covid-19-udbrud og -dødsfald i hjemmeplejen og på plejecentre. Dette understøtter interviewpersonernes perspektiver, for de peger på, at årsagerne til begrænset smitte dels er et spørgsmål om held, dels bunder i et lavt kommunalt smittetryk. Andre interviewpersoner, særligt case 4 og 7, peger på, at adfærd, som ikke følger myndighedernes retningslinjer, er årsag til smitte blandt borgerne i lokalområdet. Endelig rummer beretningerne også en oplevelse af, at ikke alle smittetilfælde kan forklares, fx case 2 og case 4, der ikke kan forklare, hvordan smitten har spredt sig til beboerne.

På tværs af cases peger beretningerne på flere årsager til hhv. lav smitte eller smittespredning. I 5 ud af 8 cases angives manglende brug af værnemidler som direkte eller medvirkende årsag til smittespredning. Omvendt peger beretningerne også på anvendelse af værnemidler som årsag til begrænset smitte. Anvendelse af værnemidler står således som centralt i beretningerne om covid-19-udbrud og -dødsfald. I en enkelt case (7) er manglende overholdelse af afstandskrav årsag til smitte mellem to medarbejdere. Derudover peger beretningerne på følgende årsager til begrænset smittespredning: zoneinddeling, isolation, opsporing af nærkontakter, test af medarbejdere og borgere samt korrekt hygiejne. Der har været forskellige betingelser for disse årsager, som varierer med tidspunktet for smitte. For eksempel vidner omfanget af smitteudbrud og dødsfald i case 1 om, at der i starten af epidemien ikke var tilstrækkelig adgang til de tiltag, der berettes som virksomme.

Tidspunktet for smitte har betydning for, om der er adgang til og krav om anvendelse af værnemidler i borgerkontakten. Der er fx ikke tilstrækkelig adgang til værnemidler, da case 1 bliver ramt, og der er ikke krav på tidspunktet for smitte i case 5 og 6, der bliver ramt af smitte i hhv. foråret og sensommeren 2021, hvor vaccinationsudrulningen er påbegyndt.

–FORTROLIG–

Tidspunktet for smitte har ligeledes betydning for testindsatsen. Der er fx ikke forebyggende eller opsporende testindsats, da case 1 bliver ramt i foråret 2020, men heller ikke da case 4 bliver ramt i julen 2020/2021, fordi der er ventetid på den regionale testindsats. Case 4 vidner i denne forbindelse om betydningen af samarbejdet med almen praksis, idet de forkorter ventetiden til PCR-test.

Tidspunktet for smitte har også betydning for, om der kommunalt og decentralt er opbygget rutiner for smittehåndtering, og om der er et beredskab såvel nationalt som kommunalt til at understøtte det decentrale niveau. Der er fx betydelig forskel i beretningerne fra hhv. case 1 og case 4, hvor case 4 i modsætning til case 1 oplever hurtigt at have kontrol over smitten og få opsporet og inddæmmet smitten, til trods for et højt smittetryk i det omgivende samfund og lang ventetid på regional testindsats. Case 4 har ligeledes få, kendte retningslinjer at støtte sig op ad i modsætning til case 1, hvor retningslinjerne først skal udvikles. Dertil beretter case 1 om manglende understøttelse fra kommunen, mens hjælp fra kommunens hygiejneansvarlige fremhæves i to andre cases. Til gengæld fremstår erfaring igennem tid ikke som tilfældet i case 6, der rammes af smitteudbrud i sensommeren 2021. Her berettes om ukorrekt opsporing, isolation og hygiejneindsats trods tidspunktet for smitteudbrud. Ligeledes er case 6 eksempel på uvaccinerede medarbejdere, der er smittet privat og ikke er blevet testet, som smittekilder.

Rapporten finder ikke forskelle i beretningerne på baggrund af, om enheden er kommunal eller privat.

De tiltag og årsager, som her kommer til syne i de decentrale beretninger, udfoldes tematisk og på tværs af case-enheder i de følgende kapitler, der også inddrager perspektiver fra kommunernes forvaltningsledere og -medarbejdere. Undervejs refereres til casene for at eksemplificere disse tværgående pointer.

3 Epidemi- og hygiejneberedskab

Kommunernes epidemi- og hygiejneberedskab samt organisering af hygiejneindsatsen udgør væsentlige forudsætninger for de decentrale enheders evne til at forebygge og håndtere smitte. Dette kapitel beskriver udviklingen i organiseringen af og kompetencerne heri i de fem deltagerkommuner, deres vigtigste opgaver og deres betydning for de decentrale enheder.

3.1 Organisering og opgaver

I starten af epidemien etablerede de fem deltagerkommuner grupper af 'covid-19-ansvarlige' i nye hygiejneberedskaber, som sammen med krisestabene havde til formål at understøtte epidemihåndteringen på forvaltningsniveauet og på det decentrale niveau. Etableringen af disse grupper vidner om, at der i de deltagende kommuner ikke var et generelt epidemi- og hygiejneberedskab at trække på hverken kommunalt eller decentralt. Kommunerne havde inden epidemien 'hygiejneansvarlige' i udkørende sygeplejerskefunktioner, konsulenter (med baggrund som sygeplejersker) og 'hygiejnegrupper' med deltagelse af fx ledere af sygeplejen eller decentrale ledere. En kommune (som er en stor kommune) havde inden epidemien én hygiejnesygeplejerske i forvaltningen, men erfaringen herfra er, at dette ikke er tilstrækkelige ressourcer under en epidemi som covid-19. I to kommuner havde man samarbejdsaftaler med regionernes hygiejnesygeplejersker, men oplevelsen her er, at disse prioriterede deres indsats til hospitalerne og derfor ikke bidrog med tilstrækkelig understøttelse af kommunerne.

De covid-19-ansvarliges baggrunde varierer på tværs af kommunerne og afspejler de tilgængelige ressourcer i kommunerne på dette tidspunkt. Det er fx akademikere og sygeplejersker i konsulentfunktioner, medarbejdere og ledere i sygeplejen og kvalitetsafdelinger og øvrige sundhedsprofessionelle. Fælles er, at grupperne er organiseret tæt på krisestabene og den øvrige ledelse på sundheds- og ældreområdet. Som det vil fremgå af kapitel 3 har disse grupper varetaget flere opgaver relateret til implementeringen af tiltag under epidemien (og ikke kun i ældreplejen, men også på andre velfærdsområder). I relation til hygiejneindsatsen har de imidlertid spillet en væsentlig rolle i fraværet af reelle hygiejneorganisationer i kommunerne.

Flere cases (jf. kapitel 2) har erfaret, hvad hhv. fraværet og tilstedeværelsen af et hygiejneberedskab betyder. Det gælder fx Case 1 (som blev ramt af et

stort smitteudbrud i starten af marts 2020). Sådan oplever plejecenterlederen udbruddet:

Vores udfordring var, at vi var ramt, før man for alvor vidste, hvad det var. Og beredskabet var slet ikke på plads. (...) Vi stod alene med det. Hverken Sundhedsstyrelsen eller vores egen forvaltning var klare i mæglet omkring håndteringen. Og mens smitten eksplo-derede mellem hænderne på os, så oplevede vi, at den hjælp, vi kunne få, var ikkeeksisterende. Alle var gået hjem. (Decentral leder, case 1)

Her fortæller lederne, at kommunens ene hygiejnesygeplejerske kom ud på plejecenteret under udbruddet, men ikke i tilstrækkelig grad kunne understøtte dem, fordi der også var smitte på en række andre af kommunens plejecentre. Det rummer en udfordring for et plejecenter, der "kører 24/7", og hvor alle medarbejdere i alle vagtlag skal vide, hvad de præcist skal gøre. På dette tidspunkt var der ikke nogle retningslinjer, arbejdsgange eller rutiner på plads, og personalet på plejecenteret fortæller, at de forsøgte at inddæmme smitten "efter bedste evne". Teamet af covid-19-ansvarlige blev først nedsat undervejs i smitteudbruddet, og der gik nogle uger, før teamet var etableret og kunne yde støtte. Lederne i case 1 bemærker desuden, at det vigtigste behov som decentral enhed er at få vejledning og støtte fra praktikere med erfaring fra virkeligheden, for at hjælpen gør nytte. Under udbrud er der således behov for et beredskab i form af et korps af "trænede medarbejdere", der kan tage fysisk ud til de smitteramte enheder.

Case 6 har fx også mærket betydningen af et hygiejneberedskab men med omvendt fortegn. Her er oplevelsen, at det at have en hygiejnesygeplejerske, da plejecenteret blev ramt af et smitteudbrud i sommeren 2021, gjorde en stor forskel for enhedens evne til at inddæmme smitten og dermed for at afkorte udbruddets varighed og minimere smittespredning. Ifølge lederen af sygeplejen illustrerer udbruddet "virkelig værdien i at have" en hygiejnesygeplejerske, som har de fornødne kompetencer, og som er fysisk tilstede ude i enhederne ved smittetilfælde.

3.2 Opnormering og etablering af hygiejneorganisationer

Blandt de interviewede ledere og medarbejdere i forvaltningerne er erfaringen, at det har været nødvendigt at opruste kommunernes organisering af hygiej-

neindsatsen. Således har 3 ud af 5 kommuner undervejs valgt enten at opnormere antallet af hygiejnesygeplejersker eller at ansætte en hygiejnesygeplejerske.

Den generelle erfaring er, at kommunerne har behov for specialistkompetencer for at kunne varetage hygiejneindsatsen generelt men især under eksempelvis epidemier. Der har været behov for at styrke organiseringen af hygiejneindsatsen med den rette faglige baggrund (dybdegående indsigt i infektionssygdomme og de grundlæggende hygiejniske principper) og beslutningskompetence. Dels skal hygiejneorganisationernes medarbejdere levere kvalificeret og konkret rådgivning til ledelsen og selvstændigt kunne fortolke og omsætte retningslinjer til praksis. Dels skal de kunne formidle deres viden til medarbejderne i ældreplejen igennem praksisnær undervisning og vejledning generelt og under udbrud.

Rapporten rummer dog også eksempler på kommuner, som vurderer at være lykkedes med opgaven trods mangel på specialiseret hygiejneviden i det nedsatte hygiejneberedskab. Interviewene i de decentrale enheder i kommunen understreger dette. Oplevelsen her er, at de ansvarlige medarbejdere fra teamet har bidraget med vigtig og praksisnær støtte fysisk ude hos enhederne.

Kommunerne beretter, at de føler sig bedre rustede til at håndtere lignende situationer i fremtiden. Det fortæller interviewpersonerne på tværs af forvaltninger og decentrale enheder. Dels fordi der er opbygget erfaringer og rutiner blandt ledere og medarbejdere, dels fordi der er udviklet materiale vedrørende arbejdsgange, vaccinationsplaner, beredskabsplaner mv. at trække på.

3.3 Praksisnær undervisning og vejledning

En gennemgående oplevelse er – uagtet kommunernes organisering af hygiejneindsatsen generelt og under covid-19 – at det decentrale niveau har brug for støtte og vejledning, at det er 'hands on', at det er praksisnært og foregår i praksis. Det gælder såvel i forebyggelse af smitte og håndtering af smittetilfælde. Kommunernes etablering af grupper med covid-19-ansvarlige har derfor haft stor betydning for de decentrale medarbejders oplevelse af have haft tilstrækkelig adgang til hjælp og støtte.

Fysisk tilstedeværelse og nærvær af ledere eller ansvarlige med praksisviden omkring hygiejne og smittehåndtering er en central læring. Det er en pointe i interviewene på det decentrale niveau, at tilstrækkelig implementering kræver vejledning og undervisning i praksis. Det er helt lavpraktisk rådgivning i konkrete situationer hos borgerne, medarbejderne har brug for. Eksempelvis at *"her bør man have en spritstander, eller der bør være den her slags pose til*

–FORTROLIG–

vasketøj”, der ifølge en direktør kræver det ”*helt særlige hygiejneblik*”, som en hygiejnesygeplejerske har. Det illustrerer også disse citater:

Det er ikke nok bare at sende en instruks ud og så regne med, at det bliver gjort ude i enhederne – nej, det gør de ikke. Man er nødt til at komme ud og følge op. (Leder af sygeplejen)

En ting er at lave en vejledning til at beskrive det og lave en film – noget andet er at stå i det. Det er ikke nødvendigvis en oversættelse, man kan lave 1:1. For hvad så, når jeg har den her hånd, der er uren? Hvordan gør man det der? (Forvaltningsleder)

Der er varierende oplevelser med, hvorvidt de covid-19-ansvarlige er lykkedes med praksisnær undervisning og vejledning. Langt de fleste interviewede medarbejdere oplever at have haft tilstrækkelig adgang til støtte, som primært er foregået pr. mail og telefon. De peger dertil på, at også deres nærmeste ledere og sygeplejersker (især på plejecentrene, hvor de arbejder tæt sammen) har udgjort en primær kilde til støtte og sparring. Det samme gør de interviewede decentrale ledere, hvoraf flere har fx ydet vejledning i anvendelse af værnemidler på daglig basis.

De fleste steder har de ansvarlige været fysisk ude på enhederne for at understøtte implementeringen af retningslinjer, fx overholdelse af afstandskrav, placering af spritdispensere, opbevaring af værnemidler, zoneinddeling mv. Ligesom de under udbrud har været ude på enhederne for fx at understøtte smitteopsporing. Nogle af de ansvarlige har fulgt medarbejderne på borgerbesøg for at yde rådgivning i konkrete situationer. De har endvidere undervist medarbejderne virtuelt og fysisk.

Nogle medarbejdere har dog også haft en oplevelse af, at covid-19-grupperne har ”*været langt væk*” og ”*har holdt sig på rådhuset*”. I de tilfælde udtrykker de ønske om, at de havde været mere tilstede ude på enhederne. Interviewene rummer også eksempler på, at vejledningen og undervisningen i hygiejneindsatsen ikke altid har været så praksisnær, som det kræver. Der er blandt et eksempel om en videoguide, der skal vise korrekt anvendelse af værnemidler. Men fordi videoen er optaget på en sygeplejeklinik med andre og mere sterile forhold end ude i borgernes hjem, er den ikke retvisende i forhold til den situation, medarbejderne står i.

En enkelt af de deltagende kommuner har uddannet nøglepersoner i hver decentrale enhed til at sikre implementering og efterlevelse i praksis. Disse nøglepersoner havde særlig kompetence til at håndtere værnemidler, udbrud og formidle retningslinjer til alle medarbejdere på tværs af vagtlag, lokale instruk-

ser samt undervise kolleger fx om hygiejne og på- og aftagning af værnemidler. Flere af de interviewede ledere og medarbejdere peger på fordelene ved en sådan model. Erfaringerne fra den pågældende kommune er, at indsatsen har været effektiv, fordi kompetencerne er tilstede decentralt, hvilket skaber den nødvendige adgang til hjælp og sparring, som medarbejderne i ældreplejen har behov for. Den samme oplevelse gør sig gældende blandt de decentrale ledere, som fortæller, at deres fysiske tilstedeværelse ude i enhederne har været afgørende for at understøtte medarbejderne.

3.4 Opsamling



Erfaringerne peger på, at der ikke har været tilstrækkelige epidemi- eller hygiejneredskaber i de fem kommuner. Kommunerne nedsatte ved epidemiens udbrud grupper med covid-19-ansvarlige, der har haft ansvar for at understøtte både forvaltningsniveauet og det decentrale niveau. 3 ud af 5 kommuner har undervejs etableret reelle hygiejneorganisationer og ansat eller opnormeret antallet af hygiejnesygeplejersker. Kommunernes erfaring er nemlig, at der generelt, men især under en epidemi, er brug for specialistkompetencer inden for hygiejne og infektionssygdomme for at kunne yde den nødvendige støtte og vejledning. Der er også brug for indsigt i ældreområdet for at kunne yde praksisnær vejledning og undervisning ude i praksis, der klæder medarbejderne på til at håndtere og forebygge smitte (delrapport 6 peger fx også på betydningen af virtuelle formater til kompetenceudvikling af medarbejderne på området).

4 Retningslinjer

De nationale sundhedsmyndigheder har gennem epidemien udsendt en række retningslinjer med krav og anbefalinger til kommunerne³. Disse har udgjort ryggraden i kommunernes håndtering af epidemien. Udfordringer med at oversætte, implementere og efterleve retningslinjerne har derfor været en central betingelse for de decentrale enheders evne til at forebygge og håndtere smitte. Det skyldes dels en oplevelse af, at retningslinjerne ikke har været målrettet ældreplejen, dens medarbejdere og arbejdsbetingelserne, dels en oplevelse af kompleksitet i retningslinjernes hyppighed og omfang. Dette kapitel beskriver kommunernes erfaringer med at håndtere og efterleve retningslinjerne.

4.1 Komplexitet i oversættelse, hyppighed og omfang

Interviewene peger gennemgående på, at retningslinjerne har udgjort forudsætningerne for kommunernes epidemihåndtering generelt såvel som under smittetilfælde (se også de nationale aktørers perspektiver på emnet i delrapport 3). Vurderingen er også primært, at enhederne og medarbejderne har fulgt retningslinjerne (hvilket også kapitel 2 beskriver som en af årsagerne til cases med lav smitte). Det på trods af, at erfaringerne også gennemgående peger på en del kompleksitet med at anvende retningslinjerne.

Den oplevede kompleksitet i håndteringen af retningslinjer knytter sig først og fremmest til opgaven med oversætte og fortolke dem. Udfordringen har her været først at oversætte retningslinjer målrettet sundhedsvæsenet til ældreplejen og dernæst at oversætte dem til lokale forhold på de enkelte enheder. Dette er en opgave, der er pågået blandt kommunernes teams med covid-19-ansvarlige. Men nogle decentrale ledere fortæller, at de selv har haft ansvaret for den lokale oversættelse af retningslinjerne, hvilket har været en udfordring. I en af kommunerne havde krisestaben først opgaven med at oversætte retningslinjerne, men uden de fagfaglige kompetencer, hvilket ifølge en decentral leder betød, at de blev oversat ret rigtigt – til tider har det medført overimplementering.

³ Nogle af de mest centrale retningslinjer er fx: "covid-19: Forebyggelse af smittespredning", "Retningslinjer for håndtering af covid-19 i sundhedsvæsenet", "Retningslinjer for brug af værnemidler", og "covid-19: Opsporing og håndtering af nære kontakter" og "Vejledning om smitteforebyggelse ved besøg på plejehjem".

–FORTROLIG–

De retningslinjer, kommunerne har modtaget, har været lange og skrevet i embedsmandssprog, hvilket er et problem, for ifølge interviewpersonerne skal de retningslinjer, de decentrale medarbejdere i ældreplejen modtager, være korte, præcise og handlingsanvisende, for at medarbejderne hurtigt kan indoptage ny viden og omsætte dette til ændret praksis. Dertil har fx præciseringer og mindre ændringer været svære at formidle videre, fordi ændringen i retningslinjen ikke er blevet markeret fra de nationale myndigheders side.

Uagtet kommunernes organisering og kompetencer (jf. kapitel 3) blandt de nedsatte grupper har oversættelses- og fortolkningsopgaven krævet vejledning fra de nationale myndigheder, bl.a. igennem etableringen af corona-hotlines. Der viser sig en tendens til mindre positive erfaringer med dette blandt de interviewede. De giver eksempler på lang ventetid, at medarbejderne i hotlines ikke besad de fornødne kompetencer eller ikke fulgte retningslinjerne i rådgivningen samt eksempler på modstridende udmeldinger. Det har i nogle tilfælde bidraget til forvirring og utryghed i oversættelsesarbejdet. På den ene side er oplevelsen, at retningslinjerne skal efterlade et vist fortolkningsrum til kommunerne, og på den anden side er det også medvirkende til at mindske anvendeligheden af retningslinjerne, fordi kommunerne er usikre på deres fortolkninger – særligt hvis der ikke er de rette kompetencer tilstede i form af fx en hygiejnesygeplejerske. Et eksempel, der gives under interview, handler om udendørsbesøg på plejecenter, hvor en interviewperson spørger: *"okay, hvad er udendørs? Hvor meget en havestue kan det være, mens man stadig har lov til at kalde det udendørs? Eller skal det være helt ude i fri luft?"*.

Kompleksitet i hyppighed og omfang har udgjort en anden central udfordring i epidemiens første fase, hvor myndighedernes viden om virussen var begrænset, men kontinuerligt udviklede sig, hvormed myndighederne også kontinuerligt reviderede og præciserede retningslinjerne. Det betød, at retningslinjerne hyppigt skiftede. Fra dag til dag og nogle gange flere gange om dagen ifølge de interviewede. Et eksempel, der gives under interview, er opsporing og håndtering af nære kontakter, hvor oplevelsen blandt flere interviewpersoner er, at det ofte har ændret sig, hvornår man var nærkontakt. Det har været en udfordring for enhederne at håndtere, og har ifølge interviewene ofte ført til overimplementering (uddybes senere i kapitlet). Lederne fortæller (lidt karikeret), at de brugte arbejdsdagen på at fortolke og implementere retningslinjer, og når de så gik hjem, havde retningslinjerne ændret sig.

Oplevelsen af kompleksitet i håndteringen af retningslinjer knytter sig endvidere til omfanget af forskellige og til tider manglende overensstemmelse mellem udmeldinger. Der er en oplevelse af at være blevet *"bombarderet"* med mails og informationer fra forskellige myndigheder og organisationer, hvilket kræver en sortering, førend arbejdet med at oversætte og fortolke kan gå i gang. Derfor bemærker lederne, at der fremadrettet bør være bedre koordinations mellem de aktører, som sender informationer til kommunerne.

Interviewene peger også på, at opgaven bliver mindre kompleks, som epidemien skrider frem, hvilket har positiv betydning for de enheder, der først senere bliver ramt af smittetilfælde. Det gælder eksempelvis Case 4, der bliver ramt af et større smitteudbrud i julen 2020/2021, men som oplever hurtigt at få kontrol over smitten, fordi der ikke er nogen tvivl om arbejdsgangene. Sådan siger en decentral leder: *”Der er én retningslinje, hvis der er udbrud – følg den. Der kommer ikke en ny hver tredje dag”*.

4.2 Korte tidsfrister for implementering

Den oplevede kompleksitet i håndteringen af retningslinjer forstærkes af, at myndighederne ifølge de interviewede typisk har givet meget korte frister for, hvornår retningslinjerne er gældende og altså for, hvornår de skal være implementeret i yderste led. De korte implementeringsfrister er kilde til udtalt frustration blandt de interviewede i forvaltningerne. Ikke mindst grundet en oplevelse af, at retningslinjerne ofte er blevet sendt ud op til weekender og helligdage med krav om implementering førstkommande hverdag. Det illustrerer dette citat:

Den største udfordring var den korte tid fra en retningslinje trådte i kraft, til at den skulle praktiseres. Det skaber en masse uro ude ved pårørende og borgere. Vi har været konstant på overarbejde i forhold til, at det som regeringen meldte ud om fredagen, det skulle være klar om lørdagen. Det har ofte været op til weekender eller ferie. (Forvaltningsleder)

Lederne beskriver det som en *”håbløs”* opgave at oversætte og implementere retningslinjerne inden for tidsfristerne. Oplevelsen er også decentralt, at kommunerne ikke altid har nået at oversætte retningslinjerne, førend de var gældende. Udfordringen betyder, at der i kommunerne er en oplevelse af, at de nationale myndigheders understøttelse og kommunikation ikke altid tager hensyn til virkeligheden i ældreplejen, og de betingelser arbejdet foregår under samt det ressourcepres covid-19 har medført såvel på forvaltningsniveau som på decentralt niveau. En leder beskriver det som, at myndigheders epidemi-håndtering er foregået *”uden respekt og forståelse”* for driften, hvorfor de fremover bør *”give tidsfrister der afspejler virkeligheden”*. En direktør supplerer, at det fremadrettet er *”altafgørende at få det distribueret ud på en måde, så det er til at håndtere for os herude i skyttegravene”*.

Myndighedernes kommunikation omkring nye retningslinjer er altså central for kommunerne. Som citatet ovenfor også viser, knytter der sig en yderligere ud-

fordring til oversættelses- og implementeringsarbejdet inden for korte tidsfrister, som handler om den politiske kommunikation af nye retningslinjer. Oplevelsen er bredt set, at der er et skisma mellem tidspunktet for, hvornår nye tiltag bliver meldt ud til befolkningen, og tidspunktet for, at tiltaget skal være implementeret i ældreplejen. Oplevelsen er, at retningslinjerne typisk er kommet flere dage eller uger senere, end det er blevet meldt ud. Et centralt eksempel handler om besøgsforbud på plejecenter. Det illustrerer dette citat:

Det har været rigtig svært at der blev meldt politisk ud "nu åbner vi", og så gik der nogle uger, før der blev åbnet. Det må aldrig, aldrig, aldrig ske igen. Det gør ikke noget godt for borgere eller pårørende, der har hudsult og savner. Det må ske samtidigt. (...) Jeg synes, det er helt vildt dilemmafyldt, at man gør det, og så at man gør det to gange i træk. Det dur simpelthen ikke. Jeg er med på, der har været noget politisk, men er det det, man er på vej til, skal man som styrelse have retningslinjerne med, som kan offentliggøres samtidig med det politiske. (Forvaltningsleder)

Udfordringen decentralt har været, at en ny retningslinje bliver meldt ud til befolkningen, førend den træder i kraft, og førend kommunerne har fået den retningslinje, de skal bruge til at implementere beslutningen. Citatet ovenfor udtrykker en generel frustration blandt de interviewede, som oplever at have brugt mange ressourcer på at håndtere den utryghed blandt borgere og pårørende, som de politiske udmeldinger har medført.

4.3 Komplexitet i implementering og efterlevelse praksis

Formidling og implementering af retningslinjerne er en forudsætning, for at de efterleves i praksis. Oplevelsen er imidlertid, at det har været tæt på en umulig opgave at sørge for, at alle medarbejdere i alle vagtlag hver dag er bekendt med, har forstået og kan efterleve retningslinjerne, ikke mindst i perioder med hyppigt skiftende retningslinjer. Som en decentral leder siger, kræver det kun én, der ikke har forstået retningslinjerne korrekt, før smitten spreder sig, men "at nå ud til den sidste – det er svært". Et eksempel er vurdering af anvendelse af værnemidler i epidemiens første fase, hvor man decentralt skulle vurdere, om medarbejderne skulle bruge værnemidler eller ej. Komplexiteten i at efterleve retningslinjen betød overimplementering i den forstand, at en kommune besluttede at anbefale værnemidler i alle situationer, fordi "det var nemmest at forstå" for medarbejderne, der således ikke selv skulle stå med ansvaret for

–FORTROLIG–

sådanne vurderinger. Et andet gennemgående eksempel på overimplementering er vurdering af nærkontakt, som har været udfordrende at implementere og efterleve. For eksempel siger en medarbejder: *“Det var det der med, om man skulle testes eller ikke testes, i isolation eller ej, sendes hjem eller ej. Så blev det for omstændigt.”* Den gennemgående erfaring er, at tilgangen til implementeringen af denne retningslinje har været *“konsekvent”, “kompromisløs”* og *“overforsigtig”*. Flere steder, herunder i case 4, tillægger de denne overforsigtighed stor betydning for at være lykkedes med at ‘holde smitten ude’.

En anden udfordring for at sikre implementering på området er, at nogle faggrupper ikke anvender mails, samt at deres arbejde det meste af tiden foregår hos borgerne. Erfaringen er, at implementering i praksis kræver forskellige kommunikationskanaler ud over mails såsom actioncards, print på opslagstavler, intranet, videoer, piktogrammer, nyhedsbreve, fysisk mappe. Det, som synes at have fungeret bedst, er mundtlig formidling, fx i forbindelse med vagtskifte fra leder til medarbejdere. Udfordringen består ikke kun i at videresende eller formidle en retningslinje, men at sikre sig, at medarbejderne er i stand til at efterleve den (jf. også kapitel 3). Det er en kompleks opgave i ældreplejen, som citatet her viser:

Udfordringen er, at der er rigtig mange medarbejdere, der skal vide det. Det er både dem, der er på arbejde, men også dem, der har fri. Det er svært at sprede informationen ud til 500 medarbejdere i kommunen. Og at informere om, hvordan man rent faktisk overholder retningslinjerne og bruger værnemidler korrekt. (Direktør)

Også blandt de decentrale medarbejdere er oplevelsen, at det har været udfordrende at omstille sig til nye vaner og krav i det tempo, epidemien har krævet. Der er frustration over ikke at få implementeret retningslinjerne, førend de har ændret sig. Der har været situationer, hvor medarbejderne derfor ikke har kunnet handle hurtigt, fordi de først skulle sætte sig ind i den seneste ændring af en retningslinje.

De gældende betingelser omkring manglende ressourcer og travlhed i ældreplejen er forstærket under covid-19 pga. hjemsendelse af medarbejdere med symptomer eller smitte og ekstraopgaver i forbindelse med håndteringen af epidemien. Disse betingelser har også formet mulighederne for at efterleve retningslinjerne i praksis. En medarbejder siger: *“Hvis man havde travlt, fik man ikke lige læst alle de nye retningslinjer”,* og en anden udtaler: *“Man droppe at orientere sig hele tiden, men havde i stedet fokus på det enkelte besøg.”* Medarbejderne har søgt sparring hos hinanden og hos deres ledere, fordi det vurderes mere effektivt end at læse retningslinjer. Behovet for støtte og vejledning decentralt har været stort. Andre forhold, som påvirker medar-

bejdernes muligheder for at efterleve retningslinjerne i praksis, er vikardækning, det faglige niveau inden for hygiejne og generel adfærd, faciliteter i hjemmeplejen og på plejecenter, der ikke altid matcher kravene og ikke mindst selve opgaverne og borgerne.

4.3.1 Vagtplanlægning og personaleallokering

Erfaringerne er, at covid-19 har medført yderligere pres på ressourcerne i driften og udfordringer med vagtplanlægning og personaleallokering. Det er dels i form af ekstraopgaver, som øgede hygiejnekrav, af- og påtagning af værnemidler, 'coronarengøring' hos borgerne og vaccinationsindsats, dels i form af tiltag og retningslinjer, der begrænser medarbejderressourcerne. Eksempelvis har begrænset adgang til test udgjort en udfordring i relation til vagtplanlægning og tilstrækkelig personaleallokering. Det gælder især i epidemiens første fase. Den begrænsede adgang medførte lang ventetid på test for hjemsendte medarbejdere (med symptomer eller nærkontakt)⁴. Deltagerne fortæller, at der både var lang ventetid på at få testen og på at få testsvaret. Men det betød samtidig også, at der var højt fravær og deraf manglende hænder.

Også zoneinddeling på plejecentre, fx i forbindelse med smittetilfælde, udfordrer vagtplanlægningen. Zoneinddeling, hvor borgere og medarbejdere deles op i zoner (fx mellem etager eller klynger), vurderer deltagerne som et effektivt tiltag til at inddæmme smitte. Interviewene rummer flere eksempler på, at zoneinddeling har holdt smitten for døren til andre afdelinger af plejecentrene. Men i de tilfælde, hvor der er fravær fx pga. smitte i én zone, er det nødvendigt at indkalde vikarer, eller at faste medarbejdere arbejder på tværs af zoner. Her peger en plejecenterleder på, at det er en fordel at være et stort plejecenter med flere ressourcer og dermed mere fleksibilitet til rådighed.

Disse udfordringer betyder også, at det langt hen ad vejen ikke har været muligt at reducere smitte igennem øget medarbejderkontinuitet i borgerkontakten, bl.a. fordi der har været behov for at anvende ekstern vikardækning. To kommuner i undersøgelsen udtrykker udfordringer i relation til anvendelsen af vikarer og ufaglærte afløsere, idet oplevelsen er, at de i mindre grad har efterlevet de gældende retningslinjer. Oplevelsen er, at det kræver ressourcer at holde vikarer opdaterede, og at de ikke tager det samme ansvar som fastansatte. Case 6 er eksempel på et smitteudbrud grundet en vikar og en afløser,

⁴ Personalet havde en særlig og skærpet forpligtigelse til at være opmærksom på symptomer, og ved mistanke om symptomer – også lette symptomer – skulle man ikke møde på arbejde, og det var arbejdsgivernes ansvar at sikre, at personale med symptomer på luftvejsinfektion ikke mødte på arbejde og risikerede at smitte patienter/borgere med covid-19 (15.03.2020, Sundhedsstyrelsen). Et par dage efter oplyste sundhedsmyndighederne, at der skulle sikres personale til de særligt kritiske funktioner. Hvis en medarbejder i en kritisk funktion udviste lette symptomer med mistanke om covid-19, var det op til arbejdsgiveren at vurdere, om det var nødvendigt, at den pågældende hurtigst muligt skulle komme tilbage på arbejde (20.03.2020, Styrelsen for Patientsikkerhed). Hvis arbejdsgiveren vurderede det som relevant, kunne medarbejderen blive henvist til test for covid-19, og hvis testen var negativ, kunne vedkommende møde på arbejde igen trods lette øvre luftvejsymptomer.

der ikke har ladet sig teste. Enkelte enheder har tilstræbt at anvende de samme vikarer fra de bureauer, de samarbejder med.

Kommunerne og case-enhederne har håndteret vagtplanlægningen på andre måder også for at undgå at anvende eksterne vikarer. For det første har nogle af deltagerkommunerne undervejs i epidemien begrænset det generelle serviceniveau med henblik på at reducere opgavebyrden i hjemmeplejen. De udskudte eller aflyste ydelser, der nævnes, er rengøring, tøjvask, klippekort og i nogle tilfælde bad. Nogle medarbejdere finder det paradoksalt, at der på den ene side er krav om ekstra rengøring (aftørring af overflader mv.) hos borgerne, som de synes er meningsfuldt i forhold til at forebygge smitte, og på den anden side vælger man at aflyse netop rengøring hos borgerne. Disse betragtninger knytter sig også til, at denne 'coronarengøring' ikke alle steder er lagt på kørelisterne som ydelser, og dermed har medarbejderne skullet nå det inden for den tid, der er sat af til besøget, hvilket har medført yderligere travlhed.

For det andet har nogle kommuner og enheder kunnet etablere interne vikarkorps. Case 2, 3, 4 og 8 (som er to hjemmeplejeenheder og to plejecentre) er eksempler på det. Disse enheder vurderer, at det er vigtigt for kontinuiteten hos borgerne og for reduktion af smitteveje. Nogle steder er hjemsendte aktivitetsmedarbejdere allokert til disse vikarkorps og til at hjælpe til på plejecentrene i øvrigt, men interviewene vidner ikke om, at enhederne har fået tilført ekstra medarbejderressourcer fra andre steder i kommunerne. For det tredje via samarbejde på tværs af decentrale enheder, hvor medarbejderne har hjulpet til i andre enheder, fx ved meget fravær eller smitteudbrud.

Gennemgående er imidlertid et ønske om at få tilført ressourcer til praktiske opgaver som aftørring af overflader og pårørendebesøg og større tiltag som vaccinationsindsatsen (der behandles i kapitel 8), fx nævnes konkret hjemsendte medarbejdere.

4.3.2 Faglighed og adfærd

Et andet forhold, der har betydning for efterlevelsen af retningslinjer i praksis, er medarbejdernes faglighed inden for hygiejne og deres adfærd på arbejdspladsen og for så vidt også i fritiden. Der påhviler den enkelte medarbejder i ældreplejen i stort ansvar for at undgå at blive smittet og for at undgå at give smitten videre til medarbejdere og borgere. Det faglige niveau inden for hygiejne blandt medarbejderne er primært rundet af deres uddannelsesniveau, hvor indholdet af undervisning i hygiejne varierer mellem de primære faggrupper: sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ikke mindst ufaglærte, som udgør en betydelig del af arbejdsstyrken i

–FORTROLIG–

ældreplejen. Hvor social- og sundhedshjælpere har det laveste uddannelsesniveau, er det samtidig den faggruppe, der typisk har de længste besøg og med tættest fysisk kontakt til borgerne i udførelsen af pleje- og omsorgsopgaver. Det udgør en grundlæggende forudsætning for forebyggelse og håndtering af smitte i ældreplejen. Derfor har efterlevelsen af retningslinjer også nødvendiggjort udvikling af det faglige niveau og forståelsen omkring betydningen af hygiejne, som eksemplet her viser:

Vi sloges med, at medarbejderne får en dyb forståelse af, hvad det vil sige at bruge mundbind – at man ikke genbruger det, at man ikke hænger det på en knage og tager det på igen. Vi taler om nogle, der ikke er vant til at tænke så dybt over hygiejnen. (Forvaltningsleder)

Interviewpersonernes perspektiver er dog ikke konsistente. Der er nogle, der mener, at eksempelvis anvendelse af værnemidler er en naturlig del af arbejdet i ældreplejen, og så er der andre, som i citatet ovenfor, som vurderer, at der har været et stort behov for kompetenceudvikling til især korrekt håndhygiejne og anvendelse af værnemidler. Erfaringen er imidlertid også, at det særligt er omsætning af viden til konkrete situationer, der kan udfordre medarbejderne, som ikke har erfaring med en epidemi som covid-19 (jf. også kapitel 3 om behovet for praksisnær vejledning).

Ifølge de interviewede påvirker oplevelse af travlhed medarbejdernes adfærd som tidligere beskrevet. Selvom vurderingen generelt er, at medarbejderne har efterlevet retningslinjerne, rummer interviewene også beretninger om "svipsere" blandt medarbejdere, eller at de lige "springer over", fx en håndvask eller et rent mundbind. Case 5 er et eksempel på dette, idet lederen forklarer smittespredningen med, at medarbejderen måske er kommet til at drikke af samme glas som borgeren.

Epidemien har derfor medført (og nødvendiggjort) kompetenceudvikling inden for hygiejne blandt en stor del af medarbejderne. Nogle oplever, at der er sket en vaneændring og et opgør med en "dårlig kultur" inden for hygiejne, som en hjemmeplejeleder kalder det. Det er fx dårlige vaner med lange negle, neglelak eller ikke at anvende forklæde i forbindelse med personlig hygiejne. Der er dog også eksempler på, at kulturen ikke er ændret alle steder langt inde i epidemien. Andre bemærker, at enkelte medarbejders adfærd har været karakteriseret ved manglende motivation og modstand, som understreger behovet for at arbejde med forståelsen for de forskellige tiltag. I den forbindelse er den generelle oplevelse, at medarbejderne også i deres fritid har gjort en stor indsats for at undgå smitte, men deltagerne fortæller også om kolleger, som ikke har udvist samme adfærd i fritiden. Det har været kilde til frustration, når disse kolleger ofte har været nærkontakter og dermed i isolation, fordi det forstærker ressourcepresset.

4.3.3 Faciliteter og retningslinjer

Et tredje forhold, der påvirker efterlevelsen af retningslinjerne i praksis, er de fysiske faciliteter i hjemmeplejen og på plejecentrene. Der gives flere eksempler på retningslinjerne, der ikke giver mening set i relation til arbejdsbetingelserne i ældreplejen og de lokale forhold. Det gælder især afstandskrav og forsamlingskrav, som ikke kan lade sig gøre med lokalernes størrelse, og som enhederne derfor ikke har kunnet overholde.

Når nogle af retningslinjerne ikke giver mening i praksis, så virker de ikke, fordi medarbejderne synes, det er "latterligt" at efterleve dem, som denne dialog illustrerer:

1: Vi arbejder på en gang, som er 1,5 meter bred. Den blev gjort ensrettet. Og det var nærmest umuligt at opretholde. Der var heller ikke nogen, som fulgte ensretningen.

2: Der har også været et skilt med max. 3 personer i omklædningen. Det er jo fysisk umuligt. Det bliver lidt latterliggjort, fordi det virker lidt grotesk. (Sygeplejersker, case 7)

Medarbejderne nævner også, at det har været besværligt at koordinere, hvem der kan spise frokost hvornår, at de har ikke kunne have studerende med i bilerne og samtidig overholde afstandskrav, og ikke alle hjemmeplejeenheder har haft omklædningsrum samtidig med et krav om, at medarbejderne skal klæde om på arbejdspladsen (og ikke hjemmefra) for ikke at sprede eventuel smitte.

4.3.4 Borgere og retningslinjer

Et fjerde forhold, der påvirker, hvorvidt medarbejderne kan efterleve retningslinjerne i praksis, er opgaverne i borgerkontakten og selve borgerne.

Som citatet herunder forklarer, er det en grundlæggende forudsætning i epidemihåndteringen i ældreplejen, at leveringen af pleje og sygepleje indebærer tæt, fysisk kontakt, som gør det svært at overholde afstandskrav. Det indebærer også omsorg og nærvær, som udfordres af anvendelsen af værnemidler:

Der er jo en barriere i form af, at arbejdet består af en meget tæt og fysisk kontakt med borgerne. Så det er i bund og grund en risikosituation. Samtidig med at der er en kompliceret arbejdsopgave, der skal løses, som heller ikke er nem at give med værnemidler på.

–FORTROLIG–

Mange føler, det skaber afstand, og det påvirker omsorgen for borgeren at have værnemidler på. (Forvaltningsmedarbejder)

En anden væsentlig udfordring med efterlevelse af retningslinjerne knytter sig til selve borgerne – særligt kognitivt udfordrede borgere og borgere med demens. Det er en gennemgående iagttagelse i interviewene. Mange borgere kan ikke forstå eller huske, at der er en epidemi, at de skal blive inde på deres stuer eller inde på plejecenteret, eller at de måske selv er ramte af covid-19. En social- og sundhedsmedarbejder beskriver det sådan:

Vi kan have bedt en person om at holde sig inde på sit værelse, og 20 sekunder efter der står de ude på gangen og leder efter nogle andre at være sammen med. De glemmer det lige så hurtigt, de får det at vide. Det er ikke engang, fordi at de skal være voldsomt demente for ikke helt at forstå, at de skal holde sig inde på deres værelse. (Social- og sundhedsmedarbejder, case 2)

Det betyder, at kernen i hjemmeplejen og på plejecentrene – borgerne og plejepgaverne – i sig selv udgør væsentlige betingelser for forebyggelse og håndtering af smitte.

4.4 Opsamling



Myndighedernes retningslinjer har været afgørende, men også udfordrende, at håndtere effektivt for kommunerne, hvilket udgør en fundamental forudsætning for plejecentres og hjemmeplejeenheders evne til at forebygge og håndtere smitte. Kommunernes opgave med at fortolke og oversætte retningslinjer, der særligt i epidemiens første fase ændrede sig med stor hyppighed (fx vurdering af nærkontakt), har været tidskrævende og til tider uoverskuelig ifølge deltagerne. De peger på behov for mere realistiske tidsfrister til implementering samt bedre sammenhæng mellem tidsfristerne og udmeldingerne til befolkningen. Der er endvidere behov for kortere, klarere og mere præcis kommunikation, som er nemmere at oversætte og implementere i praksis. En anden betingelse er selve arbejdet i hjemmeplejen og på plejecentre, herunder opgaverne, borgerne og medarbejdernes kompetencer, som påvirker evnerne til at efterleve retningslinjerne i praksis. Dertil påvirker øget ressourcepres, ekstraopgaver, travlhed og anvendelsen af vikarer medarbejdernes evne til at indoptage ny viden og ændre arbejds gange i det tempo, epidemien kræver.

5 Værnemidler

Kapitlet beskriver kommunernes erfaringer relateret til anvendelse af værnemidler, som har stor betydning for deres evne til at forebygge og håndtere smitte. Det handler om oplevelser af adgangen til og myndighedernes prioritering af værnemidler til hospitalsvæsenet, udfordringer relateret til arbejdets indretning og organisering samt borgerkontakten.

5.1 Manglende adgang og prioritering af værnemidler

Interviewene viser gennemgående, at værnemidler betragtes som et vigtigt og effektivt tiltag i epidemihåndteringen og som en central del af et epidemiberedskab på det kommunale ældreområde. Ligeledes viser casebeskrivelserne i kapitel 2 betydningen af anvendelsen af værnemidler for smittespredning.

I starten af epidemien var der imidlertid mangel på værnemidler, og de nationale myndigheder gav hospitalsvæsenet forhåndsret. Myndighederne lukkede ned for kommunernes indkøbsaftaler og pålagde leverandørerne at levere til regionen før kommunerne, hvilket begrænsede kommunernes adgang til værnemidler. Det til trods er et stort behov herfor i en krisesituation karakteriseret ved stor usikkerhed, hvor oplevelsen er, at medarbejderne i hjemmeplejen og på plejecentre altså blev sendt ud i "fronten" for at yde pleje og omsorg til sårbare og ældre borgere uden "den mest basale beskyttelse". Og det har haft betydning for smittespredningen, påpeger bl.a. denne hygiejnesygeplejerske:

Det kæmpe store problem har været værnemidler. (...) Det har også været medvirkende til, at det kommunale land kom til at se ud, som det gjorde med smitte. Coronavirus er sgu ligeglad med, om den møder mig på sygehuset eller ude på [plejecenteret]. Og vi har jo en personalegruppe – hjemmehjælperne – som har en meget tæt kontakt med borgerne, men et noget lavere uddannelsesniveau end [medarbejderne] på sygehusene. (Forvaltningsmedarbejder)

Det er en gennemgående erfaring, at ældreplejen manglede adgang til værnemidler, og interviewpersonernes udmelding omkring myndighedernes prioritering af værnemidler er således klar: Hospitalsvæsenet blev prioriteret over den kommunale ældrepleje. Denne oplevelse er kilde til stor frustration i kommunerne – både på forvaltningsniveau og på decentralt niveau. Med deres egne

–FORTROLIG–

ord føler deltagerne sig "glemt", "overset" og "underprioriteret", mens det "bugnede med værnemidler" på hospitalerne.

Oplevelsen er, at myndighederne ikke har udvist tilstrækkelig forståelse for ældreplejen – dens indretning, organisering og arbejdsopgaverne – og ikke har haft blik for kompleksiteten i at håndtere en epidemi under disse betingelser. Interviewpersonerne forstår slet og ret ikke, hvorfor man ikke vælger at prioritere værnemidler til de medarbejdere, der har tættest kontakt til de borgere, der er i størst risiko for at blive indlagt på hospitalerne, hvilket citatet nedenfor illustrerer:

Jeg synes, at den skævvridning i fordelingen af værnemidler mellem region og kommuner, den skal vi ikke glemme, og det må ikke ske igen – det må det simpelthen ikke. Jeg kan sagtens forstå, at man skal have det bedste på et corona-afsnit. Men borgerne kommer jo fra kommunen, hvor smitten har bredt sig, så man skal starte med det basale – dér, hvor det starter. (Forvaltningsleder)

Nogle ledere vurderer samtidig, at myndighederne tilpassede retningslinjerne med mængden af værnemidler. I starten af marts 2020 anbefales kommunalt plejepersonale ikke at anvende mundbind eller andre værnemidler. I slutningen af marts udsender Sundhedsstyrelsen retningslinjer om, at plejepersonale skal bruge værnemidler, hvis de er tæt på en borger, der har covid-19-symptomer, men at værnemidler skal bruges med omtanke og kun, hvor det er nødvendigt. Først i slutningen af april 2020 anbefaler Sundhedsstyrelsen, at personalet skal bære mundbind eller visir ved langevarige/hyppige ansigt-til-ansigt kontakter med borgere.

Retningslinjerne har ikke været fagligt meningsfulde for de interviewede at håndhæve. På baggrund af de retningslinjer har de decentrale ledere oplevet at stå i svære situationer, hvor de ud fra et fagligt skøn (eventuelt med hjælp fra en hygiejneansvarlig eller anden sundhedsprofessionel i kommunen) har skullet vurdere risikoen for smitte i enkelte konkrete situationer med henblik på at prioritere værnemidler mellem medarbejdere og borgerbesøg. Disse vurderinger har kostet tid og ressourcer, men mest af alt har manglen på værnemidler medført stor utryghed blandt medarbejdere og borgere, som ikke kan forstå, hvorfor medarbejderne ikke har anvendt værnemidler:

Hvis jeg skal pege på en ting, som helt overordnet skal gøres bedre en anden gang, så er det, at værnemidler skal være tilgængelige for kommunerne. Jeg stod i starten og måtte rationere mundbind til medarbejdere, som var skrækslagne for at blive smittet og smitte videre. Ude på hospitalerne havde de så masser af mundbind, men vi skulle rationere her... Det er det mest overordnede, at værnemidler

hører lige så meget til i den sekundære sektor som i den primære sektor. (Sygeplejerske, case 1)

I samtlige interview er deltagerne uforstående over for denne prioritering af hospitalerne på et tidspunkt, hvor landet bliver lukket ned, og der generelt er krisestemning og kaos. Det er således også et gennemgående ønske, at ældreplejen fremadrettet prioriteres i fordelingen af værnemidler.

5.1.1 Utryghed og lav kvalitet

Størstedelen af enhederne i undersøgelsen har ikke oplevet decideret mangel på værnemidler, men de har haft frygt for, at de ville løbe tør lige om lidt, hvilket har ansporet dem til at spare. Der er eksempler på, at social- og sundhedsmedarbejdere har cyklet rundt med det samme mundbind på en hel køreliste, genbrug af visirer og kitler, og at medarbejdere deles om de samme visirer. Og det gælder for de interviewede ledere, at de tillægger deres egen ihærdige og vedholdende indsats for at skaffe værnemidler, at de ikke har stået i situationer med mangel herpå.

Deltagerkommunerne har på flere måder forsøgt at skaffe værnemidler. For det første ved at samle eksisterende værnemidler fra alle institutioner (fx også skoler og dagtilbud) på et centralt lager i kommunen for at kunne fordele dem til enhederne med størst behov. For det andet ved at forsøge at indkøbe værnemidler (eller tilsvarende remedier) andre steder – i byggemarkeder og hos nystartede virksomheder. Her er der ud over gængse værnemidler også købt malerdragter, regnfrakker og svømmebriller ifølge interviewene. Citatet herunder udtrykker ligesom andre interview en oplevelse af at *”blive forladt”* i en yderst kritisk og usikker situation:

Vi måtte sådan set sejle vores egen sø ude på et fuldstændigt overophedet gråt marked, hvor jeg havde de første 10 suspekter sælgere i telefonrøret. (Direktør)

Det har været utrygt for de ledere og medarbejdere i primært forvaltninger, som stod for denne opgave og måtte navigere *”på piraternes marked”*, som en leder kalder det. Forvaltningerne oplevede ikke at have de rette kompetencer i kommunerne til at vurdere de midler, de blev tilbudt (jf. også kapitel 4). For eksempel var det svært at gennemskue, om maskerne havde den rette filtreringstæthed. Det har også skabt et yderligere arbejdspress at bruge tid og ressourcer på indkøb og kvalitetssikring.

Den utryghed, som manglende adgang til værnemidler medførte, blev forstærket af dårlig kvalitet af de værnemidler, kommunerne og enhederne lykkedes med at skaffe. De interviewede udtrykker endvidere stor kritik omkring kvaliteten af værnemidler. For eksempel siger en leder, at de værnemidler, de kunne skaffe, var *”alt, alt, alt for elendige og langt under den kvalitet, som man havde på sygehusene”*. Også medarbejderne beretter om eksempelvis handsker, der går i stykker, og visirer, der ikke fungerer optimalt.

Der har også været utryghed blandt borgere og pårørende ved retningslinjer, der ikke fremstår meningsfulde. Et eksempel der gives under interview er retningslinje om, at medarbejderne skulle bruge mundbind, hvis de var inden for to meters afstand fra borgerne i 15 minutter eller mere. I det tilfælde førte det til overimplementering på den måde, at medarbejderne altid anvendte mundbind for at tilgodese borgernes behov for tryghed i plejen.

5.1.2 Værnemiddeldepoter til at fremtidssikre kommunernes adgang

Hvis man pludselig står i en situation, hvor der ikke må smittes, så kan det ikke hjælpe noget, at man står og mangler og venter på et skib, der kommer fra Kina af. (Forvaltningsleder)

Som citatet udtrykker er der på baggrund af de skitserede erfaringer med at mangle og må rationere værnemidler, ønske om at sikre ældreplejen adgang til værnemidler i lignende situationer i fremtiden. Ifølge deltagerne kræver dette nationalt fokus og handling. Konkret er der ønske om retningslinjer for, hvordan værnemidlerne skal distribueres og fordeles i en krisesituation, og der foreslås en organisering i centrale værnemiddeldepoter. En sådan organisering vil sikre løbende udskiftning og flow, så de ikke forældes, som der vil være en risiko for med kommunale eller lokale lagre, samtidig med at det vil sikre alle kommuner hurtig adgang i en eventuel ny krisesituation. Dertil viser erfaringerne, at eksperter bør have ansvaret for at vurdere værnemidlerne i en fremtidig situation, da kommunerne oplever ikke at have kompetencerne til at varetage denne opgave.

5.2 Værnemidler i borgerkontakten og i borgernes hjem

Som beskrevet i det foregående kapitel er der en række udfordringer med at efterleve retningslinjerne i praksis. Dette gælder også for anvendelsen af værnemidler, hvor medarbejderne beretter om flere praktiske udfordringer, som

–FORTROLIG–

især er det, de har haft brug for vejledning og undervisning i af deres ledere og kommunernes covid-19-ansvarlige. For medarbejderne er der stor forskel på at modtage en retningslinje om værnemidler til at anvende dem korrekt "ude i den virkelige verden", som de siger. Det skyldes faciliteterne i borgers hjem, som udgør medarbejdernes arbejdsplads, og som ikke er indrettede til at understøtte korrekte arbejdsgange under en epidemi. Det giver nogle andre arbejdsbetingelser end andre steder i sundhedsvæsenet, som citatet her viser:

Det her er ude i hjemmeplejen, så der er vi ude i borgerens hjem. Det er altså borgerne, der skal stille til rådighed, at vi skal have køkkenrulle til at tørre hænderne i, når vi har vasket dem. Der er ikke den samme tilgængelighed som på et sygehus. (Decentral leder, case 3)

Flere understreger, at korrekt anvendelse af værnemidler ikke er en simpel opgave og slet ikke under disse forhold. Interviewene rummer flere eksempler på sådanne lavpraktiske udfordringer. For eksempel, hvordan man tager værnemidler af og på, når der ikke er en 'ren zone' i eller uden for hjemmet, og det regner? Hvor lægger man sit overtøj og sin tablet, når man ikke kan lægge det i hjemmet? Hvor gør man af sin skraldepose med værnemidler, hvis der ikke er en skraldespand i umiddelbar nærhed af hjemmet? Især i hjemmeplejen er det en udfordring at have værnemidler med på cykel eller i bilen modsat plejecentre, hvor værnemidlerne er mere tilgængelige. Men heller ikke på plejecentre er faciliteterne optimale sammenlignet med et hospital, fordi der i mange år har været fokus på hjemlighed, påpeger enkelte interviewpersoner. Der er således også forskelle i faciliteterne mellem hjemmepleje og plejecentre. Det gælder især opbevaringen af værnemidler, som eksemplet her viser:

Der er forskel på at være på et plejehjem, hvor man har et depot, hvor man kan tage værnemidler, eller om man skal have dem med i en bil, på en cykel, med ude i et hjem. (Forvaltningsmedarbejder)

Et yderligere væsentligt forhold, som udfordrer anvendelse af værnemidler, er selve borgerne. Brug af mundbind udfordrer og nærmest umuliggør kommunikationen og kontakten med borgere. Det bliver i mange situationer en barriere for at yde den pleje og omsorg, medarbejderne ønsker. Sådanne situationer påvirker også borgernes trivsel. Således beretter interviewene om borgere, der kan blive udadreagerende, hvis ikke de får den fysiske kontakt, de har behov for, eller borgere, som har behov for fysisk kontakt, fordi de er ensomme eller kede af det. Ligeledes har mange af de ældre borgere problemer med hørelsen eller lider af demens. I de tilfælde har borgerne svært ved at forstå og afkode medarbejderne, når de hverken kan høre, hvad de siger, eller se deres

–FORTROLIG–

mimik. Det fører til utryghed blandt borgerne. Og i sådanne situationer har medarbejderne afvejet kravene om mundbind til fordel for borgernes trivsel:

Jeg har i visse situationer med pressede borgere ikke skænket covid-19 en tanke. Det er vigtigt for borgeren at få noget omsorg og berøring. Der var det det faglige, der kom ind i det - hvis ikke man gik på kompromis, så blev det endnu værre. (Social- og sundhedsmedarbejder, case 4)

Medarbejderne fortæller, at de i de nødvendige tilfælde har gjort undtagelser, fx taget mundbindet ned eller anvendt visir ud fra en vurdering af, hvad der er vigtigst for borgernes trivsel. Borgerne i sig selv skal derfor også betragtes som en betingelse for hjemmeplejens og plejecentrenes evner til at forebygge og håndtere smitte (jf. også kapitel 2 om årsagerne til smittespredning).

5.3 Opsamling



Kommunernes manglende adgang til værnemidler er en væsentlig betingelse for epidemihåndteringen i ældreplejen særligt for de enheder, der rammes af smitte i epidemiens første fase. Det opleves utrygt for ledere, medarbejdere og borgere i ældreplejen, at de har måttet spare på værnemidler og prioritere imellem borgerbesøg. Kommunerne har brugt tid og ressourcer på at skaffe værnemidler andre steder uden at have ekspertisen til at vurdere dem og uden at kunne indkøbe værnemidler af tilstrækkelig kvalitet. Det er en yderligere betingelse, at arbejdet i borgers eget hjem og faciliteterne i borgers hjem og på plejecentrene udfordrer korrekt anvendelse af værnemidler, ligesom selve arbejdsopgaverne med pleje og omsorg indebærer en smitterisiko. Den gennemgående betragtning i interviewene er på den baggrund, at ældreplejen fremover bør prioriteres på lige fod med hospitalsvæsenet i forhold til adgangen til værnemidler.

6 Isolation og besøgsrestriktioner på plejecentre

Påbud om besøgsrestriktioner eller besøgsforbud på plejecentrene og isolation af beboere under mistanke eller tilfælde af smitte har været omdiskuterede og vidt debatterede tiltag under epidemien, ligesom de forskellige nedlukninger og genåbninger har modtaget stor mediebevågenhed. Det centrale spørgsmål, som søges belyst er, hvorvidt disse tiltag har stået mål med konsekvenserne for borgernes frihed og trivsel. Kapitlet beskriver erfaringerne med isolation og besøgsrestriktioner på plejecentre, herunder hvilken betydning det har haft for medarbejderne, beboerne og pårørende samt perspektiverne på spørgsmålet om beboerens frihed.

6.1 Retningslinjer er tidskrævende og har begrænset relevans

På tværs af interviewene er der enighed om, at besøgsforbud- og restriktioner er et effektivt tiltag for at forebygge smitte. Der er også enighed om, at isolation af beboere ved mistanke om eller tilfælde af smitte ligeledes har været et meningsfuldt og virkningsfuldt tiltag. Interviewene beretter imidlertid også om krav i implementeringen af besøgsrestriktionerne, som ikke giver mening i praksis, og eksempler på undtagelser, som har ført til underimplementering. Case 2 er et eksempel, hvor plejecenterlederen fortæller, at de *”tog lidt let på det i starten”* og *”ikke har rettet os efter afstandskrav”* af hensyn til beboernes trivsel. I de gennemførte interview er der omvendt ikke nogle eksempler på overimplementering på disse restriktioner.

Interviewpersonerne oplever, at implementering af retningslinjerne har taget uforholdsmæssigt mange ressourcer at implementere – ressourcer, som i deres blik er gået fra beboerkontakten. Medarbejderne nævner blandt andre tiltaget med at oprette udendørs besøgsrum, hvor (sårbare og skrøbelige) beboere skulle sidde udenfor og fryse i et telt med deres pårørende, og efterfølgende tiltaget med at oprette indendørs fælles besøgsrum, frem for at beboerne fik besøg på deres egne stuer. Ifølge interviewdeltagerne blev smitterisikoen kun større af, at smitten blev flyttet ind i et fælles rum og kunne sprede sig, mens beboerne gik fra deres egen stue eller bolig og ned i fællesrummet.

Det har ikke givet mening for plejecentrene. Ifølge interviewdeltagerne havde det givet mere mening, at pårørende kunne gå direkte til den enkelte beboers stue. En forvaltningsmedarbejder fortæller, at kommunen i den situation ikke anbefalede det, som stod i retningslinjen. Dertil oplevedes implementeringen af kravene og retningslinjerne ressourcetung, fordi medarbejderne har skullet følge pårørende og beboere frem og tilbage, og har skullet spritte besøgsrummene af efter hvert besøg.

Et andet krav interviewpersonerne ikke finder meningsfuldt, er udpegelsen af en til to pårørende, der kan komme på besøg. Dette har betydet, at plejecentrene sammen med de pårørende har skullet udvælge en primær pårørende og en sekundær pårørende, hvilket flere af deltagerne ikke har kunnet se pointen med. Oplevelsen er generelt set, at tiden på at planlægge, koordinere og gennemføre besøg er gået fra beboernes pleje. Det skal også ses i lyset af enheder, der i forvejen er pressede på ressourcer grundet epidemien (jf. kapitel 4).

6.2 Ubalance i kravene til medarbejdere og pårørende

Der er flere andre forhold omkring implementeringen af besøgsrestriktionerne, der giver anledning til frustration blandt medarbejderne på plejecentrene. Nogle krav og retningslinjer har ikke været meningsfulde for medarbejderne, der oplever at have taget et stort ansvar for at undgå at smitte beboerne, når der ikke bliver stillet samme krav til de pårørende. De oplever en række skismaer i de krav, der stilles til dem, og de krav, der stilles til beboere og pårørende. Interviewpersoner fremhæver, at beboerne på trods af restriktionerne fortsat godt må forlade plejecenteret, fx tage på ferie eller være sammen med pårørende uden for plejecenteret. Det handler også om de pårørendes adfærd. Medarbejderne deler oplevelser af pårørende, der mødes med beboeren flere end det tilladte antal gange uden for plejecenteret, pårørende, der ikke anvender mundbind, så snart de kommer ind på beboernes stuer, samt at pårørende må besøge uden at være testet forinden og på et tidspunkt også må besøge isolerede beboere, da besøgsrestriktionerne var ophævet. Disse oplevelser har ført til uro, utryghed og undren blandt medarbejderne:

Medarbejderne gør rigtig meget for at beskytte borgerne i forhold til at lade sig teste og vaccinere. Der har jeg kunnet mærke en frustration i, at det ikke på samme måde var noget, der blev krævet fra de pårørendes side. Det har været et dilemma ude på enhederne. Når vi finder en smittet, så er det alle beboere og alle medarbejdere, der bliver testet ad flere omgange. Det er en meget krævende proces. Og på den anden side kan pårørende bare komme og gå. Det er

–FORTROLIG–

utrygskabende, at man selv gør en kæmpe indsats, og så er der nogle andre grupper, man giver los for. (Forvaltningsleder)

Som citatet ovenfor forklarer, er der en oplevelse af, at der er blevet stillet andre krav til medarbejderne end til beboere og pårørende. Medarbejderne har båret mundbind, er blevet testet, vaccineret og brugt mange ressourcer på at beskytte sig selv og beboerne på arbejdet og i fritiden, hvilket interviewdeltagere oplever ikke på samme måde har gjort sig gældende for pårørende. En medarbejder beskriver det som en "ubalance", der har ført til, at medarbejderne har måttet "passe ekstra på" for at forhindre smitte:

Der er en ubalance i, at vi har medarbejdere, der gør rigtig meget ud af at gå med værnemidler, og så gælder det slet ikke for pårørende. Vi var nødt til at passe ekstra på, fordi at pårørende ikke gjorde det. Der skulle man have fundet ud af sikre, at pårørende overholdte retningslinjerne. (Social- og sundhedsmedarbejdere, case 1)

Som social- og sundhedsmedarbejderen her siger, er der på baggrund af oplevelserne med, at medarbejderne 'ofrer sig' ønske om krav til pårørende og støtte til sikre at de pårørende overholder de gældende retningslinjer. Disse betragtninger kan også hænge sammen med en oplevelse af, at besøgene har været mest for de pårørendes skyld og ikke for beboerne, som beskrives herunder.

6.3 Konsekvenser for beboernes trivsel

Interviewene har også undersøgt erfaringerne med, hvilken betydning isolation og besøgsrestriktioner har haft for beboernes trivsel og frihed sammenholdt med den betydning, det har haft for at forhindre og mimimere smitte (spredning). Lederes og medarbejderes vurderinger heraf er ikke entydige.

Nogle oplever således, at plejecentrene under restriktionerne har været et "fængsel", at beboerne har følt sig isolerede, og at dette har haft betydelige konsekvenser for beboerne i form af ensomhed, forværring i funktionsevne og psykisk sårbarhed. Interviewene rummer i tråd hermed eksempler på situationer, hvor man har gjort undtagelser fra retningslinjerne af hensyn til beboerne – fx ved ikke at skille isolerede ægtepar ad eller tillade pårørendebesøg ved alvorligt syge eller døende beboere. Case 2 fortæller også, at de på et mere generelt plan har begået "ulovligheder" og "bøjet reglerne", som de beskriver det, af hensyn til beboernes trivsel – ved at opretholde fællesaktiviteter som spisning, sang og oplæsning.

Andre oplever derimod ikke, at epidemien og de medfølgende restriktioner har haft alvorlige konsekvenser for beboerne – at de har lidt, været deprimerede eller oplevet forværringer i helbredstilstand eller funktionsevne – men primært at der har været afsavn til pårørende og til aktiviteter på plejecentrene. Der er også fortællinger om beboere, der har fået bedre trivsel som følge af mere ro på plejecentrene. Flere fortæller, at beboerne ikke har udtrykt synderlig bekymring omkring epidemien, og at mange af deres beboere har haft den holdning, at de *”jo skal dø af et eller andet”*.

Et spørgsmål, der går igen blandt flere af de interviewede, er i den forbindelse, om ønsket om besøg er de pårørendes eller beboernes. De oplever, at det primært er pårørende, der er bekymrede, og som ønsker besøg, mens det, beboerne primært savner, er aktiviteter på plejecenteret.

6.4 Spørgsmålet om restriktionerne har stået mål med konsekvenserne

Ligesom vurderingerne af restriktionernes konsekvenser for beboernes trivsel varierer, varierer også svarene på spørgsmålet om, hvorvidt restriktionernes indgriben i beboernes trivsel og frihed har stået mål med deres betydning for at forhindre smitte (se delrapport 5 for borgere og pårørendes perspektiver på spørgsmålet).

Størstedelen af de interviewede synes det er et svært spørgsmål at besvare, fordi de ikke kan vurdere, hvad konsekvenserne havde været, hvis ikke der var blevet indført besøgsforbud- og restriktioner. Den mest gennemgående vurdering er dog, at *”det har været det værd”*. Med andre ord, at mulighederne for at minimere smitte vejer tungere end konsekvenserne for beboernes trivsel og indskrænkede frihed, det samtidig har medført. Det er også deres iagttagelse, at beboerne ville være enige i dette. Det skyldes, som medarbejderen er inde på herunder, at de har set god effekt af isolation og besøgsrestriktioner:

Selvfølgelig er det da det værd. På den anden side af epidemien kan man se, hvad resultaterne har været. Hvor vi står i dag, der har det gavnet. Vi ville gøre det på samme måde igen, hvis det var det, der skulle til. (Social- og sundhedsmedarbejder, case 4)

Betragtningerne kan også hænge sammen med, hvorvidt deltagerne vurderer restriktionernes konsekvenser for beboernes trivsel. Altså, at der er en ople-

–FORTROLIG–

velse af, at det har været det værd, fordi det samtidig ikke har betydet dårligere trivsel. Andre mener således ikke, at restriktionerne har stået mål med konsekvenserne og finder det *”uetisk”* at forhindre beboere og pårørende i at se hinanden. En plejecenterleder vurderer, at besøgsforbud er for stort et indgreb i den personlige frihed: *”Vi ved ikke, om vi har reddet liv, men hvis vi har, så har det været dyrt betalt”*, fordi det har været *”forfærdeligt”* og *”hårdt for borgerne”*. Deltagerne kan selvsagt ikke vurdere, hvad fraværet af restriktioner ville betyde for smittespredning, men flere mener ikke, det er det værd for *”gamle mennesker, der nok ikke har 10 år igen”*, som en social- og sundhedsmedarbejder eksempelvis udtrykker det. En leder vurderer tilsvarende, at heller ikke beboerne finder, at nedlukningerne har været det værd på grund af øget ensomhed, selvom de i hendes blik har *”reddet menneskeliv”*:

Hvis du spørger vores borgere, var der måske 80 %, der ville sige, at der aldrig skulle have været den lukning her, fordi at de alligevel har så kort tid tilbage at leve i. (...) Men det havde 100 % kostet menneskeliv, hvis man havde gjort det anderledes – for så havde vi fået smitten ind. Jeg har et indtryk af, at nedlukningerne har hjulpet, hvis man snakker om menneskeliv, men ensomheden er blevet større.
(Forvaltningsleder)

Der er altså oplevelser af, at konsekvenser har og ikke har stået mål med effekten. Uagtet holdning er der et gennemgående ønske om ikke at anvende tiltag som besøgsforbud og -restriktioner i lignende situationer. Det betragtes som *”et nødvendigt onde”* på tidspunkt, hvor covid-19 var en *”ukendt fjende”*, og hvor der ikke var tilstrækkelig testkapacitet til at forebygge smitte. Men i takt med at virussen bliver *”en kendt fjende”*, og der er adgang til og implementeret tiltag som test, værnemidler og vaccination samt opbygget viden om smittehåndtering, frafalder behovet for besøgsforbud som forebyggende tiltag ifølge de interviewede.

6.5 Opsamling



Indførelse af besøgsrestriktioner og -forbud betragter interviewpersonerne som et effektivt tiltag for at forebygge og håndtere smitte, ligesom de betragter isolation af beboere ved mistanke om eller tilfælde af smitte som effektivt. Men interviewene peger også på, at isolation ikke igen bør anvendes som forebyggende tiltag, og ikke så længe øvrige tiltag som værnemidler, test og vaccination er tilgængelige (samme pointe genfindes i delrapport 5 om borgere og pårørendes perspektiver). Det skyldes dels en oplevelse af, at restriktionerne til en vis grad har haft konsekvenser for beboernes trivsel og grebet

–FORTROLIG–

ind i deres grundlæggende frihed. Dels skyldes det erfaringer med, at implementeringen af retningslinjerne har været ressourcetung og i flere tilfælde har haft begrænset relevans for medarbejderne. I medarbejdernes blik har restriktionerne taget ressourcer fra plejen af beboerne, og det har tilmed medført en ubalance i deres indsats og kravene til de pårørende.

7 Test

Test for covid-19 er et centralt værktøj i epidemihåndteringen både som forebyggende indsats og som led i opsporing og inddæmning af smitte. Kapitlet beskriver interviewpersonernes erfaringer med testindsatsen (delrapport 3 beskriver nationale aktørers perspektiver herpå og delrapport 2 behandler emnet på baggrund af data fra SSI om test af personale). Det handler om manglende adgang til testindsatsen i epidemiens første faser, om kommunernes organisering af testindsatsen og tilslutning blandt medarbejderne samt perspektiverne på testtyper. Derudover beskriver kapitlet muligheder og udfordringer i relation til testindsatsen for borgerne.

7.1 Manglende adgang til test

Ifølge de decentrale beretninger har testindsatsen været en af de mest centrale værktøjer i ældreplejens epidemihåndtering – både for at forebygge smitte fra medarbejderne og for at opspore og inddæmme smitte under udbrud. Imidlertid peger interviewene også på, at der særligt i epidemiens første faser manglede en tilstrækkelig testindsats. Det har været u hensigtsmæssigt ifølge deltagerne og haft direkte betydning for omfang af smitte og smitteudbrud. Det er en gennemgående iagttagelse i interviewene, at testindsatsen er vigtig, men at den er blevet implementeret for sent i ældreplejen, hvilket eksemplet her illustrerer:

Fra at vi lukker ned i marts, og til vi begynder at teste regelmæssigt, der er vi på den anden side af vores udbrud i oktober. Vi har med svage ældre at gøre og tager hjem til vores familie hver dag. Jeg tænker til en anden gang, der skulle testberedskabet være klar fra starten af. (Decentral leder, case 2)

Denne oplevelse eksemplificerer case 1, som ikke er i stand til at inddæmme smitten tidligt, fordi de venter på test og ikke har adgang til test af alle medarbejdere og beboere. Interviewene vidner også mere generelt om oplevelser med ventetid på test fra regionerne – både på selve podningen og på testsvarerne. Det har også været medvirkende til at udbygge udfordringerne med ressourcemangel i ældreplejen som beskrevet i kapitel 4.

Da testopgaven bliver lagt ud til kommunerne i juni 2020 med henblik på at sikre systematisk test, er oplevelsen, at det fungerer, og at der er tilstrække-

ligt med testkits til rådighed. Interviewpersonerne fortæller generelt, at medarbejderne er blevet PCR-testet to gange ugentligt som forebyggende indsats. Regionerne har ansvaret for materiale og hente og analysere prøver. Enkelte har oplevet udfordringer med adgang til testkit og andet testmateriale, men dette er ikke en gennemgående erfaring. Her er oplevelsen imidlertid, at der er store udfordringer med ventetid fra de regionale podehold, som fortsat har ansvaret for test af borgerne, hvilket især har medført udfordringer ved smitteudbrud.

Ud over denne systematiske forebyggende testindsats i hjemmeplejen og på plejecentre beslutter myndighederne at indføre kviktest i starten af 2021 som følge af den stigende smitte på plejecentrene. Denne testindsats var i modsætning til PCR-testindsatsen en regional opgave, og regionerne kunne vælge at købe private leverandører til at varetage opgaven. Der er få positive beretninger om perioden med kviktest. For en af de interviewede direktør er forsøget med kviktest et godt eksempel på, når politik og virkelighed "clasher". For det første fordi det virkede unødvendigt, og for det andet fordi det medførte stort ubehag og gener for medarbejderne. Sådan fortæller en sygeplejerske om "de famøse lyntests", som hun kalder det:

Der var nogle, der benyttede sig af daglige lyntests, men de fik blødninger og betændelse osv. Det var en ganske kort periode. (...) Da jeg hørte politikere klage sig over, at sundhedspersonale ikke blev testet nok, der havde jeg fået nok. Der gad jeg ikke blive lyntestet mere. Man bliver mæt på et tidspunkt. Det føltes som et overgreb. (Sygeplejerske, case 1)

Endvidere beretter interviewpersonerne om dårlig kvalitet i leverandørernes service. Der er bl.a. eksempler på, at testtiderne ikke matchede vagtplanlægningen i ældreplejen, og at leverandørernes medarbejdere fremstod "uprofessionelle, utrænede, udisciplinerede og ustabile", hvilket i høj grad bidrog til at gøre perioden med kviktest til en dårlig oplevelse.

7.2 Tilslutning og spørgsmålet om frivillighed

To kommuner i rapporten har organiseret testindsatsen i en central model, hvor et kommunalt podeteam varetager podningen ude på de enkelte enheder efter et fast skema, mens tre kommuner har organiseret testindsatsen i en decentral model, hvor medarbejdere i de enkelte enheder foretager podningen. Læringen er i den forbindelse, at testindsatsen skal tage så få ressourcer ud af driften som muligt, samtidig med at den foregår så tæt på medarbejderne som muligt.

Uagtet kommunens testmodel er den gennemgående vurdering, at medarbejdernes tilslutning til testindsatsen generelt har været høj. Den primære årsag hertil er medarbejdernes bekymring og omsorg for borgerne og for dem selv og deres familier. Forhold, som understøtter medarbejdernes motivation, er ud over nem adgang på arbejdspladsen, også at testningen foregår som en del af arbejdstiden med løn, og at der er sat tid af til det på kørelisterne. For de medarbejdere, hvor det ikke er foregået i arbejdstiden, eller hvor der ikke har været indlagt tid på kørelisten, har det medført utilfredshed. Disse interviewede medarbejdere i de enheder bemærker, at det har været svært at finde tid til at blive testet en til to gange om ugen, hvorfor de har måttet inddrage deres fritid. Det synes også at variere, hvorvidt test taget i medarbejdernes fritid 'tæller med'. Lederne peger på, at et virksomt tiltag for at understøtte tilslutningen er ledelsesinformation, der dagligt giver overblik over antal testede. Men de fortæller også, at det langt hen ad vejen ikke har været nødvendigt at følge op med medarbejderne, fordi der har været en høj grad af tilslutning generelt. Der gives dog også eksempler på kolleger, der ikke i samme grad bakker op om testindsatsen.

Samtidig er det erfaringen, at tilslutningen falder, i takt med at flere borgere og medarbejdere bliver vaccinerede. Det betyder ifølge de interviewede medarbejdere, at mange af deres kolleger ikke længere anser det for nødvendigt at lade sig teste og dermed ikke følger anbefalingerne. Andre anser det fortsat for nødvendigt for at opdage de asymptomatiske smittebærere. For eksempel ser vi også i case 6, at der sker smittespredning i sommeren 2021, fordi en medarbejder ikke har ladet sig teste, og der samtidig ikke er krav om rutinemæssig anvendelse af værnemidler.

Den høje tilslutningsgrad synes også at medvirke til, at den generelle holdning blandt de interviewede er, at testindsatsen bør være frivillig. Enkelte ledere og medarbejdere mener dog godt, man kan stille det som krav til medarbejderne i ældreplejen.

7.3 Potentiale for at kombinere testtyper

Interviewene har også spurgt til deltagernes holdninger til de anvendte testtyper. Hvor oplevelserne med PCR-test primært er positive, er oplevelserne med kviktest omvendt negative. Der er enighed om, at kviktest som følge af lav validitet ikke ville kunne stå alene i testindsatsen. Flere ser samtidig et potentiale

for at kombinere de to testtyper med henblik på at foretage hurtige screeninger inden vagtstart samt opnå valide svar⁵. Et yderligere formål med at supplere med kviktest er at undgå at sende medarbejdere hjem med lette symptomer og undgå ventetiden på PCR-test – især på tidspunkter med høj samfundssmitte. Det vindue, ventetiden på PCR-test skaber, hvor der kan ske smitte, har skabt utryghed for nogle. Medarbejderne fortæller, at blev de PCR-testet to gange om ugen, nåede de nogle gange ikke at få svar på den første test, før de skulle tage den næste. For eksempel siger en decentral leder: *”Hvis man virkelig skal noget, så skal man have høj hastighed på PCR”*. Det er ifølge deltagerne samtidig vigtigt hurtigt at kunne følge op på en positiv kviktest med en PCR-test, fordi der bliver iværksat en række tiltag, der kan vise sig unødvendige, på baggrund af et positivt testsvar, herunder mangel på medarbejderressourcer, isolation af borgere og anvendelse af (dyre) værne-midler.

7.4 Ønske om at varetage testindsatsen for borgerne

Testindsatsen for borgere ved mistanke om eller tilfælde af smitte har i modsætning til testindsatsen for medarbejderne været en regional opgave. Test af borgere i hjemmeplejen og på plejecentre kræver henvisning fra borgerens praktiserende læger, til at et regionalt team kommer ud til borgerne (der ikke selv kan komme til et testcenter), og at testsvaret rekvireres via de praktiserende læger. Oplevelsen er, at disse arbejdsgange er besværlige og tunge, og interviewene beretter om flere udfordringer med ventetider på de regionale podeteams. Denne ventetid har ført til unødvendig isolation af borgere ved mistanke om smitte ifølge de interviewede. Det har ikke været hensigtsmæssigt i forhold til beboernes trivsel og i forhold til unødigt anvendelse af værne-midler. En anden udfordring knytter sig til den måde podningen foregik på i starten, hvor de regionale podeteam ikke ville teste beboerne på deres stuer men i fællesrum. Ligeledes har det været frustrerende ikke at få testet medarbejdere og borgere på samme tid. Sådan beskriver en social- og sundhedsmedarbejder oplevelsen af testindsatsen for borgere i hjemmeplejen:

Man ringede til borgerens egen læge, som så skulle lave en henvisning til podebilen, som så kørte ud til borgerne. Men der kunne nogle gange gå op til 3 dage, før der reelt blev testet. Vi skulle koordinere i forhold til at kunne lukke folk fra podebilen ind i borgerens hjem.

⁵ 11. november 2021 er antigen-selvtest til rådighed på alle landets plejecentre og i hjemmeplejen. Regeringen, KL og Danske Regioner har indgået en ny aftale, så medarbejdere på plejecentre og i hjemmeplejen får nemmere adgang til test.

–FORTROLIG–

(...) Det havde været meget nemmere, hvis vi bare lige selv har kunnet klare testningen af borgerne og os selv. (Social- og sundhedsmedarbejdere, case 5)

Case 6 eksemplificerer oplevelsen, som er beskrevet i citatet herover. De oplevede store udfordringer med ventetiden fra det regionale podeteam, da plejecenteret blev ramt af et udbrud i sommeren 2021. De fortæller, at det regionale podeteam ikke ville teste mellem 1. og 7. dagen, at de ikke ville teste nærkontakter, samt at de først kunne komme inden for 3 dage, selvom aftalen på det tidspunkt lød på 24 timer ifølge de interviewede. Derfor fik plejecenteret det kommunale podeteam til at teste borgerne inden for 24 timer.

Disse erfaringer er baggrund for et bredt ønske om at lægge testindsatsen ud til kommunerne. Selvom det kræver medarbejderressourcer at teste borgerne selv, så giver det hurtigere svar og større fleksibilitet:

Jeg tænker, at de synes, at det er en opgave, som kræver ressourcer, men det giver også en større grad af frihed til selv at kunne bestemme. På demensafsnittet, hvor beboerne er kognitivt svækkede og ikke i samme grad kan samarbejde, der har det været en fordel, at det var fast personale, der kunne klare det. Nogle har sagt, at "hvis vi ikke selv må gøre det, så bliver de ikke testet". Man kan ikke bare komme som vilkårlig fremmed ind til en person, som er dement og begynde at pøde – det er ikke sådan, det virker. (Forvaltningsmedarbejder)

En yderligere fordel er, ligesom citatet viser, at det bidrager til tryghed for borgerne, som kan blive testet af nogle de kender 'bag maskerne'.

7.5 Opsamling



De interviewede ledere og medarbejdere tillægger testindsatsen afgørende betydning for deres evne til at forebygge og håndtere smitte. Men erfaringerne er, at testindsatsen i ældreplejen er kommet for sent i gang. Manglende adgang til test har især udgjort en udfordring for de enheder, der blev ramt af smitte i epidemiens første faser. Interviewene beretter om stor tilslutning til de to ugentlige PCR-test og negative oplevelser med indførelsen af kviktest. Derfor er vurderingen også bredt set, at testindsatsen for medarbejderne bør være frivillig, men nogle deltagere ønsker at stille det som krav til medarbejderne, fx via kviktest inden vagtstart. Testindsatsen for borgerne har indebå-

–FORTROLIG–

ret et tæt samarbejde og ansvarsdeling med regionerne, men der er flere oplevelser med ventetid og dermed unødigt isolation af borgerne samt smittespredning. På den baggrund udtrykker interviewene bredt set ønske om øget decentralt ansvar, hvor kommunerne også kan varetage testindsatsen for borgerne.

8 Vaccination

Vaccination betragtes som et af de vigtigste våben i kampen mod covid-19 og for oplevelsen af tryghed i mødet mellem borger og medarbejder i ældreplejen. Men vaccinationsudrulningen på området har været en kompleks planlægningsopgave med korte og usikre tidsperspektiver i et samspil mellem mange aktører i sundhedsvæsenet. Dette kapitel beskriver organiseringen af vaccinationsindsatsen for borgere og medarbejdere på henholdsvis plejecentre og i hjemmeplejen, samt hvilke muligheder og udfordringer der knytter sig hertil. Kapitlet diskuterer videre spørgsmål om tilslutning, frivillighed og prioriteringer i vaccinationsindsatsen.

8.1 Vaccination af beboere på plejecentre

Erfaringerne med vaccinationsindsatsen for beboerne på plejecentre er overvejende gode, og mange beskriver første stik som en *"festdag"*. Den generelle oplevelse er, at der har været et godt samarbejde mellem region, kommune og almen praksis, men også at der er sket væsentlige forbedringer fra første til andet og tredje stik. Det var en stor og ressourcetung opgave at planlægge og organisere vaccinationsdagene for kommunerne. En af forvaltningslederne bemærker, at opgaven ikke blev mindre kompleks af dens sensationelle karakter, som førte til en del *"hemmelighedskræmmeri"* om, hvornår vaccinationen ville påbegynde og dermed korte tidsfrister.

Vaccinationsindsatsen i vinteren 2020/2021 (første stik) for beboere på plejecentre krævede koordination mellem flere aktører og kommunernes forvaltninger. Regionerne havde ansvar for vaccinerne, herunder opbevaring, levering og klargøring; alment praktiserende læger (eller centerlæger) foretog selve vaccinationen, og plejecentrene havde ansvar for at koordinere med de praktiserende læger, praktiske opgaver omkring beboerne samt indretning af plejecentrene med vaccinationsrum, observationsrum, forberedelsesrum etc. På flere plejecentre blev man nødt til at oprette flere vaccinationsrum eller koordinere det på en måde, så ansatte og beboere fra forskellige zoner ikke kom i nærkontakt med hinanden. Denne opgave blev besværliggjort af, at lederne på plejecentrene fik direkte besked fra regionen 24 timer før vaccinationsdagen, og at der fortsat gjaldt krav om afstand og zoneinddelinger.

Vaccinationerne foregik ved første stik i fællesrum. Dels fordi man mente vaccinerne på det tidspunkt ikke kunne tåle transport, dels på grund af tempoet, hvormed beboerne skulle vaccineres. Flere påpeger, at dette ikke var meningsfuldt, fordi man øgede smitterisikoen ved at samle beboerne i fællesrum,

og fordi beboerne oplevede at stå i kø og vente. Social- og sundhedsmedarbejderen herunder beskriver første stik som "kaos", men oplever også – som øvrige deltagere – at organiseringen af vaccinationsindsatsen er forbedret for hvert stik:

Første stik var rent kaos. Det endte med, at borgerne sad på skødet af hinanden. Det var ikke en rar oplevelse, fordi at der var for mange personer i bygningen på samme tid. Der var ikke sat tid nok af mellem, at husene skulle møde til vaccinationen i bygningen. Anden gang gik det meget bedre. Der var meget bedre styring i forhold til, hvem der skulle møde hvornår, og hvor folk skulle sidde. Tredje gang kom der læger rundt og vaccinerede folk i husene. Det fungerede godt. (Social- og sundhedsmedarbejder, case 6)

Oplevelsen er, at der er sket en positiv udvikling i form af, at koordinationsopgaven er mindre kompleks, fordi regionerne har fået mere ansvar samt at vaccinerne nu kan transporteres, så beboerne kan vaccineres på deres egne stuer.

8.2 Vaccination af borgere i hjemmeplejen

Vaccinationsindsatsen i hjemmeplejen har ifølge interviewene rummet en del mere kompleksitet end på plejecentrene, fordi planlægningsopgaven har været mere logistisk og ressourcemæssigt krævende og involveret flere aktører, herunder kommunernes visitations-/myndighedsafdeling, hjemmeplejeenhederne, regionen, frivillige, almen praksis (der har foretaget hjemmevaccinationer), transportleverandører samt borgere og pårørende.

Vaccination af borgere over 65 år med tilknytning til hjemmeplejen foregik i offentligt tilgængelige midlertidige vaccinationscentre. Den kommunale forvaltning og hjemmepleje havde ansvaret for at vejlede borgere i bestilling af vaccinationstidspunkt, planlægning af transport for borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, gøre borgeren klar på dagen for vaccination, ledsage svage borgere til vaccinationsstedet, samt at registrere vaccinationen i interne sundhedssystemer. Kommunerne har også haft til ansvar at koordinere vaccination i hjemmet til sengeliggende borgere mellem almen praksis og regionen. Kommunerne fik ydermere til opgave at kontakte og hjælpe borgere over 80 år, som ikke modtager hjemmeplejeydelser, og som ikke havde tilmeldt sig vaccination i forhold til, om de ville vaccineres, og om de havde behov for hjælp til at komme til og fra vaccinationsstedet. Det varierer mellem kommunerne, hvor denne kontaktopgave har været placeret. Ifølge inter-

–FORTROLIG–

viewene har det været i visitationsafdelingerne, de decentrale enheder, borgerserviceenheden eller et udvalgt team af hjemsendte medarbejdere, fx i administrative funktioner.

Alle disse opgaver har trukket ressourcer ud af driften i de decentrale enheder. Kommunerne har endvidere måttet anvende medarbejderressourcer på vaccinationsstederne. Der har været behov for at følge borgerne ind, hjælpe med personlig pleje undervejs samt observere borgerne i 15 min. efter vaccinationen. Det varierer, hvilke medarbejdere kommunerne har benyttet til disse opgaver. Det typiske billede er social- og sundhedsmedarbejdere fra hjemmeplejen, frivillige eller hjemsendte medarbejdere fra aktivitetscentre eller administrative funktioner for at undgå at tage ressourcer ud af driften. Interviewpersoner beretter endvidere om store udfordringer med ventetid på transport og ventetid på vaccinationsstederne, som betyder, at borgerne har måttet stå og vente i deres hjem eller ude på vaccinationsstederne. Flere har oplevet borgere ringe til hjemmeplejen, fordi de var bekymrede for, om de ville blive hentet. Ligeledes har det øget ressourcetrækket, fordi social- og sundhedsmedarbejderne i nogle tilfælde har måttet vente på transporten sammen med borgerne.

Den generelle oplevelse blandt ledere og medarbejdere i rapporten er derfor, at vaccinationen af hjemmeplejens borgere ikke er forløbet optimalt og har været en ressourcekrævende opgave oven i de eksisterende driftsopgaver og ressourcepres som følge af epidemien. Dertil har regionen givet besked med kort varsel – typisk få dage, fra kommunen får besked, til vaccinationen finder sted. En forvaltningsdirektør beskriver, at organiseringen af vaccinationsindsatsen og forventningerne til kommunernes ansvar var tænkt for *“firkantet”* og *“teoretisk”* i regionen:

Da vi skulle i gang med borgerne [i hjemmeplejen] synes jeg, at det blev lidt for teoretisk for regionen i starten. (...) Hvis man har en idé om, at borgere på 90+ år selv kan finde ud til et vaccinationscenter, der ligger 50 km væk, så er man ikke i trit med virkeligheden. (...)
Det bar for meget præg af at være en skrivebordmanøvre. (Direktør)

Disse oplevelser er baggrund for et bredt ønske om organisering af vaccinationsindsatsen i mindre 'pop-ups' i borgernes nærområde, fx områder med stor koncentration af ældre borgere og ældreboliger. Derfor oplever flere interviewpersoner også, at der er sket en forbedring i de øvrige vaccinationsrunder, hvor der er større fleksibilitet i planlægningen, fordi borgerne selv kan vælge, hvornår de vil vaccineres. Det betyder også, at medarbejderne i hjemmeplejen kan aftale individuelt med borgeren, hvornår vedkommende har behov for ledsagelse til vaccinationsindsatsen, så hjælpen sker integreret med den øvrige hjælp, borgeren modtager. Dertil er der sket forbedring i form af, at

flere borgere modtager hjemmevacciner og der er færre aktører at koordinere imellem, fordi regionerne har fået større ansvar.

8.3 Fordeling af borgernes restvacciner og manglende adgang

Under vaccinationerne af borgerne i hjemmeplejen og på plejecentre havde kommunerne en vigtig men udfordrende opgave med at observere og anvende overskydende vacciner – *“flydende guld”* – for at sikre sig, at de blev brugt samme dag. Det betød, at nogle medarbejdere på plejecentre og i hjemmeplejen i første omgang blev tilbudt borgernes restvacciner.

Det var jo flydende guld. Man skulle virkelig gøre sig umage for ikke at spille vaccinerne og samtidig sikre, at de kom i de rigtige arme.
(Forvaltningsmedarbejder)

På plejecentrene blev restvacciner i rapportens cases tildelt de medarbejdere, som var til stede på vaccinationsdagen. I nogle tilfælde ved lodtrækning og i andre tilfælde efter en på forhånd udarbejdet prioriteringsliste. På nogle plejecentre benyttede man sig også af ringelister til at tage kontakt til personale, som ikke var på arbejde, men havde tid til at komme forbi i tilfælde af overskydende vacciner. Vaccinationen på plejecentre foregik midt i juleferien, så mange medarbejdere blev ikke vaccineret på dette tidspunkt. En social- og sundhedsmedarbejder kalder det en *“lidt en underlig situation, hvor nogle medarbejdere blev ladet lidt i stikken”*.

Samme tilgang gjorde sig gældende i hjemmeplejen, hvor den ansvarlige i kommune førte overblik over vaccinerne og sørgede for at kontakte medarbejdere til vaccination efter prioriterings-/ventelister for, hvilke medarbejdere der på dagen kunne tilbydes borgernes restvacciner ud fra forskellige principper som tilgængelighed og kronisk sygdom/anden sårbarhed.

De øvrige tidspunkter for vaccination af medarbejderne i hjemmeplejen synes at variere en del på tværs af de deltagende enheder/kommuner, især efter Astra Zeneca blev taget ud af vaccinationsprogrammet. For de fleste gik der flere måneder, inden de blev vaccineret. Selvom der er en gennemgående forståelse for, at der ikke var vacciner til alle, er der også stor utilfredshed at spore. Medarbejderne fortæller, at det har været meget svært at få en tid til vaccination taget i betragtning af, at de er frontpersonale. At være uvaccineret som medarbejder i ældreplejen er forbundet med utryghed for såvel medarbejdere som borgere. Manglende adgang har for nogle betydet, at de er

–FORTROLIG–

vaccineret på samme tid som øvrige dele af befolkningen til trods for deres arbejde med pleje af ældre borgere. Det er kilde til stor frustration og utilfredshed blandt medarbejderne i hjemmeplejen. Det illustrerer denne dialog mellem to social og sundhedsmedarbejdere, der har en oplevelse af at "blive glemt igen".

1: *Vi kom for sent i gang med sundhedspersonale. Vi skulle syltes så længe, og så kunne vi bare få astra zeneca, fordi den kunne ikke bruges til de ældre.*

2: *Det er 2,5 måned siden mit første stik. Det er for sent. Jeg gad ikke astra zeneca, så måtte vente på en tid til en anden vaccine. Jeg burde have været tilbudt en anden hurtigere, da jeg er sundhedspersonale.*

1: *Der skulle være mere fokus på os – vi står derude og er skydeskive. Når der var overskud ude i plejecentrene, så fik vi resterne. Vi skulle have haft alle resterne og ikke bare nogle af dem.*

2: *Vi blev glemt igen...*

(Social- og sundhedsmedarbejdere, case 8)

Grundlæggende set er oplevelsen, at kommunerne heller ikke her er blevet tilstrækkeligt prioriteret, og at den manglende adgang til vaccination har haft betydning for mulighederne for at forebygge smitte i ældreplejen.

8.3.1 Diskussion om prioriteringen af vaccinerne

Som indikeret oven for har interviewene også undersøgt lederes og medarbejderes holdninger til prioriteringen af vaccinerne mellem hjemmepleje og plejecentre. Dårlige oplevelser med manglende adgang til vaccination har formentlig indflydelse på hjemmeplejeenhedernes oplevelser, hvor medarbejderne føler sig nedprioriteret. De argumenterer, dels at også borgerne i hjemmeplejen er lige så sårbare og skrøbelige som beboerne på plejecentre. For eksempel siger en forvaltningsleder:

Jeg vurderer, at medarbejdere i hjemmeplejen er mere udsatte end på plejecentrene, fordi at hjemmeplejen ikke kunne lukke af på samme måde som i hjemmeplejen. Der er lige så mange beboere i eget hjem, som er dårlige, ligesom beboerne er på plejecentrene. Argumentet holder ikke, at det er dårligere beboere på plejecentrene sammenlignet med hjemmeplejen. Vi har mindst lige så mange

–FORTROLIG–

dårlige borgere, som blot har valgt at få hjælp i eget hjem. (Forvaltningsleder)

Dels argumenterer hjemmeplejen, ligesom i citatet herover, at smitterisikoen i hjemmeplejen er høj, fordi medarbejderne går fra hjem til hjem og er i tæt kontakt med mange forskellige borgere. I hjemmeplejen kan man ikke "lukke af" og beskytte borgerne på samme måde som besøgsforbud og -restriktioner giver mulighed for på plejecentrene. Disse forhold forklarer denne social- og sundhedsmedarbejder:

Hvorfor skulle plejehjems personale og beboere have før os? Vi er rundt i mange flere hjem. Det ville være bedre at starte i hjemmeplejen. [Borgerne] måtte også få besøg i eget hjem i hjemmeplejen. [Det er] skørt at starte på plejecentre, som i forvejen var lukkede bobler. (Social- og sundhedsmedarbejdere, case 8)

Perspektiverne er dog ikke entydige, idet nogle deltagere fra hjemmeplejen finder, at prioriteringen af plejecentre over hjemmepleje var rigtig. Plejecentrene argumenterer for, at smitterisikoen omvendt er større her, da beboere og medarbejdere er tæt samlet et sted med fælles berøringsflader og aktiviteter. Derimod er hjemmeplejens borgere typisk mere alene i eget hjem, og medarbejderne har naturlige smitteafbrydelser i deres arbejde, når de kører imellem hjemmene. Det fordrer ifølge en hygiejnesygeplejerske mere naturlig anvendelse af værnemidler og håndhygiejne sammenlignet med på plejecentre.

Enkelte nævner også, at de oplever prioriteringen i vaccinationsindsatsen som mere politisk end praktisk. At beslutningstagere hellere ville "undgå kritik end tage de bedst mulige beslutninger", som en social- og sundhedsmedarbejder formulerer ønsket om, at frontpersonalet var blevet prioriteret før borgerne. "Der er prioriteringen lidt svær at forstå", udtaler en plejecenterleder ligeledes. Oplevelsen knytter an til en diskussion om, hvorvidt man bør prioritere medarbejdere før borgere på grund af den mangel på medarbejderressourcer i driften, epidemien har medført, og på grund af at medarbejderne udgør en central smitterisiko (jf. også kapitel 2 og 4 samt delrapport 2, der ved analyse af test og smitte finder, at ansatte er den primære kilde til smitteudbrud).

8.3.2 Tilslutning og spørgsmålet om frivillighed

Som med diskussionen om frivillighed i testindsatsen er den gængse holdning omkring vaccination ligeledes, at denne bør være frivillig. En direktør bemærker, at man hellere skal "motivere end tvinge", og oplevelsen er da også en høj andel motiverede medarbejdere, der ønsker at beskytte både borgere og sig

selv. Motivationen var høj, da vaccinationsindsatsen rullede ud i julen 2020/2021, men flere bemærker en dalende motivation i takt med manglende adgang. Den manglende adgang til vaccinationsindsatsen har ifølge ledere også haft betydning for tilslutning. De fortæller, at man ikke kunne *”udnytte momentum”* og derfor har haft problemer med en del uvaccinerede medarbejdere, som også er dem, der har båret smitten ind i foråret 2021. Det ville have været en fordel at opnå immunitet for medarbejdere og borgere på samme tid, tilføjer en plejecenterleder. Flere ledere peger på, at en mere struktureret tilgang til vaccinationsindsatsen for medarbejdere havde medført flere vaccinerede, for *”jo længere tid, der går, jo mere sløset begynder folk at blive”*. På trods af erfaringerne med en forsinket og begrænset vaccinationsindsats for medarbejdere vurderer deltagerne gennemgående, at der har været en stor tilslutning til vaccination med få ikke-vaccinerede på de enkelte enheder.

8.4 Opsamling



På tværs af kommuner (og tre regioner) fremstår vaccinationsindsatsen som en opgave, der har krævet mange ressourcer kommunalt og decentralt. Oplevelsen er, at der fra første til efterfølgende stik er sket væsentlige forbedringer i vaccinationsindsatsen for borgere på plejecentre og i hjemmeplejen. Opgaven er blevet mindre kompleks, mindre ressourcetung og mere fleksibel, fordi vaccinerne er kommet tættere på borgerne. Vaccinationsindsatsen for medarbejderne er forbundet med større utilfredshed særligt i hjemmeplejen, som føler sig nedprioriteret (delrapport 3 om de nationale aktørers perspektiver peger i den sammenhæng også på, at vaccinerne gør en stor forskel for epidemihåndteringen, men at vaccinationen af personalet forsinkes). Medarbejderne i ældreplejen blev i første omgang tilbudt borgernes restvacciner efter kommunale prioriteringer, og flere er blevet vaccineret sent og ikke som frontpersonale i sundhedsvæsenet. Den manglende adgang til vaccination er et problem for smitten i ældreplejen, for de tilgængelige medarbejderressourcer og har ifølge ledere også påvirket tilslutningsgraden.

9 Konklusion

Formålet med denne rapport er at belyse de decentrale beretninger om covid-19-udbrud og -dødsfald på plejecentre og i hjemmeplejen med fokus på, hvad vi kan lære af erfaringerne med at forebygge og håndtere smitte. Det er belyst via et kvalitativt komparativt casestudie med otte case-enheder: fire hjemmeplejeenheder og fire plejecentre fordelt på fem kommuner. Casestudiet har anvendt kvalitative interview med ledere og medarbejdere i hver enkelt enhed og i kommunernes forvaltninger.

Rapportens otte cases på smittetilfælde peger på forskelle og ligheder i, hvordan og hvorfor smitten kommer ind på enhederne og får lov/ikke lov til at sprede sig på forskellige tidspunkter i epidemien. I de otte cases er medarbejdere den primære smittetilfælde efterfulgt af borgere, der er smittet (og ikke screenet) under hospitalsindlæggelse, samt pårørende i et enkelt tilfælde. Beretningerne peger primært på manglende anvendelse af værnemidler som årsag til, at smitten spreder sig – enten fordi der ikke er krav om anvendelse af værnemidler på smittetidspunktet, eller fordi de ikke er anvendt af hensyn til borgeren. Beretningerne angiver også mangelfuld isolation, mangelfuld hygiejneindsats og forsinket eller manglende adgang til test. Case-analysen finder derfor variation mellem enhederne i forhold til tid og ikke øvrige variable som størrelse, geografi eller institutionelt tilhørsforhold (privat/kommunal leverandør). Tid fremstår afgørende, fordi det har betydning for, hvorvidt der er adgang til relevante værktøjer (fx test og værnemidler), hvorvidt der er klare og forståelige nationale retningslinjer at følge, og hvorvidt der er opbygget et beredskab og rutiner kommunalt og decentralt, som har betydning for, hvor effektivt smitten bliver opsporet og inddæmnet.

Rapportens tematiske analyse finder konsistens i interviewpersonernes overordnede erfaringer og læring fra epidemien. Analysen kan på den baggrund ikke pege på tydelige forskelle i oplevelserne fra de forskellige typer af cases (på høj/lav smitte) og kommuner (med højt/lavt smittetryk).

Det er gennemgående på tværs af kommuner og cases, at interviewpersonerne vurderer de anvendte tiltag og værktøjer meningsfulde, relevante og afgørende for hjemmeplejens og plejecentrenes evne til at forebygge og håndtere smitte. Det gælder værnemidler, testindsats, vaccinationsindsats, skærpede hygiejnekrav samt isolation og besøgsrestriktioner.

Det er imidlertid også gennemgående, at interviewpersonerne generelt oplever manglende adgang til disse tiltag og manglende prioritering af ældreplejen i forhold til den øvrige del af sundhedsvæsenet. Der har været sen adgang til

–FORTROLIG–

værnemidler, testindsats og vaccination (primært for medarbejderne i hjemmeplejen). Oplevelsen er, at det ikke har understøttet en effektiv epidemi-håndtering i hjemmeplejen og på plejecentre.

Ønsket er på den baggrund, at ældreplejen fremadrettet prioriteres på lige fod med hospitalssektoren (delrapport 3 om de nationale aktørers perspektiver fremhæver også som læring, at ældreplejen bør prioriteres – det skal dog bemærkes i den forbindelse, at Danmark generelt set har klaret sig godt igennem epidemien sammenlignet med andre lande, jf. delrapport 1). Konkret er der endvidere ønske om en organisering, der sikrer alle kommuner nem og lige adgang til værnemidler, fordi den manglende prioritering af værnemidler til ældreplejen har udgjort den største udfordring i epidemiens første fase.

Erfaringerne peger på, at de nationale myndigheders retningslinjer har dannet grundlaget for kommunernes epidemihåndtering og således har haft stor betydning. Derfor har det også haft stor påvirkning på evnerne til at forebygge og håndtere smitte, at retningslinjerne har været svære at anvende. Det var særligt i epidemiens første fase, hvor retningslinjerne ikke var målrettet ældreplejen og derfor krævede oversættelse til sektoren og dernæst til kommunale og lokale forhold, samtidig med at retningslinjerne skiftede med stor hyppighed (dagligt og ugentligt), og der blev givet (generelt) korte tidsfrister fra udmelding til ikrafttræden. Et eksempel på en retningslinje, interviewpersonerne oplever ofte skiftede, er vurdering af nærkontakt. Opgaven med at oversætte, fortolke og implementere retningslinjerne fra forvaltningsniveau til den enkelte medarbejder (og vikar) i ældreplejen har været kompleks, samtidig med at adgangen til vejledning ikke opleves optimal blandt alle interviewpersoner. Endvidere er der trods de overordnede positive perspektiver på de anvendte tiltag også eksempler på retningslinjer, interviewpersonerne oplever har begrænset relevans, eller hvor implementeringen og efterlevelsen i praksis har været for udfordrende. I nogle tilfælde har udfordringerne ført til både over- og underimplementering. Et eksempel på overimplementering er ligeledes vurdering af nærkontakt, som enhederne gennemgående har haft en *“overforsigtig”* tilgang til. Et eksempel på underimplementering er afstandskrav og undtagelser i forbindelse med isolation på plejecentre.

På den baggrund efterspørger interviewpersonerne, at retningslinjer fremadrettet målrettes virkeligheden og medarbejderne i ældreplejen, at de er klare og korte, samt at der er overensstemmelse og koordination mellem myndigheders og interesseorganisationers udmeldinger og mellem de politiske udmeldinger til befolkningen og tidsfristerne for implementering af retningslinjer. Dette med henblik på at reducere kompleksitet i oversættelses- og implementeringsopgaven. Der er også gennemgående ønske om ikke igen at anvende besøgsforbud som forebyggende tiltag, så længe øvrige tiltag som test og værnemidler er til rådighed, grundet de konsekvenser, det har haft for borgere, pårørende og medarbejdere.

–FORTROLIG–

Håndteringen af covid-19 har generelt været ressourcetung. Det gælder håndteringen af retningslinjer som fraværet af medarbejdere ved sygdom og mistanke om smitte. Ikke mindst gælder det vaccinationsindsatsen for borgerne, som er sket i koordination med almen praksis og regionerne. Der er læringen, at vaccinationsindsatsen bedst foregår tæt på borgerne og mere fleksibelt, hvilket udviklingen fra første til tredje stik også afspejler. Det samme gælder testindsatsen. Interviewene beretter om udfordringer med adgang til test af medarbejdere i starten, hvilket har stor betydning for tilgængeligheden af medarbejderressourcer, og med ventetid på regionens test af borgere igennem epidemien, hvilket har betydning for at kunne opspore og inddæmme smitte. Der er på den baggrund ønske om mere decentralt ansvar for testindsatsen for borgerne. I forhold til testindsatsen er en yderligere pointe i interviewene, at perioden med kviktest ikke har fungeret og blev oplevet overflødig, mens nogle peger på, at en kombination af kviktest og PCR-test vil være optimalt for at opnå fordelene ved begge testtyper.

3 ud af 5 af deltagerkommunerne har styrket deres hygiejneorganisation ved at ansætte hygiejnesygeplejersker som følge af udfordringerne med at fortolke retningslinjerne og med at implementere dem i praksis, sådan at medarbejderne kan efterleve dem. Erfaringen er, at det kræver indblik i ældreplejen og specialistviden inden for hygiejne for at kunne rådgive såvel forvaltningsledelsen som de decentrale enheder, og erfaringen er altså, at kommunerne ikke har været tilstrækkeligt rustede på det punkt inden covid-19. Derfor oplever de også, at det eksisterende epidemi- og hygiejneberedskab ikke var tilstrækkeligt ved epidemiens udbrud, men først skulle opbygges undervejs. Til gengæld fortæller interviewpersonerne gennemgående, at de er bedre rustede i dag til at håndtere lignende sundhedskriser. Det gælder både på forvaltningsniveauet og på det decentrale niveau.

På det decentrale niveau er erfaringen, at håndteringen af covid-19 langt hen ad vejen har medført kompetenceudvikling inden for hygiejne for medarbejdere, hvoraf størstedelen har relativt korte uddannelser eller er ufaglærte, og samtidig har de længste besøg med den tætteste kontakt til borgeren, når de udfører pleje- og omsorgsopgaver. Arbejdet i ældreplejen – faciliteterne i borgerens hjem og selve opgaverne – udgør en væsentlig betingelse for deres evne til at forebygge og håndtere smitte. Dét – og det at personalet er den primære smittekilde – understreger behovet for fremadrettet at prioritere ældreplejen, fx hvad angår værnemidler, test og vaccination.

Læringen på det decentrale niveau er, at der er behov for fysisk tilstedeværelse af ledere eller nøglepersoner for at sikre tilstrækkelig adgang til støtte, og der er brug for praksisnær undervisning og vejledning i de konkrete situationer, medarbejderne står i, fx ude i borgernes hjem.

Litteratur

1. Sundhedsudvalget. 2. udkast til beretning om undersøgelse af baggrunden for covid-19-udbrud samt covid-19-dødsfald på plejehjem og i hjemmeplejen i Danmark 2020-2021. København: Folketinget; 2021.
2. Yin RK, ed. Case study research: Design and methods. 5th ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2014.
3. Pratt MG. Fitting oval pegs into round holes: Tensions in evaluating qualitative research in top-tier North American journal. *Organizational Research Methods*. 2008;11(3):481-509.

Bilag 1 Deltagere

Bilagstabel 1.1 Deltagere i rapportens otte case-enheder og fem kommuner

Cases	Decentrale medarbejdere	Decentrale ledere	Ledere på forvaltningsniveau	Medarbejdere på forvaltningsniveau
Case 2	2 social- og sundhedsmedarbejdere	Leder af plejecenter	Direktør for ældreområdet Leder af sygeplejen (og hygiejneansvarlig)	
Case 6	2 sygeplejersker 3 social- og sundhedsmedarbejdere	Leder af plejecenter 2 teamledere	Direktør for sundheds- og ældreområdet Chef for udeområdet Chef for indeområdet Leder af kvalitetsafdeling	Hygiejnesygeplejerske
Case 8	2 sygeplejersker 2 social- og sundhedsmedarbejdere	2 ledere i hjemmepleje	Direktør for sundheds- og ældreområdet Leder af sygeplejen	
Case 3	2 sygeplejersker 3 social- og sundhedsmedarbejdere	Leder i hjemmepleje		
Case 4	3 social- og sundhedsmedarbejdere Sygeplejerske	2 teamledere	Sundheds og ældrechef	2 hygiejneansvarlige
Case 7	2 sygeplejersker 3 social- og sundhedsmedarbejdere	Leder af hjemmeplejeenhed Leder af sygeplejen		
Case 1	2 sygeplejersker 3 social- og sundhedsmedarbejdere	Leder af plejecenter 2 teamledere	-	Ansvarlig for testindsats Ansvarlig for vaccinationsindsats
Case 5	3 social- og sundhedsmedarbejdere	Direktør HR chef		3 hygiejneansvarlige
I alt	33 medarbejdere	16 ledere	9 ledere	8 medarbejdere

Bilag 2 Interviewguides

Bilagstabel 2.1 Interviewguide til medarbejdere på decentralt niveau

Tema	Spørgsmål
Introduktion	<p>Introducere interviewer</p> <p>Formål med projektet: hvordan har det været, hvad har I gjort</p> <p>Anonymitet</p> <p>Optagelse – brug af data</p> <p>Introducere deltagere</p>
Tiltag	<p>Hvordan har det været at arbejde under epidemien? Noget, der har været særligt svært; noget, der har været særligt godt?</p> <p>Hvad vurderer I som de vigtigste tiltag for at forhindre smitte?</p> <p>Er der noget, I synes har været overflødigt, eller som ikke har virket efter hensigten?</p> <p>Og omvendt noget I tænker har virket særligt godt?</p> <p>Hvilken hjælp og støtte har I fået undervejs?</p> <p>Af kolleger/ledere?</p> <p>Hygiejneorganisation?</p> <p>Praktiserende læger?</p> <p>Andre?</p>
Adgangen til	<p>Værnemidler</p> <p>Test – hvornår begyndte I på det?</p> <p>Vaccination – hvornår blev I tilbudt det, og sagde I ja?</p> <p>Hvordan har det fungeret?</p>
Ved udbrud	<p>Hvem blev smittet og fra hvem? Hvordan blev smitten opdaget? Ved I, hvordan smitten bredte sig?</p> <p>Hvad gjorde I? Hvad virkede særligt godt? Var der noget, der ikke virkede, eller oplevede I nogle udfordringer?</p> <p>Kunne der være gjort noget for at undgå smittetilfældet eller spredning?</p>
Adfærd og etiske overvejelser	<p>Har I snakket om, hvordan I skulle agere i jeres fritid?</p> <p>Hvilke konsekvenser har [de nævnte] tiltag haft for jer?</p> <p>Hvilke konsekvenser har [de nævnte] tiltag haft for borgerne?</p> <p>Er der til tider blevet gjort undtagelse fra at følge nogle tiltag? Hvorfor? I hvilke situationer har dette typisk været?</p> <p>Vurderer du, at de [nævnte] tiltag står mål med de konsekvenser, det har haft for jer og borgere? (Trivsel, frihed, velvære versus sygdom, død)</p>
Før vs. efter covid-19	<p>Hvordan vurderer I, at I står stillet i forhold til at skulle håndtere en ny epidemi som covid-19?</p> <p>Hvad har I brug for for at kunne håndtere en ny epidemi som covid-19?</p>
Afrunding	<p>Andet vi ikke har været omkring?</p> <p>Tak for din tid</p>

Bilagstabel 2.2 Interviewguide til ledere på decentralt niveau

Tema	Spørgsmål
Introduktion	Introducere interviewer Formål med projektet: hvordan har det været, hvad har det gjort? Anonymitet Optagelse – brug af data Introducere deltagere
Første bølge	Vil I starte med at fortælle om jeres erfaringer med covid-19 fra første bølge? Hvad har I gjort på plejecenteret for at forhindre smitte?
Anden bølge	Er der nogle steder, hvor I synes, der er blevet gjort for meget, nogle tiltag, der fx har været overflødige eller ikke har virket efter hensigten?
Nu	Er der omvendt nogle steder, hvor I synes, der er blevet gjort for lidt, noget som fx ikke er blevet implementeret eller efterlevet godt nok? Hvad tænker I om adgangen til: Værnemidler? Tests? Vacciner? Hvilken hjælp har I fået i forhold til at fortolke retningslinjerne? Hvordan er samarbejdet med kommunen foregået? Noget I har manglet?
Ved udbrud	Hvad har I gjort ved mistanke om smitte? Hvordan er det foregået? Hvad har været jeres rolle under de smittetilfælde, der har været? Hvad vurderer I har været skyld i smittetilfældet? Hvad vurderer I har virket bedst i forhold til at forhindre smittespredning? Har der været nogen indsats for at opspore smittekæder? Hvordan har jeres samarbejde med fx læger eller forvaltningen været ved smittetilfælde?
Adfærd og etiske overvejelser	Har I haft snakket om, hvordan medarbejderne skulle agere i deres fritid? Hvilke konsekvenser har [de nævnte] tiltag haft for medarbejderne? Hvilke konsekvenser har [de nævnte] tiltag haft for borgerne? Er der til tider blevet gjort undtagelse fra at følge nogle tiltag? I hvilke situationer har dette typisk været? Hvorfor er der blevet gjort undtagelse? Vurderer du, at de [nævnte] tiltag står mål med de konsekvenser, det har haft for medarbejdere og borgere? (Trivsel, frihed, velvære versus sygdom, død)
"Næste gang"	Hvad kan I selv fremover? Hvad har I brug for af hjælp og støtte og redskaber?
Afrunding	Andet vi ikke har været omkring? Relevante dokumenter? Tak for din tid

Bilagstabel 2.3 Interviewguide til forvaltningsniveauet

Tema	Spørgsmål
Introduktion	Formål med undersøgelsen Anonymitet Optagelse – brug af data Introducere deltagere
Hvordan de arbejder med at undgå smitte	Oplevede I, at I var tilstrækkeligt forberedte på epidemien? Hvordan har I brugt tiltag til at håndtere covid-19? Er der nogle, I slet ikke har brugt, eller nogle I har brugt i mindre grad? Hvorfor? Herunder hvordan de forholder sig i tilfælde med mistanke om smitte og ved konstateret smitte Hvad vurderer du har været det mest centrale middel til at forhindre smitteudbrud? I hvor høj grad havde I et overblik over smittetrykket i de enkelte hjemmeplejeenheder og plejecentre? Hvordan? Hvad er jeres vurdering af adgang til test for medarbejderne? Hvad er jeres vurdering af adgang til vacciner for borgere og medarbejderne? Har I haft indflydelse på prioriteringen af tests og vacciner til medarbejdere?
Det nationale niveau	Hvilke erfaringer har I med Sundhedsstyrelsens retningslinjer? Hvordan har I fået information om retningslinjerne? Hvilken hjælp har I fået i forhold til at fortolke retningslinjerne? Hvordan har retningslinjerne hjulpet jer i jeres håndtering af epidemien? Hvilke udfordringer har der været i forhold til (at implementere og overholde) retningslinjerne? Oplevede du at få informationer om retningslinjer fra andre myndigheder end Sundhedsstyrelsen? Var disse i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsen? Hvis ikke, hvilke valgte du så at følge?
Det decentrale niveau	Hvordan har I understøttet de decentrale enheder? Hvordan er det konkret foregået? Er der noget, I kunne have gjort mere/mindre af? Noget, I ville gøre anderledes til en anden gang?
Det regionale niveau	Hvordan har samarbejdet været med regionen? Og lægerne? Har det haft nogen betydning for jeres evne til at begrænse smitte?
Ved udbrud	Hvad har været de vigtigste smitekilder? Hvordan har smitten bredt sig? Hvad har I gjort for at forhindre spredning af smitte? Hvad vurderer du har været det mest centrale middel til at forhindre smittespredning ved udbrud? Hvordan vurderer I, at de tiltag har virket? Vurderer du, at der er nogle særlige forhold på de enkelte plejecentre/hjemmeplejeenheder, der har haft betydning for smitteudbrud? Hvilke?
Hvad skal vi/de gøre "næste gang"	Hvad er forskellen før covid-19 og til i dag i forhold til epidemiberedskab og hygiejneorganisation? Hvad kan I selv? Hvor har I brug for hjælp og støtte?
Afrunding	Andet vi ikke har været omkring? Relevante dokumenter? Tak for din tid

Bilag 3 Kodetemaer

Kodetemaer	Undertemaer
Implementering og efterlevelse af retningslinjer	Fremgangsmåde ved symptomer Formidling Fysiske rammer Adgang til hjælp og støtte – nationalt Adgang til hjælp og støtte – kommunalt Adgang til hjælp og støtte – decentralt Adgang til hjælp og støtte – regionalt Kompetencer/faglighed Borgerne som barriere Udfordringer i praksis Rammer: hjemmepleje vs plejecenter Undtagelser og lokal fortolkning
Organisering og ressourcer	Betydningen af vikarer Planlægning og vagtdækning Zoneinddeling/kontinuitet Begrænsning i serviceniveau
Test	Organisering Tilslutning Test af borgere Samarbejde med regionen/kommunen
Vaccination	Organisering plejecenter Organisering hjemmepleje Medarbejdere (prioritering, forsinket, tilslutning)
Diskussioner	Konsekvenser for medarbejdere Medarbejderes adfærd i fritiden Økonomi Prioritering af sygehuse over kommuner Prioritering af plejecentre i forhold til vaccination Prioritering af borgere over medarbejdere i forhold til vaccination Lyn- vs PCR-test Frihed vs smitte (borger) Tvang vs frivilligt (test/vaccination) Test af borgere
Hvad kan vi lære af det?	Effektive tiltag Skiftende retningslinjer Koordinere udmeldinger på pressemøde med retningslinjer Prioritering af det kommunale sundhedsvæsen Hygiejneorganisation Hygiejnenøglepersoner Lokale test Lokale vaccinationer Ensomhed (indsatser) Hvorfra kom smitten Betydningen af lokale forhold/smittetryk

–FORTROLIG–

VIVE