



Mari Huupponen

An der Corona-Front

Die Erfahrungen der Altenpflegekräfte in Schweden

EUROPA

Kommunal.

arenaidé

**FRIEDRICH
EBERT
STIFTUNG**

EUROPA

Europa braucht Soziale Demokratie!

In welchem Europa wollen wir leben? Wie können wir unsere europäischen Träume von Freiheit, Frieden und Demokratie auch gegen innere und äußere Widerstände verwirklichen? Wie können wir die Soziale Demokratie stark in Europa positionieren? Diesen Fragen widmet sich die Friedrich-Ebert-Stiftung in ihrer Reihe »Politik für Europa«. Wir zeigen, dass die europäische Integration demokratisch, wirtschaftlich sozial und außenpolitisch zuverlässig gestaltet werden kann und muss!

Folgende Themenbereiche stehen dabei im Mittelpunkt:

- Demokratisches Europa
- Sozial-ökologische Transformation
- Zukunft der Arbeit
- Frieden und Sicherheit

In Veröffentlichungen und Veranstaltungen greifen wir diese Themen auf. Wir geben Impulse und beraten Entscheidungsträger_innen aus Politik und Gewerkschaften. Wir treiben die Debatte zur Zukunft Europas voran und legen konkrete Vorschläge zur Gestaltung der zentralen Politikfelder vor. Wir wollen diese Debatte mit Ihnen führen in unserer Reihe »Politik für Europa«!

Über diese Publikation

Die Altenpflege in Schweden war schon vor der Covid-19-Pandemie ein Problem. Der Sektor ist finanziell und personell unterversorgt, und die schwedische Bevölkerung altert. Es gibt einen Mangel ausgebildeter Altenpflegekräfte. Die Pandemieplanung war mangelhaft. Obwohl im Zuge der Pandemie einige Verbesserungen eingeführt wurden, benötigen Kommunen und Regionen zusätzliche Steuergelder, um den wachsenden Pflegeaufwand zu finanzieren und das Arbeitsumfeld zu verbessern. Der Bereich Altenpflege muss politisch in den Vordergrund gerückt und die Standards müssen verbessert werden. In diesem Bericht wird beschrieben, wie die erste Welle der Pandemie die schwedische Altenpflege getroffen hat.

Über die Autorin

Mari Huupponen ist Pflegeexpertin und arbeitet bei der schwedischen kommunalen Arbeitergewerkschaft (Kommunal). Mari hat einen Masterabschluss im Bereich öffentliches Gesundheitswesen und medizinisches Management sowie einen B.Soc.Sc. in Politikwissenschaften. Kommunal ist Schwedens größte Gewerkschaft im öffentlichen Dienst mit mehr als 500.000 Mitgliedern.

Partnerorganisationen

Arena Idé (www.arenaide.se) ist ein in Stockholm ansässiger unabhängiger progressiver Thinktank, finanziert von der schwedischen Gewerkschaftsbewegung.

Kommunal (www.kommunal.se) ist die größte Gewerkschaft des öffentlichen Sektors in Schweden mit mehr als 500.000 Mitgliedern.

Verantwortlich für diese Publikation innerhalb der FES

Dr. Philipp Fink, Direktor des FES-Büros für die Nordischen Länder
Josefin Fürst, Fachreferentin des FES-Büros für die Nordischen Länder

AUFBAU DES ALTENPFLEGESYSTEMS

Die 290 schwedischen Kommunen sind für die Altenpflege sowie für bestimmte medizinische Leistungen zuständig. Für alle anderen Aufgaben der Gesundheitsversorgung sind die 21 Provinzen verantwortlich. Die Kommunen können die Altenpflege (durch öffentliche Auftragsvergabe) an private kommerzielle oder gemeinnützige Unternehmen vergeben, eigene Altenpflegeheime und häusliche Altenpflegeeinheiten betreiben oder Wahlmodelle (genannt »lagen om valfrihetssystem« – LOV) etablieren, bei denen private und öffentliche Altenpflegeanbieter_innen miteinander konkurrieren. Die Gemeinde trägt immer die Hauptverantwortung für Bereiche wie die Finanzierung und Zuweisung von häuslicher Altenpflege und Plätzen in Altenpflegeheimen. Jede Gemeinde legt ihre eigenen Tarife für die Altenpflege fest. Die Kosten hängen von Faktoren wie dem Grad oder der Art der geleisteten Hilfe und dem Einkommen des Empfängers oder der Empfängerin ab. Die von den Empfänger_innen selbst bezahlten Pflegekosten werden bezuschusst und basieren auf festgelegten Tarifen. Der Höchstsatz für häusliche Betreuung, Tagesaktivitäten und bestimmte andere Altenpflegeleistungen lag im Jahr 2020 bei 2.125 Schwedischen Kronen (209 Euro) pro Monat. Der überwiegende Teil der Altenpflege wird durch kommunale Steuern und staatliche Zuschüsse finanziert. Im Jahr 2017 betragen die Gesamtkosten für die Altenpflege in Schweden 121,7 Milliarden Schwedische Kronen (11,6 Milliarden Euro). In den vergangenen Jahren haben Medienberichte Missstände bei mehreren privaten Altenpflegeunternehmen aufgedeckt (z. B. der Carema-Skandal von 2011–2012). Den Unternehmen wurde vorgeworfen, den Gewinn über den Standard der Pflege zu stellen.

Seit den 1990er Jahren wird ein zunehmender Anteil der Altenpflege von privaten, gewinnorientierten Unternehmen bereitgestellt. Der Grad der Privatisierung ist von Gemeinde zu Gemeinde unterschiedlich. In Schweden wird ungefähr ein Viertel (23 Prozent) der Stunden in der häuslichen Altenpflege von einer privaten Pflegefirma geleistet. Ein Fünftel der Älteren in der Langzeitpflege leben in einem privaten Altenpflegeheim (19 Prozent) (The National Board of Health and Welfare 2019).

PFLEGE BEDÜRFTIGE UND ALTENPFLEGEKRÄFTE

Im Durchschnitt lebt ein_e Altenheimbewohner_in 22 Monate in einem Pflegeheim, und 20 Prozent sterben innerhalb von sechs Monaten nach dem Einzug (Szebehely 2020a). Für das Verständnis der sich aus der Pandemie ergebenden Auswirkungen auf das schwedische Altenpflegesystem ist dies ein wichtiger Bezugspunkt: Altenpflegeheimbewohner_innen sind gebrechlich. Vier Prozent der zwei Millionen über 65-Jährigen in Schweden (82.217 Personen) leben in Altenpflegeheimen. Von den Menschen über 80 Jahren erhalten 22 Prozent häusliche Altenpflege und 11,9 Prozent leben in einem Altenpflegeheim (The National Board of Health and Welfare 2019). Die Versorgung in Altenpflegeheimen ist rückläufig. Der Anteil der über

80-Jährigen an der Bevölkerung ist von 20 Prozent im Jahr 2000 auf zwölf Prozent im Jahr 2019 gesunken. Folglich sind die Bewohner_innen von Altenpflegeheimen heute tendenziell älter und gebrechlicher. Das Durchschnittsalter bei einem Einzug in ein Altenpflegeheim liegt bei 86 Jahren. 78 Prozent der Bewohner_innen sind 80 Jahre oder älter, und mindestens 70 Prozent leiden an einer Demenzerkrankung.

Es gibt ca. 200.000 Pflegekräfte (Pfleger_innen mit Berufsausbildung und Pflegehelfer_innen)¹ und 17.000 staatlich geprüfte Krankenschwestern mit Hochschulabschluss (sjuksköterska) in der sozialen (inkl. Alten-)Pflege; ca. 60 Prozent arbeiten in Altenpflegeheimen. Etwa 25 Prozent der Langzeitpflegekräfte (in Pflegeheimen und in der häuslichen Pflege) sind stundenweise beschäftigt. Bei fast vier von zehn Altenpflegekräften fehlt die Berufsausbildung. Im Durchschnitt kommen in einem Altenpflegeheim drei Altenpflegekräfte und 0,4 staatlich geprüfte Krankenschwestern mit Hochschulabschluss auf zehn Bewohner_innen (Stranz/Szebehely 2018). Die Studien von Marta Szebehely, die das Arbeitsumfeld von Altenpflegekräften in Schweden und anderen skandinavischen Ländern vergleichen, zeigen, dass es in der schwedischen Altenpflege weniger Vorgesetzte gibt und die Vorgesetzten seltener Kontakt zu den Mitarbeiter_innen haben. Schweden beschäftigt auch weniger staatlich geprüfte Krankenschwestern als Norwegen. Schwedische Altenpflegekräfte mit Berufsausbildung haben unterschiedliche Ausbildungsniveaus (im Gegensatz zu anderen nordischen Ländern gibt es keinen nationalen Standard oder formale Ausbildungsanforderungen). Einem Fünftel der monatlich Beschäftigten fehlt eine offizielle Ausbildung, und 28 Prozent der Beschäftigten haben befristete Stundenverträge (zum Beispiel Null-Stunden-Verträge) (Szebehely 2020b).

Abbildung 1
Sozial- und Gesundheitspersonal in Gemeinden

staatlich geprüfte Krankenschwester	18.429
Pfleger_innen mit Berufsausbildung, Beschäftigte in der psychiatrischen Versorgung	122.264
Pflegehelfer_innen	63.868
Sonstige	1.543
Personal des Sozial- und Gesundheitswesens in Gemeinden	206.104

Quelle: Schwedischer Verband der Kommunen und Regionen 2019.

Schwedische Beschäftigte in der Altenpflege (Pfleger_innen mit Berufsausbildung und Pflegehelfer_innen) sind in der schwedischen Gewerkschaft kommunaler Beschäftigter (Kommunal) organisiert. Staatlich geprüfte Krankenschwestern sind in der Gewerkschaft der Krankenschwes-

¹ Pfleger_innen mit Berufsausbildung (undersköterska) haben eine zweieinhalb- bis dreijährige Ausbildung (Sekundarstufe II), während Pflegehelfer_innen (vårdbiträde) eine Ausbildung von etwa 0 bis 18 Monaten haben.

tern (Vårdförbundet) organisiert. Vorgesetzte sind bei der Gewerkschaft Vision organisiert. Der gewerkschaftliche Organisationsgrad beträgt 65,8 Prozent im öffentlichen Bereich der Altenpflege (Pfleger_innen mit Berufsausbildung und Pflegehelfer_innen, d. h. Kommunalmitglieder).

BESCHÄFTIGUNGSSTANDARDS

In Schweden arbeiten Pflegekräfte mit Berufsausbildung in der Gesundheitsversorgung (stationäre und ambulante Pflege) und in der sozialen Pflege (ältere und behinderte Menschen). Pflegekräfte mit Berufsausbildung (undersköterska) haben eine zweieinhalb- bis dreijährige Ausbildung (Sekundarstufe II), während Pflegehelfer_innen (vårdbiträde) eine Ausbildung von etwa 0 bis 18 Monaten haben. Obwohl es derzeit keine offiziellen Standards für die Qualifikationen gibt, befürworten die Kommunen und die Arbeitgeber im öffentlichen Dienst ein Modell, bei dem die Ausbildung der Pflegehelfer_innen 50 Prozent der Ausbildung von Pflegekräften mit Berufsausbildung entspricht, wodurch zusätzlich zu einer vorherigen CA-Ausbildung (Care Aid – Pflegehelfer_in) eine weitere Ausbildung absolviert werden kann – eine Möglichkeit der beruflichen Weiterentwicklung. Es gibt derzeit keine Vorschriften zur Personalbesetzung oder zur Ausbildung: Die Qualität der Dienstleistungen liegt in der Verantwortung des Pflegediensteanbieters oder der Pflegediensteanbieterin.

Der Bereich der Gesundheits- und Sozialfürsorge ist sowohl finanziell als auch personell unterversorgt, während die Bevölkerung immer älter wird. Es herrscht ein Mangel an ausgebildetem Pflegepersonal. Obwohl als Reaktion auf die Pandemie Verbesserungen vorgenommen wurden, bräuchten die Gemeinden und Regionen zusätzliche Steuergelder, um den wachsenden Pflegebedarf zu finanzieren und die Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal zu verbessern. Die aktuelle politische Situation mit einer Mitte-Rechts-Mehrheit erschwert es jedoch, umfassende, langfristige Lösungen zu finden, die im Parlament eine Mehrheit erhalten würden.

Das durchschnittliche Monatsgehalt einer Pflegekraft mit Berufsausbildung beträgt 26.200 Schwedische Kronen (2.581 Euro), das eines Pflegehelfers oder einer Pflegehelferin 22.500 Schwedische Kronen (2.217 Euro). Das Durchschnittsgehalt in Schweden betrug 2019 hingegen 35.300 Schwedische Kronen (3.478 Euro) – 35.300 Schwedische Kronen (3.301 Euro) bei weiblichen und 37.200 Schwedische Kronen (3.665 Euro) bei männlichen Beschäftigten.

UNZUREICHENDE ARBEITSBEDINGUNGEN

Aufgrund des chronischen Personalmangels kämpfen das Gesundheits- und Sozialwesen damit, freie Stellen zu besetzen und bestehende Mitarbeiter_innen zu halten. Viele Arbeitnehmer_innen tragen sich mit dem Gedanken, zu kündigen oder weniger Stunden zu arbeiten, da die Arbeit häufig körperlich und geistig derart anstrengend ist, dass sie als Vollzeitbeschäftigung nicht zu bewältigen ist. Vor der Pandemie meldete die schwedische Arbeitsschutzbehörde (Ar-

betsmiljöverket) Defizite bezüglich der Arbeitsbedingungen in fast 90 Prozent der untersuchten Pflegeheime. Insgesamt verzeichnete die Behörde 3.500 Mängel hinsichtlich der Arbeitsbedingungen. Das größte Problem ist in der Regel ein Mangel an konsequenten Präventionsmaßnahmen, Organisation, Hilfsmitteln und Stress am Arbeitsplatz. 2017 ergab eine Umfrage unter Kommunal-Mitgliedern, dass sieben von zehn Pfleger_innen mit Berufsausbildung jede Woche mit unzureichender Personaldecke konfrontiert sind; jede_r Zweite erwägt, wegen der belastenden Arbeitsbedingungen zu kündigen. Neben dem Fachkräftemangel kann es auch sein, dass Arbeitgeber_innen bewusst zu wenig Personal einsetzen, um Kosten zu sparen.

Wie in vielen anderen Ländern auch, ist die Altenpflege in Schweden von Sparmaßnahmen und organisatorischen Umstrukturierungen durch das neue öffentliche Verwaltungssystem betroffen. Dies hat negative Folgen für die Arbeitsbedingungen der Altenpflegekräfte, ihre berufliche Selbstbestimmung und ihre Fähigkeit, die wachsenden Bedürfnisse der Nutzenden zu erfüllen. Die Altenpflegekräfte erleben zunehmenden Zeitdruck und Unterbesetzung, während die wahrgenommene Selbstbestimmung am Arbeitsplatz und Unterstützung durch Kolleg_innen und Vorgesetzte abnehmen. Altenpflegekräfte empfinden ihre Arbeit in zunehmendem Maße als körperlich und geistig anstrengend (Strandell 2020).

ALTENPFLEGE UND COVID-19

Schweden wurde von der Covid-19-Pandemie schwer getroffen. Die Strategie in Schweden bestand darin, die Sterblichkeit in der Bevölkerung zu minimieren und gleichzeitig Risikogruppen zu schützen (wobei in den offiziellen Empfehlungen kein besonderer Schwerpunkt auf die Altenpflege gelegt wurde). Die schwedische Strategie baut auf einer ausgeprägten Tradition von Eigenverantwortung und freiwilligen Maßnahmen auf, mit einer Kombination aus gesetzlichen Anforderungen und unverbindlichen Empfehlungen. Während der ersten Welle der Pandemie wurden die offiziellen Empfehlungen (zu Hause bleiben, wenn man krank ist, häufig die Hände waschen, körperlich Abstand halten und Reisen einschränken) weitgehend befolgt. Um zu vermeiden, dass Menschen zur Arbeit gehen, wenn sie krank sind, führte die Regierung am 11.3.2020 ab dem ersten Tag eine Lohnfortzahlung ein.

STRUKTURELLE DEFIZITE IN DER ALTENPFLEGE WERDEN IN DER SCHWEDISCHEN STRATEGIE NICHT BERÜCKSICHTIGT

Mitte März 2020 empfahl die Gesundheitsbehörde (Folkhälsomyndigheten) den Menschen über 70 Jahren Selbstisolation und körperliche/soziale Distanzierung. Wenige Wochen später erließ die Regierung ein Gesetz, das nicht notwendige Besuche in Pflegeeinrichtungen und besonderen Einrichtungen für ältere Menschen beschränkt. Viele ältere Menschen sind jedoch auf fremde Hilfe durch private Pflegepersonen angewiesen, und rund 71 Prozent der

über 65-Jährigen in normalen Wohnungen nutzen kommunale Hilfsdienste. Dadurch wird die »perfekte« Einhaltung von Distanzierungsregeln nahezu unmöglich (Baxter et al. 2020). Schätzungen zufolge kommt ein Mensch, der häusliche Altenpflegedienste in Anspruch nimmt, in einem Zeitraum von zwei Wochen durchschnittlich mit 15 Beschäftigten aus dem Gesundheits- und Pflegebereich zusammen, von denen jeder Kontakt zu mehr als zehn Personen hat (The National Board of Health and Welfare 2019).

Zu den Problemen gehören auch qualitative Schwächen, die durch Kürzungen der Mittel für die medizinische und soziale Versorgung entstehen, instabile Arbeitsbedingungen und prekäre Arbeitsverträge. Wie bereits festgestellt, ist ein Viertel der Beschäftigten in der Altenpflege stundenweise angestellt. Zu Beginn der Pandemie führten Personalengpässe, die dadurch verursacht wurden, dass Stammpersonal im Krankenstand oder in der Quarantäne war, zu einem noch stärkeren Einsatz von Zeitarbeitskräften mit unterschiedlichem Ausbildungsstand. Als Reaktion auf die im Frühjahr gemeldeten Probleme mit der Einhaltung der Hygienebestimmungen wurde schnell ein nationales E-Schulungsprogramm entwickelt, das von mehr als 140.000 Pflegekräften absolviert wurde (Socialstyrelsen 2020a).

Die Regierung berief eine Kommission zur Überprüfung der schwedischen Covid-19-Strategie. Eine ihrer Aufgaben war es, die Empfehlungen und tatsächlichen Maßnahmen zur Begrenzung von Übertragungen in der Altenpflege zu untersuchen und auszuwerten, ob Probleme in der Arbeitsorganisation, den Arbeits- und den Beschäftigungsbedingungen zu den vielen Todesfällen in diesem Bereich beigetragen haben. Im ersten Bericht der Kommission, der am 15.12.2020 veröffentlicht wurde, wurde festgestellt, dass es bereits vor der Pandemie bekannte strukturelle Mängel gab. Diese gehörten zu den wichtigsten Faktoren hinter den hohen Infektions- und Sterberaten im schwedischen Altenpflegebereich: »Durch diese Mängel war die Altenpflege unvorbereitet und schlecht für den Umgang mit einer Pandemie gerüstet« (Coronakommissionen 2020).

STERBLICHKEIT DER ÄLTEREN BEVÖLKERUNG

Wie in anderen Teilen der Welt ereigneten sich auch in Schweden Todesfälle durch Covid-19 hauptsächlich bei älteren Menschen. Von allen bestätigten Fällen (6.157), die bis Anfang Oktober 2020 erfasst wurden, kamen sechs Prozent aus Altenpflegeheimen (beachten Sie jedoch, dass die Tests im Frühjahr unzureichend waren und die Statistiken über bestätigte Fälle nicht immer zuverlässig sind). Von denjenigen, die bis Anfang Oktober 2020 an Covid-19 starben, lebten 46,3 Prozent in Altenpflegeheimen und 26,5 Prozent nahmen häusliche Altenpflege in Anspruch, was 3,3 Prozent der Bewohner_innen von Altenpflegeheimen und 0,9 Prozent mit häuslicher Altenpflege entspricht.

Die Sterblichkeit war bei den älteren Menschen, die in Altenpflegeheimen lebten, deutlich höher als bei den Menschen mit häuslicher Altenpflege. Diese wiederum war hö-

her als bei den älteren Menschen, die zu Hause ohne häusliche Altenpflege lebten. Dies ist auch unter normalen Bedingungen so. Es ist unbestreitbar, dass die Altenpflegeheime während der ersten Welle der Pandemie besonders stark betroffen waren.

Es ist schwer zu sagen, wie die Sterblichkeitsrate in der Altenpflege ohne Covid-19 gewesen wäre. Im April und Mai 2020 gab es in Schweden eine nachweisbare Übersterblichkeit, die im Juni wieder auf ein normales Niveau zurückging. Eine plausible Hypothese ist das Auftreten eines Zeitfaktors: Gebrechliche ältere Menschen, die unter normalen Umständen zu einem späteren Zeitpunkt im Jahr gestorben wären, starben aufgrund der Covid-19-Infektion früher. Die Übersterblichkeit stieg im November 2020 wieder an. Es ist keine Überraschung, dass ältere Menschen, die in Altenpflegeheimen leben, an Infektionen sterben. Sie sind oft schon gebrechlich und schwer krank, wenn sie einziehen. Leider gibt es keine offiziellen Statistiken zur Infektionsübertragung oder Sterblichkeit für einzelne Altenpflegeheime. Es ist bekannt, dass die Infektionen sowohl geografisch als auch hinsichtlich der Altenpflegeheime unterschiedlich verteilt waren. Die Region Stockholm war zwar zu Beginn der Epidemie am stärksten betroffen, aber vielen Altenpflegeheimen gelang es, die Infektionen im Griff zu behalten oder sie ganz zu vermeiden. Dies zeigt, dass einfache Maßnahmen zur Infektionskontrolle die Übertragung und damit verbundene Todesfälle verhindern können.

DIE ARBEITSBEDINGUNGEN WÄHREND DER PANDEMIE

Die mangelnde Vorbereitung auf die Pandemie hatte Folgen für die Mitarbeiter_innen in der Altenpflege und deren Arbeitsschutz. In den ersten Monaten des Ausbruchs von Corona gab es einen großen Mangel an Schutzausrüstung. So fehlten beispielsweise Masken und Visiere. Zwischen März und Mai 2020 führte Kommunal fünf Umfragen unter Sicherheitsbeauftragten im Gesundheitswesen und in der Altenpflege durch, um Einblicke in die Arbeitssituation ihrer Mitglieder zu erhalten. Dies betraf auch den Zugang zu Schutzausrüstung.

Heute müssen alle Mitarbeiter_innen in der Altenpflege, die mit Personen mit vermutetem oder bestätigtem Covid-19 arbeiten, eine Maske und ein Visier tragen. Das war zu Beginn der Pandemie im März 2020 noch nicht der Fall. Damals lautete die wesentliche Empfehlung, die Verbreitung des Virus durch Einhaltung von Hygienevorschriften, Händewaschen und das Nutzen von Franzbranntwein in »patientennahen Situationen« zu vermeiden. Kommunal war kritisch – in der Altenpflege gibt es praktisch nur Situationen, die »patientennah« sind.

Die Gesundheitsbehörde (Folkhälsomyndigheten) äußerte sich erstmals am 7.5.2020 in einem Dokument über Hygieroutinen, das auf der Website der Behörde veröffentlicht wurde, zur Nutzung von Mundschutz und Visier in der Altenpflege. In diesem Dokument wurden noch grundlegende Hygienevorschriften erwähnt und die Frage, ob Mundschutz

und Visiere genutzt werden sollten, in das Ermessen des Arbeitgebers oder der Arbeitgeberin (in Absprache mit der örtlichen Behörde) gestellt. Erst viel später, am 25.6.2020, empfahl die Gesundheitsbehörde ausdrücklich, dass das Personal bei der Pflege von Bewohner_innen und Patient_innen mit vermutetem oder bestätigtem Covid-19 eine Maske und ein Visier tragen sollte.

Im April 2020 entschied die Arbeitsschutzbehörde, dass sowohl ein Visier als auch eine Maske für die Arbeit mit den Patient_innen im Pflegeheim Serafen in Stockholm erforderlich sind. Nach einer Beratung mit dem kommunalen Arbeitgeberverband, Schwedens Kommunen und Regionen (SALAR, SKR auf Schwedisch), gab die Arbeitsschutzbehörde jedoch eine neue Erklärung ab, in der hervorgehoben wurde, dass die Entscheidung nicht als allgemeine Empfehlung angesehen werden sollte. Diese Entscheidung wurde von einem Verwaltungsgericht aufgehoben, und es wurde im Gegenteil gesagt, dass die Entscheidung bezüglich der Masken auf lokaler Ebene getroffen werden soll. Die Vertreter_innen des kommunalen Arbeitsschutzes waren der Meinung, dass die Latte lokal sehr hoch gelegt wurde. In Göteborg vertrat ein Bereichsleiter die Auffassung, dass die Masken nur bei »extremer Gefahr der Exposition von Körperflüssigkeiten« genutzt werden könnten.

Im Sommer kam die Gesundheitsbehörde zu dem Schluss, dass die lokalen Gefährdungsbeurteilungen nicht ausreichend funktionierten, und verschärfte ihre Empfehlungen dahingehend, dass Masken unter dem Visier genutzt werden müssen. Die Arbeitsschutzbehörde argumentierte, dass weiterhin lokale Risikobewertungen erforderlich seien. Diese Unklarheiten verschärfen die Besorgnis und Unsicherheit unter den Pflegekräften.

Der Zugang zu personenbezogener Schutzausrüstung im Gesundheitswesen hat sich im Zuge der Pandemie verbessert. Viele Mitarbeiter_innen in der Altenpflege haben das Gefühl, dass es eine Hierarchie gab, bei der die Mitarbeiter_innen des Gesundheitswesens die PSA früher erhalten haben als diejenigen in der Altenpflege. Kommunale Sicherheitsbeauftragte bestätigen dies.

GEWERKSCHAFTLICHE SICHTWEISEN UND EMPFEHLUNGEN ZUR BEGRENZUNG DER VIRUSAUSBREITUNG

Kommunal gibt kurz- und langfristige Handlungsempfehlungen, um die Übertragung von Viren in der Altenpflege zu reduzieren.

Kurzfristig sollte die Arbeit so organisiert werden, dass eine Übertragung verhindert wird. Arbeitgeber_innen und Kommunen sollten in die Kontinuität der Altenpflege investieren, die Anzahl der Zeitarbeiter_innen begrenzen und vermeiden, dass das Personal zwischen den Standorten wechselt. In der häuslichen Altenpflege sollten sich separate, spezialisierte Teams um infizierte Patient_innen kümmern. Zeitarbeitskräfte, die stundenweise beschäftigt werden, sollten die wirtschaftliche Sicherheit haben, zu Hause blei-

ben zu können, wenn sie Symptome zeigen, ohne den Verlust des Einkommens oder der Beschäftigung befürchten zu müssen. Man sollte ihnen längerfristige Verträge anbieten (und auf lange Sicht eine Ausbildung und eine Festanstellung). »Overstaffing« ist eine gute Strategie – die Aufstockung des Personals während der Pandemie, um so den Bedarf an Aushilfen zu reduzieren und bessere Möglichkeiten zu haben, eine gute Betreuungsqualität bereitzustellen, z. B. durch die Möglichkeit, infizierte Bewohner_innen unter Quarantäne zu stellen und die Hygienerichtlinien einzuhalten. Das Personal braucht fortlaufend Anleitung, Daten und Anweisungen zur Hygiene. Es müssen persönliche Schutzausrüstung und Tests zur Verfügung stehen.

Auf lange Sicht müssen wir ein stabiles Pflegesystem für Senior_innen aufbauen, das auch bei einer Pandemie funktioniert. Die Altenpflege braucht einen höheren Status und muss ausreichend finanziell unterstützt werden. Die Beschäftigten in der Altenpflege brauchen bessere Bezahlung und Arbeitsbedingungen sowie gute, sichere Arbeitsplätze. Menschen, die auf Altenpflege angewiesen sind, brauchen eine gute Versorgung durch ausgebildete Fachkräfte.

Kommunal ist der Meinung, dass die Bezeichnung »unqualifizierte Pflegearbeit« impliziert, dass Altenpflegearbeit minderwertige Arbeit ist, eine Arbeit, die »jede_r machen kann«. Es ist aber eine qualifizierte Arbeit, ältere Patient_innen mit Mehrfacherkrankungen zu pflegen. In Dänemark, Finnland und Norwegen ist die Ausbildung zur Pflegekraft bereits standardisiert; in Dänemark und Norwegen sind die ausgebildeten Pflegekräfte registrierte Gesundheitsfachkräfte, woran Schweden noch arbeitet. Die Vereinheitlichung der Ausbildung wird es uns ermöglichen, das Ausbildungsniveau der Pflegekräfte zu standardisieren, was dem gesamten Arbeitsmarkt zugute kommt.

LOHNFORTZAHLUNG IM KRANKHEITSFALL

Krankengeld und krankheitsbedingte Fehlzeiten waren zu Beginn der Pandemie die zentrale Frage für Kommunal. In Schweden beträgt das Krankengeld 80 Prozent des Gehalts, wird aber nicht für den ersten Tag der Abwesenheit gezahlt. Dies kann zu einem hohen Krankenstand beitragen, da der Abzug der Karenztage (karensavdrag) insbesondere für die Mitglieder von Kommunal, die oft ein geringes Einkommen haben, eine erhebliche Belastung darstellt. Der Abzug wurde am 2.2.2020 für Personen mit bestätigter oder vermuteter SARS-CoV-2-Infektion abgeschafft. In einer solchen Situation kann man auch eine »Virusträgerentschädigung« (smittbärarpeng) beantragen: 80 Prozent des Gehalts (maximal jedoch 804 Schwedische Kronen (79,4 Euro) pro Tag), ohne Abzug des ersten Krankheitstages. In der Praxis kann es jedoch schwierig sein, ein ärztliches Attest zu bekommen. Und auch diejenigen, die die Voraussetzungen für das Krankentagegeld nicht erfüllen, müssen zu Hause bleiben, wenn sie Symptome haben. Die Regierung hat den Abzug für den ersten Tag des Krankenstandes am 13.3.2020 gestrichen, nachdem Kommunal und andere Gewerkschaften dies gefordert hatten.

MANGEL AN PERSÖNLICHER SCHUTZAUSRÜSTUNG (PSA)

Ab März wurde nicht nur der Mangel an persönlicher Schutzausrüstung (PSA) zu einem ernststen Thema, sondern auch die offiziellen Richtlinien für deren Einsatz. Beide Fragen waren für Kommunal während der gesamten Krise entscheidend.

Der Mangel an Schutzausrüstung in der Altenpflege gab bereits Mitte März 2020 Anlass zur Sorge. Die Ärztegewerkschaft Läkärförbundet warnte, dass die PSA in den Krankenhäusern knapp werden könnte, und Kommunal erhielt Warnungen über einen Mangel an Schutzausrüstung in der Altenpflege. Mitglieder kontaktierten die Gewerkschaft über soziale Medien oder riefen die Hotline der Gewerkschaft an. Am 16.3.2020 hielt Kommunal eine Videokonferenz mit Vertreter_innen der Gesundheits- und Sicherheitsbehörden ab. Am 23.3.2020 sprachen sowohl Kommunal als auch der öffentliche Arbeitgeberverband SALAR den akuten Mangel an PSA bei einem Treffen mit Arbeitsministerin Eva Nordmark an. Bereits in der dritten Märzwoche wurden die ersten Anträge auf Schutzausrüstungen nach einer Beschwerde über die Arbeitsbedingungen (sogenannte 6: 6a) gestellt. Am 25.3.2020 wurde auf der Kommunal-Website ein Leitfaden für Sicherheitsbeauftragte veröffentlicht, um auf einen Mangel der PSA zu reagieren. In der letzten Märzwoche hielt Kommunal ein Treffen über den akuten PSA-Mangel mit der Ministerin für Gesundheit und Soziales, Lena Hallengren, und Vertreter_innen der Arbeitsschutzbehörde ab.

Die Unterversorgung mit PSA bestand nicht nur regional, sondern auch global. PSA für das Gesundheitswesen und die Krankenhäuser hatten dabei offensichtlich Priorität. Die Kommunen waren auf eine Krise dieses Ausmaßes nicht vorbereitet und verfügten nicht über entsprechende PSA-Reserven. Kommunal verfolgte den PSA-Mangel mithilfe von Onlineumfragen und bemühte sich, die Ergebnisse mit Arbeitgeber_innen, der Regierung und den Medien zu kommunizieren. Im Mai 2020 führte das Meinungsforschungsunternehmen Novus im Auftrag von Kommunal eine Umfrage unter repräsentativen Mitgliedern der Gewerkschaft durch, die in der häuslichen Altenpflege und in Altenpflegeheimen arbeiten. Dabei sollten ihre Erfahrungen bezüglich PSA während der Pandemie aufgezeichnet werden. Über ein Drittel der Befragten gab an, schon einmal ohne geeignete PSA gearbeitet zu haben, mehr als ein Sechstel sogar in den Wochen vor der Befragung. Die Umfrage ergab auch, dass die Hälfte aller Mitarbeiter_innen sich Sorgen um die PSA-Versorgung machte und fünf Prozent sich entschieden hatten, trotz Erkältungssymptomen zur Arbeit zu gehen, in den meisten Fällen aus Loyalität zu den Kolleg_innen in den stark unterbesetzten Altenpflegeeinrichtungen.

PSA-RICHTLINIEN

Darüber hinaus waren die Richtlinien zur Verwendung von PSA unzureichend. Anfang April 2020 verlangte der Sicherheitsbeauftragte von Kommunal im Altenpflegeheim Sera-

fen in Stockholm, dass das Personal bei der Arbeit mit mutmaßlichen und bestätigten Covid-19-Patient_innen eine Maske nach IIR-Standard unter dem Visier trägt. Der Arbeitgeber (Stadt Stockholm) lehnte dies mit dem Argument ab, dass ein globaler Mangel die Bereitstellung von Masken unmöglich mache (es bleibt unklar, ob dies tatsächlich der Fall war). Am 7.4.2020 beschloss der Arbeitsschutzbeauftragte von Kommunal, die Arbeit im Altenpflegeheim Serafen einzustellen, da der Arbeitgeber keine angemessene PSA für das Personal bereitstellte, das in Kontakt mit Personen mit vermutetem oder diagnostiziertem Covid-19 arbeitet. Die behördlichen Vertreter_innen für den Arbeitsschutz stimmten mit Kommunal überein, dass eine Maske und ein Visier bei der Arbeit mit Personen, bei denen ein Verdacht oder eine Diagnose auf Covid-19 besteht, erforderlich sind. Kommunal glaubte, dass die Entscheidung einen Präzedenzfall für die Altenpflege in Schweden schaffen würde. Ein paar Tage später gaben die Regierungsbeamt_innen (einschließlich der Behörde für Arbeitsschutz) jedoch eine Erklärung ab, dass die Entscheidung nicht als Präzedenzfall anzusehen sei. Später enthüllte das öffentlich-rechtliche Fernsehen, dass die Erklärung speziell von der Arbeitgeberorganisation SALAR bei einer Sitzung angefordert worden war, bei der Kommunal nicht anwesend war (Grill Pettersson 2020).

Die Gesundheitsbehörde änderte ihre Richtlinien erst am 25.6.2020. Nachdem sie zuvor eine Masken-Visier-Kombination bei engem Pflegekontakt »nach eigener Risikoeinschätzung« empfohlen hatte, empfahl sie nun, bei Verdacht oder bestätigtem Covid-19 immer Visier und Mundschutz bei der gesamten patientenbezogenen Pflege und Betreuung zu verwenden.

Die Beamt_innen waren der Auffassung, dass alle Altenpflegeeinrichtungen ihre eigene regionale Risikoanalyse durchführen sollten. Kommunal hatte daher Schwierigkeiten, den Überblick über all die verschiedenen lokalen Empfehlungen zu behalten. Kommunal hätte eine nationale Richtlinie bevorzugt, da sowohl das Virus als auch die Rahmenbedingungen in der Altenpflege überall ähnlich sind.

PERSONALDICHTE

Am 25.11.2020 veröffentlichte Kommunal den Bericht »Pandemi på äldreboendet« (»Pandemie im Altenpflegeheim«), in dem die Unterschiede zwischen Altenpflegeheimen mit und ohne Virusausbruch auf der Grundlage einer umfassenden landesweiten Umfrage in den ersten Monaten der Pandemie analysiert wurden (Kommunal 2020).

An der Befragung nahmen kommunale Arbeits- und Gesundheitsschutzbeauftragte teil, die Ende Juni 2020 eine Onlinebefragung beantworteten. Es wurde eine Zufallsauswahl getroffen, und die endgültige Auswahl repräsentiert über 50 Prozent der schwedischen Altenpflegeheime (wobei eine einzelne Beobachtung ein Altenpflegeheim repräsentiert). Die Studie vergleicht strukturelle Faktoren zwischen Altenpflegeheimen ohne Covid-19-Fälle, einem Covid-19-Fall und mehr als einem Covid-19-Fall (diese Ka-

tegorie wird hier als »Ausbruch« bezeichnet). Die Untersuchung ergab, dass Altenpflegeheime mit Virusausbrüchen einen höheren Anteil an stundenweise bezahltem Personal haben. In 39 Prozent der Altenpflegeheime mit mehreren Covid-19-Fällen gab es mehr als 20 Prozent im Stundenlohn Beschäftigte, wohingegen in nur 22 Prozent der Altenpflegeheime ohne Infektionsausbreitung mehr als 20 Prozent nach Stundenlohn Beschäftigte arbeiteten.

Einer der Gründe dafür kann natürlich sein, dass das Stammpersonal krank wurde. 30 Prozent der Befragten, die in Altenpflegeheimen arbeiten, gaben an, dass sie den Verdacht haben, dass sich das Personal während der Arbeitszeit infiziert hat. Das würde zu einem größeren Bedarf an Aushilfskräften führen. Altenpflegeheime mit Ausbrüchen waren jedoch wahrscheinlich schon vor der Pandemie personell unterbesetzt. 39 Prozent der Altenpflegeheime mit Ausbrüchen gaben an, dass ihre Personalausstattung kurz vor der Pandemie ausreichend gewesen sei, verglichen mit 50 Prozent der Altenpflegeheime ohne Ausbrüche. Es liegt auf der Hand, dass viel zu viele Altenpflegeheime personell unterbesetzt sind.

Altenpflegeheime mit mehr als einem Covid-19-Fall hatten häufiger Personal, das sowohl gesunde als auch kranke Bewohner_innen behandelte (57 Prozent), gegenüber Altenpflegeheimen mit nur einem Covid-19-Fall (47 Prozent). Möglicherweise ermöglichte eine bessere Personalsituation eine Kohortenpflege, bei der infizierte Bewohner_innen von eigens dafür vorgesehenen Mitarbeiter_innen betreut werden, die keine anderen Aufgaben in der Einrichtung haben. 93 Prozent der Altenpflegeheime mit nur einem Fall waren in der Lage, Personen mit Symptomen zu isolieren, verglichen mit 73 Prozent in Altenpflegeheimen mit mehreren Fällen.

Eine geringere Personaldichte und der Einsatz von Aushilfskräften könnten zu Krankenständen geführt haben. In Altenpflegeheimen mit Virusausbrüchen war die Wahrscheinlichkeit höher, dass Mitarbeiter_innen trotz Symptomen zur Arbeit gingen: 28 Prozent im Vergleich zu zehn Prozent in Altenpflegeheimen ohne Ausbrüche. Es ist auch möglich, dass der Ausbruch selbst zu Krankheit und Krankenständen führte, aber Krankenstände können immer als Indikator für schlechte organisatorische Bedingungen wie ein stressiges Arbeitsumfeld und unsichere Arbeitsbedingungen angesehen werden.

Zudem war die Versorgung mit PSA in Altenpflegeheimen, die einen Virusausbruch hatten, schlechter. Altenpflegeheime ohne Ausbruch geben zu einem geringeren Maße an, dass das Personal nicht ohne die entsprechende Schutzausrüstung gearbeitet hat (25 Prozent) als Altenpflegeheime mit Ausbruch (54 Prozent). Das Fehlen von PSA könnte also das Risiko einer Übertragung durch kranke und/oder asymptomatische Bewohner_innen und Personal erhöht haben.

BESCHRÄNKUNGEN FÜR BESUCHER_INNEN

Die Zeitspanne, in der die Altenpflegeheime ein Besuchsverbot verhängt hatten, scheint eine geringere Rolle ge-

spielt zu haben, wenn man Altenpflegeheime mit Virusausbruch und solche ohne vergleicht. Aber 26 Prozent der befragten Altenpflegeheime glauben, dass die Infektion vor dem Besuchsverbot (es gab ein landesweites Verbot vom 31.3.2020 bis 1.10.2020) über besuchende Angehörige in die Einrichtungen gelangte. Die meisten Befragten glauben, dass das Virus über das Stammpersonal (46 Prozent) und Aushilfspersonal (41 Prozent) eingedrungen ist (Mehrfachnennungen erlaubt).

HYGIENEVORSCHRIFTEN

Altenpflegeheime mit besserer Einhaltung der Hygienevorschriften hatten laut der Kommunal-Studie weniger Ausbrüche. In Altenpflegeheimen mit mehreren Fällen war die Wahrscheinlichkeit höher, dass das Personal Schwierigkeiten bei der Einhaltung der Hygienevorschriften hatte (27 Prozent) als in Altenpflegeheimen ohne bestätigten Ausbruch (15 Prozent). Am niedrigsten war die Zahl (13 Prozent) in Altenpflegeheimen mit nur einem Covid-19-Fall. Ein Grund für die Häufigkeit von Defiziten bei der Einhaltung von Hygienevorschriften könnte die mangelnde förmliche Schulung und Hygienekompetenz von Aushilfspersonal sein. Wir wissen bereits, dass es einen Zusammenhang zwischen dem offiziellen Bildungsniveau und der Einhaltung von Hygienevorschriften gibt. Dennoch liegt in Schweden die Verantwortung für die Einführung von Hygienevorschriften und die Sicherstellung der Compliance immer bei den Arbeitgeber_innen.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Offensichtlich war Schweden auf eine Pandemie dieses Ausmaßes nicht vorbereitet. Teile des Sozialsystems waren nicht für eine Pandemie gerüstet – es fehlte an Personal und materiellen Ressourcen. Es ist möglich, dass ein System mit besseren Ressourcen und mehr Personal die Pandemie ganz anders bewältigt hätte.

Die Vorbereitung auf eine Pandemie war in der schwedischen Altenpflege gering, obwohl die mangelnde finanzielle Ausstattung des Pflegebereichs und die stressigen Arbeitsbedingungen nicht nur in Schweden zu finden sind. Jahrelange aufeinanderfolgende Kürzungen und politische Entpriorisierung haben zu unzureichender Personalausstattung, unhaltbaren Arbeitsbedingungen, prekären, oft Null-Stunden-Verträgen, einer Belegschaft, der es oft an formaler Ausbildung mangelt, und einem fragmentierten Altenpflegesystem geführt. In der schwedischen Pandemiestrategie gab es keinen Plan für die Altenpflege. Es gab einen Mangel an PSA, und die Richtlinien wurden als vage und undurchsichtig empfunden, vor allem in Bezug auf die Schutzausrüstung. Das Personal stand unter großem Stress und hatte Bedenken bezüglich PSA und Arbeitssicherheit. Hinzu kam, dass es in Teilen Schwedens zu einem viel größeren Virusausbruch kam als in unseren Nachbarländern.

Leider sind die detaillierten Daten aus Altenpflegeheimen, die zur Ermittlung der Ursachen erforderlich sind, noch nicht

verfügbar (Stand: 2.12.2020). Es ist jedoch wahrscheinlich, dass eine Kombination von organisatorischen Aspekten das Risiko von Virusausbrüchen in der Altenpflege beeinflusst. Wer sich in der Altenpflegeforschung auskennt, weiß, dass bestimmte Faktoren gut funktionierende Arbeitsplätze kennzeichnen. Nach Angaben von Kommunal hatte das Personal in Altenpflegeheimen mit mehreren Covid-19-Fällen in der Regel keinen Zugang zu angemessener Schutzausrüstung (Kommunal 2020). Altenpflegeheime mit mehreren Covid-19-Fällen berichteten vor der Pandemie häufiger über ungenügende Personalausstattung, der Anteil an Stundenverträgen war größer, der Krankenstand war höher und die Einhaltung der Hygienevorschriften war geringer. Altenpflegeheime mit nur einem Covid-19-Fall waren besser in der Lage, infizierte Patient_innen zu isolieren, als solche, die mehrere Covid-19-Fälle hatten.

Gute Altenpflege erfordert kompetentes Personal mit sicheren Arbeitsbedingungen sowohl in Krisenzeiten als auch in Alltagssituationen. Einige der in den Berichten von Kommunal aufgeführten Faktoren hängen zusammen: Es ist schwierig, infizierte Patient_innen zu isolieren, wenn das Altenpflegeheim unterbesetzt ist, oder die Einhaltung der Hygiene sicherzustellen, wenn das stundenweise bezahlte Personal die Abläufe nicht kennt. Die Einhaltung der Hygienevorschriften erfordert Zeit und die Verfügbarkeit von persönlicher Schutzausrüstung, Schutzkleidung, Seife und alkoholischen Reinigungsmitteln. Chronisch unterbesetzte Altenpflegeeinrichtungen haben oft einen hohen Anteil an Zeitarbeiter_innen. Prekäre Beschäftigung erhöht die Wahrscheinlichkeit von Arbeiten im Krankheitsfall, da sich Null-Stunden-Arbeiter_innen nicht leisten können, zu Hause zu bleiben.

Wie andere öffentliche Dienste an vorderster Front hat auch das Personal in der Altenpflege alles getan, um die Pflege während der Pandemie zu gewährleisten. Pfleger_innen mit Berufsausbildung ebenso wie Pflegehelfer_innen haben unter unzumutbaren stressigen, prekären und oft gefährlichen Bedingungen ihr Äußerstes gegeben. Fast ein Drittel (30 Prozent) der Teilnehmenden der Kommunal-Umfrage in Altenpflegeheimen geht davon aus, dass sich Mitarbeiter_innen bei der Arbeit infiziert haben. Altenpflegekräfte haben während der Pandemie einen hohen Preis für ihre Arbeit gezahlt. Schon vor der Pandemie führten unzureichende Arbeitsbedingungen zu hohem Krankenstand und schwankender Pflegequalität. Die Kommunal-Mitgliederbefragung 2017 ergab, dass 42 Prozent des Personals die Unterbesetzung als so gravierend einschätzte, dass sie zumindest an einigen Tagen in der Woche ein Risiko für die Pflegebedürftigen darstellte. Das Health and Social Care Inspectorate, das National Board of Health and Welfare, die Behörde für Arbeitsschutz und Kommunal haben vor diesen Problemen gewarnt.

Die Verantwortung für die Auswirkungen der Pandemie liegt in der Politik. Die Krise offenbart Mängel, die in der Altenpflege seit mehreren Jahrzehnten bestehen. Sie macht deutlich, dass sich kurz- und langfristig etwas ändern muss – zum Wohle der Pflegebedürftigen und des Altenpflegepersonals. Ob es eine globale Pandemie gibt oder

nicht: Die Altenpflege kann sich nicht zum Großteil auf Personal mit prekären Arbeitsbedingungen und lückenhafter formeller Ausbildung verlassen. Die Politik muss dafür sorgen, dass Arbeitgeber_innen ausreichend Fachkräfte für die Altenpflege einstellen. Sie muss für sicherere Arbeitsbedingungen sorgen. Es zeigt sich auch, dass das System der Lohnfortzahlung, das Beschäftigte für Fehlzeiten finanziell bestraft, zu einer gefährlichen Anwesenheit im Krankheitsfall führt. Altenpflege braucht einen höheren Stellenwert. Es ist an der Zeit, die Fähigkeiten und den Aufwand anzuerkennen, den eine qualifizierte Altenpflege erfordert, und die Ressourcen müssen entsprechend verteilt werden. Das System muss geändert werden.

Einige Verbesserungen und Reformen sind bereits eingeleitet. Die von der schwedischen Regierung im Juni 2020 angekündigte »Förderung der Altenpflege« (Äldreomsorgslyftet) hat zum Ziel, das Ausbildungsniveau in der Altenpflege zu verbessern, indem Ausbildungsinitiativen von Kommunen und privaten Pflegeanbieter_innen für Altenpflegekräfte mit Berufsausbildung ebenso wie Altenpflegehelfer_innen finanziert werden. Die Mitarbeiter_innen erhalten während der Ausbildung ihr normales Gehalt und werden nach Abschluss der Ausbildung mit einem unbefristeten Vertrag bei demselben Arbeitgeber oder derselben Arbeitgeberin angestellt. Das Projekt ist eine gemeinsame Initiative von Kommunal, dem Arbeitgeberverband SALAR und dem Staat.

Außerdem ist eine einheitliche Berufsausbildung in der Pflege geplant. Ab Juli 2021 wird es endlich einen nationalen Standard für die Berufsausbildung zur Pflegekraft geben. Die Regierung will auch eine Zulassung für Pflegekräfte mit Berufsausbildung einführen, wie in anderen nordischen Ländern. Kommunal hat sich schon lange vor der Pandemie für diese Reformen eingesetzt.

LITERATUR

Baxter, Rebecca; Wosenseged Birhande, Jemberie; Xia, Li et al.

(2020): COVID-19: Opportunities for Interdisciplinary Research to Improve Care for Older People in Sweden, in: Scandinavian Journal of Public Health 49 (1), S. 29–32.

Coronakommissionen (2020): Äldreomsorgen under pandemin (SOU 2020:80), Stockholm, Socialdepartementet, https://coronakommissionen.com/wp-content/uploads/2020/12/sou_2020_80_aldreomsorgen-under-pandemin_webb.pdf (2.2.2021)

Grill Petterson, Mikael (2020): SVT avslöjar: Kommunernas intresseorganisation fick myndigheter att tona ned munskyddskrav, Sveriges Television, <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/svt-avslojar-kommunernas-intresseorganisation-fick-myndigheter-att-tona-ned-munskyddskrav> (2.2.2021).

Kommunal (2020): Pandemi på äldreboendet: En rapport om den svenska äldreomsorgen innan och under coronapandemin, https://www.kommunal.se/sites/default/files/attachment/kommunal_pandemi_pa_aldreboendet_digital_.pdf (2.2.2021).

Strandell, Rebecka (2020): Care Workers under Pressure: A Comparison of the Work Situation in Swedish Home Care 2005 and 2015, in: Health and Social Care in the Community 28 (1), S. 137–147.

Stranz, Anneli; Szebehely, Marta (2018): Organizational Trends Impacting on Everyday Realities: The Case of Swedish Eldercare, in: Christensen, Karen; Pilling Doria (Hrsg.): The Routledge Handbook of Social Care Work Around the World, Routledge International Handbooks, S. 45–57.

Socialstyrelsen (2020a): Utbildningar, material och vägledning, <https://www.socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/utbildning-och-material-covid-19/> (2.2.2021).

Socialstyrelsen (2020b): Statistik relaterad till covid-19, <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/statistik-relaterad-till-covid-19/> (2.2.2021).

Szebehely, Marta (2020a): COVID-19 and Long-Term Care in Sweden, <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/07/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Sweden-22-July-2020-1.pdf> (2.2.2021).

Szebehely, Marta (2020b): Covid-19 och äldreomsorgens organisering i tre nordiska länder, Lecture at Karolinska Institutet webinarium, 10.11.2020.

The National Board of Health and Welfare (2019): Vård och omsorg om äldre: Lägesrapport 2019 (Health and Social Care of Older People: Progress report), <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-3-18.pdf> (2.2.2021).

The Swedish Association of Local Authorities and Regions (2019): Social and Health Care Personnel in Municipalities, <https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/personalstatistik/personalensiffror/tabellerkommunalpersonal2019.27836.html> (2.2.2021).

Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) wurde 1925 gegründet und ist die traditionsreichste politische Stiftung Deutschlands. Dem Vermächtnis ihres Namensgebers ist sie bis heute verpflichtet und setzt sich für die Grundwerte der Sozialen Demokratie ein: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität. Ideell ist sie der Sozialdemokratie und den freien Gewerkschaften verbunden.

Die FES fördert die Soziale Demokratie vor allem durch:

- Politische Bildungsarbeit zur Stärkung der Zivilgesellschaft
- Politikberatung
- Internationale Zusammenarbeit mit Auslandsbüros in über 100 Ländern
- Begabtenförderung
- das kollektive Gedächtnis der Sozialen Demokratie mit u. a. Archiv und Bibliothek.

IMPRESSUM

© FES Nordic Countries 2021
Dr. Philipp Fink

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten stimmen nicht unbedingt mit denen der Friedrich-Ebert-Stiftung und der Partnerorganisationen für diese Publikation überein. Eine kommerzielle Nutzung aller von der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) veröffentlichten Medien ist nur mit schriftlicher Einwilligung der FES zulässig.

Publikationen der Friedrich-Ebert-Stiftung dürfen nicht für Wahlkampfzwecke verwendet werden.

Titelbild: Fredrik Sandin Carlson
Satz/Layout: pertext, Berlin | www.pertext.de

EUROPA

Es ist höchste Zeit, dass wir endlich zuhören!

Covid-19 ist ein soziales Desaster. Seine tödlichen Spuren hat das Virus in vielen Ländern vor allem in der Altenpflege hinterlassen. Hier kämpfen die Pflegekräfte an vorderster Front gegen Corona und sind schon lange mit ihren Kräften am Ende. Die Pandemie hat eklatante Mängel in der Altenpflege ans Licht gebracht, vor denen die Gewerkschaften seit Jahren warnen. Ihr Protest dagegen ist jedoch nicht gehört worden. Eine vielfach unsichere Beschäftigung, zu wenig Geld und Personalnot waren verheerend für den Schutz der am meisten Gefährdeten: die Senior_innen.

Berichte aus neun Ländern

Wie stark das Coronavirus den Sektor der Altenpflege trifft, zeigen Berichte aus neun Ländern. Diese wurden von der Friedrich-Ebert-Stiftung in Kooperation mit Kommunal (der schwedischen Gewerkschaft für die Kommunalangestellten) und der progressiven schwedischen Denkfabrik Arena Idé erstellt. Die darin enthaltenen Forderungen der Gewerkschaften für das Pflegepersonal sowie einer überfälligen Reform der Altenpflege werden mit Blick auf die zu pflegenden Menschen und ihrer Pflegekräfte verdeutlicht.

Weitere Informationen zum Projekt erhalten Sie hier:

www.fes.de/on-the-corona-frontline