
Rapport fra Hjemmehjælpskommissionen

HJEMME HJÆLP KOMMIS SIONEN

RAPPORT FRA

*Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer
i centrum for en sammenhængende indsats*

NEDSÆTTELSE AF HJEMMEHJÆLPskomMISSIONEN

Et enigt Folketing besluttede i juni 2012 at nedsætte en Hjemmehjælpskommission, der har haft til opgave at beskrive udfordringerne på hjemmehjælpsområdet og komme med forslag til, hvordan ressourcerne kan anvendes bedst muligt på området.

Kommissionen er sammensat af 12 medlemmer, der er udpeget på baggrund af deres personlige kapacitet og ekspertise indenfor kommissionens fagområder.

Formand:

- Thomas Børner, kommitteret i Finansministeriet

Medlemmer:

- Jørgen Goul Andersen, professor på Institut for Statskundskab, Aalborg Universitet
- Helene Bækmark, administrerende direktør i Ældre- og Handicapforvaltningen, Odense Kommune
- Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd
- Kirsten Feld, formand for Roskilde Kommunes Ældreråd og tidligere formand for Danske Ældreråd
- Bjarne Hastrup, administrerende direktør i Ældre Sagen
- Tina Jørgensen, centerchef for Social, Sundhed og Ældre, Stevns Kommune
- Lillian Knudsen, landsformand for LO Faglige Seniorer
- Jakob Scharff, markedschef i Oplevelse og velfærd, Dansk Erhverv
- Mette Rose Skaksen, branchedirektør i DI Service, Dansk Industri
- Karen Stæhr, formand for Social- og sundhedssektoren, FOA
- Jes Søgaard, Adjungeret professor på Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet.

Kommissionen har afholdt i alt 11 møder og 1 seminar med oplæg fra praktikere og eksperter på området.

KOLOFON

Titel: Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats
Udgivet af: Hjemmehjælpskommissionen, Sekretariatet, juli 2013

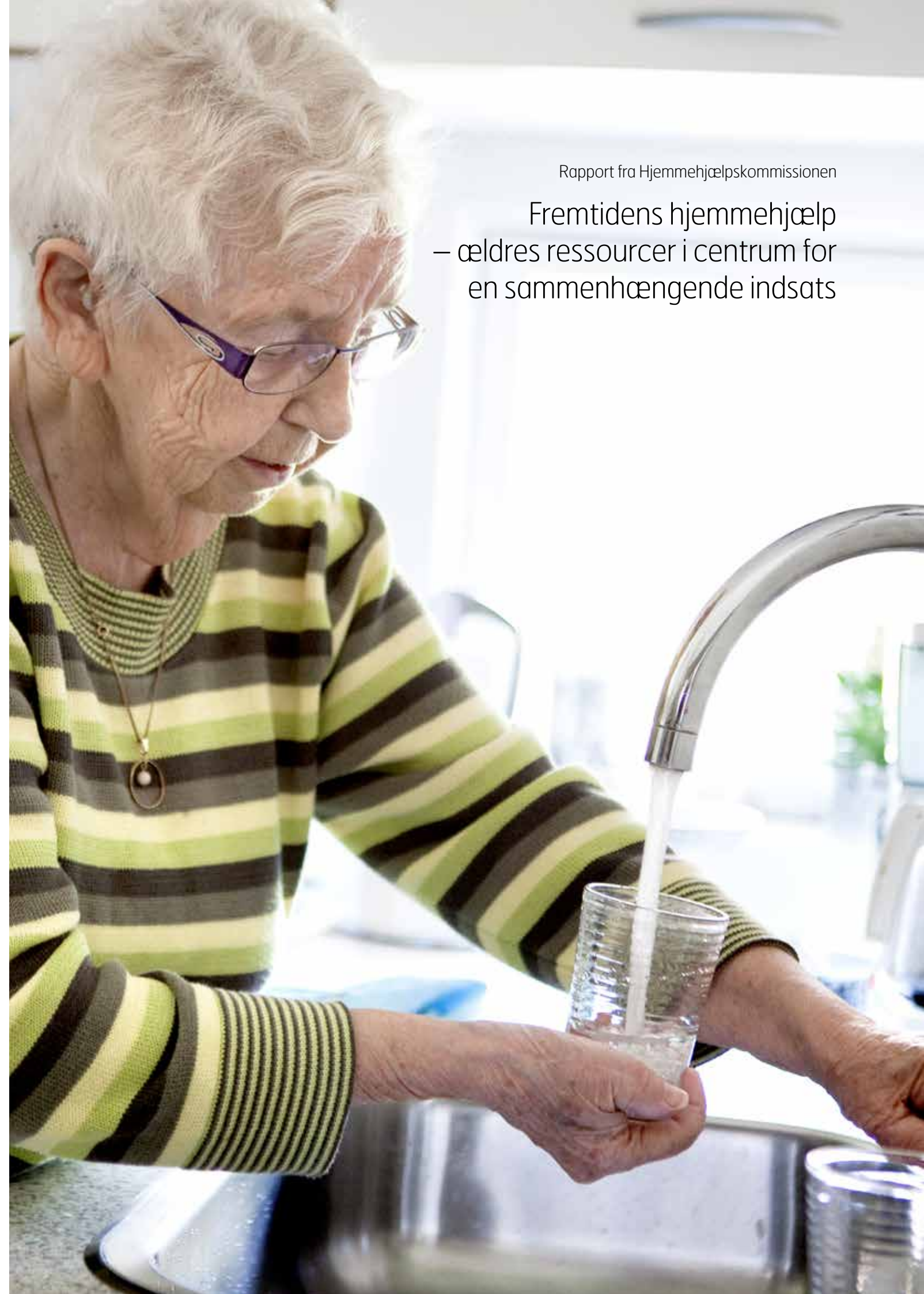
Design og produktion: mouret & co
Oplag: 1.000
Fotos: Mikkel Hindhede og Mikal Schlosser

ISBN: 978-87-7546-411-1 (trykt udgave)
ISBN: 978-87-7546-410-4 (online-udgave)

Publikationen kan bestilles hos
Social- og Integrationsministeriet
Holmens Kanal 22
1060 København K
E-post: p-lex@sm.dk

Rapport fra Hjemmehjælpskommissionen

Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats



INDHOLD

Kapitel 1 / Indledning	7
Kapitel 2 / Sammenfatning og anbefalinger	13
Kapitel 3 / Ældregruppen – i dag og i fremtiden	23
Kapitel 4 / Hjemmehjælp i dag	35
Kapitel 5 / Et paradigmeskifte – omlægning af kommunernes praksis på hjemmehjælpsområdet	49
Kapitel 6 / Den fremadrettede indsats	55
6.1 Forebyggelse – et aktivt ældreliv	56
6.2 Træning og rehabilitering – fokus på borgernes ressourcer	67
6.3 Hjælp til svage borgere – tryghed i indsatsen	79
Kapitel 7 / Organisering og ledelse	87
Kapitel 8 / Medarbejdernes kompetencer	105
Kapitel 9 / Dokumentation og viden om effekter	113
Kapitel 10 / Digital velfærd	121
Kapitel 11 / Den frivillige sociale indsats	131
Bilag 1. Kommissorium for Hjemmehjælpskommissionen	136
Bilag 2. Hjemmehjælpskommissionens arbejdsform	138



Kapitel 1.

INDLEDNING

Kapitlet giver en introduktion til kommissionens arbejde og afgrænsningen heraf.

Hjemmehjælpsområdet udgør en central del af indsatsen for mange ældre borgere i eget hjem. I 2012 fik ca. 133.000 borgere over 65 år hjemmehjælp. Den demografiske udvikling betyder, at der i løbet af de kommende år vil ske en markant stigning i antallet af ældre. Selvom dansk økonomi er forberedt på de demografiske udfordringer, er det vigtigt at overveje, om ressourcerne kan udnyttes bedre, så der bliver mere velfærd for pengene.

En del af fremtidens ældre forventes at være mere ressourcestærke end tidligere generationer af ældre borgere. Flere vil have et godt helbred og ressourcer til at bevare kontrollen med og tage ansvaret for deres eget liv – også i de sene år af livet. Det er dog væsentligt at være opmærksom på, at der også vil være flere ældre, som ikke er så ressourcestærke, og som har langvarige sygdomme. En del af denne gruppe vil have omfattende og komplekse plejebehov og vil have få eller ingen ressourcer til at klare sig uden hjælp. Alene ud fra viden om udviklingen i antallet af borgere med demens forventes der at være en voksende gruppe af svage ældre med komplekse plejebehov.

Det er kommissionens opfattelse, at fremtidens ældrepleje skal tage afsæt i det mere differentierede ældrebillede, som tegner sig i disse år. Der skal tages højde for det potentiale, som den voksende gruppe af ressourcestærke ældre kan bidrage med, og samtidig skal det sikres, at der er den rette hjælp og støtte til de borgere, som er svage og har brug for omfattende hjælp. Ældre skal i langt højere grad, end tilfældet er i dag, have hjælp til at leve så uafhængigt et liv som muligt og samtidig mødes med forventninger om, at alle deres ressourcer skal bringes i spil.

I denne rapport fremlægges i alt 29 anbefalinger, som tilsammen skal bidrage til at sikre en bedre og mere sammenhængende indsats for ældre borgere i eget hjem, der på grund af funktionsnedsættelser har brug for hjælp i dagligdagen. Kommissionen

lægger vægt på, at ældre borgere via systematiske og tværfaglige rehabiliterende forløb hjælpes til at kunne klare sig selv længst muligt, og at svage ældre, som ikke kan blive helt eller delvist selvhjulpne, tilbydes en indsats af høj kvalitet baseret på værdier som tryghed og værdighed. Kommissionen er optaget af, hvordan borgere i eget hjem kan sikres en mere helhedsorienteret og sammenhængende indsats. Mange ældre borgere modtager flere forskellige ydelser, og det er derfor væsentligt, at hjemmehjælp ikke ses isoleret, men som en del af en bredere indsats.

Afgrænsning af kommissionens arbejde

Kommissionens arbejde fokuserer på hjemmehjælpen (defineret som praktisk hjælp, personlig pleje og madservice) samt andre ydelser i serviceloven, der leveres til ældre borgere i eget hjem, bl.a. forebyggende indsatser, aflastningstilbud og ydelser med et rehabiliterende sigte, herunder træning. Sundhedsområdet, herunder hjemmesygeplejen, er ikke en del af kommissoriet, men kommissionen har fundet det relevant at se på samspillet mellem hjemmehjælp og sundhedsydelser.

Målgruppen afgrænses til ældre borgere i eget hjem. Kommissionen har valgt at definere ældre borgere som personer over 65 år, da det er den nuværende folkepensionsalder. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at flere af de centrale ydelser, herunder hjemmehjælp, tildeles efter behov frem for alder og dermed også til yngre borgere med fx et handicap.¹ Det er kommissionens opfattelse, at mange af rapportens overvejelser og anbefalinger også er relevante for personer under 65 år. Der bør dog i opfølgningen på kommissionens arbejde tages højde for, at kommissionen særskilt har haft til opgave at se på gruppen af ældre borgere, og at der kan være andre hensyn, når det gælder borgere under 65 år.

Borgere i eget hjem er i denne sammenhæng defineret som borgere, der ikke bor i plejebolig, plejehjem, friplejebolig eller lignende.

De økonomiske rammer for kommissionens arbejde

Kommissionen har haft til opgave at komme med forslag til konkrete forbedringer af indsatsen i hjemmehjælpen inden for de eksisterende økonomiske rammer. Det betyder, at kommissionens anbefalinger samlet set ikke må medføre merudgifter. Kommissionen har dog ikke foretaget en egentlig beregning af anbefalingernes økonomiske konsekvenser.

Rapportens struktur

I **kapitel 2** sammenfattes kommissionens overvejelser, og alle 29 anbefalinger opsummeres.

I **kapitel 3** præsenteres fakta om ældregruppen i dag og i fremtiden. Hvordan ser den demografiske

udvikling ud, og hvordan er de ældres helbreds- og økonomiske forhold? Endvidere gennemgås tal for de ældres økonomi, boligsituation og sociale forhold.

I **kapitel 4** beskrives hjemmehjælpsområdet, som det ser ud i dag. Der indledes med et kort tilbageblik på hjemmehjælps historie. Derefter beskrives de lovgivningsmæssige rammer. Kapitlet tegner desuden et billede af hjemmehjælpsmodtagerne, udgifterne til hjemmehjælp og hjælpens omfang. Endvidere beskrives hjemmehjælps betydning for modtagernes livskvalitet.

I **kapitel 5** præsenteres det paradigmeskifte i den kommunale praksis, som bør udgøre afsættet for fremtidens indsats på hjemmehjælpsområdet.



¹ / Der var ca. 25.000 borgere under 65 år, der modtog hjemmehjælp i eget hjem i 2012.

I kapitel 6 beskrives den fremadrettede indsats på hjemmehjælpsområdet. Indledningsvist ses der på den forebyggende indsats, og hvorledes en tidlig indsats kan mindske behovet for hjemmehjælp samt forebygge bl.a. uhensigtsmæssige genindlæggelser hos modtagere af hjemmehjælp.

Efterfølgende ses der på, hvorledes man via en systematisk træning og rehabiliterende indsats kan understøtte borgerne i at blive mere selvhjulpne.

Endelig beskrives det, hvad der kan bidrage til at sikre en indsats af høj kvalitet for de ældre, der er så svage, at en rehabiliterende indsats hverken vil gøre dem helt eller delvist i stand til at klare dagligdagen selv.

I Kapitel 7 ses der på, hvorledes organiseringen og tilrettelæggelsen af indsatsen på hjemmehjælpsområdet kan have afgørende betydning for, hvordan der kan skabes kvalitet og sammenhæng i indsatsen for borgerne.

I kapitel 8 beskrives medarbejdernes uddannelsesmæssige baggrund og forudsætninger for at kunne udføre de fremtidige opgaver i hjemmeplejen.

I kapitel 9 ses der på dokumentationskravene i hjemmeplejen og behovet for øget fokus på resultaterne af indsatsen.

I kapitel 10 beskrives perspektiver og udfordringer i arbejdet med digital velfærd på hjemmehjælpsområdet.

I kapitel 11 beskrives afslutningsvis den frivillige sociale indsats og samspillet mellem kommuner og frivillige.

I bilag 1 ses Hjemmehjælpskommissionens kommissorium, og **i bilag 2** er der en beskrivelse af kommissionens arbejdsform.



Kapitel 2.

SAMMENFATNING OG ANBEFALINGER

Kapitlet opsummerer kommissionens 29 anbefalinger.

Et mere differentieret ældrebillede

Kommissionen tager afsæt i, at der bliver flere ældre i fremtiden, og at de ældre fremover vil udgøre en mere differentieret gruppe. Mange af fremtidens ældre forventes at være ressourcestærke på en lang række områder: et godt helbred, et godt socialt netværk, et aktivt fritidsliv og en god økonomi. De vil have flere ressourcer til at tage ansvar for deres eget liv og klare sig selv – også i de sene år af livet. Samtidig vil der være ældre med behov for hjælp i varierende omfang. Der vil være en stigende andel af ældre, hvis hjælpebehov må forventes at kunne løses i form af hjælp til selvhjælp og egenomsorg. Men der vil også være en gruppe ældre med omfattende og komplekse plejebehov og med få eller ingen ressourcer til at klare sig uden hjælp. Det skyldes især forventningen om en stor stigning i antallet af borgere med demens og kroniske lidelser samt en tendens til stigende ulighed i sundhed.

Den fremtidige indsats på hjemmehjælpsområdet skal tage afsæt i det mere differentierede ældrebillede, der tegner sig i disse år. Den skal tage højde for det potentielle, som den voksende gruppe af ressourcestærke ældre kan bidrage med, og samtidig skal det sikres, at der er den rigtige hjælp og støtte til svage ældre, der har brug for omfattende hjælp.

Behov for et paradigmeskifte – omlægning af praksis på hjemmehjælpsområdet

Hjemmehjælpen har i mange år fokuseret på at tage over for den ældre borger og løse de konkrete opgaver, som borgeren ikke selv kan klare. Fokus har i mindre grad været på at gøre noget ved det bagvedliggende problem – nemlig den nedsatte funktionsevne. Der er behov for grundlæggende at gentænke måden at ansøge hjemmehjælpen på, så hjælpen bliver mere i overensstemmelse med servicelovens oprindelige målsætning om ”hjælp-til-selvhjælp” og fremme af den enkeltes mulighed for at klare sig selv. Dette paradigmeskifte i den kommunale praksis – et skifte fra at gøre

noget for borgerne til at gøre noget i samarbejde med borgerne – skal understøttes gennem en styrket forebyggelsesindsats, en mere systematisk rehabiliteringsindsats og en øget målretning af indsatsen i forhold til svage ældre, som har omfattende og komplekse behov.

Forebyggelse – fremme af et aktivt ældreliv

Den forebyggende indsats skal indledes tidligt, og helst før borgerne selv henvender sig for at få hjælp. Der er behov for at have særlig fokus på gruppen af socialt udsatte ældre, som ofte er vanskelige at nå, selvom de måske har allermest gavn af forebyggende indsatser.

Det mere differentierede ældrebillede gør det relevant at se på det aldersbaserede kriterium for forebyggende hjemmebesøg og sikre en øget målretning af indsatsen. Aldersgrænsen for obligatoriske tilbud om forebyggende hjemmebesøg bør således hæves fra 75 til 80 år, ligesom der bør være krav om, at ældre under 80 år i særlige risikogrupper skal have tilbud om en forebyggende indsats.

Samtidig skal den forebyggende indsats i hjemmeplejen styrkes. Frontmedarbejderne i hjemmeplejen er i hyppig og direkte kontakt med borgerne, og de har derfor gode muligheder for både at understøtte borgerne i en sund livsstil og at foretage tidlig opsporing af ændringer i borgernes tilstand og adfærd. Det er vigtigt, at kommunerne implementerer effektive værktøjer til tidlig opsporing samt sikrer kompetenceudvikling af medarbejderne inden for forebyggelse.

Træning og rehabilitering –fokus på borgernes ressourcer

Der er på nuværende tidspunkt tilvejebragt en del dokumentation for, at både den enkelte ældre samt kommunen kan få gavn af at arbejde med en rehabiliterende indsats. I det videre arbejde med omlægning af indsatserne bør den eksisterende viden bruges aktivt. Der er dog brug for, at der sker en mere systematisk do-

kumentation og tilvejebringes mere evidensbaseret viden om effekterne af rehabilitering.

Rehabilitering på hjemmehjælpsområdet bør tage afsæt i en bred og fælles forståelse af rehabiliteringsbegrebet. Det betyder bl.a., at rehabilitering ikke kun er rettet mod fysisk funktionsnedsættelse, men også omfatter indsatser rettet mod den psykiske og den sociale funktionsnedsættelse. Samtidig bør målgruppen for rehabilitering på hjemmehjælpsområdet defineres bredt og rumme ikke alene ældre, der kan profitere af et tidsafgrænset rehabiliteringsforløb, men også svage ældre med komplekse plejebehov, som kan have gavn af længerevarende hjælp med rehabiliterende sigte.

Rehabiliteringsforløb på hjemmehjælpsområdet foreslås tilrettelagt ud fra følgende 8 grundprincipper: 1) Borgerens aktive deltagelse i forløbet, 2) Individuel og fleksibel tilrettelæggelse med afsæt i borgerens behov og ressourcer, 3) Helhedsorienteret tilgang i forhold til borgerens samlede livssituation, 4) Målorientering og tidsperspektiv, 5) Tværfagligt og tværsektorielt, 6) Koordination, 7) Planlægning, 8) Vidensbaseret og kvalitet. Grundprincipperne understøtter en mere systematisk måde at arbejde med rehabilitering på.

Den rehabiliterende tankegang indebærer, at der skal ses på, om borgerne har ressourcer og potentielle til at forbedre deres funktionsevne, før der kan tages endelig stilling til behovet for kompenserende hjælp. Det er vigtigt at være opmærksom på, at den enkelte borger skal have en central rolle i både tilrettelæggelsen og gennemførelsen af rehabiliteringsforløbet. Borgeren skal selv være med til at fastsætte mål for forløbet og være en aktiv medspiller i hele forløbet. Den konkrete dialog med og motivation af den enkelte borger er en afgørende forudsætning for et gensidigt udbytte af indsatsen.

Borgerne skal samtidig kunne være trygge ved, at de får den nødvendige hjælp og støtte undervejs, samt at



der løbende følges op og tages hånd om eventuelle forværringer – også når rehabiliteringsforløbet er afsluttet. For borgerne er det afgørende, at den rehabiliterende indsats bidrager til oplevelsen af at være i positiv bevægelse på vej mod sine mål. Er der ikke balance mellem borgerens egen indsats og positive oplevelser af at bevæge sig mod de fastsatte mål, så skal der foretages de nødvendige ændringer. Ændringerne kan fx bestå i at justere i indsatsen eller at ændre målene. Hvis borgeren vedvarende ikke magter opgaven, indgår det i en faglig vurdering, om borgeren skal tilbydes anden hjælp.

Hjælp til svage borgere – tryghed i indsatsen

Den rehabiliterende tankegang skal fremover være styrende for indsatsen på hjemmehjælpsområdet, men der vil altid være borgere, der er så svage, at en rehabiliterende indsats hverken helt eller delvist vil gøre dem i stand til selv at klare dagligdagen. Disse svage borgere skal fortsat kunne tilbydes kompenserende hjælp.

Manglende social kontakt og ensomhed er et stort problem blandt ældre, der modtager omfattende hjælp og pleje. Selvom det ikke er hjemmeplejens opgave at

være borgernes sociale netværk, bør medarbejderne have øje for det hele menneske og observere den ældres samlede situation – også på det psykiske og sociale plan. Gennem dialog kan medarbejderne støtte ensomme borgere og facilitere, at borgerne eksempelvis kommer i et dagcenter eller får kontakt til tilbud i frivilligt regi, fx en spiseven.

I den fremadrettede indsats er det væsentligt at være opmærksom på, at flere ældre i eget hjem vil have omfattende pleje- og behandlingsbehov og typisk modtage flere forskellige ydelser ud over hjemmehjælp. De mere komplekse behov stiller nye krav til indsatsen på hjemmehjælpsområdet, som først og fremmest skal have fokus på at skabe sammenhængende og koordinerede borgerforløb. Det er ligeledes vigtigt, at medarbejderne har de nødvendige faglige kompetencer til at løfte de ofte komplekse pleje- og behandlingsopgaver. Endelig bør der også over for svage ældre arbejdes med en rehabiliterende tilgang. Der bør hele tiden være fokus på borgerens mål for forløbet, og hvordan borgerens egne ressourcer kan bringes i spil med henblik på at gøre borgeren mindre afhængig af hjælp eller hindre yderligere funktionstab.

Organisation og ledelse skal fremme en sammenhængende indsats

Organiseringen af hjemmehjælpsområdet har stor betydning for kvaliteten og sammenhængen i indsatsen over for borgerne. Typisk vil borgerne modtage flere forskellige indsatser på samme tid (fx både hjemmehjælp, hjemmesygepleje, træning og hjælpemidler), og det er derfor vigtigt, at der sker en løbende koordinering på tværs af indsatser og faggrupper – både internt i kommunen og på tværs af sektorer. Dialog og samarbejde mellem visitator og leverandør er bl.a. en central forudsætning for, at borgerne oplever et godt og sammenhængende forløb på hjemmehjælpsområdet.

Kommunernes organisering bør sikre en effektiv understøttelse af den rehabiliterende indsats. Organisationen bør sætte medarbejderne i stand til at mestre en

tværfaglig og helhedsorienteret indsats, der reelt tager udgangspunkt i borgerens behov. Det forudsætter bl.a., at man går bort fra den traditionelle funktionsopdelte organisationsform, og at der fra top til bund i den kommunale organisation er et kontinuerligt ledelsesfokus på omlægningen til rehabiliterende indsatser. Endelig bør der etableres en økonomisk incitamentsstruktur i kommunerne, som tilskynder både offentlige og private leverandører til at arbejde målrettet med rehabilitering og forfølge øget kvalitet, målopfyldelse og effekt for borgerne.

Der bør ligeledes arbejdes på at skabe mere sammenhængende borgerforløb i kommunerne. Det kan bl.a. være relevant med en mere tværfaglig visitation på ældreområdet, hvor medarbejdere i visitationen har de nødvendige faglige forudsætninger for at sammenholde behovet for hjemmehjælp med behovet for ydelser som fx træning, hjælpemidler og hjemmesygepleje. Derudover bør ældre borgere, der har komplekse behov og modtager flere forskellige ydelser – fx både hjemmehjælp, hjemmesygepleje og træning – få tilbud om én samlet handleplan for indsatsen. Handleplanen skal gå på tværs af indsatsområderne, have fokus på borgernes mål og understøtte samarbejdet mellem alle involverede parter.

Medarbejdere klædt på til fremtiden

Udviklingen i hjemmehjælpen stiller nye krav til medarbejdernes kompetencer. Det gælder ikke mindst omlægningen til rehabiliterende indsatser, som betyder, at medarbejderne skal have større fokus på at arbejde tværfagligt og støtte borgerne i at gøre tingene selv gennem motiverende og pædagogiske tiltag. Samtidig skal medarbejderne være klædt på til at håndtere de mere komplekse borgerforløb og den øgede brug af digital velfærd.

Der er i dag mange dygtige og engagerede medarbejdere i hjemmehjælpen, og den seneste ændring af social- og sundhedsuddannelsen har det rigtige fokus i forhold til de fremtidige udfordringer på området. Det tager dog

tid, inden ændringens virkninger slår igennem, og der er fortsat en del uuddannede medarbejdere i sektoren. Kommunerne og de private leverandører bør derfor løbende have fokus på at sikre, at medarbejderne har de nødvendige faglige kompetencer og relevante uddannelser til at udføre de nye opgaver i hjemmeplejen.

Dokumentation med fokus på kvalitet

Flere kommuner har på det seneste valgt at løse op for registreringskravene til de udførende medarbejdere i hjemmeplejen. Det er positivt, fordi det giver medarbejderne en bedre mulighed for at sikre høj faglig kvalitet i dokumentationen af det enkelte borgerforløb, herunder at følge op på mål, indsatser og effekter. Kernen i de udførende medarbejders dokumentationsindsats bør være kvalitetsopfølgning og koordination frem for tidsregistrering og dokumentation af, at medarbejderne har været i borgerens hjem.

Et fremtidigt fokuspunkt består i at sikre en mere optimal brug af it-systemerne på ældreområdet. Det er vigtigt, at kommunernes omsorgssystemer taler sammen og allerhelst er integrerede på tværs af de forskellige fagområder, og at der er ensartede procedurer for, hvordan der dokumenteres og arbejdes med borgerens mål. Det er også vigtigt, at der opstilles fælles nationale mål for den faglige kvalitet på hjemmehjælpsområdet, som gør det muligt at monitorere kvalitet og målopfyldelse i indsatsen og samtidig sætter borgerne i stand til at foretage sammenligninger på tværs af kommuner og leverandører.

Perspektiver i digital velfærd

Velfærdsteknologier og digitale løsninger, der er velafprøvede og som implementeres og bruges på hensigtsmæssig vis i dialog med borgerne, vil uden tvivl være en central del af løsningen på de kommende års udfordringer på ældreområdet. Det skyldes ikke mindst, at velfærdsteknologier kan give smartere og mere fleksible muligheder for, at borgerne selv kan klare konkrete opgaver og dermed forblive uafhængige af hjælp i længere tid.

Digital velfærd kan ikke alene styrke kvaliteten i hjælpen, men også understøtte en effektiv prioritering af ressourcerne. Derfor er det rimeligt at inddrage brug af teknologier i vurderingen af, hvilke opgaver en borger er eller kan blive i stand til at løse selv. Der skal dog ydes støtte til de ældre borgere, som har meget vanskeligt ved at håndtere teknologiske løsninger. Hvis borgerne ikke kan gøres trygge ved eller ikke magter at anvende en teknologisk løsning, eller hvis teknologien ikke på fornuftig vis løser borgerens behov for hjælp, skal kommunen finde andre løsninger.

Der bør i det fremadrettede arbejde bl.a. være fokus på at sætte brugerne af teknologien i centrum, at fokusere på borgernes parathed og skabe tryghed samt at tilpasse arbejds gange og arbejdskultur. Endelig bør kommunernes arbejde med teknologier i hjemmeplejen understøttes af en systematiseret opsamling af viden om erfaringer med brug af de forskellige velfærdsteknologiske og digitale løsninger.

Optimale rammer for den frivillige sociale indsats

Der er et stort potentiale for at udvikle den frivillige sociale arbejde over for ældre borgere i eget hjem. Det er vigtigt, at der både nationalt og kommunalt fortsat arbejdes for at skabe gode rammer for den frivillige sociale indsats på området.

Rygraden i det danske velfærdssamfund er den service, som det offentlige leverer til borgerne. Hjemmehjælpen skal derfor fortsat stå for de ydelser, som borgeren er visiteret til, men de frivillige skal i højere grad ses som en vigtig samarbejdspartner, der kan hjælpe de ældre borgere på mange forskellige måder. Det gælder ikke mindst i relation til indsatsområder som ensomhed, forebyggelse og digitalisering. Kommunerne skal derfor løbende være i dialog med de frivillige om, hvordan samarbejdet skal være, og hvordan kommunerne på den bedst mulige måde skaber kontakt mellem borgerne og de frivillige.

Liste over anbefalinger

Et paradigmeskifte

Anbefaling 1

Kommissionen anbefaler, at fremtidens hjemmehjælp tager afsæt i det igangværende paradigmeskifte i kommunerne, hvor:

- Borgere, der har et potentiale for at forbedre deres funktionsevne, hjælpes til så vidt muligt selv at klare dagligdagen og dermed forblive uafhængige af hjælp længst muligt
- Borgere, der har omfattende og komplekse plejehov, modtager en mere kompenserende hjælp, der er koordineret med sygeplejefaglige indsatser.

Forebyggelse

Anbefaling 2

Kommissionen anbefaler, at kommunerne i den forebyggende indsats øger opmærksomheden på gruppen af socialt udsatte ældre, og at dette arbejde understøttes gennem tilvejebringelse af ny viden om effektive indsatser på området.

Anbefaling 3

Kommissionen anbefaler, at forebyggende hjemmebesøg tilrettelægges mere målrettet og fleksibelt, herunder:

- at aldersgrænsen for obligatoriske tilbud om forebyggende hjemmebesøg forhøjes fra 75 til 80 år
- at ældre under 80 år i særlige risikogrupper skal have tilbud om forebyggende hjemmebesøg
- at der i øget omfang anvendes screeningsværktøjer til vurdering af borgerens behov for forebyggende indsatser
- at der åbnes op for gruppebaserede tilbud frem for udelukkende individuelle besøg i borgerens eget hjem.

Anbefaling 4

Kommissionen anbefaler, at kommunerne styrker forebyggelsesindsatsen i hjemmeplejen, herunder

- implementerer eksisterende effektive værktøjer til tidlig opsporing hos ældre borgere
- sikrer kompetenceudvikling af medarbejderne inden for forebyggelse.

Træning og rehabilitering

Anbefaling 5

Kommissionen anbefaler, at kommuner og relevante statslige myndigheder sikrer, at der sker en systematisk dokumentation og tilvejebringes mere evidensbaseret viden om effekter af rehabilitering.

Anbefaling 6

Kommissionen anbefaler, at kommunerne arbejder systematisk med rehabiliteringsforløb på hjemmehjælpsområdet ud fra en bred og fælles forståelsesramme, hvor både den fysiske, psykiske og sociale dimension indgår. Indsatsen bør baseres på følgende grundprincipper:

- Borgerens aktive deltagelse i forløbet
- Individuel og fleksibel tilrettelæggelse med afsæt i borgerens behov og ressourcer
- Helhedsorienteret tilgang i forhold til borgerens samlede livssituation
- Målorientering og tidsperspektiv
- Tværfagligt og tværsektorielt
- Koordinering
- Planlægning
- Vidensbaseret og kvalitet.

Anbefaling 7

Kommissionen anbefaler, at målgruppen for rehabilitering på hjemmehjælpsområdet defineres bredt, således at målgruppen både omfatter borgere, som kan profitere af et tidsafgrænset rehabiliteringsforløb, samt borgere med meget komplekse behov, der kan have gavn af længerevarende hjælp med et rehabiliterende sigte.

Anbefaling 8

Kommissionen anbefaler, at kommunerne løbende har fokus på, at motivationen af og dialogen med den enkelte borger og dennes pårørende er et vigtigt omdrejningspunkt i et rehabiliteringsforløb.

Hvis borgeren er vedvarende demotiveret og ikke magter opgaven, indgår det i en faglig vurdering, om borgeren skal tilbydes anden hjælp.

Anbefaling 9

Kommissionen anbefaler, at der tilvejebringes et lovgrundlag, som understøtter kommunerne i at arbejde med rehabiliteringsforløb ud fra en fælles og bred forståelsesramme.

Anbefaling 10

Kommissionen anbefaler, at servicelovens sontring mellem midlertidig og varig hjælp på hjemmehjælpsområdet ophæves.



Hjælp til svage borgere

Anbefaling 11

Kommissionen anbefaler, at kompenserende hjælp målrettes svage ældre, som efter en faglig vurdering enten ikke har potentiale til at indgå i et rehabiliteringsforløb, eller som efter endt rehabiliteringsforløb fortsat har brug for hjælp.

Anbefaling 12

Kommissionen anbefaler, at kommunerne i tilrettelæggelsen af indsatsen over for svage borgere med omfattende og komplekse behov arbejder ud fra følgende 3 kvalitetsparametre:

- at skabe sammenhængende og koordinerede borgerforløb
- at tage afsæt i borgernes egne mål og ressourcer og sikre løbende opfølgning
- at sikre fagligt kompetente medarbejdere, som kan løfte de mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver.

Organisering og ledelse

Anbefaling 13

Kommissionen anbefaler, at kommunerne sikrer hyppig og relevant opfølgning og dialog mellem myndighed og leverandør i borgerforløbet.

Anbefaling 14

Kommissionen anbefaler, at kommunerne begrænser den detaljerede styring af tid og enkeltydelser med henblik på at sikre større fleksibilitet og mere plads til faglighed i mødet mellem borger og medarbejder.

Anbefaling 15

Kommissionen anbefaler, at kommunernes organisation og ledelse effektivt og tydeligt understøtter en rehabiliterende indsats med tværfaglige og sammenhængende borgerforløb.

Anbefaling 16

Kommissionen anbefaler, at kommunerne udvikler og arbejder med afregningsmodeller, der giver både private og offentlige leverandører et økonomisk incitament til at arbejde målrettet med en rehabiliterende indsats og forfølge øget kvalitet, målopfyldeelse og effekt for borgerne.

Anbefaling 17

Kommissionen anbefaler, at kommunerne arbejder med en tværfaglig visitation på ældreområdet, hvor behovet for hjemmehjælp sammenholdes med behovet for fx hjælpemidler, træning og hjemmesygepleje.

Anbefaling 18

Kommissionen anbefaler, at kommunerne organiserer sig med henblik på at sikre tæt samarbejde og faglig sparring mellem udførende medarbejdere i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.

Anbefaling 19

Kommissionen anbefaler, at kommunerne udarbejder en samlet handleplan for indsatsen over for ældre borgere, der har komplekse behov og modtager flere forskellige kommunale ydelser – fx både hjemmepleje, hjemmesygepleje og træning.

Medarbejdernes kompetencer

Anbefaling 20

Kommissionen anbefaler, at det fremadrettet sikres, at medarbejderne hos både kommunale og private leverandører har de nødvendige faglige kompetencer og relevante uddannelser til at udføre de nye opgaver på hjemmehjælpsområdet.

Dokumentation

Anbefaling 21

Kommissionen anbefaler, at kommunerne sikrer en høj faglig kvalitet i dokumentationen af det enkelte borgerforløb, herunder at der arbejdes systematisk med beskrivelse af og opfølgning på mål, indsatser og effekter.

Anbefaling 22

Kommissionen anbefaler, at kommunerne anvender it-løsninger, som giver mulighed for udveksling af oplysninger dels internt i kommunerne på tværs af funktioner og faggrupper, dels eksternt i forhold til sygehuse og praktiserende læger.

Anbefaling 23

Kommissionen anbefaler, at der udarbejdes nationale kvalitetsindikatorer på hjemmehjælpsområdet, som kan:

- fungere som et monitoreringssystem for kvaliteten i indsatsen
- sætte borgerne i stand til at foretage sammenligninger af kvalitet på tværs af kommuner og leverandører.

Digital velfærd

Anbefaling 24

Kommissionen anbefaler, at de relevante myndigheder kontinuerligt har fokus på at udnytte de perspektiver og potentialer, som er forbundet med brug af velfærdsteknologi og digitale løsninger på hjemmehjælpsområdet.

Anbefaling 25

Kommissionen anbefaler, at brugerne sættes i centrum for arbejdet med velfærdsteknologi på hjemmehjælpsområdet, herunder

- at den brugeroplevede kvalitet får en central plads i såvel udvikling som implementering af teknologien
- at borgere, der er utrygge ved teknologien, mødes med forståelse og særlig opmærksomhed
- hvis en borgere ikke kan gøres tryk ved eller ikke magter at bruge teknologien, eller hvis teknologien ikke på fornuftig vis løser borgerens behov for hjælp, skal kommunen vurdere behovet for andre løsninger.

Anbefaling 26

Kommissionen anbefaler, at medarbejderne i hjemmeplejen er fagligt klædt på til at håndtere teknologierne og til at introducere dem over for borgerne.

Anbefaling 27

Kommissionen anbefaler, at der sker en systematisk opsamling af viden om kommunale erfaringer med udvikling og implementering af velfærdsteknologier og digitale løsninger på hjemmehjælpsområdet.

Den frivillige sociale indsats

Anbefaling 28

Kommissionen anbefaler, at der både nationalt og kommunalt fortsat arbejdes for at skabe gode rammer for den frivillige sociale indsats på ældreområdet.

Anbefaling 29

Kommissionen anbefaler, at kommunerne løbende har fokus på at inddrage foreninger, organisationer og øvrige frivillige i indsatsen over for ældre borgere i eget hjem.



Kapitel 3.

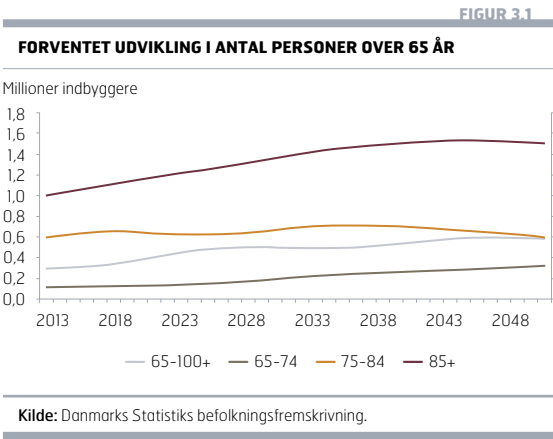
ÆLDREGRUPPEN – I DAG OG I FREMTIDEN

Kapitlet præsenterer fakta om ældregruppen i dag og i fremtiden. Der ses på den demografiske udvikling og på de ældres helbred, økonomi, boligsituation og sociale forhold.

De fleste modtagere af hjemmehjælp befinder sig i de ældste aldersgrupper i befolkningen. Det er derfor interessant at se nærmere på, hvad der karakteriserer ældregruppen, og hvilke udviklingstendenser der ser ud til at være. Ældregruppen afgrænses her til at omfatte personer over 65 år, da det er den nuværende folkepensionsalder. Pensionsalderen forhøjes dog gradvist i de kommende år, og fremtidens 65-årige vil derfor som udgangspunkt være på arbejdsmarkedet. Dertil kommer, at alder ikke i sig selv siger noget om den enkelte borgers plejebehov, der er mange andre faktorer, som spiller ind, hvilket også vil fremgå nedenfor. Kapitlet omhandler dermed både ældre, som er ressourcestærke på en lang række punkter og ikke har brug for hjælp, og ældre, som har brug for hjælp og støtte i større eller mindre grad.

Demografisk udvikling

Det er velkendt, at den demografiske udvikling indebærer, at der i fremtiden bliver flere ældre og færre yngre i befolkningen. Ifølge Danmarks Statistiks befolkningsprognose vil antallet af ældre i Danmark vokse markant de næste 30 år. Stigningen i ældreandelen er dog mindre udtalt i Norden end i de fleste andre lande. Eksempelvis er ældreandelen i Japan i dag nogenlunde den samme, som den forventes at være i Danmark i 2050.² De fleste modtagere af hjemmehjælp er over 75 år. Antallet af personer over 75 år vil være mere end fordoblet i år 2050 i forhold til antallet i dag. Der vil således være ca. 909.000 personer over 75 år i 2050, hvor der i 2013 er ca. 406.000 personer over 75 år, jf. figur 3.1.



Det er vigtigt at være opmærksom på, at plejebehovet ikke nødvendigvis stiger i samme omfang som antallet af personer med en given alder. Som det beskrives i de følgende afsnit, vil mange af de over 65-årige være sunde og raske og ikke mindst være på arbejdsmarkedet som følge af en stigende pensionsalder, jf. afsnit om folkepensionsalderen. Der er dermed ikke en direkte sammenhæng mellem udviklingen i antallet af ældre og antallet i målgruppen for hjemmehjælp, hvilket også bekræftes af de senere års udvikling på hjemmehjælpsområdet.

Helbred

De ældres helbred og funktionsniveau har afgørende betydning for plejebehovet, og netop på dette punkt viser udviklingen i en række indikatorer tegn på forbedringer hos flere og flere ældre. Funktionsevnen ved bestemte alderstrin vokser således i takt med, at levetiden forlænges. Der er dog også områder, hvor der ikke ses samme positive udvikling i og med, at forekomsten af kroniske sygdomme og demens stiger med alderen.

Selv vurderet helbred og funktionsevne

Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne fra Statens Institut for Folkesundhed belyser ældres selv vurderede helbred.³ Omkring 68 pct. i aldersgruppen 65-84-årige vurderer, at de har et godt eller virkelig godt helbred. 23 pct. vurderer eget helbred til at være nogenlunde, og 10 pct. vurderer, at eget helbred er dårligt eller meget dårligt. Omkring 86 pct. af de ældre vurderer, at de er friske nok til at gøre, hvad de har lyst til, mens 14 pct. mener, at de kun af og til eller aldrig føler sig friske nok.

Med alderen falder andelen, der vurderer eget helbred som virkeligt godt eller godt, og det samme gælder andelen, som føler sig friske nok til at gøre, hvad de har lyst til. Det selv vurderede helbred varierer ligeledes mellem kønnene. Således har mænd en mere positiv vurdering af eget helbred end kvinder, og en større andel af 65-74-årige mænd end kvinder vurderer, at de er friske nok til at gøre, hvad de har lyst til, jf. tabel 3.1.

TABLE 3.1

SELVVURDERET HELBRED BLANDT 65-84-ÅRIGE MÆND OG KVINDER, 2005.

	65-74 år		75-84 år		I alt
Pct.	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	
Selv vurderet helbred (virkelig godt eller godt)	72,6	68,6	65,0	60,5	67,6
Føler sig frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til	91,0	86,2	82,1	82,5	86,3

Kilde: Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 (SUSY 2005), Statens Institut for Folkesundhed.

Andelen af personer over 65 år, der selv vurderer, at de har et godt helbred, er steget siden 1987, jf. tabel 3.2. Det dækker over, at andelen af ældre med god mobilitet er steget fra knap 44 pct. i 1987 til knap 63 pct. i 2005, andelen af ældre med langvarig sygdom er faldet, og andelen af ældre, der føler sig hæmmet af langvarig sygdom, er ligeledes faldet.

TABLE 3.2

ÆLDRES FUNKTIONSEVNE OG HELBREDSTILSTAND, 1987-2005

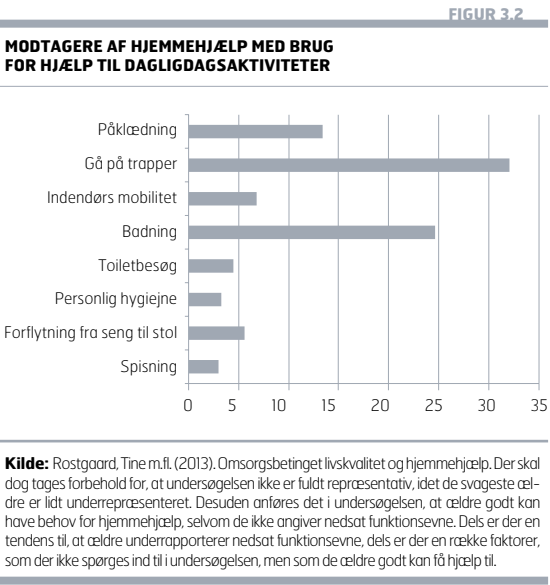
	1987	1994	2000	2005	
Pct.					
Andel med god mobilitet ¹	43,6	47,3	56,2	62,6	
Andel med langvarig sygdom ²	55,2	59,5	59,9	53,5	
Andel med meget hæmmende langvarig sygdom ³	-	26,7	26,0	82,5	

Anm: Fra 1987 til 2000 på baggrund af 67+ årige, i 2005 på baggrund af 65+ årige.
1) God mobilitet er defineret ved personer der svarer, at de uden besvær kan gå 400 meter uden at hvile, gå en etage op eller ned af en trappe uden at hvile og bære 5 kg (fx svarende til en indkøbspose). 2) Sygdom af mindst 6 måneders varighed. 3) Langvarig sygdom som opfattes som meget hæmmende.

Kilde: Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 (SUSY 2005), Statens Institut for Folkesundhed.

Selv vurderet funktionsevne for modtagere af hjemmehjælp

I det følgende ses der nærmere på det fysiske funktionsniveau for personer, der modtager hjemmehjælp. Figur 3.2 viser, hvor stor en del af borgerne, der angiver at have brug for hjælp til en række dagligdagsaktiviteter. Det ses, at meget få er afhængige af hjælp til spisning, toiletbesøg og personlig hygiejne (fx at børste tænder, rede hår, barbere sig og vaske sig i ansigtet). Der er også kun en lille andel, som ikke er selvhjulpne med hensyn til at flytte sig fra seng til stol og bevæge sig rundt indendørs. En lidt større andel har brug for hjælp til påklædning. Ca. en tredjedel af borgerne har besvær med gå på trapper uden hjælp, mens en fjerdedel har brug for hjælp til badning.



2 / Statistics Japan: Statistical Year Book 2012

3 / http://www.sifolkesundhed.dk/upload/aeldrebefolkning_sundhedstilstand.pdf. Der kan være en tendens til at svare mere positivt, end helbredet måske tilsiger. Selv vurderet helbred er ikke desto mindre en god indikator og gør det muligt at differentiere mellem forskellige grupper.

Restlevetid med og uden funktionsbegrænsning

De ældres forbedrede funktionsevne og helbredstilstand afspejler sig også i den forventede restlevetid og antallet af år, ældre forventes at leve med funktionsbegrænsninger. Fra 1994 til 2010 er antallet af forventede leveår for 60-årige steget for både mænd og kvinder. Samtidig er antallet af år med funktionsbegrænsning faldet eller uændret for henholdsvis kvinder og mænd, jf. figur 3.3.a og 3.3.b.



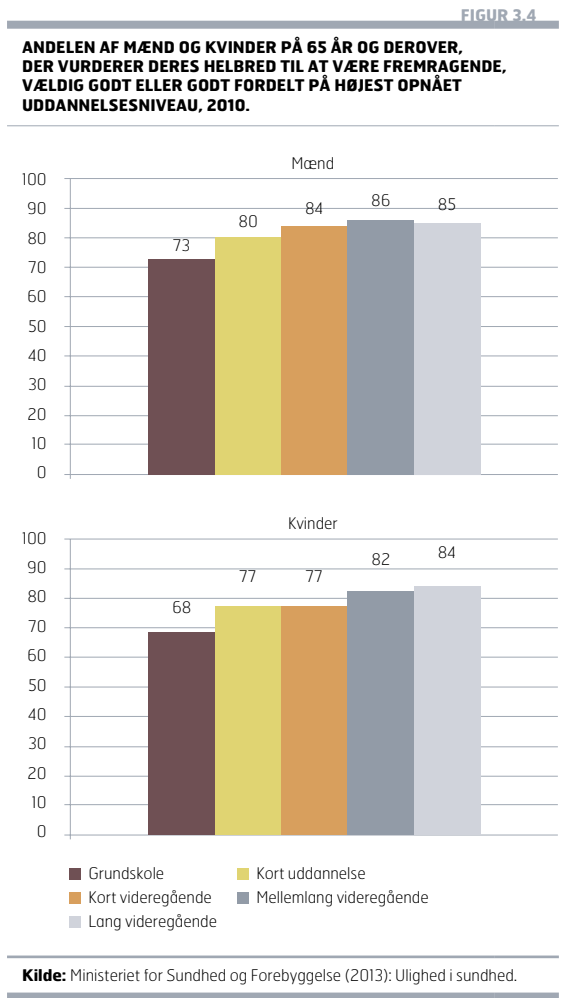
I 2010 kunne en mand på 60 år således forvente at leve knap 3 år længere end i 1994, og tilsvarende er den forventede restlevetid for 60-årige kvinder i perioden 1994 til 2010 steget godt 2 år. Begge køn lever flere år uden funktionsbegrænsning, og de ældre er dermed i stand til at klare sig selv i længere tid. Perioden med funktionsbegrænsning er desuden faldet en smule for kvinder og stort set uændret for mænd. Den længere levetid betyder således ikke, at man har flere år med plejebehov.

Ulighed i sundhed

Der er generelt en tendens til, at ældre med en kort uddannelse har en kortere restlevetid end ældre med en længere uddannelse.⁴ Forskellen i restlevetid har været stigende de sidste 25 år, og det er især rygning og alkohol, der kan forklare den stigende ulighed.⁵ Blandt personer over 65 år er andelen af rygere, overvægtige og fysisk inaktive større blandt lavt uddannede sammenlignet med højt uddannede. Der er derimod en større andel, der overskrider højrisikogrænsen for alkoholindtag blandt personer over 65 år med lang uddannelse end blandt personer med kort uddannelse.⁶

Figur 3.4 viser sammenhængen mellem uddannelsesniveau og selv vurderet helbred for personer over 65 år. Det ses, at personer over 65 år med kort uddannelse i mindre grad vurderer deres helbred til at være fremragende, vældig godt eller godt sammenlignet med personer med lang uddannelse.

Figur 3.4. Andelen af mænd og kvinder på 65 år og derover, der vurderer deres helbred til at være fremragende, vældig godt eller godt fordelt på højest opnået uddannelsesniveau, 2010.



Forsat fokus på sund aldring

Samlet set har den ældre del af befolkningen i de sidste knap 15 år oplevet en stigende fysisk funktionsevne – de ældre både føler sig raskere og er blevet raskere. Udviklingen dækker primært over, at der er sket en væsentlig stigning i antallet af leveår uden funktionsbegrænsninger. Således er også tidspunktet for,

hvornår der bliver behov for hjemmehjælp, udskudt, hvilket afspejler sig i de senere års betydelige fald i andelen af ældre, der modtager hjemmehjælp.

Den gennemsnitlige ældre modtager af hjemmehjælp var i 2011 81 1/2 år.⁷ Hvis antallet af restleveår med funktionsbegrænsninger antages at forblive uændret, og det ligeledes forsimplet antages, at alderen for den gennemsnitlige ældre modtager af hjemmehjælp stiger i samme takt som den forventede levealder for en 65-årig, så vil den gennemsnitlige ældre hjemmehjælpsmodtager være 86 år i 2050.

Det bliver en væsentlig ambition for fremtidens indsats på hjemmehjælpsområdet at understøtte den positive udvikling, hvor antallet af år med funktionsbegrænsninger ikke kun forbliver uændret, men falder – som der blandt kvinderne er set en tendens til siden 1994. Det bør også være ambitionen, at uligheden i sundhed reduceres. Der kan således være særlig grund til at have fokus på de grupper (særligt de kortuddannede), der ikke har oplevet den samme sundhedsmæssige fremgang som den øvrige del af befolkningen.

Indsatsen på bl.a. hjemmehjælpsområdet skal være med til at understøtte og forøge den sunde aldring, således at den enkelte ældre får flere gode leveår uden funktionsbegrænsninger og med høj livskvalitet. Det vil yderligere reducere behovet for pleje ved et givent alderstrin og kan dermed bidrage til yderligere at mindske det udgiftspres, der følger af den demografiske udvikling.

Forekomst af kronisk sygdom

Der er også faktorer, der trækker i en anden retning end den positive tendens med sund aldring. Forekomsten af kronisk sygdom er, som det ses af figur 3.5, tiltagende med alderen. Eksempelvis er andelen af kronisk syge godt 15 pct. for de 45-54-årige, mens

4 / Sundhedsstyrelsen (2011): Ulighed i sundhed – årsager og indsatser.

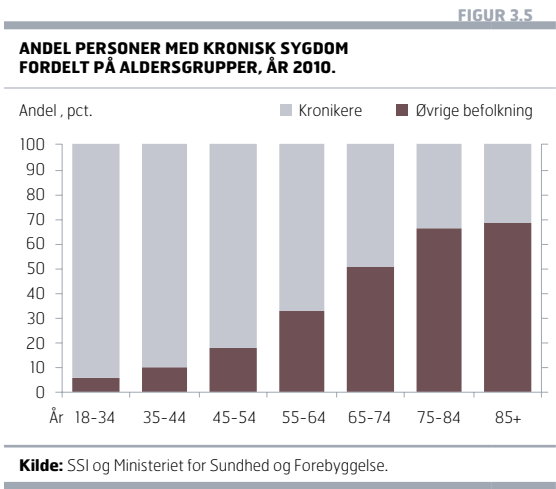
5 / K. Juel & M. B. Kock, Statens Institut for Folkesundhed (2013): Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år..

6 / Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013): Ulighed i sundhed.

7 / Særkørsel fra Danmarks Statistik.

andelen af borgere, der lever med kronisk sygdom, er 50 pct. for de 65–74-årige og ca. 66 pct. for de 75+ årige.

At forekomsten af kroniske sygdomme er stigende med alderen, peger i retning af, at antallet af kronikere vil stige i takt med, at vi lever længere. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at den forebyggende indsats og mulighederne for at leve godt med en kronisk sygdom har betydning for, hvordan stigningen i antallet af kronikere vil påvirke fremtidens plejebehov.



Demens

Demenssygdomme er hyppige blandt den ældre del af befolkningen, og medmindre der opdages en effektiv behandling mod demens, kan det også forventes at være tilfældet i fremtiden.

Det anslås i dag, at mere end en femtedel af de borgere, som lever til 85 års-alderen, vil få en demenssygdom. Godt 80.000 borgere lever med en demenssygdom i Danmark. Det vides ikke, hvor store forbedringer der kan opnås gennem forebyggelse eller eventuelle medicinske gennembrud, men uden

sådanne forbedringer må antallet af personer med demens i grove træk forventes at følge den demografiske udvikling. En simpel fremskrivning af antallet af demente forudsiger, at antallet af personer med demens vil være fordoblet omkring år 2035.⁸

I 2009 vurderede kommunerne, at ca. 25 pct. af alle modtagere af hjemmehjælp havde en demenssygdom.⁹ Demens udgør således allerede i dag en væsentlig udfordring i hjemmeplejen, og denne udfordring må forventes at blive større i fremtiden.

TABEL 3.3

FREMSKRIVNING AF PERSONER, DER LIDER AF DEMENS-SYGDOMME HOS 65+ ÅRIGE I DANMARK 2009-2040

Alder	Andel demente i 2009 (pct.)		Antal demente		
	Mænd	Kvinder	2009	2020	2040
65-69 år	1,8	1,4	4.467	5.092	5.489
70-74 år	3,2	3,8	7.427	11.278	12.006
75-79 år	7,0	7,6	11.553	17.292	21.742
80-84 år	14,5	16,4	18.526	22.777	35.310
85-89 år	20,9	28,5	18.749	21.186	40.904
90-94 år	29,2	44,4	11.479	15.462	39.579
95+ år	32,4	48,8	3.624	6.459	20.667
I alt			75.825	99.546	175.697

Kilde: EuroCoDe samt Danmarks Statistik.

Mere komplekse behov blandt ældre i eget hjem

Der er i de sidste godt 10 år sket mange forandringer af det danske sundhedsvæsen. På sygehusene er såvel sengekapaciteten som indlæggelsestiden reduceret, og samtidig har der været en vækst i de ambulante aktiviteter. Der forventes en yderligere reduktion i sengekapaciteten på sygehusene over de næste år.

Det fremgår af tabel 3.4, at indlæggelsestiden for ældre er faldet i perioden 2002 til 2011. For de

75-84-årige er den gennemsnitlige indlæggelsestid faldet fra 7,6 til 4,6 dage, mens den for de +85-årige er faldet fra 8,3 til 4,9 dage.

Fra 2002 til 2011 er der samtidig sket en betydelig stigning i antallet af ambulante besøg for de ældre. For de 75-84-årige og +85-årige er antallet af ambulante besøg eksempelvis øget med henholdsvis 61 pct. og 82 pct.

Forandringerne i sundhedsvæsenet betyder, at ældre borgere i eget hjem kan have mere komplekse pleje- og behandlingsbehov end tidligere. Det stiller nye krav til den pleje og behandling, som udføres på hjemmehjælpsområdet. Samtidig stiller udviklingen krav til en tæt koordination mellem hjemmehjælpen og hjemmesygeplejen.

TABEL 3.4

GENNEMSNITLIG LIGGETID OG ANTAL AMBULANTE BESØG 2002-2011

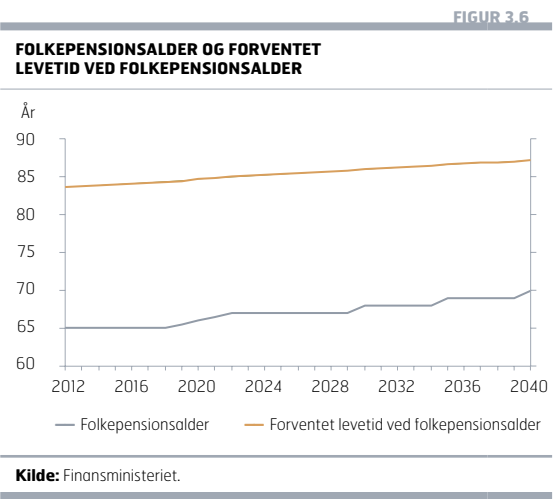
	Gennemsnitlig liggetid, dage			Antal ambulante besøg		
	65-74 år	75-84 år	85+ år	65-74 år	75-84 år	85+ år
2002	6,5	7,6	8,3	721.712	505.776	118.074
2003	6,1	7,2	7,8	788.486	550.956	129.564
2004	5,8	6,8	7,4	826.920	577.997	138.279
2005	5,6	6,6	7,2	871.592	604.146	146.967
2006	5,4	6,3	6,9	933.937	630.505	158.557
2007	5,1	6,0	6,5	1.042.103	664.543	169.546
2008	5,0	5,9	6,4	1.072.859	670.325	174.852
2009	4,6	5,3	5,7	1.238.540	750.884	198.855
2010	4,3	4,9	5,2	1.311.329	778.769	208.601
2011	4,1	4,6	4,9	1.395.955	814.520	214.935

Kilde: Statens Serum Institut, Sektor for National Sundhedsdokumentation og Forskning.

Folkepensionsalder

Den forventede længere levetid og muligheden for flere aktive år på arbejdsmarkedet afspejler sig i tilbagetrækningsreformen fra 2011, der betyder, at folkepensionsalderen forhøjes med 1/2 år om året i perioden 2019-2022. Folkepensionsalderen vil dermed være 67 år i 2022. Det følger ligeledes af tilbagetrækningsreformen, at folkepensionsalderen fremover vil øges gradvist i takt med, at danskernes levetid stiger. Med den nuværende levetidsprognose vil folkepensionsalderen være forhøjet til 70 år i 2040.

Fremtidens ældre kan se frem til at leve længere, men den forventede øgede levetid vil ikke betyde, at man kan forvente flere leveår som folkepensionist, tværtimod. Med en folkepensionsalder på 65 år i 2012 og en forventet levetid ved folkepensionsalderen på knap 83 1/2 år udgør den forventede periode med folkepension knap 18 1/2 år i 2012. I 2040 forventes folkepensionsalderen at være 70 år og den forventede levetid godt 87 år. Dermed udgør den forventede periode med folkepension godt 17 år i 2040.



8 / Kortlægning af demensområdet i Danmark 2010.
9 / KL (2009). Kvalitet i kerneydelserne. De kommende års udfordringer på demensom-rådet.

Økonomi

For personer over 65 år er den primære indkomstkilde pensioner. Gruppen af ældre har generelt en lavere indkomst end personer i den erhvervsaktive alder, men denne indkomstforskel mellem pensionister og erhvervsaktive er mindsket i de seneste 8-10 år. De kommende ældre har i højere grad end tidligere årgange selv sparet op til alderdommen. Det skyldes ikke mindst indførelsen af arbejdsmarkedspensionerne i 1980'erne, men også det forhold, at mange har suppleret med private pensionsordninger.¹⁰ Den øgede udbredelse af arbejdsmarkedspensioner og private pensionsopsparinger vil betyde, at fremtidens ældre i betydelig grad vil bidrage med skatteindtægter fra pensionsudbetalingerne, mens det hidtil primært har været den erhvervsaktive del af befolkningen, der har bidraget til skatteindtægterne.¹¹

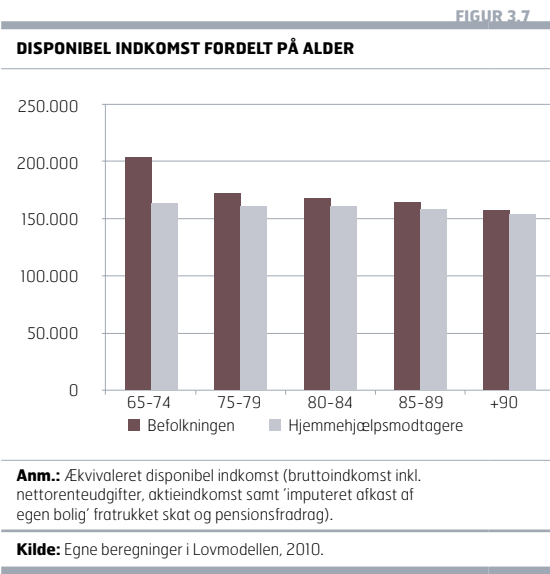
Indkomst

De ændrede indkomstforhold for pensionister slår allerede nu igennem for de yngste årgange og bidrager til et billede af en økonomisk mere differentieret ældregruppe. Den øgede pensionsopsparing betyder, at den ulighed, der var gældende i den erhvervsaktive alder, i højere grad videreføres til pensionsalderen.

For befolkningen generelt er uligheden målt ved gini-koefficienten steget med 3,9 procentpoint fra 2000 til 2008. Den største stigning er sket i gruppen af 65-74-årige (4,3 procentpoint), mens de 15-64-årige har oplevet en stigning på 4,1 procentpoint. Stigningen i ginikoefficienten er mindst for de 75-90-årige (2,2 procentpoint). Det er dog forventningen, at uligheden blandt gruppen af ældre vil falde igen, efterhånden som flere og flere pensionister vil opleve at have indbetalt til arbejdsmarkedspensioner gennem et helt arbejdsliv.

TABEL 3.4				
ULIGHED I DISPONIBLE INDKOMSTER 2000 OG 2008				
	2000		2008	
	Median-indkomst, 15.000 kr.	Gini-koefficient, pct.	Median-indkomst, 15.000 kr.	Gini-koefficient, pct.
I alt	143	25,3	194	29,2
15-64 år	151	24,3	205	28,4
65-74 år	116	23,7	167	28,0
75-90 år	103	20,1	141	22,3
Anm.: Tallene er beregnet ud fra ækvivalensindkomster (justeret for husstandsstørrelse og – sammensætning).				
Kilde: Danmarks Statistik (2011): Temaartikel Statistisk tiårsoversigt 2011.				

Modtagere af hjemmehjælp har generelt en lidt lavere indkomst end ældrebefolkningen som helhed. Forskellen i disponibel indkomst er størst for de 65-74-årige, men udjævnes for de ældre aldersgrupper, jf. figur 3.7.



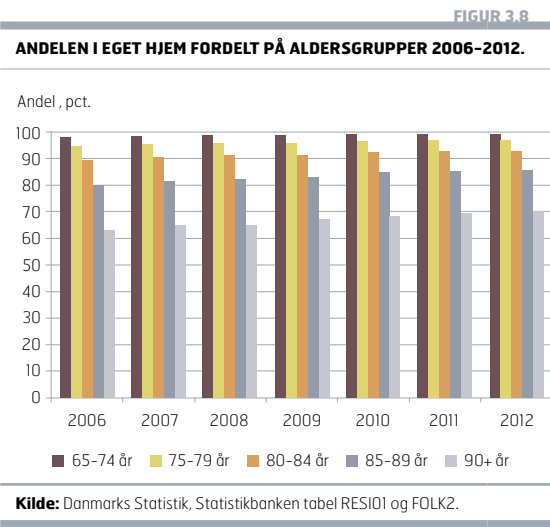
Formue

Ud over indkomsten er også formuerne af væsentlig betydning for de ældres økonomiske vilkår. Her adskiller de ældre sig fra yngre årgange ved at være den gruppe, der har de største nettoformuer i Danmark.¹⁶ Og mens nettoformuen¹⁷ er skrumpet for personer under 60 år i perioden 1997-2012, har personer over 60 år oplevet reale fremgange i nettoformuerne i samme periode.¹⁸ Der er dog en stor spredning i formuerne inden for hver aldersgruppe. Spredningen er størst blandt de over 80-årige. De 25 pct. af de over 80-årige, der har de største formuer, har en gennemsnitlig nettoformue på ca. 2,7 mio. kr., mens de 25 pct. af de over 80-årige, som har de laveste nettoformuer, i gennemsnit har en nettoformue på knap 4.000 kr. i 2012.¹⁹

Bolig

De fleste ældre bor i eget hjem,²⁰ men jo ældre man er, jo større er sandsynligheden for, at man bor i plejebolig. Udviklingen går i retning af, at flere ældre bliver boende i eget hjem i længere tid. Ændringen er størst for de ældste aldersgrupper. Andelen af 85-89-årige i eget hjem er således steget fra 80 pct. til 86 pct. i perioden 2006-2012. I samme periode er andelen af de over 90-årige i eget hjem steget fra 63 pct. til 70 pct.

En relativt lille del (ca. 3 pct.) af de over 65-årige i eget hjem bor i ældreboliger. Der er flest blandt de ældste aldersgrupper. 11 pct. af de over 85-årige bor således i ældrebolig. Andelen, der bor i ældrebolig, har ligget nogenlunde stabilt over de seneste 7 år.²¹ Blandt modtagere af hjemmehjælp i eget hjem er andelen, der bor i ældrebolig, på ca. 20 pct. og dermed højere end for ældrebefolkningen som helhed.²²



Familie og socialt netværk

De ældres samlivsforhold ændres med alderen. Blandt de yngre ældre er de fleste gift eller samboende, men med alderen bliver flere enlige. Det er især kvinderne, der overlever deres ægtefælle og dermed lever alene i alderdommen, både fordi kvinder lever længere, og fordi manden gennemsnitligt er den ældste i parforholdet. Der er over dobbelt så mange kvinder som mænd over 85 år.

De ældre har generelt tætte familiebånd. Mange har børn og børnebørn, der bor relativt tæt på, og som de ser jævnligt. Der er ikke tydelige tendenser til ændringer i familierelationerne, hverken på tværs af aldersgrupper eller over tid. De ældre, der modtager hjemmehjælp, er også ofte sammen med deres børn, men kontakten er mindre hyppig end hos ældrebefolkningen generelt.²³

10 / Danmarks Statistik (2012): 65+ Et portræt af de ældres liv, arbejdsliv og sociale situation.

11 / Danmarks Statistik (2011): Temaartikel Statistisk tiårsoversigt 2011, Forsikring & Pension (2012): Pensionisterne betaler for sig selv.

12 / Gini-koefficienten er et mål for den relative ulighed i indkomstfordelingen. Jo højere ginikoefficient, desto højere er indkomstuligheden. Er gini-koefficienten 0, har alle samme indkomst. Er den 100, har én person al indkomst.

13 / Danmarks Statistik (2011): Temaartikel Statistisk tiårsoversigt 2011.

14 / Regeringen (2005): National Strategy Report on the Danish Pension System.

15 / Medianindkomsten angiver, at 50 pct. af befolkningsgruppen har lavere indkomster, og 50 pct. har højere indkomster end medianindkomsten.

16 / Danmarks Statistik (2012): 65+ Et portræt af de ældres liv, arbejdsliv og sociale situation, Danmarks Statistik (2011): Temaartikel Statistisk tiårsoversigt 2011, AE v. Jonas Schytz Juul (2012): De rigeste ældre bliver rigere og rigere målt på formue.

17 / Nettoformuen er opgjort som nettoværdien af "frie" midler i pengeinstitutter og real-kreditinstitutter samt værdien af boligen. Pensionsformuen er således ikke medregnet, ligesom evt. værdier af andelsbolig, bil, båd, kontanter mv. ikke er med. Den samlede nettoformue for husstanden er fordelt ligeligt på voksne medlemmer af husstanden. Det sidste tilgængelige datår er 2010. Oplysninger herfra er fremskrevet til 2012 på indvi-niveau med den seneste udvikling i boligpriser mv. på detaljeret niveau.

18 / Udviklingen dækker dog over, at alle aldersgrupper havde kraftig fremgang i nettoformuerne frem til og med 2007, hvorefter der har været store fald for alle aldersgrup-per i takt med boligprisernes fald.

19 / AE v. Jonas Schytz Juul (2012): De rigeste ældre bliver rigere og rigere målt på formue.

20 / Betegnelsen eget hjem dækker over personer, der ikke bor i plejebolig, plejehjem, friplejebolig og lignende. Ældreboliger er dermed omfattet af definitionen eget hjem.

21 / Danmarks Statistik

22 / T. Rostgaard, M. Højmoser Andersen, S. L. Clement og S. Rasmussen (2013): Om-sorgsbetinget livskvalitet og hjemmehjælp. Der skal dog tages forbehold for, at under-søgelsen ikke er fuldt repræsentativ, idet de svageste ældre er lidt underrepræsenteret.

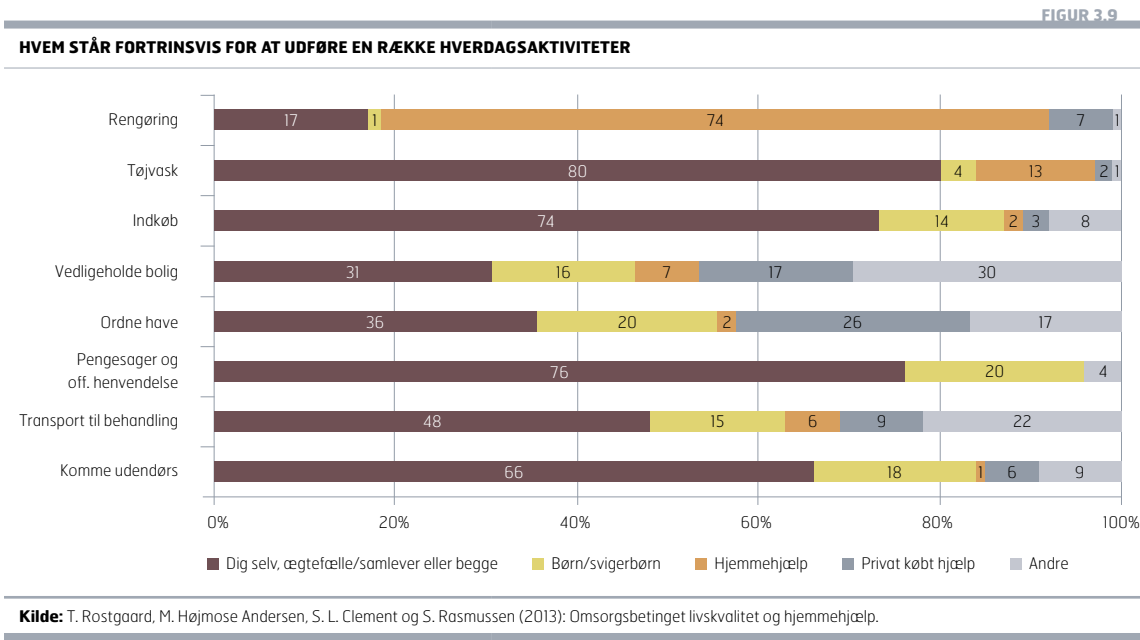
23 / H.H. Lauritzen, R.N. Brünner, P. Thomsen og M. Wüst, SFI (2012): Ældres ressour-cer og behov, Danmarks Statistik (2012): 65+ Et portræt af de ældres liv, arbejdsliv og sociale situation, T. Rostgaard, M. Højmoser Andersen, S. L. Clement og S. Rasmussen (2013): Omsorgsbetinget livskvalitet og hjemmehjælp. Der skal tages forbehold for, at forskelle i undersøgelsesdesign kan påvirke resultatet, når der sammenlignes mellem 2 forskellige undersøgelser.

Ud over familien består det sociale netværk også af venner og bekendte. Mange ældre har venner, som de har kendt siden ungdomsårene, men også nye venskaber kommer til, og der er en tendens til, at ældre i dag er blevet bedre til at danne nye venskaber end tidligere.²⁴ Med alderen oplever mange ældre, at styrken i det sociale netværk og antallet af aktiviteter aftager. Dels pga. tab af ægtefælle, familiemedlemmer og venner. Dels pga. mindre mobilitet, som kan gøre det vanskeligere at komme ud. Det er også en del af forklaringen på, at de ældre aldersgrupper oftere føler sig ensomme og ufrivilligt alene end de yngre aldersgrupper. Langt de fleste ældre på tværs af aldersgrupper oplever dog, at de har nogen i netværket at henvende sig til med personlige problemer.²⁵

Netværket er for mange også betydningsfuldt, når det gælder hjælp i hverdagen. Mange ældre hjælper især børn og svigerbørn, men også venner og bekendte, med praktiske gøremål, og mange ældre modtager også hjælp den anden vej rundt. Når det

gælder den personlige pleje, er det typisk ægtefællen eller samleveren, der hjælper til. Mange blandt de kommende ældre, som nu er i 50-60'erne forventer, at de også i fremtiden vil både yde og modtage hjælp i netværket af familier og venner. De ældste og de enlige er mere pessimistiske i forhold til at kunne få hjælp via netværket, hvilket kan hænge naturligt sammen med, at ægtefælle, familiemedlemmer og venner falder fra med tiden. Der er da også flere blandt de ældste, der udelukkende modtager hjælp fra kommunen.²⁶

Blandt modtagere af hjemmehjælp står de ældre og deres eventuelle ægtefælle hovedsageligt selv for dagligdagsaktiviteter som tøjvask, indkøb, pengesager og at komme udendørs. 17 pct. står selv for rengøring, mens de fleste har hjemmehjælpen til at stå for rengøringen. Børn og svigerbørn hjælper især modtagere af hjemmehjælp med pengesager/offentlige henvendelser, at komme udendørs, transport til behandling, indkøb samt ordne haven og vedligeholdelse af boligen, jf. figur 3.9.



24 / H.H. Lauritzen, R.N. Brünner, P. Thomsen og M. Wüst, SFI (2012): Ældres ressourcer og behov.
25 / H.H. Lauritzen, R.N. Brünner, P. Thomsen og M. Wüst, SFI (2012): Ældres ressourcer og behov
26 / Ældre Sagens Fremtidsstudie 2010 (upubliceret artikel).

Det er varierende, hvem de ældre helst vil modtage hjælp fra. Når det gælder praktisk hjælp foretrækker 45 pct. af de ældre den kommunale hjemmehjælp, mens 31 pct. foretrækker selvbetalt hjælp, og 29 pct. foretrækker hjælp fra familien. Når det drejer sig om personlig pleje, foretrækker de fleste (63 pct.) den kommunale hjemmehjælp, mens 22 pct. foretrækker selvbetalt hjælp og 23 pct. foretrækker familien.²⁷

Fritidsaktiviteter

Ældre generelt er i dag mere aktive end tidligere, hvilket bl.a. kan hænge sammen med et øget fokus på en aktiv alderdom og en forbedret helbredstilstand. Men det er forskelligt, hvilke aktiviteter de ældre dyrker, og hvor aktive de er. De yngre ældre dyrker oftere fysiske aktiviteter/motion end de ældste ældre, men også blandt de yngre ældre er der stor forskel på aktiviteten. De er således delt i 2 grupper, hvor den ene gruppe ofte dyrker fysiske aktiviteter/motion, og den anden gruppe stort set aldrig gør.²⁸ Desuden er der blandt de nye ældre i langt højere grad end tidligere en forventning om at bruge fritiden på rejser og oplevelser.²⁹

Fremtidens ældre

Der bliver flere ældre i fremtiden, og mange af fremtidens ældre over 65 år kan forventes at være ressourcestærke på en lang række områder: et godt helbred, et godt arbejde, en god økonomi, et godt socialt netværk og et aktivt fritidsliv. Fremover må stadig flere ældre borgere dermed forventes at have mere overskud og flere ressourcer til at bevare kontrollen med og tage ansvar for deres eget liv.

Samtidig vil der være ældre, som ikke er så ressourcestærke, og som har langvarige sygdomme. En del af denne gruppe vil have omfattende og komplekse plejebehov og vil have få eller ingen ressourcer til at klare sig uden hjælp. Alene ud fra viden om stigningen i antallet af borgere med demens vil der være en voksende gruppe af svage ældre med komplekse plejebehov.

Endelig hører det med til fremtidens ældrebillede, at der som følge af en tendens til stigende ulighed i sundhed være ældre, som ikke i samme grad som resten af befolkningen oplever en positiv udvikling i sundhedstilstanden.



27 / Ældre Sagens Fremtidsstudie 2010: <http://www.aeldresagen.dk/aeldresagen-mener/fremtidsstudie/arbejdsliv/Sider/livetefter.aspx>.
28 / Æ.H.H. Lauritzen, R.N. Brünner, P. Thomsen og M. Wüst, SFI (2012): Ældres ressourcer og behov.
29 / Ældre Sagens Fremtidsstudie 2010: <http://www.aeldresagen.dk/aeldresagen-mener/fremtidsstudie/arbejdsliv/Sider/livetefter.aspx>. Disse undersøgelser er dog foretaget før Velfærdsreformen 2006, hvor mange havde en forventning om at stoppe arbejdslivet ved 60 års alderen eller kort derefter.



Kapitel 4.

HJEMMEHJÆLP I DAG

Kapitlet indledes med et kort tilbageblik på hjemmehjælpens historie og beskriver ellers hjemmehjælpsområdet, som det ser ud i dag.

I dette kapitel ses der nærmere på hjemmehjælpen. Kapitlet indledes med et historisk tilbageblik. Efterfølgende beskrives de lovgivningsmæssige rammer for hjemmehjælp, og der ses på tildeling af hjemmehjælp i dag. Hvem er modtagerne af hjemmehjælp, hvad er omfanget, hvad koster hjemmehjælp, hvad betyder hjælpen for borgernes livskvalitet, og hvordan er borgernes tilfredshed med hjemmehjælp?

Et historisk tilbageblik

Hjemmehjælp udspringer af loven om husmoderafløsning fra 1949.³⁰ Med loven fik kommunerne mulighed for at yde husmoderafløsning til private hjem. Husmoderafløsning kunne ydes, når der midlertidigt skønnedes at være behov herfor på grund af husmoderens sygdom, overanstrengelse, barnefødsel eller tilsvarende forhold i hjemmet.

I løbet af 1950'erne begyndte en række af landets større kommuner at udvikle en egentlig organiseret hjemmehjælp, hvor opgaven typisk var at hjælpe hjemmeboende ældre med opgaver som rengøring, vask, byrønder, madlavning, personlig hygiejne samt af- og påklædning. Det var ikke ualmindeligt, at der eksempelvis blev ydet hjælp til at plukke bær og sylte, hvis husmoderen var syg og sengeliggende.

I 1963 blev alle kommuner, med en frist på 5 år, pålagt at iværksætte husmoderafløsningsordninger. Samtidig blev kommunerne opmuntret til at udvikle hjemmehjælpsordningerne, bl.a. med den begrundelse, at ældre derved fik mulighed for at blive længere i eget hjem. Hjælpen skulle tage udgangspunkt i den enkeltes behov.

Med bistandsloven blev reglerne om husmoderafløsning og hjemmehjælpsordningerne slået sammen. Man skelnede mellem varig og midlertidig hjemmehjælp. Ved midlertidig hjemmehjælp skulle det efter 3 uger

vurderes, om der fortsat var behov for bistand. Hjemmehjælpen skulle nu ses som en del af kommunernes sociale og sundhedsmæssige virksomhed, og formålet med den varige hjemmehjælp var at udføre dagligt, praktisk arbejde, som borgeren ikke længere kunne påtage sig. Ved afgørelsen om, hvorvidt og i hvor stort omfang borgeren kunne ydes hjemmehjælp, skulle der lægges vægt på familiens samlede situation. Hvis kommunen ikke kunne levere hjemmehjælp, blev der ydet tilskud til dækning af udgifter til hushjælp.

Ældrekommissionsrapporterne fra starten af 1980'erne satte fokus på en mere fleksibel tilrettelæggelse af servicen og på at skabe mere velegnede boliger på ældreområdet, så der også kunne tages hånd om mere omfattende omsorgsbehov i borgers egen bolig. Ældreboligloven blev vedtaget som opfølgning på Ældrekommissionen i 1987 og skabte grundlag for at tilvejebringe et større og mere fleksibelt udbud af boliger til ældre, som bedre kunne imødekomme de ældres forskellige behov. Det blev starten på en markant nedgang i antallet af plejehjemspladser til fordel for ældreboliger.

Fra den 1. juli 1989 blev bistandsloven ændret, så varig hjemmehjælp skulle ydes uden betaling, bl.a. for at fremme samarbejdet mellem hjemmehjælpen og hjemmesygeplejen og sikre større fleksibilitet i serviceudbuddet. Siden har den varige hjemmehjælp været gratis bortset fra en kort periode i 1992, hvor der var betaling for den praktiske hjælp.

I 1997 blev bestemmelserne om omsorg, pleje, rådgivning, botilbud og behandling samlet i serviceloven. Formålet var bl.a. at styrke den forebyggende indsats, at tilgodese svagtstillede grupper, at styrke den enkeltes ansvar og muligheder samt sikre større sammenhæng i regelsættet. Fokus var på at styrke borgerens egne ressourcer og netværk og stille krav til den enkelte om aktiv medvirken til at løse egne problemer.

I de følgende år blev kommunerne forpligtet til at opstille kvalitetsstandarder, der skulle styrke den enkeltes retsstilling, højne kvaliteten samt ensarte fordelingen af ydelserne i den enkelte kommune. Desuden blev der indført regler om fleksibel hjemmehjælp, som gav borgerne en mulighed for at bytte visiterede ydelser.

Generelt kom der i løbet af 1990'erne mere og mere fokus på dokumentation og styring. Regnemaskiner med strimmel blev afløst af elektroniske omsorgssystemer, blandt andet ud fra et ønske om øget gennemsigthed og viden om omfang og ressourceforbrug i hjemmeplejen.

I 2003 blev der indført frit valg af leverandør, hvorefter alle hjemmehjælpsmodtagere i eget hjem fik ret til at vælge mellem forskellige leverandører af hjemmehjælp.

Det betød også, at kommunerne nu skulle fastsætte pris- og kvalitetskrav til leverandørerne af hjemmehjælp.

Endelig ses der i de senere år en tendens til øget kompleksitet i opgaveløsningen i hjemmeplejen. Blandt andet som følge af de mange forandringer af det danske sygehusvæsen, hvor indlæggelsestiden er reduceret og omfanget af ambulante aktiviteter er vokset. Der er således langt fra den husmoderafløsning, som blev ydet i 1950'erne til den intensive pleje, som i dag ydes i borgernes eget hjem.

De lovgivningsmæssige rammer

I dag fremgår kommunernes forpligtelse til at yde hjemmehjælp af servicelovens § 83. Det følger heraf, at kommunerne skal tilbyde personlig pleje, praktisk hjælp og madservice til personer, som på grund af midlertidig



30 / Kilde til afsnittet: Jørn Henrik Petersen (2008) Hjemmehjælpens historie: Idéer, holdninger, handlinger, Syddansk Universitetsforlag samt J. Agger Nielsen og J. Goul Andersen (2006), Hjemmehjælp - Mellem myter og virkelighed, Syddansk Universitetsforlag.

eller varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver.

Formålet med hjemmehjælpen er at bidrage til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder samt at afhjælpe væsentlige følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Hjemmehjælpen skal gives som hjælp til selvhjælp og kun til opgaver, som borgeren ikke selv kan løse. Borgeren skal i videst muligt omfang selv deltage i udførelsen af de opgaver, der gives hjælp til, og hjælpen skal løbende tilpasses borgerens behov.

Hjemmehjælp ydes efter en konkret og individuel vurdering af borgerens behov for hjælp. Serviceloven definerer ikke nærmere, hvilke konkrete opgaver kommunen er forpligtet til at tilbyde hjælp til, eller hvilket omfang hjælpen skal have. Det bliver således kommunernes – og i sidste ende Ankestyrelsens – praksis, der løbende definerer, hvad der konkret omfattes af den kommunale forpligtelse til at yde hjemmehjælp efter

serviceloven. Praksis kan i sidste ende til enhver tid prøves ved domstolene.

Modtagere

I 2012 var der ca. 133.000 modtagere af varig hjemmehjælp i eget hjem³¹ over 65 år.³² Hver uge blev der i gennemsnit ydet ca. 470.000 timers personlig pleje og praktisk hjælp til denne gruppe af modtagere.

Der har siden 2008 været et fald i antallet af modtagere af hjemmehjælp – både med hensyn til modtagere af praktisk hjælp og modtagere af personlig pleje. Det samlede antal visiterede timer har ligeledes været faldende i perioden fra 2008 til 2012.

Det gennemsnitlige antal visiterede timer pr. uge pr. modtager har imidlertid ligget nogenlunde stabilt i perioden. Hjemmehjælpsmodtagere over 65 år i eget hjem fik i 2012 gennemsnitligt hjælp 3,6 timer om ugen. I gennemsnit fik modtagere af personlig pleje hjælp i 5,5 timer pr. uge, mens modtagere af praktisk hjælp i gen-

TABEL 4.1

ANTAL MODTAGERE AF HJEMMEHJÆLP, ANTAL VISITEREDE TIMER I ALT OG VISITEREDE TIMER PR. MODTAGER OVER 65 ÅR I EGET HJEM					
	2008	2009	2010	2011	2012
Modtagere af hjemmehjælp i alt	154.571	153.669	148.955	140.276	132.810
Modtagere der udelukkende modtager personlig pleje	14.419	14.485	14.475	14.252	14.745
Modtagere der udelukkende modtager praktisk hjælp	74.606	74.383	71.297	67.076	62.484
Modtagere af både personlig pleje og praktisk hjælp	65.547	64.801	63.184	58.948	55.582
Visiterede timer i alt pr. uge	558.742	553.260	539.563	487.221	466.175
Visiterede timer til personlig pleje, i alt pr. uge	430.353	433.707	426.914	387.981	378.272
Visiterede timer til praktisk hjælp, i alt pr. uge	128.389	119.553	112.649	99.240	87.903
Visiterede timer i alt pr. uge pr. modtager	3,7	3,7	3,7	3,5	3,6
Visiterede timer til personlig pleje pr. uge pr. modtager	5,5	5,6	5,6	5,5	5,5
Visiterede timer til praktisk hjælp pr. uge pr. modtager	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8
Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken tabel AED06, AED021 og AED022.					

31 / Betegnelsen eget hjem dækker over personer, der ikke bor i plejebolig, plejehjem, friplejebolig og lignende, og som dermed er omfattet af reglerne om frit valg af leve-randør af hjemmehjælp. Ældreboliger er dermed omfattet af definitionen eget hjem.

32 / Der var desuden ca. 25.000 personer under 65 år, der modtog varig hjemmehjælp i eget hjem i 2012.

nemsnit fik i hjælp i 0,8 timer pr. uge. Der har generelt været et fald i antallet af hjemmehjælpsmodtagere og i det samlede antal visiterede timer i perioden 2008-2012. Det er især antallet af modtagere af udelukkende praktisk hjælp og timerne hertil, der er faldet, men også antallet af modtagere af både praktisk hjælp og personlig pleje er faldet. Antallet af modtagere af udelukkende praktisk hjælp faldt med 16 pct. i perioden, og antallet af modtagere af både praktisk hjælp og personlig pleje faldt med 15 pct. i perioden. Antallet af modtagere af udelukkende personlig pleje er omvendt steget med 2 pct. fra 2008 til 2012. Et tilsvarende billede tegner sig, når det gælder timetallet, hvor det samlede antal visiterede timer pr. uge faldt med 32 pct. inden for praktisk hjælp, mens faldet udgjorde 12 pct. inden for personlig pleje i perioden.

Det er ikke muligt at lave en fuldt ud sammenlignelig opgørelse af tallene i en længere tidsperiode som følge af forskellige databrud. En opgørelse af antallet af modtagere og visiterede/leverede timer i perioden 1999-2005 viser dog følgende udvikling: Antallet af modtagere af udelukkende personlig pleje steg med 10,5 pct., antallet af modtagere af både personlig pleje og praktisk hjælp steg med 13,2 pct., mens antallet af modtagere af udelukkende praktisk hjælp faldt med 2,9 pct. i 1999-2005. Når det gælder an-

tallet af visiterede timer, ses det, at antallet af timer til praktisk hjælp faldt med 31,7 pct., mens antallet af timer til personlig pleje steg med 19,7 pct. i perioden 1999-2005.³³

Der er flere forklaringer på denne udvikling i antallet af modtagere af hjemmehjælp. En del af forklaringen er, at de ældre har fået et bedre helbred. Bl.a. viser en undersøgelse fra 2012, at faldet i andelen af 62-77-årige, der modtager hjemmehjælp i perioden 1997-2007, kan forklares med, at levevilkårene er blevet bedre for aldersgrupperne, og behovet for hjælp dermed er blevet mindre.³⁴

Det fortsatte fald fra 2008 kan formentlig også forklares med en generel opstramning af tilkendelseskriterierne i kommunerne og en øget fokusering på rehabilitering og princippet om hjælp-til-selvhjælp – et princip, som ikke tidligere har været så meget i fokus.

Med det øgede fokus på rehabilitering, herunder træning, som en del af tilbuddet på hjemmehjælpsområdet bliver det relevant at se på udviklingen i antallet af modtagere af træningsydelse efter servicelovens § 86. Der er nemlig en del kommuner, som tildeler rehabilitering efter § 86 frem for efter hjemmehjælpsbestemmelsen i § 83.

TABEL 4.2

ANTAL MODTAGERE AF GENOPTRÆNING/VEDLIGEHOLDELSESTRÆNING EFTER SERVICELOVENS § 86.									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Genoptræning/vedligeholdelses-træning efter § 86	23.945	25.110	29.893	29.080	-	-	30.929	25.626	25.018
Anm.: Der foreligger kun oplysninger for hhv. 34 og 38 kommuner i 2008 og 2009, hvorfor det ikke er muligt at oplyse antallet for hele landet. Tallene er ikke fuldt ud sammenlignelige før og efter 2008 pga. ændret indberetningsmetode. Tallene er inkl. personer under 65 år og beboere i plejeboliger.									
Kilde: Danmarks Statistik, Den Sociale Ressourceopgørelse for ældreområdet 2004-2007 og Statistikbanken tabel AED08.									

33 / J. Agger Nielsen & J. Goul Andersen (2006): Hjemmehjælp – Mellem myter og virkelighed.

34 / Hansen, Eigil Boll (2012). Ældres hjælperelationer og sociale relationer over ti år.

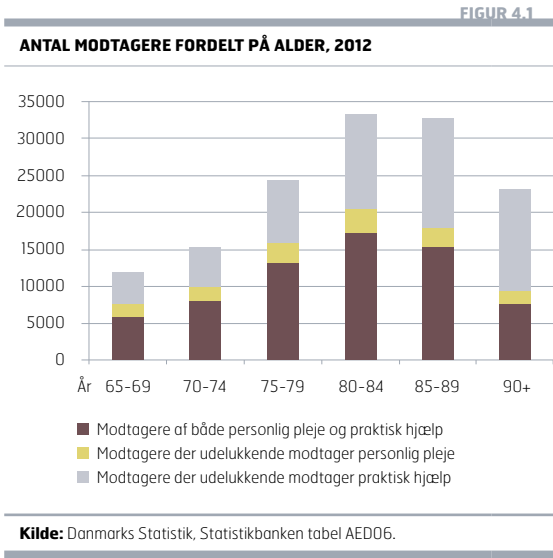
Man skal generelt være forsigtig med sammenligning af tal før og efter kommunalreformen i 2007, og der mangler desværre også tal for 2008 og 2009. I tabel 4.2 ses en stigning i antal modtagere af træningsydelser efter § 86 fra 2004 til 2007, mens antallet af modtagere af træningsydelser har været faldende fra 2010 til 2012. Omlægningen af indsatsen i kommunerne med øget fokusering på rehabilitering kan således ikke aflæses af tallene for modtagere af træningsydelser efter § 86. Det bemærkes dog, at tallene ikke kan sammenholdes direkte med antallet af modtagere af hjemmehjælp i tabel 4.1, da tallene for modtagere af træningsydelser både dækker personer i eget hjem og personer, der bor i plejebolig mv. samt personer under 65 år.

Aldersfordeling

Det er især den ældste del af befolkningen, der modtager hjemmehjælp. Blandt de 85-89-årige, der bor i eget hjem, var der 50 pct., og blandt de over 90-årige, der bor i eget hjem, var der 84 pct., der modtog hjemmehjælp i 2012, mens det gjaldt 15 pct. af hele befolkningen over 65 år. Andelen af de over 65-årige, der modtager hjemmehjælp i eget hjem, har været faldende for alle aldersgrupper i de senere år.

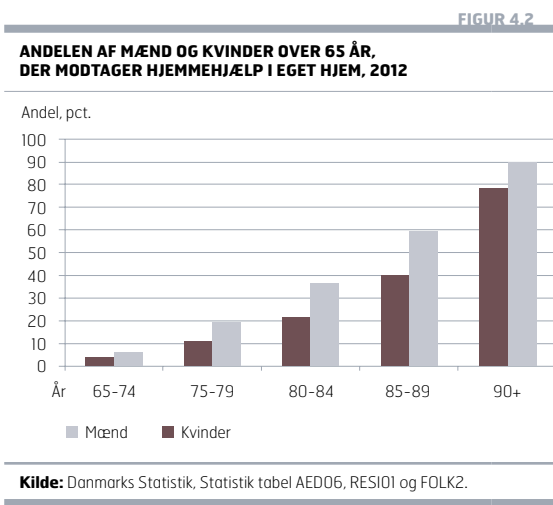
Der er relativt flest hjemmehjælpsmodtagere i den ældste aldersgruppe over 90 år, men antalsmæssigt er der flest hjemmehjælpsmodtagere i alderen 80-89 år.

Gennemsnitsalderen for hjemmehjælpsmodtagere over 65 år er 81,7 år. Plejebehovet stiger med alderen. I de yngre aldersgrupper er der således flest modtagere af udelukkende praktisk hjælp, men i de ældste aldersgrupper er der flere, der har behov for både praktisk hjælp og personlig pleje, jf. figur 4.1.

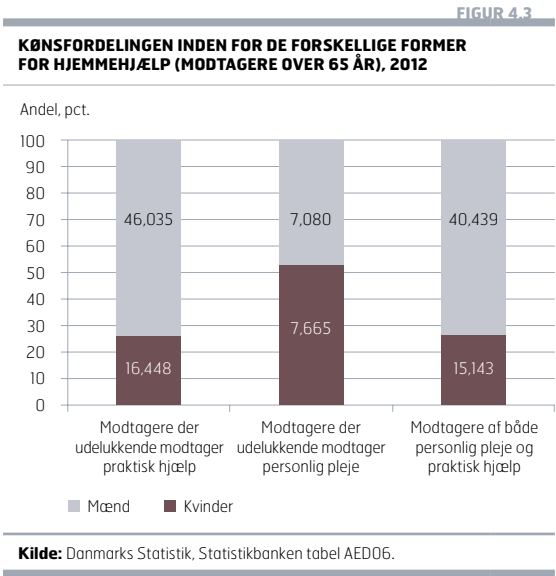


Kønsfordeling

Flere kvinder end mænd modtager hjemmehjælp. I 2012 var der knap 94.000 kvinder over 65 år, der modtog hjælp i eget hjem mod knap 40.000 mænd. For de allerældste er det 87 pct. af kvinderne og 73 pct. af mændene i eget hjem, der modtager hjemmehjælp.



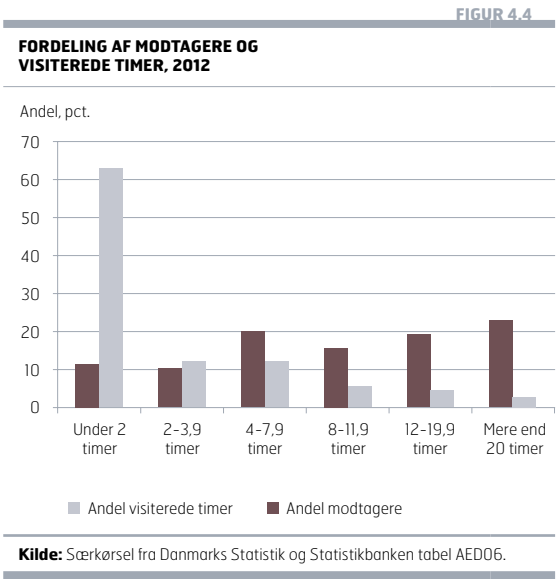
Der er også forskel på, hvad mænd og kvinder modtager hjælp til. Kvinderne udgør størstedelen af modtagerne af udelukkende praktisk hjælp og af både praktisk hjælp og personlig pleje. Der er omvendt flere mænd end kvinder, som udelukkende modtager personlig pleje, jf. figur 4.3.



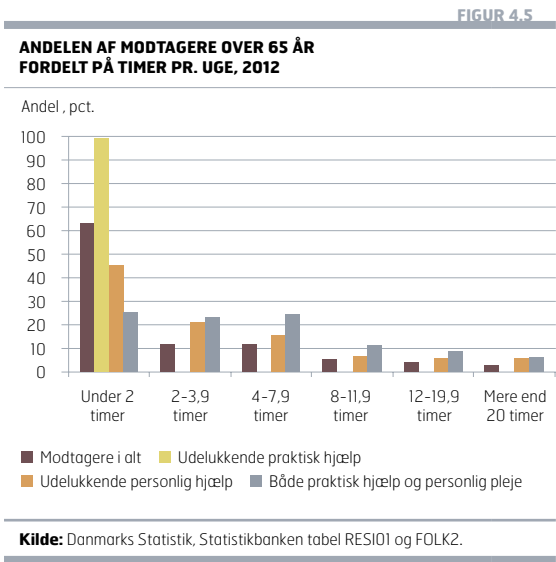
Samlivsforhold har betydning for behovet for hjælp, men betydningen er forskellig for mænd og kvinder. Mænd, der bor alene, har større sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp sammenlignet med mænd med samlever. For kvinderne gælder, at kvinder, der bor alene, fordi de har mistet samleveren, ikke har en større sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp sammenlignet med samlevende kvinder. Kun kvinder, der ikke tidligere har levet i et parforhold, har større sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp end kvinder med samlever.³⁵

Hjælpens omfang

Der er stor forskel på, hvor mange timers hjemme-hjælp modtagerne får. En stor del af modtagerne (63 pct.) får under 2 timers hjemmehjælp om ugen, mens en lille gruppe (3 pct.) modtager over 20 timer pr. uge. En relativt stor del af de visiterede timer vedrører en mindre del af modtagerne. Den gruppe, der modtager mest hjælp (8 timer pr. uge og derover), udgør således 13 pct. af modtagerne, men de modtager 59 pct. af de visiterede timer til hjemmehjælp, jf. figur 4.4.



Der er også betydelig forskel på, hvor mange timer der typisk tildeles modtagere af de forskellige typer af hjælp. Stort set alle, der udelukkende modtager praktisk hjælp, får hjælp i under 2 timer om ugen, mens spredningen i omfanget af hjælp er noget større, når det drejer sig om personlig pleje og modtagere af begge former for hjælp, jf. figur 4.5.



Det er de ældste hjemmehjælpsmodtagere, der modtager mest hjælp. Hjemmehjælpsmodtagerne over 90 år modtager således i gennemsnit 4,6 timers hjælp pr. uge, mens de yngre hjemmehjælpsmodtagere ligger enten under eller lige omkring gennemsnittet for alle aldersgrupper på 3,6 timer.

Udgifter til hjemmehjælp

De offentlige udgifter til hjemmehjælp til personer i eget hjem udgjorde i 2012 ca. 13,9 mia. kr. Heraf skønnes udgifterne til praktisk hjælp at udgøre ca. 2,1 mia. kr. og udgifterne til personlig pleje ca. 11,8 mia. kr.³⁶ Udgifterne til hjemmehjælp i eget hjem er faldet med ca. 15 pct. i perioden 2008-2012.

TABEL 4.4

OFFENTLIGE UDGIFTER TIL HJEMMEHJÆLP I EGET HJEM

Mia. kr., 2013-pl	2008	2009	2010	2011	2012
Udgifter	16,2	16,1	15,5	14,6	13,9

Anm.: Tallene er inkl. modtagere under 67 år og indeholder dermed udgifter, der normalt betragtes som udgifter til handicappede. Udgifterne omfatter både kommunale og private leverandører. Der er foretaget en vægtet fordeling af udgifter registreret på uautoriserede grupperinger.

Kilde: De kommunale regnskaber 2008-2012.

I faste priser³⁷ har der været en stigning i gennemsnitsprisen pr. time for både personlig pleje og praktisk hjælp i perioden 2008-2012. Gennemsnitsprisen for en times praktisk hjælp er steget med 16 pct., mens gennemsnitsprisen for en times personlig pleje er steget med 14 pct.

TABEL 4.4

OFFENTLIGE UDGIFTER TIL HJEMMEHJÆLP I EGET HJEM

Mia. kr., 2013-pl	2008	2009	2010	2011	2012
Udgifter	16,2	16,1	15,5	14,6	13,9

Anm.: Tallene er inkl. modtagere under 67 år og indeholder dermed udgifter, der normalt betragtes som udgifter til handicappede. Udgifterne omfatter både kommunale og private leverandører. Der er foretaget en vægtet fordeling af udgifter registreret på uautoriserede grupperinger.

Kilde: De kommunale regnskaber 2008-2012.

Gennemsnitspriserne dækker over, at der er stor variation i timepriserne mellem kommunerne, hvilket bl.a. kan skyldes geografiske forhold, variationer i serviceniveauer samt organisering og tilrettelæggelse af indsatsen.

Livskvalitet og hjemmehjælp

Har hjemmehjælpen betydning for borgernes livskvalitet? For at få belyst om hjemmehjælpen kan bidrage til at bevare eller ligefrem øge modtagernes livskvalitet, har kommissionen anmodet Aalborg Universitet om at undersøge omsorgsbetinget livskvalitet for modtagere af hjemmehjælp.³⁸

Om undersøgelsen

Aalborg Universitets undersøgelse bygger på telefoninterviews med i alt 698 borgere fra 8 kommuner i alderen 65 år og derover.³⁹ Til at supplere interviewene er der efterfølgende også gennemført besøgs- og observationsstudier hos godt 30 borgere.

Undersøgelsen bygger på ASCOT-metoden,⁴⁰ som giver et mål for, hvordan hjemmehjælpen bidrager til borgerens livskvalitet (omsorgsbetinget livskvalitet). ASCOT-metoden anvender 8 behov (domæner) med henblik på konkretisering og operationalisering af livskvalitet. De 8 behov, som fremgår af tabel 4.6, er: Kontrol over dagliglivet, personlig pleje og velbefindende, mad og drikke, boligen, tryghed, aktiviteter, social kontakt og værdighed. De 8 behov forklares nærmere i tabel 4.6.

TABEL 4.6

DE 8 BEHOV I FORHOLD TIL BORGERNES LIVSKVALITET

De 8 behov	Definition
Kontrol over dagliglivet	Personen har kontrol over sin dagligdag, dvs. kan selv vælge, hvad han/hun vil foretage sig og hvornår.
Personlig pleje og velbefindende	Personen føler sig ren og pæn og ser præsentabel ud – i bedste fald er han/hun klædt på og plejet på en måde, der afspejler hans/hendes personlige præferencer
Mad og drikke	Personen føler, at han/hun får en nærende, varieret og kulturelt passende kost med tilstrækkeligt mad og drikke, som han/hun nyder med regelmæssige og rettidige intervaller.
Boligen	Personen føler, at hans/hendes hjem (inkl. alle værelser) er rent og komfortabelt.
Tryghed	Personen føler sig tryk. Det betyder, at han/hun ikke frygter misbrug, fald og anden fysisk skade, overfald eller røveri.
Aktiviteter	Personen er tilstrækkeligt beskæftiget med en række af meningsfulde aktiviteter, som eksempelvis frivilligt arbejde, omsorg for andre eller fritidsaktiviteter.
Social kontakt	Personen er tilfreds med sin nuværende sociale situation. Social situation hentyder her til, at han/hun får omsorg fra meningsfulde relationer til venner og familie, samt at han/hun føler sig involveret i eller som en del af et socialt fællesskab, hvis dette er vigtigt for personen.
Værdighed	Udgør den samlede værdi af den negative og positive psykologiske indvirkning, som hjemmehjælpen har for personen. Opgøres kun for nuværende livskvalitet.



³⁶ / Egne beregninger baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik (AED022), Frit-valgsdatabasen og kommunernes særlige regnskabsoplysninger.
³⁷ / Den kommunale pl er anvendt som deflator. Priserne er for alle årene opgjort i 2013-pl. Pristigningen ligger således ud over den almindelige inflation.
³⁸ / Rostgaard, Tine, M Højmosse Andersen, S. L. Clement og S. Rasmussen (2013): Analysenotatet Omsorgsbetinget livskvalitet og hjemmehjælp – En ASCOT undersøgelse blandt hjemme-hjælpsmodtagere, Aalborg Universitet

³⁹ / Respondenterne er udtrukket fra Danmarks Statistiks registre således, at gruppen er repræsentativ i forhold til køn, alder samt hvilken type hjælp, respondenten modtager. Fordelingen i de endelige besvarelser blev ikke fuldt repræsentativ, da datasættet indeholder relativt færre besvarelser fra ældre, der både modtager praktisk hjælp og personlig pleje. I det følgende vil respondenterne være opdelt efter den type af hjemmehjælp, som de modtager, hvorfor skævheden ikke vil få betydning.

⁴⁰ / ASCOT står for Adult Social Care Outcomes Toolkit. Metoden er udviklet af forskere på Kent Universitetet i England. I dag benyttes den bl.a. til den landsdækkende undersøgelse af brugertilfredshed med pleje- og omsorgsydelser i England, og har i Danmark tidligere, bestilt af Kommission om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem, været anvendt til undersøgelsen "Omsorg og livskvalitet i plejeboligen".

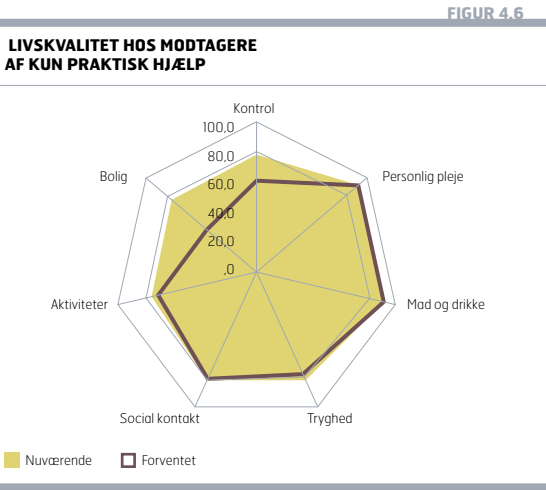
Omsorgsbetinget livskvalitet

I figur 4.6, 4.7 og 4.8 ses grafiske fremstillinger af borgernes livskvalitet på 7 af de 8 behov (domæner).⁴¹ Der sondres mellem borgere, der kun får praktisk hjælp, borgere, der udelukkende modtager personlig pleje og borgere, som modtager både praktisk hjælp og personlig pleje.

Den brune streg i figurerne markerer det forventede livskvalitetsniveau, det vil sige borgernes livskvalitet, hvis de ikke fik hjemmehjælp. Det grønne felt repræsenterer borgernes nuværende livskvalitetsniveau. Forskellen mellem den brune streg og den yderste kant af det grønne felt udgør således livskvalitetsforbedringen ved at få hjemmehjælp. Endelig udgør forskellen mellem den brune streg og det yderste af figuren hjemmehjælpens mulighed for potentielt at forbedre borgerens livskvalitet, mens forskellen mellem den yderste kant af det grønne felt og det yderste af figuren viser muligheden for at forbedre borgerens livskvalitet, når borgeren får hjemmehjælp.

Praktisk hjælp

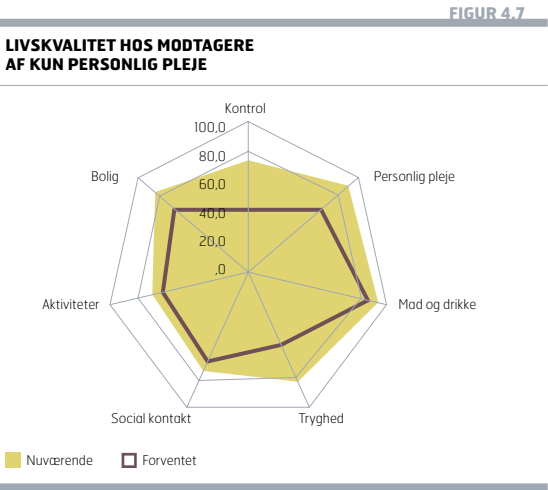
For borgere, der kun modtager praktisk hjælp, bidrager hjemmehjælpen til at forbedre livskvaliteten. Som det ses af figur 4.6, er det især på behovene relateret til boligen og kontrollen over dagliglivet, at der sker en forbedring af borgerens livskvalitet. At den største forbedring sker i forhold til boligen stemmer fint overens med, at der udelukkende gives praktisk hjælp, men den praktiske hjælp giver altså også borgerne en større kontrol over deres dagligdag. Den praktiske hjælp har næsten ingen betydning for borgernes livskvalitet, når det gælder behovene for personlig pleje, mad og drikke, social kontakt og aktiviteter.



Det er også undersøgt, hvilken betydning hjemmehjælpen har for livskvaliteten for borgere, der modtager praktisk hjælp i varierende omfang. Undersøgelsen viser, at borgere, der modtager praktisk hjælp henholdsvis 'hver tredje uge', 'hver anden uge' og 'en eller flere gange om ugen', løftes til den samme livskvalitet på alle behov med undtagelse af aktivitetsbehovet på trods af, at deres livskvalitet uden hjemmehjælp er forskellig.

Personlig pleje

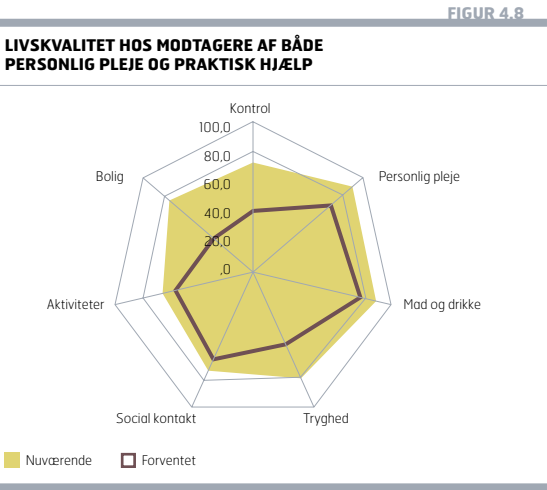
Hjemmehjælp, der udelukkende gives som personlig pleje, bidrager til en væsentlig forbedring af borgerens livskvalitet, jf. figur 4.7. Livskvalitetsforbedringen sker som ventet på behovet for personlig pleje, men det ses også, at den slår mindst ligeså meget igennem, når det gælder kontrol over eget liv og tryghed. Derudover bidrager den personlige pleje også til at forøge livskvaliteten i forhold til boligen, selvom borgeren ikke får hjælp til at gøre rent. Indvirkningen på behovene aktiviteter, social kontakt og mad og drikke er relativ begrænset.



Også med hensyn til personlig pleje er det undersøgt, hvilken betydning hjemmehjælpen har for livskvaliteten for modtagere med varierende behov for personlig pleje, dvs. borgere, der er visiteret til henholdsvis 'mindre end 3 timer pr. uge', 'fra 3 til 6 timer pr. uge' og 'mere end 6 timer pr. uge'. Det viser sig, at hjemmehjælpen bidrager til den største forbedring af livskvaliteten for gruppen, der modtager mest hjælp, dvs. 'mere end 6 timer pr. uge'.

Personlig pleje og praktisk hjælp

Borgere, der både modtager personlig pleje og praktisk hjælp, ville have den dårligste livskvalitet, hvis de ikke fik hjemmehjælp. For denne gruppe borgere bidrager hjemmehjælpen til en betydelig forbedring af livskvaliteten i forhold til flere behov. Det fremgår af figur 4.8, at ud over at forbedre borgernes livskvalitet i forhold til den personlige pleje og boligen, så ses der også relativt store forbedringer, når det gælder kontrollen over dagligdagen og trygheden. Der sker også forbedringer inden for behovene mad og drikke, aktiviteter og social kontakt, men de er ikke så store.



Hvis man inddeler gruppen i dem, der får 'mindre end 3 timer pr. uge', 'mellem 3 til 6 timer pr. uge' og 'mere end 6 timer pr. uge', så viser det sig, at den gruppe, der får mest hjemmehjælp, løftes til et lavere niveau af livskvalitet i sammenligning med de 2 andre grupper. Det er samtidig også den gruppe, der har den dårligste livskvalitet uden hjemmehjælp.

En væsentlig forbedring af livskvaliteten

Alt i alt bidrager hjemmehjælpen til en væsentlig forbedring af livskvaliteten for alle 3 modtagergrupper. Hjemmehjælpen forbedrer livskvaliteten mest for modtagere af udelukkende personlig pleje og af både personlig pleje og praktisk hjælp, som i udgangspunktet har den dårligste livskvalitet. Hjemmehjælpen forbedrer i mindre grad livskvaliteten for modtagere af udelukkende praktisk hjælp, der også i udgangspunktet har den bedste livskvalitet af de 3 grupper. Alle 3 grupper af hjemmehjælpsmodtagere opnår således nogenlunde det samme nuværende livskvalitetsniveau. Det vil sige, at hjemmehjælpen løfter dem til samme niveau af livskvalitet, selvom deres udgangspunkter er forskellige, og selvom de modtager forskellig hjælp med hensyn til indhold og omfang.

41 / Værdighed opgøres, jf. tabel 6.1, kun for nuværende livskvalitet, hvorfor behovet ikke fremgår af figurerne



Hjemmehjælpen har især betydning for borgernes livskvalitet i forhold til renholdelse af boligen og kontrolfølelsen. Er den personlige pleje en del af hjemmehjælpstilbuddet, har hjælpen desuden væsentlig betydning for borgernes livskvalitet i forhold til den personlige pleje og tryghedsfølelsen. Hjemmehjælpen har næsten ingen betydning, når det gælder social kontakt og aktiviteter.

Brugertilfredshed

Spørger man borgerne, om de generelt er tilfredse med den hjemmehjælp, de modtager, tegner der sig et billede af en meget høj grad af tilfredshed. I 2011 var 87 pct. af modtagerne således tilfredse eller meget tilfredse med kvaliteten af den praktiske hjælp, mens 91 pct. var tilfredse eller meget tilfredse med

kvaliteten af den personlige pleje. Tallene skal tages med det forbehold, at danskerne har en tendens til at besvare generelle tilfredshedsspørgsmål positivt. Det er dog værd at bemærke, at tilfredsheden lå enten på samme niveau eller højere i 2011 sammenlignet med 2007. Det er særligt i forhold til antallet af forskellige hjælpere i hjemmet, at borgerne angiver en større tilfredshed i 2011 sammenlignet med 2007.

Analysen foretaget af Aalborg Universitet har også set på borgernes tilfredshed med kvaliteten af den hjælp, de modtager. 96 pct. vurderede, at kvaliteten af personlige pleje var tilstrækkelig eller fuldt tilstrækkelig, mens 80 pct. vurderede, at kvaliteten af den praktiske hjælp var tilstrækkelig eller fuldt tilstrækkelig.⁴²

TABEL 4.7

BRUGERTILFREDSHED		2007	2008	2009	2011
Brugertilfredshed på hjemmehjælpsområdet (pct.)					
Andelen af hjemmehjælpsmodtagere i eget hjem der har svaret tilfreds eller meget tilfreds vedrørende:					
Kvaliteten	Praktisk	84	82	86	87
	Personlig	87	95	92	91
Hjælpens ensartethed	Praktisk	71	73	75	75
	Personlig	75	79	83	84
Overholdelse af aftalte tidspunkter	Praktisk	83	80	84	84
	Personlig	77	80	85	82
Antallet af medarbejdere	Praktisk	64	62	67	68
	Personlig	60	69	69	70
Kilde: Den nationale brugertilfredshedsundersøgelse på ældreområdet juli/august 2007, 2008, 2009 og 2011.					

42 / Rostgaard, Tine, Morten Højmosen Andersen, Sanne Lund Clement og Stine Rasmussen (2013): Analysenotatet Omsorgsbetinget livskvalitet og hjemmehjælp – En ASCOT undersøgelse blandt hjemmehjælpsmodtagere, Institut for Statskundskab, Aalborg Universitet.



Kapitel 5.

ET PARADIGMESKIFTE – OMLÆGNING AF KOMMUNERNES PRAKSIS PÅ HJEMMEHJÆLPsområdet

Kapitlet beskriver det paradigmeskifte i den kommunale praksis, som skal udgøre afsættet for fremtidens indsats på hjemmehjælpsområdet.

En mere differentieret ældregruppe

Den ældre del af befolkningen har i de sidste mange år oplevet en generel forbedring af den fysiske funktionsevne. Der er flere årsager til den positive udvikling. Dels en langt større bevidsthed om betydningen af at leve sundt og have fysisk aktivitet som en del af hverdagen. En bevidsthed, som fx viser sig i form af sundere kostvaner, mindre rygning, mere motion samt et aktivt fritidsliv. Samtidig har den samfunds-mæssige og teknologiske udvikling, herunder udviklingen af bedre arbejdsmetoder og dermed bedre fysiske arbejdsmiljøer, medført, at færre oplever at blive fysisk nedslidte i arbejdslivet. Desuden udvikles der løbende ny sundhedsfaglig viden samt nye behandlingsmetoder inden for sundhedsområdet, som gør, at vi lever længere og er mere raske.

Kommissionen forventer, at tendensen, mod at flere ældre borgere har et bedre helbred, vil fortsætte. Fremover vil stadig flere ældre borgere dermed have mere overskud og flere ressourcer til at bevare kontrollen med og tage ansvaret for deres eget liv. En stor del af denne gruppe af ældre vil kunne klare sig selv uden hjælp – også i de sene år af livet.

Samtidig vil udviklingen i retning af flere ældre fremover – dels grundet de store efterkrigstidsårgange og dels grundet længere levetid – påvirke sygdomsbilledet i retning af flere borgere med langvarige sygdomme. En del af denne gruppe vil have omfattende og komplekse plejebehov og vil have få eller ingen ressourcer til at klare sig uden hjælp. Alene ud fra viden om udviklingen i antallet af borgere med demens forventes der at være en voksende gruppe af svage ældre med komplekse plejebehov. Endelig vil der som følge af en tendens til stigende ulighed i sundhed være ældre, som ikke i samme grad som resten af befolkningen oplever en positiv udvikling i sundhedstilstanden.

Der tegner sig dermed et mere differentieret ældrebillede, som efter kommissionen opfattelse bør være omdrejningspunktet for en ny måde at anskue ældreområdet og hjemmehjælpen på.

Gruppen af ældre kan overordnet set deles op i 3 grupper:

En formentlig stadig større andel af ældre borgere, som kan klare sig helt uden hjælp. De er raskere, økonomisk mere velstillede, bedre uddannede og har stabile netværk. Denne ældregruppe har ikke behov for hjælp, men kan være genstand for en forebyggende indsats.

Den anden gruppe er ældre borgere, der oplever funktionstab som følge af sygdom og alderdom. De vil få brug for hjælp – primært i form af hjælp til selvhjælp og egenomsorg og bl.a. understøttet af teknologiske hjælperedskaber og anden teknologi.

Endelig vil der være en voksende gruppe af ældre med omfattende og komplekse plejebehov i eget hjem. Det skyldes dels udviklingen med flere ældre med langvarige sygdomme, herunder især demenssygdomme. Det skyldes også, at der på sygehusene i disse år sker en bevægelse i retning af kortere indlæggelsestider og øget ambulant behandling, som flytter en del af for- og efter-behandlingsopgaverne fra sygehusene til kommunerne og dermed også til borgernes eget hjem. Gruppen af borgere med omfattende og komplekse plejebehov, som skal plejes i eget hjem, vil have brug for særsomt opmærksomhed i de kommende år.

De 3 grupper skal naturligvis ikke opfattes som statisk adskilte, men som dynamisk overlappende i den forstand, at mange ældre fra første gruppe med tiden vil glide over i de 2 øvrige grupper og tilsvarende fra anden gruppe til tredje. Det er netop i disse overgange, at der bør være en proaktiv tilgang, så pleje-

behovene kan opfanges tidligt og imødekommes på rette vis. Med den rette forebyggende og rehabiliterende indsats vil det også være muligt for en del borgere at bevæge sig tilbage fra anden gruppe til første og tilsvarende fra tredje gruppe til anden.

Fremtidens hjemmepleje – et paradigmeskifte

Kommissionen finder det afgørende, at der i tilrettelæggelsen af fremtidens ældrepleje tages afsæt i det mere differentierede ældrebillede, der tegner sig i disse år. Der skal tages højde for det potentiale, som den voksende gruppe af ressourcestærke ældre kan bidrage med, og samtidig skal det sikres, at der er den rette hjælp og støtte til de borgere, som er så svage, at de har brug for omfattende hjælp. Ældre

skal i langt højere grad, end tilfældet er i dag, have hjælp til at leve så uafhængigt et liv som muligt og mødes med forventninger om, at alle deres ressourcer bringes i spil.

En indsats der hjælper borgerne til at forblive uafhængige længst muligt

Hjemmehjælpens formål er at hjælpe borgere med funktionsnedsættelse og hjælpebehov til at leve et liv i bedst mulig overensstemmelse med deres hidtidige liv. Der har hidtil været fokus på at "tage over" for borgeren og løse de konkrete problemer, som borgeren ikke selv har kunnet klare, fx rengøring eller at komme i tøjet om morgenen. Derimod har der generelt været mindre fokus på, om der kan gøres noget ved den bagvedliggende årsag til hjælpebehovet – nemlig den nedsatte funktionsevne.



Det er kommissionens holdning, at der er behov for grundlæggende at gentænke måden at anskue hjemmehjælpen på, således at hjælpen bliver mere i overensstemmelse med de oprindelige målsætninger for hjemmehjælpen. Der er behov for aktivt at leve op til servicelovens formålsbestemmelse om, at hjælp gives for at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv. Det vil sige, at den sociale lovgivnings mangeårige begreb ”hjælp-til-selv” skal revitaliseres og bruges aktivt i praksis.

Kommissionen ønsker derfor at understøtte den omlægning af den kommunale praksis, som allerede er under udvikling i kommunerne. Hvor man i stedet for at løse opgaverne for borgeren, hjælper borgeren til så vidt muligt selv at blive i stand til at løse opgaverne og dermed forblive uafhængig af hjælp så længe som muligt. De borgere, der har et potentiale for at forbedre deres funktionsevne, skal have hjælp og støtte til at forbedre denne, således at de så længe som muligt kan leve et liv uafhængig af hjælp og i

overensstemmelse med deres hidtidige liv. Det kan fx ske i form af fysisk træning kombineret med råd og vejledning samt brug af teknologiske hjælpemidler. For nogle borgere kan dette betyde, at de kan forblive selvhjulpne i længere tid, for andre borgere kan det mindske behovet for hjælp.

En koordineret indsats til borgere med omfattende og komplekse plejebehov

For borgere, hvor det på grund af karakteren og tyngden af deres funktionsnedsættelser ikke er realistisk at have som mål at skabe forbedringer i funktionsevnen, skal der i stedet være fokus på at yde en mere kompenserende hjælp, svarende til den hjemmehjælp, man kender i dag. Det er dog vigtigt, at der også i forhold til denne gruppe borgere ydes støtte med henblik på at bevare den nuværende funktionsevne samt undgå yderligere forringelser.

Efter kommissionens opfattelse er der behov for at have særskilt fokus på, hvordan der for svage og syge borgere med komplekse plejebehov kan sikres en bedre koordination mellem hjemmehjælpen på den ene side og hjemmesygeplejen på den anden. Behovet for øget fokus på koordinering aktualiseres især af den tidligere nævnte udvikling i opgavefordelingen mellem regioner og kommuner, som bl.a. betyder, at en del af de for og efterbehandlingsopgaver, som tidligere blev varetaget i sygehusregi, er flyttet til kommunerne og dermed også til borgerens eget hjem.

Værdier for fremtidens indsats på hjemmehjælpsområdet

Det er væsentligt for kommissionen at understrege, at omlægningen af indsatserne, hvor man hjælper borgerne til så vidt muligt selv at blive i stand til at løse opgaverne, først og fremmest skal gøre en reel forskel for den enkelte borger i forhold til at kunne

leve et liv baseret på størst mulig selvhjulpne og værdighed. Det er væsentligt, at omlægningen ikke alene begrundes i økonomiske hensyn.

Omlægningen skal ske med udgangspunkt i de 4 værdier, som ifølge kommissoriet for Hjemmehjælpskommissionen skal kendetegne fremtidens ældrepolitik, nemlig værdighed, selvhjulpne, selvbestemmelse og tryghed.

Værdighed

Værdighed betyder respekt for den enkelte ældre og for det liv og de vaner, den ældres hverdag er bygget op omkring. Værdighed er at tage den ældre alvorligt og holde fast i, at behovet for at klare sig selv mest muligt ikke forsvinder, blot fordi man bliver ældre. Det er derfor værdig ældrepleje at hjælpe en borger til at blive i stand til at genvinde evnen til at klare sig selv bedst muligt – også selvom behovet for hjælp måske kun udsættes for en periode. Værdighed kommer især til udtryk i mødet mellem den enkelte borger og den udførende medarbejder i hjemmeplejen.

Selvhjulpne

Selvbestemmelse er et grundlæggende ønske hos mennesket. Ingen ønsker som udgangspunkt at være afhængig af hjælp fra andre. Selvhjulpne giver øget kontrol over eget liv og giver mulighed for at fortsætte sit hidtidige liv også i de sene år – med bedre livskvalitet til følge. Selvhjulpne opnås ikke alene ved en omlægning af indsatserne, så de understøtter borgeren i at kunne klare sig selv, men forudsætter også, at borgerne tager et medansvar og bidrager mest muligt til egen selvhjulpne, fx via træning.

Selvbestemmelse

Selvbestemmelse er ligeledes et fundamentalt behov for alle mennesker – uanset et eventuelt hjælpebehov. Det er afgørende, at hensynet til den enkelte borgers selvbestemmelse kommer til at udgøre et væsentligt element i den fremtidige indsats på hjemmehjælpsområdet, hvor fokus er på at blive så selvhjulpne som mulig. Det er borgernes egne ønsker og mål for indsatsen, som skal være styrende for, hvordan forløbet tilrettelægges og udføres.

Tryghed

Tryghed er en værdi, der ofte nævnes i forbindelse med svage ældre borgere, der ikke længere kan klare sig selv. Tryghed er tæt forbundet med en tillid til, at der er den nødvendige hjælp at få, hvis kræfterne svigter, og at medarbejderne er fagligt kompetente til at løfte opgaverne. Det er vigtigt, at svage ældre med langvarige sygdomme og komplekse behov kan være trygge ved, at de modtager en pleje og behandling, som er sammenhængende og koordineret på tværs af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.

Det er ligeledes væsentligt at være opmærksom på, hvordan en omlægning af indsatserne i retning af mere støtte til selv at kunne klare dagligdagen, kan påvirke den enkelte borgers oplevelse af tryghed. På den ene side må hjælp og støtte til større selvhjulpne og dermed større uafhængighed formodes at bidrage til øget tryghed for den enkelte borger. På den anden side er kommissionen også opmærksom på, at det kan være afgørende for den enkelte borger, der måske før har fået kompenserende hjælp og fremover skal ”hjælpes ud af hjælpen”, at der er tillid til, at man kan få hjælp igen, hvis behovet vender tilbage.

ANBEFALING #1

Kommissionen anbefaler, at fremtidens hjemmehjælp tager afsæt i det igangværende paradigmeskifte i kommunerne, hvor:

- Borgere, der har et potentiale for at forbedre deres funktionsevne, hjælpes til så vidt muligt selv at klare dagligdagen og dermed forblive uafhængig af hjælp længst muligt.*
- Borgere, der har omfattende og komplekse plejebehov, modtager en mere kompenserende hjælp, der er koordineret med sygeplejefaglige indsatser.*



Kapitel 6.

DEN FREMADRETTEDE INDSATS

Kapitlet beskriver den fremadrettede indsats på hjemmehjælpsområdet. Fokus på den forebyggende indsats og hvordan rehabiliteringsindsatser kan understøtte borgerne i at blive mere selvhjulpne.

Den fremadrettede indsats for ældre borgere i eget hjem består af 3 primære indsatsområder. Det første indsatsområde er forebyggelse, som skal bidrage til at forhindre sygdom, tab af funktionsevne samt afhængighed af hjælp. Det andet indsatsområde er træning og rehabilitering, hvor fokus er på at hjælpe borgerne til i videst mulig omfang selv at kunne klare dagligdagen igen. Det tredje indsatsområde er hjælp til svage borgere, som ikke kan blive helt eller delvist selvhjulpne og har brug for kompenserende hjælp.

De 3 indsatsområder beskrives nærmere i dette kapitel. Velfærdsteknologi og digitale løsninger vil ligeledes udgøre en central del af den fremtidige indsats, men da velfærdsteknologier og digitale løsninger går på tværs af de 3 indsatsområder, behandles de selvstændigt i kapitel 10 om digital velfærd.

6.1 Forebyggelse – et aktivt ældreliv

De nye ældregenerationer har som beskrevet ovenfor generelt et bedre helbred og er mindre nedslidte end tidligere. Der ses dog samtidig en tendens til en stigning i forekomsten af kroniske sygdomme og demens, ligesom forbruget af sundhedsydelser er stigende og størst i de ældste aldersgrupper. Endelig er der klare sociale forskelle i forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed i befolkningen, bl.a. fordi andelen af rygere, overvægtige og fysisk inaktive er større blandt borgere med kort uddannelse end borgere med lang uddannelse.

Forebyggelse og sundhedsfremme er derfor også fremadrettet et væsentligt indsatsområde, og der vurderes at være et stort potentiale i at styrke forebyggelsesindsatsen rettet mod midaldrende og ældre, jf. også boks 6.1.

BOKS 6.1

Gruppen af ældre medicinske patienter udgør i dag ca. 2 pct. af den samlede befolkning, men tegner sig for mere end 25 pct. af både forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og akutte indlæggelser på sygehusene.

Borgere, der modtager hjemmehjælp, udgør 3,9 pct. af den samlede befolkning, men de regionale sundhedsudgifter til somatisk behandling af disse borgere udgør ca. 16,3 pct.

Note: Data vedr. regionale sundhedsudgifter til somatisk behandling for modtagere af hjemmehjælp er baseret på en afdækning i 10 udvalgte kommuner.
Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013): Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelse og genindlæggelser

En effektiv forebyggende indsats kan være med til at sikre ældre borgere et liv med mindst mulig sygdom, tab af funktionsevne og afhængighed af hjælp. Samtidig kan en god forebyggende indsats bidrage til, at borgerne kan få en hverdag med meningsfulde gøremål og social kontakt, hvor egne ressourcer bringes i spil.

Forebyggelse defineres i denne sammenhæng som en aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdom, funktionsnedsættelse (både fysisk og psykisk), sociale problemer eller ulykker. En forebyggende indsats kan også indeholde tiltag, der har til formål at stabilisere en tilstand, undgå forværring af en tilstand samt at imødegå tilbagefald.⁴³

Der er en tæt sammenhæng mellem forebyggelse og rehabilitering. Rehabilitering vil typisk indeholde en væsentlig forebyggende indsats, ligesom der som opfølgning på et rehabiliteringsforløb kan være behov for en forebyggende indsats, der skal sikre, at borgeren fastholder et forbedret funktionsniveau, jf. også afsnit 6.2 om træning og rehabilitering nedenfor.

Forebyggelse går på tværs af sundheds- og socialområdet og involverer en række forskellige aktører. Indsatserne er typisk forankret i kommunerne, som har hovedansvaret for at skabe rammerne for sund levevis og etablere forebyggende tilbud til borgerne. Kommunerne er ikke i lovgivningen forpligtede til at yde specifikke forebyggende indsatser (udover forebyggende hjemmebesøg til ældre), men står selv for prioritering og tilrettelæggelse af indsatserne.

Forebyggelse dækker over mange forskellige typer af indsatser. Kommissionen har især haft fokus på de aspekter, som handler om dels at forebygge, at borgere, der er i risiko for tab af funktionsevne, får behov for hjemmehjælp, og dels at forebygge, at de borgere, som allerede modtager hjemmehjælp, oplever yderligere tab af funktionsevne, sociale problemer m.v.

Forebyggelse af behov for hjemmehjælp – ældre i risiko for tab af funktionsevne

Indsatsområder i den forebyggende indsats

Rambøll har gennemført 2 kortlægninger af forebyggelsesindsatser rettet mod ældre, der er i risiko for tab af funktionsevne.⁴⁴ På baggrund af en gennemgang af international og national litteratur på området identificerer Rambøll 5 kerneproblematikker hos ældre, der er i risiko for tab af funktionsniveau: Fysisk inaktivitet, fald, fejlnærering, kognitiv funktionsnedsættelse og social isolation og ensomhed. De 5 problematikker knytter sig til henholdsvis den fysiske, psykiske og sociale funktionsevne,

men de skal ses i sammenhæng, idet der i praksis ikke er tale om afgrænsede og isolerede indsatsområder. Den nedenstående figur 6.1 viser de 5 kerneproblematikker.



Kilde: Rambøll (2012): Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre – kortlægning af kommunale praksis-erfaringer. Rambøll (2012): Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre – kortlægning af viden og evidens.



43 / Sundhedsstyrelsen (2005): Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folke-sundhed.

44 / Rambøll (2012): Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre – kortlægning af kommunale praksiserfaringer. Rambøll (2012): Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre – kortlægning af viden og evidens.

De 5 kerneproblematikker kan på baggrund af litteraturgennemgangen fremhæves som centrale fokus-punkter i forebyggende indsatser målrettet ældre, idet de 5 kerneproblematikker ofte vil være årsag til funktionsevetab hos ældre. Det skal dog bemærkes, at der også kan være andre områder, som det er væsentligt at adressere i et forebyggelsesperspektiv, fx medicin-håndtering og forebyggelse af alkoholmisbrug.

Rambølls kortlægning af kommunal praksis viser, at kommunernes forebyggelsesindsatser i overvejende grad er rettet mod borgerens fysiske funktionsniveau og i mindre grad mod borgerens sociale og psykiske funktionsniveau. Det er således ofte borgerens fysiske funktionsniveau, der er årsagen til, at der iværksættes en forebyggende indsats, men indsatsen kan også have et socialt eller psykisk aspekt. Der kan eksempelvis være tale om motion, der tilrettelægges som gruppebaserede aktiviteter, så der ligeledes er sociale aspekter i indsatsen.

Kommissionen finder det væsentligt, at kommunerne har fokus på alle de 5 kerneproblematikker og i højere grad får integreret indsatser målrettet det psykiske og sociale funktionsniveau. Det skal ikke mindst ses i lyset af, at der er en nær sammenhæng mellem psykisk og socialt funktionsniveau på den ene side og fysisk funktionsniveau på den anden side.

Som eksempel på en forebyggende indsats målrettet borgernes sociale funktionsniveau kan nævnes, at flere kommuner med succes har etableret herreklubber, som er målrettet ældre mænd, der er alene. I klubberne er det typisk mændene selv, der bestemmer aktiviteterne og står for en del af arrangementet. Der kan fx være tale om fælles madlavning, fisketur, vinsmagning, værkstedsaktiviteter mv.

Samarbejde med eksterne aktører

Rambølls kortlægning viser, at kommunerne samarbejder med en række forskellige aktører i den forebyggende indsats på ældreområdet, jf. tabel 6.1.

TABEL 6.1

KOMMUNERNES SAMARBEJDSPARTER PÅ FOREBYGGELSESMRÅDET	
PCT., SOM HAR SVARET BEKRÆFTENDE	
Praktiserende læge	85
Regionen/sygehus	74
Frivillige	73
Pårørende, netværk	45
Diætist	29
Privatpraktiserende fysioterapeut og /eller ergoterapeut	10
Privatpraktiserende psykolog	3
Andre	11

Respondenterne har kunnet svare bekræftende eller undlade at svare. Tabellen summerer ikke til 100, fordi respondenterne har haft mulighed for at sætte flere kryds. N angiver, hvor mange respondenter der har besvaret spørgsmålet. N = 80. Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale ældrechefer 2012.

85 pct. af kommunerne angiver, at de har etableret et samarbejde med praktiserende læger, bl.a. med henblik på opsporing af ældre med behov for en forebyggende indsats. Kommunerne lægger især vægt på, at de praktiserende læger har nem adgang til forebyggende medarbejdere og er orienterede om forskellige forebyggende tilbud og aktiviteter i kommunen. En del kommuner (76 pct.) har derfor valgt at have en praksiskonsulent tilknyttet. Praksiskonsulenten er selv praktiserende læge og har til opgave at agere bindeled mellem kommunen og de øvrige praktiserende læger i kommunen. Ofte vil praksiskonsulenten kunne bidrage i forbindelse med henvisning til forebyggelsesaktiviteter.

Samarbejdet med frivillige og pårørende spiller ligeledes en væsentlig rolle i den forebyggende indsats. Rambølls kortlægning viser, at det i mange tilfælde er frivillige, der står for forebyggende aktiviteter som fx stolegymnastik og ældrecaféer, mens medarbej-

derne på forebyggelsesområdet eller i ældreplejen yder rådgivning og varetager en koordinerende funktion i forebyggelsesarbejdet. Samarbejdet med frivillige gavner ikke alene de ældre, som deltager i aktiviteterne, men har også en forebyggende effekt for de ældre, der involverer sig i det frivillige arbejde og ad den vej selv bliver mere aktive og får flere sociale kontakter. Kommissionen finder det derfor også væsentligt, at der lokalt etableres et struktureret samarbejde med frivillige om forebyggende aktiviteter. Overvejelserne vedrørende dette punkt uddybes i kapitel 11 om den frivillige sociale indsats på ældreområdet.

Tidlig indsats

Et vigtigt element i den forebyggende indsats er at få kontakt til de ældre borgere, som vil have gavn af tilbud om forebyggende aktiviteter eller indsatser. For kommissionen er det afgørende, at den forebyggende indsats starter tidligt, og helst før borgerne første gang henvender sig om hjælp til fx rengøring eller bad. Der bør tænkes i alternative måder at nå ud til de ældre, som vil kunne have gavn af forebyggende indsatser. Udover de forebyggende hjemmebesøg og praktiserende læger bør der derfor også gøres brug af fx ældrecaféer, seniorklubber, kirken, sociale viceværter, idrætsforeninger m.v. som indgange til at nå ud med forebyggende aktiviteter og tilbud.

BOKS 6.2

SOCIALE VICEVÆRTER I ALMENE BOLIGFORENINGER
I Greve Kommune har man ansat en social vicevært, der bl.a. arbejder med at fremme tryghed, sundhed og socialt liv i kommunens udsatte boligområder. Viceværten har et tæt samarbejde med de forebyggende medarbejdere i kommunen og udbyder flere sociale aktiviteter og motionshold, som er målrettede ældre borgere samt borgere der er ensomme og socialt stigmatiserede. Desuden samarbejder den sociale vicevært med flere frivillige foreninger i lokalområdet.

ANBEFALING #2

Kommissionen anbefaler, at kommunerne i den forebyggende indsats øger opmærksomheden på gruppen af socialt udsatte ældre, og at dette arbejde understøttes gennem tilvejebringelse af ny viden om effektive indsatser på området.

Det er ligeledes væsentligt, at borgerne fra et tidligt tidspunkt har nem adgang til rådgivning om sunde vaner og betydningen af kost, motion og socialt netværk. Borgerne skal understøttes i en aktiv tilværelse og bl.a. have let adgang til information om og overblik over aktivitets- og foreningstilbud i lokalområdet.

Kommissionen er desuden optaget af, hvordan man bedst når de socialt og økonomisk dårligst stillede ældre. Erfaringer viser, at disse grupper er vanskelige at nå, selvom de måske har allermost gavn af forebyggende indsatser. Det fremgår bl.a. af et dansk studie, at de socialt og økonomisk dårligst stillede ældre er mindre tilbøjelige til at tage imod forebyggende hjemmebesøg end andre ældre. Studiet peger i forlængelse heraf på, at der er behov for en mere proaktiv tilgang til gruppen af udsatte ældre i de forebyggende tilbud.⁴⁶ Flere kommuner har fx gode erfaringer med at følge isolerede ældre tæt gennem flere kontinuerlige hjemmebesøg for dermed at skabe fortrolighed og åbne op for, at en anden forebyggende indsats kan sættes i værk.⁴⁷

45 / KL og PLO (2011): Kortlægning af den kommunale praksiskonsulentordning.

46 / Avlund et al (2012): Are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced?: a cross sectional study in Denmark.

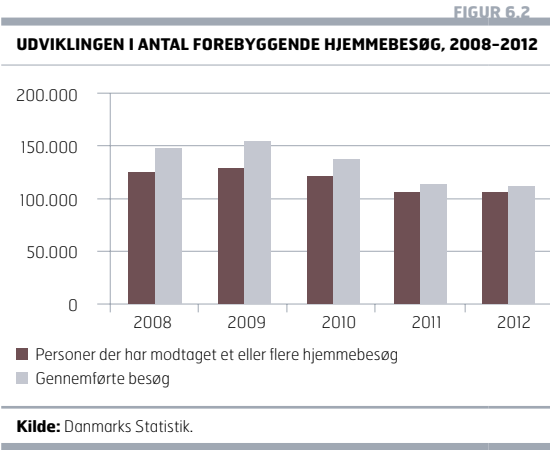
47 / Ankestyrelsen (2010): Forebyggende hjemmebesøg til ældre.

Forebyggende hjemmebesøg

Forebyggende hjemmebesøg spiller en vigtig rolle, når det gælder muligheden for at få kontakt til de ældre, der kan have gavn af en forebyggende indsats. Kommunerne skal i dag tilbyde alle borgere på 75 år og derover mindst ét årligt forebyggende hjemmebesøg. Ved forebyggende hjemmebesøg forstås uopfordrede, men ikke uanmeldte, besøg i borgerens eget hjem med det formål at drøfte den pågældendes aktuelle livssituation, fx dagligdag, trivsel, socialt netværk, bolig og helbredsspørgsmål. Hjemmebesøgene har bl.a. til formål at hjælpe de ældre til bedre at udnytte egne ressourcer og bevare funktionsevnen længst muligt.

Det er den ældre selv, der tager stilling til, om vedkommende ønsker at modtage et hjemmebesøg. Det er således ikke kommunen, der skal vurdere, om borgerne har behov for et tilbud om forebyggende hjemmebesøg. Kommunerne kan dog vælge at undtage de borgere, som modtager både personlig og praktisk hjælp, fra ordningen.

I figur 6.2 figur ses udviklingen i antal gennemførte forebyggende hjemmebesøg og antallet af personer, der har modtaget et eller flere forebyggende hjemmebesøg.



Figuren viser en faldende tendens i antal forebyggende hjemmebesøg fra 2009 til 2011. Dette skal ses i sammenhæng med, at kommunerne med virkning fra den 1. juli 2010 ikke længere er forpligtede til at gennemføre 2, men alene 1 årligt forebyggende hjemmebesøg. De samlede udgifter til forebyggende hjemmebesøg udgør 118 mio. kr. (i 2011-priser).



TABEL 6.2

FOREBYGGENDE HJEMMEBESØG I TI KOMMUNER

Kommune	Går kommunens tilbud om forebyggende hjemmebesøg udover minimumsstandarden fastsat i henhold til servicelovens § 79a?	Skal borgeren selv melde afbud for ikke at få besøg?	Har kommunen et fokusområde for de forebyggende hjemmebesøg?	Andel af målgruppen (75+ årige), hvor der er gennemført forebyggende hjemmebesøg
Furesø	Nej	Nej	Nej	Ca. 33 pct. i 2011
Hillerød	Nej	Nej	Nej	28 pct. i 2010
Holbæk	Ja	Ja	Ja (kost og motion)	40 pct. i 2010
Hvidovre	Nej	Ja	Nej	15 pct. i 2010
Vordingborg	Nej	Nej	Ja (demens, depression og enkemænd)	20 pct. i 2011
Esbjerg	Ja	Ja	Nej	50 pct. i 2011
Kerteminde	Ja	Nej	Ja (faldforebyggelse og fysisk aktivitet)	75 pct. i 2011
Odder	Nej	Nej	Nej	15-20 pct. i 2011
Viborg	Nej	Ja	Ja (faldforebyggelse i 2011)	53 pct. i 2011
Aalborg	Nej	Ja	Ja (erme ikke oplyst)	44 pct. i 2010

Kilde: COWI (2012): Kvalitativ analyse af potentialet for forbedret kommunale forebyggelse af sygehuskontakt.

Kommunernes praksis

Det er kommunen, der beslutter, hvordan de forebyggende hjemmebesøg skal tilrettelægges, og praksis er derfor også varierende på tværs af kommuner. Tabel 6.2 viser, at 3 ud af 10 kommuners tilbud om forebyggende hjemmebesøg indeholder mere end de mindstekrav, der er fasttsat i serviceloven. Fx ved at kommunerne også tilbyder forebyggende hjemmebesøg til personer, som ikke er fyldt 75 år. Desuden ses en betydelig variation på tværs af de 10 kommuner i forhold til, hvor stor en andel af målgruppen, der rent faktisk modtager et forebyggende hjemmebesøg.

Effekt af forebyggende hjemmebesøg

Effekten af forebyggende hjemmebesøg er belyst i en kortlægning af viden og evidens på forebyggelsesområdet.⁴⁸ Kortlægningen peger på, at der både i international og national litteratur findes evidens for, at forebyggende hjemmebesøg kan bidrage til at forbedre funktionsevnen samt reducere funktionsevnetab blandt ældre, der har en relativ god funktionsevne og selv kan klare en stor del af opgaverne i hverdagen.

De præcise årsager til de positive effekter af forebyggende hjemmebesøg kendes ikke på nuværende

tidspunkt. Flere forhold spiller formentligt ind, herunder viden om egne ressourcer og mulighederne for at påvirke sit eget livsforløb, kendskab til tilbud i lokalområdet samt øget tryghed ved at have en indgang til kommunen.

Endelig er der evidens for, at den anvendte pædagogiske metode og de forebyggende medarbejders uddannelse påvirker effekten af hjemmebesøgene, målt ved graden af fysisk aktivitet og tab af funktionsniveau. Desuden viser det sig, at effekten af de forebyggende hjemmebesøg er større for 80-årige sammenlignet med 75-årige.⁴⁹

En mere differentieret indsats

De forebyggende hjemmebesøg spiller uden tvivl en central rolle i forhold til at få kontakt til de ældre, som kan have gavn af en forebyggende indsats. Kommissionen hæfter sig ved de positive effekter af besøgene i forhold til borgernes funktionsniveau og mener også, at de forebyggende hjemmebesøg kan bidrage til at sikre en øget sammenhæng i de forskellige forebyggende tilbud, som findes i kommunerne.

Samtidig er det dog kommissionens opfattelse, at der med fordel kan arbejdes mere med indholdet i og tilret-

48 / Rambøll (2013): Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre – kortlægning af viden og evidens.
49 / Vass et al (2005): Feasible model for prevention of functional decline in older people: municipality-randomized controlled trial. J. Am. Geriatr. Soc. Og Vass et al (2009): A feasible model for prevention of functional decline in older home-dwelling people, Fam. Pract.

telæggelsen af de forebyggende hjemmebesøg, bl.a. med henblik på at sikre en mere differentieret, fleksibel og effektiv indsats. Det er fx værdt at hæfte sig ved den betydelige variation på tværs af kommuner i andelen af borgere over 75 år, som reelt modtager et forebyggen- de hjemmebesøg (fra 15 pct. til 75 pct.). Variationen kan dække over flere forhold. Det afgørende er, at de fore- byggende hjemmebesøg målrettes de borgere, som har behov for en forebyggende indsats.

Målgrupper

Målgruppen for de obligatoriske forebyggende hjemmebesøg er i dag borgere i alderen 75 år og derover. Som det fremgår af kapitel 3, er der i løbet af de seneste 15 år sket en stigning i antallet af år, som ældre mennesker forventes at leve uden funk- tionsbegrænsninger. Overordnet ser gruppen af 75+ årige således væsentligt anderledes ud i dag end på tidspunktet for indførelsen af de forebyg- gende hjemmebesøg i midten af 1990'erne. Kapitel 3 viser dog også, at der er klare sociale forskelle i forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelig- hed i ældrebefolkningen.

Det mere differentierede ældrebillede gør det rele- vant at se på det aldersbaserede kriterium for fore- byggende hjemmebesøg. Mange 75+ årige lever i dag et aktivt liv og har hverken behov for eller lyst til et årligt forebyggende hjemmebesøg. Samtidig er der borgere under 75 år, som vil have betydelig gavn af et forebyggende hjemmebesøg, fx isolerede og ensomme borgere samt en del borgere af anden et- nisk herkomst end dansk.

Aldersgrænsen for obligatoriske tilbud om forebyg- gende hjemmebesøg bør efter kommissionens op- fattelse hæves fra 75 til 80 år. Forebyggende hjem- mebesøg skal i højere grad målrettes de borgere, hvor der forventes at være den største effekt. Det betyder også, at ældre borgere under 80 år skal have tilbud om en forebyggende indsats, hvis de ud-

gør en særlig risikogruppe, fx lige har mistet deres ægtefælle eller er særligt socialt isolerede.

Det bør i højere grad være borgernes samlede res- sourcer og risiko for tab af funktionsevne, der er af- gørende for, om der tilbydes forebyggende hjem- mebesøg. Derfor kan der med fordel arbejdes på at udvikle screeningsværktøjer eller kriterier, som kan understøtte kommunerne i vurderingen af, om der er behov for et forebyggende besøg i borgerens hjem.

En øget målretning af de forebyggende hjemmebe- søg er også helt i tråd med det faglige opgør, der i løbet af de seneste år har været med helbredstjeks til hele befolkningen. Undersøgelser viser, at den sundhedsmæssige effekt af de generelle helbredstj- eks er meget begrænset.⁵⁰ Derfor er også denne forebyggende indsats i dag målrettet de borgere, hvor den forventede sundhedsmæssige effekt er størst, og der arbejdes kontinuert på udvikling af egnede screeningsværktøjer.

Gruppebaserede indsatser

Endvidere bør der ifølge kommissionen åbnes op for mere differentierede forebyggelsestilbud, hvor grup- pebaserede indsatser kan fungere som alternativ til individuelle besøg i borgernes eget hjem. Gruppeba- serede indsatser kan fx tilbydes i regi af frivillige tilbud, herunder ældrecaféer, gymnastikforeninger, aktivi- tetscentre m.v. Der kan være tale om forskellige tem- amøder om sundhed og forebyggelse, hvor der også vil være mulighed for individuel dialog og tilbud om screening af funktionsevne m.v. Fordelen ved de gruppebaserede indsatser er, at de sandsynligvis vil få nogle af de borgere, som i dag siger nej tak til et hjem- mebesøg, i tale samtidig med, at de også kan have en effekt i forhold til netværksdannelse. Gruppebaserede indsatser bør som udgangspunkt målrettes de mere ressourcestærke borgere, mens øvrige borgere fort- sat tilbydes besøg i eget hjem.

Kommunerne har i dag mulighed for at undtage bor- gere, som modtager både personlig pleje og praktisk hjælp, fra de forebyggende hjemmebesøg. Baggrun- den er, at denne gruppe borgere er i hyppig kontakt med hjemmeplejen, som kan vejlede borgeren om forebyggelse og sundhedsfremme samt observere ændringer i borgerens situation. Kommissionen er enig i, at de forebyggende hjemmebesøg bør forbe- holdes borgere, som ikke er i hyppig kontakt med hjemmeplejen, men finder samtidig anledning til at understrege, at det derfor er afgørende, at medar- bejdere i hjemmeplejen understøttes i den forebyg- gende dialog og tidlig opsporing. Se det kommende afsnit om en forebyggende indsats i hjemmeplejen om forebyggelse i hjemmeplejen.

Fleksibilitet

Forebyggende hjemmebesøg skal i henhold til servi- celoven tilrettelægges efter behov og tilbydes mindst én gang årligt. I flere kommuner arbejder man med at styrke de forebyggende hjemmebesøg gen- nem en fleksibel tilrettelæggelse, bl.a. ved at tilbyde hyppigere besøg, hvis borgeren vurderes at have brug for det, eller ved at tilbyde et forebyggende hjemmebesøg i særlige risikosituationer, fx i forbin- delse med tab af ægtefælle.⁵¹

Kommissionen finder det væsentligt, at de forebyg- gende hjemmebesøg tilrettelægges fleksibelt, bl.a. i forhold til den hyppighed, hvormed besøgene tilby- des. Det indebærer ikke alene, at der i nogle situatio- ner vil være behov for at tilbyde mere end et årligt besøg. Det betyder også, at der i nogle situationer bør være mulighed for at springe et besøg over og først komme igen efter fx 2 år, hvis borgeren er res- sourcestærk og ikke vurderes at kunne drage væ- sentlig nytte af besøget.



ANBEFALING #3

Kommissionen anbefaler, at forebyggende hjemmebesøg tilrettelægges mere målrettet og fleksibelt, herunder:

- *at aldersgrænsen for obligatoriske tilbud om forebyg- gende hjemmebesøg forhøjes fra 75 til 80 år*
- *at ældre under 80 år i særlige risikogrupper skal have tilbud om forebyggende hjemmebesøg*
- *at der i øget omfang anvendes screeningsværktøjer til vurdering af borgerens behov for forebyggende indsatser*
- *at der åbnes op for gruppebaserede tilbud frem for udelukkende individuelle besøg i borgerens eget hjem.*

50 / Krogsbøll LT et. Al (2012): General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease.

51 / Rambøll (2012): Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre – kortlægning af kom- munale praksiserfaringer.

En forebyggende indsats i hjemmeplejen – ældre med nedsat funktionsevne

Hjemmeplejen har en forebyggende funktion i forhold til borgere, der modtager hjemmehjælp. Det skyldes ikke mindst, at medarbejdere i hjemmeplejen har en hyppig og i mange tilfælde næsten daglig kontakt med borgerne.

Den hyppige kontakt med borgerne giver bl.a. en god adgang til løbende at understøtte borgerne i sunde vaner og en aktiv tilværelse. For eksempel ved at hjemmeplejen motiverer borgeren til fysisk aktivitet eller hjælper med at finde lokale aktivitetstilbud, som passer til den enkelte borgers behov, ønsker og ressourcer.

Det er desuden hjemmeplejens opgave at forebygge forværringer af borgernes almene sundhedstilstand og funktionsniveau, bl.a. ved at være opmærksom på ændringer i borgerens tilstand og adfærd. Selv små ændringer i forhold til fx træthed, utilsigtet vægttab, ganghastighed, problemer med at rejse sig,

smerter, personlig hygiejne og psykisk funktionsniveau kan være afgørende. En tidlig opsporing kan sikre, at de nødvendige tiltag iværksættes i tide, bl.a. med henblik på at standse sygdomsprogression og tab af funktionsevne samt undgå uhensigtsmæssige indlæggelser.

Det er efter kommissionens opfattelse afgørende, at hjemmeplejen mestrer begge opgaver, dvs. både understøtter borgerne i en aktiv tilværelse og foretager tidlig opsporing og identificering af borgere, der har behov for særlig opmærksomhed og indsatser.

Forebyggelse af indlæggelser og anden kontakt til det regionale sundhedsvæsen

En analyse gennemført af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse viser det regionale sundhedsforbrug blandt modtagere af henholdsvis personlig pleje og praktisk hjælp. I tabel 6.3 er sammensætningen af det regionale sundhedsforbrug vist for henholdsvis beboere på plejecentre, modtagere af personlig pleje, modtagere af praktisk hjælp og øvrige 65+ årige.

TABEL 6.3

REGIONALT SUNDHEDSFORBRUG BLANDT MODTAGERE AF VARIGE KOMMUNALE PLEJE- OG OMSORGSYDELSE PÅ 65 ÅR ELLER DEROVER – 10 UDVALGTE KOMMUNER						
	Regionale sundhedsudgifter pr. person, kr. ¹	Andel med indlæggelse på sygehus, pct.	Andel med kontakt til sygehus, pct.	Antal indlæggelser pr. 1000 personer	Antal ambulante besøg pr. 1000 personer	Antal kontakter hos almen læge pr. 1000 personer
Alle 65+ årige	24.917	21	57	377	2.258	12.529
Borgere på plejecentre	30.760	33	59	604	1.535	22.292
Modtagere af personlig pleje i eget hjem	55.740	46	74	1.017	3.576	21.645
Modtagere af praktisk pleje i eget hjem	34.000	29	66	541	3.060	16.173
Øvrige 65+ årige	19.950	16	54	272	2.033	10.625
Anm.: Ydelserne er klassificeret således, at modtagerne kun tælles med i én gruppe. Modtagere med flere ydelser forsøges først henført til plejecentre, dernæst personlig pleje i eget hjem og endelig praktisk hjælp i eget hjem. De 10 udvalgte kommuner er: Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg kommuner. ¹⁾ Opgjort som produktionsværdien ved somatisk sygehusbehandling samt bruttohonoraret ved somatisk behandling i praksissektoren.						
Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013): Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser.						

Det ses, at der blandt modtagere af hjemmehjælp er betydeligt flere, der indlægges eller har anden kontakt til sygehus sammenlignet med øvrige 65+ årige. Det hænger naturligt sammen med, at der i dag er mange ældre borgere i eget hjem, der har komplekse behandlings- og plejebehov. Alligevel er det bemærkelsesværdigt, at modtagere af personlig pleje generelt har et betydeligt større sundhedsforbrug, end det er tilfældet for beboere på plejecentre. Fx har modtagere af personlig pleje 2 gange flere indlæggelser og omkring 2 1/2 gange flere ambulante besøg end beboere på plejecentre.

Ovenstående tal fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse indikerer, at der er et yderligere forebyggelsespotentiale i hjemmeplejen. Særligt når man sammenligner sundhedsforbruget for henholdsvis modtagere af personlig pleje og beboere på plejecentre. Modtagere af personlig pleje i eget hjem har generelt et højere funktionsniveau og et bredere socialt netværk end beboere på plejecentre, hvorfor det også er bemærkelsesværdigt, at de har et sundhedsforbrug, som er næsten dobbelt så højt.

Noget tyder på, at man på plejecentrene er bedre til opsporing og identifikation af borgere med behov for særlig opmærksomhed og indsats. Det skal dog også ses i lyset af, at der på plejecentrene i mange tilfælde vil være en tættere og mere løbende kontakt til borgerne.

Kommunernes fokus på forebyggelse i ældreplejen

En spørgeskemaundersøgelse gennemført af Momentum i 2012 viser, at kommunerne arbejder med forskellige indsatser i ældreplejen rettet mod at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser. Som det fremgår af tabel 6.4, er det langt hovedparten af kommunerne, der har – eller planlægger at have – fokus på at forbedre den fore-

byggende indsats i ældreplejen. Det gælder bl.a. i form af opkvalificering af medarbejdere, brug af redskaber til tidlig opsporing samt bedre medicinhandling og faldforebyggelse.

TABEL 6.4

HAR KOMMUNEN MED HENBLIK PÅ AT FOREBYGGE INDLÆGGELSER KONKRETE PLANER FOR 2013 OM AT IVÆRKSÆTTE SÆRLIGE INDSATSER I ÆLDREPLEJEN PÅ FØLGENDE OMRÅDER? (%)				
	Opkvalificering af medarbejdere	Redskaber til tidlig opsporing	Medicin- håndtering	Faldforebyggelse
Vi har allerede en særlig indsats på dette område	51	42	54	45
Ja, vi har planer om at etablere indsatsen i 2013	47	48	41	40
Nej, vi har ikke denne indstats nu og har heller ikke planer for dette i 2013	2	10	5	15
Kilde: Momentum. Undersøgelse blandt Kommuner.				

Det er vigtigt, at kommunerne arbejder videre med at styrke den forebyggende indsat i ældreplejen. Kommissionen hæfter sig bl.a. ved, at et embedsmandsudvalg for effektiv kommunal forebyggelse i april 2013 har anbefalet, at kommunerne arbejder med generel kompetenceudvikling af udførende medarbejdere på ældreområdet, bl.a. inden for udvalgte sygeplejefaglige områder, tidlig opsporing og medicinhandling.⁵²

Tidlig opsporing involverer flere faggrupper

En undersøgelse gennemført af Dansk Sundhedsinstitut peger på, at få og mere specialiserede sundhedsfaglige medarbejdere ikke kan løse opgaven med tidlig opsporing alene. Ifølge undersøgelsen bør tidlig opsporing involvere flere medarbejdere på ældreområdet og indbefatte et samarbejde mellem social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker med fokus på læring og feedback. Det fremhæves ligeledes, at det i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse på ældreområdet er vigtigt at kunne reagere hurtigt, og at en svaghed i mange nuværende indsatser er, at handlingen enten udebliver eller ikke er effektiv.⁵³

⁵² / Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013): Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser.
⁵³ / Danske Sundhedsinstitut (nu KORA) (2011): Forebyggelse af indlæggelser.

Det er efter kommissionens opfattelse afgørende, at udførende medarbejdere i hjemmeplejen er fagligt klædt på og har de rette værktøjer til at foretage hverdagsobservationer og identificere ændringer i borgernes fysiske funktionsniveau, ernæringstilstand m.v., så de nødvendige forebyggende indsatser kan sættes i værk. Det er bl.a. vigtigt, at medarbejderne har let adgang til sparring med sygeplejefagligt personale og nemt kan kontakte borgerens praktiserende læge med henblik på videre handling. Et tæt tværfagligt samarbejde giver samtidig medarbejderne i hjemmeplejen et sted at aflevere de observationer, de gør sig hos borgerne, således at de relevante fagpersoner kan reagere på det.⁵⁴

Det kan i forlængelse af ovenstående fremhæves, at Sundhedsstyrelsen som led i udmøntningen af den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient i februar 2013 har udgivet en rapport med en række anbefalinger til værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsevne og underernæring hos ældre borgere. Værktøjernes primære formål er – via en tidlig indsats – at forebygge, at den ældre borger får behov for sygehusindlæggelse, jf. boks 6.3. KL og Danske Regioner har ansvaret for at udarbejde en plan for implementering af værktøjerne til tidlig opsporing.

ANBEFALING #4

Kommissionen anbefaler, at kommunerne styrker forebyggelsesindsatsen i hjemmeplejen, herunder

- *implementerer eksisterende effektive værktøjer til tidlig opsporing hos ældre borgere*
- *sikrer kompetenceudvikling af medarbejderne inden for forebyggelse.*



BOKS 6.3

VÆRKTØJER TIL TIDLIG OPSPORING HOS ÆLDRE BORGERE

Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der til opsporing af sygdomstegn anvendes forskellige værktøjer inden for områderne hverdagsobservationer, læring og refleksion samt kvalificering af hverdagsobservationer. Det anbefales bl.a., at der i hjemmeplejen arbejdes med et Ændringsskema til dokumentation af borgerens tilstand og ændringer i denne. Derudover foreslås det, at der anvendes en Triagemodel til at prioritere de borgere, som har størst behov for øget opmærksomhed og pleje (fx ved at kategorisere borgerne og tildele dem farvekoder, som giver alle medarbejdere et hurtigt overblik over prioriteringsrækkefølgen).

Værktøjer til systematisk identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau

Sundhedsstyrelsen anbefaler desuden, at en Stoletest anvendes som det primære screeningsværktøj til vurdering af nedsat fysisk funktionsniveau. Stoletesten er et simpelt redskab, som måler styrken i underkroppen ved at undersøge, hvor mange gange borgeren kan rejse og sætte sig ned på 30 sekunder. Derudover anbefaler Sundhedsstyrelsen flere supplerende screeningsværktøjer.

Værktøjer til systematisk identifikation af underernæring

Endelig anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der gennemføres regelmæssig vejning af borgere i hjemmeplejen med henblik på identifikation af utilsigtet vægttab. Sundhedsstyrelsen anbefaler i forlængelse heraf, at der anvendes et Ernæringsvurderingsskema til nærmere udredning af utilsigtet vægttab på minimum 1 kg.

Kilde: Sundhedsstyrelsen (2013): Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat funktionsniveau og underernæring.

Målgruppen for værktøjerne er primært hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og personalet på plejecentrene. Det er dog samtidig vigtigt, at de praktiserende læger kan håndtere og handle på observationer fra medarbejdere i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.

6.2 Træning og rehabilitering – fokus på borgernes ressourcer

I løbet af de seneste år er stort set alle kommuner begyndt at arbejde ud fra en rehabiliterende tankegang på hjemmehjælpsområdet. Det betyder, at den kompenserende hjælp, hvor fokus er på at løse opgaverne for borgerne, i stigende grad afløses af en rehabiliterende tilgang, hvor fokus er på borgerens ressourcer og på at hjælpe borgeren til at klare dagligdagen igen. Omlægningen sker i forskellige tempi og med forskelligt afsæt, men der er næppe tvivl om, at den proces, som kommunerne selv har sat i gang, bliver styrende for udviklingen fremadrettet. Kommunernes arbejde på dette område må forventes løbende at blive tilpasset og justeret i takt med, at der kommer mere viden om, hvordan indsatserne virker, og hvad der virker bedst.

Hjemmehjælpskommissionen bakker op om principperne bag den rehabiliterende tankegang. Kommissionen er især optaget af, hvordan det igangværende paradigmeskifte i praksis udmønter sig i kommunerne og i forhold til borgerne, samt hvordan der sikres en optimal effekt af indsatserne, herunder optimal inddragelse af og medindflydelse for de berørte borgere.

I det følgende kapitel ser kommissionen nærmere på, hvordan træning og rehabiliterende forløb kan understøtte borgeren i at forblive så uafhængig af hjælp som muligt, samt hvilke forudsætninger der efter kommissionens opfattelse bør være til stede, for at indsatserne kan lykkes.

Kommunernes praksis på rehabiliteringsområdet

National kortlægning af rehabilitering på ældreområdet

En kortlægning af rehabiliteringsindsatsen på ældreområdet i alle landets kommuner viser, at 92 ud af 98 kommuner har etableret et eller flere rehabiliteringstilbud målrettet gruppen af ældre, som henvender sig om eller modtager hjemmehjælp. Kortlægningen illustrerer samtidig, at kommunerne griber opgaven meget forskelligt an. Der er således betydelig variation i forhold til bl.a. målgruppe, indhold, borgerinddragelse og organisering på tværs af kommunerne.⁵⁵

Typiske rehabiliteringsforløb

Ifølge kortlægningen vil et rehabiliteringsforløb i mange kommuner bestå af følgende elementer:

- Visitator besøger borgeren, laver helhedsvurdering og vurderer, om borgeren har rehabiliteringspotentiale.
- Der organiseres et opstartsmøde, hvor en eller flere fagpersoner vurderer og drøfter behovet for indsats i samarbejde med borgeren.
- Terapeut og /eller borgerens kontaktperson udarbejder en handleplan i samarbejde med borgeren, hvoraf mål, delmål og handlinger fremgår.
- Borgerens kontaktperson træner med borgeren og evaluerer, fx hver uge.
- Terapeut foretager eventuelt en midtvejsevaluering.
- Kontaktperson sparrer eventuelt med terapeut eller kollegaer undervejs i forløbet.

Efter ca. 3 måneder afsluttes rehabiliteringsindsatsen. Efter et afsluttet rehabiliteringsforløb tages der stilling til, om borgeren er blevet selvhjulpnen og ikke længere har brug for hjemmehjælp, eller om der (fortsat) er behov for hjemmehjælp.

54 / Kjellberg, Hauge-Helgestad, Madsen og Rasmussen (2013) Kortlægning af kommunernes arbejde med rehabilitering på ældreområdet. COWI (2012) Kvalitativ analyse af potentialet for forbedret kommunal forebyggelse af sygehuskontakt

55 / Socialstyrelsen (2013), Kortlægning af kommunernes arbejde med rehabilitering på ældreområdet.

Variation mellem kommuner

Kortlægningen viser, at målgrupperne for rehabilitering varierer på tværs af kommuner. I nogle kommuner er det alene nye borgere, som henvender sig til kommunen om hjælp og støtte i hjemmet, der visiteres til rehabiliteringsforløb, mens rehabiliteringsforløbene i andre kommuner også er målrettet borgere, der i forvejen modtager hjemmehjælp. Med henblik på at præcisere målgruppen har nogle kommuner opstillet en række eksklusionskriterier, fx demente, terminale borgere eller misbrugere. Andre kommuner har fra-valgt eksklusionskriterier, fordi de mener, at der i hvert enkelt tilfælde bør ske en individuel og faglig vurdering af borgerens rehabiliteringspotentiale.

Der er også variation, når det gælder den tid, der afsættes til rehabiliteringsforløbet. En del kommuner arbejder med tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb. Perioden spænder ofte fra 8 til 12 uger. Der vil dog typisk være mulighed for at forlænge indsatsen, hvis borgeren ikke har nået sit mål, og der fortsat vurderes at være et rehabiliteringspotentiale.

Rehabilitering er i varierende omfang valgfrit for borgerne. 42 kommuner angiver, at rehabilitering er kommunens standard, og 39 kommuner angiver heroverfor, at rehabilitering er et valgfrit tilbud. Ligeledes er der forskelle på, i hvilket omfang borgerne inddrages i målfastsættelsen. I nogle kommuner er det visitationen, der egenrådigt sætter mål for borgeren. I andre kommuner lægges der vægt på, at målfastsættelsen sker i samarbejde med borgeren.

Der er dog på tværs af kommuner enighed om, at hvis rehabilitering skal virke, så skal borgerne være motiveret til at deltage. Derfor er det helt centralt, at medarbejderne er i stand til at motivere borgerne. Det handler ifølge kommunerne først og fremmest om, at medarbejderne skal have en ændret opfattelse af, hvad der er god pleje og omsorg.

Også i forhold til indholdssiden er kommunerne forskellige. I nogle kommuner består rehabiliteringsforløb primært af, at der kommer en terapeut ud og giver borgeren og hjemmehjælperen nogle konkrete praktiske råd om, hvordan borgeren kan blive mere selvhjulp. Rehabiliteringen omfatter her ikke egentlig fysiske træning eller lignende, men består primært i, at hjemmehjælperen 'holder hænderne på ryggen' og guider borgeren i forhold til, hvordan han eller hun fx selv kan tage bad eller børste tænder. I andre kommuner indeholder et rehabiliteringsforløb også fysisk træning og støtte til fx planlægningsopgaver, ligesom selve gennemførelsen af forløbet varetages af flere faggrupper.

Rehabiliteringsforløbene er typisk bygget op om støtte til mindre daglige opgaver, fx opvask, sætte mad frem, vasketøj, gang med rollator, bad m.v. Nogle kommuner har alene fokus på at hjælpe borgeren til at klare opgaver, som der gives hjemmehjælp til efter servicelovens § 83, mens andre kommuner anvender en bredere tilgang og eksempelvis også støtter borgeren i udendørsaktiviteter som at tage bussen, gå på trapper eller købe ind.⁵⁶

Endelig har kommunerne organisatorisk og ledelsesmæssigt forskellige tilgange til rehabiliteringsindsatsen. Det har bl.a. betydning for graden af tværfaglighed, sammenhæng og systematik i indsatsen, hvilket er nærmere beskrevet i kapitel 7 om organisering og ledelse.

Borgernes syn på rehabilitering

I evalueringer af kommunernes rehabiliteringsindsats på ældreområdet er borgernes syn på rehabilitering hovedsageligt belyst via kvalitative interviews. Der er ikke gennemført systematiske målinger af, hvilken effekt rehabiliteringsindsatsen har i forhold til borgerens oplevede livskvalitet.

I Rambølls kvalitative analyser af hjemmehjælpsområdet⁵⁷ er der bl.a. spurgt ind til borgernes oplevelser. Analyserne viser, at de fleste borgere er glade for rehabilitering i den forstand, at de efterspørger og sætter pris på træning og hjælp til selvhjælp. Det gælder særligt i relation til den personlige pleje.

Der er imidlertid også en række borgere, der er mere tilbageholdende over for at deltage. Borgerne mener måske, at rehabilitering principielt kan være en god idé, men de vurderer, at det ikke nødvendigvis er hensigtsmæssigt for dem. Baggrunden kan bl.a. være en skepsis i forhold til, hvorvidt deltagelsen fører til, at borgeren mister allerede bevilget hjælp. Derudover synes mange borgere, at de allerede gør det, som de selv kan, og at det ikke ville være muligt for dem at klare sig med mindre hjælp i dagligdagen.

Medarbejdernes oplevelser

Medarbejdernes erfaringer med rehabilitering er belyst i den nationale kortlægning af rehabilitering på ældreområdet. Den peger på, at medarbejderne generelt oplever

det som positivt at skulle tænke i nye løsninger for borgerne. Medarbejderne finder det i høj grad meningsfuldt og fagligt udfordrende at sætte fokus på borgernes mål frem for, hvor lang tid de kan bruge hos borgerne.

Derudover oplever medarbejderne, at der kan være faglige udfordringer forbundet med at motivere borgerne til at indgå i et rehabiliteringsforløb. Det gælder ikke mindst med hensyn til borgere, der har modtaget hjemmehjælp gennem flere år. For disse borgere kan den rehabiliterende tankegang opleves som et brud med nogle kendte og trygge vaner og en forringelse af servicen.

Endelig fremhæves det ofte tætte tværfaglige samarbejde som en kilde til faglig udvikling hos medarbejderne. Det tværfaglige samarbejde rummer dog også nye udfordringer. Blandt andet i form af øget behov for koordinering og for ensartet og systematisk dokumentation, så alle medarbejdere kan følge med i de enkelte borgerforløb og bidrage til en sammenhængende indsats.



Aktuel viden om effekter

Det er et fælles vilkår for alle kommuner, at der på nationalt plan kun findes begrænset viden om (evidens for) effekterne af rehabilitering på ældreområdet. Og dermed også kun begrænset viden om, hvad der skal til for at høste de fulde gevinster af omlægningen – både i forhold til den enkelte ældre og i forhold til kommunernes økonomi og ressourceprioritering.

En litteratursøgning af den internationale videnskabelige litteratur kan imidlertid bidrage til mere viden om, hvad der tyder på at have en positiv effekt, når det gælder rehabiliterende indsatser.⁵⁸ De afdækkede studier omhandler indsatser rettet mod ældre over 65 år, som er vurderet til enten at risikere at få – eller allerede har – en nedsat fysisk, psykisk eller social funktionsevne, og hvor rehabiliteringen foregår i primærsektoren (kommunen).

Hovedkonklusioner fra litteratursøgningen

Der er ret klare tegn på, at en rehabiliteringsindsats forbedrer borgerens funktionsevne, når indsatsen er systematisk, tværfaglig, helhedsorienteret og individuelt tilpasset. Ifølge studierne opnår borgeren gennem disse indsatser en forbedring med hensyn til:

- Uafhængighed og sikkerhed
- Dagligdagsaktiviteter, der sikrer uafhængighed (IADL)⁵⁹
- Fysisk funktionsevne
- Velbefindende
- Forbruget af plejeydelser

Derudover er der tegn på, at sådanne indsatser kan bidrage til at reducere behovet for plejeboliger samt reducere antallet af faldulykker og hospitalsindlæggelser.

Litteraturstudiet giver et øget indblik i, hvilke elementer i den rehabiliterende indsats, der har effekt for borgeren, men giver ikke sikre svar på, hvilke

komponenter der har mest effekt, eller hvilken intensitet og varighed der giver størst effekt. En række elementer, som studierne nogenlunde samstemmende peger på, har dog betydning for indsatsen:

Tværfaglig helhedsvurdering

Det har betydning for effekten, at der sker en individuel, helhedsorienteret og tværfaglig vurdering af den ældres funktionsniveau og behov for rehabilitering forud for udmålingen af indsatsen. En tværfaglig, individuel helhedsvurdering gør det muligt at skræddersy indsatserne og bygge videre på den ældres ressourcer i udmålingen og tilrettelæggelsen af indsatsen.

Løbende koordinering og justering

Litteraturen peger på, at der er effekt ved brug af ”case management”, hvor én fagperson er ansvarlig for at vurdere den ældres behov, planlægge aktiviteter, organisere og facilitere møder i et tværfagligt team samt at følge op på og revidere den ældres forløb. Effekten viser sig i relation til den ældres funktionsniveau, korrekt medicinering samt reduktion i forbrug af kommunale ydelser og indlæggelse på sygehus.

Studierne viser endvidere, at løbende evaluering og justering af indsatserne har betydning for effekten.

Individuelt tilpassede indsatser samt borgerens motivation

Studierne påpeger, at borgerens interesser, autonomi og personlige engagement har betydning for effekten af indsatserne. Det har også stor betydning, hvorvidt rehabiliteringsindsatsen er individuelt tilrettelagt og tilpasset den enkelte borgers behov og ressourcer. Litteraturgennemgangen viser endvidere, at indsatsen skal tilrettelægges med udgangspunkt i borgerens behov og i opstilling af mål for at sikre den største mulige effekt af indsatsen.

Aktivitet og deltagelse

I materialet er der fundet litteratur, der fremhæver, at deltagelse i samfundslivet er relateret til bedre overlevelse, funktionsevne, sundhedsrelateret livskvalitet, mentalt velbefindende og kognitive funktioner. Faktorer, der fremmer deltagelse i samfundslivet, er støtte fra nære relationer, medieforbrug, fysisk tilgængelighed samt oplevelsen af, at man evner at udføre almindelige dagligdagsaktiviteter.

Enkeltstående studier viser også, at indsatser i relation til ensomhed kan medføre signifikante forbedringer, når det gælder selv vurderet helbred, overlevelse, omkostninger til sundhedsydelser og kognitiv funktionsevne. Der er således en sammenhæng mellem den ældres sociale isolation og følelse af ensomhed på den ene side og funktionsniveau samt selvoplevet helbred på den anden.

Målgruppen for rehabilitering

Studierne indeholder ikke dokumentation for én bestemt metode til at identificere ældre, der har behov for og vil kunne profitere af en rehabiliterende indsats. Det er heller ikke muligt på baggrund af den foreliggende litteratur at sige noget entydigt om, for hvem rehabiliteringsindsatser er mest effektive. I forhold til den ældres ressourcer synes der dog ikke at være dokumentation for, at der er en nedre grænse for, hvornår man kan have effekt af rehabilitering.

Behov for mere viden

Med litteratursøgningen er der tilvejebragt ny og relevant viden om gevinsterne ved rehabilitering på ældreområdet, og der er på nuværende tidspunkt nogle relativt klare indikationer på, at rehabiliterende indsatser under nogle givne forudsætninger har positive effekter med hensyn til at forbedre ældre borgers evne til at kunne klare sig selv helt eller delvist uden hjælp.

Det skal samtidig bemærkes, at der er igangsat et arbejde om udvikling af en klinisk retningslinje for systematisk målsætning i rehabilitering af ældre borgere.⁶⁰ Arbejdet med den kliniske retningslinje er endnu ikke afsluttet.

Der er brug for en mere systematisk vidensindsamling samt mere evidens på rehabiliteringsområdet. Dels for yderligere at kvalificere kommunernes grundlag for det fremadrettede arbejde med rehabilitering på hjemmehjælpsområdet, hvor kommunerne forventes at overgå fra projekt- og forsøgsperioder til at indarbejde rehabiliteringstankegangen som led i normal praksis. Dels for at sikre, at tilrettelæggelsen og udmøntningen af indsatserne giver det fulde udbytte for den enkelte borger og for kommunernes prioritering af ressourcerne til området. Der er blandt andet behov for mere viden om effekterne af indsatserne på lidt længere sigt, ligesom der er brug for at få belyst de afledte effekter på fx udgifter til sundhedsydelser.

ANBEFALING #5

Kommissionen anbefaler, at kommuner og relevante statslige myndigheder sikrer, at der sker en systematisk dokumentation og tilvejebringes mere evidensbaseret viden om effekter af rehabilitering.

58 / Socialstyrelsen (2013) Litteratursøgning – evidens for effekter af rehabilitering for ældre med nedsat funktionsevne. Litteratursøgningen omfatter videnskabelige artikler, der beskriver evidensen af helhedsorienterede indsatser rettet mod ældre med nedsat funktionsevne. Studiet er gennemført af Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet i samarbejde med KORA, Implement og Socialstyrelsen. En ekspert-gruppe bestående af 9 eksperter på rehabiliteringsområdet har løbende kommenteret og kvalificeret litteratursøgningen.

59 / IADL – Instrumental Activities of Daily Life.

60 / www.kliniskeretningslinjer.dk.

Hvad forstår kommissionen ved rehabilitering?

Begrebet rehabilitering benyttes og defineres i praksis forskelligt afhængigt af sammenhængen og ofte også afhængigt af, hvilke faggrupper der er omfattet. I praksis kan begrebet derfor have forskelligt fokus og indhold afhængigt af, om målet med indsatsen fx er relateret til beskæftigelsesmæssige, sundhedsmæssige eller sociale forhold. Det er kommissionens vurdering, at der er behov for en fælles forståelse for, hvad rehabilitering er på hjemmehjælpsområdet.

Igennem de senere år er der i forskelligt regi gjort en indsats for at få en mere entydig definition af, hvad rehabiliteringsbegrebet omfatter. Et af resultaterne er *Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*,⁶¹ som definerer rehabiliteringsbegrebet således:

”Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.”

Det kan diskuteres, om rehabilitering i hvidbogens betydning er den rette term og det rette begreb at bruge som overordnet forståelsesramme for den hjælp-til-selvhjælp-bølge på hjemmehjælpsområdet, som kommunerne har stået i spidsen for de seneste år. Samtidig er det nok ude af proportion at bruge betegnelsen rehabilitering, som defineret i hvidbogen, om den indsats, der gives i de mindre komplicerede borgerforløb, hvor fx en simpel træningsindsats er tilstrækkelig til at løfte den ældres funktionsniveau og dermed gøre den ældre uafhængig af hjemmehjælp.

Kommissionen har valgt at anskue rehabilitering med afsæt i hvidbogens definition samt ud fra eksisterende viden og praksiserfaring på området. Kommissionen har særligt fokus på rehabiliteringsindsatser forstået som tidsafgrænsede og målrettede rehabiliteringsforløb, herunder hvilke elementer i indsatserne der ud fra aktuelt bedste viden ser ud til at gøre en positiv forskel for den enkelte ældres funktionsevne, samt hvilke forhold der har betydning for, at den ældre kan profitere af indsatsen.

Litteraturstudiet over evidensbaserede rehabiliteringsindsatser for ældre borgere med nedsat funktionsevne, jf. det forrige afsnit, har fremhævet en række elementer, der har væsentlig eller afgørende betydning for, om der er positive effekter af indsatserne for borgeren. Kommissionen har bl.a. fæstnet sig ved følgende faktorer som afgørende for, at indsatsen har effekt for borgeren:

- Helhedsorienteret og tværfaglig vurdering af den ældres funktionsniveau (både fysisk, psykisk og socialt) og behov for rehabilitering forud for udmåling af indsatsen.
- Udmåling og tilrettelæggelse af indsatserne med udgangspunkt i den tværfaglige og helhedsorienterede vurdering og med afsæt i en individuel vurdering af den ældres behov og ressourcer.
- Tværfagligt og bredt sammensatte samt individuelt tilpassede indsatser, fx specialiseret genoptræning, træning i almindelige dagligdagsaktiviteter, brug af hjælpemidler mv. og indsatser over for ensomhed.
- Individuel plan for indsatsforløbet med udgangspunkt i den enkelte ældres behov og ressourcer.
- Let adgang til nødvendige hjælpemidler for at træne de ældre til at varetage dagligdagsfunktioner.
- Borgerens motivation, dvs. personlige faktorer som bl.a. interesse, præferencer og egne mål.

En bred forståelsesramme

Efter kommissionens opfattelse understøtter litteraturstudiet den brede forståelsesramme for rehabiliteringsbegrebet, som det er defineret i hvidbogen. Det indbefatter bl.a., at rehabilitering også kan omfatte indsatser rettet mod den psykiske og/eller den sociale funktionsevnenedsættelse – og ikke kun den fysiske funktionsevnenedsættelse.

Den brede tilgang til rehabiliteringsbegrebet på hjemmehjælpsområdet skal forstås således, at kommunerne generelt i udredningen af den ældres situation bør have fokus på borgerens samlede situation og ikke kun fokus på den fysiske funktionsnedsættelse. Der kan være andre forhold omkring den ældres situation, som er nødvendige at være opmærksom på for at få det bedst mulige udbytte af en rehabiliteringsindsats. Det indebærer ikke en udvidelse af den ydelsespalet, som kommunerne tilbyder på ældreområdet, men det betyder, at et element i en rehabiliteringsindsats også kan være at facilitere en kontakt til andre hjælpemuligheder. Det kan være relevant at skabe kontakt til frivillige organisationer eller foreninger, fx hvis den ældre er ensom og har brug for social kontakt, eller det kan være relevant at vurdere, om der er behov for fx psykologisk støtte i en periode.

Grundprincipper for et rehabiliteringsforløb

Kommissionen mener på baggrund af hvidbogens definition og den eksisterende viden om, hvad der har betydning for effekten af rehabiliteringsforløb, at der kan udledes en række grundprincipper for, hvordan kommunerne bør arbejde med rehabiliteringsforløb på hjemmehjælpsområdet. Principperne udgør efter kommissionens opfattelse det fundament, som alle kommuner fremadrettet bør arbejde ud fra. Kommissionen mener, at der er behov for et ambitiøst afsæt for den fremtidige rehabiliteringsindsats for at sikre, at rehabiliteringsforløb bidrager til en reel

progression for borgeren. Samtidig vil grundprincipperne understøtte en mere systematisk måde at arbejde med rehabilitering på, jf. også nedenfor.

• Borgerens aktive deltagelse i forløbet

Dvs. bl.a., at borgeren er en central samarbejdspartner og en aktiv deltager i forløbet.

• Individuel og fleksibel tilrettelæggelse med afsæt i borgerens behov

Dvs. at mål og indsatser varierer fra borger til borger.

• Helhedsorienteret tilgang i forhold til borgerens samlede livssituation

Dvs. at rehabilitering både har en fysisk, psykisk og social dimension, at borgeren oplever processen som forståelig, meningsfuld, behovsdækkende og sammenhængende.

• Målorientering og tidsperspektiv

Dvs. en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces, hvor mål for forløbet defineres af borgeren i samråd med medarbejderne. At målene skal være realistiske i forhold til borgerens ressourcer, at der sættes tidsrammer for delmål og samlede mål, at der sker en løbende opfølgning, så mål, indsatser og tidsramme fortsat stemmer overens.

• Tværfagligt og tværsektorielt

Dvs. at forskellige faggrupper og sektorer samarbejder, og at samarbejdet kan foregå fx i det enkelte tilbud eller den enkelte afdeling, men også gå på tværs af sektorer og forvaltninger.

• Koordinering

Dvs. bl.a., at der skal være klarhed over, hvem der er ansvarlig for processen og koordineringen.

• Planlægning

Dvs. at den fremadrettede indsats er planlagt med borgerens mål som det styrende element, og at der udarbejdes en fælles plan med mål og handlinger, som alle medarbejdere arbejder ud fra.

• Vidensbasering og kvalitet

Dvs. at medarbejderne skal anvende de metoder, der har den største effekt, og at medarbejderne skal arbejde ud fra den bedste faglige viden og praksis.

Rehabilitering eller rehabiliterende indsatser i denne definition vil i praksis skulle ”gradbøjes”, idet rehabiliteringsindsatsen til enhver tid skal tilpasses efter, hvad der i den konkrete situation er nødvendigt for at nå de opstillede mål for borgeren. Der skal være proportionalitet mellem mål og middel. Det afgørende er, at kommunerne forholder sig konkret til principperne og vurderer relevansen i forhold til den enkelte borgers samlede situation. Grundprincipperne bør fungere som en form for tjekliste for kommunerne i tilrettelæggelsen og gennemførelsen af det enkelte rehabiliteringsforløb.

Behov for en mere systematisk tilgang

Det er kommissionens vurdering, at kommunernes arbejde med og tilgang til rehabilitering i nogle tilfælde er ret langt fra den brede forståelsesramme for rehabilitering. Langt fra alle kommuner arbejder målrettet og systematisk med rehabiliteringsforløb over for ældre. Det gælder både med hensyn til forløbenes indhold, deres tilrettelæggelse og dokumentationen af opnåede effekter. Baggrunden er formentlig, at arbejdet med den rehabiliterende tankegang stadig er i sin vorden, og at mange kommuner på nuværende tidspunkt befinder sig i overgangen fra projekt til integreret praksis på hjemmehjælpsområdet. Der må derfor formodes at være et uudnyttet potentiale, som det er vigtigt at få udnyttet. Både af hensyn til den enkelte ældres muligheder for at bevare selvbestemmelse og størst mulig uafhængighed, men også af hensyn til, at kommunerne bruger ressourcerne der, hvor de gør mest gavn.

For kommissionen er det afgørende, at der er progression i udbredelsen af rehabilitering, og at det sker ud fra et fælles grundlag og en fælles forståelsesramme for, hvad rehabilitering er på hjemmehjælpsområdet. Et fælles afsæt og en mere systematisk tilgang skal sikre, at der faktisk arbejdes rehabiliterende i kommunerne.

Kommissionen mener samtidig, at det kan være hensigtsmæssigt at arbejde i retning af en øget standardisering – på baggrund af de 8 grundprincipper – som et redskab til en yderligere kvalificering af den måde, som arbejdet med rehabiliterende indsatser foregår på. Det må dog samtidig anerkendes, at en egentlig standardisering forudsætter mere evidensbaseret viden om effekterne af indsatserne. Kommissionen understreger i den sammenhæng, at brug af standarder i fremtiden skal kunne rumme behovet for en individuel tilgang til den enkelte borger.

Målgruppe for rehabilitering på hjemmehjælpsområdet

Kommissionen mener, at den rehabiliterende tankegang bør være gennemgående for kommunernes tilgang til den hjælp og støtte, der gives til ældre borgere med fysiske, psykiske eller sociale funktionsnedsættelser. Målgruppen for rehabilitering på hjemmehjælpsområdet bør derfor også være bred. Den rehabiliterende indsats vil altid skulle tilpasses efter den enkelte borgers samlede situation, og det vil være tyngden og kompleksiteten i den ældre borgers funktionsnedsættelse samt borgerens egne mål, der er afgørende for, hvilken indsats det vil være meningsfuldt at iværksætte.

Overordnet set kan der sondres mellem 2 hovedtyper af rehabiliterende indsatser, som bør målrettes forskellige grupper af borgere: Den første er tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb, som er udfoldet ovenfor, og den anden er hjælp med et rehabiliterende sigte.

Tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb bør efter kommissionens opfattelse tilbydes borgere, der vurderes at have et rehabiliteringspotentiale. Forløbet skal først og fremmest bidrage til at gøre borgeren bedre i stand til at mestre sin hverdag, og forløbet kan fx bestå i fysisk træning kombineret med råd og vejledning, eller det kan være mere omfattende og også omhandle indsatser, der fx retter sig mod borgerens ernæringstilstand, medicinforbrug og sociale liv. Under forløbet kan borgeren støttes i de ting, som borgeren (endnu) ikke evner.

Hjælp med et rehabiliterende sigte bør gives til borgere, hvor det på grund af tyngden og kompleksiteten i funktionsevnenedsættelsen ikke er meningsfuldt med et tidsafgrænset rehabiliteringsforløb. Formålet med at yde hjælpen med et rehabiliterende sigte er at støtte borgeren i at blive mindre afhængig af hjælp eller at hindre et yderligere funktionstab. I hjælp med et rehabiliterende sigte er fokus på, hvordan hjælpen ydes, og hvordan borgeren kan inddrages aktivt i udførelse af hjælpen. Se også afsnit 6.3 om hjælp til svage ældre.

ANBEFALING #7

Kommissionen anbefaler, at målgruppen for rehabilitering på hjemmehjælpsområdet defineres bredt, således at målgruppen både omfatter borgere, som kan profitere af et tidsafgrænset rehabiliteringsforløb, samt borgere med meget komplekse behov, der kan have gavn af længerevarende hjælp med et rehabiliterende sigte.

Borgeren som aktiv medspiller – dialog og eget ansvar

Flere og flere kommuner ser i dag rehabiliteringsforløbet som det primære tilbud til borgerne og har en forventning om, at borgerne deltager aktivt i forløbet med henblik på at forbedre funktionsevnen og blive mere uafhængig af hjælp, før der tages stilling til det reelle hjælpebehov.

Rehabiliteringsforløb handler efter kommissionens opfattelse om koordinerede, tværfaglige, skræddersyede og individuelle forløb, der skal hjælpe borgerne til så længe som muligt at leve et liv uafhængigt af hjælp og i overensstemmelse med deres tidligere liv. Med det afsæt finder kommissionen det derfor også rimeligt, at der skal ses på, om borgeren har ressourcer og potentiale til at forbedre sin funktionsevne, før der kan tages endelig stilling til behovet for hjælp. Det ligger efter kommissionens opfattelse allerede i servicelovens nuværende og alment accepterede princip om hjælp til selvhjælp, og det er også i tråd med princippet om, at sociale ydelser er behovsbestemte ydelser. Det indebærer derfor også, at afklaringen af borgerens rehabiliteringspotentiale skal ske på baggrund af en konkret og individuel vurdering af borgerens samlede situation, herunder en vurdering af borgerens ressourcer og forudsætninger for at indgå i et rehabiliteringsforløb. Borgeren skal – som ved øvrige afgørelser efter den sociale lovgivning – kunne klage over en afgørelse om tildeeling af et rehabiliteringsforløb.

Det er vigtigt for kommissionen at slå fast, at borgerens motivation er en grundlæggende forudsætning for et gensidigt udbytte af et rehabiliteringsforløb. Det er derfor centralt, at det bliver borgernes egne mål og ønsker, som udgør omdrejningspunktet for indsatsen, og at forløbet er tilrettelagt sammen med den ældre og med borgeren selv som en aktiv medspiller, jf. også nedenstående eksempel.

BOKS 6.4

Eksempel på hvordan der kan arbejdes med borgerens mål og ressourcer i et rehabiliteringsforløb

Forløbet starter med, at borgeren og medarbejderen fra hjemmeplejen aftaler, hvad de hver især skal gøre; hvad skal borgeren gøre, og hvad skal de gøre i samarbejde. I starten opstiller de mål i fællesskab. Mål, som de begge mener, er nødvendige for, at borgeren kan vende tilbage til sit hverdagsliv så hurtigt som mulig. De taler om, hvad der skal til for at nå målet – hvad mener borgeren, der er vigtigst at kunne først. Det kan fx være at komme ud af sengen og kunne gå hen til badeværelset. De taler om, at når det mål er nået, vil borgeren have som nyt mål selv at kunne gå i bad. Det vigtigste for borgeren er selv at kunne klare den personlige hygiejne.

Der arbejdes lidt trappetrins-agtigt – et skridt ad gangen på vej mod, at borgeren kan klare sig selv igen. Borgeren har lige brækket hoften efter et fald, og er til at begynde med meget usikker på at gå i bad. Det skal borgeren derfor øve sig i, mens medarbejderen er der. For at borgeren kan føle sig tryk, er det vigtigt, at der er en medarbejder i nærheden så længe borgeren ikke har genvundet sin sikkerhed. Selv om borgeren synes, at det til tider er hårdt arbejde, kan borgeren se sig selv på vej tilbage til sin hverdag før faldet.

ANBEFALING #8

Kommissionen anbefaler, at kommunerne løbende har fokus på, at motivationen af og dialogen med den enkelte borger og dennes pårørende er et vigtigt omdrejningspunkt i et rehabiliteringsforløb. Hvis borgeren er vedvarende demotiveret og ikke magter opgaven, indgår det i en faglig vurdering, om borgeren skal tilbydes anden hjælp.

Medarbejderne skal løbende prioritere dialogen med den enkelte borger. Det er i dialogen med borgeren, at motivationen for borgerens aktive deltagelse i forløbet skal findes. Det er vigtigt, at borgerne kan se fordelene ved at kunne klare flere ting selv og af den vej opnå en større frihed i dagligdagen. Borgerne skal også kunne være trygge ved, at de får den nødvendige hjælp og støtte undervejs, samt at der løbende følges op og ta-

ges hånd om eventuelle forværringer af deres samlede situation. For borgerne er det afgørende, at den rehabiliterende indsats bidrager til oplevelsen af at være i positiv bevægelse på vej mod sine mål. I tilrettelæggelsen af indsatsen og den løbende opfølgning er det derfor nødvendigt at lytte aktivt til borgerens oplevelse af egen situation og egne ressourcer. Der skal være balance mellem borgerens egen indsats og oplevelsen af at bevæge sig mod de fastsatte mål. Er målet for en ældre apopleksiramt mand eksempelvis selv at blive i stand til at klare morgenbarberingen og knappe skjorten, og vedbliver denne opgave med at tage uforholdsmæssigt lang tid, uden at borgeren oplever fremgang, så skal der ske ændringer. Ændringerne kan bestå i at justere indsatsen, ændre målene ligesom det bør overvejes, om borgeren vil have større gavn af helt eller delvist kompenserende hjælp.

Der kan være grund til at være særlig opmærksom på borgere, der igennem længere tid har modtaget traditionel kompenserende hjemmehjælp, og som måske kan være utrygge ved at skulle i gang med et rehabiliteringsforløb. Det er vigtigt, at også disse borgere kan se formålet med forløbet og den forbedring af livskvaliteten, der vil være forbundet med at blive mere uafhængige af hjælp. Hvis det ikke er muligt at motivere borgeren til at deltage aktivt i et rehabiliteringsforløb, er sandsynligheden for, at forløbet reelt bidrager til en forbedring af funktionsevnen, formentlig lille. Er borgeren vedvarende demotiveret og ude af stand til at magte opgaven, skal det indgå i en faglig vurdering, om borgeren skal tilbydes anden hjælp. Det er vigtigt at være opmærksom på at inddrage eventuelle pårørende til den ældre i forbindelse med tilrettelæggelse og igangsættelse af et rehabiliteringsforløb. Mange pårørende er optaget af, hvilken hjælp deres ældre pårørende modtager, og det kan derfor være hensigtsmæssigt at sikre en ordentlig kommunikation med de pårørende omkring det forløb, de ældre indgår i. Pårørende spiller en væsentlig rolle i forhold til de ældres motivation, og de kan ligesom de ældre selv have behov for at vænne sig til, at der sker omlægninger af hjælpen.

Lovgivning som understøtter kommunernes arbejde med rehabilitering

Fælles afsæt

Kommissionen kan konstatere, at kommunerne arbejder med rehabilitering på hjemmehjælpsområdet med meget forskellige afsæt, jf. afsnittet om kommunernes praksis på rehabiliteringsområdet.

De forskellige afsæt for kommunernes arbejde med rehabilitering kommer bl.a. til udtryk ved, at der anvendes forskellige bestemmelser i serviceloven som hjemmel for indsatsen. En tredjedel af de kommuner, der arbejder med rehabiliteringsforløb, anvender servicelovens § 83 som hjemmelsgrundlag, en anden tredjedel anvender § 86 som hjemmelsgrundlag. Øvrige kommuner har på nuværende tidspunkt enten ikke besluttet, hvilket hjemmelsgrundlag de vil bruge fremadrettet, eller anvender flere forskellige bestemmelser, fx både § 83 og § 86.⁶²

Serviceloven giver som rammelov et relativt stort rum for kommunal fortolkning og for at kunne indrette fx organisering og tilrettelæggelse af de lovpligtige opgaver ud fra lokale behov og prioriteringer. Det er kommissionens opfattelse – understøttet bl.a. af Ankestyrelsens praksis – at servicelovens princip om hjælp til selvhjælp allerede i dag hjemler, at kommunerne arbejder rehabiliterende og ikke kun med kompenserende ydelser, hvor borgeren er passiv modtager af hjælpen. Dette følger dels af lovens formålsbestemmelse og til dels også af den specifikke lovgivning på henholdsvis hjemmehjælpsområdet (§ 83) og træningsområdet (§ 86).

For kommissionen er det som nævnt ovenfor vigtigt, at kommunerne arbejder systematisk med rehabiliteringsforløb ud fra en fælles og bred forståelses-

ramme. Derfor bør der efter kommissionens opfattelse tilvejebringes et lovgrundlag, som i højere grad understøtter kommunerne i dette arbejde.

ANBEFALING #9

Kommissionen anbefaler, at der tilvejebringes et lovgrundlag, som understøtter kommunerne i at arbejde med rehabiliteringsforløb ud fra en fælles og bred forståelsesramme.

Afgørelse og klage

Det er vigtigt, at det i lovgivningen sikres, at der i forbindelse med et rehabiliteringsforløb er den fornødne retssikkerhed knyttet an til borgerens mulighed for at se, hvilken hjælp og støtte kommunen yder undervejs i et rehabiliteringsforløb. Afsættet for et tidsafgrænset rehabiliteringsforløb er de mål for forløbet, som er aftalt i samarbejde med borgeren – ikke de konkrete ydelser. Det kan derfor være uklart for borgeren, hvad den konkrete indsats reelt består af, og dermed hvad der i givet fald vil kunne klages over i en eventuel klagesag.

Frit leverandørvalg

Med de nuværende regler får den enkelte kommunes valg af hjemmelsgrundlag for tildeling af et rehabiliteringsforløb betydning for borgerens ret til frit valg af leverandør. Kommunerne er således forpligtede til at skabe grundlag for frit leverandørvalg på ydelser efter servicelovens § 83, mens borgeren ikke har ret til frit leverandørvalg på ydelser efter servicelovens § 86.

62 / Socialstyrelsen (2013): Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på hjemmehjælpsområdet og Rambøll (2013): Borgerens vej gennem systemet – fra visitation til levering af hjemmehjælp.

Det er vigtigt, at der sker en afklaring af, hvor grænsen for borgernes frie leverandørvalg går.

Kommissionens overvejelser vedrørende muligheder og barrierer for inddragelse af private aktører på rehabiliteringsområdet fremgår af kapitel 7 om organisering og ledelse. Det afgørende kriterium er ifølge kommissionen, at regelgrundlaget sikrer mulighed for kontinuitet, sammenhæng og tværfaglighed i leveringen af rehabiliteringsforløb.

Sondringen mellem midlertidig og varig hjælp

Kommissionen mener, at det er afgørende for hele den rehabiliterende tankegang på hjemmehjælpsområdet at forholde sig til servicelovens begreber omkring varighed og midlertidighed. Den sproglige sondring mellem midlertidig og varig hjælp harmonerer hverken med lovens grundprincip om, at hjælpen løbende skal tilpasses borgerens aktuelle behov eller med den rehabiliterende tankegang. Det gælder ikke mindst i et tidsafgrænset rehabiliteringsforløb, der netop er kendetegnet ved, at hjælpen justeres i takt med, at borgeren oplever forbedringer i sin funktionsevne.

ANBEFALING #10

Kommissionen anbefaler, at servicelovens sondring mellem midlertidig og varig hjælp på hjemmehjælpsområdet ophæves.

Som reglerne er i dag, er den retlige betydning af sondringen mellem midlertidig og varig hjælp relateret til, om der kan opkræves betaling for hjælpen. Der kan således opkræves betaling for midlertidig hjælp, men ikke for varig hjælp. Sondringen har derudover ingen retlig betydning, hverken i forhold til den konkrete og individuelle vurdering af borgerens behov eller i forhold til den hjælp, borgeren bliver tildelt.

Det er kommissionens opfattelse, at sondringen mellem midlertidighed og varighed sender nogle forkerte signaler i en tid med fokus på rehabilitering og muligheden for at hjælpe borgeren til at kunne klare flere opgaver selv. Kommissionen mener derfor, at sondringen i lovgivningen bør ophæves. Dette skal også ses i lyset af, at den nuværende hjemmel til at kunne opkræve betaling for midlertidig hjælp – og dermed i princippet også for hjælp og støtte i et rehabiliteringsforløb – er uhensigtsmæssig i forhold til at motivere borgeren til at deltage i et rehabiliteringsforløb.

Det er væsentligt for kommissionen at understrege, at en ophævelse af sondringen mellem midlertidig og varig hjælp ikke har til formål at ændre på, at borgere med fx betydelig varig funktionsnedsættelse fortsat skal have dækket behovet for længerevarende kompenserende hjælp, jf. også afsnit 6.3. En ophævelse gør det blot mere tydeligt, at al hjælp løbende skal tilpasses, uanset om behovet er længerevarende eller midlertidigt, og uanset om behovet for hjælp er stigende eller faldende. Endelig er det vigtigt for kommissionen at fremhæve, at kommunerne har en forpligtelse til løbende at følge op på, om borgerne får den hjælp og støtte, der matcher deres behov.

6.3 Hjælp til svage borgere – tryghed i indsatsen

Selvom den rehabiliterende tankegang fremover skal være styrende for indsatsen på området, vil der altid være borgere, der er så svage, at en rehabiliterende indsats hverken helt eller delvist vil gøre dem i stand til selv at klare dagligdagen. Det er afgørende, at disse svage borgere også fremover kan få kompenserende hjælp, hvad enten det er praktisk hjælp, personlig pleje eller madservice.

Det må forventes, at andelen af borgere, der har brug for kompenserende hjælp, vil blive reduceret efterhånden som rehabilitering bliver den bærende kultur og anvendes mere systematisk i kommunerne. Efter kommissionens opfattelse bør den kompenserende hjælp målrettes svage borgere, som efter en faglig vurdering enten ikke har potentiale til at indgå i et rehabiliteringsforløb, eller som efter endt rehabiliteringsforløb fortsat har brug for hjælp.

Hjemmehjælp gør en forskel for borgernes livskvalitet

Aalborg Universitets undersøgelse af omsorgsbetinget livskvalitet og hjemmehjælp viser, at den overvejende kompenserende hjemmehjælp, som tilbydes i dag, i væsentlig grad forbedrer modtagernes livskvalitet på flere centrale områder. Hjemmehjælpen løfter især borgernes livskvalitet, når det gælder boligen og kontrollen over dagligdagen. Hjemmehjælpen understøtter således borgerne i selv at kunne vælge, hvad man vil foretage sig og hvornår. Borgere, der får hjælp i større omfang, oplever desuden en forbedret livskvalitet, når det gælder den personlige pleje, og de føler sig mere trygge i dagligdagen.

Det er bemærkelsesværdigt, at praktisk hjælp har så relativt stor betydning for borgernes livskvalitet, som



undersøgelsen viser – ikke kun i forhold til boligen, men også når det gælder kontrollen over dagligdagen. Gennemsnitligt leveres der ifølge undersøgelsen 1/2 times praktisk hjælp om ugen, men alligevel gør praktisk hjælp altså en forskel for borgerens livskvalitet.

Social kontakt og aktiviteter

Undersøgelsen fra Aalborg Universitet viser samtidig, at hjemmehjælp stort set ikke har betydning for borgernes livskvalitet målt på behov som social kontakt og aktiviteter. Ifølge undersøgelsen har borgerne gennemgående en god social kontakthøjde og er ofte i

ANBEFALING #11

Kommissionen anbefaler, at kompenserende hjælp målrettes svage ældre, som efter en faglig vurdering enten ikke har potentiale til at indgå i et rehabiliteringsforløb, eller som efter endt rehabiliteringsforløb fortsat har brug for hjælp.

kontakt med familie og venner, men det viser sig også, at graden af social kontakt falder, jo ældre man er. Omfanget af ensomhed blandt ældre er belyst i en stor spørgeskemaundersøgelse fra 2012.⁶³ Undersøgelsen peger på, at ældre borgere, der modtager meget hjemmehjælp, er betydeligt mere ensomme end andre ældre. Dette skyldes formentlig deres relativt dårlige funktionsniveau, der gør dem mindre mobile. Således viser undersøgelsen, at 50 pct. af de ældre, der modtager personlig pleje, oplever at føle sig uønsket alene, og at 25 pct. oplever at føle sig alene sammen med andre. For ældregruppen generelt gælder det for henholdsvis 20 pct. og 13 pct.

Der er ingen tvivl om, at oplevelsen af ensomhed kan have stor betydning for ældre borgeres generelle trivsel. Flere undersøgelser peger desuden på, at mangel på sociale netværk kan have lige så stærk indflydelse på dødeligheden som andre velkendte risikofaktorer som rygning, alkohol, fysisk inaktivitet og overvægt.⁶⁴

Det er problematisk, at manglende social kontakt og ensomhed er så udbredt blandt borgere, der modtager meget hjemmehjælp, og netop på dette område er der et betydeligt potentiale for at opnå en forbedret livskvalitet. Selv om det ikke er hjemmeplejens opgave at være borgernes sociale netværk, bør medarbejderne have øje for ”det hele menneske”. Gennem dialog kan medarbejderne støtte ensomme borgere og facilitere, at borgerne eksempelvis kommer i et dagcenter eller får kontakt til tilbud i frivilligt regi (fx en spiseven), jf. også kapitel 8 og 11.

Hvad vægter borgerne?

I en analyse af hjemmehjælpsområdet peges der på en række parametre, der er vigtige for en høj tilfredshed hos modtagere af hjemmehjælp, jf. nedenfor.⁶⁵ Den største tilfredshed findes hos borgere, hvor hjælpen scorer højt på disse 7 parametre.

- **Tryghed** – at borgeren har tillid til medarbejderne og føler, at medarbejderne er fagligt kvalificeret til at varetage opgaverne.
- **Sammenhæng** – at borgeren oplever, at de forskellige dele af støtten hænger sammen, og at en besked til en medarbejder også kommunikerer til de øvrige medarbejdere, der har kontakt til borgeren.
- **Stabilitet og struktur** – at borgeren kan forudsige, hvornår hjælpen leveres, samt oplever kontinuitet i den indsats, der gives.
- **Hurtighed** – at borgeren oplever, at der reageres hurtigt, og at man ikke skal vente længe på ydelser eller støtte.
- **Fleksibilitet** – at borgeren selv kan påvirke, hvordan hjælpen gives og kan få den tilpasset.
- **Kendskab** – at borgeren kender de personer, som kommer i hjemmet.
- **Dialog og kommunikation** – at borgeren har hørt om ændringer og har fået tydeligt forklaret, hvad man kan forvente hjælp til.

Parametrene foldes ud nedenfor. Nogle vil desuden blive berørt og uddybet i de følgende kapitler.

Tryghed

Det er vigtigt for borgernes oplevelse af tryghed, at medarbejderne i hjemmeplejen har de nødvendige faglige kvalifikationer, er engagerede og har en god indlevelsesevne. Særligt i forhold til de mere komplekse opgaver inden for personlig pleje, samt i forbindelse med delegation af sygeplejeydelser til hjemmeplejen, vægter borgerne en høj grad af faglighed og er ikke altid trygge ved, at opgaven bliver gjort godt nok.

Kommissionen finder det i relation til ovenstående vigtigt at være opmærksom på, at graden af kompleksitet i opgaveløsningen i hjemmeplejen har været stigende i de senere år som følge af de mange forandringer af sundhedsvæsenet. Det stiller nye krav til medarbejdernes faglige kvalifikationer, hvilket også berøres i kapitel 8 om medarbejdere.

Sammenhæng

Oplevelsen af at modtage en sammenhængende indsats spiller en afgørende rolle for borgeren og er ifølge kommissionen et af de mest centrale kriterier for en god indsats på hjemmehjælpsområdet. Borgerforløbene kan være komplekse og involvere flere forskellige indsatser, faggrupper og myndigheder. Det giver udfordringer med henblik på at sikre et sammenhængende forløb med borgeren i centrum.

Det er blandt andet vigtigt, at der er et velfungerende samarbejde og en god kommunikation mellem de forskellige medarbejdere, der kommer i borgerens hjem, så en besked til dagholdet eksempelvis når videre til aftenholdet, jf. også nedenstående citat:

”De skriver sammen på deres små computere. Eksempelvis spurgte vi, om Lindy ikke kunne få børstet tænder om aftenen, og så vidste aftenholdet det dagen efter. Lindy har også nogle gange ondt i benet, så ved alle det, og passer på. Det er rart ikke at skulle fortælle det samme flere gange.”

Derudover er et godt samarbejde og en fælles forståelse mellem visitationen og de medarbejdere, der kommer i borgerens hjem, befordrende for et godt borgerforløb. Eksempelvis er det vigtigt for borgerne, at visitationen og leverandøren har en fælles forståelse af, hvordan kommunens serviceniveau omsættes i praksis.

Kommissionen mener ligeledes, at håndteringen af snitfladerne mellem hjemmeplejen på den ene side og bl.a. hjemmesygeplejen og sygehusene på den anden side er helt afgørende for at kunne sikre en indsats af høj kvalitet.

Mange borgere, der modtager hjemmehjælp, har ligeledes behov for hjemmesygepleje, fx i forbindelse med sårpleje eller medicinhåndtering. Borgeren oplever ikke altid en klar sammenhæng mellem de ydelser, som de

modtager fra hjemmeplejen, og de ydelser, de modtager fra hjemmesygeplejen. I de fleste kommuner delegeres forskellige sygeplejeydelser til hjemmeplejen – bl.a. med henblik på at sikre en større sammenhæng i indsatsen og færre forskellige medarbejdere i borgers hjem. Men delegation af sygeplejeydelser til medarbejdere i hjemmeplejen kan også medvirke til at skabe forvirring hos borgerne om, hvem der må hvad.

I kapitel 7 om organisering og ledelse ses der nærmere på snitfladerne mellem hjemmehjælp og andre ydelser samt behovet for en mere sammenhængende indsats.

Stabilitet og struktur

For mange borgere er det af afgørende betydning, at de ved, hvornår på dagen de kan forvente at modtage hjælp, og at der ikke er for stor variation fra dag til dag. Det gælder ikke mindst for borgere med demens, der typisk har behov for en høj grad af kontinuitet i hjælpen, hvis de skal være trygge. Mangler der struktur og stabilitet i hjemmebesøgene, føler borgerne sig desuden bundet til hjemmet og uden mulighed for at planlægge deres hverdag. Det fremgår også af nedenstående citat:

”Det varierer desværre, hvornår de kommer om fredagen. Erik ved ikke, hvornår han kan komme i bad. Derfor er man også mere bundet, ikke? Men Erik går jo ingen steder, og så går jeg heller ikke.” (Erik og Ellen Mette)

Kommissionen mener, at der i øget omfang bør tænkes i udvikling og anvendelse af gode digitale modeller for løbende at informere borgerne om den specifikke hjælp, borgerne modtager. Borgeren kunne eksempelvis modtage en sms, inden medarbejderen kommer, hvori der står, hvem der kommer og hvornår. Alternativt kunne borgeren have en tablet liggende i hjemmet, hvor al information, som er nødvendig for borgeren, er tilgængelig.

⁶³ / Marselisborg Udvikling – Kompetence – Viden (2012): *Ældre og ensomhed – hvem, hvorfor og hvad gør vi? En undersøgelse om ensomhed hos ældre i 25 kommuner og Særkørsel for Social- og Integrationsministeriet og Hjemmehjælpskommissionen.missionen”.*

⁶⁴ / Dickens et al (2011): *Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review*

⁶⁵ / Rambøll (2013): *Borgernes vej gennem systemet – fra visitation til levering af hjem-mehjælp.*

Fleksibilitet og hurtighed

Det betyder også noget for borgeren, om der er fleksibilitet i hjælpen. Dvs. om borgeren har medbestemmelse og en oplevelse af, at hjemmeplejen har tid til at udføre sin opgave, er lydhør og reagerer hurtigt på ændringer i borgerens konkrete behov.

I flere og flere kommuner er man begyndt at tildele hjemmehjælp i ”pakker” frem for mere specifikke enkelttydelser. Kommissionen mener, at det er en positiv udviklingstendens, som tillægger de udførende medarbejdere større ansvar for i samarbejde med borgeren at tilrettelægge hjælpen efter borgerens behov. Spørgsmålet om fleksibel tilrettelæggelse af hjælpen og ydelsespakker behandles nærmere i kapitel 7 om organisering og ledelse.

Kendskab

For borgerne er det vigtigt med kontinuitet i forhold til de medarbejdere, som kommer i deres hjem. Mange borgere udtrykker særlig tilfredshed med de ”faste” medarbejdere, som kender dem, deres behov, vaner, rutiner og kan finde rundt i deres hjem. De faste

medarbejdere er kendte ansigter og personer, som efter borgernes vurdering leverer hjemmepleje af en højere kvalitet. Kendte ansigter og gode relationer giver en større tryghed, hvilket ikke mindst er afgørende i indsatsen over for borgere med demens.

Jo mere plejkrævende en borger er, jo flere forskellige medarbejdere vil borgeren få besøg af i løbet af en dag. I de tilfælde, hvor borgeren har behov for både hjemmehjælp og hjemmesygepleje flere gange dagligt, og hvor det eksempelvis er nødvendigt med 2 medarbejdere til hver forflytning, kan der blive tale om rigtig mange forskellige medarbejdere i borgers hjem, jf. også nedenstående citat.

”Vi har 69 hoveder på en uge, som kommer og går. 2 om morgenen, 2 om middagen, 2 om eftermiddagen og 2 om aftenen. Derudover kommer der en sygeplejerske engang imellem for at skifte Gretes topkatter. Det er der 2 hoveder til. Fysioterapeuten kommer 2 gange om ugen. Og rengøringen hver anden uge” (Grethe og Henning)



Færre forskellige medarbejdere i hjemmet har været et fokuspunkt igennem flere år, og kommissionen anerkender, at kommunerne gør en væsentlig indsats for at begrænse antallet af forskellige medarbejdere. Kommissionen mener, at der også fremadrettet bør være fokus på denne problemstilling, men at målet om færre forskellige medarbejdere i borgers hjem nødvendigvis må vejes op imod ønsket om en indsats af høj faglig kvalitet.

Dialog og kommunikation

Det fremgår af Rambølls undersøgelse, at det gør en væsentlig forskel for borgerne, hvis der er en god dialog mellem borger og kommune. Det gælder fx i forbindelse med ændringer i kommunens serviceniveau. Undersøgelsen viser, at en del borgere er utilfredse med rengøringen – ofte bliver der gjort for lidt, og der er ikke afsat tid nok. Men der peges også på, at kommunerne ved at kommunikere tydeligt med borgerne om serviceniveauet – så borgerne ved, hvad man som udgangspunkt kan forvente af hjælp – kan skabe en større grad af forståelse.

Fremadrettede hensyn

Kommissionen mener, at de 7 parametre tegner et godt billede af, hvad der betyder noget for borgerne i tilrettelæggelsen og leveringen af indsatser på det kompenserende hjemmehjælpsområde. I den fremadrettede indsats er det væsentligt at være opmærksom på, at der i løbet af de kommende år vil blive flere ældre i eget hjem, som har længerevarende sygdomme og omfattende behov for pleje og behandling. Ofte vil disse borgere modtage flere forskellige ydelser ud over hjemmehjælp.

Kommissionen mener, at flere svage og syge borgere med mere komplekse behov stiller nye krav til indsatsen på hjemmehjælpsområdet, som først og fremmest skal have fokus på at skabe sammenhængende og koordinerede borgerforløb. Det er for disse

borgere afgørende, at der sker en høj grad af koordinering mellem fx hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Det er ligeledes vigtigt, at frøen medarbejderne har de nødvendige faglige kompetencer til at løfte de ofte komplekse pleje- og behandlingsopgaver, se også kapitel 8.

ANBEFALING #12

Kommissionen anbefaler, at kommunerne i tilrettelæggelsen af indsatsen over for svage borgere med omfattende og komplekse behov arbejder ud fra følgende 3 kvalitetsparametre:

- **at skabe sammenhængende og koordinerede borgerforløb**
- **at tage afsæt i borgernes egne mål og ressourcer og sikre løbende opfølgning**
- **at sikre fagligt kompetente medarbejdere, som kan løfte de mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver.**

Aflastning af pårørende

Mange pårørende yder i det daglige en stor indsats i forhold til plejekrævende ældre i eget hjem. Det gælder ikke mindst med hensyn til borgere med demens. En undersøgelse viser, at de nærmeste pårørende i gennemsnit bruger mellem 5 og 7 timer hver dag på forskellige former for pleje af deres demente familie-medlem.⁶⁶ De pårørende giver bl.a. udtryk for, at de føler, at de er ”på” døgnet rundt, og at de ofte står alene med problemerne. Det kan således være en fysisk og psykisk belastning at varetage omsorgsindsatsen, og det er derfor vigtigt, at de pårørende anerkendes for deres indsats og modtager støtte og aflastning.

En kortlægning af pårørendes behov for aflastning viser, at aflastningen typisk ydes som besøg på dag-center, hjælp til personlig pleje og praktisk hjælp, mens der i mindre grad gøres brug af fx demenscaféer, aflastning af de pårørende nogle timer i hjemmet og besøg af frivillige. Undersøgelsen peger også på, at de pårørende lægger særlig vægt på, at aflastnings-tilbuddene er fleksible og skaber mulighed for personlig tid og for at opretholde et aktivt og socialt liv. Samtidig er det væsentligt for de pårørende, at deres demente familiemedlem kan beskæftige sig med meningsfyldte aktiviteter og være i trygge rammer.⁶⁷

Der er efter kommissionens opfattelse behov for, at kommunerne tænker i nye løsninger og udviser mere fleksibilitet i forhold til, hvordan de pårørende bedst kan aflastes.

Overvejelser om brugerbetaling

Brugerbetaling nævnes fra tid til anden som et instrument, der kan bidrage til at dæmpe efterspørgslen på social- og sundhedsydelser og af den vej skabe finansiering til de kommende års udfordringer. På hjemmehjælpsområdet har der især været fokus på den praktiske hjælp og spørgsmålet om, hvorvidt

brugerbetaling vil kunne dæmpe efterspørgslen på rengøring og give bedre mulighed for fx at prioritere den personlige pleje til det stigende antal plejekrævende ældre.

Kommissionen mener, at der kan være flere veje til at begrænse efterspørgslen efter kompenserende hjælp, og at en øget anvendelse af brugerbetaling ikke er den mest oplagte.⁶⁸ Det skal bl.a. ses i lyset af, at brugerbetaling for de økonomisk mest velstillede borgere vil indebære en øget marginalbeskatning og dermed reducere borgernes incitament til at spare op til alderdommen. Ifølge kommissionen bør der i stedet sættes på den rehabiliterende tankegang og muligheden for at hjælpe borgerne til at forblive uafhængige af hjælp.

Længst muligt i egnet bolig

Boligen og dens indretning har stor betydning for en ældre borgers muligheder for i størst muligt omfang at klare sig selv. Siden begyndelsen af 1980’erne, hvor den første Ældrekommission af rapporterede, har muligheden for at blive boende længst muligt i egen bolig været et af de væsentligste formål med hjemmehjælpen. Mantraet har været, at ældre borgere ikke skal flytte hen, hvor plejen er, men at plejen skal flyttes til det sted, hvor behovet er.⁶⁹

Som det fremgår af kapitel 3, bliver de ældre i stigende grad boende i eget hjem. Andelen af 85-89-årige i eget hjem er således steget fra 80 pct. til 86 pct. i perioden 2006-2012. I samme periode er andelen af de over 90-årige, som bor i eget hjem, steget fra 63 pct. til 70 pct.

At blive så gammel og svag, at man bliver nødt til at flytte i plejebolig, er et markant brud med den hidtidige tilværelse. Mange borgere tilkendegiver derfor, at de helst vil blive boende i egen bolig længst muligt. Muligheden for at blive boende i egen bolig afhæ-

ger bl.a. af boligens størrelse og indretning. Endvidere vil den velfærdsteknologiske udvikling betyde, at det i fremtiden bliver lettere for svage borgere at blive boende i eget hjem.

De ældre borgere, der modtager meget hjemmehjælp, er typisk de borgere, der føler sig mest ensomme. Og selvom disse borgere får mange timers hjælp om ugen, så vil de i perioder være overladt til sig selv. En flytning til en plejebolig vil kunne give mulighed for flere aktiviteter samt mulighed for daglig social kontakt, ligesom der vil være social- og sundhedsfaglige medarbejdere til stede hele døgnet, således at borgeren lettere kan få dækket akutte behov.

En ASCOT-undersøgelse fra SFI foretaget for Ældrekommissionen i 2012 viste, at plejeboligboernes omsorgsbetingede livskvalitet er høj.⁷⁰ Sammenlignet resultaterne med Aalborg Universitets ASCOT-undersøgelse af livskvalitet for modtagere af hjemmehjælp, så fremgår det, at den omsorgsbetingede livskvalitet for beboere i plejeboliger er noget højere end for de svageste borgere i eget hjem, der får mere end 6 timers praktisk hjælp og personlig pleje om ugen. Især når det gælder renholdelse af boligen og deltagelse i aktiviteter ses en højere livskvalitet hos beboerne i plejeboliger.

Ifølge KL er tommelfingerreglen, at det er billigere for kommunen at hjælpe en borger i en plejebolig frem for i eget hjem, hvis borgeren har brug for mere end 22 timers hjælp om ugen. Det skyldes, at det at køre til det enkelte hjem flere gange i døgnet er forbundet med udgifter, og at det er vanskeligere at opnå ”stor-driftsfordele” i de dyre timer, som er sen aften, nat, weekender og helligdage.⁷¹ I Jammerbugt Kommune har man fx beregnet, at de 20 dyreste ældre borgere i eget hjem koster kommunen 14,4 mio. kr. om året, og at det ville koste det halve at yde den samme service, hvis de ældre boede på plejecentre.⁷²

Samtidig skal det nævnes, at forbruget af regionale sundhedsydelser er det dobbelte blandt modtagere af personlig pleje i eget hjem i forhold til beboere i plejecentre. Det skyldes bl.a., at modtagere af personlig pleje har dobbelt så mange indlæggelser og ca. 2 1/2 gange flere ambulante besøg end beboere i plejecentre, hvor personalet har en tæt løbende kontakt med borgerne.⁷³

Det er kommissionens opfattelse, at borgerne selv skal bestemme, om de ønsker at flytte i en plejebolig. Kommunerne skal ikke kunne tvinge ældre svage borgere i en plejebolig. Men det er vigtigt at være opmærksom på at indrette boligen efter borgerens aktuelle behov, og at nogle borgere vil kunne opnå en forbedret livskvalitet, hvis de vælger at flytte i plejebolig. Fx vil borgere med en demenssygdom ofte have større glæde af en forholdsvis tidlig indflytning i en plejebolig, så borgeren får lettere ved at få et tilhørsforhold til den nye bolig og mulighed for at trives og være tryk i de nye omgivelser.

Kommissionen mener således, at der frem for at sætte fokus på længst muligt i egen bolig, bør lægges mere vægt på målsætningen om længst muligt i egnet bolig.

66 / COWI (2011): Undersøgelse af sygdomsbyrden af Alzheimers for pårørende

67 / Socialstyrelsen (2013): Undersøgelse af behov for afløsning og aflastning blandt pårørende til mennesker med en demenssygdom.

68 / Det bemærkes, at kommunerne i dag har mulighed for at opkræve betaling for mad-service samt midlertidig hjælp efter servicelovens § 83.

69 / Ældrekommissionens delrapporter: Aldersforandringer – ældrepolitikens forudsætninger, 1. delrapport maj 1980, De ældres vilkår, 2. delrapport april 1981 og Sammenhæng i ældrepolitikken, 3. delrapport maj 1982 samt Jørn Henrik Petersen: Hjemme-hjælpens historie: Ideer, holdninger, handlinger, Syddansk Forlag, 2008.

70 / Rostgaard, Tine, Rikke Nøhr Brünnér og Torben Friberg, (2012): Omsorg og livskvalitet i plejeboligen, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

71 / KL’s ældrepolitiske udspil 2010: Nye ældre, nye muligheder.

72 / Nordjyske 15. marts 2013: Slut med længst muligt i eget hjem.

73 / Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse m.fl. (2013): Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelse og genindlæggelse



Kapitel 7.

ORGANISERING OG LEDELSE

Kapitlet ser på, hvordan organiseringen og tilrettelæggelsen af indsatsen kan understøtte et sammenhængende borgerforløb.

De organisatoriske rammer kan have stor betydning for tilrettelæggelsen af indsatsen på hjemmehjælpsområdet, og ikke mindst for, hvordan indsatsen spiller sammen med indsatsen på tilgrænsende områder, eksempelvis hjemmesygepleje, træning og hjælpemidler. Modtagere af hjemmehjælp har ofte en række andre kontaktflader til det offentlige system, og organiseringen af hjemmehjælpsområdet kan derfor have afgørende indvirkning på, hvordan der skabes kvalitet og sammenhæng i indsatsen til borgerne.

Organisering af myndighed og leverandør

Reglerne om frit valg

Reglerne om frit valg af leverandør har været styrende for, hvordan kommunerne har valgt at organisere sig på hjemmehjælpsområdet. Kommunerne har siden 2003 haft pligt til at skabe grundlag for, at modtagere af hjemmehjælp kan vælge mellem forskellige leverandører af hjælpen.

Serviceoven stiller ikke direkte krav til kommunernes interne organisering på området, men af bemærkningerne til loven fremgår, at det er afgørende, at kommunen adskiller myndighedsopgaverne fra leverandøropgaverne for at sikre lige konkurrencevilkår mellem offentlige og private leverandører og synliggøre omkostningerne ved den kommunale leverandørvirksomhed. Serviceoven foreskriver ikke, hvordan adskillelsen af opgaverne skal ske.

BUM-modellen

Siden indførelsen af frit valg af leverandør har mange kommuner valgt at organisere sig efter BUM-modellen⁷⁴ på hjemmehjælpsområdet, hvor myndighedsfunktionen er centraliseret og organisatorisk adskilt fra leverandørleddet i overensstemmelse med Socialministeriets vejledning herom.

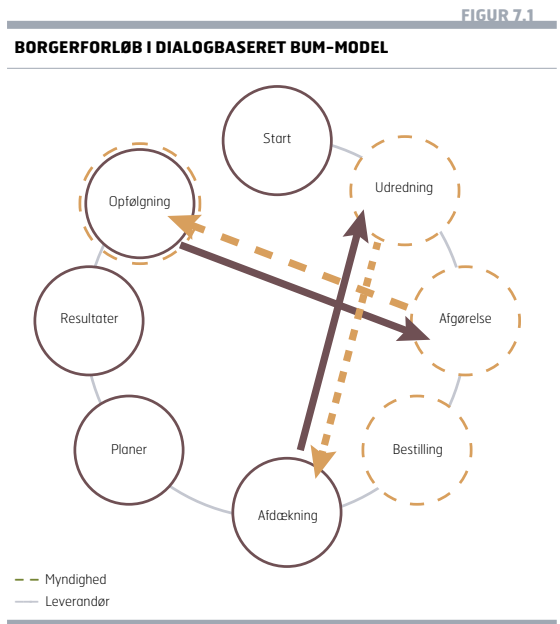


Udgangspunktet i BUM-modellen er, at en centraliseret visitation foretager en helhedsvurdering af borgerens ressourcer og behov for hjælp. Derefter træffer visitationen en konkret afgørelse, og ydelsen bestilles hos leverandøren. Opgaven overgår efterfølgende til leverandøren, som på baggrund af visitationens afgørelse planlægger, leverer og dokumenterer indsatserne. Endelig er opfølgningen et delt ansvar mellem leverandør og visitation.

Kommunernes erfaringer med BUM-modellen er på mange måder positive. Den klare adskillelse af myndigheden og leverandørdelen har bidraget til at tydeliggøre omkostningerne ved den kommunale leverandørvirksomhed og forbedret den interne styring i kommunerne. BUM-modellen har desuden styrket myndighedsrollen og skabt øget fokus på borgernes retssikkerhed.⁷⁵

Kommissionen finder det imidlertid væsentligt at være opmærksom på, at BUM-modellen ikke må resultere i vandtætte skodder mellem visitation og leverandør. Løbende dialog og samarbejde mellem

visitation og leverandør er en grundlæggende forudsætning for at skabe gode, sammenhængende borgerforløb på hjemmehjælpsområdet. Det gælder særligt i forhold til den indledende afdækning af borgerens behov og i forbindelse med opfølgning, jf. også pilene i den dialogbaserede BUM-model i figur 7.1.



Efter kommissionens opfattelse bør visitator have en rolle gennem hele borgerforløbet og ikke trække sig, når afgørelsen er truffet, og hjælpen er bestilt hos leverandøren. I mange tilfælde vil visitator ikke kunne lave en fuldstændig udredning af borgerens behov på baggrund af en visitationssamtale på en halv til en hel time. Ofte er det først, når leverandøren har været i hjemmet nogle gange, at fx en begyndende demens eller vanskelige relationer til familie og pårørende viser sig. Det er derfor vigtigt, at der tidligt i forløbet er dialog og samarbejde mellem leverandør og visitator, så der ikke arbejdes videre ud fra en afgørelse, som måske er truffet på et ufuldstændigt grundlag.

ANBEFALING #13

Kommissionen anbefaler, at kommunerne sikrer hyppig og relevant opfølgning og dialog mellem myndighed og leverandør i borgerforløbet.

Ligeledes er det væsentligt at holde fast i, at opfølgningen er et fælles ansvar mellem visitator og leverandør, og den bør ske systematisk og hyppigt. Det fremgår allerede af reglerne i dag, at hjælpen skal tilpasses borgerens aktuelle behov. Men introduktionen af den rehabiliterende tilgang gør det kun mere afgørende, at der systematisk og hyppigt følges op på indsatsen og graden af målopfyldelse. Det skal være tydeligt for både visitator, leverandør og borger, hvad der er grundlaget for afgørelsen, hvad der er målet, og hvordan målet kan nås.

Behovet for dialog mellem visitator og leverandør fremhæves også i Rambølls analyse af hjemmehjælpsområdet. Undersøgelsen peger således på, at det kan virke fremmende for gode borgerforløb, hvis visitator indgår i et systematisk samarbejde med hjemmeplejegrupperne (både offentlige og private).⁷⁶

En yderligere udfordring ved BUM-modellen er, at der traditionelt har været et snævert fokus på visitation af indsatser inden for modellen, dvs. visitation af hjemmehjælp. BUM-modellen har dermed ikke i sig selv bidraget til at skabe sammenhængende og koordinerede forløb for de borgere, der har behov for flere forskellige ydelser på tværs af forvaltningsområder i kommunen. Det er kommissionens opfattelse, at der med fordel kan arbejdes med en fælles tværfaglig visitation af ydelser som fx hjemmehjælp, hjælpemidler og hjemmesygepleje. Denne problemstilling behandles nærmere i afsnittet om en sammenhængende indsats nedenfor.

74 / Bestiller-, Udfører-, Modtager-modellen

75 / Ankestyrelsen (2007). Frit valg i ældreplejen – visitators betydning for det frie valg.

76 / Rambøll (2013). Analyse af borgerens vej gennem systemet – fra visitation til levering af hjemmehjælp.

En ny måde at styre på – fra enkeltydelser til ydelsespakker

Hjemmeplejen har i årevis været kendetegnet ved en detaljeret styring af ydelser og tid. Borgerne er typisk blevet visiteret til specifikke enkeltydelser (fx bad, barbering, af- og påklædning, at få anrettet og serveret mad, støvsugning m.v.), og disse ydelser er blevet omsat til minutter i de kommunale omsorgssystemer som led i den daglige planlægning.

Det er vigtigt, at styringen ikke bliver så detaljeret, at hjælpen bliver ufleksibel, og de udførende medarbejdere fratages rum til faglighed. Kommissionen bakker derfor op om den tendens, som ses i øjeblikket, hvor flere og flere kommuner går væk fra at visitere til enkeltydelser og i højere grad arbejder med visitationer, der er baseret på ydelsespakker samt klare mål for forløbet.

En ydelsespakke vil typisk rumme de opgaver, som en borger med en given plejet yngde almindeligvis har brug for hjælp til, og angiver en gennemsnitlig tidsramme for udførelsen af opgaverne. Tanken er, at ydelsespakkerne så at sige ’pakkes ud’ af de udførende medarbejdere i samarbejde med borgeren og med afsæt i målene for indsatsen. Det er således borgernes ønsker og behov samt medarbejdernes faglige vurdering, der bliver styrende for, hvordan indsatsen konkret tilrettelægges inden for de overordnede rammer af ydelsespakken og de opstillede mål.

Brugen af pakker giver bedre mulighed for fleksible løsninger, der tilpasses den enkeltes behov, fx ved at kunne tage højde for borgerens dagsform, imødekomme behovet i nuet og håndtere akut opståede ting. En fleksibel indsats er ikke mindst vigtig for det stigende antal borgere med demens, som bor i eget hjem og har behov for omfattende hjælp og pleje. Det er dog væsentligt at holde fast i, at ydelsespakkerne ikke ændrer ved borgernes ret til en afgørelse,

der er truffet på baggrund af en individuel og konkret vurdering af deres behov for hjælp. Derudover er ydelsespakker ikke nødvendigvis en forudsætning for at kunne yde en fleksibel indsats. I Rambølls undersøgelse af hjemmehjælpsområdet angiver flere kommuner, at de ikke visiterer i pakker, men alligevel i hverdagen arbejder fleksibelt for at imødekomme borgerens behov og har fokus på målene for indsatsen.⁷⁷

Nedenfor er Kolding Kommunes arbejde med ydelsespakker nævnt som eksempel.

BOKS 7.1

YDELSESPAKKER I KOLDING KOMMUNE

Kolding Kommune har siden 2010 arbejdet med ydelsespakker i visitationen på hjemmehjælpsområdet.

Ydelsespakkerne vedr. personlig pleje er baseret på de besøg, som borgerne typisk modtager i løbet af dagen, dvs. morgen, middag, aften og nat.

De enkelte ydelsespakker gradueres i forhold til borgernes funktionsniveau og behov for støtte, dvs.:

- Let personassistance: Borgeren er den aktive part og kan under forudsætning af let personassistance udføre aktiviteten.
- Moderat personassistance: Borgeren er den aktive part og kan under forudsætning af moderat personassistance udføre aktiviteten.
- Omfattende personassistance: Borgeren deltager og kan under forudsætning af omfattende personassistance udføre aktiviteten.
- Fuldstændig personassistance: Borgeren er ude af stand til at udføre aktiviteten og har brug for fuldstændig personassistance.

Ydelsespakkerne kan også gives som en hjemmetræningsydelse, når borgerne har et potentiale for at blive i stand til at klare ydelserne eller dele af ydelserne selv.

Kilde: Kolding Kommune, ydelseskatalog for hjemmehjælpsydelser.

Kommissionen lægger vægt på, at ydelsespakker sætter borgerne i fokus for indsatsen og giver de udførende medarbejdere fleksibilitet i tilrettelæggelsen af hjælpen. Flexibilitet betyder meget for borgeren, idet den medvirker til en større grad af medbestemmelse og oplevelse af, at kommunen er lydhør og hurtigt reagerer på ændringer i borgerens behov. Samtidig kan fleksibiliteten give øget rum til faglighed og til at arbejde med borgernes mål. Det kan bidrage til et mere attraktivt arbejdsmiljø for udførende medarbejdere i hjemmeplejen.

Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at ydelsespakker stiller store krav til ledelsen, som ved hjælp af faglig vejledning og supervision skal understøtte de udførende medarbejdere i tilrettelæggelsen af hjælpen. Endelig er det efter kommissionens opfattelse vigtigt, at arbejdet med ydelsespakker ikke stopper den løbende dialog mellem myndighed og leverandør eller resulterer i mindre fokus på opfølgning og løbende tilpasning af den hjælp, der leveres.

ANBEFALING #14

Kommissionen anbefaler, at kommunerne begrænser den detaljerede styring af tid og enkeltydelser med henblik på at sikre større fleksibilitet og mere plads til faglighed i mødet mellem borger og medarbejder.



77 / Rambøll (2013): Analyse af borgerens vej gennem systemet – fra visitation til levering af hjemmehjælp.

Frit valg af leverandør

Frit valg af leverandør blev indført i 2003 og betyder, at kommunerne har pligt til at etablere rammerne for, at modtagere af praktisk hjælp, personlig pleje og mad-service efter servicelovens § 83, kan vælge mellem forskellige godkendte leverandører.

Indtil for nylig har kommunerne haft pligt til at skabe grundlag for det frie valg ved enten at benytte den såkaldte godkendelsesmodel, udbudsmodellen eller udbud inden for godkendelsesmodellen. Modellerne og deres betingelser har været reguleret i serviceloven. Fra 1. april 2013 er reglerne i serviceloven ændret med henblik på at give kommunerne mere fleksibilitet til at tilrettelægge hjemmehjælpen på baggrund af kommunalpolitiske overvejelser om markedsforhold, særlige lokale hensyn og borgernes behov. Borgernes ret til frit valg af leverandør er fastholdt.

Udbredelse af borgernes frie valg

Andelen af kommuner, der tilbyder borgerne frit valg og dermed mere end én leverandør af hjemmehjælpsydelser, har været stigende siden indførelsen af frit valg i 2003. Borgernes valgmuligheder er størst, når det gælder praktisk hjælp. I december 2012 var der ifølge Fritvalgsdatabasen mere end én leverandør af praktisk hjælp i ca. 93 pct. af kommunerne, mens ca. 82 pct. af kommunerne havde mere end én leverandør af personlig pleje. Der er ca. 360 private leverandører af praktisk hjælp og ca. 130 private leverandører af personlig pleje. Alle leverandører af personlig pleje leverer samtidig også praktisk hjælp.

Andelen af borgere, som benytter en privat leverandør, er stigende. I 2012 modtog knap 48 pct. af hjemmehjælpsmodtagerne praktisk hjælp og/eller madservice fra en privat leverandør, mens godt 35 pct. af hjemmehjælpsmodtagerne modtog tilsvarende ydelser fra en privat leverandør i 2008. Andelen af hjemmehjælpsmodtagere med en privat leverandør af personlig pleje steg fra 3,4 pct. i 2008 til 6,6 pct. i 2012, jf. tabel 7.1.

BOKS 7.1					
ANDEL HJEMMEHJÆLPSMODTAGERE MED PRIVAT LEVERANDØR (PCT.)					
	2008	2009	2010	2011	2012
Praktisk hjælp	35,3	38,3	41,7	44,8	47,8
Personlig pleje	3,4	3,6	4,4	5,6	6,6
I alt	26,1	28,7	31,4	33,9	36,2
Kilde: Danmarks Statistik.					

Borgernes oplevelser af frit valg

Borgerne har i vidt omfang taget det frie valg til sig og er i mange tilfælde glade for muligheden for at kunne vælge mellem forskellige leverandører af hjemmehjælp. Op mod 68 pct. af de borgere, der modtager hjemmehjælp, angiver således, at muligheden for frit valg af leverandør er vigtig eller meget vigtig.⁷⁸

Graden af tilfredshed med hjælpens kvalitet er ikke væsensforskellig på tværs af private og offentlige leverandører. Når det gælder praktisk hjælp, angav 88 pct. af borgerne med en offentlig leverandør og 90 pct. af borgerne med en privat leverandør således at være tilfredse med hjælpens kvalitet i 2011. For personlig pleje var det 91 pct. af borgerne med en kommunal leverandør og 86 pct. af borgerne med en privat leverandør, der angav at være tilfredse med hjælpen.⁷⁹

Borgernes bevæggrunde for at vælge en privat leverandør af hjemmehjælp⁸⁰ er belyst i Rambølls analyse af hjemmehjælpsområdet. Det fremgår heraf, at det især er borgere, som sætter pris på, at den samme medarbejder kommer hver gang, der vælger en privat leverandør af hjemmehjælp. Borgerne lægger derudover vægt på, at private leverandører i modsætning til offentlige leverandører kan tilbyde tilkøbsydelser som fx hovedrengøring eller vinduespudsning. Endelig giver borgerne udtryk for, at de private leverandører er mere fleksible med hensyn til arbejdstilrettelæggelsen.

Det er især i forhold til praktisk hjælp, at borgerene ser fordele ved at vælge en privat leverandør. Borgerne er som beskrevet ovenfor mindre tilbøjelige

til at vælge en privat leverandør af personlig pleje. Det kan hænge sammen med, at det i komplekse borgerforløb, hvor borgeren modtager omfattende personlig pleje og eksempelvis hjemmesygepleje, kan være vanskeligere at skabe et sammenhængende og tværfagligt forløb, hvis borgeren vælger en privat leverandør.

En sammenhængende indsats

Velfungerende samarbejde og løbende dialog mellem den kommunale myndighed og de private leverandører af hjemmehjælp er afgørende for at levere en god og sammenhængende indsats, særligt i forhold til borgere med komplekse behov. Ifølge Rambølls undersøgelse oplever kommunerne generelt, at kommunikationen med de private leverandører er vanskeligere end med den kommunale leverandør. Der er dog variation på tværs af kommuner. I mange kommuner har de private leverandører adgang til kommunens omsorgssystem via håndholdte enheder, men der er også kommuner, hvor de private leverandører ikke er koblet på. Det kan være meget hæmmende for den løbende dialog.

Det er kommissionens opfattelse, at de private leverandører nødvendigvis bør være koblet op på kommunens omsorgssystem, og at det bør tilstræbes, at private leverandører har mulighed for at kommunikere med myndigheden på lige fod med de kommunale leverandører. Det er desuden vigtigt, at private leverandører ligesom offentlige leverandører har de nødvendige faglige kompetencer og bl.a. arbejder ud fra en rehabiliterende tankegang. Endelig bør de private leverandører også have indsigt i og arbejde ud fra de mål og den indsats, der er beskrevet i borgernes handleplaner.

Kommissionen mener i forlængelse af ovenstående, at kommunerne kan bruge de kontrakter, som indgås med de private leverandører, mere proaktivt. Kontrakterne kan fungere som et redskab til at

sikre en mere sammenhængende indsats for borgerne. For eksempel kan det af kontrakterne fremgå, hvordan de private leverandører skal kobles på de kommunale omsorgssystemer, hvordan de private leverandører skal arbejde med borgernes handleplaner og samarbejde med bl.a. hjemmesygeplejen og træningsenheden om at skabe sammenhængende borgerforløb.

Mulighed for at samle udbud

Det er også relevant at nævne, at det indtil til 1. april 2013 ikke har været muligt at samle udbuddet af hjemmehjælpsopgaverne med andre, driftsrelaterede områder. Kommunerne har således ikke kunnet kræve af de private leverandører af hjemmehjælp, at de også skulle levere andre ydelser end hjemmehjælp, eksempelvis hjemmesygepleje efter sundhedsloven. De private leverandører har hele tiden kunnet varetage sygeplejeydelser og delegerede sygeplejeydelser efter sundhedsloven, men kommunerne har ikke haft mulighed for at stille krav om, at det skulle gøres i kombination med hjemmehjælpen. Konsekvensen har været, at borgere, der har valgt en privat leverandør af hjemmehjælp, og som også modtager hjemmesygepleje, som fx medicinhåndtering, har været nødt til at have 2 forskellige leverandører. Det har ikke været fremmende i forhold til at sikre sammenhængende borgerforløb.

Ændringen af reglerne om frit valg fra 1. april 2013 indebærer bl.a., at kommunerne som noget nyt har fået mulighed for at samle udbud af forskellige driftsområder. I dag kan kommunerne således kombinere eksempelvis udbud af den hjælp, der udføres i hjemmeplejen, med udbud af hjælp i plejeboliger eller af hjemmesygepleje. Det forventes at styrke kommunernes muligheder for at opnå mere omkostningseffektive løsninger. Det kan samtidig være med til at sikre borgerne en mere sammenhængende indsats, fordi deres private leverandør nu kan få bedre mulighed for at tilbyde fx hjemmesygepleje.

78 / *Epinion (2011): Brugerundersøgelse om hjemmehjælp.*

79 / *Epinion (2011): Brugerundersøgelse om hjemmehjælp.*

80 / *Rambøll (2013): Borgernes vej gennem systemet – fra visitation til levering af hjem-mehjælp*

Organisatoriske rammer for rehabilitering

Organisationstyper for rehabilitering

De organisatoriske rammer har betydning for den rehabiliterende indsats og muligheden for at skabe kvalitet og sammenhæng for borgerne. Kommuner- nes organisering af indsatsen er beskrevet i en ny kortlægning af kommunernes praksis for rehabilite- ring på ældreområdet. Det fremgår heraf, at kom- munerne har valgt at organisere indsatsen på for- skellige måder, jf. tabel 7.2.

TABEL 7.2	
ANTAL EKSEMPLER PÅ FØRSKELLIGE ORGANISATIONSTYPER FOR REHABILITERINGSFØRØB	
Hjemmeplejen i samarbejde med andre enheder	60
Hjemmeplejen med ekstra ressourcer	14
Specialiseret tværfaglig enhed	13
Specialiseret terapeutenhed	8
I alt	95
Note: Kortlægningen finder 95 forskellige modeller for rehabilitering for ældre borgere i eget hjem fordelt på 92 kommuner. Der er således enkelte kommuner, som arbejder med flere forskellige modeller.	
Kilde: Socialstyrelsen (2013). Rehabilitering på ældreområdet – en kortlægning af kommunernes indsatser og erfaringer.	

I de fleste kommuner er rehabiliteringsforløbene for- ankret i hjemmeplejen og varetages enten af hjem- meplejen i samarbejde med andre enheder (fx træ- ningsenheden) eller af hjemmeplejen med ekstra ressourcer i form af terapeuter eller medarbejdere i hjemmesygeplejen. I andre kommuner varetages re- habiliteringsforløbene af en specialenhed. Der er stor variation inden for de forskellige organisationsformer.

Rehabiliteringsforløb forankret i hjemmeplejen

I de kommuner, hvor rehabiliteringsforløbene vare- tages af hjemmeplejen i samarbejde med andre en- heder, er der fx store forskelle på, hvilke afdelinger hjemmeplejen arbejder sammen med og hvordan.

Det mest udbredte er, at hjemmeplejen arbejder sammen med træningsenheden, men i nogle kommuner indgår hjemmesygeplejen og hjælpemid- delafdelingen også i dette samarbejde.

Det ses generelt, at hjemmesygeplejen spiller en mindre rolle i rehabiliteringsforløbene end terapeu- terne i træningsenheden. I få kommuner indgår sy- geplejerskerne på nogenlunde lige fod med terapeu- terne, men i de fleste kommuner er det endnu ikke lykkedes at få integreret hjemmesygeplejen i rehabi- literingsindsatsen.

Hjemmeplejens samarbejde med hjælpemiddelaf- delingen er typisk forankret på ledelsesniveau og handler primært om at skabe en fælles forståelses- ramme og forbedre kommunikationen. Der er kun i mindre grad tale om praktiske samarbejder mellem de enkelte medarbejdere.

Rehabiliteringsforløb forankret i specialenheden

I de kommuner, hvor rehabiliteringsforløbene vare- tages af en specialenhed, er der ligeledes stor varia- tion i forhold til enhedens sammensætning. Specia- lenheden består i nogle kommuner kun af terapeuter, mens der i andre kommuner også indgår social- og sundhedsmedarbejdere. Kun i et mindre antal kom- muner indgår der sygeplejersker og ernæringsfagligt personale i specialenheden.

En organisation der fremmer en rehabiliterende indsats

Kommissionen finder det afgørende, at kommunernes organisering effektivt understøtter en rehabiliterende indsats. Et godt rehabiliteringsforløb kan efter kom- missionens opfattelse være organiseret på flere for- skellige måder, men det væsentlige er, at organisatio- nen sætter medarbejderne i stand til at mestre en tværfaglig og helhedsorienteret indsats, der reelt ta- ger udgangspunkt i borgerens behov. Det forudsætter også, at man vælger en anden organisationsform end den traditionelle funktionsopdelte, som er nærmere beskrevet i afsnittet om en sammenhængende ind- sats nedenfor.

Kommissionen finder det bl.a. væsentligt, at ikke ale- ne træningsområdet, men også hjælpemiddelområ- det, hjemmesygeplejen og den forebyggende ind- sats tænkes mere systematisk ind i tilrettelæggelsen og gennemførelsen af rehabiliteringsforløb. Endelig er det nødvendigt, at kommunerne er opmærksom- me på, hvordan der organisatorisk kan arbejdes med forretningsgange og metoder, der sikrer, at udføren- de medarbejdere opererer ud fra en fælles plan med mål og handlinger for rehabiliteringsforløbet, og at pårørende og frivillige løbende inddrages.

Kontinuerligt ledelsesfokus

Ledelse er et andet vigtigt fokuspunkt i forhold til re- habilitering og realiseringen af det paradigmeskifte, som kommissionen mener, der er behov for på hjem- mehjælpsområdet. Et kontinuerligt ledelsesfokus er en forudsætning for at implementere og fastholde rehabilitering som en bærende kultur i kommunerne.

Det kræver tydelig ledelse og konstant følgeskab fra top til bund i den kommunale organisation, hvis re- habilitering skal slå igennem som en bærende kultur. Visionerne med den rehabiliterende indsats skal

kommunikeres tydeligt og vedholdende. Det er vig- tigt, at der er et klart politisk mandat, og at såvel topledelsen som ledelsen tættere på de udførende medarbejdere konstant bidrager til at sætte rehabi- litering på dagsordenen og pointerer vigtigheden af et tværfagligt samarbejde.

ANBEFALING #15

Kommissionen anbefaler, at kommunernes orga- nisation og ledelse effektivt og tydeligt under- støtter en rehabiliterende indsats med tværfagli- ge og sammenhængende borgerforløb.

Styringsmæssige udfordringer

For kommunerne er der væsentlige styringsmæssige udfordringer forbundet med omlægningen til en re- habiliterende indsats. Det er der flere grunde til. Først og fremmest har kommunerne ikke, som praksis er i dag, mulighed for at give leverandørerne et økono- misk incitament til at arbejde rehabiliterende og hjælpe borgerne til at blive så uafhængige af hjælp som muligt.

Dertil kommer, at kommunerne grundlæggende er i tvivl om, hvordan de skal inddrage de private leve- randører i den rehabiliterende indsats. Dels fordi det som nævnt i afsnit 6.2 er uklart for kommunerne, i hvilket omfang rehabilitering er omfattet af service- lovens § 83, og dermed af det frie leverandørvalg. Dels fordi rehabilitering ofte kræver samarbejde mellem flere forskellige afdelinger – fx hjemmeple- jen, træningsområdet og hjælpemiddelområdet – hvor kun hjemmeplejen er omfattet af det frie leve- randørvalg og dermed underlagt kravet om adskillelse mellem myndighed og leverandør.

Økonomiske incitamenter til rehabilitering

Det er efter kommissionens opfattelse væsentligt, at der etableres en økonomisk incitamentsstruktur, som understøtter en rehabiliterende indsats med både sammenhængende og tværfaglige borgerforløb.

I den forbindelse er det bl.a. vigtigt at være opmærksom på, at kommuner, der anvender godkendelsesmodellen, indtil regelændringen pr. 1. april 2013 har haft pligt til at anvende afregningsmodeller på hjemmehjælpsområdet, hvor leverandørerne afregnes med en timepris, der beregnes på baggrund af kommunens omkostninger til egen leverandørvirksomhed året før. Afregningsprisen har dermed været fastlagt på forhånd, og der har ikke været mulighed for resultatafregning med private og offentlige leverandører. Som resultat heraf har kommunerne ikke haft mulighed for at forbinde prisafregning med målopfyldelse og dermed give leverandørerne et økonomisk incitament til at gøre borgerne selvhjulpne og uafhængige af hjælp.

Fra 1. april 2013 står det kommunerne frit for at tilrettelægge deres afregningsmodel på hjemmehjælpsområdet, blot de overholder de almindelige konkurrenceretlige regler. Eksempelvis kan kommunen vælge at afregne sine leverandører med en basispris



og en bonus, der udløses, når leverandørerne har opnået specifikke mål og eksempelvis bragt borgerne op på et bestemt funktionsniveau, ydet en bestemt kvalitet m.v. Det giver kommunerne bedre mulighed for at tilskynde både offentlige og private leverandører til at arbejde med rehabilitering og forfølge øget kvalitet, målopfyldelse og effekt for borgerne. Nye økonomiske incitamentsstrukturer er således ifølge kommissionen en afgørende forudsætning for, at der kan arbejdes mere systematisk og målrettet med rehabilitering på ældreområdet.

Effektbaseret budgettering

Det er desuden væsentligt at nævne, at ældreområdet i dag er kendetegnet ved ramme- eller aktivitetsbaseret styring. Det bør efter kommissionens opfattelse overvejes, om denne styringsform i større omfang, end det er tilfældet i dag, bør kombineres med en form for effektstyring, så bevillingerne i højere grad korrigeres for værdien af den kvalitet, som leveres.

ANBEFALING #16

Kommissionen anbefaler, at kommunerne udvikler og arbejder med afregningsmodeller, der giver både private og offentlige leverandører et økonomisk incitament til at arbejde målrettet med en rehabiliterende indsats og forfølge øget kvalitet, målopfyldelse og effekt for borgerne.

BOKS 7.2

EN PRÆSTATIONSFREMMENDE ØKONOMIMODEL

I Odense Kommunes Ældre- og Handicapforvaltning er der igangsat et projekt, der skal understøtte og skærpe indsatsen og effektiviteten af rehabiliteringsforløbene ved hjælp af økonomiske incitamenter og ved at skabe synlighed og sammenhæng mellem indsats, effekt og bevilling. Projektet har til formål at udvikle en præstationsfremmende økonomimodel, der skal skabe større incitamenter til at gå efter effekter og større selvhjulpethed i alle borgerforløb og skabe større systematik og synlighed mellem budget/bevilling og effekt. Den præstationsfremmende økonomimodel skal i første omgang testes på Træning Som Hjælp området (korte intensive rehabiliterende borgerforløb, der ved hjælp af en samlet ydelsespakke bestående af hjemmepleje, sygepleje og træning skal forbedre borgerens selvhjulpethed).

Modellen går ud på at belønne et rehabiliteringsforløb, der har haft den fornødne effekt ved en udvidet effektbevilling. Er der tale om en effekt, der ligger under det forventede niveau vil det omvendt resultere i en lavere bevilling. Effekten er i dette tilfælde den procentvise ændring i udgiftsniveauet pr. borger – målt før og efter et rehabiliteringsforløb. Det er ikke udførerensheden selv, der vurderer borgerens udgiftsniveau, men bestillerfunktionen (myndigheden). Bevillingen, der gives til et rehabiliteringsforløb består dels af et aktivitetsafhængigt grundbeløb, der gives for hvert igangsat forløb samt et effektafhængigt beløb, der udløser en pose penge i forhold til den opnåede effekt. Alle værdier af modellens parametre er beregnet ud fra, hvad et gennemsnitligt rehabiliteringsforløb kostede tidligere.

Resultatet er et bevillingssystem, der fremmer og belønner kvalitative resultater – og hvis størrelse er afhængig af den opnåede effekt. Den effektafhængige budgetmodel skal på den måde understøtte de hensigter, der ligger i rehabiliteringsforløbene – at bidrage til en højere effekt af indsatsen, en lavere ressourceanvendelse samt hurtige og effektive rehabiliteringsforløb, der skal gøre borgeren mere selvhjulpne.

Kilde: Odense Kommune

Arbejdet med at udvikle nye præstationsfremmende økonomimodeller kan især for mindre kommuner være forbundet med væsentlige udfordringer både fagligt og økonomisk. Det er derfor vigtigt, at kommunerne kan trække på hinandens erfaringer og eventuelt gå sammen om at udvikle og afprøve nye økonomimodeller. Der bør i det fremadrettede arbejde med præstationsfremmende økonomimodeller være fokus på at finde nogle gode mål for kvalitet, som ikke alene baserer sig på økonomiske besparelser.

Inddragelse af private leverandører i den rehabiliterende indsats

Kommunernes praksis for inddragelse af private leverandører i den rehabiliterende indsats er som omtalt i afsnit 6.2 forskellig. Ca. 1/3 af kommunerne inddrager på mere eller mindre systematisk vis de private leverandører i leveringen af rehabiliteringsforløb på ældreområdet.

Kortlægningen af kommunernes erfaringer med rehabilitering peger på, at netop inddragelsen af private leverandører udgør en af de væsentligste udfordringer for kommunerne i arbejdet med rehabilitering. De fleste af de kommuner, som vælger at samarbejde med private leverandører om rehabiliteringsforløbene, oplever dog samtidig, at det går bedre end forventet.

Der peges samtidig på, at det er en central udfordring for kommunerne at sikre et godt tværfagligt samarbejde med de private leverandører. Det tværfaglige samarbejde udgør grundstenen i et rehabiliteringsforløb, men vanskeliggøres i praksis, hvis eksempelvis kommunens terapeuter skal samarbejde med mange små, private leverandører i rehabiliteringsforløbene. Efter kommunernes vurdering er det både besværligt og fordyrende, hvis de private leverandører skal have samme muligheder for tværfaglig sparring som den kommunale leverandør.⁸¹

Der er efter kommissionens opfattelse behov for en større klarhed over, hvilken rolle private leverandører kan spille på rehabiliteringsområdet, og hvor grænsen går i forhold til frit valg af leverandør. Det er vigtigt at være opmærksom på, at rehabilitering stiller krav om tværfaglighed og koordinering, og at der i dag er væsentlig forskel på de private leverandører, når det gælder størrelse, kompetencer og faglig spændvidde. En stor del af de private leverandører har primært erfaring med levering af praktisk hjælp, mens et mindre antal private leverandører også leverer personlig pleje og andre mere komplekse ydelser. Det er formentlig kun en lille del af de private leverandører, der i dag leverer hjemmehjælp, som vil kunne løfte komplekse, tværfaglige rehabiliteringsforløb.

81 / Socialstyrelsen (2013), Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet.

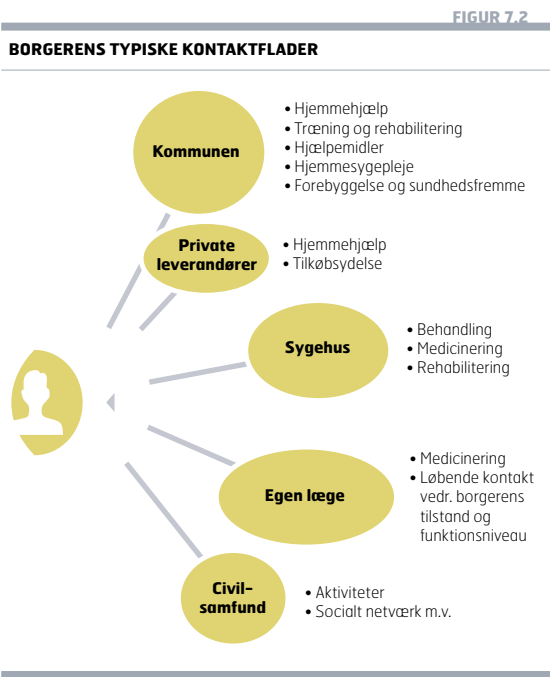
Det er dog væsentligt at være opmærksom på, at de ændrede regler om frit valg pr. 1. april 2013 giver kommunerne nye muligheder for at kombinere udbud af den hjælp, der udføres i hjemmeplejen, med eksempelvis udbud af hjemmesygepleje og træning. Det kan åbne op for andre typer af private og ikkeoffentlige aktører med kompetence og erfaring på sundheds- og velfærdsområdet.

Det er kommissionens vurdering, at der også i forhold til rehabiliteringsforløbene er en platform for private leverandører, men at platformen vil variere og bl.a. afhænge af leverandørernes faglige spændvidde samt graden af kompleksitet og tværfaglighed i den indsats, der skal leveres.

Det er vigtigt, at der er kontinuitet og sammenhæng i, hvem der leverer rehabiliteringsindsatsen. Ligeledes er det ikke mindst i forhold til inddragelse af private leverandører afgørende, at der i kommunerne etableres en økonomisk incitamentsstruktur, som kan understøtte arbejdet med rehabilitering. De nuværende afregningsmodeller giver leverandørerne et negativt incitament til arbejde rehabiliterende, og for de private leverandører betyder det reelt, at der opstår et modsætningsforhold mellem det at levere en effektiv rehabiliterende indsats og drive en god forretning.

En sammenhængende indsats på tværs

Modtagere af hjemmehjælp har ofte en række andre kontaktheder til det offentlige system i forbindelse med deres støttebehov – både internt i kommunen og på tværs af sektorgrænser. I figur 7.2 ses en oversigt over de sektorer og indsatser, som typisk kan være i spil



Kommissionen finder det afgørende, at hjemmehjælp ikke ses isoleret, men som en del af en bredere indsats over for svage ældre mennesker. For borgere med komplekse behov er det et væsentligt kvalitetsparameter, at de oplever et sammenhængende og koordineret forløb på tværs af sektorer og indsatser. Det forudsætter bl.a., at der tænkes og handles i helheder, at borgerens problem eller funktionstab forstås og vægtes på samme måde, uanset hvor borgeren er i systemet, og at nogen har et overblik.

I det følgende ses der nærmere på snitfladerne både internt i kommunen og mellem kommune og sygehus. Det bemærkes, at en del af de centrale snitflader i forhold til rehabilitering er beskrevet ovenfor.

Snitflader internt i kommunen

Den funktionsopdelte organisering, med hjemmehjælp, hjemmesygepleje og træning som adskilte enheder, er meget udbredt i kommunerne. Styrings-

mæssigt er det en mere enkel og overskuelig organisationsform sammenlignet med en tværgående organisering af områderne, men den funktionsopdelte organisering indebærer også en risiko for, at borgeren falder mellem 2 stole.

En tværgående organisering giver en bedre mulighed for, at der kan tages udgangspunkt i borgeren og skabes et sammenhængende borgerforløb. Dels fordi den letter den daglige sparring og videregivelse af oplysninger mellem forskellige medarbejdere og faggrupper. Dels fordi den giver bedre vilkår for den mere overordnede, langsigtede planlægning og sammentænkning af opgaverne.

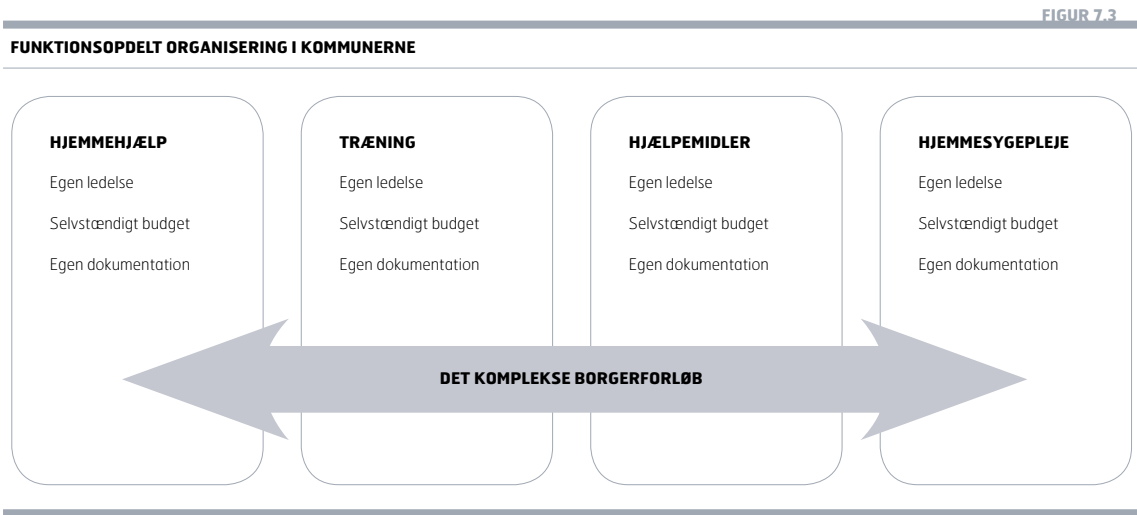
Det er dog væsentligt at fremhæve, som det også påpeges i Rambølls analyse af hjemmehjælpsområdet, at organisering ikke gør det hele, da meget handler om kultur, relationer og gode processer. En fælles kultur og gode relationer på tværs af de forskellige områder (både hjemmehjælp, træning, hjæl-

pemidler, hjemmesygepleje og forebyggende indsatser) virker fremmende for gode borgerforløb, fordi medarbejderne taler sammen, har indsigt i hinandens arbejdsområder og søger tværfaglig sparring.⁸² Gode processer handler især om en fælles it-understøttelse og en god praksis for dokumentation, jf. også kapitel 9.

Det er generelt set kommissionens opfattelse, at der internt i kommunerne – på tværs af de forskellige fagområder – er væsentlige udfordringer forbundet med at skabe sammenhængende borgerforløb for svage ældre borgere. Spørger man borgerne, som det er gjort i Rambølls analyse, opleves udfordringerne som værende større internt i kommunerne end mellem kommune og sygehus. Det er tankevækkende.

Tværfaglig visitation

Det er efter kommissionens opfattelse vigtigt, at der allerede på tidspunktet for tildeling af støtte sker en afvejning af, hvordan de forskellige indsatser bedst



82 / Rambøll (2013): Analyse af borgerens vej gennem systemet – fra visitation til levering af hjemmehjælp.

muligt kan spille sammen og understøtte borgeren i at leve et liv så uafhængig af hjælp som muligt.

Der vurderes for eksempel at være et potentiale i at tænke visitationen af hjemmehjælp og hjælpemidler mere systematisk sammen. Rambølls analyse af hjemmehjælpsområdet viser, at hjemmeplejen og hjælpemiddelaftdelingen ofte er organisatorisk og ledelsesmæssigt adskilt, og at der i mange kommuner ikke foregår en koordineret visitation, hvor man sammenholder behovet for hjælpemidler med behovet for pleje.

Kommissionen mener, der kan være fordele ved at arbejde med en mere tværfaglig visitation på ældreområdet, hvor medarbejdere i visitationen har de nødvendige faglige forudsætninger for at sammenholde behovet for hjemmehjælp med behovet for ydelser som fx træning, hjælpemidler og hjemmesygepleje. Det vil give mere sammenhængende afgørelser og en bedre mulighed for at understøtte borgerne i at være mest mulig selvhjulpne i dagligdagen.

Samarbejde mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje

Snitfladen mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen vurderes at være helt central for borgerforløbet, fordi op mod 60 pct. af modtagerne af hjemmehjælp ligeledes har behov for hjemmesygepleje. Udførelsen af sygeplejeydelser delegeres ofte til udførende medarbejdere i hjemmeplejen. Det er typisk

de lidt lettere opgaver, som fx støttestrømper og hjælp til at indtage medicin, der delegeres, mens medarbejderne i hjemmesygeplejen typisk selv varetager de mere komplekse opgaver.

Rambølls analyse viser, at borgerne ikke altid oplever en klar sammenhæng mellem de ydelser, som de modtager fra hjemmeplejen, og de ydelser, som de modtager fra hjemmesygeplejen. Kommunerne organiserer samarbejdet mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje på forskellig vis. I nogle kommuner er hjemmesygeplejen en fuldt integreret del af kommunens hjemmeplejegruppe, mens man i andre kommuner har 2 helt adskilte enheder. Rambølls analyser peger på, at det er fremmende for det gode borgerforløb, hvis hjemmesygeplejen og hjemmeplejen tænkes som en integreret og sammenhængende indsats og ikke planlægges uafhængigt af hinanden.⁸³

Historisk har hjemmesygeplejen og hjemmeplejen været tæt knyttet. I de senere år, og bl.a. som følge af indførelsen af frit valg af leverandør, har en række kommuner dog ”trukket” hjemmesygeplejen ud af hjemmeplejen og samlet medarbejderne i en selvstændig organisering med egen leder og eget budget. Rambølls analyse peger på, at denne udvikling er ved at vende igen, således at kommunerne nu i højere grad integrerer hjemmesygeplejen i hjemmeplejen. Fordelen ved en tæt organisering er, at det muliggør et nært dagligt samarbejde, hvor delegering, læring og feedback samt videregivelse af oplysninger kan foregå smidigt. Omvendt er fordelen ved en opdelt organisering, at det er lettere at få et styringsmæssigt overblik, og der kan være bedre mulighed for faglig specialisering blandt medarbejderne.

En DSI-undersøgelse peger samtidig på, at det kræver tæt (dagligt) samarbejde mellem sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere, hvis det sundhedsfaglige og

forebyggende fokus skal blive en integreret del af hverdagen i hjemmeplejen.⁸⁴ Kommissionen finder det på den baggrund væsentligt, at kommunerne organiserer sig med henblik på at sikre et tæt samarbejde og faglig sparring mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.

Hvordan sikres en bedre koordination og sammenhæng for borgerne?

Kommissionen har drøftet, hvordan man – uafhængigt af kommunernes valg af organisation – kan sikre en bedre koordination og sammenhæng i indsatsen for borgere med komplekse forløb. God koordination handler efter kommissionens opfattelse ikke så meget om, at der er én person, der koordinerer på tværs, men mere om at indsatsen er tilrettelagt således, at borgeren sikres et sammenhængende forløb.

Kommissionen har drøftet perspektiverne i den nuværende kontaktpersonordning på hjemmehjælpsområdet (servicelovens § 89, stk. 2). Reglerne om en fast kontaktperson har til formål at sikre, at modta-

ANBEFALING #18

Kommissionen anbefaler, at kommunerne organiserer sig med henblik på at sikre tæt samarbejde og faglig sparring mellem udførende medarbejdere i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.

gere af hjemmehjælp ved, hvem de kan kontakte på myndighedsniveau, når der opstår spørgsmål om hjemmehjælpen. Dermed sikres, at borgerne får en nemmere adgang til en person i hjemmeplejen, der har kendskab til den enkeltes forhold.

En analyse af kontaktpersonordningen viser, at kommunerne bruger kontaktpersonordningen forskelligt. I nogle kommuner fungerer ordningen ved, at borgeren i forbindelse med afgørelsen om hjemmehjælp orienteres om, hvilken visitator der har bevilget hjælpen, og hvordan vedkommende kan kontaktes.

ANBEFALING #17

Kommissionen anbefaler, at kommunerne arbejder med en tværfaglig visitation på ældreområdet, hvor behovet for hjemmehjælp sammenholdes med behovet for fx hjælpemidler, træning og hjemmesygepleje.



83 / Rambøll (2013): Analyse af borgerens vej gennem systemet – fra visitation til levering af hjemmehjælp.

84 / DSI (nu KORA) (2011). Forebyggelse af indlæggelser.

I andre kommuner udlægges det til leverandøren at tildele borgeren en kontaktperson, dvs. borgeren får en kontaktperson på leverandørniveau. Det vurderes i analysen, at kontaktpersonordningen er overflødig for mange af borgerne, herunder borgere, som kun modtager en type hjælp fra kommunen, fx praktisk hjælp, og som godt ved, at de kan ringe til visitationen, hvis de har spørgsmål til den visiterede hjælp. Borgere med mere komplekse behov, som typisk modtager mange forskellige ydelser, har på den anden side brug for en mere omfattende støtte og tværgående koordinering, end kontaktpersonordningen giver.⁸⁵

Det er kommissionens vurdering, at reglerne om en fast kontaktperson på myndighedsniveau ikke bidrager væsentligt til at skabe mere sammenhængende forløb og mere kvalitet for borgerne. Der bør i stedet være fokus på koordinering blandt de forskellige udførende medarbejdere, og disse bør arbejde ud fra en fælles, overordnet plan for indsatsen.

Kommunerne bør således sikre, at ældre borgere, der har komplekse behov og modtager flere forskellige ydelser – fx både hjemmepleje, hjemmesygepleje og træning – får tilbud om en samlet handleplan for den kommunale indsats. De fleste kommuner arbejder allerede med handleplaner, men det er ikke

ualmindeligt, at de enkelte enheder i kommunen (fx hjemmehjælp, træning og hjemmesygepleje) har hver deres handleplan for indsatsen for den samme borger. Det væsentlige er derfor, at der udarbejdes én samlet handleplan, som går på tværs af indsatsområderne, har fokus på borgernes mål og understøtter samarbejde mellem alle de involverede aktører (herunder også praktiserende læge, sygehus og pårørende).

En samlet handleplan giver de forskellige udførende medarbejdere et bedre grundlag for at yde en helhedsorienteret og sammenhængende indsats for borgere i eget hjem. Det er samtidig kommissionens vurdering, at den fælles handleplan vil kunne bidrage til en mere optimal ressourceudnyttelse i kommunerne. Det er vigtigt, at handleplanen tager udgangspunkt i borgeren – frem for en bestemt diagnose – og omfatter alle de kommunale ydelser, borgeren modtager. Indholdet i handleplanen er også et vigtigt redskab for kommunerne i samarbejdet med det regionale sundhedsvæsen og bør afspejle de kommunale forpligtelser og opgavefordelingen, som den er beskrevet i fx forløbsprogrammer for kronisk syge.

Kommunernes arbejde med handleplanen bør understøttes af processer for god tværfaglig sparring samt digitale værktøjer, som kan sikre en sammenhængende dokumentation, der går på tværs af indsatsområder og faggrupper. Se eventuelt kapitel 9 for en nærmere beskrivelse af behovet for dokumentation og it-understøttelse. Det kan endvidere overvejes, om kommunernes arbejde med en samlet handleplan for borgerne kan understøttes gennem lovgivning.

Snitflader mellem hjemmeplejen og sygehusene

Mange ældre borgere har kontakt til sygehusene, og indsatsen vil for nogle borgere være kendetegnet ved forløb frem og tilbage mellem sygehus og egen bolig. Kommunernes og sygehusenes koordination er central for at sikre gode forløb for borgeren, sammenhæng i indsatsen og for at undgå u hensigtsmæssige overgange mellem sektorerne.

Rambølls analyse af borgernes vej gennem systemet peger på, at kommunerne i meget vid udstrækning har etableret processer, der skal sikre gode overgange, og at mange forløb er velfungerende. En del kommuner oplever, at der er udfordringer med hurtige udskrivninger og udskrivninger op til weekenden, hvor det kan være vanskeligt for hjemmeplejen at nå at få de rigtige tilbud på plads. Men en interessant erfaring er, at borgerne ikke nødvendigvis oplever de vanskelige snitflader, der kan være mellem sygehus og hjemmepleje. Mange borgere beretter om hurtig hjemmehjælp, efter de vendte hjem fra sygehuset, hvilket illustrerer, at kommunerne i vidt omfang lykkes med at levere ydelserne til tiden, selvom koordinationen i visse tilfælde kan være vanskelig.⁸⁶

Der ses dog stadig tilfælde, hvor borgere oplever at blive udskrevet fra sygehuset, uden at hjemsendelsen er tilstrækkeligt planlagt, eller at der er et passende tilbud til dem, når de kommer hjem. Der er også borgere, der oplever, at de nødvendige informationer om deres sygdom, ændring i medicinering eller nye symptomer ikke i tilstrækkelig grad bliver delt mellem sygehus, almen praksis og kommune.⁸⁷ Det er derfor vigtigt, at kommuner og sygehuse fortsat arbejder med at sikre en koordineret indsats over for svage ældre borgere. Svage ældre borgere må ikke opleve at falde mellem to stole.

For at sikre en bedre sammenhæng i forløb på tværs af primær- og sekundærsektoren oprettes der fælles regionalekommunale forløbskoordinatorfunktioner som led i udmøntningen af den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient. Koordinatorfunktionerne har fokus på de særligt svækkede ældre medicinske patienter og er nærmere beskrevet i boks 7.3. Det er efter kommissionens opfattelse vigtigt, at opgaven med at udarbejde én samlet handleplan for ældre med komplekse behov ses i sammenhæng med dette arbejde.

BOKS 7.3

DE FÆLLES REGIONALE-KOMMUNALE

FORLØBSKOORDINATORFUNKTIONER 2012-2015

De fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner skal sikre, at særligt svækkede ældre medicinske patienter får et sammenhængende og trygt forløb på tværs af primær- og sekundærsektoren. De nye funktioner indebærer bl.a.:

- At der i hver region etableres en fælles regional/kommunal funktion for forløbskoordinering, der kan være såvel fysisk som virtuel.
- At forløbskoordinatorerne beskæftiger sig med forløbskoordinering af særlige komplekse forløb og støtte og support til både kommunale og regionale sundhedspersoner ved indlæggelser og udskrivelser af målgruppen.
- At forløbskoordinatorerne bidrager med udvikling af konkrete værktøjer.
- At forløbskoordinatorerne medvirker til kontinuerlig opfølgning på kvaliteten af målgruppens forløb, bl.a. ved at lave audit/evalueringer.

85 / Rambøll (2013): Analyse af kontaktpersonordningen i hjemmeplejen.

86 / Rambøll (2013): Analyse af borgerens vej gennem systemet – fra visitation til levering af hjemmehjælp.
87 / Sundhedsstyrelsen (2011). Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan.



Kapitel 8.

MEDARBEJDERNES KOMPETENCER

Kapitlet beskriver hvilke medarbejderkompetencer der er vigtige for at løfte fremtidige opgaver i hjemmeplejen.

Kompetente medarbejdere i hjemmeplejen er en afgørende forudsætning for, at borgerne får den rette hjælp. I dette kapitel ses der på medarbejderne og deres uddannelsesmæssige baggrund samt på medarbejdernes kompetencer i forhold til at håndtere de nye udfordringer på hjemmehjælpsområdet, herunder arbejdet med rehabilitering og de mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver.

Medarbejdernes antal og uddannelsesmæssige baggrund

Det er ikke muligt at få præcise tal for antallet af medarbejdere, der er beskæftiget inden for hjemmehjælpsområdet. Det har kun været muligt at få tal for medarbejdere inden for pleje- og omsorg af ældre og handicappede i kommunerne. Der er ikke fundet tal for antallet af privatansatte på området.

I 2012 var der i gennemsnit knap 60.600 årsværk inden for pleje og omsorg af ældre og handicappede i kommunerne, jf. tabel 8.1. Social- og sundhedshjælperne udgør den største gruppe af det medtagne personale efterfulgt af social- og sundhedsassistenterne.

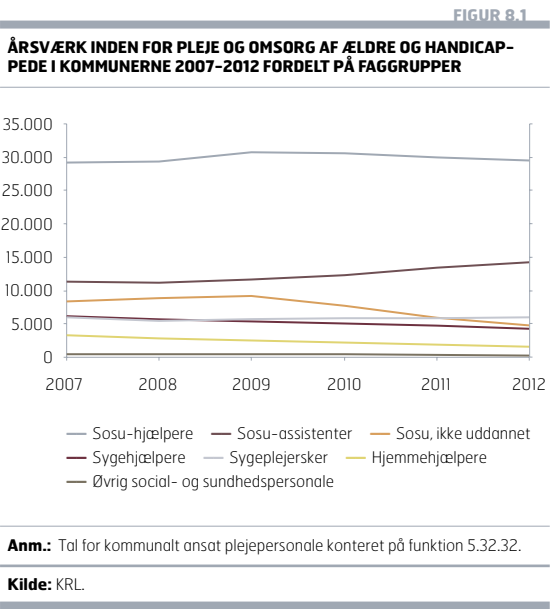
TABEL 8.1				
ANTAL ÅRSVÆRK INDEN FOR PLEJE OG OMSORG AF ÆLDRE OG HANDICAPPEDE I KOMMUNERNE I 2012				
	heltid	deltid	time-lønnede	i alt
Social- og sundhedsassistenter	2.779	11.142	397	14.318
Social- og sundhedshjælpere	3.895	24.372	1.184	29.451
Sygehjælpere	471	3.678	109	4.258
Hjemmehjælpere	204	1.312	47	1.563
Social- og sundhedspersonale, ikke-uddannede	681	1.819	2.290	4.789
Øvrige social- og sundhedspersonale	23	27	32	82
Sygeplejersker	1.337	4.644	123	6.104
Årsværk i alt	9.389	46.994	4.183	60.566
Anm.: Tal for kommunalt ansat plejepersonale konteret på funktion 5.32.32. Antal årsværk er antal ordinært ansatte, således er antallet korrigeret elever, personer i fleksjob samt ekstraordinære ansættelser. Antallet er et årsgennemsnit.				
Kilde: KRL.				



Knap 80 pct. af de timer, der leveres på området, leveres af deltidsansatte medarbejdere. Deltidsansættelser er hyppige blandt de fleste stillingsgrupper, og andelen af deltidsansættelser er lavest blandt de ikke-uddannede medarbejdere. Der er en høj andel af timelønnede medarbejdere blandt gruppen af uddannede.

Lederne og mellemlederne i hjemmeplejen er primært sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter med relevant efteruddannelse i ledelse. Visitatorerne i hjemmeplejen er typisk uddannede sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter eller social- og sundhedsassistenter. De har oftest inden ansættelsen som visitator haft en eller flere andre stillinger inden for sundheds- og omsorgsområdet og har dermed erfaring fra udførelsen af de ydelser, de nu visiterer til.⁸⁸ Desuden er der i kommunerne en del sygeplejersker, social- og sundhedsassister samt terapeuter ansat til bl.a. at varetage forebyggende hjemmebesøg, træning og rehabilitering samt sygeplejeopgaver.

Figur 8.1 viser udviklingen i antallet af medarbejdere i kommunerne inden for pleje og omsorg af ældre og handicappede i perioden 2007-2012. Det ses, at antallet af medarbejdere var stigende i perioden 2007-2009, hvorefter antallet er faldet. I 2012 var der godt 4.000 færre årsværk end i 2007. Det dækker særligt over en stigning i antallet af social- og sundhedsassistenter og et fald i antallet af uuddannede, samt en afgang af ældre medarbejdere, der er uddannet som sygehjælpere og hjemmehjælpere.



Social- og sundhedsuddannelsen

Hovedparten af medarbejderne i hjemmeplejen har en social- og sundhedsuddannelse som enten social- og sundhedshjælpere eller social- og sundhedsassistent. Social- og sundhedsuddannelsen er bygget op i 2 trin. Trin 1 er social- og sundhedshjælperen, og trin 2 er social- og sundhedsassistenten. Det tager 1 år og 7 måneder at blive social- og sundhedshjælpere. Uddannel-

sen består af 3 skoleperioder og 2 praktikperioder. Efter uddannelsen til social- og sundhedshjælpere kan man videreuddanne sig til social- og sundhedsassistent. Denne uddannelse varer 1 år og 8 måneder og består af 4 skoleperioder og 3 praktikperioder. Social- og sundhedsassistentuddannelsen er en sundhedsfaglig erhvervsuddannelse. Social- og sundhedsassistenten er en autoriseret sundhedsperson. Begge uddannelser foregår på social- og sundhedsskoler.

Social- og sundhedsuddannelsen blev revideret med virkning fra den 1. januar 2013.⁸⁹ I den nye bekendtgørelse om social- og sundhedsuddannelsen er der i forhold til tidligere mere fokus på bl.a. rehabilitering, forebyggelse, egenomsorg, kommunikation, dokumentation, kliniske kompetencer samt velfærdsteknologier og hjælpemidler.

Bekendtgørelsen opstiller en række særlige kompetencemål for elever på social- og sundhedsuddannelsen. Af særlig interesse for hjemmehjælpsområdet kan nævnes, at en færdiguddannet social- og sundhedshjælpere bl.a. skal kunne:

- udføre pleje og omsorg selvstændigt samt reagere hensigtsmæssigt på ændringer i borgerens almene sundhedstilstand
- udføre praktisk og personlig hjælp til borgere ud fra borgernes evne til egenomsorg
- arbejde rehabiliterende og motiverende til egenomsorg
- kende forskel på komplekse og ikke-komplekse borgerforløb samt derudfra reagere hensigtsmæssigt i overensstemmelse med eget kompetenceområde i et professionelt samarbejde
- arbejde sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende i udførelsen af de planlagte opgaver i samarbejde med borgeren
- anvende relevant velfærdsteknologi
- understøtte borgeren i sociale, kulturelle, fysiske og kreative aktiviteter med respekt for borgerens ressourcer og selvbestemmelsesret.



En færdiguddannet social- og sundhedsassistent skal bl.a. kunne:

- indgå i en tværprofessionel og tværsektoriel indsats og medvirke til at sikre et sammenhængende patient- og borgerforløb
- arbejde metodisk med grundlæggende sygepleje
- arbejde med borger- og patientrettet sygdomsforebyggelse og rehabilitering i forhold til de hyppigst forekommende sygdomme og funktionsnedsættelser
- tilrettelægge, gennemføre og evaluere sociale, kulturelle, fysiske og kreative aktiviteter, alene og i et tværprofessionelt samarbejde, både for enkeltpersoner og grupper herunder aktivt inddrage borgere, patienter og pårørende
- anvende en sundhedspædagogisk tilgang
- anvende relevant velfærdsteknologi samt deltage ved implementering af ny viden og teknologi.

Kommissionen finder, at der er mange gode elementer i den nye bekendtgørelse om social- og sundhedsuddannelsen, som i vidt omfang tager højde for de kommende års udfordringer på ældreområdet, herunder et større fokus på rehabilitering, velfærdsteknologi og sundhedsfaglige opgaver.

Medarbejdernes opgaver i fremtiden

Nye krav til medarbejderne

Udviklingen i hjemmeplejen betyder, at der stilles større krav til medarbejdernes kompetencer i forhold til tidligere. Medarbejderne skal ikke kun yde personlig og praktisk hjælp af høj kvalitet, de skal også kunne arbejde rehabiliterende, således at de gennem motiverende og pædagogiske tiltag på bedst mulig vis inddrager borgernes egne ressourcer i arbejdet. Et øget fokus på rehabilitering og indførelse af fx visitationspakker giver samtidig medarbejderne mere handlfrihed til selv at vurdere, hvorledes borgeren hjælpes bedst muligt i den konkrete situation. Dertil kommer, at medarbejderne skal kunne støtte borger-

ne i anvendelsen af ny teknologi på området, ligesom det øgede fokus på rehabilitering stiller krav om tættere og mere tværfagligt samarbejde mellem de forskellige medarbejdergrupper på ældreområdet.

Samtidig ser vi en udvikling imod, at der kommer flere kronikere, flere ældre medicinske patienter samt flere borgere, der bliver udskrevet tidligere fra hospitalerne end førhen. Medarbejderne i hjemmeplejen skal derfor være fagligt klædt på til mere komplekse plejeopgaver og til håndtering af tværfaglige og tværsektorielle borgerforløb, således at borgeren sikres en god og sammenhængende indsats. Derudover skal medarbejdere i hjemmeplejen mestre tidlig opsporing af fx sygdomstegn, ensomhed, risiko for underernæring og faldende funktionsevne.

Medarbejdernes funktion

Som udførende medarbejder i hjemmeplejen har man et relationsarbejde, hvor omdrejningspunktet er mødet mellem borger og medarbejder. Aalborg Universitets undersøgelse viser, at de nuværende modtagere af hjemmehjælp er godt tilfredse med de udførende medarbejdere og har et godt forhold til dem. 89 pct. af borgerne tilkendegiver således, at de har et positivt forhold til medarbejderne, ca. 9 pct. har et neutralt forhold, og kun 2 pct. har et dårligt forhold til medarbejderne.⁹⁰

Som det fremgår af kapitel 6, mener kommissionen, at medarbejderne i hjemmeplejen bør have øje for ”det hele menneske”. Medarbejderne bør gennem dialog støtte borgerne og facilitere kontakten til tilbud i frivilligt regi, netværk m.v., så borgerens egne ressourcer og potentiale til i størst muligt omfang at tage hånd om sig selv og mestre sin egen tilværelse understøttes. Det betyder, at medarbejderne bør have adgang til information om aktiviteter og tilbud i kommunalt og frivilligt regi, jf. også kapitel 11.

90 / Kilde: Rostgaard, Andersen, Clement og Rasmussen (2013) Omsorgsbetinget livskvalitet og hjemmehjælp – En ASCOT undersøgelse blandt hjemmehjælpsmodtagere, Aalborg Universitet

Rehabiliterende indsatser

De udførende medarbejdere er tættest på borgerne i hverdagen. Omlægningen til rehabiliterende indsatser kan derfor kun realiseres, hvis man i de enkelte kommuner arbejder tværfagligt og sætter fokus på at uddanne sine medarbejdere til at tænke ud fra, at borgerne først og fremmest skal støttes i at tage udgangspunkt i deres egne ressourcer, frem for at medarbejderne udfører opgaverne for borgeren.

I en kortlægning af kommunernes praksis på rehabiliteringsområdet peges der på, at der i kompetenceudviklingen af medarbejderne på rehabiliteringsområdet bl.a. bør være fokus på: 1) opstilling af mål for den rehabiliterende indsats, 2) etablering af et fælles tværfagligt udgangspunkt for medarbejderne, 3) dialog og motivation af borgerne, 4) supervision på tværs af faggrupper, 5) oplæring i brug af dokumentation samt 6) læring i praksis.⁹¹

Skiftet fra mere passiv til aktiv hjælp kræver udvikling af medarbejdernes faglighed og tillid fra ledelsens side til, at medarbejderen tager udgangspunkt i den enkelte borger og i hvert enkelt tilfælde foretager en konkret vurdering af, hvordan borgeren bedst muligt støttes og motiveres til at gøre brug af sine egne ressourcer. Da medarbejderne oftest arbejder alene, er det vigtigt, at ledelsen kontinuerligt viser retning, vejleder og er til rådighed for medarbejderne. Endelig gør selve målsætningen om at gøre borgeren så selv-hjulpel som muligt det relevant at have fokus på, at relationen mellem medarbejder og borger i et rehabiliteringsforløb skal kunne afsluttes på en tryk måde.

Klædt på til fremtiden

Revisionen af social og sundhedsuddannelsen pr. 1. januar 2013 vurderes at have det rigtige fokus i forhold til udfordringerne på området. Samtidig finder kommissionen, at der er mange dygtige og engagerede medarbejdere i hjemmeplejen, som generelt er

klædt på til at håndtere de fremtidige udfordringer på ældreområdet. Man skal dog være opmærksom på, at det tager tid, inden revisionens virkninger slår igennem, og at der lokalt vil være behov for at stille nye uddannelsesmæssige krav til medarbejderne samt etablere nye kompetenceudviklingstilbud.

Kompetenceudviklingen af medarbejderne kan fx ske ved efteruddannelse, sidemandsoplæring, workshops, tværfagligt teamsamarbejde samt jobrotation. Hvis kompetenceudviklingen sker ved efteruddannelsesforløb, er det vigtigt at sikre sig, at efteruddannelses tilbuddene lægger sig op af kompetencemålene i den nye bekendtgørelse om social- og sundhedsuddannelsen. Den tillærte viden bør desuden kunne anvendes direkte i arbejdsmæssige sammenhænge. Undervisningen skal indholdsmæssigt og metodisk forholde sig til anvendelsessituationen, og det er vigtigt, at nye metoder hurtigt bliver implementeret og anvendt i praksis.

En væsentlig faktor er i den sammenhæng de sociale relationer på arbejdet. Der skal skabes et arbejdsmiljø, hvor både ledelse og kolleger fremmer anvendelsen af de nye metoder i praksis.⁹²

Det er samtidig vigtigt at have for øje, at selvom antallet af uddannede i sektoren har været faldende i de senere år, så er der fortsat en stor andel uden uddannelse på området. Kommissionen ser derfor gerne, at udviklingen mod, at der bliver flere uddannede i hjemmeplejen, fortsætter hos både de kommunale og de private leverandører, således at det fremadrettet sikres, at medarbejderne har de nødvendige faglige kompetencer og relevante uddannelser til at udføre de nye opgaver på hjemmehjælpsområdet.

Udviklingen kan bl.a. understøttes ved, at kommunerne opstiller konkrete mål for medarbejdernes ud-



dannelsesmæssige baggrund på hjemmehjælpsområdet. Endvidere kan kommunerne i deres kvalitetskrav til leverandørerne have fokus på medarbejdernes uddannelsesmæssige baggrund, ligesom der i leverandørkontrakterne kan stilles krav om, at medarbejderne har de nødvendige uddannelsesmæssige forudsætninger til udføre de nye og mere komplekse opgaver på området.

Det er også vigtigt, at man på arbejdspladserne får synliggjort læringsprocesserne og systematisk har fokus på læring på jobbet. Der skal være en høj overførselsgrad fra læring til jobpraksis. En af de helt centrale ting i den sammenhæng er, at medarbejderne skal trænes i kontinuerligt at reflektere over deres egen praksis. Der skal være klar og tydelig ledelse, der understøtter medarbejderne, og som har et ledelsesmæssigt fokus på, at medarbejderne skal kunne håndtere det kulturskifte, som fx omlægningen til rehabiliterende indsatser indebærer.

Endvidere er det centralt, at organisationen understøtter, at medarbejderne bruger deres kompetencer og indgår i tværfaglig sparring. Erfaringer viser, at det tværfaglige samarbejde mellem fx sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og terapeuter fungerer bedst, når der skabes relationer og kendskab til hinanden i det daglige arbejde, og der er fokus på tæt faglig sparring. Et tæt samarbejde øger mulighederne for kompetenceudvikling af alle faggrupper. Tværfaglige teams mellem fx udførende medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og terapeuter kan være med til at sikre kvalitet i opgaveløsningen, et kontinuerligt og systematisk samarbejde og en fælles og hurtig indsats til gavn for den enkelte borger. Det skal være klart, hvilken hjælp borgeren skal tilbydes, og hvilke ændringer hos borgeren, som de udførende medarbejdere skal reagere på. Et tæt tværfagligt samarbejde giver samtidig medarbejderne i hjemmeplejen et sted at aflevere de observationer, de gør sig hos borgerne, således at de relevante fagpersoner i kommunen kan reagere på det.⁹³

Endelig er det efter kommissionens opfattelse vigtigt, at der i forbindelse med kommunernes tilsyn på hjemmehjælpsområdet er fokus på læring og på at sikre, at de udførende medarbejdere har de nødvendige faglige kompetencer og uddannelsesmæssige forudsætninger til at løfte de opgaver, de varetager.

ANBEFALING #20

Kommissionen anbefaler, at det fremadrettet sikres, at medarbejderne hos både kommunale og private leverandører har de nødvendige faglige kompetencer og relevante uddannelser til at udføre de nye opgaver på hjemmehjælpsområdet.

⁹¹ / Socialstyrelsen (2013) Kortlægning af kommunernes arbejde med rehabilitering på ældreområdet.
⁹² / Bjarne Wahlgren, Nationalt center for kompetenceudvikling (2009) Transfer mellem uddannelse og arbejde

⁹³ / Kjellberg, Hauge-Helgestad, Madsen og Rasmussen (2013) Kortlægning af kommunernes arbejde med rehabilitering på ældreområdet. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2012) Kvalitativ analyse af potentialet for forbedret kommunal forebyggelse af sygehuskontakt



Kapitel 9.

DOKUMENTATION OG VIDEN OM EFFEKTER

*Kapitlet ser på dokumentationskravene i hjemmeplejen
og behovet for øget fokus på resultater.*

På hjemmehjælpsområdet har man igennem 1990'erne og 2000'erne arbejdet målrettet med at sikre en høj grad af dokumentation og udvikling af fælles begreber og sagsbehandlingsmetoder. Hjemmeplejen er i dag kendetegnet ved en detaljeret dokumentationspraksis, ligesom området i stort omfang er understøttet af digitale løsninger, herunder elektroniske omsorgssystemer, håndholdte enheder og vagtplanlægningsystemer.

Dokumentationen på hjemmehjælpsområdet har hidtil fortrinsvis knyttet sig til driften. Der er blevet målt på levering af de enkelte ydelser og på tidsforbruget, og hovedfokus har været rettet mod at skabe øget gennemsigtighed og bedre økonomiske og administrative styringsmuligheder.

For de udførende medarbejdere har dette resulteret i en detaljeret dokumentations- og registreringspraksis, som ofte er blevet betegnet med ord som 'stregkoder' og 'minuttyranni' samt opfattet som et udtryk for kontrol. De udførende medarbejdere i hjemmeplejen har på deres håndholdte enheder dokumenteret de enkeltydelser, som borgeren har fået, ligesom der er registreret komme- og gåtider, jf. også nedenstående eksempel på en detaljeret dokumentationspraksis.

BOKS 9.1

EKSEMPEL PÅ DETALJERET DOKUMENTATIONSPRAKSIS

Hjælpen til borgeren visiteres som en række enkeltydelser (fx bad, nedre toilettet, anretning af morgenmad m.v.), der alle er tildelt et bestemt antal minutter i omsorgssystemet. Medarbejderne, der skal levere hjælpen, ser listen med enkeltydelser på deres håndholdte enhed og ved, hvor lang tid de i alt har hos borgeren til at gøre arbejdet. Medarbejderne skal indtaste, hvornår de påbegynder og afslutter besøget hos borgeren. Derudover skal de registrere afvigelser fra det planlagte, fx hvis en borger er sløj og derfor ikke ønsker at komme i bad.

Den omfattende tidsregistrering i hjemmeplejen kædes typisk sammen med indførelsen af frit valg af leverandør i 2003. Det skyldes især, at kommunerne indtil for nylig har haft pligt til at beregne ydelsestid til brug for afregning med deres leverandører,

og at denne timeprisberegning har forudsat en dokumentation af både tidsforbrug og omkostninger forbundet med leveringen af ydelserne.

Opgør med unødigt registrering

Kommissionen anerkender, at den detaljerede registreringspraksis blandt udførende medarbejdere har skabt en øget gennemsigtighed og givet mulighed for en bedre administrativ og økonomisk styring på hjemmehjælpsområdet. Det er dog efter kommissionens opfattelse vigtigt at holde fast i, at styringen ikke må blive for detaljeret og rigid. En borger vil for eksempel aldrig bruge præcis den samme mængde tid på et toiletbesøg eller på et morgenmåltid, og når det er åbenlyst, at den afsatte tid ikke afspejler virkeligheden, så opleves den ikke meningsfuld for den udførende medarbejder, der konkret skal foretage registreringen. Er dokumentationen ikke meningsfuld for frontmedarbejderne, vil der ikke blive foretaget de nødvendige registreringer og tilbagemeldinger til myndigheden, og data vil i sidste ende ikke blive valide.

Kommissionen bakker derfor også op om den tendens, som ses i øjeblikket, hvor flere kommuner løsner op for de dokumentationskrav, som de udførende medarbejdere skal opfylde, og som kun handler om ledelsesinformation til administrativ og økonomisk styring. Blandt andet viser Rambølls undersøgelse af hjemmehjælpsområdet, at der i nogle kommuner ikke længere foretages en registrering af komme- og gåtider, ligesom der i højere grad kun dokumenteres afvigelser i leveringen og kun gives en tilbagemelding til visitator, når der er større ændringer i borgernes funktionsniveau.⁹⁴ Ifølge undersøgelsen er denne opblødning i dokumentationspraksis hjulpet godt på vej af, at hjemmehjælp i stigende grad visiteres i pakker frem for enkeltydelser, jf. kapitel 7 om organisering og ledelse. Udviklingen skal også ses i sammenhæng med, at kravene til kommunernes timeprisberegning på området for frit valg er blevet lempet fra januar 2012.

Det er vigtigt at holde fast i, at der også fremadrettet vil være behov for ledelsesinformation til administrativ og økonomisk styring, men at denne information kan genereres på baggrund af bl.a. visitationens dokumentation af tildelte ydelser i omsorgssystemerne.

Mere fokus på den faglige dokumentation

Den omfattende tidsregistrering og dokumentation af leverede enkeltydelser har flyttet de udførende medarbejders fokus væk fra den indholdsmæssige opfølgning på indsatserne. Der er derfor et behov for, at der i forhold til frontmedarbejderne ikke kun løsnes op for de dokumentationskrav, der handler om ledelsesinformation, men at der også kommer øget fokus på den faglige dokumentation, herunder dokumentation af ændringer i borgerens tilstand, mål for forløbet og de opnåede resultater. Det bør være kvalitetsopfølgning og koordination, der udgør kernen i de udførende medarbejders dokumentationsindsats, frem for tidsregistrering og dokumentation af, at medarbejderne har været i borgerens hjem.

Den faglige dokumentation har den fordel, at den er meningsfuld for de udførende medarbejdere,⁹⁵ og den kan bruges til at understøtte og skærpe opmærksomheden på de overordnede mål for forløbet. Det er altid væsentligt, at ledelsen er tydelig omkring, hvad dokumentationen skal bruges til, så medarbejderne ikke oplever, at dokumentationsopgaven blot tager tid fra hjælpen til borgerne.

Faglig dokumentation er ikke mindst vigtig i forhold til den rehabiliterende indsats, hvor den kan skærpe medarbejdernes fokus på borgerens mål for forløbet og behovet for løbende at være opmærksom på ændringer og opnåede forbedringer med hensyn til funktionsniveau og behov for hjælp. En ensartet og systematisk dokumentation er afgørende for, at alle medarbejdere – på tværs af faggrupper og funktion – kan følge med i forløbet hos den enkelte borger.

Der er ligeledes behov for større opmærksomhed på den sundhedsfaglige dokumentation i hjemmeplejen. Det skyldes ikke mindst det stigende antal borgere i eget hjem med komplekse pleje- og behandlingsbehov, som stiller nye krav til kvaliteten og struktureringen af den sundhedsfaglige dokumentation, som udførende medarbejdere foretager. Borgernes tilstand kan hurtigt ændre sig, og derfor er det vigtigt, at alle medarbejdere – på tværs af uddannelsesmæssig baggrund og funktion – hurtigt og nemt kan orientere sig om udviklingen i borgerforløbet og foretage de nødvendige tilpasninger i indsatsen.

Det er desuden væsentligt at være opmærksom på, at hjemmehjælp og hjemmesygeplejeydelser ofte leveres samtidigt og af de samme medarbejdere, men at der er vidt forskellig praksis for dokumentation på de to områder. På sundhedsområdet stilles der lovmæssige krav til den faglige dokumentation, mens der ikke gælder tilsvarende krav på det sociale område. For medarbejderne kan der være udfordringer forbundet med at skulle håndtere de forskellige dokumentationskrav samtidigt i et borgerforløb.

ANBEFALING #21

Kommissionen anbefaler, at kommunerne sikrer en høj faglig kvalitet i dokumentationen af det enkelte borgerforløb, herunder at der arbejdes systematisk med beskrivelse af og opfølgning på mål, indsatser og effekter.



Bedre brug af it-systemer

Kommissionen er ligeledes optaget af, hvordan der kan sikres en mere optimal brug af it-systemer på ældreområdet. Det er afgørende, at it-systemerne understøtter en sammenhængende og tværfaglig indsats, dels internt i kommunen mellem forskellige faggrupper og enheder, og dels eksternt i forhold til praktiserende læge og sygehus.

Kommissionen har bl.a. hæftet sig ved, at det langt fra er alle private leverandører af hjemmehjælp, der er koblet på de kommunale omsorgssystemer. Det er

et problem, da det skaber udfordringer med hensyn til at sikre en god dokumentation og koordinering.

Der er desuden fortsat tendens til silotænkning i de kommunale omsorgssystemer på ældreområdet. Det er ikke ualmindeligt, at de enkelte enheder (fx hjemmehjælp, træning og hjemmesygepleje) arbejder med hver deres journal, mål og handleplan for indsatsen for den samme borger. Konkret indebærer det, at en problemstilling hos en borger kan resultere i flere forskellige mål og handleplaner. Der også fortsat problemer med dobbeltregistreringer. For ek-

sempel viser Rambølls undersøgelse af hjemme-hjælpsområdet, at det i forbindelse med udredning af borgeren kan forekomme, at både hjemmepleje, hjemmesygepleje og træningsenhed i løbet af kort tid henvender sig med henblik på at dokumentere funktionsevnen.⁹⁶

Det er vigtigt, at kommunernes omsorgssystemer taler sammen og allerhelst er integrerede på tværs af de forskellige fagområder, og at der er ensartede procedurer for, hvordan der dokumenteres og arbejdes med borgerens mål. Som nævnt i kapitel 7 bør borgere, der har komplekse behov og modtager flere forskellige ydelser, få tilbud om én samlet handleplan for indsatsen. Det er i den forbindelse afgørende, at alle medarbejdere (herunder medarbejdere hos private leverandører) har adgang til at arbejde med borgerens handleplan. Der bør ligeledes ses på, om der kan udvikles en fælles (national) standard for, hvilke informationer sådan en handleplan bør indeholde.

Endelig er det vigtigt, at kommunerne i højere grad arbejder efter et princip om fælles udredning af borgerens funktionsevne på tværs af fagområder. De forskellige faggrupper bør bygge oven på hinandens viden, så borgeren kun skal fortælle sin historie én gang.

I forlængelse af ovenstående er det væsentligt at nævne, at KL i øjeblikket arbejder på at udvikle Fælles Sprog III, som bl.a. skal understøtte og effektivisere dokumentationen på tværs af social- og sundhedsområdet. Fælles Sprog III skal give rammerne for den faglige dokumentation af borgerforløbet og dermed sikre helhed, sammenhæng og kvalitet i opgaven. Se boks 9.2.

BOKS 9.2

FÆLLES SPROG III

Fælles Sprog III er en metode, der skal understøtte og effektivisere både den socialfaglige og den sundhedsfaglige dokumentation af den kommunale opgaveløsning på såvel ældre-, social- og sundhedsområdet. Fælles Sprog III skal give rammerne for: En borger – En fælles plan og dermed sikre helhed, sammenhæng og kvalitet i opgaveløsningen.

Fælles Sprog III strukturerer dokumentationen i forhold til 4 trin: 1) Udredning, 2) Planlægning, 3) Levering og 4) Opfølgning. I Fælles Sprog III standardiseres data. Dokumentationen skal understøtte de kommunale medarbejders behov for information om borgeren, opgaveløsningen, planer og koordinering. Det bliver muligt at genfinde og genanvende data såvel internt i kommunen som eksternt i forhold til fx sygehus og praktiserende læge. Standardiseringen giver også mulighed for at opsamle valid kvalitets- og ledelsesinformation, så det bliver muligt at få et billede af, om de leverede indsatser virker.

Det forventes, at specificeringen af Fælles Sprog III forelægges primo 2014, og at den kommunale implementering vil ske ultimo 2014/primo 2015.

Kommissionen mener, der vil være store gevinster ved, at der i forbindelse med udrulningen af Fælles Sprog III implementeres fælles standarder, som giver mulighed for at udveksle information gennem it-systemerne. Både mellem forskellige leverandører i kommunen (horisontalt) og mellem kommuner og fx sygehuse eller praktiserende læger (vertikalt).

ANBEFALING #22

Kommissionen anbefaler, at kommunerne anvender it-løsninger, som giver mulighed for udveksling af oplysninger dels internt i kommunerne på tværs af funktioner og faggrupper, dels eksternt i forhold til sygehuse og praktiserende læger.

Systematisk måling af kvalitet

På ældreområdet har der i løbet af de seneste år været en tendens til øget fokus på udvikling af indikatorer for faglig kvalitet. Arbejdet har været koncentreret omkring udvikling af faglige kvalitetsoplysninger (FKO) på plejeboligområdet. Som led i dette arbejde er der i 2010 udviklet 5 redskaber, der skal understøtte udarbejdelse og systematisering af oplysninger om den faglige kvalitet, jf. boks 9.3. De 5 redskaber er udviklet med henblik på arbejdet med kvalitet i kommunernes plejecentre, men kan også være relevante på hjemmehjælpsområdet. Det er frivilligt for kommunerne at anvende redskaberne.

BOKS 9.3

REDSKABER TIL MÅLING AF FAGLIG KVALITET PÅ PLEJEBOLIGOMRÅDET

Hverdagstræning

Redskabet har til formål at måle borgernes funktionsevne, så den aktiverende træning og pleje i højere grad kan målrettes den enkelte borger. Redskabet anvendes konkret ved, at personalet udfylder et skema for hver borger. I dette skema skal der tages stil-ling til, i hvilket omfang borgeren er i stand til at udføre 10 hverdagsaktiviteter.

Ernæringstilstand

Redskabet har til formål at understøtte en målrettet og systematisk indsats for at fore-bygge eller forbedre dårlig ernæringstilstand. Konkret indebærer anvendelsen af red-skabet en løbende vurdering af borgernes vægt og BMI. Det anbefales desuden, at kommunerne supplerer vurderingen af borgernes ernæringstilstand med anvendelse af et screeningsredskab.

Forebyggelige indlæggelser

Formålet med redskabet er at give kommunerne adgang til sundhedsdata om borgernes indlæggelseshyppighed inden for en række udvalgte sygdomsgrupper, hvor indlæggel-se kan forebygges.

Sårpleje

Formålet med redskabet er at opnå viden om omfanget af sår og sårtyper hos borgere i plejeboliger. Målingerne baserer sig på udfyldelse af et skema for borgere med sår og skal give et billede af, hvor mange og hvilke sår disse borgere har.

Trivsel

Formålet med redskabet er at få et dækkende billede af borgerens trivsel på en række dimensioner, der samlet set udtrykker, om borgeren har et meningsfuldt og tilfredsstill-ende liv. Konkret indebærer anvendelsen af redskabet besvarelse af et skema, der indeholder 9 spørgsmål, der har til formål at indfange de mest essentielle aspekter i 9 dimensioner af trivsel.

Det er vigtigt, at der også på hjemmehjælpsområdet arbejdes mere systematisk med måling af kvalitet. Kommissionen er bl.a. inspireret af, at der i fx Sverige, Norge og Holland er opbygget omfattende nationale indikatorsystemer og dokumentationsredskaber, som skal belyse den faglige kvalitet på bl.a. hjemmehjælpsområdet.⁹⁷ Det svenske arbejde med nationale kvalitetsindikatorer er beskrevet i boks 9.4.

BOKS 9.4

NATIONALE KVALITETSINDIKATORER I SVERIGE

Siden 2007 har Socialstyrelsen i Sverige haft til opgave at udvikle et nationalt system for sammenligning af kvalitet, omkostninger og effektivitet på tværs af kommuner. Resultatet er de såkaldt åbne sammenligninger (öppna jämförelser). Som led i dette arbejde udgives der hvert år en rapport på ældreområdet, hvor plejens kvalitet sammenlignes på 31 forskellige indikatorer såsom modtagelse, indflydelse, tryghed, mad, aktivitet, fald, underernæring, tryksår, støtte i særlige situationer, tilgængelighed, medicinanvendelse og de ældres bedømmelse af omsorgen som helhed. Rapporten er tænkt som et værktøj for arbejdet med udvikling og opfølgning på kvalitet i plejen på nationalt og lokalt niveau.

Der er desuden oprettet et mere borgerorienteret sammenligningssystem, Äldreguiden, hvor borgerne kan sammenligne de forskellige kvalitetsindikatorer på tværs af kommuner eller på tværs af udførende enheder i ældreplejen, dvs. hjemmeplejedistrikter/-leverandører, plejeboliger osv.

Kilde: Deloitte (2013): Ældreområdet – Internationale perspektiver.

Kommissionen mener, at der også i Danmark bør opstilles fælles nationale mål for den faglige kvalitet på hjemmehjælpsområdet, bl.a. for at muliggøre systematiske sammenligninger på tværs af kommuner og forskellige offentlige og private leverandører. De nationale mål skal dels fungere som et monitoreringssystem for kvaliteten og målopfyldelsen i indsatsen og dels sætte borgerne i stand til at foretage systematiske sammenligninger af de forskellige leverandører.

Redskaberne fra projektet om faglige kvalitetsoplysninger på plejeboligområdet er interessante og har fokus på væsentlige aspekter af kvalitet, men der er behov for at vurdere, om de også er dækkende for hjemmehjælpsområdet, og om de kan fungere som nationale indikatorer. Det er bl.a. afgørende, at de nationale indikatorer hviler på den rehabiliterende tankegang og kan understøtte arbejdet med at opnå

størst mulig målopfyldelse og effekt for borgerne. Det bør desuden overvejes, om det fremtidige arbejde med nationale mål for kvalitet på hjemmehjælpsområdet kan tænkes sammen med udviklingen af Fælles Sprog III.

ANBEFALING #23

Kommissionen anbefaler, at der udarbejdes nationale kvalitetsindikatorer på hjemmehjælpsområdet, som kan:

- *fungere som et monitoreringssystem for kvaliteten i indsatsen*
- *sætte borgerne i stand til at foretage sammenligninger af kvalitet på tværs af kommuner og leverandører.*



97 / Deloitte (2013): Ældreområdet – Internationale perspektiver.



Kapitel 10.

DIGITAL VELFÆRD

Kapitlet ser på mulighederne for digital velfærd på hjemmehjælpsområdet.

Ældreområdet er et af de store serviceområder, hvor der er fokus på, hvordan velfærdsteknologi og digitale løsninger (digital velfærd) kan bidrage til bedre, billigere og mere fleksibel service og dermed blive en reel og langsigtet del af løsningen på de kommende års udfordringer. Kommissionen har i sine drøftelser primært haft fokus på såvel perspektiverne som udfordringerne for borgerne, medarbejderne og kommunerne ved brug af velfærdsteknologier og digitale løsninger på hjemmehjælpsområdet.

Perspektiver

Velfærdsteknologi og digitale løsninger vil ændre hele den måde, vi traditionelt har tænkt hjemmehjælp på.

For det første kan teknologiske hjælperedskaber betyde nye, smartere og mere fleksible muligheder for, at borgerne kan klare sig uden hjælp i længere tid.

For det andet kan velfungerende teknologier få stor betydning for medarbejdernes fysiske arbejdsmiljø, i det omfang teknologierne kan aflaste på de tunge, besværlige og manuelle opgaver.

Og for det tredje kan digital velfærd give større fleksibilitet i den administrative sagsbehandling og den faglige dokumentation, fordi mobile enheder som fx tablets muliggør ”sagsbehandling på farten” eller ude hos den enkelte borger. Det kan styrke kvaliteten i hjælpen, lette dokumentationen, forbedre

kommunikationen og koordineringen inden for og på tværs af fagområder og sektorer samt betyde nemmere og hurtigere opfølgning på ældre borgeres aktuelle situation.

Der er med andre ord rigtig store perspektiver i digital velfærd. Både for borgerne og medarbejderne, som kan opleve bedre løsninger, og for kommunerne generelt, som kan opnå bedre muligheder for at prioritere ressourcerne.

Kommissionen er opmærksom på det igangværende samarbejde mellem stat, kommuner og regioner omkring udarbejdelse af en fælles strategi for digital velfærd på bl.a. det sociale område. Kommissionen er meget enig i, at det er nødvendigt med en langsigtet strategi for, hvordan vi som samfund bedst muligt udnytter potentialerne i digital velfærd.

Understøtter værdierne i ældreplejen

Ser man på perspektiverne fra et borgersynspunkt og med afsæt i de værdier, der følger af kommissoriet – værdighed, selvhjulpenhed, selvbestemmelse og tryghed – er der en række aspekter ved digital velfærd, som positivt kan understøtte det ”gode ældreliv”.

Det giver livskvalitet selv at kunne bestemme, hvordan ens hverdag skal tilrettelægges. En velfungerende teknologisk løsning kan betyde, at en ældre borger med behov for hjælp til konkrete opgaver, i langt højere grad selv kan bestemme, hvornår og hvor ofte ”hjælpen” skal udføres. Det kan øge følelsen af værdighed og selvhjulpenhed, hvis man som ældre borger med de rette teknologiske hjælperedskaber, der er tilpasset ens behov, eksempelvis selv kan stå for den personlige hygiejne, fx ved brug af et vasketørretoilet.

Det kan skabe tryghed for den enkelte ældre, hvis det er muligt via tekniske eller digitale løsninger hur-

tigt at komme i kontakt med en medarbejder i hjemmeplejen, eller hvis sensorer kan registrere, at borgeren er faldet i hjemmet og ikke kan komme op, eller hvis der via telemedicinske løsninger kan ske en tæt kontrol og opfølgning på behandlingen af komplicerede sår.

Videoteknologier kan understøtte, at borgerne træner hjemmefra vejledt af en fysioterapeut over videoforbindelsen, og supplerende software med træningsprogrammer giver mulighed for at træne, når det passer den enkelte borger. Det giver mulighed for hyppigere træning, der kan øge selvhjulpenheden, samtidig med at det giver større fleksibilitet og mere selvbestemmelse i borgerens tilrettelæggelse af hverdagen.

Endelig styrker teknologierne muligheden for bedre koordination og samarbejde i borgerforløbene – både inden for og på tværs af afdelinger, fagområder og sektorer. Det har betydning for kvaliteten og sammenhængen i indsatsen, og dermed også for den enkelte ældres tryghed og livskvalitet.

Understøtter en effektiv prioritering af ressourcer og kvalitet

Et væsentligt mål med at indføre digital velfærd i ældreplejen er, at teknologierne understøtter en mere effektiv prioritering af ressourcerne og samtidig sikrer, at borgerne får afhjulpethed et behov for hjælp og dermed bevarer eller forbedrer muligheden for leve så uafhængigt et liv som muligt. På hjemmehjælpsområdet kan det fx ske ved, at en teknisk eller digital løsning helt eller delvist erstatter den hjælp, der ellers er blevet leveret af en udførende medarbejder. Teknologierne kan således bidrage til, at hjælpen kan differentieres og rettes mod de borgere, der har mest behov.

I det omfang en borger på fornuftig vis kan få afhjulpethed et konkret hjælpebehov ved brug af velfungerende og velafprøvede teknologier og digitale

løsninger, er det efter kommissionens opfattelse rimeligt, at teknologierne erstatter den manuelle hjælp til den konkrete opgave. Derfor er det også rimeligt at inddrage brug af velfærdsteknologiske og digitale løsninger i vurderingen af, hvilke opgaver en borger er eller kan blive i stand til at løse helt eller delvist selv. Det er dog en forudsætning, at der ydes særlig støtte til de ældre borgere, som på grund af deres fysiske eller psykiske funktionsnedsættelse har meget vanskeligt ved at håndtere teknologiske eller digitale løsninger som en del af deres dagligdag. Hvis borgerne ikke kan gøres trygge eller ikke magter at anvende en teknologisk løsning, eller hvis teknologien ikke på fornuftig vis løser borgerens behov for hjælp, må kommunen finde andre løsninger, jf. også nedenfor.

Udfordringer

Sæt brugerne i centrum

I arbejdet med velfærdsteknologi og digitale løsninger på ældreområdet har der hidtil været et udbredt fokus på afhjælpning af dårlige arbejdsstillinger, reduktion af tidsforbrug og optimering af arbejdsgange. Kommissionen er enig i, at det fortsat er vigtigt at fokusere på den form for gevinster ved brug af digital velfærdsteknologi. Kommissionen anerkender også behovet for at afklare, dels hvorvidt teknologi kan bidrage til frigivelse af kommunale ressourcer til andre opgaver, og dels hvorvidt teknologier kan bidrage til bedre arbejdsmiljø. I et fremadrettet perspektiv er det imidlertid afgørende, at brugernes behov og de konkrete erfaringer med brug af velfærdsteknologi får en mere central plads. Der bør i højere grad være fokus på, hvordan velfærds-teknologier og digitale løsninger kan bidrage til at skabe øget kvalitet i hjælpen og til at forbedre borgernes mulighed for at leve et liv uafhængigt af hjælp.

Det er i forlængelse af ovenstående væsentligt at være opmærksom på, at ”brugerne” ikke alene omfatter den enkelte ældre borger, men også de udførende medarbejdere, som møder borgeren i det daglige. De udførende medarbejdere skal kunne se perspektiverne i at bruge teknologierne og være klædt på til at introducere dem over for borgerne, jf. også nedenfor.

Attraktive og innovative teknologier, der løser behov

Ideelt set bør et langsigtet mål på det velfærdsteknologiske område være, at det så vidt muligt er brugerne selv, der efterspørger teknologierne – svarende til, hvordan markedet for digitale teknologier til den øvrige del af befolkningen også reagerer på efterspørgslen og brugernes ønsker og behov. På det velfærds-teknologiske område forudsætter det, at teknologierne bliver mere ”attraktive”. Teknologierne skal med andre ord både være velegnet til at løse konkrete opgaver og samtidig opleves som brugervenlige, innovative og let anvendelige for ældre med funktionsnedsættelser.

En brugerdrevet efterspørgsel – og dermed øgede gevinster – hænger tæt sammen med, at løsninger-ne er indrettet til at møde brugeren og brugerens behov – og ikke omvendt. Derfor skal brugervinklen og den brugeroplevede kvalitet være i fokus helt fra start, hvor teknologien udvikles, men også når de konkrete teknologier tages i brug og implementeres ude i hjemmeplejen.

Parathed hos borgerne

I befolkningen er der generelt en positiv indstilling over for tanken om selv at skulle bruge velfærdsteknologi eller digitale løsninger, hvis løsningerne på fornuftig vis kan hjælpe én til at klare sig selv. Dette gælder også for en stor del af den ældre befolkning og for modtagere af hjemmehjælp. Som det ses af tabel 10.1 er det ca. 65 pct. af de 65-74 årige modtagere af hjemmehjælp, som gerne vil benytte velfærdsteknologier, hvis de har mulighed for det, mens det gælder for 50 pct. af de 75-89 årige modtagere af hjemmehjælp.

TABEL 10.1

BORGES HOLDNINGER TIL AT ANVENDE VELFÆRDSTEKNOLOGI OG DIGITALE LØSNINGER (PCT.)				
	65-74-årige generelt	75-89-årige generelt	65-74-årige hjemme-hjælps-modtagere	75-89-årige hjemme-hjælps-modtagere
Ja, det ville jeg helt sikkert	47,8	34,7	48,7	30,1
Ja, det ville jeg	24,9	28	16,1	20,0
Det ville jeg måske	14,7	20,7	18,1	24,0
Nej, det ville jeg ikke	6,4	6,6	8,3	6,9
Nej, det ville jeg helt sikkert ikke	4,3	6,4	6,7	14,6
Ved ikke	1,8	3,7	2,2	4,5
Note: Stillet spørgsmål: "Ville du generelt set selv benytte velfærdsteknologier, så du i højere grad kunne klare dig selv i hverdagen, hvis du havde behov og mulighed for det?".				
Kilde: Digitaliseringsstyrelsen.				

Paratheden følger naturligt af et grundlæggende ønske hos mennesker om at kunne klare sig selv længst muligt. Hvis teknologierne kan bidrage til øget selvhjulpenhed, er det for de fleste at foretrække, frem for at hjælpen udføres af en medarbejder fra hjemmeplejen eller et privat firma.

Befolkningens holdning til velfærdsteknologi modnes især via de almindelige teknologiske og digitale løsninger, som med stigende hastighed bliver en selvvalgt del af flere og flere borgers hverdag. Dermed baner den øgede brug af sådanne teknologier i befolkningens hverdags- og arbejdsliv løbende vejen for en generel parathed over for digital velfærd.

Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på de borgere – heriblandt mange af de ældste ældre – som på grund af deres fysiske eller psykiske funktionsnedsættelse ikke evner at håndtere teknologiske eller digitale løsninger som en del af deres hverdag. Der vil også være borgere, for hvem det vil være forbundet med uforholdsmæssigt store vanskeligheder at skulle lære at bruge den digitale velfærd, hvis teknologien ikke har været en naturlig del af deres hidtidige liv.

I det omfang de teknologiske og digitale løsninger skal udgøre konkrete redskaber, som den ældre selv skal kunne håndtere for at afhjælpe et hjælpebehov, er det afgørende, at kommunerne tager højde for, om den enkelte ældre faktisk er i stand til at gøre brug af teknologien. Kommunerne skal sikre, at der i tilstrækkeligt omfang gives hjælp til, at borgerne bliver fortrolige med at betjene teknikken. Samtidig er det også væsentligt, at der sker en vurdering af, om der er proportionalitet mellem de tiltag, der skal til, for at hjælpe borgeren til at bruge teknologien i forhold til den opgave, som teknologien skal løse.

Fokuser på tryghed og dialog

Det er i den konkrete situation, hvor teknologierne skal tages i anvendelse, at den enkelte borger skal opleve, at teknologien har en reel værdi med hensyn til at afhjælpe borgerens konkrete behov (den brugeroplevede kvalitet). Og for de teknologier, som skal anvendes af den ældre selv, er det for det første en væsentlig forudsætning, at den enkelte ældre kan have tillid til og være tryk ved, at den pågældende teknologi er egnet til at løse det konkrete hjælpebehov. Dernæst vil det for de fleste ældre, der har van-





skeligt ved at klare sig selv, være afgørende at blive betrygget i, at der vil være hjælp til at lære teknikken at kende og håndtere den i dagligdagen, ligesom der vil være hjælp på anden vis, hvis det viser sig, at en given teknologi ikke fuldt ud løser behovet for hjælp.

Den gode dialog med borgeren er afgørende, når borgeren introduceres til teknologier, som kan løse nogle af de opgaver, som hjemmehjælpen ellers har stået for. Derfor er det afgørende at prioritere dialogen med den enkelte borger om, hvordan en given teknologi kan afhjælpe et behov, og hvordan borgeren eventuelt vil kunne hjælpes til at bruge teknologien på en hensigtsmæssig måde. Det er endvidere vigtigt for borgerens tryghed, at der som led i den løbende dialog og opfølgning er fokus på, om teknologien er en reel løsning på borgerens behov, eller om der skal tilbydes anden hjælp.

Nogle ældre borgere oplever deres første møde med velfærdsteknologier og digitale løsninger som noget fremmed og føler utryghed ved at skulle bruge teknologierne. Den gode dialog indbefatter derfor også, at disse borgere bliver mødt med forståelse og med en fleksibel tilgang. Det er dog samtidig vigtigt at have for øje, at der ofte vil være tale om en overgang for den enkelte borger – en overgang, hvor borgeren med den rette hjælp og støtte kan lære at bruge teknologien. Der kan derfor i den indledende fase være behov for at udvise tålmodighed fra både kommunens og borgerens side.

Hvis borgeren ikke kan gøres tryk ved eller ikke magter at bruge teknologien, er sandsynligheden for, at den teknologiske løsning reelt bliver oplevet som en lettelse af den enkelte borgers hverdag, formentlig lille. Det er hverken i borgerens eller kommunens interesse. Derfor skal kommunen i sådanne situationer vurdere behovet for andre løsninger. Dette gælder også, hvis teknologien ikke på fornuftig vis løser borgerens behov for hjælp.

Det er endvidere vigtigt også at indtænke en dialog med eventuelle pårørende til ældre borgere, der introduceres til digital velfærd i hjemmet. Dels fordi de pårørende ofte vil kunne være en stor støtte med hensyn til at hjælpe den ældre i gang med brug af teknologien, og dels fordi det også er vigtigt for de pårørende, at de kan være trygge ved, at en given teknologi reelt kan afhjælpe den ældres behov for hjælp.

Endelig er det i takt med udviklingen af de teknologiske og digitale muligheder vigtigt løbende at drøfte grænserne for, hvor langt vi som samfund ønsker at gå med hensyn til brug af digital velfærd, fx i forhold til overvågning af borgeren i eget hjem. Det gælder bl.a. med hensyn til muligheder for via sensorer at kunne følge borgeren, således at plejepersonalet kan reagere hurtigt, hvis en borger eksempelvis er faldet og ikke selv kan komme op. Det kan betyde større tryghed for den enkelte borger og dennes pårørende, hvilket er positivt, men det rejser også nogle spørgsmål af etisk karakter, som kommissionen mener, at det er vigtigt at være opmærksom på fremadrettet.

ANBEFALING #25

Kommissionen anbefaler, at brugerne sættes i centrum for arbejdet med velfærdsteknologi på hjemmehjælpsområdet, herunder

- *at den brugeroplevede kvalitet får en central plads i såvel udvikling som implementering af teknologien*
- *at borgere, der er utrygge ved teknologien, mødes med forståelse og særlig opmærksomhed*
- *hvis en borgere ikke kan gøres tryk ved eller ikke magter at bruge teknologien, eller hvis teknologien ikke på fornuftig vis løser borgerens behov for hjælp, skal kommunen vurdere behovet for andre løsninger.*

Medarbejderne – nøglepersoner i implementering

Det er samtidig væsentligt, at også de udførende medarbejdere oplever teknologien som brugervenlig og som egnet til at løse konkrete opgaver for borgeren. Medarbejderne skal kunne se perspektiverne i teknologierne. Det er medarbejderne, der i det daglige møder de ældre, og som derigennem kan vurdere, hvorvidt og på hvilken måde en given teknologi kan løse en opgave for borgeren. Ligeledes er det typisk også medarbejderne, som konkret skal introducere velfærdsteknologien for den enkelte borger, og som derved har en vigtig rolle med hensyn til at motivere borgeren til at bruge teknologien. Derfor skal medarbejderne og deres faglighed inddrages mere aktivt i processen – både når teknologierne skal udvikles og afprøves, og når teknologierne skal implementeres. Kommissionen mener derfor, at det er en væsentlig opgave for kommuner og leverandører at sikre, at medarbejderne er fagligt klædt på til at håndtere teknologierne og til at kunne introducere teknologierne over for ældre borgere.

af disse erfaringer er mange kommuner i gang med at lave strategier for, hvordan forskellige teknologier skal udrulles og implementeres som en integreret del af hjemmeplejen.

En KL-undersøgelse fra 2012⁹⁸ viser eksempelvis, at 66 pct. af kommunerne på det tidspunkt havde besluttet at indføre robotstøvsugere, 55 pct. havde besluttet GPS til de demente, 53 pct. at indføre løfteteknologi, og 47 pct. havde truffet beslutning om at indføre automatiske toiletter. Selvom disse tal ikke nødvendigvis er udtryk for, at teknologierne konkret er indført på nuværende tidspunkt, giver tallene alligevel en pejling om, hvor langt kommunerne er i de konkrete overvejelser om investeringer og implementering af konkrete teknologier.

Det er derfor også vigtigt, at der er en klar bevidsthed i kommunerne om de udfordringer, som er forbundet med en vellykket udbredelse og implementering af velfærdsteknologier og digitale løsninger. Hvis digital velfærd skal udgøre en holdbar løsning på ældreområdet i et fremadrettet perspektiv, er der nogle forudsætninger, som skal være til stede, for at det kan lykkes. Kommissionen ser bl.a. følgende 4 væsentlige udfordringer:

Erkend teknologernes begrænsninger

Det er først og fremmest vigtigt at erkende, hvis det viser sig, at de digitale og velfærdsteknologiske løsninger, der afprøves i disse år, ikke egner sig til at blive brugt af alle. Eller at der ikke er de forventede økonomiske gevinster at hente, som oprindeligt forudsat – fx fordi teknologier kan være dyre i indkørs- og indlæringsfaserne. Strategierne må nødvendigvis tilpasses de mulige begrænsninger, der er ved teknologernes anvendelighed. Det er derfor også vigtigt, at borgernes og medarbejdernes erfaringer indsamles og at også mindre gode erfaringer udbredes, både af hensyn til borgerne og andre kommuner, som står for at

skulle vælge, hvilke velfærdsteknologiske og digitale løsninger der skal investeres i.

Erkend egne organisatoriske begrænsninger

Der foregår i disse år et vigtigt pionerarbejde i kommunerne med hensyn til at afprøve rækkevidden af mulighederne i digital velfærd. Særligt frontløberne blandt kommunerne har satset uden på forhånd at være sikker på, hvilke gevinster der ville være at hente i investeringerne. Det stiller store krav bl.a. til en kommunes organisatoriske modenhed at gå forrest på det velfærdsteknologiske og digitale felt. Det er derfor vigtigt, at den enkelte kommune er bevidst om sin egen organisatoriske modenhed og risikovillighed. Er der ikke den tilstrækkelige kapacitet, er det måske mere hensigtsmæssigt at bruge ressourcerne på at afdække de velafprøvede løsninger og implementere disse, frem for at bruge ressourcer på udvikling og afprøvning.

Tilpas arbejdsgange og kultur – og fasthold ledelsesfokus

Erfaringer fra kommuner, der er i front på det digitale og velfærdsteknologiske område, viser, at det kræver en fokuseret og vedholdende indsats, hvis digital velfærd skal blive en integreret og velfungerende del af ældreplejen. Den enkelte kommunes politiske og forvaltningsmæssige beslutninger om mål og strategier for den digitale velfærd skal omsættes i konkrete handlinger og integreres i den samlede organisationen.

Erfaringer fra flere kommuner viser, at det især er afgørende at gentænke og ændre i de eksisterende arbejdsgange i takt med, at teknologierne indføres. Dels for at høste gevinsterne ved at bruge teknologierne, og dels for at sikre, at teknologierne og måden, de bruges på, bliver en integreret del af kulturen og måden at arbejde på. Hvis loftslifte fx betyder, at det er forsvarligt og trygt for borgeren kun at blive hjulpet af én medarbejder frem for tidligere 2 medarbejdere, så skal arbejdsgangene selvsagt tilpasses til disse muligheder.

Samtidig er det vigtigt med vedvarende ledelsesmæssigt fokus og opfølgning på de igangsatte processer.

Systematiser viden og erfaringer med digital velfærd

Især for mange mindre kommuner kan det være en stor udfordring både økonomisk og fagligt at skulle træffe beslutninger om velfærdsteknologiske investeringer. Kommissionen mener derfor, at kommunernes arbejde med nuværende og kommende teknologier i ældreplejen bør understøttes af let tilgængelig, systematiseret opsamling af viden om evalueringsresultater baseret på kommunernes erfaringer med brug af de forskellige velfærdsteknologiske og digitale løsninger. En systematiseret videnopsamling skal bidrage til, at kommunerne kan trække på de allerede indhentede erfaringer og derved få et bedre overblik over, hvad der findes af afprøvede, effektive, velfungerende – og dermed implementeringsmodne – teknologier på markedet.

Det er dog samtidig væsentligt at understrege, at kommunerne har et selvstændigt ansvar for i højere grad at gå sammen om at udvikle, afprøve og evaluere nye teknologier. Der er ofte unødigt spild af ressourcer forbundet med, at hver enkelt kommune selv skal udvikle og afprøve de samme teknologier som fx nabokommunerne.

ANBEFALING #26

Kommissionen anbefaler, at medarbejderne i hjemmeplejen er fagligt klædt på til at håndtere teknologierne og til at introducere dem over for borgerne.

Strategi for udvikling og implementering af digital velfærd

Set i lyset af de mange perspektiver ved at indføre digitale teknologier er det både fornuftigt og forståeligt, at der er stærke ønsker om at udvikle, afprøve og implementere dem i hjemmeplejen. Der er på nuværende tidspunkt gjort en række nyttige, men stadig spredte erfaringer på området, og på baggrund

ANBEFALING #27

Kommissionen anbefaler, at der sker en systematisk opsamling af viden om kommunale erfaringer med udvikling og implementering af velfærdsteknologier og digitale løsninger på hjemmehjælpsområdet.



Kapitel 11.

DEN FRIVILLIGE SOCIALE INDSATS

*Kapitlet beskriver den frivillige sociale indsats
og samspillet med kommunen.*

Det frivillige sociale arbejde spiller en vigtig rolle på ældreområdet, og samarbejdet mellem borgerne, kommunen og de frivillige er under udvikling i disse år.

Frivilligt arbejde kan betegnes som en aktivitet, en borger udfører frivilligt, den er ikke lønnet, den udføres over for andre end ens familie, og den skal være til gavn for andre.⁹⁹ Center for frivilligt socialt arbejde definerer frivilligt socialt arbejde som ”frivilligt arbejde, der udføres inden for det sociale og sundhedsmæssige område. Bredt kan frivilligt socialt arbejde defineres som handlinger, der sigter på at give enkeltindivider eller grupper en øget velfærd eller omsorg eller sigter på at løse velfærdsproblemer”.¹⁰⁰ Den frivillige sociale verden er bred og dækker både frivillige, foreninger og organisationer. Det kan fx være ældreorganisationer, kirkelige organisationer, faglige organisationer, idrætsforeninger, boligorganisationer, patientforeninger og mange flere.

Sammenlignet med andre europæiske lande placerer Danmark sig i top, hvad angår andelen af befolkningen, som deltager i frivillige og godgørende aktiviteter. Mere end 1.800.000 danskere over 16 år var således engageret i frivilligt arbejde i 2012. Det vurderes, at ca. 15 pct. af danskerne (ca. 600.000) har udført frivilligt socialt arbejde.¹⁰¹

Antallet af ældre borgere, der er frivillige, er steget de sidste 25 år. I 1990 deltog 7 pct. af befolkningen over 70 år i frivilligt arbejde, en andel der var steget til 27 pct. i 2008.¹⁰²

Hvad kan de frivillige bidrage med?

Det er kommissionens opfattelse, at den frivillige indsats på det sociale område er vigtig, fordi de frivillige yder en indsats, der kommer af lyst til at engage-

re sig. De frivillige kan udvise en anden form for fleksibilitet, har en bred palet af tilbud til de ældre og har også en anden tilgang og mere tid til den enkelte borger sammenlignet med hjemmeplejen.

En undersøgelse blandt FOA's medlemmer viser, at ca. 42 pct. af medarbejderne i hjemmeplejen anslår, at der bliver udført frivilligt arbejde på deres arbejdsplads. Til sammenligning anslår 77 pct. af medarbejderne på plejecentrene, at der bliver udført frivilligt socialt arbejde på deres arbejdsplads.¹⁰³ Undersøgelsen indikerer således, at der er yderligere potentiale for at udvikle det frivillige sociale arbejde i forhold til ældre borgere i eget hjem.

De frivillige kan varetage mange forskellige opgaver i forhold til ældre borgere i eget hjem. Relationerne mellem borgere og frivillige kan gå fra at være et socialt forhold, som eksempelvis en besøgsven eller et tryghedsopkald om morgenen, til frivillige der tilbyder at følges med ældre borgere til eksempelvis indkøb, eller frivillige der er behjælpelige med praktiske opgaver i hjemmet, fx ophængning af billeder eller afholdelse af sociale arrangementer.

De frivillige kan også have en mere aktiv rolle som gå-venner eller motionsfrivillige, der eksempelvis arrangerer stolegymnastik og kan dermed understøtte den forebyggende indsats. Der kan også være et samarbejde mellem kommune og idrætsforeninger om ”motionspartnerordninger”, ligesom kommunen, som led i den forebyggende indsats, eller i forlængelse af et rehabiliteringsforløb, kan sætte borgerne i kontakt med foreninger, som tilbyder motionsforløb, der dels understøtter en fortsat aktiv tilværelse og dels styrker de ældre borgers sociale netværk.

Af særlige indsatsområder for frivillige i forhold til modtagere af hjemmehjælp kan nævnes ensomhed, forebyggelse og digitalisering.

Ensomhed

Erfaringer viser, at en del borgeres behov for hjælp og støtte udspringer af ensomhed, fx kan brug af nødkald skyldes ensomhed og utryghed. Undersøgelser peger også på, at hver fjerde over 65 år føler sig ensom, og hver femte ensomme borger efterspørger aktiviteter, der giver mulighed for samvær mv.¹⁰⁴ Efter kommissionens opfattelse skal kommunerne være endnu mere opmærksomme på ensomhedsproblematikken og muligheden for at inddrage frivillige i løsningen heraf. Medarbejdere i hjemmeplejen kan hjælpe ensomme borgere ind i frivillige sociale aktiviteter, der har interesse for borgeren, og som kan lede til en større social omgangskreds. Når kontakten er etableret, kan de frivillige, som fx besøgsvenner, være med til at forebygge, at hjemmehjælpen er eller bliver en af de eneste livslinjer for ensomme ældre.

Forebyggelse og rehabilitering

Forebyggelse og opfølgning på rehabiliterende indsatser er tillige væsentlige samarbejdsområder. Frivillige spisevenner kan fx være med til at forebygge kritiske væggtab hos ældre borgere. Ældre Sagen har i Odense Kommune været med til at afhjælpe problemet med ældre borgere, der spiser så lidt, at de har en forøget risiko for at blive syge og indlagt på et hospital. I projektet leverer kommunen et ekstra måltid til borgeren om ugen. De frivillige møder op hos de småtspisende ældre et par timer, inden maden bliver leveret, hvor de går en tur sammen. Efterfølgende dækker de et pænt bord, og når maden kommer, sørger man i fællesskab for, at maden anrettes, og efterfølgende spiser man sammen. Erfaringerne er, at det hjælper til, at den ældre får mere appetit og spiser mere.

Digitalisering åbner muligheder

Frivillige kan også spille en vigtig rolle i forhold til, at de ældre borgere i højere grad får nytte og glæde af den øgede digitalisering og brug af velfærdsteknologi. Når det gælder den øgede digitalisering, kan frivillige undervise ældre borgere i brug af computere, tablets og internettet. En sådan indsats kan fx hjælpe borgerne til at få lettere adgang til familie samt til at skabe sig nye netværk via internettet, hvilket kan mindske ensomhed. Samtidig lærer de ældre borgere at anvende fx offentlige tilbud via hjemmesider. Foreningsbutikken i Aarhus har bl.a. sat gang i et projekt, hvor ældre tilbydes opkobling til internettet i deres eget hjem samt mulighed for at låne en tablet. Fordelen ved tablets er, at de er lette at bruge, da de betjenes direkte via skærmen.

Frivilligindsatsen er således for mange ældre borgere en afgørende faktor i forhold til deres aktive sociale liv. Kommissionen finder derfor, at der fortsat skal arbejdes på at skabe gode rammer for den frivillige indsats.

ANBEFALING #28

Kommissionen anbefaler, at der både nationalt og kommunalt fortsat arbejdes for at skabe gode rammer for den frivillige sociale indsats på ældreområdet.

99 / Bjarne Ibsen (2012): Frivilligt arbejde i idræt

100 / Center for frivilligt socialt arbejde, hjemmesiden: frivillighed.dk

101 / Center for frivilligt socialt arbejde (2013): Den frivillige sociale indsats: Frivillighedsrapporten

102 / Peter Gundelach (red) (2011): Små og store forandringer – Danskernes værdier siden 1981

103 / FOA Kampagne og Analyse, december 2012 Det siger medlemmer af FOA om frivilligt arbejde og Fagbladet FOA, nr. 1 2013.

104 / Marselisborg - Center for Udvikling, Kompetence og Viden, Ældre og ensomhed – hvem, hvorfor og hvad gør vi? En undersøgelse om ensomhed hos ældre i 25 kommuner (2012)

Samspil mellem borgere, frivillige og kommuner

Tendensen i de seneste år er, at kommunerne i højere grad er blevet aktive medspillere i mødet mellem borgeren og de frivillige. Det er i mange tilfælde de frivillige organisationer og foreninger, som udgør den helt centrale samarbejdspartner for kommunen.¹⁰⁵

Det er efter kommissionens opfattelse vigtigt at holde fast i, at hjemmeplejen skal løse de opgaver, som kommer af, at borgeren er visiteret til en ydelse, eller hvor borgeren har et behov, der kræver faglige kompetencer. Den offentlige indsats er og skal fortsat være rygraden i velfærdssamfundets hjælp til svage ældre. Det skyldes ikke mindst, at de frivillige aktiviteter ikke baseres på en konkret og individuel vurdering af borgerens behov, og at det ikke er muligt at klage over en ydelse udført af frivillige. Efter kommissionens opfattelse skal svage borgere ikke være afhængige af, om der er frivillige, der ønsker at hjælpe dem, hvis de er visiteret til en ydelse.

Det er dog væsentligt at fremhæve, at de frivillige kan løse opgaver i samspil med den offentlige indsats. Den frivillige indsats i sig selv skaber merværdi både for den enkelte borger og for samfundet. Den frivillige indsats bør således ikke kun ses som et supplement til den offentlige indsats. De frivillige bør ses som en tæt samarbejdspartner. Der bør derfor være en kontinuerlig og fremadrettet dialog

mellem kommunen og de frivillige om, hvorledes man udvikler og styrker det sociale område.

Samspillet mellem den frivillige verden og det offentlige er beskrevet i "Chartret for samspil mellem det frivillige Danmark/Foreningsdanmark og det offentlige" fra 2001. Kommissionen har bemærket, at regeringen har nedsat en arbejdsgruppe til at forny chartret. Der er lagt op til, at det reviderede charter danner udgangspunkt for en dialog lokalt med henblik på fx at udarbejde retningslinjer eller lokale charters.

Facilitering af mødet mellem borger og frivillige

Hvis de frivillige skal fylde mere på ældreområdet, er det vigtigt at tænke frivillighedsområdet ind i det offentliges møde med borgerne. Fra første gang kommunen møder en ældre borger, bør kommunen være opmærksom på, om borgeren vil have gavn af, at frivillige inddrages. Det er også centralt, at de udførende medarbejdere i hjemmeplejen løbende vurderer, om det vil være relevant at trække på den frivillige indsats. Kommunerne bør derfor have et godt overblik over, hvad de frivillige organisationer har at tilbyde de ældre.

Eksempelvis deltager 25 kommuner i et projekt, hvor der udvikles en hjemmeside, www.aktivtaeldreliv.dk, som bl.a. den lokale hjemmepleje kan anvende til at matche ældre borgers ønsker i forhold til aktiviteter og socialt samvær med relevante lokale frivillige tilbud. På hjemmesiden skal man kunne søge på bopæl og interesser.

Kommissionen mener, at kommunerne lokalt bør gå i dialog med foreninger, organisationer og øvrige frivillige om, hvordan kommunen bedst kan understøtte den frivillige indsats, og hvorledes samarbejdet bedst kan organiseres. Desuden bør kommunerne i endnu højere grad end hidtil bringe aktørerne – borgerne og

de frivillige – sammen. Løsningerne kan findes på mange måder, og de skal skabes i tæt samarbejde mellem borgerne, de frivillige, de pårørende, medarbejderne i ældreplejen og kommunen.

I samarbejdsrelationen er det vigtigt, at kommunen giver plads til det "lystbetonede" i det frivillige sociale arbejde, herunder at nogle borgere er lettere at være frivillige for end andre, samt at det kan være vanskeligt for frivillige organisationer at leve op til dokumentationskrav m.v. De frivillige organisationer bør på den anden side blive bedre til at rekruttere og tage imod

nye medlemmer og værne om de ældre borgere, der allerede er i foreningerne.

Der er således fortsat mange muligheder for at udvikle samarbejdet mellem borgerne, de frivillige, medarbejderne og kommunen på lokalt niveau. Det er vigtigt, at samarbejdet er baseret på åbenhed og gensidig respekt mellem parterne. Der skal være plads til, at de frivillige og de ældre borgere får lov til at være noget for hinanden ud fra deres egne præmisser, og at det sker inden for nogle rammer, der er med til at sikre, at livet får mere indhold for den enkelte borger.



ANBEFALING #29

Kommissionen anbefaler, at kommunerne løbende har fokus på at inddrage foreninger, organisationer og øvrige frivillige i indsatsen over for ældre borgere i eget hjem.

Bilag 1. **Kommissorium for Hjemmehjælpskommissionen**

Indsatsen på hjemmehjælpsområdet skal understøtte de ældres trivsel og livskvalitet. Den skal tage udgangspunkt i de ældres ressourcer og samtidig give de ældre mulighed for at bevare indflydelse, medbestemmelse og medansvar for eget liv.

De kommende år vil byde på store udfordringer på hjemmehjælpsområdet. Den demografiske og samfundsmæssige udvikling betyder flere ældre og også meget forskellige ældre. I løbet af de næste 30 år forventes antallet af +75-årige at fordobles fra ca. 400.000 ældre i 2012 til 800.000 i 2042. En del af disse ældre vil være svage og have behov for meget pleje og omsorg, men der vil også være en voksende gruppe af raske og ressourcestærke ældre, som forventer at kunne fortsætte en aktiv og indholdsrig tilværelse.

Der nedsættes derfor en kommission, som skal beskrive udfordringerne og komme med forslag til, hvordan ressourcerne bruges bedst muligt på hjemmehjælpsområdet. Fremtidens ældrepolitik skal holde hånden under gruppen af svage ældre, som ikke kan klare sig selv, og den skal give plads til den voksende gruppe af ressourcestærke ældre, som kan klare sig selv langt oppe i årene. Ældrepolitikken skal tage udgangspunkt i den enkelte borgers ressourcer og muligheder for at klare så meget som muligt selv – med den forbedrede livskvalitet, som det indebærer – og baseres på grundlæggende værdier som værdighed, selvhjulpenhed, selvbestemmelse og tryghed.

Hjemmehjælpskommissionen skal:

- Beskrive de kommende års udfordringer på hjemmehjælpsområdet i forhold til ældre på baggrund af eksisterende viden.

- Analysere plejebehovet blandt fremtidens ældre i eget hjem i lyset af den generelt bedre sundhedstilstand, længere levetid samt det forhold at flere lider af kroniske sygdomme.

- Undersøge trivsel og livskvalitet for ældre i eget hjem.

- Komme med anbefalinger til konkrete løsninger på de kommende års udfordringer på hjemmehjælpsområdet, bl.a. med henblik på
 - at optimere den forebyggende og rehabiliterende indsats og hjælpe ældre til at forblive selvhjulpne og uafhængige af hjælp længst muligt
 - at bruge velfærdsteknologi og digitale løsninger hensigtsmæssigt med fokus på de ældres behov og på at forbedre ældres muligheder for at bevare selvbestemmelse over eget liv
 - at gøre større brug af de ressourcer, som civilsamfundet – her-under pårørende – bidrager med, bl.a. med henblik på at forebygge ensomhed og tilgodese behovet for menneskelig kontakt.

- Se på, om personalets og ledernes kvalifikationer modsvarer fremtidens behov i hjemmeplejen, herunder drøfte rekruttering på området.

- Have fokus på betydningen af organisatoriske forhold på hjemmehjælpsområdet, herunder muligheden for styrket offentligprivat samarbejde.

- Pege på muligheder for at undgå unødigt kontrol og bureaukrati.

Hjemmehjælpskommissionen skal komme med forslag til forbedringer af indsatsen i hjemmeplejen inden for de eksisterende økonomiske rammer. Udgangspunktet for kommissionens arbejde er, at hjemmehjælp også fremover skal tildeles på baggrund af en individuel og konkret vurdering af borgernes behov for hjælp, således at de ældres retssikkerhed sikres.

I arbejdet skal Hjemmehjælpskommissionen inddrage erfaringer fra de øvrige nordiske lande. Der kan afholdes temadrøftelser og indkaldes eksterne eksperter m.v.

Hjemmehjælpskommissionen sammensættes af eksperter, praktikere og organisationer på ældreområdet. Sekretariatsbetjeningen varetages af Social- og Integrationsministeriet i samarbejde med Finansministeriet.

Hjemmehjælpskommissionen afrapporterer primo 2013.

Bilag 2. **Hjemmehjælpskommissionens arbejdsform**

Hjemmehjælpskommissionen har afholdt i alt 11 møder og 1 seminar.

Faglige bidrag

Som led i arbejdet har følgende eksperter og praktikere holdt oplæg for kommissionen:

Per Nikolaj Bukh, professor på Institut for Økonomi og Ledelse, Aalborg Universitet, *Oplæg om styring og incitamentsmodeller på rehabiliteringsområdet.*

Carsten Hendriksen, lektor på Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet og overlæge på Bispebjerg Hospital, *Oplæg om forebyggelse og forebyggende hjemmebesøg.*

Anette Hummelshøj, ankechef i Ankestyrelsen, *Oplæg om Ankestyrelsens praksis for anvendelse af teknologiske hjælperekskaber på hjemmehjælpsområdet.*

Pia Kürstein Kjellberg, seniorprojektleder i KORA, *Oplæg om evalueringer – hvad ved vi om effekter af og målgrupper for rehabilitering på ældreområdet.*

Pia Kürstein Kjellberg, seniorprojektleder i KORA og programleder i Socialstyrelsen Vibeke Høy Worm, *Oplæg om foreløbige resultater fra Socialstyrelsens rehabiliteringsprojekt vedrørende kommunale praksiserfaringer og evidens.*

Ivan Kjær Lauritzen, velfærdsteknologichef i Aarhus Kommune, *Oplæg om implementering af velfærdsteknologi i praksis herunder borgerinddragelse.*

Tine Rostgaard, professor og videnskabelig assistent

Morten Højmosen Andersen fra Institut for Statskundskab, Aalborg Universitet, *Oplæg vedrørende resultaterne af analysen ”Analyse af livskvalitet og trivsel blandt hjemmehjælpsmodtagere”.*

Anne Skovbro, konstitueret adm. direktør og hjemmehjælpeleder Karen Sonne, Sundhed- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune, *Oplæg om implementering af besøgsblokke i Københavns Kommune.*

Daniel Schwartz Bojsen, Business Manager i Rambøll, *Oplæg vedrørende resultaterne af analyserne ”Analyse af borgerens vej gennem systemet – fra visitation til levering af hjælp” og ”Analyse af fortællinger fra modtagere af hjemmehjælp”.*

Karen Tannebæk, uddannelseskonsulent i Nationalt Videnscenter for Demens, *Oplæg om indsatsen på hjemmehjælpsområdet for demente.*

Vibe Klarup Voetmann, formand for Frivilligrådet, *Oplæg om perspektiver for frivillige på hjemmehjælpsområdet.*

Analyser

Hjemmehjælpskommissionen har fået udarbejdet følgende analyser:

Deloitte, *Ældreområdet – internationale perspektiver, 2013.*

Rambøll, *Analyse af borgernes vej gennem systemet – fra visitation til levering af hjemmehjælp, 2013.*

Rambøll, *Analyse af fortællinger fra modtagere af hjemmehjælpen, 2013.*

Rambøll, *Analyse af kontaktpersonordningen i hjemmehjælpen, 2013.*

Tine Rostgaard, Morten Højmosen Andersen, Sanne Lund Clement og Stine Rasmussen, *Omsorgsbetinget livskvalitet og hjemmehjælp – En ASCOT undersøgelse blandt hjemmehjælpsmodtagere, Analysenotat, Institut for Statskundskab Aalborg Universitet, 2013.*

Tine Rostgaard, Morten Højmosen Andersen, Sanne Lund Clement og Stine Rasmussen, *Omsorgsbetinget livskvalitet og hjemmehjælp – En ASCOT undersøgelse blandt hjemmehjælpsmodtagere, Supplerende ASCOT-resultatet og undersøgelse blandt kommunale og privat ansatte medarbejdere hos leverandører af hjemmehjælp, Institut for Statskundskab Aalborg Universitet, 2013.*

Sekretariat

Hjemmehjælpskommissionen er blevet sekretariatsbetjent af Social- og Integrationsministeriet i samarbejde med Finansministeriet:

Trine Toftgaard Lund, sekretariatsleder, Social- og Integrationsministeriet

Charlotte Søderlund, chefkonsulent, Social- og Integrationsministeriet

Søren Svane Kristensen, fuldmægtig, Social- og Integrationsministeriet

Line Søndervang Christensen, specialkonsulent, Social- og Integrationsministeriet

Louise Stibolt Westh, fuldmægtig, Finansministeriet

*Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer
i centrum for en sammenhængende indsats*