

# Lovgivning og politiske udmeldinger

DATO: 29.april 2015

Dansk Psykolog Forening har i oktober 2014 udarbejdet en analyse af beskæftigelsesmuligheder for psykologer på ældreområdet. Analysen er udarbejdet til brug for Psykologkampagnen, og har til hensigt at beskrive de lovgivningsmæssige, politiske, beskæftigelsesmæssige og forskningsmæssige forhold, der er bestemmende for udvikling og potentialer inden for ældreområdet.

I det følgende afsnit kan du læse om aktuell og forestående lovgivning samt om de retningslinjer inden for ældreområdet, der danner ramme for psykologernes arbejde.

## Hjemmepleje og forebyggelse

Den mest grundlæggende velfærdssydelse for ældre er hjemmehjælpen, som ofte er kommunens indgang til og første møde med ældre borgere. Hjemmehjælp er reguleret i Servicelovens § 83, og omfatter personlig pleje og praktisk hjælp samt madservice<sup>1</sup>. Begrebet personlig pleje dækker over hjælp med personlig hygiejne, at få tøj på, at komme ud af sengen, at spise osv. Begrebet praktisk hjælp dækker over hjælp til praktiske gøremål i hjemmet som rengøring, tøjvask, indkøb osv. Personlig pleje og praktisk hjælp gives mest i dag- og aftentimerne, men har man behov for hjælp på andre tidspunkter af døgnet, har man også ret til det. I 2012 fik cirka 133.000 borgere over 65 år hjemmehjælp.

Hjemmeplejen har i dag også en forebyggende funktion i forhold til de borgere, der modtager hjemmehjælp. Den hyppige kontakt med borgerne giver mulighed for løbende at understøtte borgerne i sunde vaner og aktiv livsstil. Det er desuden hjemmeplejens opgave at forebygge forværringer af borgernes almene sundhedstilstand og adfærd. Den lovmæssige hjemmel til kommunernes forebyggende indsatser og hjemmebesøg ligger i Servicelovens §79 samt i Sundhedslovens § 119.

**§ 79:** Kommunalbestyrelsen kan iværksætte eller give tilskud til generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte retningslinjer for, hvilke persongrupper der kan benytte tilbuddene.

Stk. 2. Afgørelser efter stk. 1 kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.

Stk. 3. Social- og integrationsministeren fastsætter i en bekendtgørelse regler om betaling for tilbud efter stk. 1, herunder om beregningsgrundlaget for betalingen.

**§ 79a:** Kommunalbestyrelsen skal tilbyde forebyggende hjemmebesøg til alle borgere, der er fyldt 75 år, og som bor i kommunen.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen tilrettelægger besøgene efter behov. Kommunalbestyrelsen skal dog tilbyde mindst ét årligt forebyggende hjemmebesøg.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen kan vælge at undtage de borgere, som modtager både personlig pleje og praktisk hjælp efter § 83, fra ordningen om forebyggende hjemmebesøg.

Stk. 4. Social- og integrationsministeren kan i samarbejde med økonomi- og indenrigsministeren fastsætte regler om de kommunale forpligtelser efter stk. 1-3, herunder om samordning med andre generelle kommunale forebyggende og aktiverende foranstaltninger.

<sup>1</sup> Serviceloven: <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=164215>

**§ 119:** Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for sund levevis.

**Stk. 2:** Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne

### **Kvalitetsstandarder varierer fra kommune til kommune**

Som led i analysen skal det kort nævnes, at det er op til den enkelte kommune at fastlægge serviceniveauet for personlig og praktisk hjælp i kommunen. Serviceniveauet er således en kommunalpolitisk beslutning og varierer fra kommune til kommune. Kommunen skal mindst en gang årligt udarbejde en kvalitetsstandard for personlig pleje og praktisk hjælp samt kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning. Kvalitetsstandarden skal indeholde generel information til borgerne om den hjælp, de kan forvente fra kommunen, hvis de får behov for personlig pleje og/eller praktisk hjælp.

Standarderne skal være offentligt tilgængelige og kan kommunikeres til borgerne m.fl. gennem serviceinformation i pjecer, i medierne og på kommunens hjemmeside. Hvis kommunen beslutter at ændre serviceniveauet, og det ændrede serviceniveau medfører ændringer i den enkelte borgers ret til ydelser, har borgeren krav på en ny afgørelse baseret på en konkret, individuel vurdering af borgerens behov for hjælp. Støttetilbud, prioritering af forebyggende tiltag og rehabiliteringsindsatsen varierer derfor fra kommune til kommune.

### **Hjemmehjælpskommissionen**

Hjemmehjælpskommissionen blev nedsat i af et enigt Folketing i juni 2012. Den bestod blandt andet af direktør i Ældresagen Bjarne Hastrup, professor Jørgen Goul Andersen og formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen. Kommissionen var ledet af Finansministeriet.

Kommissionen fremlagde i juli 2013 sin rapport, der indeholder 29 konkrete anbefalinger, som er formuleret med henblik på at sikre en bedre og mere sammenhængende indsats for ældre borgere i eget hjem<sup>2</sup>. Hjemmehjælpskommissionens arbejde er af stor interesse for Psykologkampagnen, da den på flere måder har sat rammerne for hvordan man fremadrettet bør tænke ældrepleje, blandt andet ved at gøre hjælp til selvhjælp og rehabilitering til nøgleord i den politiske debat om ældre. Rapporten førte i januar 2014 til regeringsudspillet "Livet skal leves hele livet" og lovforslag L25 om fremtidens hjemmehjælp (begge dele vil blive opridset nedenstående afsnit). Ud af de 29 anbefalinger hjemmehjælpskommissionen fremlagde sin rapport, synes især anbefaling #4, #6 og #20 at være af interesse for psykologer:

**ANBEFALING #4:** Kommunerne bør styrke forebyggelsesindsatsen i hjemmeplejen, herunder:

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

---

<sup>2</sup> Anbefalinger fra hjemmehjælpskommissionen: <http://sm.dk/publikationer/anbefalinger-fra-hjemmehjælpskommissionen>

Kommissionen foreslår endvidere en udvidelse af rehabiliteringsbegrebet, så begrebet ikke kun finder anvendelse i forhold til fysiske forhold. Kommissionen skriver:

*”Rehabilitering på hjemmehjælpsområdet bør tage udgangspunkt i en bred og fælles forståelse af rehabiliteringsbegrebet. Dette betyder bl.a., at rehabilitering ikke kun er rettet mod fysisk funktionsnedsættelse, men også omfatter indsatser rettet mod den psykiske og sociale funktionsnedsættelse”* (s.8)

**ANBEFALING #6:** At kommunerne arbejder systematisk med rehabiliteringsforløb på hjemmehjælps området ud fra en bred og fælles forståelsesramme, hvor både den fysiske, psykiske og sociale dimension indgår.

**ANBEFALING #20:** 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. Kommissionen skriver:

*” Den rehabiliterende tankegang betyder bl.a., at medarbejderne skal have større fokus på at arbejde tværfagligt og gennem motiverende og pædagogiske tiltag støtte borgerne i at gøre tingene selv. ”* (s. 18).

### **Regeringsudspillet ”Livet skal leves hele livet”**

Som opfølgning på hjemmehjælpskommissionens anbefalinger kom regeringen med det politiske udspil ”Livet skal leves hele livet” i januar 2014<sup>3</sup>. Det fremgår af det politiske udspil, at der i finanslovsaftalen for 2014 blev afsat 1 mia. kr. årligt til et markant og permanent løft af ældreområdet – den såkaldte *ældremilliard* (se status for ældremilliarden i næste afsnit).

Der differentieres både i regeringens udspil og i hjemmehjælpskommissoriet mellem tre grupper af ældre:

1. Ældre borgere, som kan klare sig helt uden hjælp. De er raske, økonomisk mere velstillede, bedre uddannet og har stabile netværk. Denne gruppe af ældre har ikke behov for hjælp, men kan være i målgruppen for en forebyggende indsats.
2. Ældre borgere, der rammes af funktionstab som følge af sygdom og alderdom. De vil få brug for hjælp – primært i form af rehabilitering og eventuelt understøttet af teknologiske hjælperedskaber.
3. Ældre med omfattende plejebehov i eget hjem. De gennemgår ofte komplekse pleje- og behandlingsforløb, som går på tværs af social- og sundhedsområdet. Denne gruppe af ældre har brug for øget opmærksomhed.

Udspillet opstiller to overordnede målsætninger for den sociale indsats på området: **(1)** Ældre skal være selvhjulpne længst muligt **(2)** Øget kvalitet og sammenhæng i indsatsen overfor svage ældre borgere. Regeringen vil sætte ind med initiativer på tre områder og ønsker derudover at styrke indsatsen mod ensomhed for borgere og retter derfor fokus mod den sociale dimension af ældreplejen<sup>4</sup>:

#### **1) Målrettet og effektiv forebyggelse**

- a. Aldersgrænsen for tilbagevendende årlige tilbud om forebyggende hjemmebesøg forhøjes fra 75 år til 80 år.

<sup>3</sup>Regeringsudspillet *Livet skal leves hele livet*: <http://sm.dk/filer/nyheder/dokumenter-til-nyheder-2014/regeringens-politiske-oplaeg-til-opfolgning-pa-hjemmehjaelpskommissionen.pdf>

<sup>4</sup> En stor del af de neden for oplyste initiativer indgår i regeringens lovforslag om ændring af lov om social service (L 25), der blev fremsat i oktober for Folketinget. Lovforslaget opridses i næste afsnit.

- b. Borgere mellem 65 og 79 år i særlige risikogrupper skal tilbydes et forebyggende hjemmebesøg.
- c. Alle 75-årige skal fortsat tilbydes et forebyggende hjemmebesøg.
- d. Der bliver mulighed for gruppebaserede tilbud frem for udelukkende individuelle besøg i borgerens eget hjem.
- e. Der udarbejdes en vejledning med redskaber til opsporing af ældre med behov for et forebyggende hjemmebesøg.

**2) Borgeren i centrum for en bedre og mere systematisk rehabilitering**

- a. Sikre at kommunerne tilbyder tidsbegrænsede og målrettede rehabiliteringsforløb
- b. Understøtte kommunerne i at arbejde systematisk med rehabiliteringsforløb (her skal både den fysiske, psykiske og sociale dimension indgå).
- c. Præcisere målgruppen for rehabiliteringsforløb (borgeren skal have et rehabiliteringspotentiale).
- d. Forbedre borgerens eget ansvar (et rehabiliteringsforløb vil som hovedregel gå forud for visitation til hjemmehjælp).
- e. Fastholdelse af hjemmehjælpen til de svage ældre.
- f. Det rehabiliterende sigte med hjælpen præciseres.
- g. Løbende tilpasning af hjemmehjælpen.

**3) Bedre kvalitet og sammenhæng i indsatsen til de svage ældre.**

- a. Kommunerne skal opstille fælles mål og sikre løbende opfølgning.
- b. Udvikling af en national beskrivelse af det gode forløb.
- c. Mere struktur og forudsigelighed i hjælpen.
- d. Styrket indsats mod ensomhed blandt modtagere af hjemmehjælp (den sociale dimension af hjemmehjælpen).
- e. Ophævelse af kontaktpersonordningen.

**Lovforslag vedr. fremtidens hjemmehjælp (Ændring af lov om social service)**

Lovforslag om ændring af lov om social service<sup>5</sup> blev fremsat af socialministeren i oktober 2014 og har været i første behandling i Folketinget. Forslaget tager som nævnt udgangspunkt i Hjemmehjælpskommissionens anbefaling om, at der tilvejebringes et lovgrundlag, der understøtter kommunalbestyrelsen i at arbejde med rehabiliteringsforløb ud fra en fælles og bred forståelsesramme. Det er hensigten, at loven skal træde i kraft pr. 1. januar 2015. Tredje behandlingen af lovforslaget er tidssat til at finde sted 16. december 2014.

Lovforslagets ændringsforslag kan opridses således:

- Der indsættes en bestemmelse i Servicelovens § 83, der fastsætter de lovgivningsmæssige rammer for rehabiliteringsforløb på hjemmehjælpsområdet. Med forslaget forpligtes kommunerne til – forud for vurderingen af behovet for personlig og praktisk hjælp samt madservice efter § 83 – at tilbyde et tidsbegrænset, korterevarende og målorienterede rehabiliteringsforløb, hvis det vurderes, at modtageren kan forbedre sin funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83.\*
- Ophævelse af sondring mellem midlertidig og varig hjælp i betalingsreglen i servicelovens §161.

<sup>5</sup>Lovforslag L 25, Lov om ændring af lov om social service:

[http://www.folketingstidende.dk/RIpdf/samling/20141/lovforslag/L25/20141\\_L25\\_som\\_frems\\_at.pdf](http://www.folketingstidende.dk/RIpdf/samling/20141/lovforslag/L25/20141_L25_som_frems_at.pdf)

- Ophævelse af kravet i servicelovens §89, stk.2 om, at kommunalbestyrelsen skal oplyse modtagere af personlig og praktisk hjælp efter servicelovens § 83 om, hvilken person på myndighedens vegne, der kan kontaktes, hvis modtageren af hjælpen har spørgsmål vedrørende den personlige og praktiske hjælp.

**§83: Kommunalbestyrelsen skal tilbyde**

- 1) personlig hjælp og pleje,
- 2) hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og
- 3) madservice.

Stk. 2. Tilbuddene efter stk. 1 gives til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver.

Stk. 3. Tilbuddene efter stk. 1 kan ikke gives som generelle tilbud efter §79.

Stk. 4. Kommunen skal ved tilrettelæggelsen af pleje og omsorg m.v. for en person med en demensdiagnose så vidt muligt respektere dennes vejledende tilkendegivelser for fremtiden med hensyn til bolig, pleje og omsorg (plejetestamenter).

\* Et rehabiliteringsforløb skal baseres på en individuel, helhedsorienteret og tværfaglig vurdering af borgerens samlede situation, hvor der både ses på den fysiske, psykiske og sociale funktionsevne. Det er op til den enkelte kommunalbestyrelse at tilrettelægge rammerne for, indholdet i og opfølgningen på rehabiliteringsforløbene. Det gælder også i forhold til muligheden for at inddrage eventuelle private leverandører. Socialstyrelsen vil som led i et større rehabiliteringsprojekt på ældreområdet udarbejde en håndbog til brug for kommunernes tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløb.

Målgruppen for rehabiliteringsforløbet efter § 83a er de personer, som er omfattet af § 83, og hvor et rehabiliteringsforløb vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter §83 stk.1. Rehabiliteringsforløbet bliver udgangspunkt for den første kontakt mellem den ældre og kommunen, og som udgangspunkt skal alle borgere, der kvalificerer sig til hjemmehjælp efter § 83 gennemgå et rehabiliteringsforløb. Først når rehabiliteringsforløbet er bragt til ende begynder arbejdet med hvilken hjælp borgeren er kvalificeret til at modtage. Det forudsættes, at også borgere med et stort plejebehov og beboere i plejeboliger/plejecentre kan have gavn af et rehabiliteringsforløb, f.eks. borgere med en demensdiagnose. Ingen borgere er på forhånd udelukket fra at blive tilbudt et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb.

I forbindelse med førstebehandlingen i Folketinget udtrykte Ældresagen og en række af Folketingets partier (DF, K, LA, SF og EL) bekymring for, at borgere fratages retten til at modtage hjemmehjælp, hvis vedkommende ikke kan overskue at deltage i et rehabiliteringsforløb og lovgivningen dermed kan være en kattelem for kommunerne til at spare penge. Det er dog indskrevet i lovforslaget, at kommunen ikke kan fratage borgeren hjemmehjælp alene med henvisning til, at borgeren ikke magter at gennemføre rehabiliteringsforløbet. Partierne vil diskutere om formuleringen bør skærpes i udvalgsarbejdet.

### **Opfølgning på kommunernes anvendelse af midler fra ældremilliarden**

Som tidligere nævnt blev der i forbindelse med Finansloven 2014 afsat 1 mia. til at løfte ældreindsatsen i kommunerne. I 2014 blev midlerne udmøntet via en ansøgningspulje og fordelt til kommunerne på baggrund af en objektiv

fordelingsnøgle for udgiftsbehovet på ældreområdet. Socialministeriet modtog ansøgninger fra samtlige af landets 98 kommuner, og ansøgningerne fordelte sig inden for tre hovedområder, der oplistes nedenfor<sup>6</sup>. Endvidere viser en stikprøve foretaget af socialministeriet blandt ansøgninger fra 20 kommuner, at kommunerne har valgt at anvende ca. to tredjedele af puljemidlerne til lønudgifter.

### 1. Styrket rehabiliterings- og genoptræningsindsats (samlet 261 mio. kr. af puljens midler).

- Herunder har kommunerne ansøgt om 152,8 mio. kr. til rehabiliteringsindsatser samt om 51,3 mio. kr. til genoptræning.

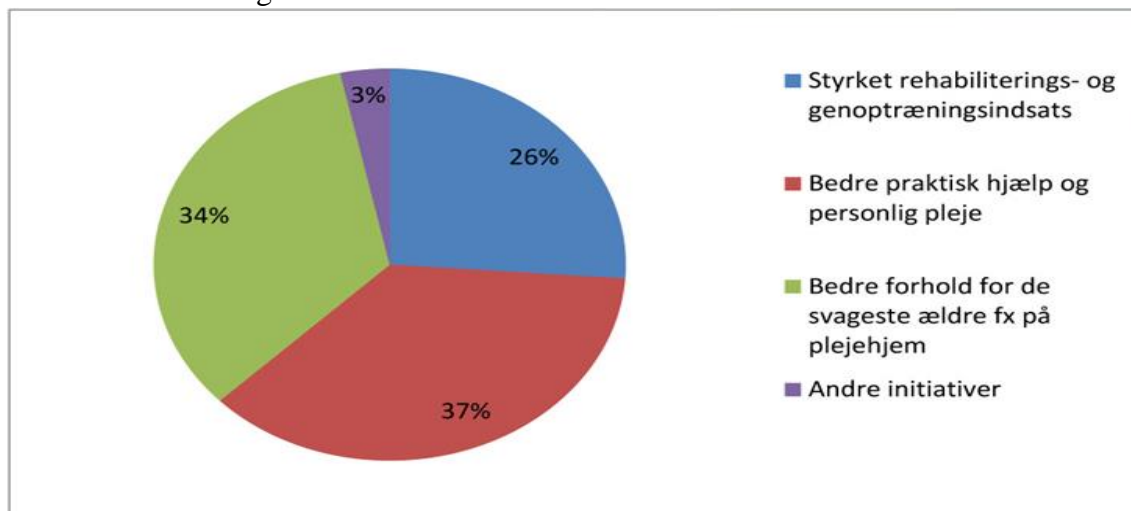
### 2. Bedre praktisk hjælp og personlig pleje (samlet 367 mio. kr. af puljens midler).

- Herunder har kommunerne ansøgt om 83,7 mio. kr. til at gennemføre initiativer, der er målrettet forebyggende og sundhedsfremmende indsatser (fx være at implementere effektive værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn og funktionsnedsættelse hos ældre borgere)
- Næsten et lige så stort beløb, 77,6 mio. kr., har kommunerne søgt om til at styrke og forbedre indsatsen i forhold til den personlige pleje.

### 3. Bedre forhold for de svageste ældre, fx på plejehjem.

- Kommunerne prioriterer særligt en styrket indsats i forhold til demente og deres pårørende samt sociale aktiviteter under dette punkt.

Grafisk ser fordelingen af ældremilliarden mellem de tre områder således ud:



Dansk Psykolog Forening har i april 2014 foretaget en rundringning til otte kommuner<sup>7</sup>, hvis andel af ældre borgere som tager psykofarmaka ligger over gennemsnittet. Nedenstående skema er en opsummering af hvordan de adspurgte kommuner havde disponeret tilskuddet fra ældremilliarden og hvorvidt de havde indtænkt psykologer i ekstrainsatsen på rundringningstidspunktet.

<sup>6</sup> Notat om ældremilliarden i 2014: <http://sm.dk/filer/nyheder/dokumenter-til-nyheder-2014/fordeling-af-aeldremilliarden-2014.pdf>

<sup>7</sup> Rundringningen er foretaget for Dansk Psykolog Forening af journalist Bille Sterll, april 2014. De otte kommuner er alle karakteriseret ved at have en høj andel af ældre, som tager medicin mod psykiske lidelser.

Kommune	Indsats(er)	Psykologer på ældreområdet
Frederiksberg Kommune	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensivering af træning i at klare sig i hverdagen for at få effekten til at vare længere. Træningen øges for borgere, som ellers ville få hjemmehjælp og borgere på plejehjem. Indsatsen udvides med flere terapeuter, tværfaglige teams og flere aktiviteter. Kommunen ansætter flere fysio- og ergoterapeuter i døgnrehabiliteringen.</li> <li>- Flere sociale aktiviteter på plejehjemmene. Det er op til det enkelte plejecenter, hvilke aktiviteter pengene skal gå til.</li> <li>- En stor del af puljen går til at efteruddanne hjemmehjælperne, som ikke er uddannet til at hjælpe borgere med komplicerede behov som fx. begyndende demens, eller motivation til træning.</li> </ul>	<p>Psykologer er ikke tænkt ind i ansøgningerne til Ældremilliarden. Området er stadig i en udviklingsfase, og man har ikke hidtil brugt psykologer i rehabiliteringen, selv om de findes på beskæftigelsesområdet.</p>
Glostrup Kommune	<p>Alle pengene fra Ældremilliarden bruges koncentreret på demensområdet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Blandt andet til Velfærdsteknologi som touch-skærme, så borgerne lettere kan se familie billeder og kommunikere med familien over skype. Og robotsæler, hvor borgere skal uddannes som sælførere.</li> <li>- Flere hænder til at hjælpe de dårligste demente, også aflastning til ægtefæller, som bor sammen med stærkt demente.</li> <li>- Helt nye ydelser til svært demente og forbedring af et plejecenter til svært demente.</li> </ul>	<p>Glostrup har ingen psykologer ansat i ældreplejen i dag og har heller ikke tænkt psykologer ind i ansøgningerne til Ældremilliarden eller i rehabiliteringen generelt.</p>
Langeland Kommune	<p>Kommunen har primært søgt penge til rehabilitering og velfærdsteknologi, for man forbereder sig på, at økonomien strammer til, og pengene skal gå til dem, der har mest brug for hjælp, uden at det øger brugen af personaletimer. I denne omgang har man fravalgt at øge indsatsen for demente, fordi de fleste allerede har været på kursus, og i stedet øger Langeland fokus på psykiatri og misbrug.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kompetenceudvikling af medarbejdere; planlagt efteruddannelse for alle sosu'er indenfor netop rehabilitering, brug af velfærdsteknologi, faglig identitet, motivation og refleksion.</li> </ul>	<p>Psykologer er ikke tænkt ind i indsatsen.</p>
Lyngby-Taarbæk Kommune	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indførelse af uvisiterede aktiviteter for at nå ud til borgere, som selv kan komme ud af døren og generelt fungerer for godt til at blive visiteret gennem kommunen. I maj åbner en række eftermiddage på to plejehjem, hvor alle kan komme forbi og give bud på, hvad de har lyst til og hvilke rammer, kommunen skal stille til rådighed. Flere tiltag af denne art i</li> </ul>	<p>Lyngby har ikke psykologer ansat på ældreområdet og har ikke mange andre faggrupper end sosu'er og sygeplejersker, men arbejder med at få andre fagligheder ind, blandt andet ansætter man nu en diætist.</p>

	<p>2015 får som mål at reducere ensomhed.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lyngby har fået penge til mange områder, ikke kun til rehabilitering: En stor del går til at lave mad fra bunden på plejecentrene og til hovedrengøring hos alle ældre, kompetenceudvikling til sygeplejerskerne, bedre overgang mellem sygehus og hjem mm.</li> </ul>	
Tønder Kommune	<p>Tønder har især søgt penge i Ældremilliarden til at blive klogere på rehabilitering.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Man vil gerne være bedre til at afdække borgernes ønsker og den motiverende samtale, det tværfaglige arbejde skal også være tættere og bedre, både mellem plejepersonale og sygeplejersker og terapeuter.</li> <li>- Tønder har fået penge til at udvide rehabiliteringsbegrebet og arbejde ikke kun med fysisk træning, men også social rehabilitering. Indsatsen retter sig især mod udsatte og ensomme ældre, som ikke bruger hjemmeplejen og måske slet ikke er i kontakt med kommunen, så det kræver ekstra ressourcer at opsøge dem. Kommunen vil blandt andet hente inspiration i Marselisborgprojektet.</li> </ul>	<p>Der er ikke tænkt psykologer ind i arbejdet, og ældreafdelingen har i dag ikke psykologer ansat i psykologstillinger, om end der kan være medarbejdere i den centrale stab, der er psykologer, men har andre funktioner.</p>
Københavns Kommune	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De svageste ældre får et klippekort med en halv time ekstra, som de selv kan råde over. Desuden er der en årlig hovedrengøring til alle, der modtager hjemmehjælp.</li> <li>- Flere af de øvrige projekter fra ældrepuljen har som mål at reducere ensomhed: fx udvidede fællesarealer på plejecentrene, økonomisk rådgivning til at flytte på plejehjem, flere aktiviteter, cykler, så de ældre kan komme ud og cykle, flere sociale aktiviteter på plejehjem og blandt ensomme i boligområder.</li> <li>- Ældremilliarden går også til at lette overgangen fra hospital til udskrivning med flere timers hjælp, når borgeren er kommet hjem.</li> <li>- Genoptræning efter hjerneskader er et andet område, der er prioriteret, så borgerne trænes bedre i at komme hjem og klare sig og undgå at blive indlagt igen.</li> <li>- Desuden bruger kommunen flere penge på forskellige former for velfærdsteknologi og på kompetenceudvikling.</li> <li>- En del af personalet har behov for at øge fagligheden, så de bedre kan observere borgerne og er opmærksomme på ændringer.</li> </ul>	<p>Kommunen har haft psykologer ansat på ældreområdet i mange år. Bl.a. i demensområdet, hvor der i hvert af de fem lokalområder er konsulenter, nogle af disse er psykologer. Demenscentret Pilehuset har siden start for over 12 år siden haft psykologer enten i konsulent/supervisor funktion eller som en del af ledelsen. Endvidere er der en del psykologer i Arbejdsmiljø København, som tager sig af arbejdsmiljøet, sygefraværet m.m. Meget af "sliddet" fra demens og ældreområdet behandles her, enten af psykologer som giver individuelle samtaler eller af arbejds- og organisationspsykologer som kører forløb på plejehjem, hjemmepleje eller demenscentre.</p>



Vejle Kommune	N/A	Vejle kommune har i flere år haft psykologer ansat på ældreområdet. I dag har Vejle Senior to psykologer ansat; den ene arbejder i demsenheden, den anden i selve forvaltningen.
Aarhus Kommune	Ældremilliarden går blandt andet til at forebygge ensomhed og opspore borgere, som risikerer at blive isoleret og til at forebygge unødvendig brug af medicin.	Aarhus har flere psykologer ansat, omkring 5-7 i alt. To af dem arbejder direkte med borgere og pårørende på demensområdet og folkesundhedsområdet.

### KL's politik på ældreområder: Nye ældre, nye muligheder<sup>8</sup>

KL er som interesseorganisation for kommunerne en central aktør på ældreområdet, da kommunerne er meget optaget af hvordan man fremadrettet skal håndtere, at der kommer flere og flere ældre, der har krav på kommunale ydelser. På trods af KL's interesse i området stammer deres ældrepolitiske udspil fra 2010. Selvom om nogle forhold har rykket sig – eksempelvis har de fleste kommuner i dag et fokus på et paradigmeskifte fra at udbetale ydelser pr. automatik til individuel rehabilitering, og der er et stigende fokus på ældre borgere med demenssygdomme - må vi gå ud fra, at KL's holdninger på ældreområdet som de fremgår af det politiske udspil står ved magt. Følgende relevante pointer for psykologer på ældreområdet kan udtrages:

**De kommende ældre skal støttes i at styrke og bevare de fysiske ressourcer:** Resultaterne af mere træning og rehabilitering viser, at borgerne hurtigt kan genvinde tabte funktioner og at borgerne er meget tilfredse med igen at kunne klare sig selv uden hjælp. Samtidig udvikles der velfærdsteknologi og hjælpemidler, som kan understøtte, at borgerne i højere grad kan klare sig selv.

KL mener:

- Ældreområdet skal udvikles, så træning og hverdagsrehabilitering får en større vægt.
- Der skal sættes på ny teknologi, som kan gøre ældre selvhjulpne og mindske behovet for hjælp

**De ældre medicinske patienter og borgere med demenssygdomme:** Langt hovedparten af ældreområdets ressourcer anvendes til ældre borgere, som har omfattende funktionstab. Der er særligt tale om to grupper af borgere. Den ene er gruppen af ældre medicinske patienter, og den anden er gruppen af borgere med demenssygdomme.

Der er et meget stort behov for at kompetenceudvikle medarbejderne, så de "klædes på" til at varetage de nye opgaver. Det er forudsætningen for en høj faglig kvalitet i opgavevaretagelsen. På demensområdet er kommunerne også udfordret på flere fronter. Dels er antallet af borgere med demenssygdomme i betydelig vækst, og dels stiger andelen af borgere med særlige behov i relation til deres demenssygdom.

<sup>8</sup>KL's ældrepolitiske udspil 2010: [http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_43719/cf\\_202/Nye - ldre - nye muligheder.PDF](http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_43719/cf_202/Nye_-_ldre_-_nye_muligheder.PDF)

Kommunerne har opnået betydelig erfaring i at yde pleje og omsorg over for borgere med Alzheimers demens, som er den hyppigste demensform. Til gengæld står kommunerne i dag over for store plejefaglige udfordringer, når det gælder andre demensformer, hvor symptomerne ofte har karakter af voldsom og aggressiv adfærd. De særlige adfærdsproblemer resulterer for ofte i, at kommunerne er nødt til at iværksætte meget dyre enkeltmandsløsninger for at varetage opgaverne. Kommunerne har brug for ny viden om, hvordan tilbuddene til disse særlige borgere organiseres bedst muligt. Og der er brug for, at medarbejderne opnår flere kompetencer inden for den psykiatriske pleje og behandling

KL mener:

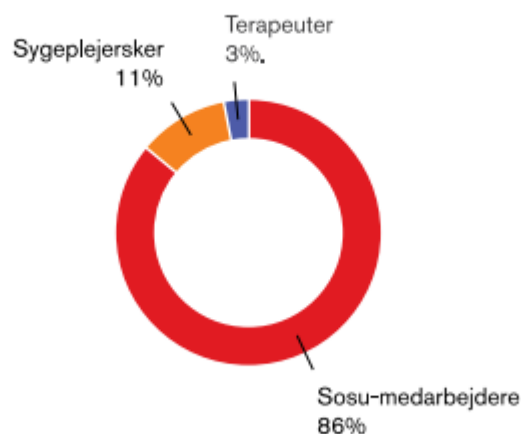
- Kommunerne skal styrke indsatsen over for den ældre medicinske patient. Det skal bl.a. ske gennem flere sundhedsfaglige kompetencer og bedre akuttilbud.
- Der skal følge finansiering med, når der kommer nye opgaver til kommunerne. Opgaveglidningen skal ske planlagt.
- Demensindsatsen skal fortsat udvikles. Der er især brug for at sætte fokus på demenssygdomme, hvor borgerne er aggressive og udadreagerende.
- De juridiske rammer for indsatsen på demensområdet skal ses efter i sømmene og der skal tilvejebringes finansiering.

**Rekruttering, fastholdelse og kompetenceudvikling:** Ældreområdet er i dag kendetegnet ved at have mange dygtige og engagerede medarbejdere, men desværre også ved at have det højeste sygefravær i den kommunale verden.

Sammensætning af fagpersonale på det kommunale ældreområde, opgjort af KL i 2010:

---

#### Fordelingen af sundhedsfaglige medarbejdere på ældreområdet



Kilde: Den fælleskommunale løndatabase

---

KL mener:

- Kommunerne skal fortsat arbejde målrettet med at udvikle de gode arbejdspladser, skabe gode rammer for fleksibel arbejdstilrettelæggelse og nedbringe sygefraværet.

- Staten og kommunerne skal i fællesskab gennemføre et 360 graders eftersyn af de grundlæggende uddannelser på social- og sundhedsområdet.
- Der skal ansættes flere social- og sundhedsassistenter og flere sygeplejersker og terapeuter på det kommunale ældreområde.
- Der skal fokuseres mere på det personlige og faglige lederskab på ældreområdet.

### Satspuljemidler til ældreområdet

Ældrepolitik er et varmt emne på Christiansborg, og der er i de seneste år blevet afsat penge til forbedring af hjemmehjælpen, forebyggelse af funktionsevnetab, demensindsatsen og rehabilitering i satspuljeforhandlingerne.

**Rehabilitering:** i perioden 2012-2016 er der afsat 26,5 millioner kr. til at forbedre kommunernes arbejde med rehabilitering og træning. Målet med projektet er at sikre viden om de bedste metoder, som kommunerne kan arbejde ud fra i deres daglige arbejde med rehabilitering og genoptræning. Et andet formål med projektet er at skabe et grundlag for at dokumentere effekterne af hverdagsrehabilitering på ældreområdet. Der er afsat i alt 26,5 mio. kr. til projektet, heraf 2,5 mio. kr. til evaluering. Projektet er forankret i Socialstyrelsen og skal blandt andet udmunde i en håndbog til kommunerne samt processtøtte til implementering af rehabiliteringstiltag. Som led i projektet er der lavet to kortlægninger af henholdsvis kommunale erfaringer med rehabilitering på ældreområdet og evidens for rehabiliteringsindsatser. Afsnittet ”forskning og evaluering” i nærværende analyse opridser de to rapporters konklusioner.

**Forebyggelse af funktionsevnetab og selvmord blandt ældre:** Ældre er den aldersgruppe, som har de højeste selvmordsrater. Det er især ældre mænd over 85 år, som begår selvmord. I 2013 blev der afsat i alt 4 mio. kr. i perioden 2013-2015 til forebyggelse af selvmord blandt ældre. Midlerne skal gå til faglig opkvalificering af professionelle og frivillige i ældresektoren samt målrettede indsatser som opfølgning på de forebyggende hjemmebesøg.

Initiativet består af to overordnede indsatsområder:

- 1) Faglig opkvalificering af både professionelle og frivillige i ældresektoren i forhold til at:
  - Afdække og identificere tidlige tegn på mistriksel hos den ældre
  - Håndtere selvmordstruede mennesker
- 2) Opfølgning på forebyggende hjemmebesøg som redskab til tidlig opsporing af og indsats overfor ældre, der mistrives. Der kan f.eks. målrettes psykosociale indsatser mod ældre, hvis partner er død, da de udgør en højrisikogruppe i forhold til udvikling af alkoholmisbrug, ensomhedsfølelser, isolation samt selvmordsadfærd.

Projektet, der strækker sig fra 2013-2016, skal ses i sammenhæng med **projektet forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre**, som har til hovedformål at kvalificere kommunernes forebyggende arbejde på ældreområdet. Også dette projekt er forankret i Socialstyrelsen. Hovedaktiviteter og indsatser i de to nævnte projekter vil blive koordineret, og der vil således være en fælles elektronisk håndbog, evaluering, og

afprøvningskommunerne vil være identiske. Håndbogen forventes offentliggjort i starten af 2015, og der skal efterfølgende etableres tilbud til landets kommuner om processtøtte til implementering<sup>9</sup>. Projektet evalueres af SFI<sup>10</sup>. Som i projektet om rehabilitering er der også udarbejdet kortlægninger af kommunale erfaringer med forebyggelse af funktionsevnetab og selvmord blandt ældre samt evidens for indsatserne – disse opridses ligeledes i afsnittet ”forskning og evaluering”.

**Svage ældre og demens<sup>11</sup>:** I perioden 2015-2018 er der afsat 102,2 mio. kr. på det sociale område til en samlet indsats, der sikrer, at flere plejeboliger indrettes demensegnet, giver en mere målrettet pleje af demente, uddanner demensnøglepersoner på plejeboliger og sikrer aflastning af pårørende til demente i egen bolig. Den styrkede indsats for ældre med demens skal ses i sammenhæng med den styrkede indsats på sundhedsområdet.

**Videreførelse af Nationalt Videnscenter for Demens<sup>12</sup>:** I perioden 2016-2018 afsættes der 19,2 mio. kr. videreførelse af Nationalt Videnscenter for Demens. Nationalt Videnscenter for Demens blev etableret i september 2007 som et udviklingsprojekt i perioden 2007-2011 med støtte fra satspuljen og Sygekassernes Helsefond. Nationalt Videnscenter for Demens har dels til opgave at styrke og koordinere den sundhedsfaglige forskning i forhold til udviklingen af konkrete sundhedsfaglige behandlings- og plejetilbud på demensområdet, dels at sikre en fast forankret videnspredning og formidling til regioner og kommuner til gavn for behandling, pleje og rådgivning af personer med demens og deres pårørende.

#### *Finanslovsforslag 2015*

På Finansloven for 2015 er der afsat 1,5 milliarder til en Velfærdspakke. Heraf er der afsat 75 mio. kr. i 2015 og 150 mio. kr. årligt fra 2016 og frem til at styrke livskvaliteten for de svageste hjemmehjælpsmodtagere gennem en klippekortmodel. I 2015 og 2016 udmøntes midlerne i en pulje, der skal søges af kommunerne<sup>13</sup>.

#### **Seniorpakker**

I juni 2013 lancerede Fonden for Forebyggelse og Fastholdelse, en fond under Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, seniorpakker, som har til formål at støtte små og mellemstore virksomheder i at fastholde deres seniormedarbejdere længst og bedst muligt. Seniorpakken er en ’startpakke’, som på kort sigt – inden for tre til seks måneder – skal tilføre virksomheden ressourcer til at fastholde seniormedarbejdere fra 55 år og op, længst og bedst muligt. Viden og erfaringer fra denne proces skal gøre virksomheden i stand til at udvikle sin egen praksis for at

---

<sup>9</sup> Socialstyrelsens temaside om forebyggelse på ældreområdet:

<http://www.socialstyrelsen.dk/aeldre/forebyggelse-og-sundhed/forebyggelse-1>

<sup>10</sup>SFI’s side om evaluering af forebyggelsesindsatsen:

[http://www.sfi.dk/igangv%C3%A6rende\\_projekter-8108.aspx?Action=1&NewsId=4135&PID=22427](http://www.sfi.dk/igangv%C3%A6rende_projekter-8108.aspx?Action=1&NewsId=4135&PID=22427)

<sup>11</sup> Aftale om udmøntning af satspuljen på børne-, ligestillings, integrations- og socialområdet 2015-2018: [http://sm.dk/filer/nyheder/dokumenter-til-nyheder-2014/aftale-om-satspuljen-for-2015\\_endelig.pdf](http://sm.dk/filer/nyheder/dokumenter-til-nyheder-2014/aftale-om-satspuljen-for-2015_endelig.pdf)

<sup>12</sup> Aftale om satspuljen på sundhedsområdet for 2015-2018:

[http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2014/Oktober/~/\\_media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2014/Aftale-om-satspuljen-paa-sundhedsomraadet-2015-2018.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2014/Oktober/~/_media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Aftale-om-satspuljen-paa-sundhedsomraadet-2015-2018.ashx)

<sup>13</sup> Fakta om initiativer finanslov 2015: <http://sm.dk/filer/nyheder/dokumenter-til-nyheder-2014/handouts.pdf>

fastholde seniormedarbejdere på længere sig. Seniorpakken består af følgende fire grundelementer:

1. Kortlægning af alders- og kompetencefordelingen blandt alle virksomhedens medarbejdere og fastlæggelse af rammer for udvikling og fastholdelse af seniormedarbejdere.
2. Planlægning af og information til alle medarbejdere om seniortiltag, herunder forventningsafstemning.
3. Seniormedarbejdernes forberedelse af senkarrieren. Seniormedarbejderen gennemgår et personligt afklaringsforløb
4. Dialog mellem seniormedarbejder og nærmeste leder, herunder en eller flere individuelle samtaler mellem medarbejder og leder med henblik på at indgå individuelle senioraftaler

Der var oprindeligt afsat 40 mio. kr. i 2013 og 45 mio. kr. i 2014 og 2015 til seniorpakker, heraf tre mio. kr. årligt til udviklingsarbejdet. Der er i 2013 givet tilsagn om støtte til **14 seniorpakker** for samlet lidt over 600.000 kr. I første kvartal 2014 er der givet tilsagn til **otte seniorpakker** for samlet lidt under 400.000 kr.<sup>14</sup> Som en del af seniorpakken kan arbejdspladsen vælge at få bistand af en konsulent, der kan fungere som sparringspartner og tovholder i arbejdet med seniorpakken, og som kan bidrage med viden og erfaringer om seniorer på arbejdsmarkedet. Over de fire faser er der alt i alt afsat 15 timer til konsulenten.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Årsberetning for Fonden for Forebyggelse og Fastholdelse 2013:  
[http://forebyggelsesfonden.dk/files/Aarsberetning\\_2013.pdf](http://forebyggelsesfonden.dk/files/Aarsberetning_2013.pdf)

<sup>15</sup> S. 4, Drejebog for seniorpakken:  
[http://forebyggelsesfonden.dk/files/Senior\\_drejebog\\_201306.pdf](http://forebyggelsesfonden.dk/files/Senior_drejebog_201306.pdf)