



07-04-2014

Sagsnr.  
2014-0043390

Dokumentnr.  
2014-0043390-5

Sagsbehandler  
Center for Omsorg

## **Diskussionsoplæg til ny ældrepolitik 24. april 2014**

SOU har besluttet, at der skal vedtages en ny ældrepolitik inden udgangen af 2014. Politikken bygger videre på de spor, som blev igangsat med reformprogrammet "Aktiv og Tryk Hele Livet" fra 2011. Reformprogrammets mål og visioner om mere frihed, større tryghed og højere faglighed har medført et paradigmeskift fra passiv til aktiv i forvaltningen og sat fokus på den rehabiliterende tilgang i hele ældreplejen. "Aktiv og Tryk Hele Livet" har ført til en øget forståelse for borgerens forskellige ønsker og behov, som er blevet omsat til mere nuancerede tilbud og ydelser. Perspektiver og tiltag, som med fordel kan videreføres og udfoldes i den ny ældrepolitik.

I det følgende opridses de fremtidige udfordringer på ældreområdet, og der lægges op til en diskussion af, hvordan vi skal imødegå dem og hvilke visioner, der skal til for at skabe rammerne for et godt ældreliv i Københavns Kommune.

### **De fremtidige udfordringer på ældreområdet**

De seneste år har antallet af ældre københavnere over 80 været faldende. En udvikling som imidlertid er ved at vende, så antallet forventes at stige igen fra 2017. Det vil medføre et øget økonomisk pres på kommunens serviceydelser, hvilket i sig selv er en udfordring for Københavns Kommune de kommende år. Men ældreplejen udfordres også af, at ældrebilledet forventes at blive mere differentieret, og af at fremtidens ældre forventes at stille nye krav.

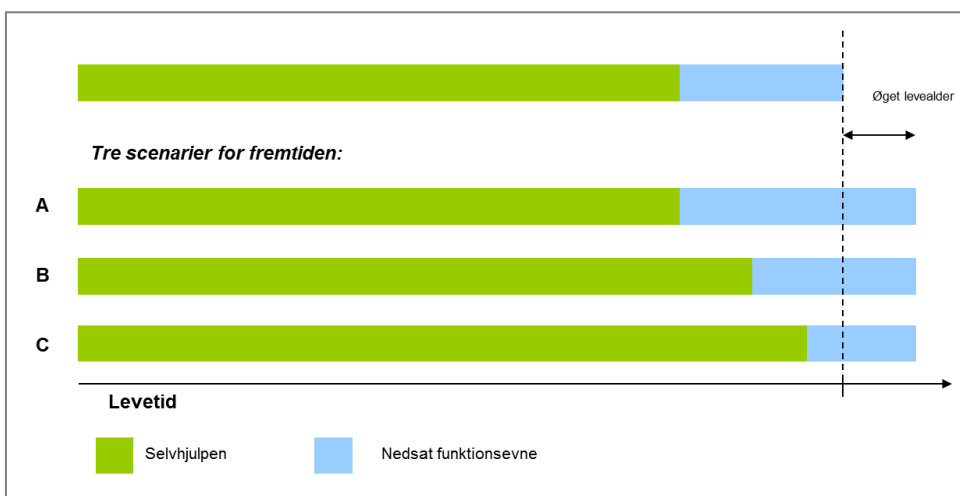
### **Et mere differentieret ældrebillede**

To modsatrettede tendenser giver grund til at forvente større differentiering i sundhedstilstanden. Generelt stiger levealderen og et flertal af de kommende års ældre vil have mere overskud og flere ressourcer, og mange vil være i stand til at klare sig selv evt. efter træning/rehabilitering eller ved brug af hjælpemidler. Samtidig vil der være flere ældre med omfattende og komplekse plejebehov, som har behov for hjælp af varieret karakter. Dette skyldes bl.a. forventninger om en stigning i antallet af borgere med demens og kroniske lidelser, samt flere borgere der som følge af deres sociale og økonomiske forhold vil have en dårlig sundhedstilstand.

Man kan opstille tre scenarier for ældres behov for sundheds- og omsorgsydelser ved øget levealder (figur 1), hvor:

- scenarie A beskriver en situation, hvor de ældre får flere år med sygdom og nedsat funktionsevne end nu;
- scenarie B, hvor de ældres tab af funktionsevne og sygdom udskydes;
- scenarie C, hvor behovet for hjælp udskydes endnu flere år.

B og C antager således, at de flere år, vi lægger til livet, er gode leveår uden sygdom (sund aldring).



Figur 1 Tre scenarier for fremtidens ældre

Meget tyder på, at uligheden i sundhed er stigende. I praksis vil Københavns Kommune derfor opleve at få borgere i alle tre grupper. Det vil sige både borgere, der lever længere og har flere sunde leveår – men også borgere, der måske lever længere men får flere dårlige leveår og derfor behov for pleje i længere tid.

Den kommende udfordring er derfor både at give tilbud, der er attraktive for gruppen af ældre med mange ressourcer for at understøtte et aktivt ældreliv og sund aldring, samtidigt med at gruppen af svage ældre med dårlig sundhedstilstand får de rette tilbud.

### En ny ældreprofil

Nutidens ældre borgere er vokset op i en tid, hvor en rolig alderdom var idealet. Det blev set som naturligt, at man som ældre blev lidt mere indadvendt og ønskede at trække sig lidt tilbage. Mulighed for tilbagetrækning blev set som en gave fra velfærdssamfundet. I dag betragtes et liv med meningsfulde aktiviteter som værende idealet. Det er lediggang – ikke aldring som sådan, der fremskynder sygdom og forfald. Denne tidsånd må forventes også at præge de kommende årgange af ældre.

Ældre Sagen har lavet et fremtidsstudie, hvor over 4.000 danskere mellem 50 og 84 år har fortalt om deres liv, som de oplever det, og som de ønsker sig det. Af fremtidsstudiet fremgår det, at 85 % af borgerne oplever, at livet i høj grad eller i nogen grad er fuld af muligheder, mens det, der bekymrer dem, er sygdom og afhængighed af andre.

Fremtidens ældre har i langt højere grad end tidligere gjort sig til herrer i eget liv, og de ønsker og forventer at bevare så meget kontrol som muligt så længe som muligt. Samtidig hænger kvalitet og tilfredshed i livet sammen med, om man oplever, at ens liv passer til

den livsform og de værdier, man gerne vil se sig selv som en del af, uanset hvilket plejebehov man har.

Vi står derfor over for den udfordring at indrette/tilpasse vores ældrepleje, fordi de ældres forventninger til velfærdssamfundet også forventes at ændre sig, og mange vil ønske større indflydelse og vil have krav om bedre og mere individualiserede ydelser.

### **3 visioner for en ny ældrepolitik – hvor skal vi sætte ind?**

#### **Forebyggelse og rehabilitering**

Reformprogrammet 'Aktiv og Tryk hele livet' har været drivkraft for et begyndende paradigmeskifte fra passiv til aktiv hjælp og støtte. Hvis vi i fremtiden fortsat skal kunne yde tilstrækkelig hjælp til de ældre med størst behov, bør vi imidlertid være mere ambitiøse – vi er nødt til at forsøge at påvirke udviklingen, så den højere levealder ikke fører til flere år med sygdom og nedsat funktionsevne.

I dag bruges ca. 6 % af ældrebudgettet på forebyggelse, aktiverende og rehabiliterende ydelser, mens ca. 81 % af budgettet går til de 38 % af ældre borgere, der har brug for omfattende hjælp. Hvis vi skal fremme den sunde aldring, kræver det en økonomisk prioritering af ressourcer til at understøtte en omstillingsproces. Vi skal sætte tidligere og mere massivt ind med forebyggelse. Vi skal være mere konsekvente med vores rehabiliterende ydelser i forbindelse med førstegangshenvendelser for at forlænge perioden, hvor de ældre er helt selvhjulpne. Og vi skal fremme en rehabiliterende og vedligeholdende tilgang til hele ældreplejen med sigte på at forkorte perioden, hvor borgerne har brug for omfattende hjælp. Med et mere gennemgribende fokus på forebyggelse, rehabilitering og en vedligeholdende tilgang vil der kunne skabes rum til, at ressourcerne på ældreområdet i fremtiden vil kunne bruges på gruppen af ældre med størst behov.

#### **Frihed og selvbestemmelse**

Frihed har været et centralt begreb i forvaltningens arbejde de senere år. I Reformprogrammet er frihed primært italesat som uafhængighed af hjælp. Men frihedsbegrebet skal tænkes bredere, hvis vi skal imødekomme de ældres ønske om at bevare kontrol og forventninger til at kunne fortsætte deres levede liv – også når de har brug for hjælp.

Vores tilbud skal derfor i højere grad tage udgangspunkt i borgerens egne ønsker i forhold til et godt ældreliv. Inddragelse og selvbestemmelse skal medvirke til, at plejepersonalet i fællesskab med den enkelte borger finder løsninger, der tager højde for både funktionsnedsættelser, ressourcer og ønsker til både hjælpens indhold og tilrettelæggelse. Frihed og selvbestemmelse skal være en rød tråd i hele ældreplejen og dermed sikre, at også de borgere som har størst pleje- og omsorgsbehov oplever kontrol over deres eget liv.

Vi skal skabe fleksibilitet og variation i de tilbud, vi har, så flest mulige oplever at få en hjælp og støtte, der matcher deres ønsker og behov. Små variationer kan gøre en kæmpe forskel. Profilvernehjem og klippekortet understøtter denne bevægelse. Men det kræver en fortsat omstilling i vores tilbud. En omstilling som bl.a. kan understøttes via fokus på kompetenceudvikling, så vi understøtter både den ældres frie valg, kritiske bevidsthed, robusthed og livslyst og dermed giver dem mulighed for at udøve reel selvbestemmelse.

Den politiske og samfundsmæssige fortælling om ældreområdet er også et vigtigt redskab til at skabe forandringer i retning af frihed, selvbestemmelse og fleksibilitet. Vi skal turde stå ved det skifte, vi er i gang med, og turde tro på, at det gør en forskel på den lange bane – at det langsigtede mål både er flere ældre, der kan klare sig selv, men også flere tilfredse borgere.

### **Mental sundhed og trivsel**

Med Reformprogrammet kom ensomhed blandt ældre i fokus. Samarbejdet med frivillige er blevet intensiveret, der er blevet arbejdet med samvær omkring måltiderne, igangsat flere aktiviteter i ydertimerne mv. Indsatserne har primært taget sit udgangspunkt i, at de ældre er ensomme, fordi de er alene, ikke føler sig som en del af fællesskabet eller ikke har noget at foretage sig. Det er selvfølgelig fortsat vigtigt at have fokus på ensomhed, men hvis vi vil fremme trivslen, bør vi rette fokus for vores indsatser bredere ud med sigte på at fremme de ældres mentale sundhed generelt. Vi skal ikke blot beskæftige os med de ældres fysiske helbred, den mentale trivsel er også vigtig – og i øvrigt tæt forbundet med fysikken. Men der skal ofte mere til at fremme trivslen end godt selskab.

Ældre, som oplever sygdom og funktionstab samt tab af sociale relationer, eller ældre, som tager sig af syge og svækkede pårørende, er særligt sårbare overfor mentale helbredsproblemer. Det gælder ikke alene ensomhed – også angst, depression og stress forekommer hyppigere blandt ældre, og ofte er de forskellige tilstande tæt forbundne. Mange ældre med kognitive udfordringer herunder demens oplever også angst og depression.

Billedet er altså komplekst, så hvis vi vil fremme og generelt skabe en bedre trivsel blandt de ældre, skal der tænkes i mere differentierede indsatser, som tager afsæt i den enkeltes livshistorie, udfordringer og ressourcer. Vi skal have mere fokus på motivation, tænke i nye tilgange til plejen og udvikle ydelser med fokus på de ældres mentale sundhed. Samtidig skal vi have mere fokus på at understøtte de ældres psykiske og sociale mestring i forbindelse med det funktionstab, som naturligt følger med alderen.

## Hvordan kan visionerne omsættes?

De tre visioner understøtter i vid udstrækning hinanden. Når de ældre borgere støttes i at genvinde og vedligeholde færdigheder, medvirker det til, at de bliver mere selvhjulpne og dermed oplever at få øget frihed og uafhængighed. Når den ældre inddrages i tilrettelægningen af plejen og udfoldelsen af hverdagslivet, og hjælpen tilrettelægges med fleksibilitet for at understøtte den ældres mulighed for selvbestemmelse, bliver han eller hun samtidig aktiveret og styrket i at vedligeholde sine færdigheder. Øget inddragelse vil sandsynligvis også føre til, at den ældre oplever at have mere kontrol og mindre stress og dermed igen skabe et større overskud til at gøre det, der skal til for at genvinde eller vedligeholde færdigheder.

Men hvor langt ønsker vi at gå, og hvilken vej skal vi komme derhen?



Figur 2 Mulige indsatsområder i en kommende ældrepolitik

Skal udgangspunktet for al tildeling af hjælp være, at borgeren først skal være forsøgt rehabiliteret/gjort selvhjulpne?

Hverdagsrehabilitering tildeles i dag borgere, der vurderes at have et rehabiliteringspotentiale. Men man kunne vende tankegangen om, så det lægges som forudsætning, at alle borgere skal være forsøgt rehabiliteret/gjort selvhjulpne før andre ydelser tildeles. Dermed vendes argumentationsforpligtelsen, således at det fagligt skal begrundes, hvis princippet fraviges frem for, at der skal argumenteres for tildeling af ydelsen. Samtidig kan princippet overføres til flere aspekter af den traditionelle ældrepleje. Ved ansøgning om hjælp til indkøb, kan borgeren få hjælp til at lære at bestille varer over nettet, vaske/tørretoiletter er førstevalg frem for hjælp til toiletbesøg, vaske/tørremaskiner installeres i borgerens hjem (også plejebolig), frem for at der ydes hjælp til tøjvask osv.

Skal der ansættes pædagoger i ældreplejen?

I dag er der allerede fokus på den aktiverende tilgang i ældreplejen, men hvis der skal gennemføres et egentligt paradigmeskifte, bliver en kerneopgave for medarbejderne at inddrage og motivere borgerne til at tage ansvar for at tilrettelægge og udføre den daglige hjælp. Den pædagogiske tilgang knytter an til metoden empowerment, som tager udgangspunkt i troen på menneskers muligheder for at tilkæmpe sig

magt over eget liv og en kritik af systemer, hvor professionelle forvalter deres magt uden om borgeren. Pædagogiske såvel som socialpædagogiske kompetencer skal synliggøre borgerens ressourcer og motivere borgeren til aktivt at vælge tilbud, der dækker borgerens unikke behov. Fx kan en pædagogisk tilgang tænkes ind i de forebyggende hjemmebesøg og skabe mere motivation hos udsatte grupper, der normalt ikke benytter kommunale tilbud. Fokus på pædagogiske færdigheder vil også styrke den aktiverende tilgang i de tilbud, vi allerede har, og skabe rum for nye tanker og udviklingspotentialer, når vi taler om meningsfulde aktiviteter og fællesskaber.

#### Skal vi have terapeutiske tilbud i ældreplejen?

Livskriser, sorg og tab er en naturlig del af det at være menneske – også blandt de ældre. Og med en længere levetid blandt alle grupper, bliver der også flere psykisk sårbare ældre. I dag er forebyggelse og rehabilitering blandt ældre primært fokuseret på fysiske funktionstab. Skal det hele menneske i fokus, kunne man også indføre ydelser af terapeutisk karakter rettet mod den mentale sundhed, hvis det er det, som er begrænsende for, at den ældre kan leve et godt hverdagsliv. Dette princip kan indtænkes i vores visitation og tilbud. Fx kunne visitationen screene borgere i forhold deres psykiske velbefindende. Sådanne screeninger vil kunne styrke den tidlige opsporing og give mulighed for at forebygge funktionstab senere i livet.

#### Skal vi have større lighed i sundhed på ældreområdet?

Er det rimeligt, at de 25 % fattigste danske mænd lever 10 år kortere end de rigeste 25 %? Ældre borgere med ingen eller kort uddannelse, hårdt slid i deres arbejdsliv og den laveste løn, oplever at leve kortere, med risiko for flere kroniske sygdomme og en ringere livskvalitet til følge. Skal vi gå forrest for at dæmme op for denne bevægelse og styrke indsatsen for de borgere, der er mest udsatte? Vi kan målrette vores tilbud til særlige målgrupper og differentiere vores tilbud efter behov, hvor behovet ikke alene defineres ud fra fysisk funktionsniveau men også efter økonomiske, psykiske og sociale ressourcer hos den enkelte borger. Det kan dreje sig om borgergrupper som efterkommere af ikke-vestlige indvandrere, borgere der har levet et helt liv med en lav indkomst m.fl. F.eks. kan man også indenfor ældreområdet tilbyde hjemmevejledere og socialrådgivere til de grupper af ældre, som ikke i dag profiterer af kommunens tilbud.

#### Skal vi give borgerne endnu mere selvbestemmelse over den hjælp, de modtager?

Vi vil alle helst tilses af de dygtigste specialister, hvis vi bliver syge, hvilket understøtter fokus på faglighed og løbende kompetenceudvikling. Men hvis det ikke drejer sig om egentlig sygdomsbekæmpelse og behandling, hvilke værdier er så vigtige for den ældrepleje, vi kan tilbyde. Klippekortet overlader det i vid

udstrækning til den ældre selv at vurdere, hvad han eller hun har behov for. Det kræver, at vi som professionel organisation går et skridt tilbage frem for at lade den klassiske sundhedsfaglige vurdering være styrende. Men det kan være svært at trække en grænse mellem, hvad der skal være styrende hvornår. Vi har også en omsorgspligt, som betyder, at borgeren har krav på den rigtige og nødvendige behandling til rette tid. Og hvor går grænsen mellem at understøtte det gode liv for den enkelte og vores pligt til at behandle borgeren efter faglige forskrifter?

### **Hvilke mål ønsker vi at opnå for borgeren?**

En ny politik rejser også nye spørgsmål. Hvis vi gennemfører et mere omfattende paradigmeskifte med fokus på forebyggelse og rehabilitering, risikerer vi da, at afstanden mellem det, den enkelte ældre formår, og de krav og forventninger, som omgivelserne stiller, øges? Vil vi se, at nogle ældre bliver stressede og kede af ikke at kunne indfri de forventninger, de oplever at blive mødt af? Hvordan kan vi afbalancere et stærkt fokus på rehabilitering og frihed til selvbestemmelse for de borgere, der modtager vores hjælp og ikke nødvendigvis ønsker, ikke har drivkraften til at deltage – eller måske finder livskvalitet i en anden type livsførelse? Og hvordan skal vi balancere borgerens rettigheder overfor borgerens pligter i vores kommunale tilbud? Har medarbejderne i SUF de rette kompetencer til at kunne få rehabiliteringstanken og selvbestemmelsen til at gå hånd i hånd og ikke blive hinandens modsætninger? Og hvilke krav stiller det til medarbejderne, hvis de ældres mentale sundhed og selvbestemmelse bliver ligeså væsentlige indsatsområder som somatikken?

For at kunne tage stilling til, hvordan vi lægger snittet, bliver det afgørende spørgsmål for en kommende ældrepolitik, hvilke forandringer vi ønsker borgerne skal opnå.

Er målet med ældrepolitikken...

- At de ældre bliver mere tilfredse med den støtte de modtager?
- At de ældre lever længere?
- At de ældre får øget ret til selvbestemmelse?
- At der er mere lighed blandt de ældre?
- At de ældre får en højere livskvalitet?
- At de ældre bliver tryggere?
- At de ældre bliver sundere?
- Eller?

Som det fremgår, kan de enkelte målsætninger stå i modsætning til hinanden. Fx vil et øget krav om forebyggelse og rehabilitering af nogen blive oplevet som en modsætning til frihed og

selvbestemmelse. Derfor er den politiske prioritering af målsætningerne afgørende for at sikre en effektiv politik.

Samtidig danner prioriteringen grundlag for den politiske fortælling, der skal være med til at afstemme forventningerne hos fremtidens ældre og skabe den nødvendige opbakning fra medarbejderne, der er afgørende for at drive forandringen. Det er ikke ligegyldigt, om et tilbud, der har til formål at rehabiliterer den ældre til selv at kunne forestå støvsugningen, sælges som værende livskvalitetsforbedrende for modtageren eller har sigte på at prioritere hjælp til de borgere med det største behov. En utroværdig fortælling vil give forandringsprocessen modstand fra såvel de ældre som fra medarbejderne, mens en god fortælling vil skabe forståelse for, hvorfor de ressourcestærke borgere, skal klare mere.