

Social- og integrationsministeriet,
Holmens Kanal 22
1060 København K

København, den 14. august 2013

Vedrørende Hjemmehjælpskommissionens rapport Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats.

Alzheimerforeningen takker for muligheden for at afgive høringsvar vedr. Hjemmehjælpskommissionens rapport om fremtidens hjemmehjælp, og vil gerne benytte lejligheden til at rose kommissionen for et omfattende og relevant arbejde. Udfordringerne for fremtidens hjælp til personer over 65 år med en demenssygdom nødvendiggør en nytænkning af især den kommunale indsats. Hjemmehjælpskommissionens rapport indeholder i den forbindelse en række relevante betragtninger og konkrete anbefalinger.

Alzheimerforeningen har på den baggrund følgende kommentarer til hjemmehjælpskommissionens rapport:

1. Demenspatienter risikerer at falde mellem to stole

Hjemmehjælpskommissionen anbefaler et paradigmeskift i den kommunale indsats overfor personer over 65 år. Personer med omfattende og komplekse plejebehov skal (fortsat) modtage kompenserende hjælp koordineret med den sygeplejefaglige indsats, mens personer, der har potentiale for at klare sig selv, skal have hjælp, så de forbliver uafhængige af den kommunale hjælp længst muligt. Som baggrund for anbefalingerne peger Hjemmehjælpskommissionen bl.a. på det kraftigt stigende antal personer over 65 år, der fremover vil lide af en demenssygdom.

Alzheimerforeningen er enig med Hjemmehjælpskommissionen i, at det stigende antal personer over 65 år med en demenssygdom øger behovet for at nytænke den kommunale hjemmehjælp. Alzheimerforeningen er også enig i hjemmehjælpskommissionens brede definition af rehabilitering (jf. anbefaling nr. 7).

Men Alzheimerforeningen frygter, at personer med en demenssygdom risikerer at "falde" mellem de to kategorier kommissionen stiller op. Resultatet af en for rigid opdeling i personer, der med (lidt) støtte fra kommunen kan klare sig selv, og personer, der har brug for kompenserende hjælp, kan på den ene side blive,

at personer med en fremadskridende demenssygdom tidligt i sygdomsforløbet risikerer ikke at modtage den nødvendige kompenserende hjælp, fordi de på mange områder har potentiale for at kunne klare sig selv. På den anden side risikerer personer med en demenssygdom senere i sygdomsforløbet ikke længere at blive tilbudt den nødvendige rehabilitering i form af vedligeholdende træning og fysisk aktivitet, fordi de åbenlyst har et omfattende og komplekst plejebestand og derfor ikke kan indgå i tidsafgrænset rehabilitering.

I betragtning af, at 25 procent af de personer, der i dag modtager kommunal hjemmehjælp, har en fremadskridende demenssygdom – en andel, der vil stige i de kommende år – vil der fremover tværtimod være behov for, at der tages særligt hensyn til personer med fremadskridende demenssygdomme.

Vigtigheden heraf understreges endvidere af det faktum, at en undersøgelse fra 2011 viser, at der fra 2009 til 2010 desværre er sket en halvering i andelen af kommuner, der tilbyder specielrettet genoptræning til mennesker med en demenssygdom.¹ Alzheimerforeningen skal endvidere henviser til hjemmehjælpskommissionens egne oplysninger på side 68 om, at mange kommuner allerede i dag udelukker personer med en demenssygdom fra at modtage rehabiliterende hjælp alene med begrundelse i demensdiagnosen.

Alzheimerforeningen skal derfor anbefale, at der i det videre arbejde med fremtidens hjemmehjælp, tages initiativer der skal sikre, at mennesker med en demenssygdom får den pleje og omsorg – herunder både rehabiliterende og vedligeholdende aktivitet samt kompenserende hjælp - de har behov for under hele sygdomsforløbet (jf. Sundhedsstyrelsens National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens).

2. Ingen uddannede medarbejdere i hjemmeplejen

Hjemmehjælpskommissionen peger i rapporten på, at de nye krav, der stilles til den kommunale hjemmehjælp, nødvendiggør, at medarbejderne har de rette faglige kompetencer, der skal til for at løse både de komplekse behandlings- og plejeopgaver samt de nye opgaver, der følger af det foreslåede paradigmeskift. Kommissionen anbefaler derfor, at det fremover sikres, at medarbejderne har de nødvendige faglige kompetencer og relevante uddannelser til at udføre de nye opgaver på hjemmehjælpsområdet – jvf anbefalingerne nr. 4, 12 og 20.

Alzheimerforeningen er enig med kommissionen i behovet for, at personalet er kvalificeret og har de nødvendige kompetencer. Dette er ikke mindst vigtigt, når der er tale om mennesker, der lider af en fremadskridende demenssygdom, hvor risikoen for fejlbehandling, omsorgssvigt og øget dødelighed er stor. Nødvendigheden af et fagligt kompetenceløft bliver endvidere tydelig, når man tager

¹ Kommunal træning af ældre 2010 - En undersøgelse foretaget af TNS Gallup for Danske Fysioterapeuter, Danske Handicaporganisationer, Ergoterapeutforeningen og Ældre Sagen, november 2010

det faktum i betragtning, at næsten 10 procent af alle ansatte i hjemmeplejen ifølge kommissionen i dag slet ingen uddannelse har. Kommissionen ser derfor gerne, at der kommer flere uddannede medarbejdere i hjemmeplejen, således at det fremover sikres, at medarbejderne har de nødvendige faglige kompetencer og relevante uddannelser. Kommissionen foreslår bl.a. at kommunerne opstiller konkrete mål for medarbejdernes uddannelsesmæssige baggrund, samt at kommunerne i leverandørkontrakterne stiller krav om, at medarbejderne har den nødvendige uddannelsesmæssige forudsætning.

Det er Alzheimerforeningens vurdering, at opgaven med at sikre, at alle medarbejdere i hjemmeplejen har de nødvendige faglige kompetencer og uddannelse, ikke alene kan løses ved henstillinger, målsætninger og krav til eksterne leverandører. Der skal også stilles krav til kommunerne selv. Alzheimerforeningen vil derfor foreslå, at det fremover stilles som krav til kommunerne, at alle medarbejdere, der skal arbejde i hjemmeplejen med mennesker med en demenssygdom, har den nødvendige faglige uddannelse hertil og løbende efteruddannes – uanset hvor disse medarbejdere er ansat.

3. Adgangskrav til social- og sundhedshjælperuddannelsen nødvendig

De nye krav til medarbejderne om dialog, tværfagligt samarbejde og kommunikation – jf. de særlige kompetencemål, der er opstillet for elever på social- og sundhedshjælper uddannelsen (s. 107) - stiller også krav til medarbejdernes motivation og lyst til at arbejde med personer, der har behov for støtte og hjælp i hverdagen. Motivationen til at uddanne sig til denne opgave skal derfor også være til stede allerede ved uddannelsernes start, og det er derfor bekymrende, at der ikke stilles særlige adgangskrav til studerende ved optag til social- og sundhedshjælperuddannelsen.

Alzheimerforeningen skal derfor foreslå, at der indføres adgangsbegrænsning til social- og sundhedshjælper uddannelserne for at sikre, at de studerende har de nødvendige faglige forudsætninger samt personlig motivation til at gennemføre uddannelsen.

4. Kvaliteten skal være ens – uanset om man bor i Thisted eller Gentofte

For mennesker med en demenssygdom og deres pårørende er det afgørende, at kvaliteten af den kommunale indsats er høj og tilpasset demenspatientens konkrete forhold, herunder især forhold betinget af demenssygdommens progression. Det er endvidere helt centralt, at kvaliteten af den kommunale indsats overfor mennesker med en demenssygdom er den samme uanset hvor i Danmark, man bor.

Det er Alzheimerforeningens opfattelse, at Hjemmehjælpskommissionens rapport og anbefalinger på flere områder understøtter dette hensyn. Men det er samtidig Alzheimerforeningens vurdering, at det fremover vil være nødvendigt

med flere initiativer og tiltag, der kan sikre ensartet kvalitet på tværs af kommunerne - også selvom dette vil gøre op med kommunernes muligheder for politisk at prioritere behandling og pleje, der adskiller sig fra evidensbaserede nationale anbefalinger.

Alzheimerforeningen er derfor enig med kommissionen i, at der er behov for en mere systematisk tilgang, og at det i den forbindelse vil være hensigtsmæssigt, at arbejde i retning af en øget standardisering. Alzheimerforeningen er også enig i kommissionens anbefaling om, at det ad lovgivningens vej sikres, at alle kommuner arbejder med rehabiliteringsforløb ud fra en fælles og bred forståelsesramme. Kommissionens anbefaling om, at der udarbejdes nationale kvalitetsindikatorer på hjemmehjælpsområdet, vil også - efter Alzheimerforeningens opfattelse - kunne bidrage positivt til sikring af ensartet kvalitet kommunerne imellem. Men Alzheimerforeningen ser gerne, at der indføres nationale og bindende standarder for den kommunale pleje- og omsorgsindsats overfor mennesker med en demenssygdom.

Alzheimerforeningen skal derfor foreslå, at Folketinget tager initiativ til at indføre nationale og bindende standarder, der sikrer, at den kommunale hjemmepleje lever op til vedtagne kvalitetsmål.

5. **Frivillige foreninger er afgørende for den frivillige indsats**

Hjemmehjælpskommissionen medtager i rapporten og dens anbefalinger et kapitel om den frivillige sociale indsats i samspillet med kommunerne. Kommissionen hilser den store frivillige indsats velkommen, men understreger, at det efter kommissionens opfattelse fortsat skal være hjemmeplejen, der skal løse de opgaver, som modtagerne visiteres til. Kommissionen vil dog på den anden side ikke opfatte den frivillige indsats alene som et supplement til den offentlige. De frivillige bør i stedet ses som en tæt samarbejdspartner. Hjemmehjælpskommissionen anbefaler derfor, at kommunerne har løbende fokus på, at inddrage frivillige foreninger og organisationer og øvrige frivillige i indsatsen overfor personer over 65 år i eget hjem. Kommissionen anbefaler endvidere, at der både nationalt og lokalt arbejdes for at skabe gode rammer for den frivillige indsats.

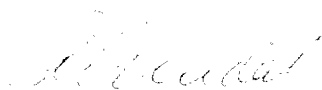
Alzheimerforeningen er enig med Hjemmehjælpskommissionen i vigtigheden af at skabe gode rammer for den frivillige indsats og hilser kommissionens forslag om fokus på at inddrage de frivillige foreninger og organisationer i samarbejde om hjælpen til mennesker - f.eks. demenspatienter - der har behov for hjælp, velkommen. Alzheimerforeningen anerkender også at frivillighedsbegrebet i dag udfordrer eksisterende foreninger og organisationer, og at det derfor er nødvendigt også at inddrage andre former for frivilligt engagement, end det, der kommer til udtryk via det organiserede foreningsarbejde.

Men Alzheimerforeningen finder det påkrævet at understrege, at ryggraden i den frivillige indsats fortsat bør komme fra en organiseret og demokratisk foreningskultur. Det er derfor afgørende, at det offentlige aktivt medvirker til at skabe relevante rammer for den frivillige indsats og de frivillige foreningers organisatoriske arbejde.

Alzheimerforeningen vil i den forbindelse henvise til det netop offentliggjorte charter for samspil mellem den frivillige verden og det offentlige.

Har ministeriet spørgsmål eller kommentarer til ovenstående bemærkninger står vi naturligvis til rådighed herfor.

Med venlig hilsen



Anne Arndal
Landsformand
Alzheimerforeningen



Nis Peter Nissen
Direktør
Alzheimerforeningen

Social- og Integrationsministeriet
Departementet / sm@sm.dk; ssk@sm.dk
Holmens Kanal 22
1060 København K



Høringsvar til Hjemmehjælpskommissionens rapport fra Center for Sund Aldring (j.nr. 2013-4642)

14. AUGUST 2013

Center for Sund Aldring takker mange gange for muligheden for at indgive høringssvar til Hjemmehjælpskommissionens rapport *Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats*. Center for Sund Aldring har følgende bemærkninger:

CENTER FOR SUND ALDRING

BLEGDAMSVEJ 3B
2200 KØBENHAVN N

Rapporten fremlægger et grundigt indblik i relevante områder, som vedrører ældre danskeres brug af og behov for pleje og omsorg. Gennemgående tages der afsæt i det nye "paradigmeskifte" i ældreplejen med fokus på rehabilitering; en tilgang som andre steder også er blevet benævnt *hverdagsrehabilitering* (Kjellberg et al. 2013). Da dette begreb er blevet lanceret bl.a. ved brug af ordene "konkurrencedygtigt" og "billigere og bedre" (ibid.), har der hævet sig advarende og bekymrede røster over risikoen for, at ældre svage borgere i Danmark med de nye tiltag vil blive tilbudt træningsøvelser i stedet for pleje ved vedvarende funktionstab (Thuesen 2013, Kamp in print, *Social Fokus*, april 2012).

TLF 35327061

DIR 35327081

tig@sund.ku.dk

www.sundaldring.ku.dk

REF: TIG

SAG: 510-012/13-3000

Sagsnr. oplyses ved henv.

Det er således prisværdigt og positivt, at denne rapport omhyggeligt sætter borgeren i centrum og pointerer, at ydelser skal gives med udgangspunkt i de ønsker og behov, hver enkelt borger måtte have, og ikke ud fra medarbejderes vilkårlige opfattelser af rigtigt og forkert. Rapporten og dens anbefalinger er derfor vigtig læsning for de ansvarlige politikere.

Der er få elementer i rapporten, som her skal kommenteres. Det første og det væsentligste drejer sig om målgrupper. Det er en kvalitet ved rapporten, at der fremlægges mange fine redegørelser for det komplekse fænomen, som "en ældrebefolkning" rummer: nemlig at nogle er raske og andre er syge, og mange er midt imellem, samt at det er essentielt, at der bliver taget individuelle hensyn til dette. Svage ældre nævnes mange gange, og det er meget vigtigt, idet det er dem, der er i risikozonen, hvis det nye paradigmeskifte i modsætning til rapportens anbefalinger ikke sætter borgerne i centrum. Blandt specifikke grupper af svage ældre nævnes køn og indkomst som af-

gørende parametre for udfaldet, men der fokuseres ikke i nævneværdig grad på den slags subkategorier, som kan udgøre medvirkende risici for svækkelse og sårbarhed i alderdommen.


SIDE 2 AF 3

Især er der én kategori, som på intet tidspunkt nævnes specifikt, trods de dokumenterede problemer; højere dødelighed og sygdomsfrekvens, som gruppen repræsenterer, nemlig ældre indvandrere fra især ikke-vestlige lande. om hvem det er rapporteret flere steder, at der er særlige behov for indsatser med hensyn til sundhedsfremme (Singhammer 2008, Eskildsen et al. 2008, Samuelsen og Olesen 2012, Gronwald et al. 2012). Man kunne muligvis argumentere for, at de sårbare ældre blandt indvandrerne allerede er indregnet i formuleringerne om "de svage", men det er dokumenteret, at gruppen i særlig grad er udsat for sygdom og manglende brug af de kommunale tilbud om pleje og omsorg, og det ville være hensigtsmæssigt med nogle specifikt målrettede hensigtserklæringer om dette i rapporten, fordi det kræver en ekstra indsats at få de ældre indvandrerborgere indrullet i sundheds- og plejeområdet, så de får lige adgang til de offentlige ydelser som andre danskere. Det er en vanskelig opgave, og man kunne således pointere, at det kræver politiske beslutninger, som det nyligt er set i Københavns Kommune, der fra 2013 indfører et multietnisk plejehjem som et politisk og dermed reelt praktisk initiativ. Emnet berører flere afsnit i rapporten. Det kunne således også nævnes under medarbejdere og uddannelse med anbefalinger til og/eller om medarbejdere med anden etnisk baggrund end dansk, som kan få stor betydning i fremtiden, både som medarbejdere i ældreplejen, men også som mulige iværksættere af virksomheder, der fungerer som private leverandører af mad eller pleje, som det fx ses i Tyskland. Også inden for det frivillige område kunne det nævnes, at der er gode erfaringer med frivillig indsats, men brug for langt mere (Gronwald et al 2012).

En anden kommentar vedrører afsnittet om studier af livskvalitet på plejehjem; ASCOT (s. 44-45). Forklaringen på, hvordan de tre figurer skal læses og forstås, er ikke helt klart formuleret; derfor bliver det svært at få mening ud af figurerne, og farverne svarer ikke til de angivne forklaringer. Endvidere fremkommer noget, der umiddelbart ser modsætningsfuldt ud på side 45, idet det fremgår, at den gruppe, der får mest hjemmehjælp, løftes til et lavere niveau af livskvalitet end de øvrige grupper, mens der lige nedenfor angives: "Alle 3 grupper af hjemmehjælpsmodtagere opnår således nogenlunde det samme nuværende livskvalitetsniveau." Dette virker ikke klart forståeligt og bør forklares nærmere.

Vi håber, at disse kommentarer kan bidrage med værdi til det videre arbejde og takker endnu engang for muligheden for at kommentere rapporten.

Med venlig hilsen - på vegne af Center for Sund Aldring


Tina Gottlieb, Centeradministrator

BILAG:

SIDE 3 AF 3

Litteratur

Eskildsen, Nanna Bjerg, Dan Biswas, Nanna Ahlmark (2008). *Indsatser målrettet etniske minoriteters sundhed i danske kommuner - En kortlægning af sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København.

Gronwald, Signe Sofia, Maria Benavente Rasmussen og Anne Leonora Blaakilde (2012). *Sundhedsfremme for udsatte borgere med anden etnisk baggrund end dansk. Erfaringer fra ti gode virkerum for sundhed i København*. Rapport udgivet af Center for Sund Aldring, Københavns Universitet.

Kamp, Annette (2013). Rehabilitering og empowerment i hjemmeplejen – begejstring, krydspres og paradokser. In print in *GERONTOLOGI. Aldring og ældre – forskning og udvikling*.

Kjellberg, Pia Kürstein, Jakob Kjellberg og Rikke Ibsen (2013). Længst Muligt i Eget Liv og hverdagsrehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune. GERONTOLOGI. Aldring og ældre – forskning og udvikling.; Nr. 1; 4-7.

Samuelsen, Helle og Birgitte Ravn Olesen (2008). *Forebyggelse og sundhedsfremme blandt etniske minoriteter – inspiration til kommunen*. Sundhedsstyrelsen.

Singhammer, John (2008). *Etniske minoriteters sundhed*. Center for Folkesundhed, Region Midtjylland.

Social Fokus (april 2012). Udgivet af Socialstyrelsen:
(<http://shop.socialstyrelsen.dk/collections/social-fokus/products/social-fokus-aeldre-april-2012>)

Thuesen, Jette (2013). Er det legitimt at være gammel og svækket? *GERONTOLOGI. Aldring og ældre – forskning og udvikling; Nr. 1; 20-21.*

Fra: Dansk Arbejdsgiverforening [<mailto:DA@da.dk>]

Sendt: 4. juli 2013 14:59

Til: Lovekspeditionen

Emne: SV: Høring over Hjemmehjælpskommissionens rapport " Fremtidens hjemmehjælp - ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats"

Under henvisning til det til DA fremsendte høringsbrev af d.d. vedrørende ovennævnte skal vi oplyse, at sagen falder uden for DA's virkefelt, og at vi under henvisning hertil ikke ønsker at afgive bemærkninger.

Med venlig hilsen

Elise S. Hansen
Chefsekretær

Social- og Integrationsministeriet
Departementet
Holmens Kanal 22
1060 København K

Dansk Blindesamfund
Landsforening af blinde
og svagsynede i Danmark

Taastrup, 14.08.2013

Dansk Blindesamfund har med tak modtaget rapport fra Hjemmehjælpskommissionen, Fremtidens Hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats. Der henvises til J.nr. 2013-4642.

Nedenfor vil vi fremkomme med bemærkninger til resultatet af kommissionens arbejde. For så vidt angår de mere generelle synspunkter, kan vi tilslutte os de bemærkninger, som Danske Handicaporganisationer er fremkommet med i sine bemærkninger. Vi finder det bekymrende, at man for det første har slået en streg ved 65 år og altså på den måde i sit arbejde har ladet borgere under denne aldersgrænse ude af betragtning. Selv om personer med funktionsnedsættelser er nævnt forskellige steder i rapporten og i anbefalingerne, især personer med såkaldte komplekse funktionsnedsættelser, så er der også i rapporten foretaget en skelnen mellem hjemmehjælp til ældre borgere og borgere med et handicap, hvilket vi finder særdeles uheldigt eller mangelfuldt, idet det ofte vil være borgere med et handicap, der i en kortere eller længere periode vil kunne have behov for støtte fra den sektor, som behandles i kommissionens rapport.

Inden vi fra Dansk Blindesamfunds side kommenterer en række af de anbefalinger, som rapporten munder ud i, er det afgørende for os mere generelt at præcisere de vilkår og de udfordringer, som borgere med et alvorligt synshandicap møder i hverdagen og som er afgørende for de eventuelle rehabiliterende forløb og de behov for compensation, som den enkelte kommune skal levere for at disse borgeres ressourcer, selvværd og delagtighed kan blive udfoldet i fuldt omfang.

Synshandicap med alle dets forskellige grader og årsager optræder for størstedelen hos personer, der er mere end 60 år. Derfor kan man antage, at fokus for hjemmehjælpskommissionens anbefalinger i princippet vil være uhyre relevante for denne gruppe.

Når en borger rammes af et alvorligt synshandicap, indtræder der i en overgangsperiode en række funktionsnedsættelser, som i bredde og kompleksitet er langt videre end de to typiske aspekter, som typisk karakteriserer et synshandicap: Begrænsninger i evne og mulighed for at færdes og begrænsninger i muligheden for at kommunikere og tilegne sig viden generelt og specifikt.

Eftersom mere end firs procent af alle sanseindtryk hos personer med fuldt syn skaffes gennem øjnene, vil en alvorlig synsnedsættelse /blindhed indebære, at en lang række aktiviteter, funktioner og dagligdags gøremål som udgangspunkt, både praktisk men ikke mindst psykisk og socialt opfattes som umulige eller meget svære at udføre. Indkøb, rengøring, besøg, fritidsaktiviteter, social omgang med seende venner, familie og bekendte, avislæsning, læsning af bøger, teater, TV-kiggen, og meget andet vil opleves som hørende fortiden til. Borgeren har været afhængig af sit syn til at håndtere alle disse aktiviteter og gøremål, og uden synet vil borgeren i de første stadier efter en alvorlig synsnedsættelse socialt og psykisk, samt også praktisk føle sig lammet og hæmmet.

Der eksisterer en række teknikker og færdigheder, som kan indlæres, og der kan desuden ved erhvervelse af visse nødvendige hjælpemidler med tiden, efter træning og ofte ved møde med andre personer med et synshandicap (mestring, ligemandsoplæring) gradvis ske en tilbagevenden til flere aktiviteter som kan siges at være udtryk for et rigere liv mere jævnbyrdigt med seende borgere.

Får borgeren bevilget en hvid stok og modtager pågældende en grundig og målrettet mobilitytræning, vil grundstenen være lagt til at pågældende selvstændigt vil kunne bevæge sig ud i hvert fald i nærmiljøet uden at komme til skade, samtidig med, at borgeren vil lære at acceptere, at den hvide stok er et vigtigt signal til omgivelserne om synshandicappet. Men det betyder aldrig, at borgeren med et synshandicap vil kunne færdes som de seende. Med afmærkningsudstyr eller labels kan den synshandicappede borger lære sig at sortere tøj i farver og skelne mellem forskellige medicinprodukter eller ingredienser i køkkenet, men det indebærer ikke, at pågældende med samme lethed og hurtighed som seende vil kunne sortere og identificere genstande.

En årsag til at hastigheden, hvormed aktiviteter udføres, er nedsat, er, at "overblikket" forsvinder og erstattes af behovet for en mere detaljeret afsøgning og identifikation.

For at processen fra sorg, frygt og handlingslammelse til mestring af færdigheder og tro på sit eget sociale værd kan ske, skal der udefra tilføres lærdom, forståelse, personlig støtte og træning. Hertil kommer behovet for, at omgivelserne kan acceptere og involvere borgere med et synshandicap i aktiviteter og samvær igen, typisk efter at der har været en omfattende stilstand. Omverdenen vil nemlig i mange situationer trække sig tilbage. Det sker på grund af usikkerhed og frygt for at støde den nyblinde. Samtidig vil den synshandicappede ofte, måske helt misforstået, trække sig, fordi pågældende tror, at venner, bekendte og familie ikke ønsker at omgås pågældende.

Når vi kort har beskrevet de barrierer af praktisk og psykosocial karakter, som skal overvindes, er det for at vise, at der kræves særlige færdigheder og en særlig tilpasset rehabilitering for at nå til en højere grad af involvering, selvværd og reetablering af dagligdags funktioner og aktiviteter. Disse færdigheder kræver en særlig kompetence, som ikke automatisk er til stede hos professionelle, der har en generel viden og er empatiske mennesker. Til gengæld er vi ud fra mange års erfaring, af den opfattelse, at overvindes de nævnte barrierer i tilstrækkelig grad, kan også ældre borgere med et alvorligt synshandicap levere ressourcer som kan være med til at reducere behovet for varig støtte. Indsatsen skal dog både i den nævnte procesperiode og efterfølgende kombineres med en eller anden form

for kompenserende støtte, idet ingen rehabiliterende indsats som sådan kan føre til en forbedring eller erhvervelse af det mistede syn. Mens en borger med fysiske handicaps i betydelig grad kan genoptrænes eller ofte kan opnå en markant forbedret funktionsevne, vil forbedret syn ad medicinsk eller kirurgisk vej kun kunne opnås i forbindelse med fx grå stær operationer. Derimod vil compensation i form af fx etablering af god belysning, passende optik og lignende kunne sikre, at det nedsatte residuale syn kan bruges optimalt, hvilket vil føre til muligheden for et forbedret funktionsniveau.

Med ovenstående in mente kan vi fuldt ud støtte indholdet i anbefaling 5. Det er vores opfattelse at rehabilitering på trods af visse rapporter og hvidbøger i Danmark er en mangelfuldt udfoldet institution, selvom rehabilitering af borgere med et synshandicap er veldokumenteret både hvad angår metodik og indsatsområder.

Vi kan i den forbindelse fuldt ud støtte de principper for rehabilitering, som er nævnt i anbefaling 6, men må i den forbindelse pege på de særlige behov og aspekter, som ovenstående karakteristik af konsekvenserne af et synshandicap nødvendiggør.

I denne forbindelse kan vi i Dansk Blindesamfund tilslutte os anbefaling 7, som peger på bredden i rehabiliteringsindsatsen (jf. i denne forbindelse tillige anbefaling 9), men vi kan være noget i tvivl om, hvorvidt begrebet "komplekse behov" også omfatter personer med et alvorligt synshandicap. Når vi peger på dette forhold, er det på baggrund af en række tilkendegivelser fra fagfolk i kommuner, der tyder på, at alvorlig synsnedsættelse slet ikke opfattes som et handicap og i hvert fald ikke som et alvorligt handicap. Det turde vores redegørelse først i dette høringssvar forhåbentligt mane i jorden.

I anbefaling 11 og 12 behandles problemerne vedrørende og principperne for støtte til ældre borgere, som er svage. Det er Dansk Blindesamfunds opfattelse, at det at være ældre og have en alvorlig funktionsnedsættelse som eksempelvis en omfattende synsnedsættelse, meget vel kan kategoriseres under den gruppe, som betegnes at have et omfattende og komplekst behov, og at de hensyn som er opstillet i anbefaling 12 derfor er yderst relevante. Med henvisning til redegørelsen først i nærværende kommentar kan en dedikeret og kvalificeret indsats dog reducere synshandicappede borgeres behov for støtte og hjemmehjælp. Det er dog, jf. kvalitetsparameter 3 under anbefaling 12 en forudsætning, at de medarbejdere, som involveres, har netop den forståelse og de kompetencer, som er relevante og særegne for at imødekomme synshandicappede borgeres behov for træning og fornøden compensation.

Det er muligt, at anbefaling 19 om borgere med komplekse behov og fokus på en helhedsorienteret indsats er tænkt også at gælde for de svagere borgere, som er nævnt her.

Når fokus herefter sættes på tværfaglig visitering, jf. anbefaling 16, sammenholdt med anbefaling 3 om at sætte aldersgrænsen for forebyggende hjemmebesøg op til 80 år, bemærker vi, at behovet for borgere med en alvorlig synsnedsættelse, der ofte vil have en tendens til at isolere sig og afholde sig fra at færdes ude af frygt for at falde eller komme til skade, tilsiger, at personer med en alvorlig funktionsnedsættelse stadig bør modtage forebyggende hjemmebesøg fra det 75. år eller måske endda fra et tidligere tidspunkt. Jo senere man sætter ind med sådanne besøg, jo større er risikoen for, at man ikke opdager, at

borgere, der ikke fungerer udadvendt, eksempelvis kan have pådraget sig en alvorlig, eventuelt progredierende synsnedsættelse.

I den forbindelse finder vi, at princippet om i højere grad at anvende gruppebaserede tilbud som udgangspunkt ikke skønnes at være optimale for personer med et alvorligt synshandicap. For det første vil mange borgere med et alvorligt synshandicap opleve praktiske færdevanskeligheder i forbindelse med at finde frem til og give møde ved sådanne arrangementer. For det andet vil disse personer med et synshandicap ofte i en større gruppe blive usynlige og deres særlige behov vil ikke i tilstrækkelig grad komme frem og blive detekteret af visitator eller andre deltagende professionelle. Med udgangspunkt i de erfaringer, som er nævnt i indledningen til dette høringssvar er det vores erfaringer, at en række psykosociale faktorer vil betyde, at personer med et synshandicap ikke vil kunne få den fornødne fokus i en gruppeudredning.

Med henvisning til de særlige fokusområder og metoder samt den forståelse af de faglige og psykiske udfordringer, som borgere med et synshandicap står overfor, er det Dansk Blindesamfunds opfattelse, at det bør være et led i at kvalificere medarbejdere, bringe dem fornødne kompetencer og kvalifikationer, jf. anbefaling 20, og samtidig trække på de eksisterende videntres og dedikerede institutioners viden. Her tænkes især på synsrådgivningerne landet over som Institut for Blinde og Svagsynede og Blindecentret Bredegaard, som bør involveres i vejledning, træning, rådgivning og kompetenceopbygning.

I anbefalinger 24-27 behandles fænomenet digital velfærd. Denne palet af redskaber og løsninger vinder i tråd med den teknologiske udvikling indpas både i institutioner og i borgernes hjem. I den forbindelse fokuserer kommunerne i stigende grad på løsninger, der har til formål at erstatte praktisk hjælp i hjemmet med såkaldt velfærdsteknologi. Forskellige studier af dette område viser, at det for det første ikke er klart, hvor sondringen findes mellem generelle teknologibaserede hjælpemidler som fx en el-kørestol og velfærdsteknologiske løsninger. Spisemaskinen og robotstøvsuger samt overvågningsudstyr samt stemmestyret aktivering af apparatur og belysning er vel typiske eksempler på såkaldt velfærdsteknologi, men grænsen er uafklaret, og der kan peges på mange eksempler på teknologi, der kan karakteriseres som hørende til den ene eller den anden kategori af hjælpemidler, eksempelvis den talende smartphone, apps til samme, gps-baserede navigationsudstyr tilpasset synshandicappedes særlige behov m.v.

Set ud fra et aspekt, som tilgodeser personer med et synshandicap, er der behov for, at der forskes i og designes velfærdsteknologi, der kan betjenes af personer med et synshandicap, som er tilstrækkelig driftssikker og kan give den fornødne information/feedback til brugeren. Samtidig er der behov for, at der stilles fornødne træningsmuligheder til rådighed for personer med et synshandicap for at de kan sættes i stand til, på en meningsfuld måde, at betjene udstyret.

Endelig skal Dansk Blindesamfund i forhold til anbefaling 28 og 29 om den frivillige sociale indsats bemærke, at vi varmt kan anbefale, at de NGO'er / foreninger, som repræsenterer og har viden om specifikke grupper som fx Dansk Blindesamfund på synshandicapområdet, involveres i stigende grad i det sociale arbejde. I foreningen arbejder knap et halvt hundrede konsulenter landet over med at bistå borgere med et synshandicap i socialfaglige spørgsmål,

men også formidling af praktiske råd, arbejde for at indsluse borgere med et synshandicap i foreningens sociale klubber samt som noget meget vigtigt fungerer de som levende rollemodeller for især ny-synhandicappede og dermed medvirker til at skabe håb og en gryende selindsigt hos disse. En gruppe som denne bør i langt højere grad involveres i den samlede ressourcebank.

Det er i den forbindelse vigtigt, at de kompetencer og den livslange læring, personer i frivillig Danmark besidder, bringes i anvendelse, hvad enten den er af konkret faglig eller akademisk karakter.

Samtidig er det vigtigt, at det offentliges adgang til frivilligsektoren til enhver tid sikrer, at frivilligheden sættes i centrum og at frivillige ikke forudsættes at varetage faste obligatoriske opgaver eller opgaver af en art, som forudsætter professionel medvirken, fx inden for områder som fortrolighed, privat rådgivning, bisidderarbejde m.v.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'John Heilbrunn', written in a cursive style.

John Heilbrunn
næstformand

Social – og Integrationsministeriet
Att.:
Holmens Kanal 22
1060 København k

11. august 2013

Hørings svar vedr. hjemmehjælpskommissionens anbefalinger

Høringsbrevet er modtaget af Dansk Erhverv den 4. juli 2013. Høringen omhandler de 29 forslag, som Hjemmehjælpskommissionen har fremsat. Dansk Erhverv har været repræsenteret i Hjemmehjælpskommissionen og kvitterer for inddragelsen i Kommissionens arbejde.

Dansk Erhverv arbejder overordnet for en effektiv offentlig sektor, hvor private, frivillige og selvejende aktører kan tilbyde alternativer til den offentlige opgaveløsning. Dansk Erhverv repræsenterer en bred vifte af ikke-offentlige aktører på socialområdet, herunder en række plejehjem, leverandører af hjemmeservice og ikke-offentlige aktører med erfaring indenfor genoptræning og rehabilitering.

Hørringsvaret er opdelt i generelle kommentarer samt specifikke kommentarer, der knytter sig til lovforslagets enkelte bestemmelser.

1) Generelle kommentarer

Dansk Erhverv støtter overordnet de fremsatte forslag fra Hjemmehjælpskommissionen og det gennemgående fokus på at borgeren skal kunne klare sig længst muligt i eget hjem. Hverdagsrehabiliteringen kan netop forene større livskvalitet for borgeren ved at mestre eget liv med markante besparelser i udgifterne til hjemmehjælp.

Dansk Erhverv er enig i, at et paradigmeskifte i fremtidens ældrepleje med langt større fokus på forebyggelse, rehabilitering og træning er nødvendig. Borgeren skal have den hjælp de har behov for og det kræver en mere differentieret hjemmehjælp.

Dansk Erhverv påpeger dog samtidigt at de øgede fokus på hverdagsrehabilitering giver en række uafklarede relationer til frit valg på hjemmehjælp og hvordan man bedst inddrager af ikke-offentlige aktører.

MLR
mlr@danskerhverv.dk

Side 1/3

-

Vores ref.: SAG-2012-02794

-

307579

Dansk Erhverv mener ikke Kommissionen i tilstrækkelig grad indtænke. Der er rigtig mange ikke offentlige aktører på hjemmehjælpsområdet, men der er kun meget få reference til private aktører.

Dansk Erhverv er overordnet positiv overfor anbefalingerne, men foreslår fremadrettet:

- 1) **Lovgivningsmæssig afklaring af rehabilitering:** En større afklaring mellem hjemmehjælp efter §83, hvor borgeren har frit valg og § genoptræning §86 i serviceloven. Hvis færre ældre i fremtiden skal have almindelig hjemmehjælp efter serviceloven, risikerer vi at udhule det frie valg, da borgeren ikke har ret til at vælge en anden leverandør end kommune
- 2) **”Rehabiliteringspakker”:** At rehabilitering tænkes i pakker, så alle kommuner følger de samme retningslinjer.
Pakkerne skal gøre det nemmere for kommunerne at komme i gang med en mere systematisk hverdagsrehabilitering samt sikre at ikke-offentlige aktørers ressourcer og faglige kompetencer inddrages i processen. Dermed skal indsatsen også sikre at vækst og eksportpotentialer i forbindelse med hverdagsrehabilitering realiseres

Det vil sikre en mere ensartet høj kvalitet for borgeren, og vi undgår 98 forskellige kommunale modeller. Samtidig gør vi det lettere at inddrage den private sektor, der også har meget at byde ind med på rehabilitering

- 3) **Udvidet frit valg:** Borgeren skal have frit valg på leverandør af rehabilitering/genoptræning

Specifikke kommentarer

Nedenfor følger overordnede kommentarer til Kommissionens enkelte anbefalinger. Dansk Erhverv deltager gerne i det videre arbejde med at fremtidssikre vores hjemmehjælp.

Kommentarer anbefalinger 2-4 vedr. forebyggelse

Dansk Erhverv har længe efterspurgt et større fokus på forebyggelse og understreger at mange ikke-offentlige aktører har gode erfaringer med forebyggende indsatser, som også med fordel kan inddrages i forbindelse med et paradigmeskift i hjemmeplejen.

Kommentarer anbefalinger 5-10 vedr. træning og rehabilitering

Dansk Erhverv er overordnet enig i anbefalingerne, men savner at anbefalingerne i højere grad

Derudover foreslår Dansk Erhverv at der sker en afklaring af forholdet mellem servicelovens § 83 og 86, at der udvikles ”rehabiliteringspakker” samt at der indføres frit valg for også § 86 (jf. generelle kommentarer).

Kommentarer anbefalinger 11-12 vedr. indsats for svagere målgrupper

Dansk Erhverv har ikke umiddelbart kommentarer til disse anbefalinger

Kommentarer anbefalinger 13-19 vedr. organisering og ledelse

Dansk Erhverv er overordnet enig i anbefalingerne, men påpeger at ligebehandlingsprincippet skal holdes for øje samt en mere gennemsigtig prisstruktur.

Derudover forslår Dansk Erhverv at der sker en afklaring af forholdet mellem servicelovens § 83 og 86, at der udvikles "rehabiliteringspakker" samt at der indføres frit valg for også § 86 (jf. generelle kommentarer).

I forhold til anbefaling 16 om afregningsmodeller, at det er helt afgørende at der fremadrettet sker en prissætning og afregning, der er gennemskuelig. I dag er der alt for mange eksempler på at det er yderst vanskeligt at få et overblik over, hvordan kommunerne er nået til deres timepriser.

I udvikling af nye afregningsmodeller er det helt afgørende, at der er klare regler for, hvad det ligger til grund for timeprisen, såfremt en kommune afregner efter de kommunale priser. Dansk Erhverv er positiv overfor at udvikle nye afregningsmodeller med fokus på at forbedre borgerens funktionsniveau og indgår gerne i en yderligere dialog om sådanne modeller.

Kommentarer anbefalinger 20 vedr. medarbejder kompetencer

Dansk Erhverv mener i forlængelse af Kommissionens anbefalinger at uddannelse af medarbejdere er en forudsætning for at kunne gennemføre de ønskede ændringer i hjemmepleje, som vi kender det i dag. Dansk Erhverv påpeger dog samtidigt, at der skal sikres lige adgang til relevante kurser mm, for både offentlige og ikke-offentlige aktører.

Kommentarer anbefalinger 21-23 vedr. dokumentation

Dansk Erhverv mener det er fornuftigt at have fokus på dokumentation for at indsatsen for borgeren giver mening samt at borgeren får den hjælp, der er krav på.

Samtidigt oplever ikke-offentlige frit valgsleverandører, der opererer i flere kommuner, at være blive tvunget til at bruge kommunens kørselssystem (system til planlægning af medarbejdernes besøg og kontrol af dette). Dette er besværligt, når man opererer i mange kommuner samt også kører for private kunder.

Dansk Erhverv mener det fremadrettet bør prioriteres at sikre at de forskellige kommunale systemer, kan tale sammen, så man kan sende data fra et system til et andet. Det vil desuden gøre det markant lettere at dele relevant information om borgere, når dette er fagligt begrundet.

Kommentarer anbefalinger 24-27 vedr. digital velfærd

Dansk Erhverv er enig i anbefalingerne og vil blot tilføje, at det bør være lettere for kommunerne at genbruge data på tværs af de enkelte forvaltninger, da dette er væsentligt for at sikre bedre koordination og helhedsorienterede indsatser for borgere, der har brug for hjælp i hjemmet.

Dansk Erhverv står til rådighed for dialog og uddybning af ovenstående kommentarer.

Med venlig hilsen

Marie Louise Løvingreen Rasmussen

Velfærdspolitisk Chef
Dansk Erhverv



9. august 2013

ANBR

Social- og Integrationsministeriet
Att.: Sendt pr. e-mail til p-aeldre@sm.dk, kopi
til ssk@sm.dk med henvisning til j. nr. 2013-
4642

Dansk Industri
Confederation of Danish Industry

Høring over Hjemmehjælpskommissionens rapport "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats"

DI har den 4. juli 2013 modtaget høringsmateriale om Hjemmehjælpskommissionens rapport. DI takker for muligheden for at afgive et høringssvar.

DI er enig i Hjemmehjælpskommissionens hovedkonklusion om, at fremtidens hjemmehjælp i højere grad skal fokusere på at hjælpe den enkelte ældre til at klare sig selv.

De ældre skal have hjælp og støtte til at udnytte de evner, de har. Det skal blandt andet ske ved at benytte den nyeste teknologi i et samspil mellem kommuner, regioner og private virksomheder.

Udviklingen af ny teknologi sker i de private virksomheder, men det kræver et tæt samspil med den offentlige sektor, der er afgørende for afdækningen af nye behov og afprøvningen af nye løsninger, der kan bistå de ældre med at blive uafhængige af hjælp i længere tid og selv bestemme over deres liv.

Samspillet mellem den offentlige og private sektor er samtidig afgørende for danske virksomheders mulighed for eksport af løsninger til udlandet og dermed vækst og beskæftigelse. Uden referencer fra et velfungerende hjemmemarked er det næsten umuligt for danske virksomheder at slå igennem på nye markeder. Det har regeringen senest sat fokus på i sin vækstplan for sundheds- og velfærdsløsninger, hvilket DI gerne vil kvittere for.

Men der er behov for at få sat handling bag ordene og for alvor få åbnet den offentlige sektor op for de private virksomheder. Konkurrenceudsættelsen i kommuner og regioner er nærmest stagneret de sidste to år – en periode hvor der ikke har været opstillet nationale måltal for konkurrenceudsættelsen. Det er derfor nødvendigt, at regeringen genindfører brugen af mål for kommunerne og regionernes konkurrenceudsættelse.

Hjemmehjælpskommissionen anbefaler, at kommunerne anlægger et tværfagligt perspektiv i visitationen på ældreområdet, hvor behovet for hjemmehjælp



Dansk Industri

sammenholdes med behovet for eksempelvis hjælpemidler, træning og hjemmesygepleje. Det er et godt eksempel på et område, hvor danske virksomheder har kompetence og erfaring at byde ind med.

I forlængelse heraf anbefaler kommissionen, 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.

Det kan DI kun bakke op om, da økonomiske incitamenter med effektfokus bidrager til en effektiv opgaveløsning. I den forbindelse er det dog væsentligt at understrege betydningen af lige vilkår og lige konkurrence mellem den offentlige sektor, selvejende institutioner og de private virksomheder.

DI deltager gerne i de videre overvejelser om udmøntningen af anbefalingerne fra Hjemmehjælpskommissionens anbefalinger. DI har i den forbindelse noteret sig, at regeringen vil offentliggøre et ældrepolitisk udspil til efteråret, hvilket DI gerne indgår i en dialog omkring.

Med venlig hilsen

Mette Rose Skaksen
Branchedirektør

danske bioanalytikere

Til

Social-, Børne- og Integrationsministeriet
Holmens Kanal 22
1060 København K

12. august. 2013

Høringssvar på Hjemmehjælpskommissionens rapport "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats"

Danske Bioanalytikere hilser Hjemmehjælpskommissionens rapport "Fremtidens hjemmehjælp- ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats" velkommen.

Danske Bioanalytikere er ikke selvstændig høringspart, men vi indsender et høringssvar for at gøre opmærksom på nogle vigtige aspekter af kronikerindsatsen i fremtidens hjemmepleje og hjemmesygepleje, som rapporten ikke berører.

Sikker monitorering af kronikere

I takt med at antallet af ældre borgere med en eller flere kroniske sygdomme stiger, anbefaler Danske Bioanalytikere, at kommuner sætter fokus på sikker monitorering og behandling af kroniske sygdomme.

I fremtiden vil det blive mere almindeligt at kroniske sygdomme, fx KOL, diabetes og hjertekarsygdomme, monitoreres med små håndholdte analyseapparater – også kaldet Point of Care Testing (POCT). POCT muliggør, at borgeres helbred kan testes og monitoreres udenfor sygehusene, fx i hjemmet eller plejecentre.

En sikker behandling og monitorering af kroniske sygdomme vha. POCT udstyr fordrer dog, at analyseudstyret anvendes og fungerer korrekt.

Bioanalytikere er uddannede til at anvende og kvalitetssikre POCT udstyr. De kan med fordel stå for uddannelse af andre sundhedsprofessionelle og patienter i korrekt brug af analyseudstyret, samt rådgive om svartolkning og stå for den lø-

Sekretariatet
Skindergade 45-47, 1.
1159 København K
Tlf: 4422 3246
Fax: 4422 3232
www.dbio.dk
Email: dbio@dbio.dk
Jyske Bank
5043-1308159

bende for kvalitetssikring af udstyret.

Tværasektorielt samarbejde giver øget livskvalitet

Danske Bioanalytikere anbefaler også, at kommunerne styrker samarbejdet med almen praksis og sygehuse i forhold til borgere med kroniske sygdomme.

Et eksempel på at samarbejde giver øget livskvalitet for borgere med kroniske sygdomme, samtidig med at der sikres en bedre ressourceudnyttelse i sundheds-væsnen, er samarbejdet mellem Næstved Sygehus og en række kommuner og almen praksis.

På Center for Trombose og Hæmostase, Næstved Sygehus uddanner bioanalytikere hjemmesygeplejersker i at foretage målinger af blodets koagulationsevne vha. POCT udstyr i ældre patienters hjem og på plejecentre. Hjemmesygeplejerskerne foretager målingerne og bioanalytikere på sygehuset står for styring af medicin-dosering. Ved denne tætte monitorering af borgeren undgår borgeren en række besøg hos egen læge og på sygehuset. Samtidig mindskes risikoen for fejlmedicinering og sygehusindlæggelser.

Bioanalytikere kan bidrage

Bioanalytiker kan bidrage med følgende i forhold til POCT udstyr i primærsektoren og udlånt udstyr til patienter:

- Vejledning om valg af analysemetoder og – udstyr
- Godkendelse af analysemetoder og – udstyr
- Anvendelse af godkendte procedurer ved analysemetoder og ibrugtagning af analyseudstyr
- Godkendelse og uddannelse af personale og patienter, som betjener analyseudstyret
- Tilrettelæggelse og opfølgning på intern og ekstern kvalitetssikring
- Rådgivning og tolkning af resultater

Med venlig hilsen



Martina Jürs, Næstformand
Danske Bioanalytikere



Danske Fysioterapeuter

Til: Social- og Integrationsministeriet

Høringssvar vedr. Hjemmehjælpskommissionens rapport "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats"

Danske Fysioterapeuter takker for muligheden for at give høringssvar på Hjemmehjælpskommissionens rapport "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats".

Vi anerkender behovet for Hjemmehjælpskommissionens arbejde og har set frem til offentliggørelsen af rapporten.

Grundlæggende finder Danske Fysioterapeuter, at rapportens 8 grundlæggende principper om rehabilitering er relevante og kan anvendes som forståelsesramme for aktørerne i fremtidens ældrepleje.

Danske Fysioterapeuter er enige i behovet for grundlæggende paradigmeskifte i ældreplejen, hvor den ældre i langt højere grad støttes i at leve en selvstændig og aktiv hverdag på egne præmisser. Hvis vi vil lykkes, er det afgørende, at relevante faglige kompetencer inddrages og sættes i spil, så den ældre tilbydes effektive tværfaglige rehabiliterende forløb af høj kvalitet.

Danske Fysioterapeuter undrer sig derfor over, at det terapeutfaglige område ikke har været eller er repræsenteret i kommissionen. Terapeutfaglige kompetencer er vigtige, hvis det rehabiliterende forløb skal lykkes med at støtte den ældre i at leve et aktivt liv på egne præmisser. Samtidig er det nye paradigme om aktiv egenomsorg ikke nyt for terapeuter, og derfor vil et terapeutisk perspektiv kunne bidrage positivt i udviklingsprocessen blandt andre faggrupper. Vi ærgrer os derfor over en faglig snæver sammensætning af medlemmer til kommissionen, der tilsyneladende har haft konsekvenser for rapportens substans:

For når vi betragter rapporten som helhed, og hvor vi har paradigmeskiftet i baghovedet, så må det konkluderes, at gruppen af hjemmehjælpere er på en nærmest umulig opgave.

Det lader til, at gruppen, med få undtagelser, langt hen af vejen skal løse opgaverne selv. Danske Fysioterapeuter finder det ikke til gavn for borgerne, at

Dato:
14. august 2013

E-mail:
cm@fysio.dk

Tlf. direkte:
+45



der i rapporten er et ensidigt fokus på hjemmehjælpere, eftersom tværfagligt samarbejde er afgørende for effektive rehabiliteringsforløb.

Danske Fysioterapeuter finder det vigtigt, at rapporten såvel eksplicit som implicit gør det tydeligt, at tværfagligt samarbejde er afgørende for effektive rehabiliteringsforløb.

Erfaringerne fra Fredericia Kommune viser jo, at paradigmeskiftet bedst udføres i specialiserede tværfaglige enheder med høj terapeutnormering¹.

Helt overordnet set er det særdeles beklageligt, at hverken det fysioterapeutiske eller ergoterapeutiske perspektiv systematisk er inddraget i en rapport, hvis primære præmis er, at fremtidens hjemmehjælp i langt højere grad skal inddrage borgerne end tilfældet er i dag. Såvel ergo- og fysioterapeuter er funderet i at have blik for borgerens potentiale fremfor plejebehov.

Danske Fysioterapeuter støtter vigtigheden i en ledelsesmæssig forankring og ser gerne et endnu større fokus på det i rapporten.

- 0 -

Danske Fysioterapeuter har følgende kommentarer til specifikke afsnit og anbefalinger:

Kapitel 5.

Der er efter kommissionens vurdering behov for at have et særskilt fokus på, hvordan svage og syge borgere med komplekse plejebehov kan sikres en bedre koordination mellem hjemmehjælpen og hjemmesygeplejen. Dette er desværre et godt eksempel på den manglende inddragelse af den terapeutfaglige vinkel, for det er helt naturligt, at genoptræningsindsatserne for svage og syge borgere også skal koordineres med de øvrige indsatser.

Kapitel 6.

Danske Fysioterapeuter finder det interessant med udvikling af screeningsværktøjer eller kriterier, som kan støtte kommunerne i vurderingen af behov for forebyggende hjemmebesøg. Vi forestiller os, at det sker på initiativ af Sundhedsstyrelsen og ser frem til at blive inddraget i arbejdet. Der er behov for et udviklingsarbejde med national forankring, så der sikres et solidt og ensartet fagligt grundlag for implementering i kommunerne. Det må være en forudsætning for en vellykket implementering, at det organiseres således, at der findes terapeut kompetencer enten i eller til rådighed for det udførende team.

Set i lyset af den demografiske udvikling samt viden på området så støtter Danske Fysioterapeuter et af elementerne i anbefaling tre, at aldersgrænsen for de obligatoriske forebyggende hjemmebesøg hæves fra 75 år til 80 år. Det er dog på betingelse af udvikling af screeningsværktøjer eller kriterier, så kommunerne støttes i at identificere særligt udsatte borgere under 80 år med behov for forebyggende hjemmebesøg.

¹ Fra pleje og omsorg til rehabilitering – Viden og anbefalinger. Dansk Sundhedsinstitut 2011



På side 64 pointeres hjemmeplejens forebyggende funktion i forhold at støtte borgeren i sunde vaner og en aktiv tilværelse. Samtidig finder kommissionen det afgørende, at hjemmeplejen ligeledes foretager tidlig opsporing og identifikation af borgere, der har behov for særlig opmærksomhed og indsatser. Danske Fysioterapeuter finder det naturligt at fremhæve et tæt tværfagligt samarbejde med terapeuter, såvel organisatorisk som i praksis, som en forudsætning for at lykkes med ovenstående.

Kommissionen understreger på side 66 vigtigheden af, at medarbejderne har let adgang til sparring med sygeplejefagligt personale og nemt kan kontakte borgerens praktiserende læge. Det er tilsvarende afgørende, at de har mulighed for kontakt til og sparring med terapeuter også blandt praktiserende fysioterapeuter, som er træningstilbud for ældre, der er henvist til den vederlagsfri fysioterapi og almindelig fysioterapi, hvorfor det bør stå i rapporten. Dette understøttes af henholdsvis § 41 i overenskomst om vederlagsfri fysioterapi og i § 29E i overenskomst om almindelig fysioterapi.

Danske Fysioterapeuter finder det relevant og meget anvendeligt i praksis, at der i rapporten henvises til Sundhedsstyrelsens anbefalinger til værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsevne og underernæring hos ældre borgere.

Fra side 67 og nogle sider frem refereres jævnligt til Socialstyrelsens kortlægning fra 2013 af kommunernes arbejde med rehabilitering på ældreområdet. Kortlægningen viser blandt andet hvilke elementer et rehabiliteringsforløb består af i kommunerne samt hvilke oplevelser medarbejderne har af det tværfaglige samarbejde i rehabiliteringsforløbet. Danske Fysioterapeuter ser gerne, at kortlægningen fylder mere i de tidligere afsnit, da det kan være med til at tydeliggøre problemstillinger samt mulige løsninger i et bredt rehabiliterings perspektiv.

Danske Fysioterapeuter finder anbefaling 5 om systematisk dokumentation i kommunerne vigtig, hvis effektive rehabiliteringsforløb skal sikre fremadrettet. På Danske Fysioterapeuters hjemmeside findes en oversigt over samt beskrivelser af fysioterapi relevante tests. Hjemmesiden kan være til inspiration for relevante parter i et kommende arbejde.

<http://fysio.dk/fafo/Maleredskaber/>

Danske Fysioterapeuter tilslutter sig definitionen af rehabilitering i Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet og finder det fornuftigt, at kommissionen har valgt at anlægge den brede og tværfaglige tilgang til rehabilitering. Definitionen er fremkommet efter en grundig debat med afsæt i en tværfaglig tilgang til emnet. Definitionen udgør det begrebsmæssige grundlag i dansk rehabiliteringspraksis. Når kommissionen grundlæggende vælger den brede og tværfaglige tilgang til rehabilitering, så mener vi, at elementer i rapporten desværre ikke afspejler det, og at dette bør efterkommes.

Som det fremgår på side 79, så vil der altid være borgere, der er så svage, at en rehabiliterende indsats hverken helt eller delvist vil gøre dem i stand til at klare hverdagen. Her bør henvises til muligheden for, at borgeren tilbydes et



specifikt genoptræningsforløb af terapeuter. Dette bør også indgå i anbefaling 11.

Kapitel 7.

Der bør i visitationens samarbejde med borgeren være fokus på borgernes egen oplevelse af ressourcer og ønsker til hverdagslivet. Det skal sikres, at både borgere med fysiske, psykiske og sociale problemstillinger tilbydes den rette hjælp og sammenhængende forløb. Således også når borgeren skal tilbydes genoptræning i stedet for hverdagsrehabilitering. Der kan fx være behov for grundlæggende styrke- og balancetræning, inden borgeren påbegynder et hverdagsrehabiliteringsforløb.

For at sikre sammenhængende forløb mellem hospital, kommune og praktiserende læger kan man arbejde på forskellige fronter. Borgerne kan eksempelvis tilbydes et visitationsbesøg allerede under indlæggelse med henblik på det efterfølgende forløb i kommunen eller på en rehabiliteringsafdeling.

Samtidig bør man fortløbende udvikle nye samarbejdsformer mellem hospital og kommune: Bispebjerg hospital i København åbnede fx sidste år "en kommunal" afdeling, som har til formål at forebygge indlæggelser af ældre sårbare patienter.

Ledelse er vigtig for realiseringen af paradigmeskiftet². Danske Fysioterapeuter savner mere konkrete anvisninger på, hvordan den enkelte leder kan løfte opgaven. Socialstyrelsen har påbegyndt udarbejdelse af "Håndbog om forebyggelse på ældreområdet", hvor ledelse som fag behandles særskilt teoretisk og med praktiske anvisninger. Det er oplagt, at de to publikationer tænkes sammen.

Der refereres til en DSI-undersøgelse på side 100, der viser, at det kræver et tæt (dagligt) samarbejde mellem sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social – og sundhedshjælpere. Her vil det ligeledes være afgørende med en henvisning til vigtigheden af terapeuternes funktion.

Anbefaling 18 vedrørende organisation som sikrer tæt samarbejde og faglig sparring, savner Danske Fysioterapeuter, at terapeuter, genoptræningsenheder og praktiserende fysioterapeuter nævnes.

Kapitel 8.

Kompetente medarbejdere er en afgørende forudsætning for, at borgerne får den rette hjælp. Det er ligeledes en forudsætning for en faglig veludført opgave, at medarbejderne er passende kompetenceudviklet. Det er især vigtigt i forbindelse med et paradigmeskifte, da det medfører, at traditionelle opgaver og kulturen ændres.

Det er vigtigt, at kommende medarbejdere på i ældreplejen får de grundlæggende kompetencer fra uddannelsesinstitutionerne, som sikrer en rehabiliterende tilgang til borgeren. I tillæg til det er det afgørende med løbende og systematisk kompetenceudvikling af den enkelte medarbejder på arbejdspladserne.

² Fra pleje og omsorg til rehabilitering – Viden og anbefalinger. Dansk Sundhedsinstitut 2011



Danske Fysioterapeuter anbefaler, at anbefaling 20 indeholder, "at alle medarbejderne i samarbejde med lederen udarbejder en årlig plan for kompetenceudvikling". Det vil gøre anbefalingen mere forpligtende.

Kapitel 9.

Danske Fysioterapeuter støtter anbefaling 21,22 og 23.

Dokumentation og kvaliteten heraf er en væsentlig faktor for kvaliteten af en fremadrettet indsats overfor borgeren. Der skal arbejdes systematisk med både rammer og indhold i faggruppernes dokumentation og afsættes tilstrækkelige midler til konstant opfølgning og kvalitetssikring. Her er det ligeledes vigtigt med en ledelsesmæssig forankring, hvilket gerne må præciseres i kapitlet. Øget dokumentation kræver kompetenceudvikling af de relevante faggrupper og udbygning af de fælles værktøjer. Fysioterapeuter har kompetencerne til at dokumentere deres indsats. Denne viden bør bruges i forhold til at kompetenceudvikle andre relevante faggrupper og i forhold til at anvende test og måleredskaber også på dette område.

- 0 -

Det har været vanskeligt for Danske Fysioterapeuter at inddrage relevante fagpersoner i høringssvaret eftersom høringsperioden ligger i sommerferien. Vi opfordrer til, at der fremadrettet tages hensyn til dette, så høringspartnerne sikres mulighed for udarbejdelse af høringssvar med relevante, mangfoldige og interessante perspektiver.

Danske Fysioterapeuter står naturligvis til rådighed, såfremt der er behov for yderligere kommentarer til høringssvaret.

Med venlig hilsen

Tina Lambrecht
Formand

Til
Social- og Integrationsministeriet,
e-mail: p-aeldre@sm.dk,
c.c.: ssk@sm.dk

Taastrup, den 14. august 2013
Sag 16-2013-00527– Dok. 125004 SL/dt/kft

Hørings svar: Hjemmehjælpskommissionens rapport ”Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats” – j.nr. 2013-4624

Danske Handicaporganisationer (DH) skal indledningsvist bemærke, at vi gerne havde set handicaporganisationerne inddraget tættere i forbindelse med Hjemmehjælpskommissionens arbejde med rapporten om fremtidens hjemmehjælp. DH anerkender dog at have haft mulighed for at deltage i et møde med kommissionens formand Thomas Børner.

Det er således efter DH's opfattelse problematisk, at kommissionen kun har haft fokus på ældre borgere over 65 år. Hjemmehjælp er ikke betinget af alder, men af behov, og er også en del af den kompenserende hjælp til personer med handicap, herunder unge mennesker, med henblik på at give lige muligheder for deltagelse i samfundet. Der var ifølge rapporten i 2012 ca. 133.000 modtagere af varig hjemmehjælp over 65 år og ca. 25.000 under 65 år. Det svarer til ca. 16 pct. af modtagerne.

Kommissionen gør på side 8 i rapporten også opmærksom på denne problemstilling. Det bemærkes herunder, at mange af rapportens overvejelser og anbefalinger er relevante for personer under 65 år, men at der i opfølgningen på kommissionens arbejde bør 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. For helt unge med handicap kan der være andre hensyn og individuelle behov med henblik på, at man skal kunne leve et liv og indgå i sociale relationer, uddannelse, arbejde osv. på lige fod med andre unge. Det kan også være i forhold til at se på andre mulige løsninger i serviceloven end hjemmepleje, som fx mindre BPA-ordninger. Men det handler også om kultur, hvor man som ung skal have mulighed for at få hjemmehjælp eller anden form for støtte, der ikke alene tager udgangspunkt i en kultur for ældre mennesker, som det ofte kan være tilfældet i dag, både administrativt og i praksis.

Inden for den valgte ramme tages der derudover ikke højde for, at der er en særskilt handicapdimension. Det er væsentligt at have fokus på, når det handler om fremtidens hjemmehjælp, særligt når der bl.a. tages udgangspunkt i differentierede grupper. Personer med handicap bliver også ældre, og der kan være andre aspekter i forhold til bl.a. behov for

kompenenserende støtte for personer med handicap med udgangspunkt i en funktionsnedsættelse fremfor ”almindelig” aldring. Kompenenserende støtte kan have været et kontinuerligt element gennem flere år eller hele livet, og fx forebyggelse og rehabilitering har forhåbentligt været en del af indsatsen før det fyldte 65. år. Hertil kommer, at fokus er meget på fysisk rehabilitering og demens, hvor det er vigtigt, at der tages højde for andre typer funktionsnedsættelser og behov, også i forhold til ældre over 65 år. Fx anslås det, at der er 10-15.000 døvblinde/syns-og hørehæmmede ældre.

Rapporten burde efter DH's opfattelse også forholde sig til problemstillingerne, hvor principperne for udmåling af hjemmehjælp anvendes i forhold til andre paragraffer i serviceloven med et andet indhold og formål end hjemmehjælp (primært servicelovens § 96 om borgerstyret personlig assistance). Herunder, at der var en anbefaling til præcisering af forskellen imellem hjemmehjælp og borgerstyret personlig assistance.

I en rapport med anbefalinger til den fremtidige hjælp til personer med funktionsnedsættelser, og deraf følgende handicap, ville det derudover have været oplagt at indtænke FN's Handicapkonvention og de begreber, der lægges vægt på i konventionen. Fx bør inklusion af borgerne i samfundet vel være det fornemmeste mål med indsatsen.

DH håber, at de andre relevante hensyn ikke bliver glemt i opfølgningen på kommissionens arbejde og anbefalinger, der berører grundlæggende elementer på området som lovgivning mv., og bl.a. har fokus på, at borgerne skal sikres en mere helhedsorienteret og sammenhængende indsats.

DH deltager gerne i en opfølgende dialog herom og nedenfor gives konkrete kommentarer til rapporten og dens anbefalinger.

Konkrete bemærkninger til rapporten

Rehabilitering

Overordnet er det positivt, at der er fokus på de bagvedliggende problemer samt hjælp til selvhjælp og fremme af den enkeltes muligheder for i videst muligt omfang at kunne klare sig selv. Dvs. et fokus på at gøre noget i samarbejde med borgerne og ikke bare for borgerne.

Alle vil således gerne have mulighed for at klare sig selv, men det er i den sammenhæng vigtigt, at fokus på hjemmehjælpsrehabilitering ikke medfører uhensigtsmæssige reduktioner i de øvrige former for træning og behandling. Hjemmehjælpsrehabilitering kan således ikke være en erstatning for eller et alternativ til den nødvendige træning og behandling, der foregår andre steder og af faggrupper med andre kompetencer som fysioterapeuter, ergoterapeuter m.fl.

Det er vigtigt at understrege i forhold til begrebet rehabilitering, at det er mere end hjemmehjælp, hvor der med borgeren i centrum er fokus på selvbestemmelse med henblik

på deltagelse i samfundslivet på lige fod, jf. bl.a. definitionen i Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet (MarselisborgCentret, 2004): ”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.”

Retssikkerhed og tryghed

Det er derudover helt afgørende, at der er fokus på borgernes retssikkerhed og tryghed. Mange af handicaporganisationernes medlemmer har de senere år oplevet dramatiske nedskæringer i deres bevillinger uden sammenhæng med ændringer i hverken lovgivning eller i deres funktionsevne. Fokus har været på kortsigtede nedskæringer og ikke kvalitet og langsigtede løsninger.

Når der sættes fokus på hjælp til selvhjælp kan det i dette lys let skabe utryghed hos borgerne. DH kan være bekymret for, om nogle af de ellers gode intentioner i forbindelse med anbefalingerne kan realiseres, når det skal ske med udgangspunkt i en omfordeling af ressourcerne på området. Det er vigtigt, at bl.a. rehabiliteringsforløb igangsættes med udgangspunkt i borgernes behov og ønsker og er frivilligt for den enkelte. Hensyn til økonomi må ikke blive styrende og fx medføre tvungne forløb i tilfælde, hvor borgernes funktionsevne reelt ikke kan forbedres eller hvor man forsøger at erstatte nødvendig træning og behandling af kompetente fagfolk med interne rehabiliteringsløsninger. I forhold til sikring af individuelt tilrettelagte forløb med et forebyggende og rehabiliterende sigte, skal det også bemærkes, at rapporten ikke forholder sig til de udfordringer, der ligger i, at kommunerne i højere og højere grad fastsætter stramme kvalitetsstandarder for, hvilken hjælp, der som udgangspunkt kan forventes.

Når der fx i forbindelse med anbefaling 16 tales om udvikling af afregningsmodeller, der skal give økonomisk incitament til at arbejde målrettet med en rehabiliterende indsats, er det således væsentligt, at det ikke resulterer i incitamenter til udelukkende fokus på hjemmehjælpsrehabiliterende indsatser, eller at borgerne ikke tildeles kompenserende støtte, når de har behov for det. Fokus på rehabilitering og hjælp til selvhjælp må ikke få den afledte effekt, at det går udover fokus på forpligtigelsen til at yde en god indsats for borgerne, selvom der ikke nødvendigvis er et økonomisk investeringsperspektiv.

I forhold til spørgsmålet om retssikkerhed skal det derudover bemærkes, at personer med kognitive funktionsnedsættelser kan opleve vanskeligheder i forbindelse med sikring af egen retssikkerhed i forhold til bl.a. forskel mellem afgørelser og, hvad der reelt modtages af ydelser. Her kan der være behov for særlig beskyttelse og bistand for at sikre retssikkerheden.

Grupperinger

I forhold til grupperingerne af borgerne, bl.a. i forbindelse med anbefaling 1, 8 og 11, skal DH påpege, at borgere ikke nødvendigvis behøver at have omfattende og komplekse behov eller være "svage" for at have brug for kompenserende hjælp. Som nævnt er der personer med funktionsnedsættelser, der ikke kan forbedres, og de skal stadig have den støtte, de har behov for, hvor der tages højde for den enkelte borgers kræfter og muligheder for at leve et liv med indhold og oplevelser. Kompenserende hjælp kan ikke erstattes af rehabilitering, og kan heller ikke betragtes som en passiv "overtagelse" af opgaver. Kompensation er et dynamisk begreb, som spiller sammen med og er en del af den rehabiliterende indsats, og hvor behovet kan ændre sig over tid.

Derudover er det jf. de indledende bemærkninger vigtigt, at det ikke overses, at der er forskellige typer af funktionsnedsættelser og dermed behov. I forhold til fx døvblinde/syns- og hørehæmmede ældre vil det være problematisk, at aldersgrænsen for obligatoriske tilbud om forebyggende hjemmebesøg forhøjes fra 75 til 80 år. En stor gruppe fanges ved de forebyggende hjemmebesøg, og en udsættelse kan betyde unødige funktionstab og isolation for denne gruppe samt risiko for flere fysiske skader ved faldtraumer, hvis der ikke ydes den fornødne hjælp og rehabilitering.

Helhedsorienteret tilgang

DH er enige med kommissionen i, at det er vigtigt, at der kommer fokus på en mere helhedsorienteret tilgang, forebyggelse og dokumentation med udgangspunkt i kvalitet og effekt og ikke alene på inputsiden, antal minutter til toiletbesøg mv.

I rapporten tales der bl.a. i forbindelse med anbefaling 12, 17 og 19 om, at der skal søges at skabes sammenhængende og koordinerede borgerforløb, arbejdes med tværfaglig visitation på ældreområdet samt én samlet handleplan for indsatsen for den enkelte borger. Dette bl.a. ud fra overvejelser vedrørende udfordringer ved samarbejde på tværs af fagområder internt i kommunerne.

Det skal bemærkes, at disse problemstillinger i høj grad også er relevante for personer med handicap under 65 år. Fokus på bl.a. forebyggelse, sammenhæng, koordination og tværfaglighed i visitation og én handleplan skulle gerne starte inden man er fyldt 65 år. Der kan også være flere forskellige fagområder inde over, når man er under 65 år, og tingene skal gerne ses i en sammenhæng. I forhold til handleplaner er kommunerne fx ifølge servicelovens § 141 forpligtet til at tilbyde og udarbejde handleplaner for borgere med fysiske og psykiske handicap. God forebyggelse hænger også sammen med at se borgeren i et livsforløb, hvor situationen kan udvikle sig over tid i tilværelsen, fx som skolelev, studerende, forælder, aktiv på arbejdsmarkedet mv. Her kan der også være hensyn til at forebygge for tidlig nedslidning for fx personer med fysisk handicap, der kan risikere at få et større behov for støtte, hvis rehabilitering presses for langt. Kompenserende støtte kan her ses som en forebyggende indsats og investering i et samlet livsforløb.

Fokus på helhed og sammenhæng er også vigtigt i forhold til overvejelser og anbefalinger om dokumentation, systematisk arbejde med beskrivelser af og opfølgning på mål, indsatser og effekter, IT-løsninger og eventuelle fælles (nationale) standarder for, hvilke informationer en handleplan skal indeholde, kvalitetsindikatorer osv.

Helhed og sammenhæng skal gerne favne hele vejen rundt for den enkelte borger, både i forhold til fagligheder og alder, hvor der fx kunne være andre kvalitetsindikatorer, når man er under 65 år og under uddannelse eller i arbejde, end når man er over 65 år.

Medarbejdernes kompetencer

I forhold til bl.a. fokus på forebyggelse er det vigtigt, at medarbejderne har de rette kompetencer til at løfte opgaverne og tager initiativ, hvis de bemærker uregelmæssigheder i forhold til borgerens sundhedstilstand. Det kan være i forhold til at opdage osteoporose tidligt i forløbet eller se symptomerne på epilepsi, hvor der fx er 1.000 nye tilfælde årligt alene blandt personer over 65 år.

Det er utroligt vigtigt, at der er fokus på medarbejdernes kompetencer til at løfte opgaverne og herunder også på, at de er rustet til at opdage symptomer på forskellige sygdomme mv. gennem såvel uddannelse som efteruddannelse.

Derudover kunne det have været ønskeligt, hvis fokus på hjælp til selvhjælp og selvbestemmelse også var mere tydeligt afspejlet i forhold til dette aspekt. Det er vigtigt, at medarbejderne skal blive endnu bedre til at tage udgangspunkt i borgernes livssituation, hvis de i højere grad skal være faciliterende og understøtte borgerne.

Dokumentation

I forbindelse med dokumentation, opsamling på viden mv. kunne det have styrket rapporten, hvis der var mere specifikke anbefalinger af, hvordan det skal ske, også af hensyn til bl.a. afsætning af ressourcer og fokus på decideret forskning i effekter. Et område kunne fx være at se på de individuelle såvel som samfundsmæssige effekter af den rette støtte og indsats for yngre personer med handicap over en årrække.

Digitale løsninger og velfærdsteknologi

Rapporten kommer ind på digitale løsninger og velfærdsteknologi i anbefaling 24, 25, 26 og 27, og her er det, som kommissionen anbefaler, væsentligt, at brugerne sættes i centrum for arbejdet. Der er et vigtigt potentiale i udviklingen af velfærdsteknologiske løsninger i forhold til at skabe øget velfærd og livskvalitet for bl.a. personer med handicap. Det er dog vigtigt at sikre, at der ikke alene fokuseres på besparelser uden hensyn til kvaliteten i ydelserne og på, at den nye teknologi ikke må medføre begrænsninger for den enkelte person med handicap. Det skal sikres, at der i forhold til såvel velfærdsteknologi som hjemmehjælp, er fokus på, at bl.a. personer med handicap fortsat kan leve et liv inkluderet i samfundet, hvor man bør og skal kunne være aktiv uden for eget hjem samt have mulighed for at kunne træffe spontane beslutninger i forhold til aktiviteter mv.

De velfærdsteknologiske løsninger bør testes og afprøves i praksis med inddragelse af relevante borgere, herunder bl.a. personer med handicap og handicaporganisationerne, inden de implementeres mere generelt. Som kommissionen også nævner, er det i den sammenhæng vigtigt, at der arbejdes med let tilgængelig, systematiseret opsamling af viden om evalueringsresultater mv., som kommunerne kan trække på. Videndelingen på tværs kunne sikres gennem en overordnet politik på området, der også kan medvirke til at fremme udviklingen af velfærdsteknologi, så ansvaret ikke alene ligger hos fx de enkelte kommuner.

Ophævelse af sondring mellem midlertidig og varig hjælp

DH skal desuden specifikt nævne, at kommissionen anbefaling 10 om, at servicelovens sondring mellem midlertidig og varig hjælp på hjemmehjælpsområdet ophæves, er fornuftig. Den retlige betydning af servicelovens sondring er, at kommunerne kan opkræve betaling i forbindelse med midlertidig hjælp og ikke ved varig hjælp. Sondringen er uhensigtsmæssig i forhold til signalværdi, bl.a. i forbindelse med rehabilitering, men DH er også stødt på, at nogle kommuner starter hjemmehjælp op som midlertidig hjælp for senere at ændre det til varig hjælp, selvom borgerens behov ikke har ændret sig. Kommunen kan på den måde spare penge i en periode, selvom det er i strid med lovgivningen.

Frivillighed

I forhold til frivillighed og inddragelsen af frivillige, er det vigtigt i forbindelse med afgrænsningen og sikringen af den rette balance mellem ansatte og frivillige i at bidrage til opgaveløsningen, at frivilligheden forankres i det civile samfund (foreninger og organisationer) og ikke under kommunerne.

Pårørende

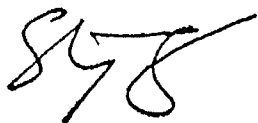
Der indgår nogle overvejelser om aflastning af pårørende i rapporten (se side 84). Kommissionen bemærker i den forbindelse, at der er behov for, at kommunerne tænker i nye løsninger og udviser mere fleksibilitet i forhold til, hvordan de pårørende bedst aflastes. DH er meget enig i vigtigheden af at have fokus på de pårørendes situation, herunder den belastning de som samlet familie lever under. Det er en væsentlig problemstilling, der burde være afspejlet konkret i rapportens anbefalinger, hvilket ikke er tilfældet.

Her henvises til plejkrævende ældre i eget hjem og særligt demente, men det er ligeledes en yderst relevant problemstilling for pårørende til personer med bl.a. andre kognitive handicap som følge af fx apopleksi.

DH mener, det er nødvendigt at begrænse afhængigheden af ægtefælle/samlever/netværk ved udmålingen af hjemmehjælp, fordi det ikke er givet, at pårørende hverken har ressourcer til eller mulighed for at yde den støtte, der forventes i forbindelse med en bevilling af hjemmehjælp. Der er brug for at se på familiens samlede situation og belastningsgrad.

Herunder bør der også ses på tildeling af hjemmehjælp i forhold til at kunne varetage rollen som forældre. Det er ikke tilstrækkeligt sikret i dag med de nuværende regler og administrationen af dem. Endelig bør der også findes løsninger i forhold til at kunne medtage hjemmehjælp i forbindelse med ferie nationalt såvel som internationalt.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'SL' or similar initials, written in a cursive style.

Stig Langvad
Formand



Social- og Integrationsministeriet
Departementet
Holmens Kanal 22, 1060 København K
Att. Eva Pedersen

J.NR.: 2012-1-0087

Vores ref.: MU

Mail: mu@uc-dk.dk

Telefon: 33 38 22 00

12. august 2013

Høringsvar over udkast til høring over Hjemmehjælpskommissionens rapport "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats"

Professionshøjskolernes Rektorkollegium takker for indkaldelsen til høring over udkast til Høringsvar. Vi har følgende bemærkninger:

Overordnet er det vores vurdering at vores sundhedsfaglige uddannelser aktivt vil kunne understøtte intentionerne i kommissionens anbefalinger, og at man ligeledes vil kunne drage nytte af den praksisnære forskningsindsats, som professionshøjskolerne kan bidrage med for at sikre effektmål og kvalitetssikring.

Anbefalingerne kan med fordel tage mere eksplicit stilling til, hvilket konkret uddannelsesniveau medarbejderne fremadrettet bør have. Dette ønske skal ses i relation til, Danske Professionshøjskoler ønske om at tilpasse vores uddannelser til arbejdsmarkedets nuværende og fremtidige behov. For at dette er muligt, er det nødvendigt også at have en forudsigelse om, i hvilket omfang professionsbacheloruddannedes kompetencer vil blive efterspurgt i hjemmeplejen.

Det er positivt, at der i anbefalingerne er et eksplicit fokus på at sikre, at de ansatte, der arbejder med borgerne, har de relevante kompetencer og nødvendige uddannelser til at udføre nye opgaver på hjemmehjælpsområdet. Det er også positivt, at der er et stort fokus på social- og sundhedsassistenternes grunduddannelse. Men vi vil samtidig anbefale, at der også tænkes i relevante efter- og videreuddannelser både for den store gruppe af social- og sundhedsassistenter, men også for de sygeplejersker, ergoterapeuter og fysioterapeuter, der arbejder på området.

Desuden bør borgerinddragelse og involvering af borgere understreges yderligere i anbefalingerne, og metoder til dette bør ligeledes så vidt muligt være evidensbaserede, således at borgerens aktive deltagelse understøttes optimalt.

Anbefalingerne finder vi i øvrigt yderst relevante idet:

Professionshøjskolerne
Ny Vestergade 17 st.tv.
1471 København K.
Tlf. 33 38 22 00
Fax 33 38 22 09
uc-dk@uc-dk.dk
www.uc-dk.dk



- Det ønskede paradigmeskifte er i tråd med de faglige prioriteringer sundhedsfaglige velfærdsuddannelser som f.eks. ergoterapeutuddannelsen er bygget op omkring.
- Det er positivt, at der er fokus på anvendelse af evidensbaserede metoder. Disse vil kunne understøttes af det faglige niveau på professionshøjskoleuddannelserne indenfor området.
- Dokumentationskrav samt krav til inddragelse af velfærdsteknologi kan medvirke til yderligere kvalificering af indsatser inden for området og er i tråd med det sundhedsfaglige indhold på professionsuddannelserne.

Med venlig hilsen

Marianne la Cour Sonne
Direktør

J.NR.: 2012-1-0087

Vores ref.: MU

Mail: mu@uc-dk.dk

Telefon: 33 38 22 00

Til:
Social-, Børne- og Integrationsministeriet
Att.: p-aeldre@sm.dk

REGIONER



14-08-2013
Sag nr. 13/1441
Dokumentnr. 35386/13
Laura Toftegaard Pedersen
Tel.
E-mail:

Høringsvar vedr. Hjemmehjælpskommissionens rapport: Fremtidens hjemmehjælp

Danske Regioner har den 4. juli 2013 fået Hjemmehjælpskommissionens rapport i høring.

Overordnet findes kommissionens 29 anbefalinger relevante, aktuelle og fremadskuende i forhold til den større og mere differentierede gruppe af ældre, som vi vil se i fremtiden. Skiftet fra passiv hjemmehjælp til aktiv rehabilitering vil forhåbentligt skabe større livskvalitet for den enkelte borger, der i højere grad bliver i stand til at mestre eget liv. Regionerne ser frem til at samarbejde med kommunerne om en styrket indsats på området.

Det er især positivt, at kommissionen har fokus på forebyggelse, tidlig opsporing, rehabilitering og en populationstilgang. F.eks. i anbefaling tre som, hvis den gennemføres, vil betyde, at de enkelte indsatser i langt højere grad kan målrettes de tiltænkte og mest udsatte ældre. Tilsammen kan disse indsatser forhåbentlig bidrage til et længere liv med bedre funktionsevne og forebygge u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser.

Vi er enige i, at borgeren, som rapporten lægger op til, skal ses som en aktiv medspiller. Og at der skal være fokus på borgeres ressourcer og potentiale for at forbedre og fastholde den fysiske, psykiske og sociale funktionsevne længst muligt.

Regionerne lægger her vægt på, at man – også inden for dette nye paradigme - sætter hensynet til borgeren i centrum. F.eks. er det vigtigt, at man drøfter nøje, hvordan man på troværdig vis kan 'måle' borgerens ressourcer, som er udgangspunktet for den støtte, borgeren vil kunne opnå.

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E rapporter@regioner.dk

På enkelte punkter ser regionerne mulighed for at specificere eller styrke rapporten.

Fokus på den kognitive træning kan med fordel styrkes i anbefalingerne, da denne er væsentlig for målgruppen.

Kommissionen lægger op til, at ældre skal gennem et rehabiliteringsforløb, før det vurderes, om de har behov for hjemmehjælp. Regionerne vurderer, at en sådan visitation vil kræve en bred faglighed knyttet til rehabiliteringsforløbet. F.eks. kan der være behov for en lægefaglig eller sygeplejefaglig vurdering. Dette kan med fordel beskrives i rapporten.

Samtidig kunne det uddybes, hvordan vurderingen skal foretages, når borgeren udskrives fra hospitalet og har ændret funktionsevne som følge af sygdom.

Endelig kan det uddybes, hvilke parametre, der skal indgå i vurderingen af behovet for hjemmehjælp, og hvor lang en tidsperiode, der skal lægges til grund.

Med venlig hilsen

Thomas I. Jensen

Departementet
Social- og Integrationsministeriet
Holmens Kanal 22
1060 København K
J.nr. 2013-4642

Dansk Sygeplejeråd



Den 13. august 2013
Ref.: lhv
Sagsnr.: 1307-0013

Dansk Sygeplejeråds høringssvar til Hjemmehjælpskommissionens rapport "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats"

Formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, har deltaget i udarbejdelsen af anbefalingerne, som medlem af Hjemmehjælpskommissionen. Dansk Sygeplejeråd (DSR) kan derfor bakke op om anbefalingerne, som tager hånd om mange af de udfordringer, der er i ældreplejen i dag og fremover.

Nedenfor har vi fremhævet de anbefalinger, som vi i særlig grad mener der skal lægges vægt på i den fremtidige udvikling af hjemmehjælpen.

Anbefalinger i forhold til kompetenceudvikling og tværfagligt samarbejde

I kommissionen har DSR lagt vægt på at sikre øget kvalitet i hjemmehjælpen til de ældre borgere. Vi vil særligt fremhæve anbefalingerne i forhold til øget kompetenceudvikling blandt medarbejderne i hjemmehjælpen og en organisering, der understøtter samarbejdet mellem hjemmehjælp og hjemmesygepleje.

Som det fremgår af kommissionens rapport, vil der fremover være en stor gruppe ældre borgere, som kan "hverdagsrehabiliteres" til at kunne klare sig i længere tid uden traditionel hjemmehjælp. Det stiller nye krav til personalets kompetencer, det tværfaglige samarbejde og inddragelse af borger og pårørende.

Herudover vil der være en gruppe ældre borgere, som fortsat har brug for den traditionelle hjemmehjælp, og hvor hjemmehjælpen ofte er indgangen til anden pleje og behandling, f.eks. fra hjemmesygeplejen. Det forudsætter, at personalet har de rette kompetencer, og at der er et tæt samarbejde mellem hjemmehjælpen og hjemmesygeplejen.

The Danish Nurses' Organization

Sankt Annæ Plads 30

DK-1250 København K

Ekspedition:
mandag-torsdag 9.00-16.00
fredag 9.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55
Fax: +45 33 15 24 55

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

Hvis det er til stede, så er det et af redskaberne til at undgå forværringer i den ældres tilstand og unødige hospitalsindlæggelser.

Samtidig vil DSR kraftigt understrege, at det øgede fokus på den rehabiliterende tankegang ikke må blive en besparelse, og at vi ikke må glemme den store gruppe ældre, som fortsat har behov for hjemmehjælp.

Anbefalinger i forhold til de forebyggende hjemmebesøg

I forhold til arbejdet med de forebyggende hjemmebesøg fremgår det af anbefalingerne, at der fremover bør være mulighed for, at besøgene lægges uden for den ældres hjem, da det kan få flere til at tage imod tilbuddet.

DSR bakker op om anbefalingen, da det er vigtigt, at de forebyggende hjemmebesøg når den relevante målgruppe. Samtidig vil vi understrege, at det fagligt set er meget vigtigt også at komme i den ældres hjem for at kunne opnå fortrolighed med den ældre og foretage en samlet vurdering af den ældres tilstand. Vi vil derfor opfordre til, at behovet for at besøge den ældre i vedkommendes eget hjem bliver understreget i det videre arbejde med eventuelt ændring af lovgivningen på området. Eksempelvis ved at "forebyggende hjemmebesøg" uden for den ældres eget hjem kun tilbydes i de tilfælde, hvor den ældre takker nej til et forebyggende besøg i hjemmet.

Endelig anbefales det, at der skal udvikles faglige kriterier til vurdering af hvilke borgere, der skal tilbydes et forebyggende hjemmebesøg, før de fylder 80 år. Hvis denne proces igangsættes, vil vi opfordre ministeriet til at inddrage viden fra de relevante faglige organisationer, herunder de forebyggende sygeplejersker, som ofte står for de forebyggende hjemmebesøg.

Med venlig hilsen



Grete Christensen
Formand

Social- og Integrationsministeriet
Departementet, Holmens kanal 22
1060 København K
p-aeldre@sm.dk, ssk@sm.dk

14. august 2013

Høring over Hjemmehjælpskommissionens rapport "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats"
Ministeriets j.nr.2013-4642.

DANSKE ÆLDRERÅD takker for muligheden for at afgive hørings svar til rapporten.

Indledningsvis takker DANSKE ÆLDRERÅD ministeren og Folketinget for at have nedsat en kommission med opgaven at belyse og stille forslag til varetagelse af fremtidens behov for hjemmehjælp. Organisationen takker endvidere for at have fået mulighed for at påvirke kommissionsarbejdet gennem DANSKE ÆLDRERÅDs repræsentant i kommissionen.

Værdier i fremtidens hjemmehjælp

DANSKE ÆLDRERÅD stiller sig helt og fuldt bag rapportens fire værdier som omdrejningspunkt for fremtidens hjemmehjælp, nemlig værdighed, selvhjulpethed, selvbestemmelse og tryghed. DANSKE ÆLDRERÅD kan for sit vedkommende pege på trygheden som den allervæsentligste af de fire værdier.

Respekten for og dialogen med borgeren må altid være den første forudsætning for kontakten, og den udspringer af at personalet har den holdning, at den ældre borger betragtes som en aktiv samfundsborger.

Kommissionens anbefalinger

Det er væsentligt, at kommissionen i sin første anbefaling slår fast, at rehabilitering sker, hvor borgeren har et potentiale, og til gengæld skal borgere uden potentiale modtage en kompenserende hjælp, der både er kvalificeret og koordineret.

DANSKE ÆLDRERÅD stiller sig positivt til rapportens anbefalinger, og finder anledning til særligt at fremhæve behovet for at efteruddanne personalet og lederne indenfor hjemmehjælpsområdet for at opfylde anbefaling nr. 20, 4 og 15.

Personalets tilgang til arbejdet skal ændres fra at være en rengøringsopgave til at blive en pædagogisk og procesorienteret opgave, hvor borgeren gennem dialogen motiveres til at gøre det

Jernbane Allé 54, 3. th.
2720 Vanløse
Tlf. +45 3877 0160
info@danske-aeldreraad.dk
www.danske-aeldreraad.dk

fysiske arbejde selv. Det stiller krav til at personalet uddannes og efteruddannes til at varetage de nye opgaver overfor borgerne. I ledelsen bliver der behov for efteruddannelse for at kunne ændre tilgangen til ledelsesopgaven, og forvaltningsstrukturen må ændres for at give plads til den tværfaglige tilgang til opgaverne. Disse forudsætninger for en rehabiliterende hjemmehjælp finder DANSKE ÆLDRE RÅD grundigt og godt beskrevet i kommissionsrapporten.

DANSKE ÆLDRE RÅD finder det positivt, at kommissionen har arbejdet så meget med begrebet "rehabilitering", at det er blevet muligt at opstille de 8 grundprincipper for indsatsen, som fremgår af anbefaling nr. 6. Af hensyn til muligheden for at ensarte kommunernes praksis ses præciseringen af grundprincipperne som nødvendig.

DANSKE ÆLDRE RÅDs medlemmer har ved mange lejligheder forholdt sig til velfærdsteknologi, og ind imellem med en reserveret holdning. Bestyrelsen finder imidlertid, at hvis kommunal praksis og holdning følger anbefaling 25, vil man på bedste vis imødekomme mange borgeres tøvende holdning til indføring af velfærdsteknologi.

DANSKE ÆLDRE RÅD stiller sig positivt til Kommissionens 29. anbefaling af, at kommuner fremover, løbende holder fokus på at inddrage frivillige til opgaver i hjemmet hos ældre borgere. Det er dog for organisationen væsentligt at understrege, at frivilliges hjælp aldrig må omfatte visiterede ydelser.

Kommissionens forslag til lovændringer

Set i lyset af den kraftigt forbedrede sundhedstilstand og forlængede levealder, kan DANSKE ÆLDRE RÅD forstå kommissionens ønske om at hæve aldersgrænse for obligatorisk tilbud om forebyggende hjemmebesøg, som det fremgår af anbefaling 3. Kommissionens anbefaling forstås som et ønske om at anvende områdets ressourcer mere smidigt, og til en flytning af indsatsen fra borgere uden behov til udvalgte, og evt. yngre veldefinerede risikogrupper. I den forbindelse peger DANSKE ÆLDRE RÅD på udsatte grupper som f. eks alkohol- og medicinmisbrugere og socialt isolerede mennesker. I forlængelse heraf foreslår DANSKE ÆLDRE RÅD, at lovændringen tillige sætter den praktiserende læge i stand til at henvise patienter til at modtage forebyggende hjemmebesøg.

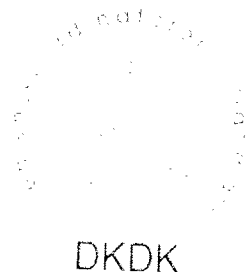
DANSKE ÆLDRE RÅD ser frem til ministerens lovforslag til gennemførelse af det koordinerede og forebyggende arbejde på tværs af kommunens sundheds- og socialområde. Bestyrelsen anser disse som nødvendige for at gennemføre kommissionens niende anbefaling om at indføre en fælles, bred forståelse og praksis omkring rehabiliteringsbegrebet.

Organisationen støtter ligeledes kommissionens anbefaling nr. 10, der indeholder forslag om ophævelse af servicelovens sondring mellem midlertidig og varig hjælp. Lovændringen vil efter DANSKE ÆLDRE RÅDs opfattelse kunne lette nogle administrative byrder i den kommunale forvaltning.

Med venlig hilsen

Bent Aa. Rasmussen
Formand

Social- og Integrationsministeriet
Departementet, Holmens kanal 22
1060 København K
p-aeldre@sm.dk, ssk@sm.dk



København d. 11. august 2013

Høring over Hjemmehjælpskommissionens rapport "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats"

DemensKoordinatorer i Danmark (DKDK) takker for muligheden for at afgive høringsvar til rapporten. Ministeriets j.nr.2013-4642.

Indledningsvis takker DemensKoordinatorer i Danmark ministeren og Folketinget for at have nedsat en kommission med opgaven at belyse og stille forslag til varetagelse af fremtidens behov for hjemmehjælp. DKDK repræsenterer medarbejdere, der arbejder koordinerende i forhold til borgere med demenssygdomme og som beskæftiger sig med demensproblematikker. Derfor vil foreningen gerne rose for dette initiativ og ikke mindst de 29 anbefalinger som kommissionen er fremkommet med.

Kommissionens anbefalinger

DemensKoordinatorerne i Danmark er positive overfor rapportens anbefalinger og fortolker, når der i rapporten omtales "*personer, som har omfattende og meget komplekse behov*" at disse personer indbefatter borgere med demenssygdomme.

DKDK finder det er væsentligt, at kommissionen i sin 1. anbefaling slår fast, at borgere med omfattende og komplekse plejebestanden modtager en mere kompenserende hjælp, der er koordineret med sygeplejefaglige indsatser. Da borgere med demens forventes at udgøre en stigende andel af denne brugergruppe af hjemmehjælp, kræves særlige kompetencer i både sygeplejegruppen, praktikermedarbejdergrupper og i ledelsen af hjemmehjælpsenhederne.

DKDK finder kommissionens 20. anbefaling særlig relevant. DKDK ønsker at pointere at det skal være faglært personale med særlig viden om demens, der bistår borgere med demenssygdomme.

DKDK noterer med tilfredshed, at kommissionen i anbefalingerne om rehabilitering fastslår, at også borgere med demenssygdomme bør have ret til at indgå i



DKDK

kompenenserende rehabiliteringsforløb. Personale der arbejder med denne borgergruppe bør derfor have særlig viden om, hvordan rehabilitering forstås ved demens og at rehabiliterende arbejde også nytter for denne gruppe. Vi anerkender, at der er ældre (også blandt ældre med demenssygdomme) for hvem rehabilitering ikke giver mening – men en demensdiagnose må ikke fratage rettigheden til rehabilitering.

Anbefaling nr. 12 slår fast, at der bør oprustes i forhold til at arbejde i tværfaglige teams. Tværfagligt samarbejde medvirker til øget kendskab om borgeren, en øget fleksibilitet i hjælpen og ikke mindst en sammenhæng i hjælpen. Dette er ikke mindst vigtigt for borgere med demens. Der bør dog sættes fokus på, hvordan tværfaglige teams fungerer i praksis mellem kommunale og private udbydere.

DKDK ser gerne visitation til ydelsespakker. Ydelsespakker medvirker til at det er borgerens ønske og aktuelle behov samt medarbejdernes faglighed, der er styrende for, hvordan hjælpen konkret tilrettelægges inden for rammerne af ydelsespakken. Dette medfører en større fleksibilitet og medvirker til en øget livskvalitet. To forhold der er væsentlige ikke mindst for for borgere med demenssygdomme.

DKDK ser frem til de kommende lovinitiativer og til at være en del af høringen ift. disse.

Med venlig hilsen

Ane Eckermann
Formand
DemensKoordinatorer i Danmark
Jernbane Allé 54, 3. th.
2720 Vanløse
Tlf. +45 3877 0160



Social- og Integrationsministeriet
Departementet
Holmens Kanal 22
1060 København K
j.nr.2013-4642

Ergoterapeutforeningen
Nørre Voldgade 90
DK-1358 København K
Tlf: +45 88 82 62 70
Fax: +45 33 41 47 10
cvr nr. 19 12 11 19

Den 13. august 2013

Høringssvar vedr. Hjemmehjælpskommissionens rapport "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats"

Helt overordnet mener Ergoterapeutforeningen, at rapportens otte grundprincipper om rehabilitering er fornuftige og fint kan udgøre det værdimæssige grundlag, som vi baserer vores ældrepleje på fremadrettet. Samtidigt noterer vi med tilfredshed, at de nye tiltag *ikke* skal indgå som led i yderligere besparelser i kommunerne. Det er tilsvarende vigtigt med den solide ledelsesmæssige forankring, som kommissionen fremhæver.

Men Ergoterapeutforeningen finder det er helt urealistisk, at hjemmehjælpere alene kan realisere de ambitiøse målsætninger om rehabilitering. Det er for ensidigt udelukkende at fokusere på en enkelt faggruppe blandt flere andre relevante. Hvis de mange gode mål skal lykkes i praksis, vil det kræve, at flere fagligheder bringes i spil, herunder terapeutfaglige kompetencer.

Ergoterapeutforeningen har følgende kommentarer til udvalgte kapitler og anbefalinger:

Nedsættelse af hjemmehjælpskommissionen

Sammensætningen af kommissionen er overraskende i lyset af, at hovedparten af rapportens anbefalinger fokuserer på vigtigheden af det tværfaglige arbejde. Det kunne derfor have været relevant at involvere flere faglige organisationer.

Kapitel 3. Ældregruppen – i dag og i fremtiden

I tabel 3.4. mangler en opgørelse over antal indlæggelser, hvis tabellen nuanceret skal vise, hvilke forandringer i sygehusvæsenet, der er sket. Tal fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet viser, at antal indlæggelser steg med 15 pct. i perioden fra 2001-2009 for de somatiske sygehuse og med 12 pct. i perioden for de psykiatriske sygehuse. Det kan ikke afvises, at omlægningen til mere ambulante aktiviteter kan have betydet flere genindlæggelser, men det kan dog ikke direkte afløses af nøgletallene fra ministeriet.

Kapitel 4. Hjemmehjælp i dag

Tabellerne 4.4 og 4.4 er ens på side 42. Til gengæld mangler der en tabel over gennemsnitspriser for en times praktisk hjemmehjælp, som der refereres til i teksten.



Kapitel 5. Et paradigmeskifte – omlægning af kommunernes praksis på hjemme-hjælpsområdet.

På side 52 refereres til, at fysisk træning kombineret med råd og vejledning samt brug af hjælpemidler kan betyde, at borgere kan leve et liv uafhængig af hjælp og i overensstemmelse med deres hidtidige liv. Her mangler der betydningen af, at fysisk træning ikke kan stå alene, men skal kombineres med træning af både kognitive og sociale færdigheder.

Efter kommissionens opfattelse er der behov for et 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, jf. side 52. Tilsvarende vigtigt er det, at der også sker koordination i forhold til terapeuter og genoptræningsindsatser.

Af rapportens side 53 fremgår det, at omlægningen skal ske med udgangspunkt i fire værdier, som er værdighed, selvhjulpenhed, selvbestemmelse og tryghed. Det er alle tungtvejende grundværdier. Men det er helt afgørende, at også værdier som aktivitet og deltagelse trækkes frem på linje med de nævnte værdier.

Dette harmonerer i øvrigt med andre dele af rapporten om det aktive liv og deltagelse i samfundslivet for den enkelte, jf. f.eks. side 51 vedr. målet om at hjælpe borgere til at leve et liv i bedst mulig overensstemmelse med deres hidtidige liv og side 71 om at understøtte borgerne i en aktiv tilværelse.

Kapitel 6. Den fremadrettede indsats

Ergoterapeutforeningen finder ideen om sociale viceværter i almene boligforeninger spændende, og vurderer, at det vil være oplagt at bruge ergoterapeuters kompetencer i den sammenhæng.

Anbefaling 3 indeholder et forslag om, at aldersgrænsen for forebyggende hjemmebesøg forhøjes fra 75 år til 80 år samt, at ældre under 80 år i særlige risikogrupper skal have tilbud om forebyggende hjemmebesøg. Før eventuelle lovændringer bør man imidlertid aftale at indføre screeningsværktøjer, faste kriterier mv., der rent faktisk forpligter kommuner til at udbyde alternativer. Den nuværende tekst er for løst formuleret ved, at kommunerne *kan* udvikle og indføre disse, men det bør i stedet være et krav, så de *skal* forpligtes til at implementere nye modeller.

På side 66 understreges vigtigheden af, at medarbejderne har let adgang til sparring med sygeplejefagligt personale. Det er tilsvarende afgørende, at de har mulighed for kontakt til både ergoterapeuter og fysioterapeuter.

På side 66, hvor der refereres til den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient, står fysisk træning igen alene. Også her bør indgå betydningen af kognitiv træning og træning i sociale færdigheder på linje med den fysiske træning. Det er således veldokumenteret, at en effektiv rehabilitering forudsætter træning af både fysisk, kognitivt og social karakter.

Rehabilitering handler således om at give borgeren med nedsat funktionsevne mulighed for at opnå samme grad af funktionsevne som tidligere eller den bedst mulige funktionsevne både fysisk, psykisk, kognitivt og socialt samt mulighed for at leve et meningsfuld og selvstændigt liv, jf. den fælles vejledning om kommunal



rehabilitering fra Social-, Beskæftigelses- og Undervisnings- og Sundhed- og Indenrigsministeriet fra 2011.

Afsnittet om variation mellem kommuner på side 56 indeholder en sætning om, at der i nogle kommuner sker en visitation, der egenrådigt sætter mål for borgeren. I de tilfælde mener vi slet ikke, at der er tale om rehabilitering, så det falder uden for afgrænsningen heraf, og bør derfor udgå.

Kommissionen hæfter sig på side 72 ved, at et litteraturstudie har vist, at det er af stor betydning med en let adgang til de nødvendige hjælpemidler for at træne de ældre til at varetage dagligdagsfunktioner. Det er Ergoterapeutforeningen meget enig i, men der er i dag desværre problemer med at sikre den lette adgang til hjælpemidler pga. det nuværende afgrænsningscirkulære om behandlingsredskaber, fordi det ikke tager fat på de afgrænsningsproblemer, som angår hjælpemidler/behandlingsredskaber og varige/midlertidige hjælpemidler. Vi har derfor også i mange andre sammenhænge argumenteret for, at det bør ske en modernisering af cirkulæret, så det reelt sikrer en let adgang til hjælpemidler for borgeren.

Ergoterapeutforeningen mener, at det er en forudsætning at anlægge den brede og tværfaglige tilgang til rehabilitering, herunder brug af definitionen fra *Hvidbogen om rehabiliteringsbegrebet*.

I afsnittet på side 75 vedr. målgruppe for rehabilitering på hjemmehjælpsområdet fremgår det, at forløb skal bidrage til at gøre borgeren bedre i stand til at mestre sin hverdag og forløbet kan bestå af fx fysisk træning. Også her er det relevant at tilføje mål om aktivitet og deltagelse for den enkelte.

På side 76 er der eksempler på, hvordan der kan arbejdes med borgerens mål og ressourcer i et rehabiliteringsforløb. Det er symptomatisk, at alle eksempler handler om at forbedre funktioner, så der kan skæres ned i den praktiske bistand. Ergoterapeutforeningen mener, at det – hvis rapportens intentioner om borgerinddragelse og borgermotivation skal tages seriøst - er det nødvendigt, at der også åbnes op for, at borgeren kan have helt andre ønsker og mål end dem, der kan betyde mindre hjemmehjælp. Det kunne f.eks. være at deltage i en aktivitet uden for hjemmet.

Anbefaling 9 er formuleret for løst i f.h.t., at kommunerne skal forpligtes til at arbejde med rehabiliteringsforløb. Derimod er anbefaling 10 rigtig god, da der er problemer med den nuværende servicelovs sondring mellem midlertidig hjælp og varig hjælp på hjemmehjælpsområdet.

Ergoterapeutforeningen finder det indlysende, at borgerne selv skal bestemme, om de ønsker at flytte i en plejebolig, jf. side 85. I den forbindelse er det påkrævet at indrette boligen efter det aktuelle behov. Servicelovens bestemmelser om hjælpemidler og boligændringer retter sig alene imod varige funktionsnedsættelser, hvilket vanskeliggør bevilling af boligændringer og hjælpemidler ved midlertidige behov.

Kapitel 7. Organisering og ledelse

I beskrivelsen af præstationsfremmende økonomimodeller mener vi, at det kan være risikofyldt med mindre, der er indlagt en incitamentsstruktur, så afregningen ikke sker for tidligt i forløbet. Bevillingssystemet bør således indrettes, så det først belønner et rehabiliteringsforløb, når det er afsluttet, og man konkret kan



vurdere den reelle, faktiske effekt. At bedømme rehabiliteringsforløbet alene ud fra et kriterium om, at borgerens bevilling af praktisk hjælp er blevet reduceret, kan risikere at tilskynde til at reducere hjælpen, uden at dette reelt er den optimale løsning.

På side 100 refereres til en DSI-undersøgelse, der peger på, at det kræver et tæt (dagligt) samarbejde mellem en række faggrupper. Også her vil det være meget relevant med en henvisning til vigtigheden af terapeuternes funktion.

I afsnittet om snitflader mellem hjemmeplejen og sygehusene er en revision af det føromtalte afgrænsningscirkulære en forudsætning for gode overgange, da det i dag er problematisk, fordi det skaber store snitfladeproblemer.

I samme afsnit er det værd at nævne det igangværende arbejde med sundhedsaftalerne, som kan vise sig nyttige til at sikre sammenhængende forløb på tværs af primær- og sekundærsektoren.

Kapitel 8. Medarbejdernes kompetencer

I tabel 8.1. mangler der opgørelser over årsværk for ergoterapeuter, hvad der kan overraske i lyset af, at faggruppen nævnes eksplicit som visitatorer i selvsamme afsnit.

På side 110 er der også et for ensidigt fokus på social- og sundhedshjælper/assistenter som de udførende medarbejdere. Som nævnt indledningsvis er det ikke realistisk, at én faggruppe kan løfte opgaven. Det vil bl.a. kræve inddragelse af og sparring med terapeuter.

Afslutningsvis vil Ergoterapeutforeningen gerne påpege, at det er uheldigt, at en høringsperiode løber hen over sommerferien, da det vanskeliggør vores muligheder for at indhente relevant viden fra de faglige miljøer. Vi opfordrer derfor til, at der fremadrettet tages hensyn hertil.

Ergoterapeutforeningen ser frem til at følge den videre proces, og vi bidrager gerne i det fremtidige arbejde.

Med venlig hilsen

Formand for Ergoterapeutforeningen

Vedr. Hjemmehjælpskommissionens rapport

FOA har deltaget aktivt i kommissionens arbejde, og har derfor ikke yderligere kommentarer til rapporten.

Med venlig hilsen – på vegne af FOA

Morten Bruun Søgaard

Chef

FOA Faglig

FOA - Fag og Arbejde - Staunings Plads 1-3 1790 København V

Telefon: 46 97 26 26 Direkte: 46 97 24 13 Mobil: 24433362

E-mail: mobs@foa.dk URL: www.foa.dk

Skype: foa.morten.bruun.soegaard



Social- og Integrationsministeriet

p-aeldre@sm.dk

8. august 2013

J.nr.: 2013 – 4642 Høringssvar til hjemmehjælpskommissionen.

Generelt er det en rigtig god rapport med et godt fagligt grundlag og blik for udviklingen på området.

Rapporten er velegnet til at give retning på udviklingen på det nationale niveau. På det lokale kommuneniveau er rapporten velegnet til at afstemme eget niveau, og lægge handleplanen videre frem.

Det er positivt, at der er fokus på paradigmeskiftet og at udviklingen tager afsæt deri, og at der gives flere gode perspektiver end alene rehabilitering. Alle anbefalinger er særdeles relevante, selv om der måske ikke er så meget nyt for de fleste kommuner.

Det er især det vedvarende fokus på hverdagsrehabilitering og revitalisering af begrebet ”hjælp til selvhjælp”, og de tiltag der understøtter disse tiltag som vi betragter som meget positive.

Derfor bydes det velkomment, at det anbefales at sikre lovgivning, der understøtter dette arbejde. Herunder tydeligheden i, at borgerne mødes med forventning om, at deres ressourcer bringes i spil.

En anden ting, der vil støtte den rehabiliterende tanke, er ophævelse af sondringen mellem midlertidig og varig hjælp.

Anbefalingen omkring systematisk dokumentation, for at tilvejebringe mere evidensbaseret viden om effekter af rehabilitering, er vigtig.

Ligeledes bør der ændres på kravet om kontaktpersonordningen, og arbejdes mod krav om, at der arbejdes mod en fælles handleplan for borgeren.

Også fokus omkring forebyggelse og tidlig opsporing er vigtig. Her er forslaget om at ændre de forebyggende hjemmebesøg meget relevant, både i forhold til at ændre alderskravet, men også at lave målrettede besøg skal være uafhængig af alder. Gruppeindsatser kan virke netværksskabende. En mulighed kunne være at fjerne alderskriteriet helt, det vil hænge godt sammen med den ændring i funktionsniveau, der er hos den kommende ældrebefolkning.

Det er vigtigt at få set på incitamentsstrukturen hos leverandørerne, til at gøre borgerne mere selvhjulpne, da den ikke understøttes af den nuværende afregningspraksis. I den forbindelse skal der være opmærksomhed på, at man *ikke* får skabt en anden afregningsmodel, som bliver meget administrativ tung for en myndighedsfunktion.

Man overser i rapporten at understrege vigtigheden af den faglighed, som også de udførende skal besidde. Det er beskrevet, at uafhængighed for borgerne er forbundet med øget livskvalitet, og man må formode, at borgernes livskvalitet er et vigtigt parameter for udførende.

Endelig er der ikke nødvendigvis færre opgaver til leverandørerne, men en måde at klare de stigende opgaver på, i forhold til den stigende ældrebeholdning, og omlægningen af opgaveløsningen i sygehusene.

Anbefalingen om at gå fra enkelt ydelser til pakker, er både godt og ondt. Det er under alle omstændigheder vigtigt at have fokus på, at enkeltydelser også godt kan tage hensyn til beskrivelse af hjælp til selvhjælp i en afgørelse.

Anbefalingen om fælles nationale mål for kvalitet på hjemmehjælpsområdet, for at monitorerer kvalitet på tværs, hilses velkommen.

Vigtigheden af at hjemmeplejen og hjemmesygeplejen hænger sammen, betyder ikke nødvendigvis, at de organisatorisk hænger sammen, da den organisatoriske placering ikke alene sikrer den tætte forbindelse til hjemmeplejegrupperne.

Socialchefforeningen mangler et større fokus på generel sundhedsfremme og forebyggelse for ældre, og især mangler forslag på demensområdet, som nok er den største udfordring for kommunerne i de kommende år.

Udviklingen i antallet af borgere med demenssygdomme kunne godt have haft større vægt i rapporten, og der mangler, som nævnt, konkrete anbefalinger.

Afsnittet om teknologi er fint beskrevet, især inddragelsen af brugerne, og understregning af, at det ikke nødvendigvis er løsningen for alle. Omkring teletræning er det vigtigt, at det ikke understøtter den dimension der er i, at borgeren træner på hold, og derved netværksdannelsen som kan bryde isolation.

Der er stadig kun begrænset evidens på mange af de præsenterende løsninger, så styrkelse af den del er vigtig.

Telemedicin, digitale løsninger, velfærdsteknologi og inddragelse af frivillige er vigtige løsninger, men kan ikke alene løse alle udfordringerne på området.

Med venlig hilsen

Ole Pass
Landsformand
Foreningen af social-, sundheds- og arbejdsmarkedschefer i Danmark

Hjemmehjælpskommissionens rapport

FTF er positiv overfor rapportens grundprincipper, og at nye tiltag ikke skal begrundes i besparelser. Ligeledes er FTF positive overfor anbefalingerne om kompetenceudvikling. Med hensyn til den frivillige sociale indsats skal det være et supplement til det professionelle arbejde og må aldrig blive en erstatning for det.

FTF har modtaget hjemmehjælpskommissionen rapport i høring og har følgende bemærkninger:

Generelt mener FTF, at rapportens otte grundprincipper om rehabilitering er fornuftige og fint kan udgøre det værdimæssige grundlag, som vi baserer vores ældrepleje på fremadrettet. Samtidigt noterer vi med tilfredshed, at de nye tiltag ikke skal indgå som led i yderligere besparelser i kommunerne. Det er tilsvarende vigtigt med den solide ledelsesmæssige forankring, som kommissionen fremhæver.

Det er samtidigt positivt, at man på denne måde sætter fokus på behovet for et paradigmeskifte, så indsatsen fremover tager afsæt i den enkeltes funktionsevne – og en mulig opgradering af denne, fremfor konkret udførelse af praktiske opgaver i hjemmet. Den bedste hjælp er hjælpen til selvhjælp – apropos de erklærede værdier "tryghed og værdighed".

FTF ser ligeledes positivt på anbefalingerne i forhold til øget kompetenceudvikling blandt medarbejderne i hjemmehjælpen og en organisering, der understøtter samarbejdet mellem hjemmehjælp og hjemmesygepleje.

I forhold til den frivillige sociale indsats vil FTF gerne understøtte, at frivilligt arbejde skal være et supplement til det professionelle arbejde og må aldrig blive en erstatning for det. Det er en god ide at inddrage frivilligt arbejde i et tættere samspil med den offentlige opgaveløsning. Et øget brug af frivilligt arbejde kan imidlertid blive en udfordring for den offentlige sektor, hvis civilsamfundet i stigende grad overtager velfærdsopgaver, der anses som serviceydelse og som kræver kvalificeret fagprofessionel arbejdskraft.

Det er derfor rigtig vigtigt at finde den rette balance i samspillet. Der skal i den offentlige myndighed eller institution være en frivilligpolitik med klare spilleregler. Det skal med andre

ord aftales, hvilke opgaver der kan udføres på frivillig og ulønnet basis, og hvordan det frivillige arbejde ledelsesmæssigt og personalepolitisk bliver grebet an.

På den måde bliver der sat nogle klare grænser for civilsamfundets ansvar og kompetence, så borgere ikke bliver afhængige af frivillige kræfter. Der skal sikres personaleresurser til vejledning, introduktion, kontrol m.v. af de frivillige.

Det kræver, at de ledelsesmæssige og personalepolitiske rammer for frivillig arbejdskraft er på plads. En presset økonomi og stramme budgetter har skabt større opmærksomhed på frivillig arbejdskraft i kommuner og regioner.

Mere specifikt vil FTF gerne pege på den særlige problemstilling vedrørende tandhygiejnen og dens betydning for lighed i sundheden, som kommissionen bør være opmærksom på.

Netop mangelfuld mundhygiejne kan være årsag til en række systemiske sygdomme. Det er efterhånden veldokumenteret, at der kan være sammenhæng mellem tandkødssygdomme og diabetes. Desuden har forskning vist, at bakterier i mundhulen kan indåndes i lungerne og forårsage respiratoriske sygdomme som f.eks. lungebetændelse, ligesom man har konstateret overrepræsentation af forskellige kræftformer, herunder nyrekræft og kræft i bugspytkirtlen, hos mænd med tandkødssygdomme. Endvidere har en helt ny britisk undersøgelse fra maj i år knyttet sammenhæng mellem Alzheimers sygdom og tandkødssygdomme.

Der er således mere og mere, der peger i retning af, at mund og tænder spiller en central rolle for den generelle sundhed end hidtil antaget, og på denne baggrund er der al mulig grund til at have større opmærksomhed på tandbørstning og mundhygiejne som en integreret del af indsatsen på hjemmehjælpsområdet.

Helt konkret mener FTF, at der i forbindelse med visitators hjemmebesøg altid indgår en vurdering af borgerens behov for hjælp til tandbørstning. En vurdering, som er naturligt sammenfaldende med behovet for personlig pleje i øvrigt. Visitator bør være opmærksom på et potentielt behov for hjælp til tandbørstning, og at omsorgspersonalet er godt instrueret i at kunne yde tilfredsstillende tandbørstning.

FTF er i øvrigt bekendt med Dansk Sygeplejeråds og Ergoterapeutforeningens hørings svar og skal henvise hertil.

Institut for Statskundskab, Aalborg Universitet

Bemærkninger til Hjemmehjælpskommissionens rapport "Femtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats"

Instituttet har følgende bemærkninger:

*Der er grund til anerkendelse for en virkelighedsnær og dækkende samfundsbeskrivelse af de økonomiske og plejemæssige udfordringer, der er forbundet med det aldrende samfund. Dog fornemmes som angivet først i rapporten en manglende harmoni mellem udfordringerne og det øjensynligt massive behov for besparelestiltag, der gennemsyrrer løsningsforslagene.

*blandt løsningsforslagene lægges der afgørende vægt på rehabilitering som den afgørende løsningsstrategi. Det er vores vurdering, som fsv. også støttes af rapporten, at den tilgængelige viden leverer en yderst sparsom evidens for de positive virkninger, faktisk så meget at strategien let kan få eksperimentets karakter.

*Meget taler for rehabilitering som et rigtigt tiltag, men vi vil anbefale, at Socialministeriet som central myndighed påtager sig at formulere en stor og ambitiøs forskningsindsats for at få indsatsen funderet på sikre evidensanalyser. En tilsvarende vurdering vil gælde en forskningsindsats om virkningerne af velfærdsteknologiske og digitale løsninger. Det vil være helt urealistisk at forvente, at kommunerne kan løfte denne opgave.

*Det gennemførte litteraturstudie efterlader et stærkt indtryk af manglende forskning på ældreområdet. Kommissionen er enig heri, men leverer ikke selv forslag til, hvorledes denne forskningsindsats skal tilrettelægges. Hverken indholdsmæssigt, ressourcemæssigt eller styringsmæssigt. Det forekommer os nødvendigt, at den efterlyste forskningsindsats placeres centralt – og uafhængigt af de direkte interessenter i hjemmehjælpens organisering og drift. Dvs. at den initieres af Socialministeriet centralt og placeres på universiteter eller lignende uafhængige forskningsinstitutioner.

Morten Lassen

Institutleder



Til Social-, Børne- og Integrationsministeren

Høringssvar vedr. Hjemmehjælpskommissionens rapport

KL har den 4. juli 2013 modtaget høring over Hjemmehjælpskommissionens rapport "Fremtidens hjemmehjælp – Ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats".

Kommissionen har behandlet et område, som er i hastig forandring. Store demografiske ændringer i befolkningssammensætningen betyder, at de befolkningsgrupper som traditionelt modtager hjemmehjælp stiger kraftigt. Den udvikling har betydet, at det har været nødvendigt for kommunerne at foretage et paradigmeskifte inden for hjemmehjælpsområdet for at sikre den bedst mulige anvendelse af ressourcerne og stort set alle kommuner arbejder derfor allerede med rehabilitering.

KL mener, at kommissionens anbefalinger generelt ligger godt i tråd med den udvikling af hjemmehjælpen, som kommunerne har igangsat de senere år. Det er derfor yderst positivt, at hjemmehjælpskommissionen anbefaler at bygge videre på det store arbejde, kommunerne har lagt i at bringe borgernes egne ressourcer i spil. Ved at fremme mulighederne for at borgerne kan klare sig selv, øges borgernes livskvalitet.

Rapportens fokus på rehabilitering er positivt. Samtidigt er det fornuftigt at arbejde med at tilvejebringe mere evidensbaseret viden om området. Det er desuden fornuftigt at målrette forebyggende hjemmebesøg til de grupper, som har mest behov herfor, frem for alene at anvende et alderskriterium.

Rapportens anbefalinger lægger op til, at sondringen mellem midlertidig og varig hjælp skal ophøre. I dag er det således at borgere, som tilkendes midlertidig hjælp selv skal betale for hjælpen. Kommissions anbefalinger udspringer af, at det eneste reelle betydning af denne sondring er spørgsmålet om betaling for ydelserne. Samtidigt harmonerer det ikke med servicelovens grundprincip om, at hjælpen løbende tilpasses borgernes behov. Der er allerede i dag kommuner, som ikke opkræver brugerbetaling

Den 9. august 2013

Sags ID: SAG-2013-05135

Dok.ID: 1727824

TEI@kl.dk

Direkte 3370 3588

Mobil 2383 1547

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 1/2

for midlertidig hjælp, men en generel ophævelse af muligheden kan betyde en øget efterspørgsel på kommunale ydelser og indtægtstab som følge af lavere brugerbetaling.

Kommunerne er i færd med at afprøve mange forskellige velfærdsteknologiske løsninger og har høstet en række gode erfaringer. Det er både fornuftigt og nødvendigt at udrulle de løsninger, som viser sig at virke, for at kunne håndtere den demografiske udfordring.

Velfærdsteknologi bliver en hjørnesten i fremtidens hjemmehjælp, og det er vigtigt, at kommuner og borgere arbejder sammen om at finde gode løsninger.

Kommunerne arbejder med at harmonisere data nationalt på tværs af de elektroniske omsorgssystemer, som der registreres og dokumenteres i. Det er vigtigt at kommunerne involveres i arbejdet med at skabe nationale måder at arbejde med mål og effekt på. Arbejdet med at udarbejde mål skal tage udgangspunkt i praksis, således at der ikke opstår unødvendige ekstraregistreringer.

Kommissionen anbefaler etableringen af nationale mål for kvalitet. KL anerkender nytten af at opstille fælles mål, men gør opmærksom på, at det skal gøres under respekt for de kommunalt fastsatte servicemål og under hensyntagen til de administrative byrder, der følger heraf. KL anbefaler derfor, at kommunerne inddrages i arbejdet med at udvikle disse mål.

KL anerkender væsentligheden af at få private aktører bedre ind i arbejdet med rehabilitering. Det gøres blandt andet gennem dialog, men også ved at der findes en bedre måde at skabe incitament til at leverandører forbedrer borgernes funktionsniveau.

Samlet set mener KL, at kommissionens rapport giver et godt afsæt for det videre arbejde på ældreområdet og ser frem til den videre dialogen om opfølgning på kommissionens anbefalinger.

KL tager forbehold for efterfølgende politisk behandling.

Med venlig hilsen

Christian Harsløf



Social- og Integrationsministeriet
Departementet
Holmens Kanal 22
1060 København K
Tlf. 3392 9300, Fax. 3393 2518, E-mail sm@sm.dk
J.nr. 2013-4642

Høringssvar: Hjemmehjælpskommissionens rapport "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats"

12. august 2013

Kost & Ernæringsforbundet

Nørre Voldgade 90
1358 København K

D: 33414672
M: 30617475
E: mla@kost.dk

www.kost.dk
[facebook.com/forbundet](https://www.facebook.com/forbundet)

Social- og integrationsministeriet fremsendte d. 4. juli 2013, Hjemmehjælpskommissionens rapport "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats" i høring. Kost & Ernæringsforbundet vil gerne kvittere for det gode arbejde. Vi genkender mange af udfordringerne kommissionen beskriver, nikker til kommissionens forslag og byder hermed ind med vores kommentarer og forslag.

I Kost & Ernæringsforbundet er vi især optagede af maden, kosten og ernæringens indflydelse på hvordan vores funktionsevne og livskvalitet bevares og genopbygges. Vi mener at der for nuværende er for stor ulighed i indsatserne i forhold til de ældres ernæringstilstand, og ser mange muligheder for at imødekomme denne ulighed i de forslag der fremsættes i hjemmehjælpskommissionens rapport.

Vores medlemmer arbejder hver dag med udfordringer med - og konsekvenser af - ældres ernæringsstatus. Mad og måltider rummer et stort potentiale i forhold til at skabe livskvalitet, holde os raske og bevare vores evne til at klare de daglige gøremål. Kroppen fungerer ikke optimalt hvis ikke de basale fysiologiske behov er dækket og derfor efterspørger vores medlemmer netop et større fokus på maden og måltiderne som del af den samlede indsats på tværs af sektorer og sundhedsprofessionelle pleje- og sundhedsindsatser. Socialstyrelsens Nationale handleplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen beskriver netop mange af udfordringerne og giver forslag til løsninger, under samme paragraffer i Serviceloven, som kommissionen fremhæver.

Litteraturen beskriver, hvorledes træning ikke har samme effekt hvis den ældre er underernæret, og den beskriver ligeledes hvorledes underernæring påvirker funktionsevnen og livskvaliteten. Derfor arbejder

Kost & Ernæringsforbundet med at tydeliggøre madens rolle i forhold til de ældres funktionsevne og livskvalitet.

Vi opfordrer derfor kommissionen såvel som social og integrationsministeriet i fremtiden at ældres ernæringsstatus på baggrund af en ernæringsvurdering indgår som en del af visitationen og betragtes som et sundhedsfremmende initiativ.

Konkrete kommentarer til anbefalingerne:

Anbefaling 1:

Vi byder et paradigmeskifte velkommen, men er bekymrede for at ældres ernæringsstatus og denne betydning bliver udvisket. Ernæringsstatus er en god indikator for trivsel og en prædikator for effekten af rehabilitering.

Anbefaling 2:

Kost & Ernæringsforbundet deltager i arbejdet med at udvikle kliniske retningslinjer i et samarbejde mellem Sundhedskartellet og KL og vi byder forskning i effekten af kommunale indsatser velkommen, da dette er essentielt for den videre udbygning af evidensbaseret pleje og behandling i kommunalt regi.

Anbefaling 3 og 4:

Kost & Ernæringsforbundet opfordrer til implementering af systematisk og kontinuerlig ernæringscreening, for at forebygge underernæring og konsekvenserne af dette.

Anbefaling 5:

Kost & Ernæringsforbundet opfordrer til at ernæringstilstand i fremtiden betragtes som en del af rehabilitering, og der i tilfælde af utilstrækkeligt energiindtag iværksættes en indsats. Dette til gavn for bedre udbytte af øvrige indsatser.

Anbefaling 15:

Kost & Ernæringsforbundet opfordrer til at mad, måltider, kost og ernæring betragtes som en del af rehabilitering og at kommunens ledelse og organisation anerkender at ernæringsstatus har betydning for effekten af de øvrige iværksatte indsatser.

Anbefaling 17:

Kost & Ernæringsforbundet mener at en ernæringsindsats indeholdende ernæringsvurdering og efterfølgende indsats, bør visiteres på lige fod med madservice, hjælpemidler, træning og hjemmesygepleje.

Anbefaling 19:

Kost & Ernæringsforbundet anbefaler at iværksatte ernæringsindsatser er en del af en samlet handlingsplan.

Anbefaling 22:

Kost & Ernæringsforbundet forudser store gevinster ved at viden omkring ernæringsstatus og iværksatte ernæringsindsatser kan kommunikeres på tværs af sektorer og blandt sundhedsprofessionelle.

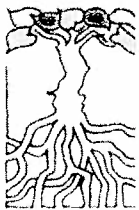
Kost & Ernæringsforbundet med at tydeliggøre madens rolle i forhold til de ældres funktionsevne og livskvalitet.

Vi opfordrer derfor kommissionen såvel som social og integrationsministeriet i fremtiden at ældres ernæringsstatus på baggrund af en ernæringsvurdering indgår som en del af visitationen og betragtes som et sundhedsfremmende initiativ.

Med venlig hilsen

Mie Lauwersen
Aut. Klinisk diætist

SUFO



Høring over Hjemmehjælpskommissionens rapport "Fremtidig hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats"

Kommentarer til Hjemmehjælpskommissions rapport.

Fra SUFO: Landsforeningen for de forebyggende hjemmebesøg.

SUFO er ikke på den formelle høringslisten, men ønsker at kommentere Hjemmehjælpskommissions 3. anbefaling. Dette gør vi på vegne af foreningens 250 medlemmer. SUFO har ikke været medlem af kommissionen og har ikke været indkaldt som eksperter, hvorfor foreningen finder det relevant at kommentere rapporten. Nedenstående kommentarer er udarbejdet af bestyrelsen på baggrund af tilbagemeldinger fra foreningens medlemmer.

De årlige hjemmebesøg er en integreret del af den nationale ældrepolitik og er lovmæssigt forankret i Serviceloven § 79 A. Forebyggende hjemmebesøg er et alment sundhedsfremmende samtaletilbud på borgernes præmisser givet til ældre over 75 år.

Grundelementet i et forebyggende hjemmebesøg er samtalen med respekt for borgerens liv. Den bedste effekt opnås, hvis besøgene udføres af personale med faglige kompetencer og indlevelsessevne og med WHO sundhedsfremmestrategier og mål som værdigrundlag. Sundhedsfremme og forebyggelse af funktionsevnetab er mulig uanset alder.

SUFO noterer med tilfredshed, at Hjemmehjælpskommissionen anser de forebyggende hjemmebesøg for at spille en vigtig rolle, når det gælder kontakt til ældre. Hjemmehjælpskommissionens anbefaling 3 omhandler de forebyggende hjemmebesøg og Hjemmehjælpskommissionen anbefaler, at de forebyggende hjemmebesøg tilrettelægges mere målrettet og fleksibelt.

SUFO vil efterfølgende kommentere på de fire forslag fra anbefaling 3.

At aldersgrænsen for obligatoriske (lovpligtige) tilbud om forebyggende hjemmebesøg forhøjes fra 75 til 80 år

SUFO er uenig i forslaget om at aldersgrænsen for obligatoriske (lovpligtige) tilbud om forebyggende hjemmebesøg forhøjes fra 75 år til 80 år.

Dansk socialpolitik har i stigende grad fokus på ulighedsproblematikken og søger at gøre noget ved dette forhold. At hæve aldersgrænsen for de forebyggende hjemmebesøg fra 75 til 80 år vil stille de ældre mellem 75 og 80 der takker ja til et besøg svagere end tilfældet er i dag. En forhøjelse af aldersgrænsen vil betyde at disse borgere ikke bliver "samlet op" og får relevante tilbud, så tidligt som muligt. Konsekvenserne er menneskelige for den svageste del af de ældre mellem 75 og 80 og økonomiske for resten af samfundet.

Tilbud om forebyggende hjemmebesøg er en tidlig forebyggende indsats, og forebyggende hjemmebesøg medvirker til at opspore borgere med risikofaktorer og medvirker til at skabe sammenhæng for borgerne og anviser handlemuligheder. Ved funktionsevnetab får en borger brug for at kende de handlemuligheder, som lokalsamfund og Social- og Sundhedslovgivning kan give. De forebyggende hjemmebesøg medvirker til dette.

Ved det første forebyggende hjemmebesøg tilbydes en unik dialogmulighed med de 75-årige. Borgere der viser sig at have behov for sundhedsfremmende eller forebyggende tilbud får i besøget viden om deres handlemuligheder lokalt, ift. de kommunale standarder og ift. lovgivningen. Ved behov kan der efter samtalen henvises til kommunale samarbejdspartnere og frivilligt arbejde. Borgere med god funktionsevne bliver orienteret om lokalområdets tilbud for at kunne spille en social aktiv rolle i f.eks. frivilligt arbejde. Borgeren vil modtage besøgstilbud efter aftale med medarbejderen igen senest ved det fyldte 80 år eller hvis borgeren føler et behov for besøg.

SUFO forstår begrundelsen for ændringen af aldersgrænsen for obligatoriske besøg den generelle levetid og levevilkårsforbedring, som ældregruppen har opnået de senere årtier.

Samfundsudviklingen har imidlertid indtil nu genereret en social ulighed i sundhed. For at komme i kontakt med den gruppe af ældre, som er ramt af ulighedsproblematik, mener SUFO, at det obligatoriske tilbud for hjemmebesøg fortsat bør tilbydes ved 75 år.

Ved ulighedsproblematik tænkes på etniske minoriteter og borgere, der har været ufaglærte eller uden for arbejdsmarkedet. Hjemmehjælpskommissionen peger på socialt udsatte i anbefaling 2. Så længe der ikke er tilvejebragt ny viden om effekten af indsatser på området med socialt udsatte, selvmordstruede og ensomme ældre er de forebyggende hjemmebesøg en evidensbaseret metode til at nå denne gruppe ældre.

At ældre under 80 år i særlige risikosituationer skal have tilbud om forebyggende hjemmebesøg

SUFO er enig i, at ældre i særlige risikosituationer skal have tilbud om forebyggende hjemmebesøg. Tab af samlever eller ægtefælle er en særlig sårbar social situation og praksis i kommunerne i dag er tilbud om forebyggende hjemmebesøg i denne situation. SUFO kan tilføje følgende risikosituationer: udskrivelse fra

hospitalsindlæggelse, boligskift, pasning af syg ægtefælle i hjemmet og faldulykker, samt alkohol. Sundhedsprofiler viser, at alkohol er en mere væsentlig risikofaktor i ældre befolkningen end tidligere. Yderligere risikofaktorer for ældre er fysisk inaktivitet, fejlnæring, kognitiv funktionsnedsættelse, medicinbehandling og meget væsentligt social isolation og ensomhed.

Rapporten fastslår, at en øget målretning af de forebyggende hjemmebesøg er helt i tråd med det faglige opgør, der i løbet af de seneste år har været med helbredstjeks til hele befolkningen. SUFO mener at, det er nødvendigt, at tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg med de 75-årige fortsætter for at kunne identificere de ældre, som har risikofaktorer og risikosituationer.

SUFO foreslår, at en borgers praktiserende læger fortsat kan henvise til forebyggende hjemmebesøg, når denne har identificeret risikofaktorer og borgeren ikke allerede er i kontakt med hjemmeplejen.

SUFO ser gerne at ældre under 75 år kan henvises. Det er en udfordring at identificere de borgere, der har behov for et forebyggende hjemmebesøg. SUFO kan pege på kommunale samarbejdspartnere, der i deres møde med borgerne foreslår et forebyggende hjemmebesøg og opfordrer borgerne til at tage kontakt med de forebyggende medarbejdere.

At der i øget omfang anvendes screeningsværktøjer til vurdering af borgernes behov for forebyggende indsatser

Anvendelse af screeningsværktøjer til f.eks. tidlig opsporing demens findes allerede. SUFO er enig i, at screeningsværktøjerne skal udvikles og anvendelse således, at de kan understøtte dialogen i besøget.

At der åbnes for gruppebaserede tilbud frem for udelukkende individuelle besøg i borgernes eget hjem.

SUFO er bekendt med, at mange kommuner tilbyder sundhedscafeer og informationsmøder til borgerne som supplement til forebyggende hjemmebesøg. Et gruppebaseret tilbud ikke kan erstatte borgerens valgmulig for et forebyggende hjemmebesøg. De forebyggende medarbejdere har erfaring for, at gruppebaserede tilbud benyttes af de mere ressource stærke borgere og borgerne udveksler erfaringer, men disse borgere ikke efterfølgende danner netværk. Deltagelse i gruppebaserede tilbud medfører ofte, at borger efterfølgende ønsker et forebyggende hjemmebesøg.

SUFO finder, at der i anbefalingen om gruppebaseret tilbud mangler en uddybning af metode og indhold i et gruppebaseret tilbud. SUFO er bekendt med, at der kun foreligger få undersøgelser med evidens om effekten af gruppebaserede besøg og der vil være behov for udvikling af koncepter til gruppebaserede tilbud og evidens af effekt.

På vegne af bestyrelsen i SUFO

Vibeke Reiter

formand



Rigshospitalet

NEUROCENTRET

Neurologisk Klinik

Nationalt Videnscenter for Demens

Blegdamsvej 9

2100 København Ø

Social- og Integrationsministeriet

Departementet

Holmens kanal 22

1060 København K

ATT:

- p-aeldre@sm.dk
- ssk@sm.dk

Afsnit 2082

Direkte telefon 35 45 25 80

Lokal fax 35 45 26 26

E-mail gunhild.waldemar.01@regionh.dk

Ref GW/

Den 14. august 2013

Vedr.: Høring over Hjemmehjælpskommissionens rapport "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats" (j. nr. 2013-4642)

Nationalt Videnscenter for Demens (NVD) takker for fremsendelse af rapporten: "*Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats*" og for at være inddraget som høringspartner.

NVD er særdeles tilfreds med Ministerens og Folketingets nedsættelse af en kommission med opgaven at belyse og stille forslag til varetagelse af fremtidens behov for hjemmehjælp.

NVD finder kommissionens rapport grundigt bearbejdet og de 29 anbefalinger er et godt udgangspunkt for udviklingen af bedre kvalitet i forhold til fremtidens hjemmehjælp. Vi er særligt tilfredse med at rapporten gør opmærksom på 1) en differentiering af ældregruppen med særlig opmærksomhed på borgere med omfattende og komplekse behov, 2) anerkender stigningen af borgere med demens, 3) opfordrer til at hjælpen organiseres i tværfaglige teams med en koordinering i af visitation og bevilling af hjælpemidler, 4) det øgede fokus på kompetenceudvikling.

Men vi har også nogle generelle bemærkninger og kommentarer til rapporten.

Kapitel 4

Fakta om ældregruppen

Aalborg Universitets undersøgelse om brugertilfredshed, der refereres til i dette kapitel, finder NVD uegnet i forhold til at identificere tilfredshed vedrørende hjælp hos borgere med demens (som udgør en stor del af brugerne). NVD opfordrer derfor til, at der laves en ny brugertilfredshedsundersøgelse hos denne gruppe borgere, og stiller sig gerne til rådighed for metodeudvikling til en sådan undersøgelse.

Kapitel 5

Komplekse borgere

NVD vil gerne rose rapporten for den opmærksomhed der er rettet mod borgere med komplekse behov – herunder borgere med demens, med et hensyntagen til borgerens selvbestemmelse som

et væsentligt element i den fremtidige indsats på hjemmehjælpsområdet. Vi ønsker at gøre opmærksom på at nogle demente kan have vanskeligt ved at medvirke til selvbestemmelse i hverdagen og har brug for professionel guidning hertil. Dette kræver viden om at opbygge gode relationer til borgeren, som en del af den faglige kompetenceudvikling.

NVD savner stillingtagen til etniske minoritetsgrupper med demens. En endnu ikke offentliggjort undersøgelse fra Københavns Kommune viser at fordelingen af hjemmepleje til ældre er meget skæv og i nogle bydele modtager ældre indvandrere kun halvt så ofte pleje som de etnisk danske ældre. Ligesom denne gruppe ofte på grund af sprogproblemer og uvidenhed, ikke henvender sig til kommunen for at få hjælp – forhold som NVD genkender fra den forskning der indtil nu er gennemført i centret. NVD opfordrer derfor til at der tages initiativ til at belyse særlige forhold vedrørende etniske minoritetsgrupper med demens.

Kapitel 6

Forebyggelse/træning og rehabilitering/svage borgere

I forhold til den forebyggende indsats af ældres indlæggelser tolkes tallene i tabel 6.3 sådan, at man for borgere der bor på plejehjem er bedre til at forebygge indlæggelse, sammenholdt med borgere som passes i eget hjem. NVD kan finde at tallene også kan tolkes sådan at beboerne på plejehjem ikke får samme mulighed for indlæggelse, fordi man på plejehjem ikke finder dette nødvendigt. NVD savner derfor tal for antallet af unødvendige indlæggelser og for antallet af nødvendige indlæggelser som ikke bliver tilbudt, hos både hjemmepleje og plejehjem.

NVD stiller sig positivt overfor betragtninger om rehabilitering, men mener at borgere med komplekse behov – demente – skal have samme rettigheder til rehabiliterende tilbud på lige fod med andre. Der kan godt sættes mål for borgere med demens også selv om de personligt kan have vanskeligt ved at beskrive egne mål. Den rehabiliterende indsats bør tilbydes i forlængelse af diagnosen som en kombination af fysisk aktivitet og med støttende foranstaltninger. Det forudsætter at der udvikles særlige ergoterapeutiske og fysioterapeutiske rehabiliteringsmetoder målrettet demente, hvilket også fremgår af de Nationale Kliniske retningslinjer for demens. Her lægges især vægt på rehabiliterende indsatser ved fysisk aktivitet.

I forhold til socialt udsatte ældre hilser NVD indsatsen omkring forebyggende besøg velkommen at disse målrettes mere og at der i øget omfang anvendes screeningsværktøjer. Her savnes imidlertid metoder til at identificere demens, ligesom NVD vil foreslå et tættere samarbejde mellem praktiserende læger, kommuner og de hospitalsbaserede demensklিনikker i forhold til opsporing af demens på et tidligt tidspunkt i sygdomsforløbet.

Kapitel 8

Medarbejdernes kompetencer

En stor del af hjemmehjælperne har daglig kontakt med demente borgere, hvorfor NVD finder dette kapitel fylder for lidt i forhold til borgergruppen med demens. På demensområdet er der behov for særlige kompetencer. I NVD's 6-årige virke med 3 – 4000 kursister årligt på vores kursusaktiviteter, er det vores erfaring, at der er behov for kontinuerlig kompetenceudvikling af alle medarbejdergrupper. Medarbejderne bør løbende opdateres om demens samt tilbydes supervision i hverdagen. NVD støtter derfor anbefalingen om, at der udarbejdes nationale kvalitetsindikatorer på hjemmehjælpsområdet, som kan fungere som et monitoreringssystem for kvaliteten i indsat-

sen. NVD står gerne til rådighed i forhold til denne kompetenceudvikling og tilbyder aktuelle kurser og konferencer, app samt e-learning, herunder det nye kursus: ABC-Demens mm.

Kapitel 10

Digital velfærd

NVD stiller sig positivt overfor brug af velfærdsteknologiske og digitale løsninger, som et supplement til den demente. Samfundsudviklingen på dette område gør dog at der er nogle særlige problemstillinger som kan være en barriere for den demente fx digitaliseringen af borgernes kommunikation med banker og offentlige institutioner. . NVD efterlyser derfor et særligt afsnit om velfærdsteknologi målrettet borgere med demens.

Venlig hilsen



Gunhild Waldemar
Professor, overlæge, dr. med.
Centerleder, Nationalt Videnscenter for Demens

SFI har intet at bemærke i relation til hjemmehjælpskommissionens rapport.
Med venlig hilsen
Kræn Blume Jensen

KRÆN BLUME JENSEN, CAND.OECON., PH.D.
AFDELINGSCHEF, SOCIALPOLITIK & VELFÆRDSYDELSER

SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD
HERLUF TROLLES GADE 11 · 1052 KØBENHAVN K
TEL. 3369 7799 · kbi@sfi.dk · WWW.SFI.DK

KRÆN BLUME JENSEN, MSC.ECON., PHD
HEAD OF DEPARTMENT, SOCIAL POLICY & WELFARE SERVICES

SFI – THE DANISH NATIONAL CENTRE FOR SOCIAL RESEARCH
HERLUF TROLLES GADE 11 · 1052 COPENHAGEN K
TEL. +45 3369 7799 · kbi@sfi.dk · WWW.SFI.DK

SFI DET NATIONALE
FORSKNINGSCENTER
FOR VELFÆRD

[ABONNER PÅ SFI UPDATE](#) » - MÅNEDLIGT NYHEDSBREV FRA SFI

This email has been scanned by the Symantec Email Security.cloud service.
For more information please visit <http://www.symanteccloud.com>

p-aeldre@sm.dk
ssk@sm.dk

j. nr. 2013-4642

Girokonto 402-3951

Ref. MEG/lh
Dok.nr. 1800701

Sag.nr. 2013-SLCSFA-
01727

8. august 2013

Hjemmehjælpskommissionens rapport "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats"

Socialpædagogerne har modtaget Hjemmehjælpskommissionens rapport "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats" til høring. Socialpædagogerne har med interesse læst rapporten og de 29 anbefalinger. Det store fokus på de ældres egne ressourcer, på udvikling og rehabilitering, på den individuelle tilgang til det hele menneske og på en særlig indsats til de særlige udsatte ældre er en tilgang til indsatsen, Socialpædagogerne har arbejdet med i mange år sammen med vores medlemmer. Denne tilgang til støtte og hjælp er kernen i den socialpædagogiske faglighed.

Socialpædagogerne mener derfor også, at det er vigtigt, at kommunerne i indsatsen overfor ældre borgere – særligt de udsatte ældre borgere – indtænker den socialpædagogiske faglighed – både i forhold til en sammenhængende tværfaglig indsats, hvor den socialpædagogiske tilgang kan kvalificere den faglige vidensudvikling, og i forhold til at bruge socialpædagoger i den rehabiliterende og behandlende indsats overfor de ældre borgere. Dette har vi kendskab til, at enkelte kommuner har gjort med stor succes.

Den socialpædagogiske faglighed er ikke medtaget i Hjemmehjælpskommissionens rapport, hvilket vi naturligvis synes er en stor mangel ved den. Socialpædagogerne vil opfordre til, at man i ministeriets fremtidige arbejde med rapportens anbefalinger sætter fokus på, at kommunerne i højere grad bruger de ressourcer, som socialpædagoger har.

Venlig hilsen



Benny Andersen
forbundsformand

Social- og Integrationsministeriet
Departementet
Holmens Kanal 22
1060 København K
ssk@sm.dk
p-aeldre@sm.dk

8. august 2013

Vedr. Høring over Hjemmehjælpskommissionens rapport "Fremtidens hjemmehjælp-ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats"

Social- og Integrationsministeriet har ved mail af d. 3. juli 2013 fremsendt ovenstående til høring, med anmodning om eventuelle kommentarer til senest den 14. august 2013.

Ældremobiliseringen har med stor interesse læst rapporten, der overordnet set indeholder mange positive tanker, idéer og forslag, som er til størst glæde for de ressourcestærke ældre. Rapporten glimrer ved fravær af konkrete forslag til støtte og forbedring af livskvaliteten for de svage og sårbare ældre. En jubelagtig fokusering på paradigmeskifte, hvor der ydes hjælp til selvhjælp fører let til en opprioritering af de relative stærke ældre – og dermed en svigt af dem, der har mest brug for hjælp: de svage de sårbare.

Ingen kan vel være uenig i kommissionens målsætning om, at anbefalingerne skal bidrage til at sikre en bedre og mere sammenhængende indsats for borgere i eget hjem, og at borgerne gennem tværfaglige rehabiliteringsforløb hjælpes til at kunne klare sig selv længst muligt.

Generelt finder Ældremobiliseringen og Danske Seniorer, at rapporten peger på mange gode overordnede løsninger, men at løsningerne i udpræget grad er afhængig af en lang række gennemgribende ændringer herunder strukturændringer i kommunerne og i lovgivningen.

Rapporten lægger som udgangspunkt vægt på borgeren og borgerens ønsker og muligheder. Imidlertid virker det som om intentionerne ikke følges til dørs, når anbefalingerne formuleres.

Ældremobiliseringen finder det positivt, at man arbejder ud fra et mere nuanceret billede af ældrebefolkningen. Det er imidlertid overordentlig vigtigt, at beholde blikket på hele den brede gruppe af ældre og ikke glemme de svageste i iveren efter at gennemføre et paradigmeskifte. "Hjælp til selv hjælp" og at fremme menneskets mulighed for at klare sig selv, er bestemt en fin målsætning, som vi kun kan bakke op om. Men med erfaringerne og erindringerne fra 80érnes arbejde med "hjælp til selvhjælp" i mente, må Ældremobiliseringen også advare mod ukritisk at presse det ned over hovedet på borgeren. Hvad hjælper det, at fru Jensen selv kan knappe sin kjole eller støvsuge sit gulv, hvis hun efterfølgende må hvile resten af dagen. Det giver ikke livskvalitet.

Overordnet set indeholder rapporten mange anbefalinger fx i #3 og #5 om systematisk dokumentation, evidensbaseret viden o.l. Ældremobiliseringen er enig i, at dokumentation og ikke mindst viden, der kan bruges af andre (i andre kommuner) er udemærket, men vi kan godt være bange for, at man bruger så mange ressourcer på dette, at den reelle hjælp til borgeren drukner i dokumentationsarbejde.

Det er Ældremobiliseringens holdning at "Velfærdsteknologi brugt med omtanke er sund fornuft". Omtanken ligger efter Ældremobiliseringens mening bl.a. i at teknologien ikke må medføre, at borgeren mister den menneskelige kontakt. Hjemmehjælper er for mange år siden defineret som det sociale systems yderste forpost, et synspunkt der da også indgår i kommissionens rapport. Ligeledes bør man være opmærksom på, at man i takt med, at det offentlige ønsker at inddrage venner, frivillige og pårørende i løsning af digitale problemer eller i andre praktiske gøremål, så flytter man de "varme hænder" til "kolde opgaver". Nogle opgaver løses bedst af fagpersonalet. Derfor er Ældremobiliseringen også positiv overfor anbefalingen omkring uddannelse af fagpersonale i anbefaling 27. Ældremobiliseringens erfaringer fra de tidlige datastueprojekter (1999) viste, at personalets it-parathed spillede en stor rolle for succesraten vedr. plejehjemsbeboernes interesse for brugen af computere.

I anbefaling 25 lægges der vægt på den bruger oplevede kvalitet i udviklingen og implementeringen af teknologien, en viklen Ældremobiliseringen vil anbefale også inddrages i anbefaling 27 vedr. opsamlingen af erfaringer.

Yderligere er vi betænkelige ved den vinkel, der lægges på det frivillige arbejde fx i 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*". Ældremobiliseringen har mange gange gjort opmærksom på problematikken vedr. det offentliges respekt af de frivilliges organisationers egenart. Det er Ældremobiliseringens opfattelse, at det frivillige arbejde ligger bedst i de frivillige organisationer, og ikke bør opbygges omkring de kommunale medarbejdere.

Vi ældre vil gerne yde en indsats, men ikke fordi vi er en byrde for samfundet og skal give noget igen, eller fordi kommunen mangler penge, men fordi vi har observeret et behov, vi gerne vil gøre noget ved. Frivilligheden lever af lyst med dør tvang. Derfor er anbefaling 28 om at skabe gode rammer for det frivillige arbejde langt mere progressiv.

Vedr. anbefaling 22- "*Kommissionens anbefaler, at kommunerne anvender it-løsninger, som giver mulighed for udveksling af oplysningerne, dels internt i kommunerne på tværs af funktioner og faggrupper, dels eksternt i forhold til sygehus og praktiserende læger*", skal Ældremobiliseringen ikke undlade at bemærke, at tankegangen bag anbefalingen er udmærket, men at det praksis bliver svært, når man fx forsat vil kræve opgaver sendt i udbud (bedst og billigst) ligesom datalovgivningen og anden lovgivning pt. ikke er indrettet på dette.

Med venlig hilsen

Jørgen Fischer
Formand i Ældremobiliseringen og Danske Seniorer

Ps. Da Ældremobiliseringen nedlægges pr. 31. december 2013 bedes fremtidige høringer derfor sendt til Danske Seniorer, Griffenfeldsgade 58, 2200 København N, eller mail: info@danske-seniorer.dk

Socialministeriet
Departementet
Holmens Kanal 22,
1060 København K

Att.: p-aeldre@sm.dk
cc.: ssk@sm.dk

13. august 2013
MTN/of/la

Høringssvar vedr. j.nr. 2013-4642 – Hjemmehjælpskommissionens rapport "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhæn- gende indsats".

De seneste år har hjemmehjælpsområdet været udsat for voldsomme nedskæringer - der er blevet skåret en fjerdedel over de sidste fem år. Heldigvis har Folketingets politikere været opmærksomme på hjemmehjælpens betydning også i de kommende år, så et flertal i juni sidste år besluttede at nedsætte en hjemmehjælpskommission. Det har Ældre Sagen støttet varmt.

Vi finder det positivt, at man i forbindelse med kommissionens sammensætning har inddraget en bred kreds af personer med viden fra såvel borger-, personale-, som kommune- og forskningsverdenen.

Derimod vil vi stærkt beklage, at kommissoriet blev for snævert. Vi mener, at der er behov for at få belyst og dokumenteret både hjemmehjælpens betydning for velfærdssamfundet, konsekvenserne af de omlægninger og nedskæringer, der er sket gennem de senere år, som udgangspunkt for at tegne et billede af fremtidens hjemmehjælp.

At dette er blevet udeladt af kommissoriet har haft den konsekvens, at en række vigtige problemstillinger ikke er blevet behandlet i kommissionens rapport eller ikke er blevet tilstrækkeligt analyseret. Det drejer sig især om:

- Konsekvenserne for de eksisterende hjemmehjælpsmodtagere af de indskrænkninger og omlægninger i hjemmehjælpen, vi har set gennem de senere år. I dag modtager kun 131.000 ældre hjemmepleje mod 160.000 i 2008. Inden velfærdsteknologien kom på tale, og inden omlægningen til rehabilitering i kommunerne fandt sted, led hjemmeplejen under betydelige økonomiske nedskæ-



ringer. Alene i 2011 forsvandt der 1,5 millioner hjemmehjælpstimer fra kommunerne.

- Konsekvenserne for andre sektorer såsom sundhedsvæsenet og plejehjem-/plejeboligforbruget af omstillingen på hjemmehjælpsområdet.
- Begrænsningerne i kommissoriet - at anbefalinger om fremtidens hjemmehjælp skulle holde sig indenfor eksisterende økonomiske rammer på trods af de udfordringer, som området står over for,
- det utilstrækkelige fokus på retssikkerheden for borgerne i forbindelse med omstillingerne på området,
- hjemmehjælpens mere generelle betydning for velfærdssamfundet, forebyggelse, civilsamfundet og ligestillingen mv.

Hovedfokus i rapporten er en sammenhængende indsats med øget vægt på forebyggelse og rehabilitering, velfærdsteknologi, mere tværgående organisering i kommunerne, bedre uddannelse til personalet og udvikling af det frivillige arbejde.

Ældre Sagen støtter dette hovedsigte, men især på fem punkter vil det være ønskeligt med præciseringer, når skridtet tages fra kommissionens anbefalinger til politisk handling:

- 1) Vi ville gerne have mere fokus på, at rehabilitering skal være *frivillig* for den enkelte borger. Det må sikres, at rehabilitering ikke primært bliver foretaget af besparelsesgrunde. Hvis det at spare penge bliver målet i sig selv, risikerer vi at se grimme eksempler på svækkede ældre, der må bruge to-tre dage på at gøre rent og den næste uge på at komme sig, eller andre, der må bruge en halv dag på at kæmpe sig i tøjjet. Det kan vi ikke være bekendt. Hvis alle skal have del i de åbenlyse fordele, der er ved rehabilitering, skal udgangspunktet være motivation. Når hjemmehjælpen går fra at være noget, man gør *for* borgeren, til noget man gør i samarbejde *med* borgeren, er der potentiale til at forbedre den ældres livskvalitet, hvis processen er rigtig og foregår *med borgerens* behov for øje og ikke bare kommunernes økonomi. At motivationen hos borgeren er en af de vigtige faktorer, som er afgørende for et godt resultat af rehabiliteringen, blev understreget i det grundmateriale vedr. de internationale erfaringer, som kommissionen byggede sine analyser på.

Det er heller ikke etisk forsvarligt, at et menneske skal tvinges til at udføre praktiske opgaver som for eksempel rengøring, hvis det vil være forbundet med store gener eller vil bruge uforholdsmæssigt meget af dette menneskes tid og kapacitet. I så fald vil rehabiliteringen medføre tab af livskvalitet og værdighed.



Det samme gælder "truslen" om helt at fratage hjælpen til borgere, der ikke vil indgå i et rehabiliteringsforløb. På andre områder i sundhedssystemet – for eksempel kræftpatienter – er det ikke kutyme, at patienter, der af forskellige grunde siger nej til en bestemt behandling, helt lades i stikken af sundhedsvæsenet.

Bag modstanden mod princippet om frivillighed synes der at ligge en grundlæggende og generelt uberettiget mistro til borgerne; en tese om, at borgerne ønsker at være passive modtagere af hjælp.

Ældre Sagens analyser viser klart, at de allerfleste ønsker at være selvstændige og selvhjulpne og dermed ikke ønsker at være afhængige af hjælp fra andre. Vi ved også, at der i dag findes ældre borgere, der siger nej til hjælp fra kommunen, selv om de har behov for den, simpelthen fordi det strider imod deres ære og værdighedsbegreb at skulle tage imod hjælp fra andre. Derfor mener vi, at tesen – for de allerflestes vedkommende – er forkert.

Vi mener, at det er etisk rigtigt at sikre borgeren en "nøddudgang" i form af retten til at sige fra. Denne nøddudgang skal være der, ikke primært for at blive benyttet, men for at styrke motivationen til at sige ja til at give rehabilitering en chance, og for at give den tryghed, der ligger i denne mulighed og ret.

I øvrigt vil problemstillingen med manglende ønske om rehabilitering blive betydeligt mindre over tid, i takt med at borgere i aldersgruppen i højere grad er blevet mødt med rehabiliteringstanken på et tidligt tidspunkt, og der vil være færre, der har vænnet sig til det, der er blevet kaldt "passiv hjælp", og som erfaringsmæssigt har været sværere at motivere til rehabilitering.

Der er ingen dokumentation for, at man opnår et positivt resultat af et rehabiliteringsforløb, hvis hjemmehjælpsmodtageren ikke selv er motiveret, ikke kan se meningen og ikke er medspiller i forløbet – nok snarere tværtimod.

Bag modstanden mod frivilligheden ligger måske også en antagelse om, at rehabilitering er den eneste mulige og den eneste rigtige løsning for hver eneste borger. København Kommunes erfaringer tyder på noget andet: Her har man effektivt og evalueret ældres træning siden 2010 og kan dokumentere, at seks ud af ti, der har gennemført et træningsforløb, et år efter endt forløb selv kan klare alt eller det meste derhjemme på egen hånd. Tallene viser dog samtidig, at fire ud af ti ikke lykkes med at blive selvhjulpne trods kommunens forsøg på at bringe dem hertil.

En vigtig pointe er derfor, at det ikke er alle ældre, der kan eller skal tilbydes træning. Nogle får simpelthen ikke gavn af det og har måske mere brug for vedligeholdende træning, en besøgsven eller andre tilbud til at forebygge ensomhed og isolation. Så kan det være, at borgeren senere får det fornødne fysiske eller psykiske overskud til at kaste sig ud i et træningsforløb.



Det understreger, at borgerne er forskellige og har forskellige behov og forudsætninger. Vi mener, at rehabilitering kun er en succes, når det er en succes for den enkelte borger – derfor er det vigtigt at tage udgangspunkt i den enkelte og sikre god motivation, og her kan ”nøddudgangen” give modet til at gå i gang med at afprøve genoptræning.

Derfor foreslår vi, at det præciseres i lovgivningen, at hverdagsrehabilitering skal være et frivilligt tilbud til ældre på baggrund af en vurdering af potentialet for forbedringer gennem træning – et tilbud som ældre skal have ret til at sige nej til, uden at de bliver mødt med sanktioner i form af reduceret eller ingen hjemmehjælp.

- 2) På velfærdsteknologiområdet er kommissionen kommet med mange gode formuleringer om den hensyntagen, der skal tages til ældre i forbindelse med indførelse af ny teknologi. Vi støtter disse formuleringer, men det kunne have været en fordel, hvis det blev endnu tydeligere præciseret, at også på dette område bør det være muligt for ældre at sige nej til teknologi, som borgeren ikke mener løser vedkommendes behov på en god måde. Dette skal ske, uden at det har konsekvenser for borgeren i form af forringet hjælp.

Allerede i dag har vi set flere eksempler, hvor kommuner indfører robotstøvsugere mod borgerens vilje. Blandt andet i Odense, hvor ældre fik besked på at købe en robotstøvsuger, hvis de ønskede at få støvsuget.

Det er bestemt ikke måden at indføre ny teknologi på. Og da slet ikke når eksperter går ud og siger, at robotstøvsugere ikke er egnet til almindelige hjem. Teknologien skal og må simpelthen indføres med dialog og uden tvang!

Det er ikke etisk forsvarligt at tvinge et menneske til at blive udsat for teknologiske instrumenter, som vedkommende ikke er tryk ved eller ikke forstår. Og det samme gælder i forhold til den medarbejder, der skal benytte og hjælpe den ældre med teknologien.

Det er heller ikke i orden at ”true” med helt at fratage hjælpen til borgere, der ikke vil acceptere kommunens plan om at bruge velfærdsteknologi. Heldigvis har en række kommuner gjort op med tvangspolitikken på området og gør det nu frivilligt, om man vil benytte f.eks. robotstøvsugere.

Der ligger store fremskridt i den nye teknologi, der kan bidrage til både bedre livskvalitet for borgeren og bedre arbejdsmiljø for medarbejderen. Men der er altså også nogle dilemmaer, der kan betyde overskridelser af den personlige sfære og krænkelse af den personlige frihed. Der *skal* være mulighed for at sige fra, og dette, mener vi, bør præciseres lovgivningsmæssigt.

- 3) Retssikkerhedsmæssigt mener vi ikke, at kommissionen har taget den vigtige debat op om sikring af borgerens rettigheder i en situation, hvor kommunerne



skærer ned. Ikke mindst på baggrund af Højesteretsdommen i sagen om hjemmehjælpsnedskæringerne i Køge Kommune, hvor det blev klart, at en kommune - udelukkende med henvisning til økonomi - kan fratage hjælpen fra svækkede ældre, som kommunen tidligere har bedømt til at være berettiget til hjælp, og hvor kommunens egen vurdering var, at helbredstilstanden var uændret. Dette skaber en meget stor utryghed og usikkerhed hos den borger, der på grund af svækkelse modtager hjælp, og som ikke har udsigt til pludselige forbedringer i sin funktionsevne. For en kommune kan i dag – med baggrund i dommen i Køgesagen – skære ned i hjælpen og blot henvise til økonomiske prioriteringer.

Derfor ønsker vi, det bliver præciseret klart i lovgivningen, at en kommune ikke skal kunne reducere i hjælpen, men mindre forholdene hos borgeren har ændret sig til det bedre.

- 4) Som tidligere nævnt savnes der på baggrund af det snævre kommissorium en vurdering af konsekvenserne af de hidtil gennemførte nedskæringer - for de borgere, der har fået frataget eller nedskåret hjælpen eller helt fået afslag. Vi savner også en vurdering af de muligheder og perspektiver, der ligger i en merinvestering i og genopretning af den kommunale hjemmehjælp, i stedet for at låse sig til det nuværende ressourceforbrug.

Også konsekvenser af nedskæringerne for uligheden i samfundet kunne med fordel have været belyst: Den typiske hjemmehjælpsmodtager er en svækket enlig kvinde over 80 år, med så lav indkomst, at hun typisk modtager fuldt pensionstillæg. De gavnlige virkninger af hjemmehjælpen er dermed især til fordel for borgere, der er dårligst stillet, helbredsmæssigt og økonomisk. Nedskæringer vil derfor skabe en øget ulighed.

- 5) Som tidligere nævnt ville det have været en klar fordel, hvis rapporten tydeligere:
 - a. Havde fastslået, at med de økonomiske reformer, der er blevet gennemført de senere år (bl.a. tilbagetrækningsreformen), er dansk økonomi godt forberedt på den demografiske udvikling, også ifølge de økonomiske vismænd i DØRS. Dermed kan den demografiske udvikling ikke bruges som skræmmebillede, der truer vores velfærd og derfor nødvendiggør, at der skal skæres yderligere ned.
 - b. Havde beskrevet hjemmehjælpens betydning for vores velfærdsmodel, for ligestillingen på arbejdsmarkedet og den høje danske erhvervsfrekvens for kvinder mv. Hjemmeplejen skal ses som det, den er: En hjælp, der kan forbedre livskvalitet og trivsel for den svage ældre, der samtidig kan bevare indflydelsen og medbestemmelsen over eget liv. Hertil kommer, at den kan udskyde tidspunktet for flytning til plejehjem, som typisk er en dyrere løsning. Endelig kan hjælpen, hvis den tilrettelægges med den rigtige forebyggende metode, nedbringe antallet af indlæggelser og genindlæggelser til gavn for alle i sundhedssektoren. Hjemmehjæl-



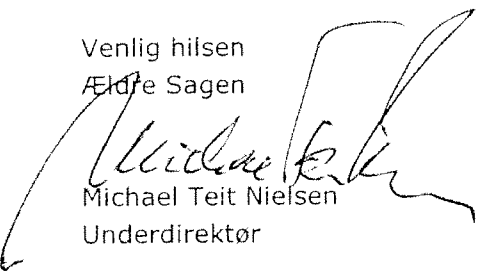
pens betydning for plejeboligbehov og for hospitalssektoren kunne således med fordel være analyseret mere i dybden.

Omvendt finder vi det særdeles positivt, at man får et klart indtryk af den centrale betydning, hjemmehjælpen har for at løfte modtagernes livskvalitet, via Ascotundersøgelsen fra Aalborg Universitet.

Sammenfattende hilser vi kommissionsarbejdets resultat velkommen med de ovennævnte væsentlige forbehold. Vi ser frem til den politiske opfølgning på kommissionens arbejde og håber, at der fra politisk side vil blive taget en række initiativer, der er lydhøre over for de problemer, som er skitseret i dette høringssvar.

Venlig hilsen

Ældre Sagen



Michael Teit Nielsen

Underdirektør