

ÆldreForum 2013

Årsberetning





ÆldreForum er et uafhængigt råd under Ministeriet for Børn, Integration, Ligestilling og Sociale forhold, der skal følge og vurdere ældres vilkår i samfundet på alle livets områder. Rådet skal desuden bl.a. bidrage til at synliggøre ældres ressourcer og til at nuancere billedet af ældre og det at blive ældre.

Rådet inddrager forskere, myndigheder, fagpersoner, organisationer, kommuner og ældreråd m.fl. i rådsarbejdet.

ÆldreForum udsender løbende en række publikationer med information, inspiration og debatskabende stof om tilværelsen som ældre, initierer forskning og arrangerer konferencer m.m.

På ÆldreForums hjemmeside informeres om uddrag af rådets arbejde, og hjemmesiden opdateres desuden løbende med aktuelle emner om ældre.

Rådets publikationer kan også læses, downloades og bestilles vederlagsfrit på hjemmesiden.

Se www.aeldreforum.dk

Bagest i denne publikation findes en oversigt over ÆldreForums udgivelser.

AldreForum

2013

Årsberetning

Omslag:

Parti af Gammel Torv i København.

Litografi af Emil Bærentzen.

Udlånt af Det Kongelige Bibliotek.

Udgivet af ÆldreForum, juni 2014

Design: DanChristensenDesign MDD

Tryk: tryk team svendborg a/s

Trykt ISBN: 978-87-93052-88-8

Elektronisk ISBN: 978-87-93052-87-1

Trykt ISSN:1903-4156

Elektronisk ISSN: 1903-4164

Gengivelse af artikler med forfatternavn, eller længere uddrag heraf i blade, tidsskrifter, bøger o.lign. kræver tilladelse fra både forfatter og ÆldreForum. Øvrige artikler, herunder artikler skrevet af ÆldreForum, kan frit gengives i sin helhed med kildeangivelse.

Indhold

- 4 Forord
- 7 Årets tema
- 8 **Hvad kommer en aldrende befolkning til at betyde?**
Kjeld Møller Pedersen, professor, sundhedsøkonomi, Syddansk Universitet
- 14 **At holde sig i gang**
Henning Kirk, aldringsforsker, forfatter, dr. med.
- 19 Beretning
- 20 **Initiativer**
Publikation: *Ældre med anden etnisk baggrund – viden og inspiration til indsats*
Øvelsesprogram: *Bevægelse hele livet – vil du med? Inspiration til øvelser*
Publikation: *ÆldreForums årsberetning 2012*
- 24 **Samarbejde m.m.**
- 24 **Medlemmer og vedtægtsændringer**
- 27 **Drøftelser ved ÆldreForums rådsmøder**
- 28 **Overgreb mod ældre**
- 36 **Pleje af svækkede ældre i Danmark**
- 46 **Ældres tandsundhed – status og problemstillinger**
- 53 **Studiebesøg i Ballerup Kommune**
- 64 **ÆldreForums medlemmer og sekretariat den 1. januar 2014**
- 65 **ÆldreForums udgivelser**

Forord

ÆldreForms årsberetning beskæftiger sig både med rådets egen verden og de tråde, der udgår her fra og med problemstillinger, der drøftes generelt i samfundet.

Beretningen indeholder således en gennemgang af ÆldreForums virke med uddrag af drøftelserne ved rådets møder, omtale af udgivelser og andre initiativer m.m.

Desuden har rådet bedt professor Kjeld Møller Pedersen, Syddansk Universitet og aldringsforsker, dr. med. Henning Kirk om i hver sit indlæg at belyse et aktuelt emne, som den hastigt voksende ældrebefolkning giver anledning til i disse år:

Hvordan påvirker en aldrende befolkning forbruget af sundheds- og sociale ydelser, og hvordan holder ældre sig bedst muligt i gang – bevarer hjernen skarp i en stærk krop – og dermed selv opnår størst mulig livskvalitet – og samtidig bidrager til at holde udgifterne til social- og sundhedsydelser i ave.

Med øvelsesprogrammet *Bevægelse*

hele livet – vil du med? som blev udviklet i 2013, bidrog rådet selv med inspiration til den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, idet fysisk aktivitet som bekendt ikke blot bidrager til et godt helbred, forlænget levealder og vedligeholder funktionsniveauet, men også har stor betydning for både forebyggelse og behandling af en række sygdomme.

ÆldreForum afholdt i 2013 fem rådsmøder, hvor temaerne bl.a. var: *Overgreb mod ældre, Pleje af svækkede ældre i Danmark og Ældres tandsundhed*. Desuden aflagde rådet *studiebesøg i Ballerup Kommune*. Uddrag af drøftelserne ved rådets interne møder er omtalt i afsnittet *Drøftelser ved ÆldreForums rådsmøder*.

Rådet har siden oprettelsen udgivet informations-, inspirations- og debatstof om ældre, der, afhængig af emnet, er udsendt til kommuner, plejecentre & plejehjem, uddannelsesinstitutioner for social- & sundhedspersonale, biblioteker, ælderåd og ældreorganisationer og mange andre.

Denne brede formidlings- og brobygningsindsats er gennem årene sket med megen beredvillig hjælp fra og i samarbejde med en række myndigheder, faglige organisationer, forskere, fagpersoner og praktikere, som både har bidraget til ÆldreForums temamøder og publikationer. En oversigt over alle rådets udgivelser findes bagest i beretningen

Også i år skal en særlig tak således lyde til alle, der i dette beretningsår så beredvilligt har deltaget i og inspireret ÆldreForum i dets arbejde:

Sundhedskonsulent Lis Herand, Halsnæs Kommune, sekretariatsleder Lene Johannesson, Landsorganisation af Kvindekrisecentre (LOKK).

Direktør Connie Engelund, Holmegårdsparken, Charlottenlund, plejehjemsleder Emma Winther, Kastaniehaven, Give, centerchef Birgitte Bo Christensen, Center for Omsorg, Københavns Kommune, specialkonsulent Sif Hansen, Center for Omsorg, Team

Hjemmepleje og Aktivitet, Københavns Kommune, formand for Roskilde Ældreråd og medlem af Hjemmehjælpskommissionen Kirsten Feld.

Pleje- og rehabiliteringschef Lars Wildt, afsnitsleder for visitationen og hjælpemiddeleteamet Dora Fog, leder af Sundheds- huset Tina R. Kötter og centerleder Susanne Schølin – alle Ballerup Kommune.

Overtandlæge, lektor, ph.d. Børge He- de, Københavns Kommune

Cand. scient., ph.d. Lis Puggaard og overlæge, prof., dr.med. Bente Klarlund Petersen.

God læselyst!

*Ove E. Dalsgaard
Formand for ÆldreForum
Juni 2014*

Årets tema

Den hastigt voksende ældrebefolkning har flere samfundsmæssige konsekvenser. Selv om den nuværende generation af ældre er raske som aldrig før, giver den aldrende befolkning uundgåeligt et større pres på sundhedsvæsenet og den sociale sektor og er således i de kommende år en af disse sektors væsentligste udfordringer. Dette skyldes især, at de sidste leveår, trods en generelt bedre helbredstilstand og funktionsevne, ofte er præget af svækkelse og skrantende helbred.

ÆldreForum har derfor bedt professor Kjeld Møller Pedersen, Syddansk Universitet, om et bud på denne udfordring, og samtidig bedt aldringsforsker, dr. med. Henning Kirk om sine bud på, hvordan ældre bedst muligt holder sig i gang – bevarer en skarp hjerne i en stærk krop, som er undertitlen på hans seneste bog – og dermed opnår størst mulig livskvalitet, og samtidig bidrager til den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, som en del af løsningen på både en presset sundhedssektor og en presset socialektor.

Hvad kommer en aldrende befolkning til at betyde?

*Kjeld Møller Pedersen, professor, sundhedsøkonomi,
Syddansk Universitet*

Befolkningsudviklingen

Danmark har en aldrende befolkning. Overfladisk set lyder det ikke voldsomt. Gennemsnitsalderen i den samlede befolkning steg fra 39,7 år i 2005 til 40,7 år i 2014. Gennemsnit dækker over stor variation. Fx er gennemsnitsalderen på Langeland i samme periode steget fra 46,2 til 49,7 år, medens den i en uddannelsesby som Aarhus steg fra 37 år til 37,5 år. Det viser, at udfordringerne i kommunerne er meget forskellige.

Fokuserer vi på de 65+-årige, ser man et anderledes markant billede. I de seneste 20 år har de 65+årige udgjort ca. 16 pct. af befolkningen. I 2020 vil denne andel stige til 20 pct., og ifølge Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning stiger den til 25 pct. i begyndelsen af 2040'erne. 20% af befolkningen i 2020 svarer til ca. 1.150.000 personer og tallet passerede 1 mio. i 2014. Den gennemsnitlige levealder er stigende. Næsten uanset behandlende og forebyggende indsats stiger den med 2-3 måneder per år.

Det er banalt men ikke mindre sandt: Forbruget af sundheds- og so-

cialydelse stiger med alderen. Som det fremgår af det følgende betyder en aldrende befolkning et øget træk på disse ydelser. Hvis der samtidig var en stigende andel i den erhvervsaktive alder, ville det samfundsøkonomisk være overkommeligt, men antallet i denne aldersgruppe er i bedste fald stagnerende. Derfor kommer samfundsøkonomien under pres fra mindst to sider: en aldrende befolkning og et stagnerende antal erhvervsaktive, som bl.a. er hovedbidragyderne til skatter, især indkomstskatter, som finansierer velfærdssamfundet.

Den korte økonomiske version af konsekvensen af en aldrende befolkning er derfor, at det sætter samfundsøkonomien under pres. Kombinerer man det med den økonomiske krise, der frem mod 2020 betyder, at væksten i de samlede offentlige udgifter forventes at blive på ca. 0,4% per år (vækst.dk), er der store udfordringer forude.

Det er ikke uoverkommeligt og slet ikke en 'byrde', men kræver nytænkning, fx øget brug af velfærdsteknologi, og måske også holdningsændringer til, hvad man med rimelighed

kan forvente fra det offentlige: Både hvornår og hvor meget. På næste side ser vi, at den fysiske funktionsevne hos ældre er blevet bedre i det sidste 20 år. Det har fx betydning for tilde- ling af praktisk hjemmehjælp og brug af hverdagsrehabilitering, dvs. man understøtter de ældre i selv at kunne varetage en række praktiske gøremål i hjemmet.

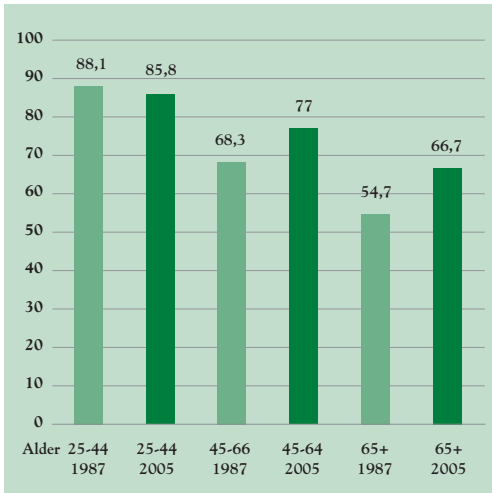
Man hører ofte et argument i ret- ning af: 'nu har jeg betalt skat hele mit liv. Så kan det da ikke være rig- tigt og rimeligt, at jeg nu skal vente på behandling, ikke får tildelt så man- ge hjemmehjælpstimer, det er os, som har bidraget til opbygningen af det nuværende velfærdssamfund osv..'. Det er alt sammen forståeligt, men spejler også den misopfattelse, at man via skatten 'sparer op' i en slags fond. Det gør man ikke. Det danske vel- færdssamfund er overvejende bygget op efter princippet, at årets skatteind- tægter dækker årets udgifter (såkaldt 'pay-as-you-go'). Går det derfor dårligt med samfundsøkonomien, er det også sværere at finansiere velfærdssamfun- det. Men kan man ikke bare låne, fx at et statsunderskud finansieres ved at udstede statsobligationer? Ja og nej. Ja, men så flytter man den økonomi- ske byrde over på kommende genera- tioner. Det er fornuftigt, hvis man kan forudse betydelig økonomisk vækst, og at vanskelighederne er forbigåen- de. Dækker det derimod over en slags overforbrug og mere varige problemer, bliver det slagordsagtigt til et 'gene-

rations-tyveri' og brud på 'generati- onskontrakten'. Nej, i den forstand at EUs budgetpagt sætter relativt snævre grænser for, hvor stor gælden må væ- re.

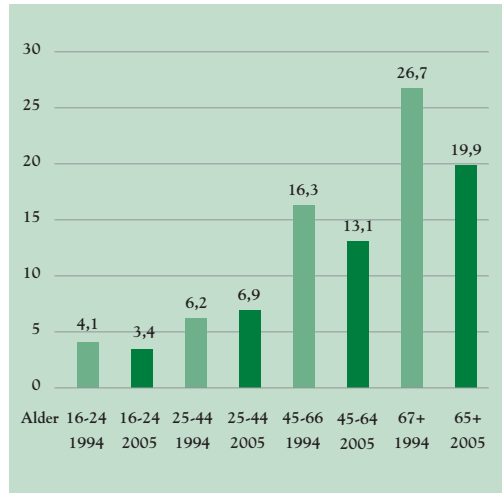
Hvordan står det til med helbredet?

I de såkaldte sundheds-og sygeligheds- undersøgelser (SUSY) har man fra 1987 og frem til 2005 stillet en række enslydende spørgsmål, der gør det mul- ligt at følge udviklingen over næsten 20 år. Der tegner sig et ret klart bil- lede med generationer med bedre hel- bred og funktionsevne, figur 1-4, side 10. Det er meget opmuntrende. Der er utvivlsomt tale om generationseffek- ter, fx at fødselsårgang 1949 er forskel- lige fra fødselsårgang 1939 på samme 'fødselsdag', fx som 70 årig. Med an- dre ord: Generationer med stadig bed- re helbred og funktionsevne.

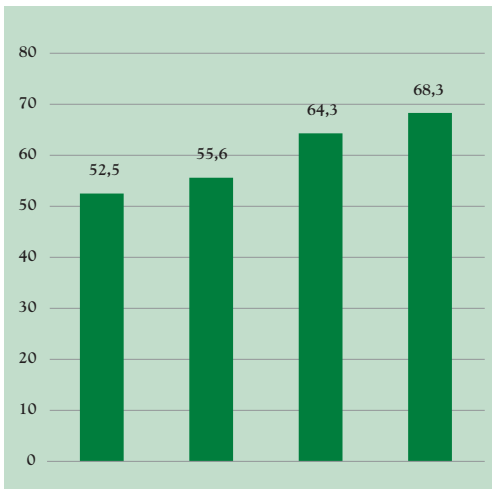
Ét centralt spørgsmål lyder: "Hvor- dan vil De vurdere deres nuværende helbredstilstand i almindelighed?: Virkelig god, god, nogenlunde, dår- lig, meget dårlig". *Figur 1* viser situa- tionen i 1987 og 2005. Der er tale om en klar forbedring for de 65+-årige. Uanset, at det er selv vurderet helbred, viser erfaringer, at dette spørgsmål er en rigtig god indikator for den gene- relle helbredstilstand. Det skal bl.a. ses i sammenhæng med *figur 2*, hvor man ser, at andelen med meget hæv- mende langvarig sygdom er faldet fra 1985-2005 blandt de 65+-årige, om



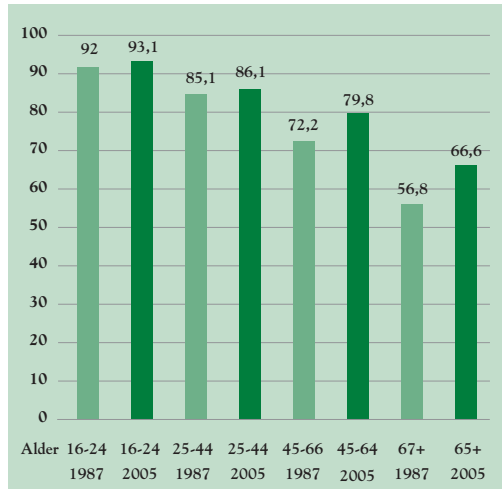
Figur 1: Udviklingen i selvurderet helbred: Procentdel med virkelig godt eller godt helbred



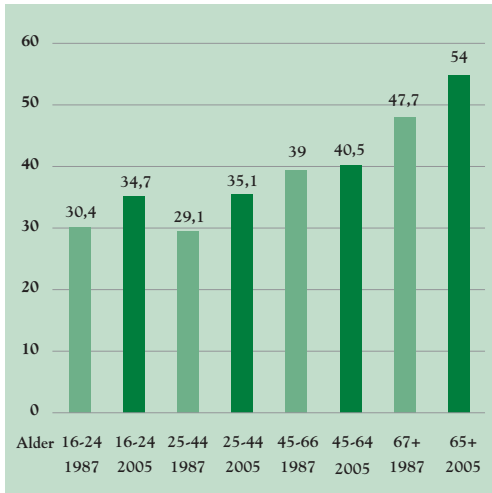
Figur 2: Procentandel med meget hæmmende langvarig sygdom



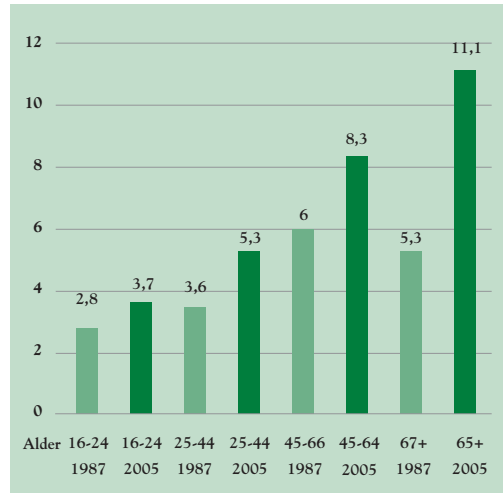
Figur 3: Procentandel med god fysisk mobilitet 60+-årige 1987 (tv) til 2005



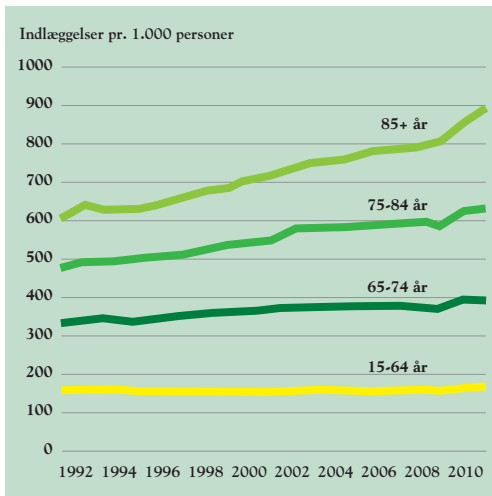
Figur 4: Procentandel, der for det meste følger sig frisk nok til at gøre, hvad man lyst til



Figur 5: Procentandel der har haft kontakt til praktiserende læge inden for en 3-måneders periode



Figur 6: Procentandel der har haft kontakt til hospitalsambulatorium inden for en 3-måneders periode



Figur 7: Udviklingen i antal indlæggelser

end tallene for 1987 omfattede de 67-årige. Blandt de 60+årige er der sket en markant forbedring i fysisk mobilitet i de sidste 18 år, figur 3. Det samme gælder, når man spørger om folk for det meste føler sig friske nok til at gøre, hvad de gerne vil.

Der er en tendens til, at der er en social skævhed i forbedringerne i helbredstilstanden. De bedst uddannede får det bedre end de dårligere uddannede. Det er bekymrende, og bør føre til øget fokus på, hvordan man kan mindske den sociale ulighed i sundhed.

Det kan dog forekomme paradoksalt, at man samtidig kan se, at forekomsten af fx sukkersyge og allergi er steget i alle aldersgrupper. Derfor er spørgsmålet, hvordan disse lidt modstridende tendenser påvirker forbruget

af sundhedsydelse. Overskriften i næste afsnit giver det korte svar.

Vi har fået det bedre, men bruger sundhedsvæsenet mere

Figurene 5-7, side 11, dokumenterer, at forbruget af sundhedsydelse er steget i alle aldersklasser, men procentvis mest i de ældre aldersgrupper. I lyset af den bedre helbredstilstand kan det overraske, men skal muligvis forstås sådan, at en del af denne forbedring måske har rod i bedre behandling, fx bedre kontrol af sukkersyge eller, at mobilitet er påvirket af, at hofteudskift er blevet almindeligt efter 1987.

Man ville muligvis forvente, at den stigende ambulante aktivitet på sygehusene ville have ført til et fald i antal indlæggelser. Figur 7 viser dog et andet billede.

De økonomiske konsekvenser og hvad kan man gøre?

Uden at gå i yderligere detaljer kan det konstateres, at en aldrende befolkning medfører øgede udgifter i social- og sundhedssektoren, men langt fra helt så meget som (for) simple fremskrivninger tyder på. Forklaringen er 'sund aldrig', som kort fortalt drejer sig om at efterhånden, som levetiden stiger, falder de aldersbetingede sundheds- og plejeudgifter for en person på et givet alderstrin. Med andre ord: social- og sundhedsudgifterne er højest i de allersidste leveår, men i takt med

at middellevetiden stiger, 'forskubbes' udgifterne fortsat til de sidste leveår. Det er ikke så meget alderen som 'afstanden' til dødstidspunktet, der påvirker social- og sundhedsudgifterne. Dette betyder, at de økonomiske konsekvenser af den aldrende befolkning mildnes.

Spørgsmålet er, hvordan man i et vist omfang kan imødegå stigende udgifter. Der er mindst tre hovedstrategier:

- ◆ Pas bedre på dig selv
- ◆ Velfærdsteknologi, incl. telemedicin og
- ◆ Hverdagsrehabilitering

'Pas bedre på dig selv' drejer sig dybest set om, at personer med kroniske sygdomme, fx sukkersyge eller kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), forsøger at ændre livsstil og bliver bedre til at aflæse kroppens signaler og gribe ind før, der indtræffer en forværring. Det kan bl.a. ske i form af kommunale patientskoler.

Velfærdsteknologi omfatter alt fra loft-lifte, der kun kræver én person til betjening i stedet for normalt to ved løft og flytning af handicappede/sengeliggende borgere til telemediske løsninger, fx videokonferencer mellem kronikere i eget hjem og læger/sygeplejersker på sygehuse.

Da Fredericia Kommune som én af de første kommuner begyndte at satse mere på hverdagsrehabilitering i form af at understøtte ældre til at kun-

ne varetage flere hverdagsopgaver i hjemmet, viste der sig at være et nedsat behov for praktisk hjemmehjælp – svarende til store millionbeløb – tilsyneladende uden at det blev oplevet som forringelser.

Datakilder

1. Figurerne 1-6, SUSY,
www.si-folkesundhed.dk/Statistik/Sund%20og%20Sygelighedsunders%C3%B8gelsen%202000.aspx
2. Danmarks Statistik: 65+ - et portræt af de ældres liv, arbejdsliv og sociale situation. København 2012 (figur 7)
3. Danmarks Statistik, Databanken, tabellerne Galder og FRDK114
4. Finansministeriet: Vækstplan DK, 2013
5. Arnberg S, Bjørner TB. Sundhedsudgifter og levetid. National Økonomisk Tidsskrift 2010;148(1):43-66.
6. Pia Kürstein m.fl. Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune, DSI, 2011
7. Pedersen, KM: Demografien, den økonomiske krise og sundhedsvæsenet, Politik 15(4), 2012: 20-33

At holde sig i gang

Henning Kirk

Henning Kirk er aldringsforsker, dr.med. og tidligere leder af Gerontologisk Institut.

Han har skrevet en lang række artikler og bøger om aldring, hjerne og sundhed.

Hans nyeste bog, "En kort guide til et langt liv", udkom i april i år.

Der er næppe nogen mennesker i moden alder, som ikke er klar over, at det er vigtigt at "holde sig i gang". Men hvad vil det sige – når man er 50, 70 eller 90 år?

Det er ikke så enkelt at gøre op med de mange fordomme og klicheer, der knytter sig til alderen. Der skrives og tales meget om alder og sundhed i medierne, og det er min erfaring fra mange samtaler med journalister, at deres spørgsmål ofte forudsætter, at alderen kan sættes på en formel for, hvordan hjernen og resten af kroppen fungerer i en bestemt alder. Det er også en udbredt opfattelse, at der kan fastsættes et bestemt punkt på livsaksen, som markerer et særligt fald i funktionsevne.

Men livet har ingen skarpe hjørner – de findes kun i festsange til runde fødselsdage. Aldringsforskningen kan definere en aldersbestemt nedgang i en række fysiologiske størrelser. Uanset hvor meget man træner, vil hjertelungekapaciteten og styrken af bevægeapparatet være mindre, når man er 70, end da man var 50 år. Tilsvarende forringes en række kognitive funktioner (f.eks. tempo) med årene.

Men når man iagttager alderskurver ved befolkningsundersøgelser, er det mere de individuelle forskelle i hver aldersgruppe, der springer i øjnene, end den aldersrelaterede nedgang i funktionsevne. Der er store forskelle i kropslige og kognitive præstationer hos 20-årige. Men forskellene bliver markant større, hvis man ser på 80-årige.

Hos de 20-årige skyldes forskellene en kombination af genetiske faktorer og status for udvikling, læring og øvelse. Hos de 80-årige giver disse faktorer en endnu større spredning i feltet. Men hertil kommer helbredet, som får større og større betydning med årene. Gennemsnitsbetragtninger giver herved mindre og mindre mening.

Det drejer sig altså om to afgørende faktorer, når vi ser på ældre voksnes muligheder for at holde sig i gang: Øvelse og helbred. Vi kan også vende det på hovedet og sige: De to store trusler i alderdommen er inaktivitet og sygdom. Og som bekendt er der en vis sammenhæng, idet inaktivitet med årene øger risikoen for en række sygdomme, ligesom sygdom disponerer til inaktivitet.

Hjernen – og resten af kroppen

Der er i vores kultur en temmelig fast tradition for at skelne mellem hjernen og resten af kroppen. Vi taler ofte om, at hjernen skal trænes som en muskel. Men samtidig overser vi, hvor vigtig en sammenhæng der er mellem hjernefunktion og fysisk form. En sammenhæng, som får mere og mere betydning, jo ældre vi er.

Da vores forfædre for 50.000 år siden udvandrede fra Afrika som “moderne mennesker”, havde de tre spidskompetencer: De havde et bevægelseapparat, der var egnet til længere løbeture, så man var i stand til at udtrætte dyrene. Og de havde hænder, der kunne lave redskaber og våben til at slå dyrene ihjel. Endelig havde de hjerner med højt udviklet sprog – så de bl.a. kunne samarbejde om at jage dyrene.

Samspillet mellem hjerne og muskler har været afgørende for menneskets overlevelse. Vi har længe været klar over hvordan hjernen styrer musklerne. Men det er først de sidste 10-20 år at forskningen har vist, hvor meget musklerne betyder for de kognitive funktioner. Især når det gælder om at leve længe med hjernen i behold.

Når man i almindelighed taler om motion, tænkes mest på løb, cykling, svømning osv., altså fysisk aktivitet, som styrker konditionen. Fysisk aktivitet omfatter imidlertid også træning

af andre kropsegenskaber – muskelstyrke, balanceevne og smidighed.

Men det er først og fremmest konditionstræning, der styrker hjernen. Mellemløbetræningen er bedre blodforsyning og bedre stresskontrol.

Hjernen bruger meget blod

Hjernens blodforsyning er forholds-mæssigt meget stor. Organets vægt udgør kun omkring to procent af den samlede kropsvægt. Men når kroppen er i hvile, optager hjernen en femtedel af blodkredsløbet, og neuronernes store behov for energi betyder, at hjernens energiomsætning er ca. en fjerdedel af kroppens samlede omsætning. To procent af kroppen står altså for en fjerdedel af det samlede iltforbrug.

Det store energibehov betyder, at hjernen får problemer, hvis kredsløbet er forringet. Og her spiller alderen en rolle, for jo ældre vi er, des mere sårbart bliver hjernens kredsløb over for en række livsstilsfaktorer. Her tæller især rygning og manglende fysisk aktivitet.

Hertil kommer, at en række sygdomme kan medføre nedsat blodtilførsel til hjernen, f.eks. diabetes, åreforkalkning og hjerteflimmer. De senere år har man fundet ud af at disse sygdomme øger risikoen for at der dannes *mikroblodpropper* i hjernens finere pulsåregrene. Faktisk er mikroblodpropper ret almindelige hos ældre

voksne, men hvis de kun optræder i mindre omfang, vil de ikke give andre symptomer end øget tendens til træthed. Hvis de findes udbredt i større antal, kan der udvikles demens (såkaldt *vaskulær demens*).

Fysisk aktivitet kan siges at være naturens forebyggelsesmiddel mod mikrobloodpropper.

Kronisk stress slider på hjernen

Det er ikke farligt for hjernen, at vi en gang imellem er stressede. Hjernen kan udfordres positivt, når vi har travlt. Men på længere sigt er det vigtigt, at travlheden fører til noget. At vi får løst problemer og oplever resultater af anstrengelserne.

Hvis vi gennem længere tid bliver ved med at "samle på" uløste opgaver, kan der udvikles en tilstand af kronisk stress. Symptomerne vil ofte være træthed, hovedpine eller andre smerter i kroppen, mave-tarmproblemer, irritabilitet og søvnbesvær.

Mange vil kende til sådanne symptomer – og måske også have den erfaring, at koncentrationsevnen svigter, og at det bliver sværere både at lære nyt og at huske ting, man tidligere har lært.

Efter udviklingen af avanceret hjernescanning har man kunnet se, hvordan hjernen påvirkes af kronisk stress. Midt mellem ørerne sidder hjernens "indlæringsportal", *hippocampus*. Herigennem overføres signa-

ler, når vi lærer noget nyt, og når vi genkalder noget, som allerede er indkodet i langtidshukommelsen. I begge tilfælde dannes nye neuroner, dels til udbygning og konsolidering af eksisterende netværk, dels til dannelse af helt nye netværk (i voksenalderen er det mest almindeligt, at vi bygger videre på noget, hvor vi allerede har viden og erfaring).

De nye neuroner dannes fra stamceller, og vi er i stand til at danne nye celler hele livet. Men ved kronisk stress svigter denne evne, og i endnu højere grad ved depression – som ofte udvikles i forlængelse af længerevarende stress. Ved demenssygdomme, f.eks. Alzheimer's, er hippocampus for alvor en flaskehals. Og ny forskning tyder på, at Alzheimers demens kan udvikles som følge af ubehandlet, svær depression.

Naturens middel mod kronisk stress, og dermed "slid" på hippocampus, er – fysisk aktivitet. Yderligere er det ved avancerede scanningsundersøgelser inden for de seneste år vist, at fysisk aktivitet øger dannelsen af nye neuroner i hippocampus. Man har direkte kunnet iagttage, at hippocampus vokser i størrelse som resultat af fysisk træning. Ligesom det er vist, at hippocampus bliver større i forbindelse med indlæring af teoretisk stof. Det blev første gang overbevisende beskrevet i 1999 af engelske forskere, der foretog hjernescanning hos taxichauffører i London, som havde været på kursus for bl.a. at lære gadenavne.

Søvnen er vigtig for hjernen

Motion styrker altså hjernen gennem bedre blodkredsløb og bedre stresskontrol. Men motion er også “naturens sovepille” – vi falder nemmere i søvn, og får en bedre søvnkvalitet, hvis vi er fysisk trætte ved sengetid. Det er vigtigt, for nattesøvnen er absolut ikke blot en pause mellem to dage. Søvn har afgørende betydning for både hjernens fysiologi og for dens kognitive processer, herunder indlæring og hukommelse.

Det er en myte, at vores søvnbehov automatisk falder med stigende alder. Søvnbehovet er mere bestemt ud fra aktivitetsniveauet. Jo mere aktive vi er, både fysisk og psykisk, des længere søvn er der behov for.

Et vigtigt formål med nattesøvnen er, at hjernen skal “vaskes”. Neuronerne har et højt stofskifte, og signalaktiviteten i netværkene giver øget udskillelse af affaldsstoffer. Når vi sover, skrumper neuronerne til ca. 60 procent, og nærmest som hos en svamp udfiltreres både vand og affaldsstoffer. Disse bliver via hjernevæsken ført til blodbanen og derefter nedbrudt i organismen.

Det er sandsynligt at bl.a. demenssygdomme, ikke mindst Alzheimer’s demens, kan udvikles som resultat af utilstrækkelig “affaldshåndtering” i hjernen. Personer med mange års søvnproblemer har således større risiko for at udvikle demens.

Søvnen har også et andet vigtigt formål. Både i drømmefaserne (REM-søvnen), og under den dybe søvn mellem drømmefaserne, arbejder store dele af hjernen med at repetere den forrige dags hændelser og oplevelser. Det har således vist sig at vi under den dybe søvn repeterer det, vi har lært den foregående dag i form af teoretisk stof. Det vi har hørt eller set (læst), eller det vi har oplevet gennem smag og lugt.

Tyske forskere har vist, at hvis man under indlæring påvirkes af bestemte dufte, vil gentagelse af samme dufte under den følgende nattesøvn medføre, at vi bedre kan huske det, vi har lært. Og denne “kognitive forstærkning” virker især, hvis duftstimulationen sker under den dybe søvn – altså mellem drømmefaserne.

Langt liv med skarp hjerne

Middellevetiden i Danmark og de fleste andre lande øges fortsat. Men længere levetid betyder ikke nødvendigvis bedre bevarelse af hjernefunktionen – selv om de faktorer, der har betydning for levetiden, typisk også vil give bedre hjernesundhed. At bevare hjernen skarp, dvs. bevare evnen til at være opmærksom, til at lære nyt, til at huske både gammelt og nyt, til at tænke og til at løse opgaver – kræver en ekstra indsats.

Kognitiv stimulation kan ske på mange måder. Ved at læse, lytte, tale

og skrive. Sproget kan fortsat udvikles langt op i årene. Derfor er det vigtigt at blive udfordret gennem samvær med andre mennesker. Hjernen styrkes også ved at man lytter til musik – og endnu bedre: ved selv at synge eller spille et instrument.

De senere år har en række forskningsstudier vist, at brug af computer kan styrke hjernen op i årene. Undersøgelserne er mest gennemført ved hjælp af computerspil, og herved har man vist, at det er muligt højt op i årene at styrke hjernen gennem kognitiv træning. Men brugen af mail og informationssøgning giver i almindelighed gode muligheder for hjernestimulation.

Der er således gode betingelser for at holde sig i gang, når det gælder hjernens vedligeholdelse. Samtidig har der aldrig været så mange ældre voksne, som gennem motion og idræt opnår en sundhedsgavnlig fysisk aktivitet. Flere og flere ældre voksne gør noget for at holde sig i gang, både fysisk og kognitivt.

For samfundet betyder udviklingen, at færre end forventet får behov for omsorg og pleje i alderdommen. Det kan allerede nu ses ved, at der trods ældrebefolkningens vækst ses et fald i behovet for hjemmepleje og plejeboliger.

ÆldreForums beretning

Beretning

Initiativer

Publikation

Ældre med anden etnisk baggrund – viden og inspiration til indsats (Oktober 2013)

Den danske ældrebefolkning er generelt raske som aldrig før, lever længere, har en god økonomi og trives tilsyneladende bedre end i de fleste andre lande, men der er grupper af ældre, for hvem vilkårene ser ganske anderledes ud.

I beretningsåret fandt ÆldreForum således anledning til at se på vilkårene for ældre med anden etnisk baggrund – dels i form af en publikation med viden og inspiration til initiativer, dels med et debatindlæg med opfordring til kommunerne om at øge opmærksomheden om og indsatsen for denne gruppe.

Rådet gjorde i debatindlægget bl.a. opmærksom på, at den ekstra årlige milliard, der ved årets finanslovsforhandlinger blev afsat frem til 2017 til at give den kommunale hjælp til æl-

dre et løft, var en oplagt anledning for kommunerne til at løfte indsatsen for ældre med anden etnisk baggrund.

Den etniske og kulturelle mangfoldighed, der har præget Danmark i de senere årtier, viser sig nu også i ældrebefolkningen, idet antallet af ældre med anden etnisk baggrund stiger i de kommende år. I dag bor der i Danmark 28.000 borgere på 60 år og derover fra ikke-vestlige lande, og i 2030 forventes denne gruppe at stige til 82.000. Til sammenligning var antallet i 1990 kun 4.500.

Viden om denne gruppe ældres liv og vilkår i det danske samfund og om bl.a. kommunernes indsatser og tilbud er imidlertid begrænset. Heller ikke forskningsmæssigt har gruppen hidtil påkaldt sig nævneværdig interesse. Og selv om indvandring og integration næsten dagligt debatteres i medier og offentlighed, er det oftest de yngre generationer, opmærksomheden rettes mod.

Meget tyder imidlertid på, at denne gruppe ældre er særligt sårbare på en række områder. Fx er deres fysiske og mentale sundhedstilstand ofte dår-

ligere end de fleste etnisk danske ældre, de oplever hyppigere at føle sig ensomme og isolerede, og deres økonomiske situation er også ofte dårlig. Mange taler kun meget lidt eller slet intet dansk, og en stor del har begrænset kendskab og kontakt til det danske samfund. En undersøgelse fra 2009 viste bl.a., at disse ældre, trods deres dårligere fysiske og mentale tilstand, sjældnere modtager praktisk hjælp og personlig pleje og sjældnere bor i plejebolig end etniske danskere.

Baggrunden for publikationen var derfor som nævnt at skabe større opmærksomhed samt at videregive viden og inspiration til initiativer og indsatser.

Publikationen indeholder således bidrag fra en række fagpersoner med særlig indsigt i minoritetsetniske ældres situation samt omtale af initiativer i nogle af de kommuner og frivillige organisationer, der i løbet af de senere år har gjort erfaringer med målrettede indsatser for denne gruppe.

Derudover indeholder publikationen information om forskningsprojekter, undersøgelser, faglige netværk, efteruddannelsesstilbud og litteratur m.m.

Øvelsesprogram

Bevægelse hele livet – vil du med? Inspiration til øvelser (Udviklet og afprøvet i 2013 og udsendt i begyndelsen af 2014)

Fysisk aktivitet bidrager som bekendt ikke blot til et godt helbred og forlænget levealder, men har også stor betydning for både forebyggelse og behandling af bl.a. en række sygdomme som fx forhøjet blodtryk, diabetes og hjertekarsygdomme, der ofte rammer ældre.

Fysisk aktivitet er med andre ord både vejen til god funktionsevne og livskvalitet og skaber dermed også de bedste rammer for en aktiv og selvhjulpent tilværelse med mindre behov for en række social- og sundhedsydelser.

Som et bidrag til forebyggelse og sundhedsfremme blandt ældre har ÆldreForum derfor fået udviklet øvelsesprogrammet *Bevægelse hele livet – vil du med?*

Bente Klarlund Pedersen, professor og overlæge på Rigshospitalet, som indleder programmet, udtrykker kort og præcist intentionerne bag ÆldreForums øvelsesprogram således: "*Hvis du ikke har tid til at motionere nu, skal du huske at afsætte tid til sygdom senere*".

Mange ældre dyrker allerede motion, og de fleste kender de forebyggende og helbredsmæssige gevinster

ved at være fysisk aktiv i 30 minutter om dagen. Men der skal mere sved på panden, hvis træningen skal have tilstrækkelig effekt. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet for +65-årige er udbygget med anbefalinger om, at ældre ud over 30 minutters daglig motion også regelmæssigt skal træne kondition, muskelstyrke, bevægelighed og balance for at vedligeholde funktionsevnen og dermed evnen til at klare hverdagen. Og især er det vigtigt, at flere – både ældre selv, fagpersoner og frivillige instruktører – er opmærksomme på, at der skal en vis belastning, intensitet og varighed til for at opnå tilstrækkelig effekt.

Øvelsesprogrammet er udviklet for ÆldreForum af cand. scient., Ph.d. Lis Puggaard med afsæt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for +65-årige, dvs. både anbefalinger om den daglige motion, der forebygger sygdom, og anbefalingerne om træning der vedligeholder eller måske endda forbedrer funktionsevnen.

*Inspiration til fysisk aktivitet
der indgår i hverdagen og mulighed
for at teste sig selv*

Øvelserne er tilrettelagt, så de kan indgå naturligt i hverdagen, fx når man er på indkøb eller går tur i skoven. Dette understøttes af ny teknologi, idet øvelserne kan ses på smartphone, og dermed kan hentes frem hvor som helst og når som helst.

Programmet indeholder også inspi-

ration til, at den enkelte både sætter sig mål for træningen og samtidig løbende tester sine fremskridt – om man fx kan gå længere, bedre kan nå gulvet, om musklerne styrkes, eller om man kan cykle hurtigere.

Og til at holde regnskab med, hvad og hvor meget man har trænet – og om man gør fremskridt og når sine mål, er der udarbejdet en træningsdagbog og et 'målsætnings- og test dig selv'-skema, som findes på ÆldreForums hjemmeside.

*Afprøvning i et mindre pilotprojekt
i to kommuner*

Med henblik på eventuelle justeringer af øvelsesprogrammet før udsendelsen, blev det afprøvet i et mindre pilotprojekt i Hjørring og Odder Kommune med deltagelse af 36 borgere i alderen 60-93 år samt fem fysioterapeuter og instruktører fra hhv. kommunalt og frivilligt regi. Erfaringerne fra afprøvningen i de to kommuner viste, at deltagerne oplevede både fysiske, psykiske og livskvalitetsforbedringer. Mange fik det således fysisk bedre, følte sig i bedre form og fik mere energi og bedre humør.

Nogle blev bedre til at gå på trapper, kunne gå længere eller blev mindre forpustede.

Øvelsernes primære målgruppe er aldersgruppen +60-årige. Og afprøvningen viste, at øvelserne kan tilpasses helt individuelt og dermed kan anvendes af både friske ældre og ældre

med kroniske sygdomme. I kommunalt regi kan øvelserne således anvendes til ældre med nedsat funktionsevne, til forebyggende og vedligeholdende træning og til ældre med kroniske sygdomme. Også ældre, der træner i frivilligt regi, og ældre som træner på egen hånd, kan anvende øvelserne.

Erfaringsopsamlingen viste desuden bl.a., at mulighederne for træningsfællesskab, der kan skabe og udbygge sociale relationer, af mange af deltagerne blev fremhævet som en motiverende faktor for at være fysisk aktiv.

Værd at bemærke er også, at erfaringsopsamlingen viste, at der stadig eksisterer fordomme om og barrierer for ældres træning. En del af deltagerne opfattede således alderen i sig selv som en begrænsning for, hvad og hvordan man kan træne, når man når op i årene. Dette kan udgøre en barriere for at kaste sig ud i fysisk aktivitet, der har tilstrækkelig effekt, og der forestår derfor en generel oplysningsopgave, ligesom terapeuter og idrætsinstruktører m.fl. bør være opmærksomme på denne barriere.

Erfaringsopsamlingen fra afprøvningen kan ses på www.aeldreforum

Øvelsesprogrammet kan ses på dvd og på iBook som app til iPad, iPhone og Android og på www.bevaegelsehelivet.dk

Publikation

ÆldreForums årsberetning for 2012 (Maj 2013)

2012 var af EU udnævnt til Europæisk år for aktiv aldring og solidaritet mellem generationer. Danmark stod for formandskabet i første halvdel af året. Dette satte sit præg på debatten og afstedkom mange initiativer og arrangementer.

ÆldreForums årsberetning for 2012 gav derfor ud over et indblik i forummets eget virke også et indblik i den debat og i nogle af de initiativer og arrangementer, der prægede det Europæiske år for aktiv aldring.

Overskrifterne for rådets drøftelser med forskere, praktikere, myndigheder og organisationer m.fl. var i 2012: *Digital kommunikation og borgerbetjening: Hvad sker der i kommunerne?* *Tryghedsvandring – veje til tryghed og medborgerskab* og *Ældrekommissionens rapport: "Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem."*

Årets initiativer omfattede bl.a. publikationen *Længst muligt i egen bil – og livet uden bil*, der førte til en henvendelse til justitsministeren med forslag om at hæve 70-årsgrænsen for den første kørekortfornyelse og forenkling af procedurerne i forbindelse med fornyelsen. Debat- og inspirationsmøderne med en gruppe plejehjemsledere, der blev etableret i 2009,

fortsatte også i 2012. Temaerne var her bl.a. *Ældreplejens image, Det digitale billede som fagligt arbejdsredskab og Velfærdsteknologi*.

Som nævnt omtales også dele af den debat, der prægede året, som af EU var udnævnt til *Europæisk år for aktiv aldring og solidaritet mellem generationer* samt nogle af de mange arrangementer og initiativer, der blev sat i værk. Bl.a. indeholder beretningen et indlæg af professor Jørn Henrik Petersen med overskriften *Vi vil ha' aktiv aldring*.

Samarbejde m.m.

ÆldreForum er løbende i dialog og samarbejde med kommuner, institutioner, organisationer og myndigheder m.fl. Og rådets medlemmer og sekretariat deltager desuden i en række konferencer og andre arrangementer, hvor ældres forhold debatteres. ÆldreForum er fx medlem af *Den Rådgivende Komité for Den Trygge Kommune* og af *Rådet for Menneskerettigheder*.

ÆldreForum var ud over et studiebesøg i Ballerup Kommune på besøg i Aktivitetscentret Lundebjerggård i Frederikssund Kommune. Centret er brugerstyret og samlingssted for mange af kommunens pensionister med ca. 1.200 ugentlige brugere, som deltager i det store udbud af aktiviteter, spiser dagens varme ret eller får en snak i caféen eller over billardborde-

ne. Der er talrige aktiviteter – over 20 – som er sat i system og har hver sit tilholdssted – med skilte og tidsplaner der angiver, hvad der foregår bag de mange lukkede døre.

I alt 100 frivillige hjælper til i køkkenet, passer blomster – og ikke mindst underviser – det gælder for 60 af de frivillige, som aflønnes for deres store indsats med tre flasker rødvin om året.

Medlemmer og vedtægtsændringer

Medlemmer

Rådet består af 13 medlemmer, hvoraf fem udpeges personligt af ministeren for børn, integration, ligestilling og sociale forhold, mens de øvrige medlemmer udpeges af ministeren efter indstilling fra organisationer og ministerier.

Rådsmedlemmerne udpeges for en to-årig periode, dog udpeges formanden for fire år.

Tidligere borgmester i Ballerup Kommune, Ove E. Dalsgaard er udpeget som formand fra den 1. juli 2012 til udgangen af juni 2016.

Med virkning fra den 1. januar 2013 genudpegede ministeren Birgit Meister, Birthe Philip og Carsten Hendriksen for endnu en to-årig periode.

ÆldreForums næstformand, Jytte

Lemche, som har været medlem af rådet i 12 år, blev fra samme tidspunkt afløst af projektleder Joan Jensen.

Carsten Hendriksen blev på ÆldreForums første møde i 2013 enstemmigt udpeget som næstformand.

Ligeledes fra den 1. januar 2013 genudpegede ministeren følgende personer for en toårig periode: Kirsten Feld, indstillet af Danske Ældreråd, Finn Stengel, indstillet af KL og Svend Heiselberg, indstillet af Danske Regioner. Efter indstilling fra Ældre Sagen afløste Søren Rand desuden Per Thestrup. Da Kirsten Feld i midten af året trådte tilbage som formand for Danske Ældreråd, blev hun afløst af organisationens nye formand, Bent Aage Rasmussen.

En ny ældreorganisation, Danske Seniorer, så dagens lys i 2013 ved en fusion mellem Pensionisternes Samvirke, Danske Pensionister og Sammenslutningen af Pensionistforeninger i Danmark. Organisationens formand, Jørgen Fischer, blev derfor efter indstilling udpeget som medlem af ÆldreForum fra den 1. januar 2014

For Ministeriet for Børn, Integration, Ligestilling og Sociale forhold blev kontorchef Eva Pedersen genudpeget, og for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse blev Kontorchef Helle Schnedler genudpeget. Professor emerita Else Trangbæk blev udpeget som repræsentant for Kulturministeriet.

En samlet oversigt over ÆldreForums medlemmer pr. 1. januar 2014 findes på side 64.

Nye vedtægter

ÆldreForums vedtægter er efter høring af ÆldreForum ændret med virkning fra den 7. januar 2014

Iflg. den tidligere gældende vedtægts § 4 kunne formanden udpeges for en 4-årig periode og de øvrige medlemmer for en 2-årig periode uden begrænsninger. Bestemmelsen er ændret således, at formanden højst kan udpeges for to perioder, mens de øvrige medlemmer højst kan udpeges for 4 perioder.

Ministeren kan dog i perioden fra d. 1. januar 2015 til den 31. december 2016 genudpege medlemmer, der har siddet i rådet i 8 år.

Vedtægterne kan i sin fulde ordlyd læses på www.aeldreforum.dk

Drøftelser ved ÆldreForum møder

Overskrifterne for rådets drøftelser i 2013 var *Overgreb mod ældre, Pleje af svækkede ældre i Danmark og Ældres tandsundhed*. Desuden af- lagde rådet *studiebesøg i Ballerup Kommune*.

Dette afsnit bygger på ÆldreForums gengivelse af oplæg fra ind- budte fagpersoner, suppleret med faktuelle oplysninger og rådets eg- ne tilkendegivelser under de efterfølgende drøftelser.

Overgreb mod ældre

Overgreb mod ældre*) er i Danmark en overset problemstilling. Selv om indsats mod vold i familien i en årrække har været på dagsordenen for at slå fast, at vold mod en partner eller vold mod børn under ingen omstændigheder bør finde sted, har ingen initiativer været målrettet ældres hverdag og overgreb mod ældre.

I modsætning til bl.a. de øvrige nordiske lande og en række EU-lande er dette område kun undersøgt meget sporadisk her i landet. Medicomtale af konkrete tilfælde af omsorgssvigt på plejehjem og i hjemmeplejen viser, at overgreb finder sted i Danmark, men konkret viden om omfanget og karakteren af overgreb er meget begrænset, idet de danske undersøgelser både er for små, for få, og for forskellige til at fastslå omfanget mere præcist. Der er imidlertid ingen grund til at tro, at Danmark på dette område adskiller sig væsentligt fra andre europæiske lande – især ikke fra de nordiske lande, hvor forskning viser, at overgreb finder sted. Omfanget her er også usikkert, men undersøgelser viser, at 1-9 pct., hyppigst 3-5 pct., ældre har været udsat for overgreb.

ÆldreForum har løbende beskæftiget sig med overgreb mod ældre, bl.a. ved omtale af de sparsomme danske undersøgelser af dette område i rådets publikationer. Desuden har ÆldreForum opfordret relevante myndigheder til, at området belyses mhp. at afdække karakteren og omfanget af overgreb, som er en betingelse for at kunne forebygge og udvikle hjælpeinitiativer.

Med henblik på at drøfte emnet og behovet for eventuelle initiativer fra ÆldreForum indbød rådet nogle fagpersoner til et temamøde, og ÆldreForum har flere initiativer på vej. Bl.a. er et tema om overgreb mod ældre under udarbejdelse til rådets hjemmeside.

Den personlige friheds ukrænkelighed

De klassiske menneskerettigheder som respekt for og beskyttelse af det enkelte menneskes rettigheder og friheder har sit overordnede udspring i flere internationale konventioner. I

Danmark er den personlige frihed desuden en grundlovssikret ret, der fremgår af grundlovens § 71. Frihedsberøvelse kan således kun finde sted med hjemmel i lov.

For borgere med betydelig nedsat funktionsevne sker håndteringen af respekten for den enkeltes frihed

***) Hvad er overgreb?**

Verdenssundhedsorganisationen WHO definerer overgreb som:

'En enkelt eller gentagne handlinger – eller undladelse af fornødne handlinger – der forekommer i relationer, hvor der er en forventning om tillid, og hvor handlingen forårsager skade eller lidelse hos det ældre menneske'.

Overgreb kan både have fysisk, psykisk, seksuel eller økonomisk karakter. Omsorgsvigt er også overgreb.

Fysiske overgreb kan fx bestå i at blive slået, skubbet eller rystet kraftigt, eller at man holdes fast mod sin vilje, spærres inde eller udnyttes seksuelt.

Psykiske overgreb kan fx være trusler, ydmygelse, nedsættende eller fornærmende tiltale eller udskæld. Manglende respekt for privatliv og ejendele er også psykiske overgreb, fx ødelæggelse af personlige ting. Eller at man nægtes adgang til læge, hjemmesygeplejerske eller hjemmehjælp o.lign. Isolering, ignorering og mangel på tryghed er andre eksempler på psykiske overgreb.

Økonomisk udnyttelse dækker bl.a. over, at man franarres penge, snydes og bedrages eller udsættes for regulært tyveri. Misbrug af ens økonomiske midler kan ske ved, at man presses til at ændre testamente eller andre juridiske dokumenter, fx til at sælge eller overdrage sin bolig eller andre ejendele.

Omsorgsvigt er forsømmelser, hvor overgriberen undlader at dække de personlige behov hos en person, som er i pågældendes varetægt. Fx behovet for nødvendig kost, tøj, hjælpemidler, lægehjælp og pleje. Personer, som lider af demens, andre mentale svækkelser, eller som er afhængige af hjælp pga. fysiske lidelser, har øget risiko for at blive udsat for omsorgsvigt.

og integritet ofte ved afvejning af en række modstridende hensyn, bl.a. hensynet til det enkelte individs værdighed, tryghed og hensynet til andre. Med hjemmel i serviceloven kan indgreb i selvbestemmelsesretten og magtanvendelse således finde sted i konkrete situationer.

*Serviceovens regler
om magtanvendelse og andre indgreb
i selvbestemmelsesretten*

Reglerne om magtanvendelse og andre indgreb i retten til personlig selvbestemmelse er fastlagt i serviceloven, der udtømmende angiver, hvilke tvangsmæssige foranstaltninger medarbejdere i bl.a. ældreplejen *lovligt* kan anvende over for personer med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne, som ikke kan tage vare på egen tilværelse. Hensigten med disse regler er at begrænse magtanvendelse til det absolut nødvendige og dermed sikre, at magtanvendelse aldrig er første skridt men altid sidste udvej.

*Eksempler på
lovlig magtanvendelse*

Serviceoven giver fx adgang til at fastholde en borger eller føre vedkommende til et andet lokale, når det er nødvendigt for at undgå, at borgeren skader sig selv eller andre. Der er desuden mulighed for at anvende personlige alarm- eller pejlesystemer i en

afgrænset periode for at undgå, at en person ved at forlade sin bolig udsætter sig selv eller andre for fare.

I en række situationer er det nødvendigt at inddrage hensynet til den enkeltes *værdighed og sociale tryghed*. Fx kan det være forbundet med tab af værdighed, hvis demente personer forlader boligen upåklædte eller modsætter sig basal hygiejne. Også hensynet til andre – fx en ægtefælle eller medboere i et plejecenter – bør indgå i den samlede vurdering af, hvordan omsorgen skal tilrettelægges.

**Et eksempel på forebyggelse
af magtanvendelse og erfaringer med
overgreb mod ældre i en kommune**

I den pågældende kommune er ledelse og medarbejdere meget bevidste om, hvordan man skal forholde sig, hvis man overskrider den enkeltes ret til selvbestemmelse. Og alarmklokkerne *skal* således ringe i sådanne situationer.

En hændelse skal straks indberettes til ledelsen, og det drøftes både med ledelsen og i medarbejdergruppen, om man kunne have handlet anderledes, fx om det bleskift, som borgeren modsatte sig, var nødvendigt her og nu eller kunne have ventet. Måske var det i realiteten ikke bleskiftet, men medarbejderens røde bluse, der generede borgeren? Og ville det fx have hjulpet, hvis medarbejderen i stedet havde ladet en kollega tage over? På denne måde vurderer og konkretiserer medarbejdergruppen forslag til pædagogiske initiativer.

I særlige tilfælde hentes der hjælp hos Regionens Gerontopsykiatrisk Team eller hos VISO, som rådgiver kommuner, borgere og institutioner m.fl.

Alle tilfælde af magtanvendelse indberettes. Når hændelsen er drøftet, som beskrevet, sendes sagen til kommunens magtanvendelsesudvalg med en redegørelse for forløbet og en handleplan for, hvordan lignende situationer fremover undgås. Indberetning sker på særlige skemaer, som findes på Socialstyrelsens hjemmeside. Udvalget tager derefter stilling til, om handlingen er lovlig efter servicelovens regler. Skønnes handlingen at være ulovlig, går et større arbejde i gang for at sikre mod gentagelser. Udvalget udarbejder en årlig rapport om de indberettede tilfælde til kommunalbestyrelsen.

Forhånds tilladelse til magtanvendelse i konkrete situationer

Medarbejdere kan i nogle tilfælde forudse, at magtanvendelse over for en borger *muligvis* kan komme på tale i en kortere periode, fx i forbindelse med personlig hygiejne som tandbørstning o.l. Typisk drejer det sig om nytillkomne plejehjemsbeboere, som medarbejderne endnu ikke har lært at kende, og som de derfor endnu ikke ved, hvordan de skal håndtere for at undgå magtanvendelse.

Magtanvendelsesudvalget kan i sådanne tilfælde søges om tilladelse til

at anvende magt i konkrete situationer og i en kortere, afgrænset periode. Tilladelse forudsætter, at der er lagt en handlingsplan for, hvordan magtanvendelse vil kunne undgås efter tilladelsens udløb.

Omfanget af magtanvendelse

Kommunen havde 20 indberetninger om magtanvendelse i plejeboliger i 2012, fordelt på 12-13 borgere. Af de 20 indgreb var ét ulovligt. I dette tilfælde foreskrev handleplanen, at medarbejdere ikke måtte gå ind til den pågældende beboer alene, men at der altid skulle være to. Grunden til episoden var, at handleplanen ikke blev fulgt på dette punkt ved de første besøg.

De relativt få indberetninger skyldes formentlig, at alle medarbejdere på kommunens plejecentre har gennemgået demenskursus, hvor en række pædagogiske redskaber er blevet indarbejdet. Især i forbindelse med borgere med fremskreden demens, har medarbejderne stor gavn af denne særlige viden. Fx kan det umiddelbart være vanskeligt at afgøre, hvornår et 'nej' fra en beboer med fremskreden demens betyder 'nej', eller om det i stedet er udtryk for manglende forståelse af situationen eller medarbejderens hensigt.

I hjemmeplejen er der så at sige ingen tilfælde af magtanvendelse. Forklaringen kan være, at borgerne

i hjemmeplejen generelt er både fysisk og psykisk mere velfungerende. Så længe man kan bo hjemme, har man således normalt potentialer til at forstå og opfatte, og derfor opstår der sjældent tilspidsede situationer. Pårørende involverer sig generelt også mere, når et familiemedlem bor hjemme, hvorimod der ofte bliver længere mellem besøgene efter en plejehjemsindflytning.

Samtidig kan borgere med fx udadreagerende adfærd visiteres til et midlertidigt døgnophold, hvor specialuddannet personale kan håndtere og forebygge anvendelse af magt. Hvis tilstanden hos en borger i eget hjem forværres akut, og kommunen ikke straks kan tilbyde et midlertidigt ophold, kan der imidlertid opstå situationer med magtanvendelse. Og i så fald anvendes samme procedurer som på plejecentrene.

Pårørendes anvendelse af magt eller misbrug af ældre personer

Der findes ingen fastlagte procedurer for, hvordan kommunen skal forholde sig, hvis en medarbejder bliver opmærksom på, at pårørende anvender magt, griber ind i selvbestemmelsesretten eller på anden måde vanrøgter eller begår overgreb mod et ældre familiemedlem. Hvis man bliver opmærksom på noget sådant, vil ledelsen altid blive involveret, og indsatsen vil være forskellig fra tilfælde til tilfælde.

Det er ikke ualmindeligt, at ældre borgere ikke ønsker, at der skal handles. Fx bagatelliseres det skete: 'Det var et uheld' eller 'Det er ikke så alvorligt'. Selv ved tyveri ønsker man ofte ikke politianmeldelse. Personalet vil så typisk foreslå, at kontanter og værdigenstande opbevares på anden måde.

Medarbejderes erfaringer om situationer som kan medføre eller giver mistanke om overgreb fra pårørende:

- ◆ Pårørende ønsker noget andet end beboeren.
- ◆ Pårørende prøver på beboerens vegne at modsætte sig medicinsk behandling, selv om beboeren ikke er umyndiggjort.
- ◆ Interne stridigheder i familien, hvor fx børn har forskellige opfattelser, og samtidig mener, at de hver især kan bestemme, hvad der er bedst for deres mor eller far. Nogle ældre kan i sådanne konflikter blive usikre, magtesløse og have svært ved at markere egne ønsker.
- ◆ Uenighed om økonomi – her opfordres beboeren, oftest forgæves, til at søge advokatbistand. Og personalet får i øvrigt sjældent kendskab til sådanne episoder.
- ◆ Når familiemedlemmer administrerer en beboers økonomi, kan det i nogle tilfælde være svært at få penge til beboerens fornødenheder. Her kan personalet kun hjælpe, hvis beboeren selv ønsker det.

-
- ◆ Besøg af pårørende på tidspunkter, hvor beboerens pension udbetales.
 - ◆ Store gaver til nogle pårørende eller besøgende.

Pårørendes varetagelse af ældres økonomi giver sjældent problemer. Men i nogle tilfælde svigter pårørende opgaven og undlader fx at betale regninger – med undskyldninger som, at der ikke er penge på kontoen, eller at den ældres hus endnu ikke er solgt.

Pårørende kan også vægre sig ved at betale med undskyldninger som: 'Min mor har ikke behov for en klipning', 'Hun plejer ikke at blive klippet så tit', eller 'Jeg kan selv klippe hende'.

I ægteskaber, hvor den ene ægtefælle er dement, kan det desuden ske, at den raske ægtefælle føler så stor afmagt, at det fører til både verbale og fysiske udladninger.

Også mellem beboere på plejehjem kan der opstå situationer. Hvis en dement beboer fx ikke mere kan skelne mellem dit og mit eller mellem det fælles og det private rum, er det personalets opgave at sikre, at de øvrige beboere ikke generes. I den forbindelse er tilbageholdelse i eller tilbageførelse til den dementes egen bolig et lovligt indgreb. Undertiden kan personalet afværge konflikter, fx hvis de på forhånd fornemmer, at en beboer visse dage vil skabe problemer i fællesrummet. Uheldige situationer kan dog ikke helt undgås.

Familiær vold mod kvinder

LOKK – Landsorganisation af Kvindekrisecentre – er interesseorganisation for hovedparten af landets kvindekrisecentre. De 42 kvindekrisecentre under LOKK anvendes årligt af ca. 2.000 kvinder og et tilsvarende antal børn.

LOKK har en Hotline, og på hjemmesiden www.lokk.dk er der adgang til en anonym, elektronisk brevkasse, en oversigt over krisecentre i hele landet samt film om vold mod kvinder.

Voldens mange former

LOKK benytter en norsk definition på vold: Vold er enhver handling rettet mod en anden person, som får personen til at gøre noget mod sin vilje eller holde op med at gøre noget, personen vil. Fx ved at skade, smerte, skræmme eller krænke personen.

Denne definition er bred og omfatter både

- Fysisk vold (fx brændemærkning, slag, skub ned ad trappe)
- Psykisk vold (fx nedgøring over for familie, omgangskreds eller arbejdsplads)
- Seksuel vold (fx tvang til seksuel handling eller anden seksuel krænkelse, der overskrider personens grænser)
- Økonomisk vold (bl.a. påføre en person gæld/udgifter ved at personen skriver under for at få fred)
- materiel vold (ødelæggelse af en persons ting m.m.).

Voldens omfang

Iflg. Statens Institut for Folkesundhed udsættes 29.000 kvinder og 8.000 mænd i alle aldre årligt for vold fra deres partner. Dertil kommer vold mod børn. I halvdelen af tilfældene, hvor mænd udsættes for vold, udøves volden af en mandlig partner.

Volden, der er strafbar, forekommer i alle samfundslag, i alle aldre og i alle etniske grupper, og en voldsudøver kan sagtens ligne 'svigermors drøm'.

Undersøgelser m.m. om partnervold mod ældre

Ud over et par ældre undersøgelser fra Finland og Norge, er der ingen undersøgelse om udbredelsen af partnervold mod ældre. Ud fra en norsk undersøgelse skønnes det, at 3-4 pct. danske ældre er udsat for partnervold. LOKK skønner, at der herudover findes et stort mørketal.

Opgørelser fra kvindekrisecentre viser, at 6 pct. af kvinderne på centrene er i alderen 50-59 år, og 2 pct. over 60 år. Der skønnes at være en ligelig fordeling mellem danske kvinder og kvinder med anden etnisk baggrund.

LOKKs åbne, anonyme rådgivning har flere henvendelser fra kvinder over 60 og 70 år. Ofte skubber voksne børn på, for at moderen skal henvende sig for at få hjælp til at komme ud af et voldeligt forhold.

Mange af de ældre kvinder har formentlig levet med volden i en årrække. Ser man på alle kvinder på krisecentrene, uanset alder, har 25 pct. levet med volden i 5-10 år, og 11 pct. endnu længere.

Vold mod ældre

Også ældre kvinder har svært ved at fortælle, at de er udsat for vold. Kvinderne er præget af skyld, skam og afmagt. Udøverne er ofte ægtefællen eller børn, som tyranniserer moderen, og fx slår hende, hvis hun ikke udleverer sin pension. Kvinden giver ofte udtryk for egen skyld: *Jeg må have gjort noget galt i min opdragelse, siden de slår.* Eller kvinden er bange for at blive forladt, fordi hun ikke mener at kunne klare sig selv. Og hun er ofte ikke opmærksom på støttemuligheder.

En norsk undersøgelse har vist, at levetiden reduceres væsentligt for personer, som er udsat for vold. Over en 13-årig periode var overlevelsen¹ på ni pct. i gruppen, som blev udsat for overgreb, mod 40 pct. i gruppen, som ikke var udsat for overgreb.

LOKKs erfaring er, at ældre kvinder på krisecentre hurtigt bliver 'bedstemødre' for de yngre kvinder og deres børn. Ofte tilbyder de ældre kvinder fx at passe børnene eller på anden måde støtte de yngre kvinder. Men da de ofte har svært ved at sige fra, hvis

1. Overlevelsesraten er her citeret fra www.sundhed.dk *Overgreb mod ældre*.

det tager overhånd, ender de med at blive fanget i et nyt mønster af udnyttelse. Andre ældre oplever krisecentrene som 'ungdomspensioner' og bryder sig ikke om at være der.

UNDER DEBATTEN med de indbudte fagpersoner, var der enighed om behovet for øget opmærksomhed om problemet, kampagner og tilbud om hjælp her og nu.

Man lægger fx mere mærke til ting, man gøres opmærksom på, og som der samtidig skabes et fælles sprog for.

Det gælder også for fagpersoner. Øget viden hos fagpersoner om, hvordan man stiller de rigtige spørgsmål, kan netop bidrage til, at voldsramte åbner sig og taler om volden. Men det stiller krav om muligheder for rådgivning, støtte eller henvisning til hjælp. Personale på skadestuerne er fx blevet undervist i, at de skal tænke på et muligt overgreb, hvis de får patienter ind med særlige skader, fx blodansamlinger.

Øget opmærksomhed gør det også lettere for voldsramte at tale om volden. På områder som fx Alzheimers sygdom og voldtægt, er erfaringen fx, at øget synliggørelse af problemerne har skabt større åbenhed – både hos de ramte og i al almindelighed.

Der er også stort behov for at gøre op med ældre voldsramtes forestilling om egen skyld. Tidligere kampagner med dette formål har været målrettet unge, men problemstillingen er lige så

relevant for ældre og dermed også behovet for tilsvarende kampagner.

Et ambulant tilbud om hjælp kunne være et muligt alternativ til ophold på de eksisterende kvindekrisecentre. Og så er der i øvrigt også behov for hjælp til voldsudøverne.

Pleje af svækkede ældre i Danmark

Plejen af og omsorgen for svækkede ældre mennesker har løbende haft ÆldreForums opmærksomhed. Rådet har således udgivet flere publikationer om emnet og har i de senere år bl.a. samarbejdet med en gruppe plejehjemsledere, som rådet samlede i 2009 til drøftelser om, hvordan idealer og intentioner om respektfuld pleje af og omsorg for ældre forenes med dagligdagens virkelighed. Med henblik på en aktuel status på området tog rådet i efteråret 2013 initiativ til endnu en debat om dette vigtige emne med indbudte fagpersoner.

Ældrekommissionen og Hjemmehjælpskommissionen

To større initiativer er i de senere år igangsat med henblik på at sikre bedre kvalitet i hjælpen, omsorgen og plejen af ældre.

Ældrekommissionen

Ældrekommissionen – Kommission om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem – blev nedsat som led i finanslovsaftalen for 2011 med den opgave at finde eksempler på og af-dække muligheder for at tilrettelægge indsatsen, så beboernes livskvalitet understøttes bedst muligt, at komme med anbefalinger til afskaffelse og forenkling af unødvendige regler og at

udarbejde et inspirationskatalog.

Kommissionen fremlagde sin rapport "Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem" i 2012 med 43 konkrete anbefalinger.

Fem grundlæggende værdier bør ifølge kommissionen danne ramme om indsatsen på plejehjem. I en plejebolig skal der være *indflydelse på eget liv, respekt for forskellighed, medmenneskelighed, gode oplevelser hver dag og en værdig afslutning på livet.*

Kommissionens anbefalinger beskæftiger sig med hovedområderne: Overgangen til livet på plejehjem, et sundt og aktivt liv på plejehjem, den daglige pleje, mennesker omkring den ældre plejehjemsbeboer, den frivillige indsats, den sundhedsfaglige indsats og afslutning på livet.

Erfaringer fra praksis viser, at netop med hensyn til beboernes trivsel er der sket meget i de senere år. Beboernes hidtidige dagligdag bliver mange steder videreført i videst muligt omfang i plejeboligen, fx ved at påbegyndte træningsforløb fortsættes i de hidtidige rammer, ved at give mulighed for at holde husdyr, og ved at skabe hjemlig stemning ved måltiderne – bl.a. med lys og blomster og ved at servere maden så beboerne selv kan øse op.

Kommissionsrapporten kan læses i sin helhed på www.sm.dk

Opfølgning af kommissionens anbefalinger

Der er iværksat fem projekter, som skal øge livskvalitet og selvbestemmelse for beboere på plejehjem:

- ◆ Kompetenceløft af hele medarbejdergruppen på plejehjem med henblik på at øge medarbejdernes opmærksomhed om beboernes livskvalitet. Kursets to hovedtemaer er socialt samvær og inddragelse i hverdagsaktiviteter, samt bedre kommunikation mellem medarbejdere og beboere og mellem medarbejdere og pårørende.
- ◆ Kompetenceudviklingsforløb for mellemledere på plejehjem.
- ◆ Styrket inddragelse af frivillige med henblik på at udvikle nye løsninger til inddragelse af civilsamfundet.

- ◆ Palliativ pleje med henblik på at udvikle anbefalinger om, hvordan plejehjem kan sikre beboerne en værdig livsafslutning. Formålet er også at undgå svingdørspatienter på sygehusene.
- ◆ Kontinenspleje. Mange med inkontinens kan behandles, og det undersøges derfor om målrettede udredninger af beboerne og rehabiliterende indsatser øger beboernes selvhjulpethed. Projektet skal således vise effekten af at sætte ind på flere fronter end blot at bevilge bleer.

Hjemmehjælpskommissionen

Hjemmehjælpskommissionen blev nedsat af et enigt Folketing i 2012 med henblik på at beskrive og komme med forslag til, hvordan ressourcerne på hjemmehjælpsområdet bedst muligt afpasses en voksende gruppe ressourcestærke ældre og samtidig sikrer den nødvendige hjælp og støtte til ældre med behov for omfattende hjælp.

Kommissionen tog afsæt i det igangværende paradigmeskifte i kommunernes praksis, hvor hjælpen til borgerne i højere grad søger at øge den enkeltes mulighed for at klare sig selv – såkaldt 'hjælp til selvhjælp' – frem for at tage over og løse opgaverne for borgerne.

Kommissionen fremlagde i juni 2013 en rapport med 29 anbefalinger,

som kan læses i sin helhed på www.sm.dk

Kommissionens indsatsområder var *forebyggelse, rehabilitering, hjælp til de svageste, organisation og ledelse, medarbejdere, dokumentation, digital velfærd og frivillige*.

Med hensyn til *forebyggelse* anbefaler kommissionen, at den meget vigtige forebyggende indsats for ældre indledes tidligt og helst før borgeren selv henvender sig for at få hjælp. Derfor anbefales det at hæve aldersgrænsen for de obligatoriske forebyggende hjemmebesøg fra 75 til 80 år (anbefaling nr. 3) og at øge indsatsen blandt ældre i særlige risikogrupper, bl.a. ældre som lige har mistet en ægtefælle, og ældre der har afsluttet et genoptræningsforløb. I den forbindelse anbefales det også at udvikle og afprøve metoder til *opsparing* af ældre både under og over 80 år, som kan have behov for og gavn af et forebyggende hjemmebesøg. Fx samarbejder en kommune med de praktiserende læger, som gør kommunen opmærksom, hvis en borger efter deres opfattelse kan have gavn af et forebyggende hjemmebesøg.

De fleste kommuner har igangsat *rehabiliteringsprojekter*, men der er over 90 modeller og nogle er mere drevet af ønsket om økonomiske besparelser end andre. Det er vigtigt med en fælles og bred forståelsesramme, hvor både den fysiske, psykiske og sociale dimension indgår (anbefaling nr. 6).

Det anbefales, at rehabiliterings-

indsatsen hviler på følgende grundprincipper:

Borgerens aktive deltagelse (jo bedre motivation desto bedre resultat)

- individuel og fleksibel indsats med afsæt i borgerens behov og ressourcer (dette gælder også i visitationsprocessen)
- helhedsorienteret tilgang til borgerens samlede livssituation
- målorientering og tidsperspektiv
- tværfaglig og tværsektoriel sammenhæng (se på lokal organisering, tænk på tværs og overvej om organiseringen kan sammensættes på andre måder)
- koordinering og planlægning (fx af forskellige visiteringer ved hjemmepleje, træning og hjælpemidler)
- vidensbaseret og kvalitet.

Også behovet for *afbureaukratisering* blev drøftet. Der er behov for at kunne dokumentere og opsamle viden om plejen af ældre, men kravene om handleplaner for borgerne bør samles, således at der udarbejdes én samlet handleplan for borgere med komplekse behov og dermed flere ydelser.

Med hensyn til *velfærdsteknologi* mener kommissionen, at velfærdsteknologiske løsninger rummer mange og gode muligheder for at gøre nogle borgere mere selvhjulpne. Den enkelte borger skal være omdrejningspunktet og borgere, som er utrygge ved teknologien, bør mødes med forståelse og særlig opmærksomhed. Og så skal kommunerne finde andre løsninger til borgere, der af forskellige grunde ikke magter eller ikke kan benytte teknologien.

Civilsamfundet udgør en vigtig medspiller i hjemmeplejen, særligt med hensyn til forebyggelse og bekæmpelse af ensomhed, som ikke er en kommunal kerneopgave. *Civilsamfundet* og det frivillige sociale arbejde har andre og bedre muligheder for at skabe kontakt til ensomme borgere. Fx ved man, at en del ældre er underernærede, og at appetitten kan øges ved at spise sammen med andre. Frivillige ordninger som spisevenner kan derfor være en god støtte. Det er således vigtigt, at kommunerne skaber gode rammer for den frivillige indsats.

Kommissionen anbefaler, at *kompenserende hjælp* målrettes svage ældre, som efter en faglig vurdering enten ikke har potentiale til at indgå i et rehabiliteringsforløb, eller som efter endt rehabiliteringsforløb fortsat har behov for hjælp – og som derfor skal tilbydes traditionel, kompenserende hjælp. Samarbejde med borgeren og planlægning af helhedsløsninger er helt centralt.

Kommissionen anbefaler endvidere, at kommunerne sikrer hyppig opfølgning og dialog mellem myndighed og leverandør – også efter endt rehabiliteringsforløb. Er der fx behov for mindre eller mere hjælp? En særlig problemstilling er at få skabt incitamenter, der får leverandører til at melde tilbage ved reduceret behov for hjælp.

Kommunerne anbefales at begrænse styring af tid og ydelser med henblik på at sikre mere rum for medar-

bejdernes faglighed. Nogle kommuner arbejder fx med pakked løsninger, hvor borger og hjælper sammen finder ud af, hvad der her og nu er særligt behov for. Det stiller krav til personalets faglighed – både med hensyn til at vurdere, om nogle opgaver er nødvendige at løse, selv om borgeren ønsker at prioritere anderledes og til at indgå i en ligeværdig dialog med borgeren om sådanne spørgsmål. At tale til ældre borgere som til børn, fremmer således fx på ingen måde samarbejdet og er under alle omstændigheder en uværdig behandling.

Opfølgning

Regeringens plan for opfølgning på Hjemmehjælpskommissionens anbefalinger blev fremlagt i januar 2014 med et ældrepolitisk udspil under overskriften 'Livet skal leves hele livet'.

Udspillet sætter ind med initiativer på tre områder:

- ◆ Målrettet og effektiv forebyggelse
- ◆ Borgeren i centrum for en bedre og mere systematisk rehabilitering
- ◆ Bedre kvalitet og sammenhæng i indsatsen til de svageste ældre.

Det politiske oplæg, der drøftes med de politiske partier i Folketinget, kan læses på i sin helhed på www.sm.dk

DE INDBUDTE DELTAGERE i temamødet, der repræsenterede hhv. plejehjemssektoren og hjemmeplejesektoren, gav bl.a. udtryk for følgende synspunkter:

Stemmer fra plejehjemssektoren

Varme hænder er godt, men rækker ikke alene, fordi plejekompleksiteten i dag er så stor, at det kræver stor faglighed hos medarbejderne.

Personalet skal håndtere beboernes sociale liv, sundhed og sygdom og afslutning på livet. Det er store og vanskelige opgaver, som skal løftes samtidig – af medarbejdere med ret kortvarige uddannelser, og samtidig for nogles vedkommende en personlig belastet baggrund.

Fx peger Plejehjemscommissionen på, at personalet skal sikre beboerne indflydelse på eget liv og have respekt for beboernes forskellighed. Det indebærer mange forskellige små og store ønsker, og ønsker om et væld af aktiviteter, som medarbejderne skal støtte op om. Det gør de gerne, men udfordringerne kan være store – og ikke altid en del af det forventelige.

Beboerne skal desuden sikres gode oplevelser hver dag. Fx mulighed for at komme ud i frisk luft, som er godt for både humør, appetit og nattesøvn. Men hvis beboerne ikke har lyst – og det hænder – skal personalet kunne mestre motiveringens kunst.

Beboernes skal også sikres en vær-

dig livsafslutning – i egne rammer, med smertelindring og med kendte ansigter omkring sig. Men hvordan skal man fx håndtere de beboere, som ikke kan give udtryk for deres ønsker? Samtidig er det vigtigt hele tiden at følge op på, om forløbet er værdigt for beboerne, for pårørende og for medarbejdere. Sådanne forløb indebærer mange dilemmaer, og der er behov for klare retningslinjer om, hvad personalet må og ikke må – både af hensyn til den døende beboer, personalet, pårørende og plejehjemmet som sådan.

Dilemmaer og nytænkning

Kravene til dokumentation er omfattende, og det kræver tid – både til selve dokumentationen og til at oplære nyudlærte medarbejdere. Formålet er primært at finde fejl og mangler. Og det er naturligvis vigtigt. Men hvad lægges der størst vægt på, når vi måler kvaliteten? Anvendes der mon tilsvarende ressourcer på at sikre, at beboerne trives og har et godt liv? Hvor mange overvejelser gøres der for at skabe liv i hverdagen og sikre de bedste rammer for trivsel? Selv en ombygning af et plejehjem kan beboere og personale mens den står på overraskende nok opleve ikke kun som en gene, men som en afveksling i dagligdagen, der bidrager positivt til liv. Og det færdige resultat: mere plads og lys og luft i bygningerne kan rent faktisk skabe markant bedre trivsel.

Der er også behov for at diskutere

balancen mellem sundhedsloven og serviceloven, som hver dag giver anledning til dilemmaer på plejehjemmene. Efter *servicelovens* regler kan retten til selvbestemmelse i forbindelse med omsorgsopgaver under visse, særlige omstændigheder tilsidesættes over for personer med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne, fx demente personer, mens *sundhedsloven* ikke indeholder tilsvarende bestemmelser for sådanne personer. I praksis betyder disse forskelle, at retten til selvbestemmelse ikke er ubetinget fx i forbindelse med personlig hygiejne, mens der fx i forbindelse med medicinering ikke er mulighed for at anvende tvang, hvis en dement person nægter at spise den ordinerede medicin.

Hjertestartere er i den bedste mening i dag placeret på mange plejehjem, og det har øget behovet for tydelige regler for genoplivning, som både sikrer beboernes rettigheder og vejleder personalet om, hvordan de skal agere.

Der er også behov for at tænke nyt med hensyn til medarbejdernes kompetencer og uddannelser. Sosuuddannelsesniveaulet skal hæves, så det harmonerer bedre med opgavernes kompleksitet. Der er således ting, som nyuddannede først skal lære, når de kommer ud i det praktiske liv på plejehjemmene, og det tager tid fra plejen. Plejehjemmene er også nødt til at tænke i flere og nye faggrupper, hvis de skal kunne imødekomme beboernes behov og ønsker. Foreløbig er ud-

viklingen, at der er brug for flere sosuassistenter end -hjælpere, men flere steder ses der også i retning af ergoterapeuter, pædagoger, sundhedsplejere og diætister for at dække de mange behov.

Stemmer fra hjemmeplejen

I hjemmeplejen har sosu-hjælpernes hverdag ændret sig fra 'tæt kontakt med få ældre borgere' til 'kort kontakt med mange'. *Det gode er*, at mange får hjælp, og at indholdet af hjælpen er præciseret i kvalitetsstandarder, som både giver den kommunale forvaltning og politikere et mere detaljeret indblik i hjemmehjælpernes opgaver samtidig med, at de udfordrer personalet til en endnu bedre indsats.

Det knap så gode er, at mange hjemmehjælpere hver dag går hjem med en følelse af, at de burde have gjort mere. Brugerundersøgelser viser, at kontakten og kemien er det vigtigste for borgerne. Derfor har de fleste favoritter, også selv om rengøringen ikke er i top. At der ligger lidt støv i kroge, påvirker ikke livskvaliteten, hvis besøget i øvrigt har været et lyspunkt.

Hjemmeplejefaget befinder sig i en identitetskrise, fordi social- og sundhedshjælpere ofte stilles i et dårligt lys med prædikatet den dårligst uddannede faggruppe. En væsentlig årsag er, at *social-* og sundhedshjælpere med tryk på *social* primært måles på den sundhedsmæssige del. Man bør signalere klarere, hvad man ønsker af denne

faggruppe – om vægten skal lægges på fagets sociale eller sundhedsmæssige dimension.

Faget rummer også en iboende konflikt mellem den enkelte medarbejders personlige og faglige forpligtelser. Konflikten opstår, hvis den personlige opfattelse af fagligheden på den ene side handler om et ønske om at ville hjælpe andre, og hjemmeplejefagligheden på den anden side handler om at få helheden omkring borgeren til at lykkes. Og det er en næsten uløselig konflikt.

*Selvforvaltende
og selvsynkrone
medarbejdere*

Tidligere skulle hjemmehjælperne alene have overblik over borgerens samlede situation: helbred, familie, mestringssevne osv. I dag fungerer hjemmehjælperen i nær kontakt med mange fagligheder: læger, terapeuter og sygeplejersker, og skal derfor konstant synkronisere efter andre faggrupper, idet hjemmehjælperen skal møde hvert fag med de rigtige fagtermer, de rigtige faglige dokumentationer, i det rigtige IT-system – og det hele på rette tid og sted.

Hjemmehjælperne medvirker desuden til at få den organisatorisk-administrative kabale med it-redskaber, civilsamfund m.m. til at gå op. Og kabaler kalder måske snarere på en generalist end en 'gammeldags' sosuhjælper?

*En ønskeseddel for faget
kunne se sådan ud:*

- ◆ Styrk kulturen og identiteten for hjemmeplejefaget. Gør det klart, hvad man vil have, og giv så medarbejderne selvstændighed og ansvar.
- ◆ Brug konflikten mellem personlige og fagprofessionelle forpligtelser til at udvikle plejen: Her befinder dilemmaerne sig – og udvikling befordres af dilemmaer.
- ◆ Brug konflikten mellem iagttagelsespositionerne – borgeren drak vandet, men var mødet med medarbejderen godt?

I DEBATTEN mellem ÆldreForums medlemmer og de indbudte fagpersoner blev flere specifikke forhold i plejesektoren drøftet og kommenteret:

Omsorgs- og plejepersonale

Fra praksis peges der fra flere sider på behovet for, at sosu-personale får mere praktisk viden under uddannelsesforløbet. De skal fx have større forståelse for demensproblemer, bedre forståelse for basale observationer – og ikke mindst hvordan observationerne tolkes, og hvordan de viderebringes, så der kan handles på dem. Faggruppen fremhæves til gengæld ofte for kompetencer som nærvær og omsorg.

Det blev også nævnt, at medarbej-

dernes varme hjerter let risikerer at ende i en omsorgsfuld omklamring af de borgere, der skal hjælpes. Desuden magter en del sosu-uddannede ikke en ligeværdig dialog, som også kan influere på borgernes syn på medarbejdernes faglighed og dermed for fagets status.

Hvis en ældre kvindelig hjemmehjælpsmodtager fx får besked på at købe en moppe til hjemmehjælperen uden at få forklaret, hvorfor hendes egne rengøringsremedier ikke kan bruges, vil reaktionen højst sandsynligt være: *De unge kan ikke gøre rent.* Hvis kvinden derimod får forklaret, hvorfor hun skal købe en moppe, hvordan moppen fungerer, hvad den kan, og hvad den betyder for ergonomi og hjælperens helbred, så vil reaktion højst sandsynligt i stedet være: *Den er genial!*

Medicinering af plejehjembeboere

Medicinering er mange steder stadig et stort problem, idet beboerne kan være tilknyttet mange forskellige læger, som medarbejderne derfor bruger meget tid på at kontakte. Faste plejehjemslæger vil formentlig kunne afhjælpe problemet betragteligt.

Sygehusjournaler viser, at ældre plejehjembeboere er ganske syge, når de indlægges, og at de får voldsomt mange medikamenter – iflg. journalerne helt op til 13 forskellige præparater. Det kan ikke undgå at give

mange bivirkninger, og er bestemt ikke gavnligt for patienterne. Derfor bør plejecentre og andre tage fat i de læger, som ordinerer for meget medicin. Nogle kommuner og plejecentre arbejder allerede på flere fronter med at reducere medicineringen. Fx ved at apotek og læger gennemgår beboernes medicin for overlap og interaktion m.m. Nogle steder gennemgås beboernes medicin rutinemæssigt en gang årligt.

Det er erfaringen, at praktiserende læger generelt gerne vil medvirke til seponeringsforsøg sammen med kommunerne, hvis de inddrages fra starten.

Forebyggende medicin, som der kommer mere og mere af, er og bliver et endnu større problem, og der er derfor behov for at undersøge dette område nærmere.

Som konkrete erfaringer blev det nævnt, at hvis man som led i opprioriteringen af den palliative pleje øger smertelindringen, kan mange andre medikamenter fjernes. Meget medicin blev tidligere givet, fordi patienterne ikke kunne give udtryk for, at de havde smerter. Også mindre initiativer kan virke, fx har flere erfaring for, at behovet for sovemedicin på plejehjemmene kan falde blot ved at flytte hovedmåltidet fra frokosttid til aften, hvad der for mange giver en bedre og mere naturlig søvn.

*Er hjælpen eller
behovet for hjælp ændret?*

Debatten om, at antallet af hjemmehjælpsmodtagere var faldet med 5 pct., fyldte meget i medierne på det pågældende tidspunkt, og optog derfor også debatdeltagerne. Der var enighed om, at debatten manglede nuancer, idet faldet ofte blev tilskrevet kommunernes besparelser. Men faldet kan meget vel også hænge sammen med et generelt bedre helbred hos ældre og dermed også bedre funktionsevne, og med at de fleste kommuner i større eller mindre grad har omlagt hjælpen fra kompenserende hjælp til aktiverende og støttende hjælp (såkaldt "hverdagsrehabilitering"), hvilket gør en del ældre mere selvhjulpne.

Fx viser en kortlægning fra i 2013, at 92 kommuner har etableret et eller flere særlige tilbud om rehabilitering til borgere, der henvender sig om eller allerede får hjælp efter serviceloven. Kortlægningen viser dog også, at der er betydelige forskelle på, hvordan kommunerne griber det an. Samtidig viser en anden undersøgelse, der er baseret på en omfattende ældredatabase, at en større andel ældre selv vurderer, at de har et godt helbred.

Desuden har befolkningens syn på behov for hjælp måske generelt ændret sig, så flere er opmærksomme på muligheden for at gøre en indsats for at bevare funktionsevnen og dermed uafhængighed. Sideløbende har

social- og sundhedssektoren ændret fokus, så man i højere grad ser på borgerens ressourcer og muligheder for, fx med målrettet træning og støtte, at kunne klare sig selv uden eller med begrænset hjælp. Desuden tæller tilkøb af ydelser fra private firmaer også i denne sammenhæng.

Da kommunerne har forskellig registreringspraksis er det imidlertid svært at fremskaffe data og få overblik over området – og evt. dermed få dokumentation for, at kommunernes sparede ressourcer fx anvendes på andre indsatser som bl.a. hverdagsrehabilitering.

Det blev også understreget, at motivation og kommunikation er helt afgørende. De fleste ældre vil gerne klare sig selv, men nogle skal motiveres og støttes mere i processen end andre. Og det skal kommunerne være opmærksomme på og ikke kun indføre rehabilitering ud fra økonomiske overvejelser. Men det er indtrykket, at ikke alle kommuner er lige gode til at motivere, og at der dermed er potentiale til forbedringer. Også fra centralt hold har der måske været tendens til at være for "apparat- og systemtænkende". Motivation handler i høj grad om kommunikation, bl.a. at skabe forståelse for at aktiverende pleje/rehabilitering også kan hjælpe den enkelte til bedre at klare andre ting i tilværelsen end lige netop den konkrete opgave, fx støvsugning, som der bedes om hjælp til.

*Og er standarden faldet
i Danmark?*

En aktuel global undersøgelse, der placerede Danmark på en 17. plads på listen over lande, som det er bedst at blive gammel i blev også drøftet. De øvrige nordiske lande ligger væsentligt højere placeret med Sverige på førstepladsen. Placeringen på ranglisten bygger på forskellige parametre som sundhedstilstand, økonomi, arbejde/uddannelse og samfundsforhold. Og den danske placering har givet anledning til undren, bl.a. fordi Danmark ofte placerer sig højt i den type undersøgelser. Fx blev Danmark placeret på en 1. plads i en lignende EU-undersøgelse i forbindelse med det europæiske år for aktiv aldring i 2012. Granskning af undersøgelsen har vist, at tallene som sådan ikke kan anfægtes, men at det bl.a. er et spørgsmål om metoder mht. måling og sammenligning af livskvalitet.

Ældres tandsundhed

– status og problemstillinger

Tandsundheden hos visse grupper, bl.a. svækkede ældre, er et vitalt og tabubelagt område, som ÆldreForum tidligere har beskæftiget sig med. Tandsundheden har ikke kun betydning for det umiddelbart indlysende: at tænderne skal klare den mekaniske findeling af en tilstrækkelig varieret kost til at sikre den rette ernæring. Tandsundheden influerer også på livskvaliteten og det sociale liv, idet uvedligeholdte tandsæt fx kan hæmme lysten til omgangen med andre mennesker og dermed bidrage til social isolation. Dårlig mundhygiejne indebærer desuden sundhedsrisici, fx i form af hjertekarsygdomme og dødelighed forårsaget af lungebetændelse.

Selv om flere vestlige lande har en veludbygget tandpleje, er der ifølge verdenssundhedsorganisationen WHO en række befolkningsgrupper, heriblandt ældre, som ikke er tilstrækkeligt dækket. Ikke kun i Danmark er det således nødvendigt at være opmærksom på dette område. ÆldreForum har derfor endnu en gang taget emnet op med henblik på at undersøge status og evt. pege på ting, der kan rettes op på. Bl.a. tager de nuværende tilskudsordninger m.m. ikke højde for den positive udvikling i tandsundheden, som indebærer, at flere ældre har egne tænder, der skal behandles, hvorimod proteser og vedligeholdelse af disse er mindre aktuelt.

Tidens tand

Danskernes tandstatus forandrer sig, og flere ældre bevarer nu egne tænder. Mens 59 pct. i aldersgruppen +67 år i 1982 var tandløse, gælder det nu kun for 18 pct. af denne aldersgruppe.

I løbet af de sidste knap 10 år er både det gennemsnitlige antal tænder og antallet af sunde tænder, dvs. uden

fyldninger eller caries (huller), steget hos alle aldersgrupper. Det må derfor forventes, at vedligeholdelsesbehovet hos de kommende ældregenerationer vil falde. I øjeblikket er situationen, at de +80-årige ofte er uden tænder, og de +55-årige har behov for både reparationer og en del vedligeholdelse. For 30 år siden var behovet for vedligeholdelse derimod begrænset, fordi

de fleste i disse aldersgrupper ikke havde egne tænder.

Nogle problemstillinger er fælles på tværs af generationerne: Tandsygdomme som paradentose og caries medfører uafvendelige (irreversible) skader på tænder og støttevæv, og omfanget af skader akkumuleres med tiden. Reparation af skader har desuden begrænset levetid og kræver vedligeholdelse. Da flere danskere bevarer tænderne i en højere alder – dels fordi de går regelmæssigt til tandlæge, dels pga. god tandpleje – øges behovet både for nye reparationer og vedligeholdelse af tidligere. Ældre har derfor som udgangspunkt større udgifter til tandpleje end andre.

Ulighed i ældres tandsundhed

Sundhedsloven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet, hvor et af de centrale principper er let og lige adgang til sundhedsydelse. I forhold til tandplejen er der nogle sociale og økonomiske indsatser for at sikre dette, bl.a. tilskud via pensionslovgivningen (helbredstillæg og personlige tillæg), og tilbud om omsorgstandpleje samt specialtandpleje.

Der er imidlertid stor social ulighed i ældres tandsundhed. Blandt ældre i alderen 65-74 år har 30 pct. af de lavest uddannede ingen tænder, mens det kun gælder for 2 pct. af de højest uddannede. Antallet af ældre, der har mindst 20 tænder, er desuden

markant højere blandt de højest uddannede (85 pct.) end hos de lavest uddannede (36 pct.).

Forskellen ses også i forbindelse med egenindkomst, hvor tandløshed forekommer hos over 40 pct. af de +65-årige med en indkomst på under 100.000 kr., mens dette kun er tilfældet hos 3-4 pct. af ældre med en indkomst på over 400.000 kr. Der er også regionale forskelle. Fx er der flest ældre uden tænder i Vestjylland.

Samtidig viser opgørelser, at kun godt halvdelen af de +65-årige har været hos tandlæge i de seneste tre år. En undersøgelse fra Københavns Kommune viser, at det især gælder ældre i mere socialt belastede boligområder som Nørrebro, Vesterbro og Kongens Enghave.

Har alle ældre samme problemer?

Ældre kan inddeles i tre grupper:

- ◆ *En stor gruppe ældre, som ikke modtager hjælp, men bruger tilbud fra kommunen, frivillige organisationer m.m.: Benytter tandplejen men kan have problemer med at betale. Derudover har de ingen aldersbettingede problemer, dog kan der være mundtørhed som følge af medicin. Der er mulighed for at søge økonomisk tilskud efter pensionsloven til tandbehandling i form af helbredstillæg eller personligt tillæg, særligt til aftagelige proteser.*

Men i dag foretrækkes i stedet ofte kroner for at bevare egne tænder, og det er en dyrere løsning end proteser. Tilskudsmulighederne er derfor ikke altid tilstrækkelige.

- ◆ *En mindre gruppe med behov for lettere hjælp:* Nogle ældre har behov for hjælp til befordring til tandlæge. Efter serviceloven kan kommunen yde tilskud til personer, som på grund af varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for befordring med individuelle transportmidler. Kommunernes praksis på dette område er imidlertid meget forskellig, mens sundhedslovens regler for kørsel til læge eller speciallæge er klare. Det kan fx medføre, at en byld i øret giver mulighed for at få bevilget kørsel til ørelæge, mens en byld i munden ikke gør det. Og at kørsel til en biopsi hos en speciallæge er gratis, mens man selv skal betale for en biopsi hos tandlægen.
- ◆ *En lille gruppe med behov for meget hjælp og støtte i hverdagen:* Der ses generelt en voldsom forbedring hos danskerne ift. huller i tænderne blandt dem, der går regelmæssigt til tandlæge – dem, der ikke går til tandlæge, ved man derimod ikke så meget om. Før var huller i tænderne en folkesygdom, der ramte alle, hvorimod det nu rammer dem, der ikke kan klare sig selv, heriblandt svækkede ældre. For dem er omsorgstandpleje efter sundhedsloven en mulighed.

Omsorgstandpleje

Omsorgstandplejen er et tilbud om forebyggende og behandlende tandpleje til personer, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan benytte de almindelige tandplejetilbud. Målgruppen omfatter bl.a. beboere i plejehjem. Kommunerne har pligt til at informere om, hvordan omsorgstandplejen er tilrettelagt lokalt, og de står for visitation til ordningen.

I de kommende år stiger antallet af ældre markant, og der bliver flere ældre med demenssygdomme. Denne befolkningsudvikling afspejler sig imidlertid ikke i omsorgstandplejen, som færre og færre visiteres til. Det vides ikke, hvorfor antallet af modtagere af omsorgstandpleje falder, men intet tyder på, at det skyldes bedre tandsundhed eller brug af privat praktiserende tandlæge, og stort set ingen ansøgere til ordningen får afslag. Visitation sker i den enkelte kommune ud fra en individuel vurdering, og der er i nogle kommuner en mindre egenbetaling på max. 470 kr. om året. Undersøgelser viser, at jo større kommunen er, desto flere visiteres til ordningen.

Forklaringen skal nok nærmere findes i uklare visitationsprocedurer, manglende kendskab til ordningen blandt borgere og personale, og et dårligt sammenhængende sundhedsvæsen på tværs af regional og kommunal sektor.

Hjemmebehandling

Et andet problem med omsorgstandplejen er, at den som regel foregår i borgerens hjem, hvor det er meget vanskeligt at sikre en professionel tandbehandling. Tidligere bestod opgaven i højere grad i at vedligeholde proteser og andre simple behandlinger, som kunne klares i hjemmet med det rette udstyr. Men da mange nu bevarer egne tænder langt op i årene og har kroner eller implantater, der skal vedligeholdes, er der væsentligt større krav til behandlingerne og ofte behov for højteknologisk udstyr.

Denne "køkkenbordstandpleje" er ikke længere fagligt optimal, og svækkede ældre risikerer at få ringere tandbehandlinger. Derudover medfører hjemmebehandlinger særlige problemer med hensyn til hygiejne, patient-sikkerhed og arbejdsmiljø (transport og løft af tungt udstyr, uhensigtsmæssige arbejdsstillinger, dårlig belysning m.m.).

Samtidig er det i sig selv besynderligt, at tandbehandlinger udføres i hjemmet. Det ville fx være helt utænkeligt, at en gynækologisk undersøgelse blev foretaget af en speciallæge ved køkken- eller spisebordet.

Behov for hjælp til daglig tandpleje

Man må også stille spørgsmålet: Hvorfor får 80-årige, som har bevaret tæ-

derne, fordi de hele livet har plejet dem, pludselig problemer med mund og tænder, når de bliver afhængige af hjælp fra andre?

Det er uværdigt og skyldes først og fremmest manglende daglig tandpleje. Munden er således ikke kun en "sag" for tandlægerne, for hvis svækkede ældre fik den hjælp til daglig tandpleje, som de har behov for, ville der ikke være så meget at rette op på.

En svensk undersøgelse viste fx, at 77 pct. af ældre plejehjemsbeboere havde behov for hjælp til at børste tænder, men at kun 7 pct. fik denne hjælp. En lignende undersøgelse blandt plejehjemsbeboere på Amager har vist, at 4 ud af 5 plejehjemsbeboere har brug for hjælp.

Det er følsomt og grænseoverskridende for både ældre og personale, når der er brug for hjælp til den daglige tandbørstning. Mange ældre finder det nedværdigende og forbinder det med tab af kontrol at skulle hjælpes. Og personalet finder opgaven svær og grænsende til overgreb. At børste tænder på en voksen person opleves ofte sværere end at udføre nedre toilette, hvor der fx er mulighed for forskellige afledningsmanøvrer.

Samtidig er ikke alt personale klar over vigtigheden af, at tænderne børstes, og prioriterer det derfor ikke tilstrækkeligt. Det er således ikke fagligt acceptabelt at afsætte to minutter til opgaven, idet korrekt mundpleje kræver 5-10 minutter.

Et forsøg med el-tandbørster i Kø-

benhavns Kommune viste, at selv om de fungerer og er ved hånden, så er udfordringen stadig at få tandbørsten ind i munden. Desuden skræmte el-tandbørsten ofte ældre med demens og kognitiv svækkelse.

Tand- og mundsundhed hos plejehjemsbeboere

Den generelle mund- og tandstatus hos plejehjemsbeboere er, som nævnt et øget antal egne tænder, men det er ulige fordelt både socialt og geografisk. Der ses nedsat spytssekretion, øget cariesproblem, hyppig forekomst af mundsvamp, dårlig mundhygiejne, og der er stadig en stor andel med aftagelige proteser.

Munden er det første, der udvikler sig hos fosteret, og også det vigtigste organ, idet munden er en forudsætning for at spise og dermed leve. En undersøgelse blandt småtspisende ældre viste, at tyggebesvær, smerter i munden, behov for hjælp til at spise og indtagelse af flere end 5 lægemidler pr. døgn var risikofaktorer for vægttab. Dårlig mund- og tandhygiejne medfører således risiko for ernæringsproblemer.

Udover store spise- og ernæringsproblemer viste undersøgelsen også, at dårlig tand- og mundsundhed havde indflydelse på det sociale liv, bl.a. social tilbagetrækning, flovhed, irritabilitet og problemer med at tale. Tænderne betyder med andre ord lige så meget for plejehjemsbeboerne som

for alle andre, hvilket også er påvist i udenlandske undersøgelser.

Sammenhæng med sygdomme og død

Der er dokumenteret sammenhæng mellem paradentose og en række sygdomme, bl.a. diabetes og kredsløbssygdomme (bakterier i tandkødsломmer spredes til blodbanen). Dårlig mundhygiejne kan også medføre fejlsynkning (dysfagi), som er udbredt blandt plejehjemsbeboere. Man kan således dø af dårlig mundhygiejne. God mundpleje handler derfor ikke bare om en "frisk mund" men også om sygdomsforebyggelse.

Tal fra Københavns Kommune viser, at et ordentligt mundplejeprogram kan forebygge 10 pct. af tilfældene med lungeinfektion hos københavnske plejehjemsbeboere, svarende til 40-45 indlæggelser og ca. 15 dødsfald årligt. Omregnet til landsplan svarer det til 400-450 færre indlæggelser og 150 færre dødsfald årligt. Det betyder samtidig, at der kan spares 20 mio. kr. årligt, hvilket netop svarer til det beløb, som et ordentligt mundplejeprogram koster på landsplan.

Løsningsmodel for plejehjemsbeboere

Et projekt i Københavns Kommune dokumenterede, at et effektivt mundplejeprogram kan gennemføres ved såkaldt "shared care", dvs. i et tæt sam-

arbejde mellem omsorgstandplejen, plejepersonale og patienten/borgeren.

I projektet blev ca. 600 plejehjemsboere på Amager bedt om at deltage i et program, hvor klinikassistenter kom på plejehjemmene for at hjælpe med tandbørstningen og lære plejepersonalet, hvordan de skulle hjælpe. Efter oplæringsperioden fungerede assistenterne i den sidste del af projektet "kun" som konsulenter. Der var stor tilslutning blandt plejehjemsboerne – kun 9 pct. ønskede ikke at deltage eller havde ikke behov for det. Ved projektets ophør viste resultaterne, at mens 2/3 af deltagerne blødte fra tandkødet under tandbørstningen ved projektets start, blødte kun 10 pct. ved projektets ophør efter 9 måneder. For boere med proteser øgedes andelen med rene proteser fra 20 pct. til 80 pct.

Det kan med andre ord lade sig gøre at forbedre plejehjemsboeres tandsundhed, hvis der er vilje til at investere i gode mundplejeprogrammer.

Ny hjemmeside om tand- og mundpleje for ældre

Med henblik på at fremme og udvikle tand- og mundpleje samt tandbehandling af ældre og omsorgstandplejepatienter, er der oprettet en hjemmeside med to tilgange – www.omsorgstandpleje.org og www.seniortandpleje.org. Hjemmesiden, der er et virtuelt mødested for ældre, omsorgstandpleje-

patienter, deres pårørende, plejepersonale, tandplejepersonale og andre interesserede, er resultat af et såkaldt "Offentligt-Privat-Partnerskab" – OPP mellem Københavns Kommune, Viborg Kommune og en privat tandlægevirksomhed.

Debat med opsummering af problemstillinger

Der er stor ulighed i tandsundhed, og dem, der ikke regelmæssigt kommer til tandlæge, er sværest at nå. Det kan skyldes dårlig økonomi, men årsagen kan også være, at man er syg eller glemmer det. Mange ældre er ikke klar over, hvilken tandlægehjælp de har ret til, og flere ældre burde modtage omsorgstandpleje.

Under alle omstændigheder er det både beskæmmende og uværdigt, at ældre, der har behov for hjælp til den daglige mundhygiejne, fx når de flytter på plejehjem, får så store problemer med tænderne pga. utilstrækkelig hjælp til tandbørstning. Deres tandsundhed bør prioriteres langt højere. Pårørende kan her være en vigtig pressionsgruppe.

Man bør imidlertid ikke gøre plejepersonale til skurke, for det er en meget vanskelig opgave at børste tænderne korrekt på andre. Nogle ældre siger nej til hjælp, og andre foretager såkaldt "fantomtandbørstning", hvor tandbørsten blot drejes rundt i munden. Her skal personalet kunne vurdere, om beboerne evner selv at børste tænder.

Det er i forsøg påvist, at stærk fluorandpasta kan reducere behovet for besøg af/hos tandplejer, men problemet er stadig helt grundlæggende, om der overhovedet bliver børstet tænder og om tandpastaen bliver brugt. Et forsøg på Amager har vist forbløffende resultater, men det kræver, at både tandbørste og -pasta kommer i munden.

FOA og de kommunale tandlægers forening gik i efteråret 2013 sammen om en landsdækkende kampagne med sloganet: ”Bedste skal også ha' børstet tænder”, hvor målet var at øge opmærksomheden om mundhygiejne hos plejehjemsbeboere. I kampagneperioden underviser kommunens tandplejeteam plejepersonalet i god mundhygiejne og korrekt tandbørstning. 1/3 af landets kommuner tilmeldte sig, mens endnu 1/3 udtrykte interesse.

Tandlægerne ved ikke nødvendigvis, hvorfor deres patienter holder op med at komme, om der fx er tale om flytning, død eller valg af anden tandlæge. Som en del af det opsøgende og forebyggende sundhedsvæsen kunne en mulighed være at udvikle informationssystemer, som sikrer, at ældre bliver mindet om at gå til tandlæge, fx en ordning med udgangspunkt i regionernes ydelsesregister? Men det kan diskuteres, om det offentlige skal agere ”barnepige”?

Opsummerende viser gennemgangen af området, at der mangler økonomiske støttemuligheder til faste

proteser (kroner, broer, implantater) og til transport til praktiserende tandlæge. Visitation til omsorgstandpleje er desuden mangelfuld, og der er ikke tilstrækkelige behandlingsfaciliteter samt ledsage- og transportordninger i omsorgstandplejen. Desuden er tandsygdomsforebyggelse mangelfuld hos ældre, som er helt afhængige af andres hjælp. Og der mangler oplysning til ældre om deres muligheder.

I forbindelse med finanslovsaftalen for 2013 blev det besluttet at gennemføre et serviceeftersyn af omsorgstandplejen. Et udvalg i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har udarbejdet en rapport, der udkom i marts 2014, og som ÆldreForum vil følge op på.

Studiebesøg i Ballerup Kommune

Et tilbagevendende indslag i ÆldreForums arbejde har været et årligt studiebesøg i en af landets kommuner for at orientere sig om udviklingen og de særlige problemstillinger, kommunerne står over for. Studiebesøgene medfører desuden en god og konstruktiv dialog og en værdifuld kontakt med de besøgte kommuner. Beretningsårets studiebesøg gjaldt Ballerup Kommune, hvor rådet bl.a. fik indblik i kommunens overordnede rammer og planer for ældreområdet og for særlige indsatsområder. Studiebesøget omfattede desuden besøg på et af kommunens plejehjem og i et seniorkollektiv.

Ballerup Kommunes organisering af Center for Social og Sundhed

Center for Social og Sundhed er organiseret i 7 afdelinger med hver sin chef: *Pleje og Rehabilitering, Visitation på ældreområdet og hjælpemidler, Sundhedshuset, Tandplejen, Økonomistyring, Support og Udvikling, Sundhedspleje samt Handicap og Psykiatri.*

Udviklingen på social- og sundhedsområdet går meget stærkt og øger behovet for mere samarbejde på tværs af den tidligere mere søjleopdelte organisering, bl.a. i forbindelse med implementering af forløbs-programmer på sundhedsområdet, udvikling af det nære sundhedsvæsen og opfølgning af anbefalinger fra fx Ældrekommissio-

nen og Hjemmehjælpskommissionen. Hjemmeplejen er inde i en rivende udvikling, fordi opgaverne ændrer sig og dermed stiller nye krav til den kommunale organisering.

Samtidig oplever Ballerup Kommune, som mange andre kommuner, en stigning i antallet af ældre borgere. Af kommunens i alt 49.000 borgere er ca. 9.500 i alderen 65 år og derover. Antallet af plejeboliger er løbende tilpasset, og kommunen vurderer derfor at kunne dække det fremtidige behov.

Center for Social og Sundhed har etableret et tværgående lederforum, der skal følge udviklingen og vurdere samarbejdsbehov og -muligheder på tværs i centret – til gavn for både borgere og på længere sigt, også den kommunale økonomi.

Gratis tandpleje

Regelmæssig tandpleje og god mundhygiejne har ikke kun stor betydning for livskvalitet, men også for sundheden. Ballerup Kommune har tidligere, i forbindelse med frikommuneordningen, gennemført forsøg med gratis tandpleje til ældre, og det fik en meget stor del af kommunens ældre til tandlægen. I dag er der egenbetaling, men ældre kan modtage tilskud efter pensionsloven.

I foråret 2013 åbnede en kommunalt støttet, men frivilligt drevet, tandklinik med tilbud om gratis tandbehandling til personer med misbrug og andre socialt udsatte. Både tandlæger, tandplejere og klinikassistenter arbejder frivilligt.

Det nære sundhedsvæsen – Hvor er Ballerup Kommune?

De borgernære sundhedsindsatser i Ballerup Kommune tager afsæt i KL's "visioner for det nære sundhedsvæsen", der bl.a. omfatter samarbejde mellem almen praksis, sygehuse og kommuner på sundhedsområdet.

Med strukturreformen i 2007 fik kommunerne både nye og mere omfattende opgaver på sundhedsområdet, og skal nu dække indsatsen fra den tidlige forebyggelse til den sidste tid i livet. Opgaverne kan opstilles trinvis:

Borgerrettet forebyggelse: Kræver

tværgående involvering fra hele kommunen for at skabe gode rammer, der sikrer både børn, voksne og ældre gode muligheder for at leve et sundt liv, bl.a. med konkrete tilbud som rygestopkurser og sundhedsvejledning.

Tidlig opsporende indsats mod kroniske sygdomme: Sker i tæt samarbejde mellem bl.a. Sundhedshus, hjemme-sygepleje og jobområdet. Der er særlig opmærksomhed på identifikation af risikogrupper, og indsatsen omfatter bl.a. tilbud om sundhedsvejledning, kost og motion samt særlige sundhedsinitiativer på jobområdet.

Patientrettet forebyggelse og rehabilitering: Borgere med kroniske sygdomme, fx diabetes, KOL og kræft, får vejledning og træning i sund livsstil og tilbydes netværk, der støtter dem i at fastholde livsstilsændringer.

Indlæggelse og opfølgning efter udskrivelse fra sygehus: I takt med, at indlæggelserne bliver stadig kortere og mere komprimerede, øges behovet for kvalificeret, opfølgende indsats i kommunen efter udskrivelse. Samtidig kommer der jævnligt nye diagnoser og behandlingsformer til, som medarbejderne skal opkvalificeres til, og som lægger pres på den kommunale organisation og fordrer nye samarbejdsformer mellem kommuner og sygehuse.

En særlig udfordring er selve udskrivelsesfasen, hvor kortere indlæggelsestid medfører tilsvarende kortere udskrivelsestid. Patienter udskrives i nogle tilfælde til eget hjem fra den ene dag til den anden, mens der tidli-

gere var varslingsaftaler på fx 1-2 dage. I dag foregår kommunikationen i forbindelse med udskrivelser desuden elektronisk.

Genoptræning og rehabilitering: En krævende opgave som bl.a. varetages af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen i samarbejde med trænings- & aktivitetsteamet og plejecentrene.

Palliation: Omsorg og pleje i den sidste del af livet, hvor hjemmesygepleje, hjemmepleje, plejecentre og

egen læge samt eventuelt hospice udgør de vigtigste aktører.

Store udfordringer

En stor del af opgaveløsningen i sundhedsvæsenet er således rykket ud i kommunerne. Opgaveporteføljen er samtidig omfangsrig og kompleks, højt specialiseret og involverer mange fagpersoner på tværs af sektorer, der skal få alle ender til at mødes i et højt

Lottes historie som eksempel:

Lotte på 71 år lider efter livslang rygning af KOL (Kronisk Obstruktiv Lungelidelse) og har i de senere år været indlagt flere gange med vejrtrækningsproblemer. Hun er tildelt både praktisk hjælp og personlig pleje, og hun får mere og flere forskellige typer medicin.

Efter en akut lungebetændelse er hendes lungefunktion så dårlig, at hun har behov for ilt i hjemmet. Hun får tilbudt rygestopkursus og henvises også til kommunal rehabilitering. Samtidig får hun hjerteproblemer og henvises derfor også til et hjerte-pakkeforløb. Desuden går hun til kontrol i ambulatoriet for hjerteproblemer og konsulterer jævnligt egen læge. Egentlig skulle hun også deltage i genoptræning, men det er hos en helt tredje instans i kommunen.

Fra at være en frisk dame med hang til cigaretter er hun blevet en kompliceret patient med mange forskellige behov, der forsøges dækket af praktiserende læge, hospital og kommune – helst i en fælles, koordineret indsats.

En lang række fagpersoner deltager i hendes forløb – og selv har hun mistet overblikket. Under indlæggelserne oplever hun, at hospitalsafdelingerne mangler information om hendes forløb, bl.a. om hvilken medicin hun får. Og at sundhedsvæsenet ser hende som adskilte diagnoser, der behandles hver for sig. Hun forventes selv at være tovholder, fordi der mangler sammenhæng mellem de forskellige kontakter i sundhedsvæsenet – et ansvar som hun ikke magter.

tempo. Det er en udfordring at skabe gode, sammenhængende forløb, men det forsøges bl.a. ved at integrere forløbsprogrammer og pakkeforløb – og ved at blive stadig mere bevidste om kommunens rolle i det nære sundhedsvæsen.

En særlig udfordring består også i, at borgerne ikke bevæger sig lineært i trindelingen, men ofte befinder sig på flere trin på én gang, fordi de lider af flere kroniske sygdomme. Ballerup Kommune oplever i disse år en stigning i antallet af borgere med såkaldt multisygdom, og disse forløb stiller store krav til samarbejde og koordinering mellem sektorer, afdelinger, fagpersoner og specialister.

Kommunale udgifter på sundhedsområdet

I 2012 udgjorde kommunens udgifter til medfinansiering på sundhedsområdet i alt 185 mio. kr. fordelt på hhv. somatik (85 procent af beløbet), sygesikring (10 procent) og psykiatri (5 procent).

Dertil kommer udgifter for 7,5 mio. kr. på områder, hvor kommunen har fuld finansiering (bl.a. færdigbehandlede patienter, hospice og specialiseret ambulans genoptræning), samt afledte kommunale udgifter til sygedagpenge, hjemmehjælp, genoptræning, hjælpemidler osv.

Spørgsmålet er derfor, hvor der er mulighed for at påvirke udgifterne i gunstig retning? Potentialet ses især

ved indsatsen for kroniske sygdomme som diabetes, hjerte-karsygdomme, kroniske lungesygdomme, knogleskørhed, leddegigt og visse psykiske sygdomme. Også indsatser i forhold til de ”forebyggelige genindlæggelser” pga. fx blærebetændelse, væskemangel og tryksår rummer mulighed for at påvirke udgifterne.

Rammepapir for det nære sundhedsvæsen – status i Ballerup

Kommunekontaktrådet (KKR) i Region Hovedstaden har udarbejdet et rammepapir om fælles strategiske, politiske målsætninger for det nære sundhedsvæsen i regionens 29 kommuner. Rammepapiret er således et fælles bud på, hvilke indsatser der skal implementeres for at realisere det nære sundhedsvæsen. Indsatserne fordeler sig på fire områder:

- ◆ *Forebyggelse og sundhedsfremme:* Her er Ballerup Kommune godt med. Udfordringen består nu især i rekruttering af socialt udsatte borgere til forebyggelsestilbuddene (den sociale ulighed i sundhed) og samarbejde med almen praksis. Der er bl.a. en indsats i gang for at forberede og prioritere implementeringen af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker.
- ◆ *Forebyggelse af (gen)indlæggelser:* Et område som er i en indledende fase med flere initiativer på vej, men der er behov for yderligere indsats.

Deltager bl.a. i et mindre projekt sammen med to andre kommuner og Herlev Hospital, hvor første-gangsyndlagte patienter modtager tre forskellige interventioner/ behandlinger, hvorefter effekten måles i forhold til risiko for genindlæggelse.

- ◆ *Kronisk sygdom (primært forløbsprogrammer)*: Ballerup Kommune er godt på vej og har implementeret forløbsprogrammer for KOL, diabetes og demens – og for kræft i 2013, hvor implementering af forløbsprogram for hjerte-karsygdomme også påbegyndes.
- ◆ *Dokumentation*: Ydelser og indsatser m.m. dokumenteres, men der er behov for bedre og mere målrettet udnyttelse af indsamlede data og for opfølgning af effekten af indsatserne.

Fremtidsperspektiver

Der er fortsat behov for en særlig indsats for at forebygge kroniske sygdomme mhp. at begrænse antallet af kronikere i takt med, at der bliver flere ældre i kommunen.

Den sociale ulighed i sundhed vokser også. Ballerup har en del almennyttige boliger med borgere med kortvarige eller ingen uddannelse og ringe tilknytning til arbejdsmarkedet, hvilket øger risikoen for sygdom.

Mental sundhed bliver et meget vigtigt indsatsområde, idet der er me-

get sundhed at hente i et sundt sind.

Der bliver flere komplekse forløb og opgaver, som stiller krav til kompetencer og ”volumen”, og da Ballerup ikke har tilstrækkeligt borgergrundlag til selv at løfte alle opgaver fagligt tilfredsstillende – fx på hjerneskadeområdet – er der behov for at udvikle det tværkommunale samarbejde.

Arbejde med rehabilitering nu og i fremtiden

Aktivt hverdagsliv, der er et kommunalt tilbud om hverdagsrehabilitering i hjemmet, blev igangsat i 2012. Formålet er at styrke ældres livskvalitet og uafhængighed ved at træne og vejlede dem i selv at klare opgaver i hjemmet, fx personlig hygiejne, madlavning og tøjvask.

Rehabiliteringstilbuddet er for borgere, der modtager ydelser fra hjemmeplejen, og som vurderes at have et træningspotentiale og dermed gavn af tilbuddet. Vejledning og træning varetages af *Team Aktivt Hverdagsliv*, som består af tre ergoterapeuter og en social- og sundhedsassistent, der er ansat i visitationen. Teamet samarbejder tæt med bl.a. hjemmeplejen.

Mange takkede i begyndelsen nej til tilbuddet, fordi de var bange for at miste den tildelte hjælp. Nu præsenterer teamet sig som en del af visitationen, og udgangspunktet er at hjælpe den enkelte videre bedst muligt i den aktuelle livssituation.

Visitationen henviser en borger til teamet, som ved første besøg både afdækker borgerens egen opfattelse af evnen til at klare sig selv og behovet for hjælp – og observerer hvordan borgeren konkret klarer de aktiviteter, som han/hun har søgt om eller allerede modtager hjælp til (revisitering).

Afdækningen foretages af en ergoterapeut, der samtidig vurderer træningspotentialer og aftaler en plan for træningsforløbet. Alder er uden betydning, og både udredning og træning er individuelt tilrettelagt. Og hvis borgeren selv kan klare – eller trænes til at klare – dele af en opgave, kan hjemmehjælpen hjælpe med resten.

At motivere borgeren til at deltage stiller særlige krav til medarbejdernes brug af "den motiverende samtale" og lignende metoder. Og borgere, der ikke kan/vil modtage hverdagsrehabilitering, skal have eller hjælpes videre til et andet tilbud, fx kompenserende – dvs. "traditionel" – hjemmehjælp.

Selve rehabiliteringsindsatsen består i træning af den hverdagsaktivitet, der er søgt om hjælp til, med henblik på at gøre borgeren helt eller delvis selvhjulpent. Og undervejs afprøves nye arbejdsteknikker, hjælpemidler og/eller strategier, som både rettes mod borgerens fysiske og mentale forudsætninger for selv at klare opgaven. Der gennemføres ergoterapeutiske test (COPM og AMPS) både før og efter indsatsen.

Mange borgere udtrykker stor tilfredshed med forløbet og sætter pris på ikke at være afhængige af hjælp. En del opnår større selvhjulpenthed, og det fremgår af en mindre interviewundersøgelse, at rehabiliteringsforløbet har styrket deltagernes livskvalitet. Undersøgelsen omfatter også borgere, der har takket nej til tilbuddet, og her viser svarene, at nej'et ofte skyldes frygt for ikke at kunne klare sig uden hjemmehjælp og vanskeligheder ved at omstille sig til en ny livssituation som selvhjulpent.

Samarbejde med familien og de nære pårørende prioriteres højt. Uddybende forklaringer om forløbets indhold og formål kan være nødvendige, idet nogle umiddelbart opfatter hverdagsrehabilitering som en forringelse og en kommunal spareøvelse. Samtidig spredes de gode historier om vellykkede rehabiliteringsforløb i bl.a. pensionistbladet.

En fremtidig model for rehabiliteringsindsatsen, der i højere grad tager udgangspunkt i borgerens mål, og styrker tværfaglighed og inddragelse af hjemmehjælpsleverandørerne i forløbene, er under udvikling.

Kulturtilbud og aktivt medborgerskab

Plejecenter Lundehaven stiller trygge rammer til rådighed, hvor borgere kan mødes til aktiviteter med et forebyggende, sundhedsfremmende og netværksskabende sigte. For tiden er der to aktiviteter målrettet ældre borgere med anden etnisk baggrund end dansk: En kaffegruppe og en motionsgruppe for kvinder, hvor man bagefter går tur. Begge tilbud – der forestås af frivillige, men er forankret i kommunen – bygger på kaffebordets evne til at fremme socialt samvær og skabe sociale relationer, fordi det både får folk hjemmefra og skaber grobund for fælles aktiviteter.

Plejecenter Sønderhaven åbnede i efteråret 2012 med plads til 48 faste og 8 midlertidige beboere. De midlertidige pladser anvendes bl.a. i forbindelse med genoptræning og som aflastning til demente. Sønderhaven, der endvidere betjener to boligblokke med ældreboliger samt et bofællesskab for yngre handicappede, er et eksempel på tværgående samarbejde mellem centrene Ældre & Pleje og Psykiatri & Handicap.

Initiativet *Aktivt medborgerskab*, sættes i værk mhp. at få Sønderhaven til at summe af liv som i den nærliggende, gamle landsby Måløv. Hensigten er i højere grad at inddrage civilsamfundet i plejecentres liv. Sønderhaven rummer allerede i dag et aktivitetscenter, der styres af Måløvs

pensionistklub. Også bofællesskabet for de yngre handicappede bidrager til liv i plejecentret, bl.a. ved at holde fester på Sønderhaven, som de ældre beboere deltager i.

Plejecentret vil se på frivillige på en utraditionel måde, idet man ser tegn på, at fremtidens pårørende vil være mere aktive og bidragende til livet i plejecentret end tidligere. Mange pårørende har imidlertid behov for fleksibilitet i hverdagen og vil ikke binde sig til fx 'to timer hver onsdag eftermiddag'. Det samme gælder for andre borgere, fx beboerne i tre nærliggende seniorbofællesskaber, som gerne vil bidrage i et eller andet omfang, men ikke bindes for fast.

Den traditionelle frivillig-form, hvor organisationer definerer, hvilke opgaver frivillige kan påtage sig, forudsiges at gå svære tider i møde, idet individuelle relationer mellem beboere og frivillige ses som vejen frem. 90 pct. af beboerne er demente eller hukommelsessvækkede af andre årsager, og mange bliver forvirrede, når stolemotion afløses af fællessang osv.

Beboerne skal tilbydes et liv præget af værdighed og respekt. Derfor forsøger man i stedet at tilpasse tilbud til de enkelte beboere. Sønderhaven vil tilbage til kaffebordet som mødested mellem beboere og frivillige, og som stedet hvor individuelle relationer kan vokse frem. En beboer har måske behov for en gåtur, en anden for samtale osv.

Beboer- pårørendemødet, som af-

holdes hver anden måned på afdelingen, tænkes at udgøre en stor del af 'det aktive medborgerskab'.

Fremtidens velfærdsteknologi

Ballerup Kommune har i flere år selv investeret i velfærdsteknologi, primært på hjælpemiddelområdet, fx skylletoiletter og spiseroboter. Kravet er, at teknologien skal give mening for både borgere og medarbejdere.

Inden for rammerne af kommunalfuldmagten vil kommunen gerne deltage i udvikling og afprøvning af ny teknologi fra start til slut på institutionerne, så det sker i 'rigtige' fysiske rammer.

Kommunen får således ofte henvendelser fra firmaer om afprøvning af teknologi. Mange løsninger viser sig imidlertid ikke at være 'modne' nok til at blive testet, og man foretrækker derfor at samarbejde med virksomheder, der har udviklet 'afprøvningsmodne' teknologier.

Eksempler på velfærdsteknologi

- ◆ Investering i *iPhones* og *iPads*, som har givet medarbejdere i hjemmeplejen stor frihed, idet de nu har adgang til flere informationer, når de er ude. Investeringen har været dyr, men gevinsterne er store.
- ◆ Investering i en storskærm til en institution samt 10-11 skærme, så en række borgere kan afprøve *virtuel genoptræning* i hjemmet. Løsningen giver borgeren tidsmæssig frihed til at træne, når de ønsker det.
- ◆ Deltagelse i et projekt med *telemedicinske løsninger med monitorering* i eget hjem. Hardwaren fungerer dog ikke optimalt endnu, og Ballerup Kommune ønsker derfor ikke på nuværende tidspunkt at investere i teknologien.
- ◆ Deltagelse i et *regionalt sårprojekt*, hvor medarbejderne samarbejder med sårenheder i sygehusvæsenet. Kommunikationen foregår via iPhone med afsæt i mobilfoto af de sår, der skal behandles.
- ◆ Investering i *nøglefri låse*, så medarbejderne lukker sig ind i borgernes hjem ved hjælp af elektroniske kort. Der er derfor ingen nøgler i omløb og ingen nøgleskabe, som uvedkommende kan bryde ind i. Samtidig kan de enkelte nøglekort afgrænses til kun at fungere i bestemte geografiske områder. Nøglekortet øger således borgernes sikkerhed og skaber trykthed.
- ◆ *Skylletoiletet* anvendes både i plejecentre og i eget hjem til udvalgte borgere. Borgerne er glade for løsningen. Og de fleste

demente kan sagtens håndtere betjeningen.

- ◆ Deltagelse i et *udviklingssamarbejde med Væksthus Hovedstadsregionen* i 2012, hvor private udbydere af velfærdsteknologiske løsninger var inviteret til et samarbejde i Ballerup Kommune, har givet ledere og medarbejdere fra institutioner og enheder det første indtryk af en udviklingsproces.
- ◆ Deltagelse i *Livret 2.0*, som er et udviklingsarbejde med kokke og designere om at udvikle nye madkoncepter til borgerne.

ÆldreForums medlemmer,
sekretariat og udgivelser

ÆldreForums medlemmer og sekretariat den 1. januar 2014

ÆldreForums medlemmer

*Medlemmer udpeget personligt
af ministeren for børn, integration,
ligestilling og sociale forhold:*

Ove E. Dalsgaard,
fhv. borgmester, formand

Carsten Hendriksen,
lektor, overlæge, dr.med.,
næstformand

Birgit Meister,
journalist

Birthe Philip,
fhv. borgmester

Joan Jensen,
projektleder

Ældreorganisationerne:

Jørgen Fischer,
landsformand Danske Seniorer

Bent Aage Rasmussen,
formand Danske Ældreråd

Søren Rand,
formand Ældre Sagen

Kommunernes Landsforening:

Finn Stengel Petersen,
Herning Kommune

Danske Regioner:

Svend Heiselberg,
Region Nordjylland

Ministerier:

Eva Pedersen,
kontorchef, Ministeriet for Børn,
Integration, Ligestilling og Sociale forhold

Helle Schnedler,
kontorchef, Ministeriet for Sundhed
og Forebyggelse

Else Trangbæk,
prof. emerita,
repræsenterer Kulturministeriet

ÆldreForums sekretariat

Lotte Philipson,
sekretariatsleder

Abelone Løgstrup,
fuldmægtig

Liselotte Lundsryd,
fuldmægtig (deltidsansat)

Alice Hansen,
sekretær

ÆldreForums udgivelser

Publikationerne kan læses, downloades og rekvireres vederlagsfrit på www.aeldreform.dk
Nogle publikationer er dog udgået og kan derfor ikke længere rekvireres.



Ny viden & gamle
fordomme om ældre
Marts 1997.
13 sider.



Ældre og uddannelse
– kulturelt behov eller nyt
erhvervsgrundlag?
Juni 1998.
31 sider.



Idékatalog
Fra Ældreudvalget til
Ældreudvalget
August 1997.
36 sider.



Ældre & Boliger
Udarbejdet af Ældre-
Forum og Ældreboligrå-
det.
December 1998.
35 sider.



At bygge bro mellem
generationer
September 1997.
23 sider.



Boligen til den 3. alder
Udarbejdet af ÆldreForum og
Ældreboligrådet.
April 1999.
9 sider.



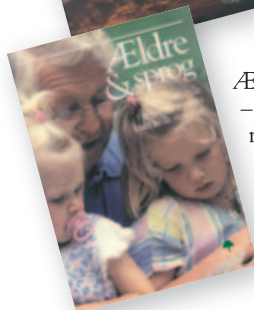
Ældreidræt
– vedligeholdelse af
kroppen, leg, munterhed
og socialt samvær.
December 1997.
20 sider.



Om sorg & omsorg
Inspiration til samarbejde
om hjælp til ældre efter-
ladte.
Februar 1999.
20 sider.



ÆldreForum
Årsberetning
1996/97
Marts 1998. 36
sider.



Ældre & sprog
– sprogets rolle i gene-
rationernes kulturelle
stafetløb.
April 1999.
20 sider.

Age Forum
Annual Report
1996/97
Juli 1998. 37 sider.



ÆldreForum 1998
Årsberetning
Maj 1999. 48 sider.

AgeForum 1998
Annual Report
August 1999. 48 sider.



Fremtidens seniorer
i Danmark
Udgivet af Price-
WaterhouseCoopers
og ÆldreForum.
Oktober 1999.
40 sider.



Globalt tema om
ældre & aldring
Videnskabelig forskning:
Artikelloversigt.
Februar 2000.
71 sider.



Ældre efter år 2000
Fra forskning til senior-
politik. Rapport fra sym-
posium den 5. november
1999.
April 2000.
48 sider.



Ældres & yngres sprog
– bro eller barriere?
Maj 2000.
41 sider.



Ældre & demens,
depression & selvmord
August 1999.
64 sider.



Ældre & stofskiftesyg-
domme, apopleksi, afasi &
knogleskørhed
December 1999.
52 sider.



Ældre & syns- &
hørenedsættelser
Juni 2000.
64 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 1999
Juli 2000.
44 sider.



Ældre & søvn
December 2000.
20 sider.



ÆldreForum 2000
Årsberetning
Juni 2001.
48 sider.

AgeForum 1999-2000
Annual Report
July 2001.
80 sider.



Måltidet & ældre
i eget hjem
August 2001.
64 sider.



Ældre & randsundhed
November 2001.
40 sider.



Ældrebilledet i medierne
Februar 2003.
48 sider.



Ældreomsorg & -pleje
Inspiration for kommuner,
omsorgs- og plejepersonale
m.fl. December 2001.
72 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2002
Juni 2003.
52 sider.

AgeForum 2001-2002
Annual Report.
December 2003.
88 sider.



Fald – en trussel mod
ældres liv og førlighed
Rapport fra konference
den 6. november 2001,
arrangeret af Lægefor-
eningens Gerontolo-
giudvalg og ÆldreFo-
rum. Marts 2002.
52 sider.



Idékatalog II
– fra ældreråd til ældre-
råd.
Juli 2003.
180 sider.



Styrk kroppen og let
hverdagen – det er
aldrig for sent !
Video/DVD og
instruktionshæfte
med trænings-
program.
Juni 2002.
Længde: 30 minutter.



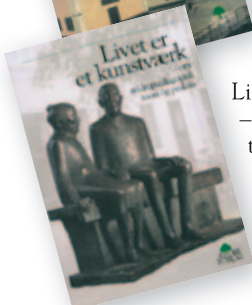
Ældre & fodsundhed
Oktober 2003.
48 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2001
Juli 2002.
40 sider.



Flexibelt byggeri
til ældre
Fra fortid til nutid
–fra nutid til fremtid.
April 2004.
56 sider.



Livet er et kunstværk
– om ældrepedagogisk
teori og praksis
September 2002.
64 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2003
Juli 2004.
54 sider.



Ældre, pårørende & plejepersonale – inspiration til samarbejde.
September 2004.
72 sider.



Older people and preventive home visits.
September 2006.
48 sider.



Ny aldringsforskning – resultater og perspektiver.
December 2004.
46 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2005.
Juni 2006.
80 sider.



Motionskort.
Træn sammen – med glæde!
Marts 2005.
4 sider.



Ældre & den frie frivillighed – inspiration til indsats af og for ældre.
August 2006.
60 sider.



Ældre som bedsteforældre – bedsteforældres rolle i børns udvikling og sociale indskoling.
April 2005.
80 sider.



Ældre & naturmedicin.
Januar 2007.
40 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2004.
Juni 2005.
76 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2006.
Juni 2007.
76 sider.



AgeForum
Annual Report 2003-2004 (netpublikation).
Oktober 2005. 83 sider

Ældre & forebyggende hjemmebesøg.
December 2005.
56 sider.



Flere ældre på arbejdsmarkedet – inspiration til ledelse & medarbejdere.
September 2007.
52 sider.



Naturmedicin
Februar 2008.
16 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2009.
April 2010.
76 sider.



Ældreomsorg
– holdninger, omgangstone
& etik
April 2008.
121 sider.



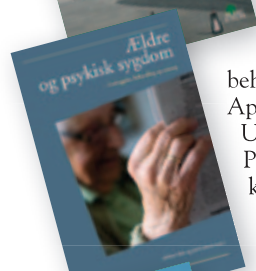
Velfærdsteknologi
– nye hjælpemidler i
ældreplejen.
Oktober 2010.
104 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2007.
Juni 2008.
73 sider.



Ældres seksualitet
& kærlighedsliv
– tabuer, myter & viden.
November 2010.
72 sider.



Ældre og psykisk
sygdom – forebyggelse,
behandling og omsorg.
April 2009. 220 sider.
Udgivet i samarbejde med
PsykiatriFonden. Bogen
kan købes i PsykiatriFon-
den og i boghandelen, og
kan ikke downloades.



Ældre & apopleksi
– inspiration til pleje- og
omsorgspersonale.
December 2010.
160 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2008.
Maj 2009.
88 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2010.
Maj 2011.
88 sider.



Idékatalog
– inspiration til fysiske
og mentale aktiviteter
for ældre i plejeboliger
samt andre skrøbelige
ældre.
September 2009.
144 sider.



Kan det virkelig passe?
– Kostråd og andre
budskaber til ældre om
mad og sundhed.
2011.
40 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2011.
Maj 2012.
80 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2013.
Juni 2014.
72 sider.



Længst muligt i egen bil –
og livet uden bil.
December 2012.
44 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2012.
Maj 2013.
56 sider.



Ældre med anden etnisk
baggrund – viden og
inspiration til indsats.
Oktober 2013.
152 sider.



Bevægelse hele livet
– vil du med?
Inspiration til øvelser.
Øvelser på dvd:
Varighed: 30 min.
Folder: 6 sider
Marts 2014



Forskningsprojekt:

Velfærd for ældre – holdning og handling



Ældre billedet i medierne gennem 50 år – En undersøgelse af ældre stereotyper i dagbladene fra 1953 til 2003.
Oktober 2005.
256 sider.



Et godt liv som gammel.
April 2006.
210 sider.



Mediestormens magt – om mediestorme på ældreområdet og deres indflydelse på ældrepolitikken.
April 2007.
202 sider.



Hjemmehjælpens historie. Idéer, holdninger, handlinger.
Maj 2008.
263 sider.



Fællesskab og ansvar. En kvalitativ undersøgelse af danskernes opfattelse af ansvar og pligt i forhold til aldersforsørgelse.
Maj 2008.
124 sider.



Plejehjemstilsyn. Politik på pressens præmisser.
Maj 2008.
215 sider.



Velfærd for ældre. Holdning og handling.
Maj 2008.
276 sider.

