

KL's ældrepolitiske udspil 2010
Nye ældre, nye muligheder





KL's ældrepolitiske udspil 2010
Nye ældre, nye muligheder

© KL
1. udgave, 1. oplag 2010

Pjecen er udarbejdet af KL
Forlagsredaktion: Lone Kjær Knudsen
Design: Kontrapunkt
Forsidefoto: Colourbox
Sats: Kommuneforlaget A/S
Tryk: Rosendahls Schultz Grafisk
Produktion: Kommuneforlaget A/S

Produktionsnr. 816758
Produktionsnr. 816758-pdf
ISBN 978-87-92460-72-1
ISBN 978-87-92460-73-8-pdf

KL
Weidekampsgade 10
2300 København S
Tlf. 33 70 33 70
kl@kl.dk
www.kl.dk

Indhold

Forord	2
Udfordringer og muligheder kort fortalt	3
De kommende ældre skal støttes i at styrke og bevare de fysiske ressourcer	5
De ældre medicinske patienter og borgere med demenssygdomme	7
Fremtidens boliger til ældre	10
Det frie valg fungerer – men ikke godt nok	12
Rekruttering, fastholdelse og kompetenceudvikling	14
Hjemmepleje, der virker – behov for mere og ny viden	16

Forord

Det kommunale ældreområde står over for store udfordringer i de kommende år.

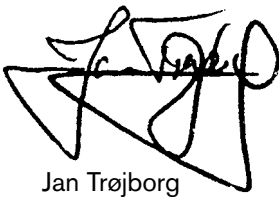
Bare om 10 år vil antallet af ældre være vokset med mere end 30 pct., og i samme periode vil mere end 1/3 af de nuværende medarbejdere gå på pension. Samtidig kommer der hele tiden nye opgaver til. Det er derfor nu, at der skal findes løsninger, så vi også om 10 år kan levere den nødvendige ældrepleje til de svageste borgere. Der er brug for prioritering. Og der er brug for at tænke nyt.

Fremtidens ældrepolitik skal bygge på, at de nye ældre i stigende grad har ressourcer. De har økonomiske ressourcer. Og de har et bedre helbred end ældre i tidligere generationer. I dag er man ikke nødvendigvis svag, fordi man er blevet ældre. Det skal de løsninger, vi tilbyder i kommunerne, afspejle.

KL ønsker derfor en debat om ansvar. Hvad er borgerens eget ansvar, og hvornår skal kommunen træde til? Det handler om prioritering. Vi har ikke råd og hænder til det hele. Derfor skal hjælpen målrettes dem, som har mest behov.

KL ønsker også en debat om, hvordan vi tilrettelægger indsatsen i ældreplejen fremover. Hvordan hjælper vi bedst dem, som har brug for hjælp? Det handler om at tage afsæt i, at de ældre har ressourcer – også når de har brug for hjælp.

København, august 2010



Jan Trøjborg

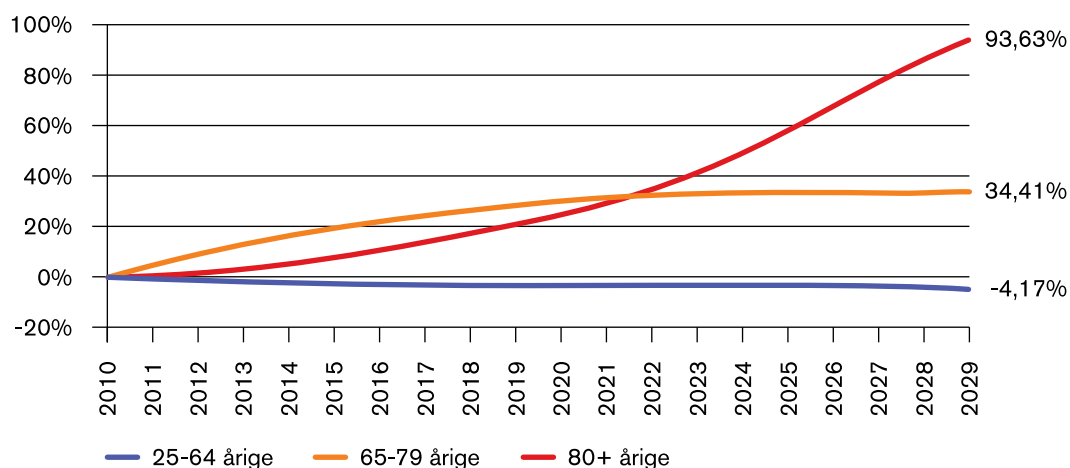


Peter Gorm Hansen

Udfordringer og muligheder kort fortalt

Det er velkendt, at vi står over for en demografisk udfordring. De næste mange år vil der blive flere ældre og særligt antallet af +80-årige vil blive øget markant. Fortsætter vi som nu, skal vi om 10 år bruge 10 mia. kr. mere på ældreområdet. Om 20 år vil de samlede udgifter udgøre mere end 65 mia. kr.

Forventet demografisk udvikling 2010-2029



Kilde: Danmarks statistik

Det er også velkendt, at andelen af erhvervsaktive samtidig falder. Det bliver derfor en udfordring at skaffe de nødvendige hænder. Ikke mindst på ældreområdet, hvor en forholdsvis høj andel af medarbejderne i dag er over 50 år.

I 2009 blev der anvendt 34 mia. kr. på ældreområdet, hvilket svarer til 62.507 kr. pr. borger over 65 år.

Kilde: Indenrigsministeriets nøgletal 2009

Den demografiske udfordring er imidlertid ikke den eneste udfordring. Kommunerne løser i stigende grad nye og mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver. Hurtigere udskrivninger og en markant omlægning fra stationær til ambulante behandling på sygehusene betyder, at kommunerne i større og større omfang løser sundhedsopgaver. Det vil fortsætte i de kommende år.

Udviklingen har allerede haft konsekvenser for ældreområdet.

Det har været nødvendigt at prioritere. Den praktiske hjælp er blevet skåret væsentligt ned for at give plads til de komplekse plejeopgaver. Resultatet er, at den gennemsnitlige standard for rengøringshjælp i dag er 45-60 minutter hver anden eller tredje uge.

Der har også været et stort fokus på effektivisering. Vi ved på minutter, hvordan alle medarbejdere anvender deres arbejdstid, der er indført teknologi til at understøtte administration og planlægning, og der har i stort omfang været gennemført LEAN-processer.

Fra 2002 til 2008 er andelen af ambulante besøg steget med 26 pct.

Kilde: Sundhedsministeriets "En analyse af den ældre medicinske patient" 2010

Hvis der skal frigøres ressourcer til flere ældre og nye opgaver, kan kommunerne ikke fortsætte som hidtil. Der bliver brug for at stille grundlæggende spørgsmål ved den måde, vi løser opgaverne på i dag. En væsentlig forudsætning for at gøre tingene på andre måder end i dag er, at de ældre fremover vil have flere ressourcer end tidligere generationer. De vil være rigere og have et bedre helbred.

Der er brug for at se på, hvem der fremover skal have ansvaret for hvad. Et af de centrale spørgsmål er, om det offentlige også fremover skal tilbyde gratis rengøringshjælp til de rigeste ældre. KL's holdning er her klar: Det bør overvejes, af hensyn til kommunernes samlede økonomi, om gratis hjælp skal gøres afhængig af borgerens formue og indtægtsgrundlag.

Samtidig bør ældrepolitikken i højere grad tage udgangspunkt i de ældres ressourcer. Der vil altid være borgere, som har brug for passiv og kompenserende hjælp. Men det er vigtigt at have fokus på de ældres ressourcer, også når de har brug for hjælp. Det skal være en ledestjerne i indsatsen.

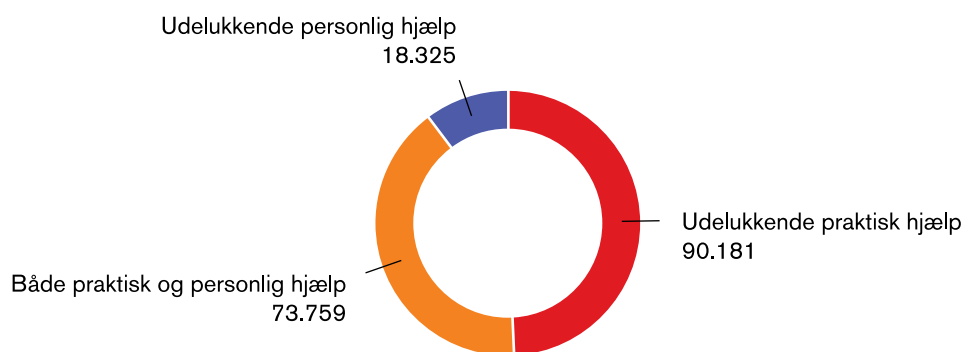
KL mener:

- Det er nødvendigt at se på ældreområdet med nye øjne, hvis den demografiske udfordring skal håndteres.
- Ældrepolitikken skal tage udgangspunkt i, at de ældre fremover vil have flere ressourcer og et bedre helbred end i dag.
- Det bør overvejes, af hensyn til kommunernes samlede økonomi, om gratis hjælp skal gøres afhængig af borgerens formue og indtægtsgrundlag.

De kommende ældre skal støttes i at styrke og bevare de fysiske ressourcer

Behovet for hjælp stiger i takt med alderen. De +80-årige får betydeligt mere hjælp end borgere under 80 år. Det er dog stadig sådan, at tæt på halvdelen af de +80-årige klarer sig helt uden hjælp.

Sådan er ydelserne i hjemmeplejen fordelt



Kilde: Danmarks Statistik

Langt de fleste ældre vil fremover være kendetegnet ved, at de kan bevare den fysiske funktionsevne højt oppe i alderen. Samtidig ved vi, at det, som ældre borgere ønsker mest af alt, er et sundt og aktivt seniorliv. De ønsker at tage ansvar for eget liv og klare sig uden hjælp. Fremtidens ældrepolitik bør derfor i langt højere grad end i dag støtte borgerne i disse ønsker.

Flere kommuner har gennem de seneste år valgt at omlægge indsatsen på ældreområdet og flytte fokus fra passiv kompenserende hjælp til øget og målrettet træning og hverdagsrehabilitering. Indsatsen er både rettet mod borgere, som første gang henvender sig for at søge om hjemmehjælp og borgere, der allerede modtager lettere praktisk og personlig hjælp.

Et konkret eksempel fra et forløb i Fredericia Kommune viser, at hos en borger med behov for 9 timers hjemmehjælp om ugen, kan en investering på 31 dages intensiv træning resultere i at borgeren bliver selvhjulpne.

Borgeren er selvsagt meget tilfreds med at kunne klare sig uden hjælp.

De øgede udgifter er tjent ind på to måneder, og den samlede besparelse er på 145.500 kr. om året.

Kilde: Fredericia Kommune 2010

Resultaterne af mere træning og rehabilitering viser, at borgerne hurtigt kan genvinde tabte funktioner og at borgerne er meget tilfredse med igen at kunne klare sig selv uden hjælp. Samtidig udvikles der velfærdsteknologi og hjælpemidler, som kan understøtte, at borgerne i højere grad kan klare sig selv.

KL mener:

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

De ældre medicinske patienter og borgere med demenssygdomme

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

Kommunerne har et stort ansvar over for begge grupper og arbejder i disse år målrettet med at forbedre og udvikle indsatsen. Begge områder er imidlertid kendetegnet ved, at kommunerne ikke er alene om ansvaret. Det er derfor helt afgørende, at der er et tæt samarbejde mellem stat, regioner og kommuner om at udvikle indsatsen.

Igennem flere år er der sket en markant opgaveflytning fra regioner til kommuner, som betyder, at kommunerne har fået en større rolle at spille i forhold til den ældre medicinske patient. Regeringen har med sit seneste udspil om den ældre medicinske patient meldt klart ud, at der skal endnu mere turbo på udviklingen med færre indlæggelsesdage og flere ambulante behandlinger.

Den omfattende omlægning fra stationær til ambulante behandling er hensigtsmæssig. Borgerne spares for langvarige sygehusindlæggelser, som ofte medfører svækkelse og funktionstab. Behandling sker på laveste omkostningsniveau, og de dyre sygehusindlæggelser spares. Men med udsigt til endnu flere opgaver i kommunerne i de kommende år, er der behov for en fælles plan for, hvordan opgaverne skal varetages, fordeles og finansieres.

I 2008 var 26 pct. af borgerne på 65 år og derover i kontakt med en medicinsk sygehusafdeling.

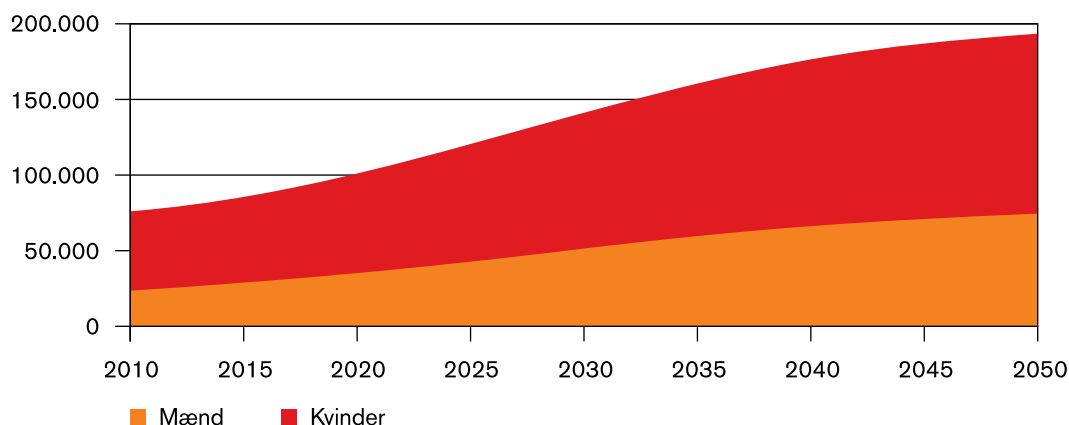
Antallet af ældre borgere, der er blevet behandlet på medicinske afdelinger er steget fra 175.000 i 2001 til 220.000 i 2008

Den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldet fra 9,7 dage i 2001 til 7,4 dage i 2008.

De mange nye og mere komplekse opgaver udfordrer kommunerne på flere områder. Der er bl.a. behov for en optimering af den akutte indsats i kommunerne, herunder flere midlertidige døgnpladser for at sikre en effektiv opgavevaretagelse hos de borgere, som har brug for intensiv pleje. Der er også et meget stort behov for at kompetenceudvikle medarbejderne, så de "klædes på" til at varetage de nye opgaver. Det er forudsætningen for en høj faglig kvalitet i opgavevaretagelsen.

På demensområdet er kommunerne også udfordret på flere fronter. Dels er antallet af borgere med demenssygdomme i betydelig vækst, og dels stiger andelen af borgere med særlige behov i relation til deres demenssygdom.

Prognose for antallet af demente i Danmark



Kilde: Nationalt videnscenter for demens, 2009

Demenssygdom rammer ikke kun borgeren. Sygdommen griber så voldsomt ind i den enkeltes livssituation, at både familie og andre nære pårørende bliver dybt involveret og påvirket af sygdomsforløbet.

Ny forskning og viden har vist, at der er flere muligheder for både at lindre symptomer og udskyde alvorlige symptomer. Der er endvidere viden om, at mange ældre borgere har symptomer på demens, der ved nærmere undersøgelse viser sig at have årsag i en anden sygdom, som ofte kan behandles. Der er derfor al mulig grund til at prioritere den tidlige indsats med fokus på information, opsporing og diagnosticering.

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

- 25 pct. af alle modtagere af hjemmehjælp har demenssygdomme.
- 65-70 pct. af alle beboere på landets plejecentre har demenssygdomme.
- Mere end 90 pct. af kommunerne har særlige dag- og døgntilbud til borgere med demens.
- Ca. 80 pct. af alle kommuner har en særlig politik for demensindsatsen.
- Alle kommuner har specialister indenfor demensområdet.

Kilde: KL's kvalitetsprojekt på demensområdet 2008

Den overordnede målsætning i både serviceloven og sundhedsloven er, at den enkelte borger og patient selv skal træffe afgørelse om behandling og pleje. Når det handler om borgere med demens, er denne målsætning en stor udfordring i praksis.

Som eksempel kan nævnes,

- at borgere ikke umiddelbart kan flytte i plejebolig, hvis de ikke selv kan give et informeret samtykke. Der skal bl.a. udpeges værge. Statsforvaltningens sagsbehandlingstid kan tage måneder.
- at man ikke må give borgerne nødvendig behandling, herunder medicin, hvis de modsætter sig behandlingen, fx livsnødvendige injektioner med insulin.
- at plejepersonalet maksimalt i 6 måneder må fastholde borgeren, mens der udøves nødvendig personlig pleje. Det kan fx være en dement borger med en stomi, som ikke vil medvirke til skiftning af stomipose. Reglen om de 6 måneder er indført til trods for, at der er tale om en fremadskridende sygdom, hvor problemet ikke kan forventes at forsvinde efter 6 måneder.

Alene sundhedsvæsenets udgifter til demensområdet udgør mere end 7 mia. kr. Hertil kommer de kommunale udgifter.

Pårørende til demente yder ofte en meget stor indsats, og i mange tilfælde plejes den demente borger af en rask ægtefælle. Det er en stor belastning at være pårørende til borgere med demens, og de pårørende har derfor behov for at blive værdsat, aflastet og støttet i opgaven. De har bl.a. brug for have adgang til relevant faglig viden om pleje og omsorg, men også i stor grad almindelig mellemmenneskelig kontakt og gerne med nogen, som har personlige erfaringer.

KL mener:

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

Fremtidens boliger til ældre

Mange kommuner oplever i disse år en faldende efterspørgsel på ældre- og plejeboliger, og flere kommuner melder om ledige boliger. Denne udvikling skyldes sandsynligvis flere forhold. Dels er den almene boligstandard forbedret, og derfor ønsker flere ældre at blive boende i deres egen bolig på trods af funktionstab og behov for omfattende pleje. Dels er der flere ældre, som mener, at ældre- og plejeboligerne er for små. Borgerne efterspørger boliger med mindst tre rum.

Går ligheden for langt?

Hvorfor er det ok, at der er ulighed på boligmarkedet for alle andre end de ældre?

Borgernes ønske om i højere grad at få større boliger og ofte også bevare et ejerforhold gør det nærliggende at overveje, om byggeriet af ældre- og plejeboliger fortsat skal være et rent offentligt anliggende.

Flere private virksomheder har vist interesse for at bygge og administrere forskellige former for alternative plejeboliger, hvor beboerne betaler ekstra for at bo i bedre boliger og få mere hjælp. Men de private virksomheder oplever, at reglerne på området er ufleksible og bureaukratiske. Bygges nye boliger som friplejeboliger, skal boligerne være opført som almennyttige boliger med de begrænsninger, det giver. Bygges de som private boliger – fx ejerboliger – må de ikke kaldes plejeboliger og er derfor underlagt fritvalsreglerne for hjemmeplejen.

Hvis der blev skabt bedre muligheder for at få private entreprenører på banen, kunne det skabe rum for nytænkning, fx i forhold til at få forskellige former for ejer-, andels- og lejeboliger til at indgå i forsyningen af boliger til ældre.

Også inden for det offentlige boligbyggeri kan der skabes nytænkning. Én vej at gå kunne være at indføre en ny type ældreboliger, hvor elementer fra bofællesskaber kombineres med de bedste elementer fra de tidligere alderdomshjem. Altså en form for bofællesskaber, hvor man kan bo, når man har brug for nogen hjælp, men ikke er helt afhængig af andres hjælp, og hvor beboeres ressourcer inddrages som en aktiv del af hverdagslivet. En særlig målgruppe kan være ældre borgere, hvis primære problem er ensomhed.

Fælles for alt nybyggeri på ældreområdet er, at ny og velafprøvet velfærdsteknologi skal indgå i større omfang. Intelligente boliger, hvor fx automatiske dør- og vinduesåbnere indgår, vil være et væsentligt bidrag til, at de kommende ældre kan klare sig selv længst muligt.

Med den nuværende lovgivning kan borgere bliver boende i eget hjem, uanset hvor meget hjælp de har brug for i hverdagen. For kommunen er det væsentligt dyrere at levere omfattende hjælp i hjemmet end i en plejebolig. Som tommelfingerregel vil det være billigere for kommunen at hjælpe en borger i en plejebolig, hvis borgeren har brug for mere end 22 timers hjælp om ugen.

Der er flere grunde til, at den omfattende hjælp er dyrere i eget hjem end i en plejebolig. Alene det at køre til det enkelte hjem flere gange i døgnet er forbundet med udgifter. Hertil kommer, at der ikke i tilstrækkelig grad kan opnås "stordriftsfordele" i de dyre timer som er sen aften, nat, i weekender og på helligdage. Derfor får hjemmeplejen et uforholdsmæssigt stort antal beredskabstimer i forhold til plejecentrene.

7.000 borgere modtager i dag mellem 12-20 timers hjælp om ugen i eget hjem.

4.700 borgere modtager mere end 20 timers hjælp om ugen i eget hjem.

Hvis en borger har brug for mere end 20 timers hjælp om ugen er det et udtryk for, at borgeren har betydelige funktionstab og i stort omfang er afhængig af hjælp fra andre. I nogle situationer kan det være hensigtsmæssigt og fagligt en god løsning at levere mange timers hjælp i borgerens hjem. I andre situationer vil en plejebolig være det rette tilbud til borgeren. I en plejebolig vil der fx være sundhedsfaglige medarbejdere til stede hele døgnet. Hvis indsatserne ydes i borgerens hjem, vil der være adskillige perioder, hvor borgeren vil være overladt til sig selv og afhængig af at kunne tilkalde hjælp ved akutte behov.

Udover behov for mange timers pleje, medfører de omfattende plejebenhov også store offentlige udgifter til ombygning af boliger og ikke mindst reetablering af boligen, når borgeren fraflytter boligen. Hertil kommer udgifter til diverse hjælpemidler som fx plejelifte. Der er derfor brug for en debat om, om man altid har ret til at få hjælp i eget hjem.

KL mener:

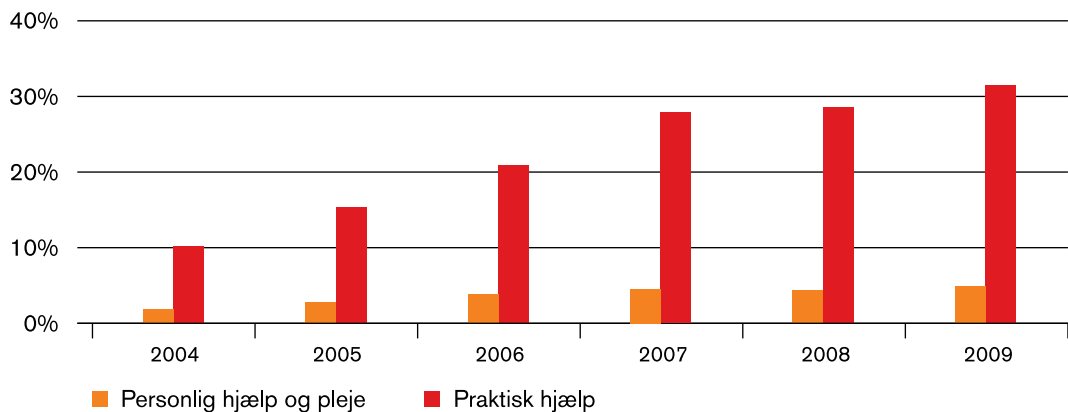
- At den private sektor skal have en større rolle, når der skal bygges nye ældre- og plejeboliger.
- At staten skal ændre lovgivningen, så det bliver mere attraktivt for private virksomheder at bygge plejeboliger. Det skal fx være muligt for private at kunne sælge tilkøbsydelse udover den offentligt bevilgede hjælp.
- Lovgivningen skal ændres, så kommunerne kan træffe afgørelse om, at meget omfattende hjælp kun kan leveres i en plejebolig.

Det frie valg fungerer – men ikke godt nok

Siden 2003 har der været en række særlige regler på ældreområdet, som har haft til formål at skabe frit leverandørvalg for borgerne og øge konkurrencen mellem private og offentlige leverandører.

Efter 7 år med fritvalsreglerne kan der gøres status, og det kan konkluderes, at målet om at indføre frit leverandørvalg er lykkedes. Andelen af borgere, der har valgt private leverandører, har været stødt stigende gennem alle årene.

Andelen af modtagere, der har valgt en privat leverandør



Kilde: Danmarks Statistik

Det er til gengæld ikke gået godt med at skabe øget konkurrence på prisen. Kommunerne har i stort tal valgt at anvende godkendelsesmodellen, som medfører, at kommunerne skal fastsætte deres egen pris på baggrund af de faktiske udgifter, og at de private leverandører får den samme pris, som kommunen leverer til. Det skyldes, at kommunerne, hvis de gennemfører et udbud, risikerer, at kommunen selv ikke længere kan levere hjælpen. Det skaber en stor sårbarhed, hvis de private leverandører falder fra.

86 pct. af modtagerne af praktisk hjælp er tilfredse eller meget tilfredse, og andelen er lige stor hos de private og offentlige leverandører.

Kilde: Den nationale brugertilfredshedsundersøgelse 2009

Fritvalsreglerne har medført en omfattende regulering af kommunerne, som i detaljer fastslår, hvordan kommunerne skal inddrage private leverandører og fx fastsætte priser. Kommunerne har kun begrænset mulighed for selv at fastlægge en strategi for, hvordan de vil arbejde sammen med private leverandører.

De nuværende fritvalgsregler er også udformet, så kommunerne ikke kan sælge ekstra ydelser til borgerne på lige fod med private leverandører. Det skaber en ulige konkurrence.

Hvis en privat leverandør går konkurs, skal kommunen fra dag til dag kunne levere ydelser til de borgere, der modtog hjælp fra den private leverandør. Det er én af flere væsentlige årsager til at kommunerne selv ønsker at bevare en vis andel

De private leverandører lever af at have så mange opgaver som muligt i forhold til den enkelte borger. For de private leverandører er der derfor intet incitament til, at indsatsen tilrettelægges og udføres på en måde, der styrker borgerens egenomsorg og dermed begrænser behovet for hjælp. Der er derfor brug for at se på, om aflønningen af de private leverandører i højere grad kan understøtte en aktiverende indsats. Det kunne fx ske ved, at afregningen af de private leverandører blev gjort afhængig af, om hjælpen styrker egenomsorg og hjælp til selvhjælp.

KL mener:

- Reglerne om frit-valg skal afbureaukratiseres. Der bør alene være et lovgivningsmæssigt krav om, at kommunerne skal sikre borgerne valg mellem forskellige leverandører. Hvordan det tilrettelægges, skal afgøres af den enkelte kommunalbestyrelse.
- De private leverandører skal i højere grad aflønnes efter, om indsatsen styrker egenomsorg og hjælp til selvhjælp.

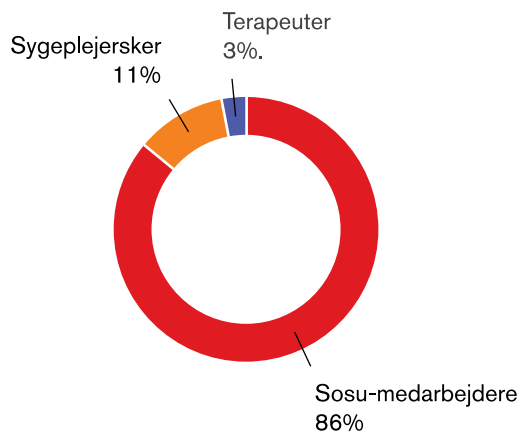
Rekruttering, fastholdelse og kompetenceudvikling

Kommunerne skal fortsat arbejde målrettet med at udvikle de gode arbejdspladser. Arbejdsglæde, god ledelse og faglig udvikling er afgørende faktorer, når det gælder fastholdelse og høj effektivitet i indsatsen. Anerkendelse og positiv omtale er afgørende, både når gamle medarbejdere skal fastholdes og nye skal rekrutteres.

Ældreområdet er i dag kendetegnet ved at have mange dygtige og engagerede medarbejdere, men desværre også ved at have det højeste sygefravær i den kommunale verden. Der er en betydelig variation i sygefraværet fra kommune til kommune og fra distrikt til distrikt i den enkelte kommune. Der er derfor stort behov for fortsat at arbejde med at nedbringe sygefraværet.

Kompetenceudvikling vil blive et væsentligt omdrejningspunkt på ældreområdet i de kommende mange år. Allerede i dag anvendes der mange ressourcer på at efteruddanne medarbejdere på både generalist- og specialistniveau til at kunne løse de mange nye opgaver.

Fordelingen af sundhedsfaglige medarbejdere på ældreområdet



Kilde: Den fælleskommunale løndatabase

Det er også centralt med en fleksibel arbejdstilrettelæggelse. Kommunerne skal fortsat fokusere på, at alle faggrupperes kompetencer anvendes bedst muligt. Det betyder fx, at social- og sundhedshjælpere efter den fornødne oplæring i større grad skal være med til at løse de komplekse pleje- og behandlingsopgaver. Hvis det skal kunne ske, er der behov for at se på, om de nuværende grunduddannelser har det rigtige indhold.

I de kommende år vil det også være nødvendigt at vurdere, om det er den rigtige personale-sammensætning kommunerne har. Med de mange nye sundhedsopgaver vil der blive behov for flere sundhedsfaglige kompetencer.

Ledelse er helt centralt på ældreområdet og ledelsesopgaven er kompleks. Lederne på ældreområdet skal både være dygtige planlæggere og styre en stor økonomi og samtidig sikre faglig udvikling og motivation hos medarbejderne. I de senere år er planlægningsopgaverne og kravet til økonomistyring øget, ikke mindst som følge af fritvalsreglerne. Samtidig er de medarbejdergrupper, som den enkelte leder har ansvaret for, mange steder blevet større for at frigøre ressourcer.

Der er derfor god grund til i de kommende år at sætte fokus på fortsat at udvikle god ledelse på ældreområdet og i højere grad fokusere på at udvikle det personlige lederskab og den faglige ledelse. Det er en særlig opgave at udøve god ledelse over for medarbejdere, som arbejder meget alene og i forskellige borgeres hjem. Det kræver både en række personlige kompetencer og særlige værktøjer at levere målrettet individuel ledelse til ældreområdets mange medarbejdere.

KL mener:

- Kommunerne skal fortsat arbejde målrettet med at udvikle de gode arbejdspladser, skabe gode rammer for fleksibel arbejdstilrettelæggelse og nedbringe sygefraværet.
- Staten og kommunerne skal i fællesskab gennemføre et 360 graders eftersyn af de grundlæggende uddannelser på social- og sundhedsområdet.
- Der skal ansættes flere social- og sundhedsassistenter og flere sygeplejersker og terapeuter på det kommunale ældreområde.
- Der skal fokuseres mere på det personlige og faglige lederskab på ældreområdet.

Hjemmepleje, der virker – behov for mere og ny viden

Ældreområdet er som det øvrige socialområde desværre kendetegnet ved, at der findes forsvindende lidt evidens. Vi ved ikke med sikkerhed, hvilke indsatser, der er de rigtige til hvilke borgere.

Med de udfordringer ældreområdet står over for, er det afgørende, at kommunerne får et bedre vidensgrundlag for indsatserne. Viden, som bygger på praksisnær forskning. Det forudsætter dokumentation af de kommunale indsatser og at kommunerne indgår i forskningsprojekter.

Der er behov for at indhente meget mere viden om metoder til træning, pleje og behandling. Alle kommuner efterspørger viden om, hvilke indsatser, der virker, og hvordan de enkelte indsatser skal prioriteres.

Som eksempler på områder, hvor der er behov for mere viden, kan nævnes: Kan det dokumenteres, at bo- og levemiljøer er det mest velegnede tilbud til borgere med demens? Hvorfor virker en træningsindsats bedre og i længere tid hos nogle borgere frem for andre? Hvilken plejemetode skal anvendes til demente borgere med udadreagerende adfærd? Hvilken betydning har små produktionskøkkener for borgernes ernæringstilstand?

KL mener:

- Kommunerne skal målrette og systematisere den faglige dokumentation, så den kan anvendes til forskning.
- Staten skal prioritere forskningsmidler til ældreområdet.





KL
Weidekampsgade 10
2300 København S
Tlf. 33 70 33 70
kl@kl.dk
www.kl.dk

Produktionsnr. 816758
ISBN 978-87-92460-72-1