

Egil Boll Hansen

Plejeboligen til fremtidens ældre

- Inspiration fra foreliggende forskning og undersøgelser



*Plejeboligen til fremtidens ældre – Inspiration fra
foreliggende forskning og undersøgelser*

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatteren, 2016

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7509-953-5

Projekt: 11071

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Forventninger om et stigende antal plejekrævende ældre i de kommende år, som følge af en vækst i antal ældre, har i mange kommuner ført til overvejelser om udbygning af den eksisterende kapacitet af plejeboliger. Disse overvejelser vedrører både spørgsmålet om den fremtidige kapacitet og udformningen af plejeboligbebyggelser og plejebolig.

Der er tale om en ganske kompleks problemstilling, hvor mange faktorer spiller ind på det fremtidige behov for antal plejeboliger og deres udformning. Dette notat er blevet til som følge af en henvendelse fra et netværk af kommuner i Region Sjælland, som har ønsket et input som inspiration til overvejelser om, hvordan fremtidens behov for plejeboliger kan imødekommes.

Notatet beskriver på baggrund af eksisterende forskning og undersøgelser evidens, tendenser og udfordringer i forhold til emner, som har relevans ved planlægning af plejeboligbebyggelser. Afgrænsningen af emner er aftalt mellem netværket af kommuner og KORA og har skullet bruges i en konkret sammenhæng. De behandlede emner i notatet kan således ikke betragtes som udtømmende for emner, det er relevant at inddrage ved planlægning af plejeboligbebyggelser. Det er imidlertid forventningen, at notatet også vil kunne fungere som inspiration for andre kommuner, der gør sig overvejelser om det fremtidige plejeboligbyggeri.

Udarbejdelsen af notatet er finansieret af udviklingsnetværket "Fremtidens hjem til ældre".

Eigil Boll Hansen

Februar 2016

Indhold

Resumé.....	5
1 Baggrund og formål	9
2 Behovet for plejeboliger og beboere i fremtidens plejebolig.....	11
2.1 Udviklingen i ældrebefolkningen og beboere i plejeboliger	11
2.1.1 Funktionsevne i daglige aktiviteter.....	11
2.1.2 Forekomst af demens blandt ældre borgere i Region Sjælland	12
2.1.3 Socioøkonomiske levevilkår	13
2.1.4 Beboere i plejeboliger	15
2.1.5 Hvad vil karakterisere fremtidens beboere i plejebolig?	15
2.2 Substitution mellem eget hjem og plejebolig.....	16
3 Plejeboligers form og indretning	18
3.1 Trivsel i plejeboliger	18
3.1.1 Trivsel og plejeboligers udformning	18
3.2 Behov og muligheder for fleksibilitet i plejeboliger	20
3.3 Organisering og finansiering af plejeboliger	22
3.4 Samarbejde med frivillige	23
3.5 Krav til medarbejdernes kompetencer	25
3.6 Magtanvendelse i plejeboliger.....	27
Litteratur.....	29

Resumé

Dette notat har haft som formål at belyse:

- udviklingen i behovet for plejeboliger i de kommende år og karakteristika ved de kommende beboere i plejebolig
- tendenser, muligheder og udfordringer i forhold til at imødekomme behov og ønsker blandt borgere med behov for en plejebolig og i forhold til at skabe trivsel for dem i plejeboligerne.

Notatet har skullet give inspiration til et netværk af kommuner i Region Sjælland om behovet for plejeboliger til fremtidens ældre med betydelig funktionsnedsættelse og om plejeboligerne udformning. I notatet er behandlet følgende emner:

- Udviklingen i ældrebefolkningen og beboere i plejeboliger
- Muligheder for substitution mellem eget hjem og plejebolig
- Faktorer af betydning for trivsel i plejebolig
- Organisering og finansiering af plejebolig
- Samarbejde med frivillige
- Krav til personalets kompetencer
- Magtanvendelse.

Notatet bygger på foreliggende dansk forskning og danske undersøgelser, der belyser de nævnte emner.

Udviklingen i ældrebefolkningen og beboere i plejeboliger

Udviklingen i ældrebefolkningen har i de seneste 10 til 15 år været karakteriseret ved en forbedring i befolkningsgruppens funktionsevne. Endvidere er andelen, som bor med en ægtefælle, steget. Begge dele har bidraget til at reducere behovet for hjælp og pleje både fra det offentlige og fra nærtstående uden for husstanden. Forbedringen har vedrørt den fysiske funktionsevne men ser også ud til at gælde den kognitive funktionsevne. Den gennemsnitlige alder, hvor et behov for hjælp og pleje indtræder, er med andre ord blevet hævet.

Undersøgelserne giver ikke et klart billede af, om forbedringerne i ældrebefolkningens funktionsevne også betyder, at der er sket en nedgang i den andel, der har så alvorlige nedsættelser i funktionsevnen, at der er behov for indflytning i plejebolig.

Det er selvfølgelig usikkert, om tendenserne fra de seneste 10 til 15 år fortsætter i de kommende år, men forbedringer i befolkningens socioøkonomiske vilkår taler for det. Det betyder imidlertid ikke, at der kan forventes et fald i det samlede behov for offentlig hjælp og pleje, herunder plejeboliger. Dertil er den kommende vækst i ældrebefolkningen for stor, men det kan gøre udfordringen for kommunerne mere overkommelig.

I de senere år er der sket en aldersmæssig forskydning af beboere i plejebolig, så 90+-årige er kommet til at udgøre en større andel. Denne tendens vil formodentlig fortsætte, og en betydelig andel af beboerne vil også i fremtiden have en demenssygdom. De store fødselsårsgange i efterkrigsårene vil imidlertid bevæge sig som en bølge op gennem aldersgrupperne i plejebolig. I de næste 10 år vil det give en stigning i aldersgruppen 70-80 år og i de efterfølgende 10 år i aldersgruppen 80-90 år. Forbedringer i funktionsevne og socioøkonomiske vilkår vil imidlertid dæmpe bølgen. Kvinder må også i de kommende år forventes at udgøre

den største andel af beboere i plejebolig. Der er i dag en overvægt af personer uden uddannelse ud over folkeskolen blandt beboere i plejeboliger. Det må forventes, at personer med en uddannelse ud over folkeskolen vil udgøre en større andel i fremtiden, simpelthen fordi en større andel af befolkningen har fået en uddannelse. Beboere med en mellemlang eller lang uddannelse vil dog formodentlig i en overskuelig årrække kun udgøre en lille andel af beboerne. En stigende andel af beboerne må, som den øvrige ældrebefolkning, forventes at have en indkomst ud over folkepension, og en stigende andel med behov for plejebolig må forventes at have en anden etnisk baggrund end dansk.

De kommende beboeres forventninger til tilværelsen i en plejebolig vil afspejle det liv, de har levet, og de interesser, de har haft. Det er dog meget almindeligt at tilpasse sit aktivitetsniveau til en nedsat funktionsevne og koncentrere sig om de vigtigste interesser, herunder familien. De kommende beboere vil formodentlig også forvente, at plejeboligens standard og faciliteter, fx internetadgang, ikke afviger for meget fra den bolig, de kommer fra.

Substitution mellem eget hjem og plejebolig

Flere undersøgelser har peget på, at ældre så vidt muligt fortrækker at få hjælp og pleje i eget hjem frem for at flytte i plejebolig. Indflytningen forbindes med at opgive (en del af) sin selvstændighed, og en udbygning af hjemmeplejen har da også gennem årene forbedret mulighederne for at bo i egen bolig med nedsat funktionsevne. Indflytning i plejebolig skyldes som hovedregel en kombination af nedsat (kognitiv) funktionsevne og manglende sociale ressourcer, fx i form af ægtefælle eller andre nærtstående, som kan yde hjælp i hjemmet.

Selv om det i en række konkrete tilfælde er dyrere for en kommune at yde hjælp og pleje i en almindelig bolig end i en plejebolig, kan kommunen ikke stille krav om, at modtageren af hjælp skal flytte i en plejebolig. I dette tilfælde er det et spørgsmål om, at kommunen har et attraktivt boligtilbud som alternativ til fortsat pleje i egen bolig.

Trivsel i plejeboliger

International forskningslitteratur fremhæver en række forhold, som har betydning for ældres trivsel, og som en plejebolig bør være med til at udfylde:

- Fysisk og psykisk helbred: pleje og omsorg, komfort
- Tryghed og sikkerhed: sikre og tilgængelige omgivelser
- Uafhængighed: at kunne tage sig af egne behov
- Selvstændighed: kontrol over dagligdags aktiviteter, omgivelser og valgmuligheder
- Sociale relationer og samvær: familie, venner og personale
- Meningsfulde aktiviteter: dagligdags aktiviteter, rekreative aktiviteter, hobbyer
- Selvforståelse: identitet, status, livshistorie.

Det er ikke muligt at udpege den entydigt ideelle plejebolig, da beboere i plejebolig er forskellige og trives med noget forskelligt. Ældre mennesker i dag og i fremtiden er præget af stor diversitet, som giver sig udslag i variation og mangfoldighed i holdninger, ønsker, forestillinger og livsførelse.

Grundlæggende bør plejeboliger indrettes, så de imødekommer variation i behov for støtte til at overkomme funktionstab og variation i beboernes orientering mod eksisterende sociale fællesskaber eller mod at indgå i nye. Det betyder bl.a., at der er brug for boliger med en variation med hensyn til, hvor meget plads der er afsat til forskellige former for fælles aktiviteter for beboerne. Hvis en beboer er orienteret mod sociale fællesskaber, er kravet til

plads i den private del mindre, end hvis en beboer er orienteret mod eksisterende sociale fællesskaber, hvor der skal være plads i boligen til at have besøg af familie og venner.

Ideelt set skal plejeboliger således være fleksible, så de tilgodeser forskellighed blandt beboerne og kan ændres i takt med den enkelte beboers behov.

Hensynet til beboernes trivsel ved indretning af plejeboligbebyggelser skal imidlertid afvejes med hensynet til, at plejeboligbebyggelsen skal være velfungerende som arbejdsplads for forskellige faggrupper.

Behov og muligheder for fleksibilitet i plejeboliger

Boliger, som er tilpasset de enkelte individers ønsker og behov, kan i princippet imødekommes ved at sikre et udbud af plejeboliger med forskellig indretning, størrelse mv., som nye beboere kan vælge imellem. Man kan sige, at det ideelle er at skabe en variation i boligsammensætningen som på det almindelige boligmarked.

Der vil imidlertid være udfordringer forbundet med at tilvejebringe en variation, der afspejler kommende beboeres ønsker og behov. Det vil også være en udfordring at dimensionere forskellige typer plejebolig, så de matcher efterspørgslen. Hvis ønsket om et match fastholdes, vil der være risiko for tomme boliger i nogle plejecentre samtidig med venteliste til andre. De samme udfordringer knytter sig til at indrette såkaldte profilplejehjem, som det er set i Københavns Kommune. Der er ikke rapporteret erfaringer med sådanne plejeboliger.

Alternativet er at udvikle måder til, at plejeboligbeboere med fælles livsstil og interesser har mulighed for eller kan støttes til at finde sammen.

Forskellige ønsker til og behov i forhold til den enkelte boligs indretning kan imødekommes gennem boliger, der kan indrettes fleksibelt. Det indebærer fx, at skillevægge kan flyttes, og at køkken kan indrettes fleksibelt. Der er i dag koncepter til, at plejeboliger kan indrettes fleksibelt, men så vidt vides er der ikke rapporteret danske erfaringer med driften af sådanne boliger.

Organisering og finansiering af plejeboliger

I mange kommuner ejes og administreres plejeboliger af et boligselskab, mens kommunen varetager driften af den pleje og service, der er knyttet til boligerne. Derudover har der i flere år været et mindre antal plejeboliger drevet af selvejende institutioner med en driftsoverenskomst med en kommune.

Der foreligger ikke på nuværende tidspunkt evidens for, at der med sikkerhed opnås fordele med hensyn til økonomi og kvalitet, når private firmaer eller organisationer driver plejeboliger frem for kommuner. Der er eksempler på, at der kan opnås besparelser, men størrelsesordenen er usikker.

Samarbejde med frivillige

Ældrekommissionen om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem anbefalede, at alle plejeboliger har frivillige. Begrundelsen er, at frivillige kan tilbyde beboerne en meningsfuld og ligeværdig medmenneskelig kontakt og være med til at opretholde de livsværdier, beboerne har haft, inden de blev afhængige af hjælp.

Der er ingen regler, der foreskriver, hvilke opgaver frivillige kan udføre, og hvilke der er forbeholdt ansatte medarbejdere. Det synes imidlertid at være en udbredt holdning både blandt frivillige og ansatte, at visiterede ydelser skal udføres af ansatte. Normerne for, hvad der er visiterede ydelser, kan imidlertid flytte sig med tiden. Det er dog næppe sandsynligt,

at der blandt frivillige vil være interesse for at skulle varetage fx personlig hygiejne eller rengøringsopgaver hos beboere i plejebolig. Det er næppe heller til beboernes fordel at skulle være afhængig af frivillig hjælp til sådanne opgaver. Hvis der ses bort fra personlig hygiejne og rengøring samt andre opgaver, der forudsætter en sundhedsfaglig uddannelse, synes arbejdsdeling mellem ansatte og frivillige at være et spørgsmål om i det enkelte center – med inddragelse af medarbejdere og frivillige – at aftale en opgavedeling.

Plejecentre vil bl.a. som følge af beliggenhed have forskellige vilkår for at rekruttere frivillige, men en målrettet strategi på kommunalt plan og i den enkelte plejeboligbebyggelse vil kunne fremme samarbejdet med frivillige og en variation i de opgaver, som der vil være frivillige, der stiller sig til rådighed for at udføre.

Krav til medarbejdernes kompetence

De fremtidige krav til personalets kompetencer vil i høj grad afspejle den fremtidige beboersammensætning i plejeboliger. Det drejer sig om beboernes helbredsproblemer samt deres fysiske og psykiske funktionsevne. Det handler imidlertid også om beboernes forventninger til deres dagligliv i boligerne. Kravene til personalets kompetencer vil endvidere være bestemt af, hvilke forventninger til kvalitet, arbejdsprincipper og dokumentation der bliver pålagt personalet gennem regler og prioriteringer fra lokale og centrale myndigheder.

Undersøgelser, der har afdækket krav til medarbejdernes kompetencer i plejeboliger, peger først og fremmest på faglige kompetencer til at forebygge, identificere og følge op på komplekse helbredstilstande hos beboerne, herunder demens. Der stilles endvidere krav til samarbejdsevne i teams og kommunikative evner. Det er bemærkelsesværdigt, at beboere – ud over at forvente respekt og en god relation til medarbejderne – lægger særlig vægt på, at medarbejderne er fagligt dygtige til at udføre plejeopgaverne.

Magtanvendelse i plejeboliger

Mange beboere i plejebolig i dag og i fremtiden har en demenssygdom af større eller mindre sværhedsgrad. En problemstilling, der knytter sig hertil, er, hvordan man håndterer beboere med demens, som har tendens til at forlade deres bolig, og hvor der er risiko for personskafe som følge af, at borgeren ikke kan overskue at færdes uden for boligen.

Den gennemgåede litteratur peger på, at det gennem den bygningsmæssige indretning er muligt at minimere risikoen for, at beboere med demens, som har svært ved at orientere sig udendørs, forlader deres bolig (plejecentret). Pædagogiske tiltag og aktiviteter kan ligeledes medvirke til at minimere risikoen. Der er imidlertid i henhold til lovgivningen mulighed for efter en individuel vurdering, og når de nævnte tiltag ikke har effekt, at anvende pejle- og alarmsystemer eller særlige låseanordninger. Sådanne systemer skal først og fremmest ses som metoder til at fremme den enkeltes handlefrihed frem for at lægge begrænsninger på den.

1 Baggrund og formål

En række kommuner i Region Sjælland har etableret et udviklingsnetværk "Fremtidens hjem til ældre" med henblik på i samarbejde at løse fælles udfordringer i forbindelse med nybyggeri og indretning af boligtilbud til ældre. Som et led i samarbejdet ønskedes udarbejdet et notat, som redegør for faktorer, der har betydning for udformningen af fremtidens plejeboliger. Notatet skulle give inspiration til netværket om behovet for plejeboliger til fremtidens ældre med betydelig funktionsnedsættelse og om plejeboligernes udformning.

Notatet belyser:

- udviklingen i behovet for plejeboliger i de kommende år og karakteristika ved de kommende beboere i plejebolig
- tendenser, muligheder og udfordringer i forhold til at imødekomme behov og ønsker blandt borgere med behov for en plejebolig og i forhold til at skabe trivsel for dem i plejeboligerne.

Det blev aftalt, at følgende emner skulle indgå i oplægget:

- Udviklingen i ældrebefolkningen og beboere i plejeboliger
- Muligheder for substitution mellem eget hjem og plejebolig
- Faktorer af betydning for trivsel i plejebolig
- Organisering og finansiering af plejebolig
- Samarbejde med frivillige
- Krav til personalets kompetencer
- Magtanvendelse.

De beskrevne emner er behandlet på baggrund af foreliggende danske undersøgelser og analyser, der belyser evidens, tendenser og udfordringer inden for de respektive emner. Der er inddraget relevant litteratur, som KORA i forvejen har kendskab til, og relevant litteratur, som en søgning i Det Administrative Biblioteks databaser og på internettet giver adgang til. Der har ikke været tilgængelige resultater fra undersøgelser og forskning, der har kunnet give svar på alle relevante spørgsmål, som relaterer sig til ovennævnte emner. I nogle tilfælde munder gennemgangen af et tema derfor ud i at beskrive udfordringer eller dilemmaer i forhold til temaet.

Notatet skal ses i relation til, at der er udarbejdet et modelprogram for plejeboliger (Realdania og Erhvervs- og Byggestyrelsen 2010), hvor der er fokus på bebyggelsens udformning og boligernes indretning (se faktaboks). Oplægget indeholder således i begrænset omfang detaljerede anvisninger på plejeboligbyggeriers konkrete udformning og plejeboligernes indretning, da dette er behandlet i ovennævnte modelprogram. Oplægget beskriver hovedsageligt vilkår, tendenser og udfordringer, der skal tages hensyn til ved vurdering af behovet for plejeboliger, deres udformning samt pleje og aktivitetstilbud mv. i plejeboligbebyggelsen.

Modelprogram for fremtidens plejeboliger

Erhvervs- og Byggestyrelsen og Realdania har i samarbejde med KL igangsat et projekt for udvikling af daginstitutioner, folkeskoler og plejeboliger. Målet med udviklingsprojektet er at inspirere til at tænke i nye baner og samle viden om brugernes behov samt nyeste viden om godt byggeri.

Modelprogrammet for fremtidens plejeboliger har som formål at give inspiration og konkrete eksempler på, hvordan der kan skabes bygningskvalitet som ramme om de behov, som beboerne, deres familier og medarbejderne har. Modelprogrammet indeholder idéer og ny inspiration til, hvordan byggeri kan understøtte beboernes hverdagsliv, skabe et godt indeklima, øge tilgængeligheden, sikre effektiv drift og energiuudnyttelse og meget mere.

Ifølge modelprogrammet må man på den ene side arbejde med at forstå beboernes behov og på samme tid have fokus på den arbejdsplads, som plejeboligen udgør for medarbejderen.

Det er modelprogrammets ambition at give et bud på en mere nuanceret opfattelse af, hvad en plejebolig er. Modelprogrammet for plejeboliger peger derfor på et koncept for fremtidens plejeboliger, som peger på muligheden for at nuancere forståelsen og udformningen af plejeboligen som beboernes sidste hjem.

Mere information om og inspiration fra modelprogrammet for fremtidens plejeboliger kan findes her: <http://modelprogram.dk/plejeboliger/>

2 Behovet for plejeboliger og beboere i fremtidens plejebolig

Dette afsnit beskæftiger sig med udviklingen i behovet for plejeboliger i de kommende år og med mulighederne for substitution mellem pleje i en almindelig bolig og i en plejebolig. Det sidste belyses både med hensyn til ældre borgeres præferencer for at modtage pleje i en almindelig bolig eller en plejebolig og med hensyn til kommunens muligheder og begrænsninger i forhold til at tilbyde pleje det ene eller det andet sted.

2.1 Udviklingen i ældrebefolkningen og beboere i plejeboliger

I afsnittet gennemgås de seneste undersøgelser og forskning om udviklingstendenser i faktorer, som har betydning for ældre borgeres behov for hjælp og pleje, herunder behov for en plejebolig. Det drejer sig først og fremmest om udviklingstendenser i fysisk og kognitiv funktionsevne, og derudover om socioøkonomiske forhold. Afsnittene 2.1.1-2.1.3 bygger på Hansen og Rasmussen (2015).

Behovet for hjælp og pleje er først og fremmest relateret til borgernes funktionsevne i udførelsen af daglige aktiviteter. Dette kan både knytte sig til borgernes fysiske formåen og til kognitive evner, hvor især demens giver begrænsninger i den kognitive funktionsevne. Vi ser i første omgang på udviklingen i ældre borgeres funktionsevne i daglige aktiviteter, og dernæst ser vi specifikt på tendenser i forekomsten af demens i ældrebefolkningen.

2.1.1 Funktionsevne i daglige aktiviteter

Flere undersøgelser har belyst udviklingen i ældrebefolkningens funktionsevne i daglige aktiviteter i Danmark.

Et nyligt studie (Jeune et al. 2015) har belyst udviklingen fra 2004 til 2010 i ældrebefolkningens begrænsninger med hensyn til at udføre sædvanlige daglige aktiviteter. I studiet er beregnet udviklingen i restlevetid med eller uden begrænsninger. Det fremgår, at der er en forøgelse i restlevetid uden begrænsninger i udførelsen af sædvanlige daglige aktiviteter, men forbedringen skyldes primært en reduktion i antal år med lette begrænsninger. For 65-årige er der ingen nedgang i det forventede antal år med alvorlige begrænsninger. Da der er en forøgelse i den samlede forventede restlevetid, kan alderen, hvor alvorlige begrænsninger sætter ind, dog forventes udskudt. Det drejer sig i gennemsnit om cirka et år for 65-årige mænd og knapt et år for 65-årige kvinder.

I Den Nationale Sundhedsprofil fra 2013 (Sundhedsstyrelsen 2014) er beregnet, at der for 65-årige fra 2010 til 2013 er sket en mindre stigning i det forventede antal år uden langvarig sygdom i Region Sjælland. For mænd er det forventede antal år uden langvarig sygdom steget fra 9,1 til 9,5 år og for kvinder fra 9,8 til 10,3 år. Det skal bemærkes, at der kan være en variation mellem de forskellige dele af Region Sjælland. Der er ikke beregnet leveår uden begrænsninger i daglige aktiviteter, men der er på landsplan sket et fald i andelen af 65+ -årige kvinder med dårligt fysisk helbred (begrænsninger i udførelse af daglige aktiviteter). Det er værd at bemærke, at den beskrevne udvikling alene dækker en kort periode og ikke siger noget om de mere langsigtede tendenser.

Lauritzen (2014) har analyseret udviklingen i funktionsevnen i daglige aktiviteter fra 1997/2002 til 2012. De ældste aldersgrupper i analysen er 77-årige (2012 sammenlignet med 1997) og 82-årige (2012 sammenlignet med 2002). Analysen viser et fald i andelen af både mænd og kvinder i de to aldersgrupper med dårligt selv vurderet helbred, og især blandt kvinder er der et markant fald i andelen, der har brug for hjælp til at klare mindst én af seks daglige aktiviteter. Andelen af kvinder i de to aldersgrupper, der har behov for hjælp til mindst én daglig aktivitet, er halveret i den analyserede periode. Et behov for hjælp til mindst én daglig aktivitet indikerer imidlertid ikke et behov for plejebolig. Der vil typisk været tale om en mere kompleks situation, før et behov for plejebolig opstår.

Christensen et al. (2013) sammenligner bl.a. udviklingen i funktionsevne ved udførelse af daglige aktiviteter blandt ældre født i henholdsvis 1905 og 1915, da de var i alderen 92 til 95 år. De finder, at den seneste fødselsårgang opnåede de bedste resultater i udførelse af daglige aktiviteter, selvom de var to år ældre på undersøgelsestidspunktet. Da man ikke fandt nogen forskel i fysisk styrke mellem de to fødselsårgange, forklares forskellen med en forbedret kognitiv funktionsevne, forbedrede levevilkår og forbedrede hjælpemidler til at støtte mobilitet og uafhængighed.

Endelig har Engberg et al. (2008b) sammenlignet to årgange af 100-årige født henholdsvis 1895 og 1905 med hensyn til funktionsevnen i en række daglige aktiviteter: at gå i bad, at tage tøj på, at gå på toilettet, at rejse sig fra stol/seng og at spise, at gå omkring indendørs, at komme udendørs, at gå på trapper, at vaske den øvre og den nedre del af kroppen, at klippe tånegle, at klippe fingernegle, at vaske hår og tage sko og strømper af og på. Undersøgelsen finder en forbedring i 100-årige kvinders evne til at udføre daglige aktiviteter, og en mindre andel af kvinderne i 1905-kohorten end i 1895-kohorten boede i en plejebolig. Undersøgelsen fandt ingen forbedring for mænd. Der indgår dog så få mænd i undersøgelsen, at forfatterne på den baggrund maner til forsigtig med at fortolke resultatet for mænd.

Ser man på tværs af de gennemgåede studier, tegner de en tendens til en forbedring i funktionsevnen i daglige aktiviteter især blandt ældre kvinder. Forbedringen er observeret i alle aldersgrupper fra 75 år og opefter. Undersøgelserne giver imidlertid ikke et klart billede af, om forbedringerne i ældrebefolkningens funktionsevne også betyder, at der er sket en nedgang i den andel, der har så alvorlige nedsættelser i funktionsevnen, at der er behov for indflytning i plejebolig.

2.1.2 Forekomst af demens blandt ældre borgere i Region Sjælland

Svær demens er ofte årsag til, at ældre borgere flytter i plejebolig. Borgere med svær demens er helt afhængige af hjælp fra andre, og regelmæssig overvågning er nødvendig. Det er ofte vanskeligt at yde den nødvendige hjælp og overvågning på betryggende vis i en almindelig bolig. Borgere med svær demens flytter derfor i en plejebolig, hvor der er personale i nærheden døgnet rundt. Det er således et centralt spørgsmål for behovet for plejeboliger, hvordan et antal borgere med svær demens kan forventes at udvikle sig i de kommende år. Nedenfor gives – med baggrund i den foreliggende viden om forekomsten af demens – et estimat for udviklingen i antal borgere med svær demens fra 2014 til 2025 i Region Sjælland.

Nationalt Videnscenter for Demens har på baggrund af studier fra flere europæiske lande beregnet hyppigheden af forekomsten af demens. De er vist nedenfor i Tabel 2.1. I tabellen er også vist, hvor stor en andel der ifølge et internationalt ekspertpanel antages at lide af svær demens.

Tabel 2.1 Hyppighed af forekomsten af demens i Vesteuropa (procent)

	Mænd	Kvinder	Procentandel med svær demens
65-69 år	2,3	3	6,3
70-74 år	3,7	5	7,1
75-79 år	6,3	8,6	11,5
80-84 år	10,6	14,8	11,3
85-89 år	17,4	24,7	13,1
90+ år	33,4	48,3	19,3

Kilde: Nationalt Videnscenter for Demens (udateret) og Alzheimers' Society (2007)

Hvis disse hyppigheder anvendes på befolkningen i Region Sjælland, betyder det, at 13.500 borgere blandt 65+-årige havde en demenssygdom i 2015. Hvis det forudsættes, at den aldersbetingede hyppighed af demens ikke ændrer sig over de næste 15 år, kan det forventes, at der på baggrund af Danmarks Statistiks seneste befolkningsprognose i 2030 vil være 21.600 borgere på 65+ år med demens – en stigning på godt 8.000 borgere. Den største andel vil imidlertid lide af demens i let eller moderat grad, og de vil i de fleste tilfælde kunne klare sig med støtte i eget hjem, hvis der ikke er andre helbredsproblemer, der reducerer funktionsevnen. Dette kan bl.a. illustreres ved, at i 2015 boede 5.400 65+-årige i plejebolig i Region Sjælland, mens vi ovenfor har beregnet, at 13.500 havde en demenssygdom.

Hvis tallene for andelen med svær demens fra tabellen ovenfor overføres til Region Sjælland, havde godt 1.600 borgere i 2015 demens i svær grad. Dette antal er med anvendelse af hyppighederne i Tabel 2.1 beregnet til at være steget til godt 2.700 borgere i 2030 – altså en forøgelse på 1.100 borgere med behov for omfattende hjælp og tilsyn.

I de senere år er der kommet undersøgelser, der peger i retning af, at antallet af borgere med demens stiger langsommere end tidligere antaget. For eksempel finder et engelsk studie (Matthews et al. 2013) et fald i forekomsten af demens fra 1991 til 2011 på 1,8 procentpoint blandt 65+-årige. Et dansk studie (Christensen et al. 2013) finder, at der fra slutningen af 1990'erne til ti år senere er sket en forbedring af den kognitive funktionsevne blandt ældre i alderen 92-95 år. Derimod har man ikke fundet forbedringer i kognitiv funktionsevne blandt 100-årige (Engberg et al. 2008a).

Hvis vi med udgangspunkt i de positive tendenser antager, at forekomsten af demens falder med 1,5 procentpoint blandt 65+-årige i Region Sjælland Kommune fra 2015 til 2030, vil antallet med en demenssygdom i 2030 ikke være 21.600, men cirka 18.200. Det giver en stigning på ca. 3.400 borgere med demens, og heraf vil cirka 425 lide af svær demens. Det skal bemærkes, at det er usikkert, om der reelt er sket et fald i forekomsten af demens i Danmark, og dermed også om der kan forventes fald i hyppigheden af demens blandt ældre borgere i fremtiden. Forklaringen skulle i givet fald være en generel forbedring i helbred og et højere uddannelsesniveau.

2.1.3 Socioøkonomiske levevilkår

Studier af ældres funktionsniveau har gennemgående vist en *kønsmæssig* forskel i risikoen for at blive ramt af funktionstab (Avlund 2004). Ældre kvinder har større risiko for funktionstab end ældre mænd. Det forklares med, at risikoen for at blive ramt af en sygdom, der fører til funktionstab, er større blandt kvinder end blandt mænd. Mens mænd har en større risiko for at blive ramt af en fatal sygdom og derfor lever kortere, lever kvinder længere med en kronisk tilstand. Endvidere bliver kvinders fysiske ressourcer opbrugt i en tidligere alder

end mænds. Andre forhold end fysisk funktionsniveau spiller ind, men et nyligt studie har vist, at de gennemsnitlige offentlige udgifter til hjemmeplejeydelser (praktisk bistand og personlig pleje) – og dermed forbruget – er højere til kvinder end til mænd (Fredslund og Rasmussen 2015). Vi ved ikke, om der også er et højere brug af plejebolig blandt kvinder end mænd, da der i www.statistikbanken.dk ikke er data om plejeboligbeboeres køn, og der foreligger ikke danske undersøgelser af betydningen af køn for indflytning i plejebolig¹. Ifølge Danmarks Statistik (2014) afspejler kønsfordelingen i pleje- og ældreboliger tilsammen befolkningens alderssammensætning. En undersøgelse af sandsynligheden for at bo i plejebolig i Københavns Kommune finder ingen signifikant kønsmæssig forskel (Hansen 2014).

Husstandens sammensætning har ud over funktionsevne i daglige aktiviteter væsentlig betydning for behovet for hjælp og pleje fra andre. Nedsat funktionsevne kombineret med at bo alene forøger risikoen for at have behov for hjælp og pleje og for at have behov for at flytte i plejebolig. Blandt andet fordi levetiden blandt mænd i de seneste år er blevet forøget mere end blandt kvinder, har der på landsplan været en tendens til et fald i andelen af aleneboende kvinder op til 90-årsalderen (Danmarks Statistik: Statistikbanken). Det har bidraget til på landsplan at reducere behovet for hjælp udefra.

Der er en sammenhæng mellem *uddannelse* og sandsynligheden for at være visiteret til hjemmepleje (Hansen et al. 2013, Fredslund og Rasmussen 2015). Jo højere uddannelse, des mindre er sandsynligheden for at være visiteret til hjemmepleje. Det gælder både praktisk bistand og personlig pleje. Denne sammenhæng skal formodentlig hovedsagelig forklares ved, at uddannelseslængde (social status) har betydning for risikoen for at blive ramt af en funktionsnedsættelse, der kræver behov for hjælp (fx Avlund 2004). Derimod er det ikke tydeligt, at uddannelseslængde spiller en rolle for sandsynligheden for at få hjælp ved en given funktionsnedsættelse (fx Hansen 2012, Lauritzen et al. 2012). Under alle omstændigheder må et stigende uddannelsesniveau i en befolkning forventes at reducere behovet for hjælp. Det vil sandsynligvis også gælde behovet for en plejebolig, selvom der ikke er danske undersøgelser, der belyser dette. En undersøgelse blandt ældre i Københavns Kommune (Hansen 2014) viste, at sandsynligheden for at bo i plejebolig faldt med stigende indkomst, og at sandsynligheden for at bo i plejebolig var størst blandt ældre uden uddannelse ud over grundskolen².

De årgange, som i de kommende år rykker op i aldersklasser, hvor der er en relativt stor risiko for et behov for hjælp og pleje, har i gennemsnit en højere uddannelse end dem, som i dag befinder sig i disse aldersklasser. Det trækker i retning af, at andelen med behov for hjælp og pleje, herunder plejebolig, vil være mindre i 2030 end i dag.

Der er ikke undersøgelser, der har påvist en sammenhæng mellem karakteristika ved ældres bolig og behovet for hjælp og pleje eller indflytning i plejebolig. Fredslund og Rasmussen (2015) finder, at ældre i ejer- og andelsboliger har et lavere forbrug af hjemmeplejeydelser end ældre i lejebolig, men dette er antagelig en indikator for en social forskel i forbrug af hjemmeplejeydelser.

Der er alt i alt tendenser i ældres socioøkonomiske vilkår, der trækker i retning af, at tab af funktionsevne og behov for hjælp og pleje sætter ind i en senere alder. De forbedrede socioøkonomiske vilkår kan aflæses i forbedringer i ældrebefolkningens funktionsniveau men kan også spille ind på, at en større andel med en funktionsnedsættelse klarer sig uden offentlig hjælp og pleje, herunder i plejebolig.

¹ Et canadisk studie har fundet større grad af funktionsnedsættelse og hyppighed af indflytning i plejebolig blandt mænd end blandt kvinder (Gruneir et al. 2013). Dette kan dog ikke uden videre overføres til danske forhold.

² Et amerikansk studie har også fundet, at lav husstandsindkomst og lav uddannelse har en selvstændig betydning for indflytning på plejehjem (Mustard et al. 1999).

2.1.4 Beboere i plejeboliger

Beboersammensætningen i plejeboliger er meget sparsomt belyst, og reelt er det alene muligt at belyse udviklingen i beboernes sammensætning med hensyn til alder. Ifølge Statistikbanken er der i perioden 2008 til 2014 for hele landet sket en forskydning i beboersammensætning, så ældre over 90 år udgør en stigende andel af beboere i plejebolig. Samtidig har der været en stigning i antal beboere i alderen 65 til 74 år. Det sidste kan tillægges en kraftig stigning i antal borgere i denne aldersgruppe i perioden som følge af, at store fødselsårgange fra efterkrigsårene er rykket op i aldersgruppen. Sandsynligheden for at flytte i plejebolig i aldersgruppen har været uændret.

En undersøgelse fra 2012 (Rostgaard et al. 2012) af omsorg og livskvalitet i plejeboliger på baggrund af et strategisk udvalgt antal plejeboliger giver en kort karakteristik af beboerne. Den viser, at to ud af tre beboere er kvinder, og at gennemsnitsalderen for beboerne er 85 år. Knap 60 % af beboerne har ikke en uddannelse ud over folkeskolen, hvilket især gælder kvinder, mens 20 % har en videregående uddannelse. Undersøgelsen afdækker ikke forekomsten af demens blandt beboere i plejebolig. Ifølge medarbejderne har 53 % af kvinderne og 49 % af mændene nogle eller mange problemer med hukommelsen. De fleste vurderer, at de har et godt fysisk helbred og en høj funktionsevne. Imidlertid vurderer ca. en tredjedel, at de har problemer på disse områder. På trods af beboernes relativt positive opfattelse af deres helbred og funktionsevne har langt de fleste dog, ifølge deres nærmeste plejemedarbejdere, behov for hjælp i det daglige til en række basale opgaver, fx til at holde deres bolig ren og ordentlig, til at komme rundt eller til den personlige pleje.

2.1.5 Hvad vil karakterisere fremtidens beboere i plejebolig?

Der har i de senere år været en forskydning i alderssammensætningen i plejeboliger mod en stigende andel 90+-årige. Denne forskydning må antages at fortsætte. De store fødselsårgange i efterkrigsårene vil imidlertid bevæge sig som en bølge op gennem aldersgrupperne i plejebolig. I de næste ti år vil det give en stigning i aldersgruppen 70 til 80 år og i de efterfølgende ti år i aldersgruppen 80 til 90 år. Forbedringer i funktionsevne og socioøkonomiske vilkår vil dæmpe bølgen.

Kvinder må forventes i en overskuelig årrække at have en længere gennemsnitlig levetid end mænd og i højere grad blive ramt af sygdomme, der nedsætter funktionsevnen. Der vil således også i de kommende år være en betydelig overvægt af kvinder med behov for plejebolig.

Som ovenfor nævnt er der i plejeboliger i dag en overvægt af personer uden uddannelse ud over folkeskolen, men der er naturligvis også ældre med en faglig uddannelse eller med en videregående uddannelse. Selv om indflytning i plejebolig ikke forekommer lige hyppigt i alle uddannelsesgrupper, vil et generelt højere uddannelsesniveau i ældrebefolkningen også med årene give sig udslag blandt beboere i plejebolig. Vi vil således forvente, at en større andel i fremtiden vil have en uddannelse ud over folkeskolen, men at beboere med en mellemlang eller lang videregående uddannelse også i en overskuelig årrække vil udgøre en lille andel af beboerne.

Som følge af opbygningen af arbejdsmarkedspensioner på det private arbejdsmarked siden 1990'erne må det forventes, at en stigende andel beboere i plejebolig vil have indkomst ud over folkepension.

Der findes ingen samlet opgørelse af, hvor stor en andel borgere med en demenssygdom udgør af beboere i plejebolig, men det skønnes, at personer med demens udgør op mod 2/3

af antallet af beboere i plejebolig. Det forventes, at en betydelig andel af beboerne også i fremtiden vil lide af demenssygdomme (Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010).

Der findes heller ingen opgørelser af, hvor stor en andel af beboerne i landets plejeboliger der har en anden etnisk baggrund end dansk. Borgere med en anden etnisk baggrund end dansk udgør imidlertid en beskeden andel af de ældste aldersgrupper, hvor hyppigheden af at bo i plejebolig er størst. Borgere med anden etnisk baggrund end dansk og især indvandrere fra ikke-vestlige lande synes mindre tilbøjelige til at flytte i plejebolig (Hansen 2014). Disse to forhold betyder tilsammen, at der kun bor relativt få med anden etnisk baggrund end dansk i plejebolig i dag. I de kommende år vil der imidlertid ske en betydelig stigning i antal indvandrere fra ikke-vestlige lande i aldersgruppen 80+ år, hvilket må forventes også at give sig udslag i antallet, der efterspørger en plejebolig.

Det anføres med mellemrum, at de kommende generationer af ældre vil være mere krævende end den nuværende. Der er dog ingen forskningsmæssig dokumentation for dette, og det uddybes sjældent, hvad det krævende vil bestå i. Den nuværende generation har fx affundet sig med mindre offentlig hjælp til borgere med nedsat funktionsevne end tidligere generationer. Det kan tages til udtryk for et stærkere ønske om at være mindst mulig afhængig af hjælp fra andre eller en accept af, at det offentlige tilbyder mindre hjælp. Der er altså ikke noget, der tyder på en tendens til, at ældre bliver mere krævende med hensyn til omfanget af hjælp. Men ønsket om uafhængighed af andre kan føre til krav til sundhedsvæsenet om at levere ydelser, så et godt helbred med en god funktionsevne kan bevares.

De kommende beboeres forventninger til tilværelsen i en plejebolig vil afspejle det liv, de har levet, og de interesser, de har haft. Det er meget almindeligt at tilpasse sit aktivitetsniveau til en nedsat funktionsevne og koncentrere sig om de vigtigste interesser, herunder familien. Man vil formodentlig også forvente, at plejeboligens standard og faciliteter, fx internetadgang, ikke afviger for meget fra den bolig, man kommer fra.

2.2 Substitution mellem eget hjem og plejebolig

Når borgere spørges, hvilken bolig de foretrækker, hvis de som ældre får svært ved at klare sig selv, er det generelt kun en lille andel, der angiver, at de foretrækker at bo i plejebolig. Det er vist i flere undersøgelser gennem årene og senest i en undersøgelse gennemført for Ældre Sagen (Barfod 2012). De fleste angiver, at de foretrækker at få hjælp i nuværende bolig, en mindre, mere praktisk bolig eller i en ældrebolig med hjemmehjælp. Det må her tages i betragtning, at der for de fleste, som deltager i en sådan undersøgelse, er tale om, at de skal tage stilling til en hypotetisk situation. Vurderingen kan være anderledes, når de står i en situation, hvor de har vanskeligt ved at klare sig i egen bolig. Ældre borgere med et faktisk behov for hjælp udtrykker imidlertid også tilfredshed ved at kunne få hjælpen i egen bolig frem for at flytte i plejebolig (fx Hansen og Werborg 1984). De fleste sætter pris på at være mest muligt uafhængig af hjælp fra andre, og mange forbinder indflytning i plejebolig med afhængighed, og at man må opgive (dele af) sin selvstændighed (Barfod 2012).

Ifølge Wentzer og Rasmussen (2014) er indflytning i plejebolig ikke noget, der planlægges lang tid i forvejen. Det knytter sig snarere til markante ændringer i livssituationen, som giver et behov for hjælp i hverdagen. Det er sjældent den ældre, der selv foreslår indflytning i plejebolig, men pårørende eller plejepersonale, der kommer i hjemmet.

Set i et langt perspektiv er hjemmeplejen i Danmark blevet udbygget så pleje i plejebolig er blevet erstattet af pleje i eget hjem gennem hjemmeplejen (Stuart og Weinrich 2001). Beredskabet i hjemmeplejen er således blevet udbygget, så stadig mere omfattende og komplekse plejeopgaver har kunnet håndteres i almindelige boliger eller boliger tilpasset borgere med et handicap. Det gælder især plejeopgaver som følge af somatiske helbredsproblemer, mens det er vanskeligere i en almindelig bolig at håndtere et behov for tæt tilsyn som følge af fx svær demens. Det har bl.a. som konsekvens, at borgere med demens er kommet til at udgøre en stigende andel af beboerne i plejebolig.

Hjælp og pleje i en almindelig bolig er i de fleste tilfælde mere økonomisk fordelagtig for kommunen end at yde pleje i en plejebolig, som er bemandet med personale døgnet rundt (Christensen og Hansen 1993, Hansen og Hjorth 1998). Når behovet for pleje får et vist omfang, vil omkostninger ved pleje i en almindelig bolig imidlertid overstige omkostningerne ved at yde pleje i en plejebolig. Det skyldes bl.a. transporttid for personalet til pleje i en almindelig bolig. Det er næppe muligt at opstille en generel regel for, hvornår der er lavere omkostninger forbundet med pleje i plejebolig end i en almindelig bolig, idet individuelle forhold kan spille ind både på størrelsen af udgiften ved pleje i en almindelig bolig (fx boligens beliggenhed) og udgiften ved pleje i plejebolig (fx karakteren af behov for hjælp og pleje).

Der vil være konkrete tilfælde, hvor det er åbenlyst, at der vil være lavere omkostninger for kommunen forbundet med at yde pleje i en plejebolig frem for fortsat pleje i en almindelig bolig. Ifølge vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven (Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold 2015) kan kommunen imidlertid ikke stille krav om, at modtageren af hjælp skal tage ophold i en anden boligform, hvis hjælpen overstiger et vist niveau. Dette bygger på et princip, som går tilbage til 1980'ernes ældrekommission. Kommissionen anbefalede, at hjælp og pleje blev tilbudt fleksibelt i forhold til borgerens behov frem for, at borgeren skulle være fleksibel ved at flytte i en anden boligform ved stigende behov (Ældrekommissionen 1982). Dette skulle bidrage til at sikre kontinuitet i borgernes tilværelse. Det må formodes, at en flytning, som i højere grad opleves som borgerens eget valg frem for en følge af et ydre pres, har størst chance for at blive vellykket. I sådanne tilfælde er det således et spørgsmål om at have et attraktivt boligtilbud til borgeren som alternativ til fortsat at modtage hjælp og pleje i egen bolig.

Der er omvendt også tilfælde, hvor fortsat pleje i en almindelig bolig vil være økonomisk mere fordelagtig for kommunen end indflytning i plejebolig, men hvor behov for tryghed og sociale omstændigheder gør, at en borger vil trives bedre i en plejebolig.

3 Plejeboligers form og indretning

3.1 Trivsel i plejeboliger

Trivsel er ikke et entydigt begreb, og hvad der har betydning for trivsel hos den enkelte vil afhænge af kultur, livsform og individuelle forhold. Med henvisning til Baltes og Baltes (1990) defineres trivsel i en rapport fra 2002 (PLS/Rambøll 2002) som et resultat af realiseringen af individets emotionelle engagementer i tilværelsen, hvor engagementer skal forstås som mål eller interesser. Disse mål og interesser kan ændre sig over livsforløbet og er påvirket af de kulturelle og samfundsmæssige omgivelser, individet befinder sig i.

På baggrund af en gennemgang af international forskningslitteratur fremhæver Møller og Knudstrup (2008) en række forhold, som har betydning for ældres trivsel, og som en plejebolig bør være med til at opfylde:

- Fysisk og psykisk helbred: pleje og omsorg, komfort
- Tryghed og sikkerhed: sikre og tilgængelige omgivelser
- Uafhængighed: at kunne tage sig af egne behov
- Selvstændighed: kontrol over dagligdags aktiviteter, omgivelser og valgmuligheder
- Sociale relationer og samvær: familie, venner og personale
- Meningsfulde aktiviteter: dagligdags aktiviteter, rekreative aktiviteter, hobbyer
- Selvforståelse: identitet, status, livshistorie.

De faktorer, som påvirker trivslen, kan imidlertid have forskellig vægt hos forskellige mennesker.

Rostgaard et al. (2012) anfører med henvisning til Bowling (2004), at livskvalitet for ældre i plejebolig som oftest handler om:

- Omgivelserne
- Aktiviteterne
- Relationerne.

3.1.1 Trivsel og plejeboligers udformning

Inden for de seneste år er der udgivet flere rapporter om udformning og indretning af plejeboliger til gavn for beboernes trivsel (Møller og Knudstrup 2008; Realdania og Erhvervs- og Byggestyrelsen 2010; Hansen og Jessen 2011; Ældrekommissionen 2012). Fælles er, at flere af anbefalingerne bygger på et projekt om trivsel i plejeboligen, som Socialstyrelsen har gennemført, og resultaterne fra projektet er sammenfattet i Møller og Knudstrup (2008). I det følgende gengives, baseret på de nævnte referencer, anbefalinger til mere overordnede principper for fremtidige plejeboligers udformning. Som nævnt i indledningen findes mere uddybende anbefalinger til plejeboligers udformning i modelprogram for plejeboliger (Realdania og Erhvervs- og Byggestyrelsen 2010)

Det er ikke muligt at udpege den entydigt ideelle plejebolig, da beboere i plejebolig er forskellige og, som nævnt, trives med noget forskelligt. Ældre mennesker i dag og i fremtiden er præget af stor diversitet, som giver sig udslag i stor variation og mangfoldighed i holdninger, ønsker, forestillinger og livsførelse.

Variation og fleksibilitet

Grundlæggende bør plejeboliger indrettes, så de imødekommer variation i behov for støtte til at overkomme funktionstab og variation i beboernes orientering mod eksisterende sociale fællesskaber eller mod at indgå i nye. Det betyder bl.a., at der er brug for boliger med en variation med hensyn til, hvor meget plads der er afsat til forskellige former for fælles aktiviteter for beboerne. Hvis borgerne er orienteret mod sociale fællesskaber, er kravet til plads i den private del mindre, end hvis borgeren er orienteret mod eksisterende sociale fællesskaber, hvor der skal være plads i boligen til at have besøg af familie og venner.

Ideelt set skal plejeboliger således være fleksible, så de tilgodeser forskellighed blandt beboerne og kan ændres i takt med den enkelte beboers behov.

Det anbefales, at beboere uden demens og beboere med demens ikke bor i samme boenhed.

Boenhedernes størrelse

Der peges på, at byggerier med 60 til 80 boliger er driftsøkonomisk rationelle, samtidig med at en opdeling i mindre boenheder kan fastholde og understøtte hjemlighed, mangfoldighed mv. Et plejeboligkompleks med omkring otte boenheder skaber basis for centrale servicefaciliteter som mindre indkøbsmuligheder, servicefunktioner og sociale arrangementer, samtidig med at de enkelte boenheder har egne fællesfaciliteter. Der peges endvidere på, at boenheder med 10 til 12 beboere er mest hensigtsmæssigt.

Boligernes størrelse og indretning

Den private bolig: Centralt for trivslen er, at boligen er rummelig, og den private bolig bør have en størrelse på cirka 40 til 50 m² (ekskl. fællesareal) og gerne større, hvis økonomien tillader det. Der skal være plads til nogle få gæster i den private bolig. Den private bolig skal kunne deles op i to områder, enten ved at bestå af to rum, eller af ét rum, som kan deles op i to med fleksible rumdelere. Beboere foretrækker at opholde sig og sove i separate rum – i det mindste en seng afskærmet fra resten af boligen.

Der er en betydelig spredning i ældres ønsker til plejeboligens størrelse, hvilket peger i retning af, at kommende ældre som helhed forventer en større variation i størrelsesudbuddet af plejeboliger. Generelt foretrækker kommende ældre en stor privat bolig og lille fællesareal frem for en lille lejlighed og stort fællesareal. Forskningen viser et skel mellem beboere med og uden demens, hvor ældre med demens synes at have mest glæde af store fællesarealer, som benyttes meget.

Boligernes beliggenhed og adgang til udearealer

Der er brug for plejeboliger med forskellig type beliggenhed, men mange foretrækker en central placering med let tilgængelighed til indkøb, servicefunktioner og offentlig transport.

Udearealer i tilknytning til plejeboliger er en faktor, der spiller en rolle for trivslen både fysisk og psykisk, idet beboernes mulighed for at færdes udendørs giver adgang til dagslys/sollys, frisk luft, motion og rekreation. Det er således en kvalitet med lettilgængelige udearealer tæt på bygningerne, hvor der er sikre adgangs- og opholdsarealer. Privat udeareal – have eller terrasse – er vigtig som udsigtspost. Udsigten (til steder med liv) og muligheden for at få frisk luft er det væsentligste.

Andre forhold end de fysiske har betydning

Borgernes trivsel i en plejebolig er naturligvis afhængig af en række andre forhold end de fysiske rammer, som det er beskrevet i afsnittet foran. Wentzer og Rasmussen (2014) peger

endvidere på behovet for et dækkende informationsmateriale om plejeboligers fysiske rammer, sociale liv mv. til borgere, der skal vælge, hvilken bolig der passer til deres ønsker og behov.

Plejeboligbebyggelse som arbejdsplads

Plejeboligbebyggelser er imidlertid også en arbejdsplads for forskellige faggrupper. Det stiller krav til bebyggelsens indretning, som skal afvejes med indretning af hensyn til beboernes trivsel. Der skal naturligvis være personalefaciliteter og faciliteter til drift af pleje og bygninger. Bygningerne skal endvidere udformes, så arbejdet lettes mest muligt, og rum skal være dimensioneret, så der er plads til, at arbejdet kan udføres på forsvarlig vis (Udbudsportalen 2011)

I plejeboligbebyggelse udføres også arbejde i private boliger. Reglerne for skiftende arbejdssteder indeholder krav om, at arbejdsgiveren skal sikre, at forholdene er forsvarlige på arbejdsstedet, men indeholder ikke detaljerede pladskrav til boligens indretning, og der kan alene stilles funktionskrav til boligen og til det arbejde, der skal udføres (Bygge- og Boligstyrelsen et al. 1998). Beboerne må ryge i egen bolig, men beboerne kan pålægges ikke at ryge, når der er ansatte i boligen. Der kan etableres rygerum og rygekabiner til beboerne (www.arbejdstilsynet.dk).

Alt i alt skal man ved indretning af plejeboligbebyggelser "afveje behov for rationelt udformede arbejdsarealer, som sikrer overblik og hurtige arbejdsgange, mod et miljø, hvor intimitet, nærhed og privathed er nøglen til personlig velvære og tryghed." (Udbudsportalen 2011, p. 18). Der kan således ved planlægningen være behov for at afveje og afbalancere modsatrettede krav.

3.2 Behov og muligheder for fleksibilitet i plejeboliger

Trivsel forudsætter, som nævnt i indledningen til kapitlet, at den enkelte har mulighed for at realisere sine interesser og mål. Trivsel forudsætter endvidere en så høj grad af uafhængighed som mulig, selvstændighed samt mulighed for sociale relationer og deltagelse i meningsfulde aktiviteter. Karakteren og niveauet for interesser, mål, graden af uafhængighed, sociale relationer og meningsfulde aktiviteter er imidlertid bestemt af kulturel baggrund, herunder etnisk baggrund, livsstil, vaner og funktionsniveau.

Plejeboliger skal altså kunne rumme og skabe trivsel for borgere med forskellige interesser, mål og forventninger til dagligdagen og beboere med forskelligt fysisk og psykisk funktionsniveau. For at kunne imødekomme dette er der brug for fleksibilitet og diversitet i plejeboligerne. Det handler både om de enkelte boligers indretning samt om faciliteter i tilknytning til boligen og mulighed for aktiviteter og fællesskab.

Boliger, som er tilpasset de enkelte individers ønsker og behov, kan i princippet imødekommes ved at sikre et udbud af plejeboliger med forskellig indretning, størrelse mv., som nye beboere kan vælge imellem. Man kan sige, at det ideelle er at skabe en variation i boligsammensætningen som på det almindelige boligmarked. Det er fx det, der er tilstræbt i den hollandske demenslandsby De Hogeweyk, hvor boligerne er søgt indrettet i forhold til forskellige livsstile.

Der er dog et par udfordringer forbundet med dette. Det kan være vanskeligt for de fleste kommuner at etablere et udbud af plejeboliger med en sådan variation, at de matcher forskellige ønsker og behov – eller livsstile. En variation vil i princippet kunne opnås, hvis kommuner i fællesskab planlægger udbuddet af plejeboliger. Det kan imidlertid vise sig, at ældre,

som visiteres til plejeboliger, ikke ønsker at flytte til en anden kommune, hvor en plejebolig, der matcher deres livsstil, er beliggende, fordi de prioriterer at blive i deres nærområde.

Det kan endvidere vise sig vanskeligt at dimensionere forskellige typer bolig, så de matcher efterspørgslen. Det kan betyde, at der er boliger, som står tomme, fordi de ikke matcher en aktuell efterspørgsel, samtidig med, at der vil være venteliste til andre. Alternativet vil være, at behovet for pleje på døgnbasis prioriteres, og borgere flytter ind i boliger, som reelt ikke matcher deres ønske til bolig.

En alternativ mulighed for at skabe et udbud af boliger med en indretning, som imødekommer forskellig behov og ønsker, er boliger, som kan indrettes fleksibelt. Det indebærer fx, at skillevægge kan flyttes, og at køkken kan indrettes fleksibelt. Der er i dag koncepter til, at plejeboliger kan indrettes fleksibelt. Så vidt vides er der imidlertid ikke rapporteret danske erfaringer med driften af sådanne boliger.

Når beboere i plejebolig i dag ikke vægter samvær med andre beboere særligt højt (Rostgaard og Thorgaard 2007), kan det skyldes, at de ikke oplever noget fællesskab med de andre beboere. Hvis plejeboliger skal bidrage til at skabe kontinuitet i tilværelsen for nyindflyttede beboere i form af i videst muligt omfang at kunne fortsætte sine tidligere vaner og udføre tidligere interesser, kan det være et spørgsmål om let adgang til at være sammen med beboere med samme baggrund og interesser og let adgang til at dyrke interesser, der opleves som relevante.

Boenheder, der retter sig mod borgere med bestemte livsstile – som i De Hogeweyk – kan ses som et forsøg på at skabe mulighed for kontakt mellem borgere med fælles baggrund og interesser. Det samme gælder for Københavns Kommunes etablering af profilplejehjem, hvor bestemte plejecentre udvikles til at være steder, hvor borgere med særlige fælles interesser, ønsker og værdier kan mødes og danne fællesskaber. Foreløbig er der etableret seks profilplejehjem (efteråret 2015): plejehjem for madentusiaster, plejehjem med fokus på musik, mangfoldighedsplejehjem, plejehjem med fokus på sport og leg, regnbueplejehjem og plejehjem med fokus på udeliv og dyr.

Der er ikke rapporteret danske erfaringer med social og interesselæssig segregering af beboere i plejebolig, men som nævnt ovenfor, kan der vise sig udfordringer med dimensioneringen, så der vil være tomme boliger i nogle bebyggelser og ventelister til andre. Det er naturligvis også en udfordring at finde frem til relevante temaer for fællesskaber og at have centre/afdelinger, som dækker relevante interesser mv.

Etablering af bebyggelser til særlige målgrupper er en naturlig konsekvens af, at beboere i plejebolig har en lav mobilitet og har vanskeligt ved selv at opsøge ligesindede, som ikke bor i deres nærhed. Man kan imidlertid rejse spørgsmålet, om det er ønskværdigt at indrette "ghettoer" af plejekrævende ældre med fælles social baggrund og interesser. Der kunne være alternative måder til, at ældre borgere med fælles livsstil og interesser kan støttes til at komme i kontakt med hinanden. Det forudsætter et vist volumen i en plejeboligbebyggelse, men bebyggelsen vil kunne indrettes med mindre afgrænsede boligenheder, hvor der er mulighed for at etablere fællesskab på tværs af boligenhederne.

De Hogeweyk kan være inspiration til fremtidigt byggeri af plejeboliger på den måde, at bebyggelsen er søgt indrettet, så den ligner et almindeligt bykvarter. Det kan bidrage til beboernes oplevelse af kontinuitet i deres tilværelse.

3.3 Organisering og finansiering af plejeboliger

I mange kommuner ejes og administreres plejeboliger af et boligselskab, mens kommuner varetager driften af den pleje og service, der er knyttet til boligerne. Derudover har der i flere år været et mindre antal plejeboliger drevet af selvejende institutioner med en drifts-overenskomst med en kommune. Der eksisterer i dag kun få rent privatdrevne plejeboliger.

Der er et mindre antal kommuner, som har haft driften af plejeboliger i udbud, og hvor driften er overtaget af en privat leverandør. I 2012 var der kendskab til, at seks kommuner samarbejdede med private leverandører om driften af ét eller flere plejecentre på baggrund af en udbudsrunde, og KL udarbejdede på det tidspunkt et notat om erfaringer fra fem af kommunerne (Udbudsportalen 2012). Notatet er primært beskrivende i forhold til erfaringer fra processen med at etablere samarbejdet, men der er dog beskrevet enkelte oplevede fordele og udfordringer.

- En kommune vurderer, at det har været nyttigt at gennemføre et udbud, da det under processen har været nødvendigt at træde et skridt tilbage og se på, hvordan man egentlig løser opgaven.
- En kommune giver det råd at skabe frihedsgrader i udbudsmaterialet, så leverandøren kan skabe et anderledes og nyt plejetilbud inden for nogle overordnede rammer.
- En leverandør oplever udbudsmodellen som en udfordring, fordi man på grund af kravet om genudbud ikke ved, hvor længe leverandøren kommer til at stå for opgaverne.
- En kommune har oplevet, at de private leverandørers meget strukturerede tilgang til kvalitet i omsorgen har givet det samlede ældreområde en værditilvækst. Der er sket et løft i anvendelsen af strukturerede metoder og kvalitetsredskaber.
- Et par kommuner har gjort sig den erfaring, at det ikke er helt enkelt at gennemføre ændringer af serviceniveauet, når der er indgået faste kontrakter med en privat leverandør.
- En kommune har erfaret, at den private leverandør har ledelsesmæssigt fokus på en tæt opfølgning på medarbejdersiden. Der bliver taget hånd om personale, der ikke fungerer og præsterer tilfredsstillende.
- En kommune har oplevet, at tilstedeværelsen af både en privat og en kommunal leverandør betyder, at begge parter bestræber sig på at præstere, fordi "de andre" ikke skal være bedre end os.

Der har været publiceret to danske studier, som har samlet op på, hvilke resultater der opnås gennem privatisering af pleje og service i plejeboliger. En analyse af konkurrenceudsættelse i plejeboliger har været udført af AKF for Udbudsrådet (2012), og den bygger på seks studier i Danmark og Sverige af udbudsdrevet konkurrence. Analysen konkluderer, at de gennemgåede studier viser en tendens til besparelser ved konkurrenceudsættelse, men resultaterne er usikre. Der blev ikke fundet en klar dokumentation af kvalitetsforskelle mellem offentlige og private udbydere på plejeboligområdet, men kvalitetsmæssige effekter af konkurrenceudsættelse var generelt mangelfuldt belyst. Brugertilfredshed var sparsomt belyst, og der var ingen klare resultater. Medarbejderforhold var ligeledes meget sparsomt dokumenteret.

I en nyere analyse af Rostgaard (2014), som også inddrager erfaringer fra Norge, fremhæves, at svenske kvalitetsindikatorer viser, at der er forskel på personaletæthed, som er højere hos kommunale end hos private leverandører i plejebolig. Der er også flere fastansatte og flere fuldtidsstillinger hos de kommunale leverandører, hvilket angives at være væsentligt til at sikre kontinuiteten i omsorgen. Der har ikke været datagrundlag til at dokumentere systematiske forskelle i andre arbejdsforhold og arbejdsvilkår. Private leverandører er bedre

til, at beboere i plejebolig får gennemgået deres medicinplan, og at beboerne er med til at tilrettelægge deres omsorgsplan. Private leverandører er imidlertid ikke så gode til at dokumentere arbejdet og til at kommunikere med kommunen.

Analysen konkluderer, at der er en indikation af, at kommunerne kan opnå en besparelse ved at udlicitere drift eller pleje og omsorg i plejeboliger. Der skal dog her tages hensyn til administrative udgifter ved konkurrenceudsættelse. Det anføres i analysen, at flere studier fremhæver, at øget konkurrenceudsættelse synes at have skærpet de kommunale leverandørers kvalitet og ressourceudnyttelse.

Rostgaard (2014) konkluderer imidlertid, at det samlet set ikke er muligt at fremhæve entydige konklusioner i forhold til konsekvenser for økonomi, medarbejderforhold og kvalitet af konkurrenceudsættelse i de skandinaviske lande.

Der foreligger således på nuværende tidspunkt ikke evidens for, at der med sikkerhed opnås fordele med hensyn til økonomi og kvalitet, når private firmaer eller organisationer driver plejeboliger frem for kommuner. Der er eksempler på, at der kan opnås besparelser, men størrelsesordenen er usikker.

3.4 Samarbejde med frivillige

Ældrekommissionen om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem (2012) anbefaler, at alle plejeboliger har frivillige. Begrundelsen er, at frivillige kan tilbyde beboerne en meningsfuld og ligeværdig medmenneskelig kontakt og være med til at opretholde de livsværdier, beboerne har haft, inden de blev afhængige af hjælp. Kommissionen nævner frivillige som besøgsvenner, som medarrangører af sociale aktiviteter, som vågekoner for døende og som følgesvend til læge eller tandlæge, hvis det ikke kræver deltagelse af sundhedsfagligt uddannet personale. Kommissionen fastslår, at medarbejderne skal løse de opgaver, hvor der er visiteret en ydelse, eller hvor der er et behov, der på baggrund af et lovgrundlag kræver faglig kompetence, og at frivillige ikke skal overtage plejeboligpersonalets ansvar for plejen og omsorgen for beboerne.

Der har de senere år været gennemført flere undersøgelser, der har opsamlet erfaringer med samarbejde mellem kommunale institutioner og frivillige. Den seneste er udført af Rambøll for Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2014) og analyserer erfaringer med inddragelse af frivillige i plejecentre i tre kommuner. Undersøgelsen viste, at næsten halvdelen af aktiviteterne, hvor frivillige medvirker, er inden for kategorien indendørs socialt samvær (44 %), fulgt af kreative aktiviteter (21 %) og udendørs socialt samvær (13 %). Herudover indgår hjælp til praktiske opgaver (10 %) samt motions- og gymnastikaktivitet (op.cit., p. 8). Der var en betydelig diversitet i antallet af aktiviteter med frivillige både mellem kommuner og mellem de enkelte kommuners plejecentre. Dette illustrerer, at der forskel på de enkelte plejecentres vilkår i forhold til at kunne rekruttere frivillige. Undersøgelsen fremhæver fire drivkræfter for en indsats fra frivillige på plejecentre:

1. At aktiviteterne udformes, så de møder beboernes behov
2. At rekruttering og fastholdelse af frivillige tager afsæt i de frivilliges motivation og kompetencer
3. At organisering og arbejdsrelationer fremmer den gode frivilligindsats
4. At der er en ledelse af frivilligindsatsen.

Anbefalingerne fra rapporten kan opsummeres som følger:

Ad 1.: Aktiviteterne bør tage afsæt i beboernes behov og er tilstrækkeligt målrettede og differentierede i forhold hertil. De skal således afspejle beboernes forskellige individuelle præferencer. De skal samtidig matche frivilliges kompetencer og ønsker for indsatsen.

Ad 2.: Der bør tages afsæt i frivilliges motivation og ressourcer. Direkte personlig kontakt er den mest anvendte og mest effektive rekrutteringsform. Plejecentrene kan også åbne dørene for omverdenen, så nye frivillige får mulighed for at få indblik i livet på plejecentrene.

Ad 3.: Der peges på, at en optimal organisering af samarbejdet med frivillige er en kombination af en central koordinering af frivillige i kommunen og en decentral koordinering i plejecentrene. Der peges endvidere på, at en intensiv koordinering på plejecentrene er en drivkraft. Det kan fx bestå i en dedikeret aktivitetsmedarbejder eller tovholder med ansvar for og ressourcer til at koordinere frivillige.

Ad 4.: Et centralt ledelselement er at sætte retning og skabe en indsats, der opleves som meningsfuldt af frivillige, plejecentrenes ledelse og medarbejderne, foreningslivet, kommunerne mv.

Der kan blandt ansatte være en frygt for, at frivillige tager opgaver fra dem. For mange medarbejdere, ledere og ansatte går grænsen for frivillige ved visiterede ydelser, men der kan være en gråzone, hvor opgaver kan udføres af såvel medarbejdere som frivillige. Det betyder, at der skal være tydelighed om grænserne mellem det faglige og det frivillige på de enkelte arbejdspladser, og dette skabes gennem en dialog om rammer og roller for den frivillige indsats (Lundgaard Konsulenterne 2011).

Ifølge en undersøgelse gennemført af FOA (2013) blandt medlemmer, som arbejder i plejebolig, vurderer 79 %, at det frivillige arbejde på arbejdspladsen forbedrer hverdagen for borgerne, og 77 % vurderer, at samarbejdet mellem medarbejdere og frivillige på arbejdspladsen fungerer godt eller meget godt. Der er imidlertid i begge tilfælde tale om en lavere andel end i en tilsvarende undersøgelse i 2009 (FOA 2009). Hvert fjerde medlem, som arbejder med frivillige, har i 2012 oplevet, at opgaver er flyttet fra ansatte til frivillige inden for det seneste år.

Sundhedsstyrelsen (udateret) anbefaler, at der udarbejdes en husorden, der blandt andet omhandler, hvilke aktiviteter en frivillig kan varetage, og hvilke aktiviteter der ikke kan varetages af en frivillig. Det skal ifølge Sundhedsstyrelsen altid respekteres, hvis en beboer ikke ønsker at have kontakt med frivillige, men kun ønsker at omgås fast personale. Ved inhabile beboere skal værge/pårørende inddrages. Sundhedsstyrelsen angiver endvidere, at en frivillig som hovedregel ikke skal følge en beboer til læge eller tandlæge, da dette kan give problemer i forhold til korrekt tilbagemelding om sundhedsfaglige forhold til det faste personale.

Der er ikke rapporteret om regler i lovgivningen, der begrænser frivilliges opgaver. En problemstilling er tavshedspligt, som dog ikke synes at udgøre et stort problem (Lundgaard Konsulenterne 2011). Sundhedsstyrelsen (udateret) anfører, at frivillige skal informeres om deres pligter i forbindelse med reglerne om tavshedspligt, og det anbefales, at frivillige underskriver en erklæring om tavshedspligt.

De fleste frivillige på det sociale område er kvinder, og der er således et potentiale for flere mænd i frivilligt arbejde. Ifølge Lundgaard Konsulenterne (2011) forudsætter dette, at der bliver meldt konkrete opgaver ud, hvor der er brug for frivillige. Når først mændene er kommet inden for på arbejdspladsen, følger deltagelse på flere niveauer efter.

Der er således ingen regler, der foreskriver, hvilke opgaver frivillige kan udføre, og hvilke der er forbeholdt ansatte medarbejdere. Det synes imidlertid at være en udbredt holdning både blandt frivillige og ansatte, at visiterede ydelser skal udføres af ansatte. Normerne for,

hvad der er visiterede ydelser, kan imidlertid flytte sig med tiden. Med tanke på, at det er sjældent, at pårørende yder hjælp til ældres personlige hygiejne og til rengøring, er det næppe sandsynligt, at der blandt frivillige vil være stor interesse for at skulle varetage sådanne opgaver hos beboere i plejebolig. Det er næppe heller til beboernes fordel at skulle være afhængig af frivillig hjælp til sådanne opgaver. Hvis der ses bort fra personlig hygiejne og rengøring samt andre opgaver, der forudsætter en sundhedsfaglig uddannelse, synes arbejdsdeling mellem ansatte og frivillige at være et spørgsmål om i det enkelte center – med inddragelse af medarbejdere og frivillige – at aftale en opgavedeling.

Plejecentre vil bl.a. som følge af beliggenhed have forskellige vilkår for at rekruttere frivillige, men en målrettet strategi på kommunalt plan og i den enkelte plejeboligbebyggelse vil kunne fremme samarbejdet med frivillige og en variation i de opgaver, som der vil være frivillige, der stiller sig til rådighed for at udføre.

3.5 Krav til medarbejdernes kompetencer

De fremtidige krav til personalets kompetencer vil i høj grad afspejle den fremtidige beboersammensætning i plejeboliger. Det drejer sig om beboernes helbredsproblemer samt deres fysiske og psykiske funktionsevne. Det handler imidlertid også om beboernes forventninger til deres dagligliv i boligerne. Kravene til personalets kompetencer vil endvidere være bestemt af, hvilke forventninger til kvalitet, arbejdsprincipper og dokumentation der bliver pålagt personalet gennem regler og prioriteringer fra lokale og centrale myndigheder. I det følgende opsummeres, hvilke tendenser i krav til personalets kompetencer der er beskrevet i de seneste undersøgelser om emnet.

I en rapport fra 2010 (EPOS og ARGO 2010) nævnes, at social- og sundhedsmedarbejdere skal kunne handle selvstændigt, træffe beslutninger og dokumentere deres handlinger. I rapporten peges der på, at borgere med demens, psykisk syge og misbrugere er øget i antal blandt beboerne, og at kompleksiteten i plejen er stigende for både social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter. I en undersøgelse fra 2015 (Hansen et al. 2015) nævnes, at (ældre) borgere udskrives tidligere fra sygehus, og at det giver mere komplekse opgaver i kommunerne. Dette vil formodentlig også berøre personalet i plejeboliger.

Arbejdet med borgere med demens giver nogle særlige udfordringer. Ideelt set er der behov for fler- eller tværfaglighed, hvor personalegruppen består af en kombination af faggrupper som social- og sundhedshjælpere/assistenter, pædagoger, ergoterapeuter, sygeplejersker mv. (Bottrup og Bruhn 2012). Plejen af borgere med demens har udviklet sig til et specialiseret videns- og praksisområde, hvor viden om neurologi, sygepleje og socialpædagogik indgår (Bottrup og Bruhn 2012).

I rapporten fra 2010 (EPOS og ARGO 2010) peges på syv områder, hvor der er brug for at styrke kommunale social- og sundhedsmedarbejders kompetencer. I det følgende nævnes kompetencer, som relaterer sig til social- og sundhedsmedarbejdere i plejeboliger.

1. *Tværfagligt samarbejde og videndeling* er en forudsætning for at kunne arbejde helhedsorienteret omkring borgeren både internt i egen organisation og eksternt mellem kommune og region.
2. *Identifikation af kliniske indikatorer*. Mere komplicerede sygdomsforløb, multimorbiditet og ældre patienter stiller nye krav til udvikling af sundhedsfaglig kompetence, øget faglig viden, bedre kompetencer til at observere og klinisk blik, herunder også postoperative observationer.

3. *Pleje af kronikere og identifikation af hverdagsindikatorer hos kronikere.* Der er flere kronisk syge, især med diabetes og KOL. Der er brug for kompetencer i forhold til at styrke borgerens mestring af sygdom – både psykisk og fysisk, omsorg og pleje af sygdommen samt identifikation og behandling i forhold til kliniske indikationer og symptomer hos borgeren. Der peges særligt på borgere med KOL eller demens, psykisk syge, misbrugere og cancerpatienter.

Disse udfordringer vil formodentlig især møde medarbejdere i hjemmeplejen, men kan også gøre sig gældende i plejebolig.

4. *Rehabilitering.* Der arbejdes i stigende grad rehabiliterende og med fokus på at udvikle færdigheder i daglige aktiviteter. Der er brug for kompetencer, så arbejdet kan blive helhedsorienteret, tværfagligt og målrettet den enkelte borger. Der er endvidere brug for en forståelse af helheden i rehabiliteringsindsatsen, evne til at kommunikere med borgeren med henblik på at motivere borgeren, og hvor der udvises respekt for denne, samt indsigt i genoptræning.

Denne tilgang vil især gøre sig gældende i hjemmeplejen, særligt efter at en rehabiliteringsparagraf blev tilføjet Serviceloven med virkning fra januar 2015. En rehabiliterende tilgang har imidlertid også fundet indpas i mange plejeboliger.

5. *Den motiverende samtale.* Kommunikation med borgere og pårørende er blevet mere kompliceret. Den vanskelige samtale med borgere eller borgeres pårørende forudsætter anvendelse af en anerkendende tilgang, også når der er tale om svære emner; konfliktfyldte og tabubelagte emner. Der skal kommunikeres med borgere og pårørende med anden etnisk baggrund end dansk og med borgere med demens og psykisk sygdom, hvor det non-verbale kropssprog kan være vanskelig at afkode.
6. *Dokumentation og arbejdstilrettelæggelse.* Der er stigende behov for dokumentation og træning i dokumentationsprogrammer. Det betyder et behov for skriftlige kompetencer og for kompetencer til at arbejde med langsigtede mål og at evaluere.
7. *Velfærdsteknologi og hjælpemidler.* Der introduceres nye teknologiske muligheder, som skal implementeres med tilstrækkelig oplæring i anvendelsen af de nye teknologier.

En undersøgelse i Beskæftigelsesregion Nordjylland (Teknologisk Institut 2012) kommer frem til lignende kompetencekrav til social- og sundhedsmedarbejderne. Denne undersøgelse peger endvidere på, at medarbejderne skal kunne overskue mange nye komplekse opgaver på samme tid, og at der vil blive stillet større krav til at kunne tænke nyt og ud af boksen. Der peges endvidere på, at medarbejderne skal kunne udvise respekt for borgeren, og de skal kunne yde hjælp på en positiv måde, så borgeren – og også "de særligt udfordrende" pårørende – føler sig værdsat og hørt. Flere opgaver forventes ifølge undersøgelsen at blive udført i teams, hvilket betyder, at medarbejderne skal kunne lide at arbejde i grupper og teams, men skal samtidig kunne arbejde selvstændigt. I denne undersøgelse peges også på, at der vil blive stillet større krav til brug af it og til viden om betjening af teknologiske hjælpemidler. Der stilles endvidere krav om vilje til at anvende teknologi.

Kommunernes brug af AMU-uddannelser inden for pleje og omsorg tyder endvidere på, at der bliver lagt vægt på, at medarbejderne kan indgå i innovative processer og er forandringsparate. Det er en udfordring for ledelsen at skabe rammer for refleksion og læring, og at rammerne udnyttes (Bottrup og Bruhn 2012).

Ifølge Rostgaard og Thorgaard (2007) er det for plejeboligbeboere især vigtigt, at plejepersonalet udviser respekt for dem, og at plejepersonalet er venligt. De lægger også stor vægt på, at plejepersonalet hjælper dem med at holde påklædning og personlig pleje i orden.

De beskrevne krav til medarbejdernes kompetencer er hovedsageligt rettet mod faglige kompetencer til at forebygge, identificere og følge op på komplekse helbredstilstande hos beboerne. Der er endvidere krav til samarbejdsevne og kommunikative evner. Det er endvidere bemærkelsesværdigt, at beboere – ud over at forvente respekt og en god relation til medarbejderne – lægger særligt vægt på, at medarbejderne er fagligt dygtige til at udføre plejeopgaverne.

3.6 Magtanvendelse i plejeboliger

Mange beboere i plejebolig i dag og i fremtiden har en demenssygdom af større eller mindre sværhedsgrad. Det stiller særlige udfordringer til personalet, som beskrevet ovenfor. En særlig problemstilling er imidlertid, hvordan man håndterer borgere med demens, som har tendens til at forlade deres bolig, og hvor der er risiko for personskade som følge af, at borgeren ikke kan overskue at færdes uden for boligen.

Serviceovens bestemmelser om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten bygger på det enkelte menneskes ret til selvbestemmelse – uanset om man har psykisk nedsat funktionsevne eller ej (Socialstyrelsen 2012. Den efterfølgende tekst bygger på samme kilde). Det er i loven angivet, at formålet med bestemmelserne om magtanvendelse er at begrænse magtanvendelse og indgreb til det absolut nødvendige. Det anføres endvidere, at sådanne indgreb aldrig må erstatte omsorg, pleje og socialpædagogisk bistand. Man skal forsøge med det indgreb, der er mindst indgribende, men som samtidig er tilstrækkelig i den konkrete situation.

Alarm- eller pejlesystemer kan udelukkende anvendes, når der er risiko for, at en borger udsætter sig selv eller andre for at lide personskade. Det er kendskabet til den enkelte borger, der skal sandsynliggøre, at den pågældende ikke vil være i stand til at overskue at færdes uden for boligen på egen hånd. For personer, hvor den nedsatte funktionsevne er en konsekvens af en erhvervet mental svækkelse, der er fremadskridende, kan anvendelse af et personligt alarm- og pejlesystem iværksættes, medmindre den pågældende modsætter sig dette. I sidstnævnte tilfælde kan kommunalbestyrelsen træffe afgørelse om anvendelsen.

Der kan i en afgrænset periode anvendes særlige døråbnere, når forholdene i det enkelte tilfælde gør det absolut påkrævet i forhold til at afværge, at en eller flere borgere udsætter sig selv eller andre for at lide væsentlig personskade. Det kan være farefyldte trafikale forhold eller særlige naturområder, hvor den pågældende kan blive væk. Alle, der ikke kan betjene de særlige døråbnere, skal imidlertid have den nødvendige hjælp til det, medmindre der er tale om en borger, hvor myndigheden har truffet beslutning om tilbageholdelse i boligen.

Det er altså ifølge loven tilladt efter en individuel vurdering at udstyre en mental svækket person i plejebolig med fx en GPS, så den pågældende kan opspores, hvis han eller hun er ude og ikke er i stand til at finde tilbage til sin bolig. Det skal imidlertid være dokumenteret, at der er risiko for, at den pågældende vil forlade sin bolig og ikke kan tage vare på sig selv. Personalet skal endvidere uden held have afprøvet forskellige pleje- og socialpædagogiske tiltag for at undgå, at borgeren med mental svækkelse forlader sin bolig. Problemet kan i nogen grad forebygges ved at tilbyde den fornødne pleje og omsorg, meningsfuld beskæftigelse, teknologiske hjælpemidler og ved, at plejeboligerne og de tilhørende udearealer indrettes til personer med demens og deres særlige behov.

En GPS kan imidlertid også give personer, der har svært ved at orientere sig, mulighed for at gå ture og fortsætte deres daglige aktiviteter uden for hjemmet, fordi personen gennem

GPS'en vil kunne spores, hvis han eller hun skulle være faret vild. I sådanne tilfælde kan en GPS således bidrage til øget personlig frihed.

I nogle tilfælde er en GPS ikke tilstrækkelig, når der er risiko for, at en borger kan skade sig selv eller andre, hvis den pågældende bevæger sig uden for plejeboligen. Det kan her komme på tale at anvende særlige døråbnere, som nævnt ovenfor. Ifølge Møller og Knudstrup (2008) er kunsten imidlertid at designe døre sådan, at man ikke har låste døre, men alligevel kan begrænse udgangen for beboere med kognitiv funktionsnedsættelse. I modelprogrammet for plejeboliger (www.modelprogram.dk) peges på muligheden for at skjule udgange ved at give døre samme farve som vægge.

I en såkaldt anvisning fra Statens Byggeforskningsinstitut (Sigbrand et al. 2015) peges på, at det er "vigtigt at undgå, at beboere med demens går uden for plejecentret på egen hånd. Udgangsdøre til uafskærmede udearealer bør placeres hensigtsmæssigt i forhold til ganglinjer, fx ved at trække dørene tilbage fra gangforløbet eller visuelt nedtone dem for at undgå, at beboerne går ud og udsætter sig for fare i trafik eller for at blive væk. Det kan også medvirke til at undgå de verbale eller fysiske reaktioner, der kan opstå hos personen med demens, hvis de møder aflåste døre."

Det er således muligt gennem den bygningsmæssige indretning at minimere risikoen for, at beboere med demens, som har svært ved at orientere sig udendørs, forlader sin bolig (plejecentret). Pædagogiske tiltag og aktiviteter kan endvidere medvirke til at minimere risikoen. Der er imidlertid mulighed for efter en individuel vurdering, og når de nævnte tiltag ikke har effekt, at anvende pejle- og alarmsystemer eller særlige låseanordninger. Sådanne systemer skal imidlertid først og fremmest ses som metoder til at fremme den enkeltes handlefrihed frem for at lægge begrænsninger på den.

Litteratur

- Alzheimer's Society (2007): *Dementia UK. The Full Report*. London: Alzheimer's Society.
- Avlund K. (2004): *Disability in Old Age. Longitudinal Population-based Studies of the Disabling Process*. København: Munksgaard.
- Baltes, P.I & M. Baltes, eds. (1990): *Successful ageing: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barfod, D. (2012): *Holdninger til plejehjem 2012*. København: YouGov.
- Bottrup, P. & P. Bruhn (2012): Arbejde i demenscentre – en historie om (re)professionalisering? Konstruktion af mening i demensplejen. København: Kubix.
- Bowling, A. (2004): "A Taxonomy and Overview of Quality of Life". I: J. Brown, A. Bolwing & T. Flynn (eds.): *Models of Quality of Life: a Taxonomy and Systematic Review of the Literature. FORUM Project*. Sheffield: University of Sheffield.
- Bygge- og Boligstyrelsen, Socialministeriet, Arbejdstilsynet, Kommunernes Landsforening, Københavns Kommune & Frederiksberg Kommune (1998): *Indretning af ældreboliger for fysisk plejekrævende ældre m.fl. En vejledning*. København: Forlaget Kommuneinformation.
- Christensen, I.M. & E.B. Hansen (1993): *Offentlige udgifter til pleje af ældre*. København: AKF Forlaget.
- Christensen, K.; M. Thinggaard, A. Oksuzyan, T. Steenstrup, K. Andersen-Ranberg, B. Jeune, M. McGue & J.W. Vaupel (2013): Physical and cognitive functioning of people older than 90 years: a comparison of two cohorts born 10 years apart. *Lancet*, 382: 1507-13.
- Danmarks Statistik (2014): Afviklingen af plejehjem fortsætter. *NYT fra Danmarks Statistik*, nr. 645.
- Engberg, H.; K. Christensen, K. Andersen-Ranberg & B. Jeune (2008a): Cohort Changes in Cognitive Function among Danish Centenarians. A Comparative Study of 2 Birth Cohorts Born in 1895 and 1905. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26(2): 153-160.
- Engberg, H.; K. Christensen, K. Andersen-Ranberg, J.W. Vaupel & B. Jeune (2008b): Improving Activities of Daily Living in Danish Centenarians – But Only in Women: A Comparative Study of Two Birth Cohorts Born in 1895 and 1905. *Journal of Gerontology. Medical Sciences*, 63A(11): 1186-1192.
- EPOS & ARGO (2010): *Jobfunktionskatalog. Analyse af kompetencekrav til social- og sundhedspersonalet i forhold til komplekse patientforløb i kommunerne samt forebyggelse og sundhedsfremme i hjemmeplejen m.m.* København: EPOS.
- FOA (2009): *Undersøgelse om frivilligt socialt arbejde*. [U.st.]: FOA Kampagne & Analyse.
- FOA (2013): *Frivilligt arbejde på plejehjem*. [U.st.]: FOA Kampagne og Analyse.
- Fredslund, E.K. & S.R. Rasmussen (2015): *Ældres forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser*. København: KORA.
- Hansen, E.B. (2012): *Ældres hjælperelationer og sociale relationer over ti år – Udviklingen over tid og med stigende alder fra 1997 til 2007*. København: AKF.
- Hansen, E.B. (2014): Older immigrants' use of public home care and residential care. *European Journal of Ageing*, 11(1): 41-53.

- Hansen, E.B. & M. Hjorth (1998): *Kommunernes udgifter til ældreområdet*. København: AKF Forlaget.
- Hansen, E.B. & A. Jessen (2011): *Adgang til natur for beboere i plejeboliger*. København: AKF.
- Hansen, E.B.; J. Kjellberg, L. Eskelinen, R. Ibsen & T. Fuglsang (2013): *Målgruppen for rehabilitering til hverdagens aktiviteter. Hvad karakteriserer målgruppen, og hvad motiverer til rehabilitering?* Odense: Socialstyrelsen.
- Hansen, E.B.; H.B. Kleif, D. Gusak & A.W. Westergaard (2015): *AMU-uddannelser i sammensatte forløb*. København: KORA.
- Hansen, E.B. & S.R. Rasmussen (2015): *Plejeboliger og handicappede boliger i Hvidovre Kommune. Status og fremtidig behov*. København: KORA.
- Hansen, E.B. & R. Werborg (1984): *Døgnhjemmeplejen i Næstved II*. København: AKF.
- Jeune, B., M.L. Eriksen, K. Andersen-Ranberg & H. Brønnum-Hansen (2015): Improvement in health expectancy at ages 50 and 65 in Denmark during the period 2004-2011. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(3): 254-259.
- Lauritzen, H.H. (2014): *Ældres ressourcer og behov i perioden 1997-2002*. 14:10, København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Lauritzen, H.H.; R.N. Brünner, P. Thomsen & M. Wüst (2012): *Ældres ressourcer og behov. Status og udvikling på baggrund af Ældredatabasen*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Lundgaard Konsulenter (2011): *Projekt Kommunen og Civilsamfundet*. København: Socialministeriet.
- Matthews, F.E.; A. Arthur, L.E. Barnes, J. Bond, C. Jagger, L. Robinson & C. Brayne (2013): A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *Lancet*, 382: 1405-1412.
- Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold (2015): *Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven*. VEJ nr. 9341 af 08/05/2015, gældende.
- Mustard, C.; M. Finlayson, S. Derksen & J.M. Berthelot (1999): What determines the need for nursing home admission in a universally insured population? *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4): 197-203.
- Møller, K. & M.-A. Knudstrup (2008): *Trivsel og plejeboligens udformning*. Odense: Servicestyrelsen.
- Nationalt Videnscenter for Demens (udateret): *Forekomst af demens hos ældre i Danmark. Hele landet og de fem regioner. 2013-2014*. København: Nationalt Videnscenter for Demens.
- PLS/Rambøll (2002): *Viden om den gode plejebolig?* København: Socialministeriet & Erhvervs- og Boligstyrelsen.
- Realdania & Erhvervs- og Byggestyrelsen (2010): *Modelprogram for plejeboliger*. København: Erhvervs- og Byggestyrelsen.
- Rostgaard, T. (2014): *Konkurrenceudsættelse i ældreplejen: Politik, policyinstrumenter og konsekvenser for kvalitet, økonomi og medarbejderforhold*. Aalborg: Institut for Statskundskab, Aalborg Universitet.
- Rostgaard, T., R.N. Brünner & T. Fridberg (2012): *Omsorg og livskvalitet i plejeboligen*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

- Rostgaard, T. & C.H. Thorgaard (2007): *God kvalitet i ældreplejen. Sådan vægter ældre, plejepersonale og visitatorer*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Sigbrand, L.; A. Bredmose, I.M. Kirkeby, N. Mathiasen & P.H. Jensen (2015): *Plejeboliger for personer med demens – indledende spørgsmål. SBI-anvisning 259*. København: Statens Byggeforskningsinstitut, Aalborg Universitet. Tilgængelig på: <http://anvisninger.dk/anvisninger/Pages/259-Plejeboliger-for-personer-med-demens-indledende-spoergsmaal-1.aspx>
- Socialministeriet & Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010): *Kortlægning af demensområdet i Danmark 2010*. København: Socialministeriet.
- Socialstyrelsen (2012): *Magtanvendelse i forhold til personer med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne. Til myndighedspersoner*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014): *Afdækning af muligheder og udfordringer i forhold til øget inddragelse af frivillige på plejecentre i tre kommuner*. Odense: Socialstyrelsen.
- Stuart, M. & Weinrich, M. (2001): Home- and Community-Based Long-Term Care: Lessons From Denmark. *The Gerontologist*, 41(4): 474-480.
- Sundhedsstyrelsen (udateret): *Frivillige på plejehjem*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2014): *Den Nationale Sundhedsprofil 2013*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Teknologisk Institut (2012): *Nye kompetencer i ældreservice. Analyse af kompetencebehov og jobudvikling i nordjyske kommuners ældreservice*, udarbejdet af S.D. Kofoed og A. Holsbo for Beskæftigelsesregion Nordjylland. [U.st.]: Teknologisk Institut.
- Udbudsportalen (2011): *Etablering af plejecentre og -boliger*. København Udbudsportalen.
- Udbudsportalen (2012): *Offentlig-privat samarbejde om drift af plejecentre*. København: KL/Udbudsportalen.
- Udbudsrådet (2012): *Offentlig-privat samarbejde i Danmark og Sverige*. Valby: Udbudsrådet.
- Wentzer, H.S. & S.R. Rasmussen (2014): *Ældreboliger i Randers Kommune. En status- og forventningsanalyse til ældreboliger*. København: KORA.
- Ældrekommissionen – Kommissionen om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem (2012): *Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem*. København: Social- og Integrationsministeriet.
- Ældrekommissionen (1982): *Sammenhæng i ældrepolitikken. Ældrekommissionens 3. og afsluttende delrapport*. København: Socialministeriet.



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00