



Fremtidens velfærd



I slutningen af april mødtes mange af os til DANSKE ÆLDRE RÅDs repræsentantskabsmøde og ældrepolitiske konference på Hotel Nyborg Strand. Jeg glæder mig stadig over, at flere end 600 engagerede ældrerådsmedlemmer - det højeste antal i DANSKE ÆLDRE RÅDs historie - deltog. Det

er imponerende og gjorde indtryk på de inviterede gæster. Forsamlingens størrelse og stærke engagement er et signal til andre om opbakningen til DANSKE ÆLDRE RÅDs arbejde. Tak for det.

Nyvalgte og genvalgte bestyrelsesmedlemmer, ser frem til det kommende års arbejde. Under punktet 'nyt fra bestyrelsen' i dette nyhedsbrev, er refereret, hvordan bestyrelsen har konstitueret sig.

Den økonomiske krise har allerede sat markante spor i 2010 og er langt fra overstået. Som jeg påpegede i min mundtlige beretning, går kommunerne ikke ram forbi og står for at skulle nedlægge ca. 8.000 stillinger i de kommende år. Selv om regeringens genopretningsplan ikke lægger op til at kommunerne skal spare yderligere, hersker der ikke tvivl om, at ældrebefolkningen kommer til at mærke den økonomiske krise. De seneste forhandlinger vidner om, at ingen områder er hellige i forhold til at genoprette dansk økonomi.

Jeg har forståelse for at alle borgere i fælleskab skal bidrage til at rette op på økonomien, men DANSKE ÆLDRE RÅD vil ikke acceptere at ældrebefolkningen og samfundets svageste grupper kommer til at bidrage uforholdsvist meget. Derfor konstaterer jeg med tilfredshed, at forslaget om at fastfryse folkepensionen og øvrige overførselsindkomster i 2 år, er taget af bordet. Forslaget var dobbelt urimeligt, da folkepensionen i forvejen har et efterslæb i forhold til den generelle

løn- og prisudvikling. Jeg synes, at det er tankevækkende, at et sådant forslag overvejes i FN's internationale fattigdomsår.

KL's nyligt publicerede debatudspil "Vilje til Velfærd" tager også fat på diskussionen om hvordan dansk økonomi genoprettes. Udspillet kommer nu, hvor det økonomiske pres på kommunerne er markant.

Debatudspillet indeholder fire visioner for fremtiden: Et fremtidssikret velfærdssamfund. Et velfærdssamfund i international klasse. Et velfærdssamfund med valgmulighed for den enkelte. Et effektivt og ubureaukratisk velfærdssamfund. I udspillet stilles spørgsmål som: Hvordan kan den offentlige sektor i fremtiden tilbyde velfærdstjenester af høj kvalitet? Hvordan forbedres Danmarks konkurrenceevne? Spørgsmål som er kontroversielle og relevante. En debat om hvordan den danske velfærdsmodel bevares og fremtidssikres er i dag mere nødvendig end tidligere. Debatten er vigtig for kommunalpolitikere og embedsmænd, for borgere og brugere af kommunale servicetjenester, for ældreorganisationer og for ældreråd. Det er en politisk udfordring for os alle. Såvel regeringens genopretningsplan som KL's debatoplæg "Vilje til velfærd" er et udtryk for at velfærd er under forandring.

DANSKE ÆLDRE RÅDs bestyrelse og sekretariat vil følge debatten tæt - og søge at påvirke den - i den kommende tid.

*Kirsten Feld
formand*

Læs om genopretningsplanen på www.fm.dk, aftale om genopretning af dansk økonomi. Læs KL's debatoplæg på www.kl.dk, "vilje til velfærd".

Nyt fra ministerier og styrelser	2
Nyt fra DANSKE ÆLDRE RÅD KONFERENCERAPPORT	3

Undersøgelser og publikationer	19
Ældrerådene spørger	19
Fra ældreråd til ældreråd	20

Nyt fra ministerier og styrelser

Afbureaukratisering Lovgivning

D. 19. april 2010 – blev lov L 177 forelagt for Folketinget. Loven går under det lidt mere mundrette navn "afbureaukratiseringsloven". Når det gælder ældreområdet er der enkelte ændringer i forhold til det udspil, der har været til høring i bl.a. DANSKE ÆLDRE RÅD og øvrige ældreorganisationer.

De ønsker vedrørende grundlaget for ældreråd som DANSKE ÆLDRE RÅD har arbejdet for, er i det store og hele blevet fulgt. Desværre forslås klageråd fortsat nedlagt – her har DANSKE ÆLDRE RÅD ikke formået at "vinde kampen" på trods af møder med partiernes socialordførere, en konkret undersøgelse af klagerådernes arbejde, antallet af klager, og et utal af breve. DANSKE ÆLDRE RÅD fik den 22. april 2010 foretræde for Folketingets Socialudvalg. Her forsøgte DANSKE ÆLDRE RÅD en sidste gang, at se om Folketingets Socialudvalg kunne overbevises, om de problemer en nedlæggelse af klagerådene vil skabe for borgerne. Når loven 2. behandles den 25. maj 2010 er det spændende at se om DANSKE ÆLDRE RÅDs foretræde har gjort indtryk på politikerne. Derudover har DANSKE ÆLDRE RÅD slået et slag for, at bruger- og pårørenderåd er en del af lovgivningen, samt at tilsynsrapporter forbliver obligatoriske.

Følg lovforslag L 177 og se betænkningen ved at indtaste denne adresse:
www.ft.dk/samling/20091/lovforslag/L177/index.htm

Fra ankestyrelsen – Nyt om trehjulede el-scootere

Ankestyrelsen har truffet afgørelser, der præciserer reglerne for, hvornår og hvor meget gangbesværede borgere skal betale for 3-hjulede el-scootere. DANSKE ÆLDRE RÅD har tidligere rettet henvendelse til den daværende Indenrigs- og Socialminister i anledning af en afgørelse fra Ankestyrelsen vedrørende den ændrede status for el-scootere, omtalt i Nyhedsbrev nr. 6 i 2009. Kort fortalt traf Ankestyrelsen i 2008 i en principafgørelse om, at en el-scooter var et forbrugsgode for en borger, der havde en gangdistance på 300 meter. Borgeren skulle derfor betale 50%

- En el-scooter, der var bevilget som hjælpemiddel, og som skulle repareres gav ikke kommunen mulighed for at revurdere den oprindelige bevilling. Kommunen skulle fuldt ud betale for reparationen.
- En borger skulle have udskiftet sin el-scooter, der var bevilget som et hjælpemiddel. Set i lyset af den nye praksis, blev den nye el-scooter vurderet som et forbrugsgode, og borgeren skulle betale 50% af udgiften. Gangdistance 400 meter.

Indenrigs- og Socialministeren svarede DANSKE ÆLDRE RÅD, at hun ikke kunne ændre Ankestyrelsens afgørelse, og at kun domstolene



af udgiften. Tidligere er el-scootere generelt blevet betragtet som et hjælpemiddel, som kommunen betalte fuldt ud.

I 3 nye afgørelser har Ankestyrelsen uddybet sin principafgørelse, og har fastslået at:

- En gangdistance på under 50 meter gør el-scooteren til et hjælpemiddel for borgeren, hvor kommunen betaler 100% af udgiften.

kunne gøre dette. På den baggrund besluttede bestyrelsen, at der ikke kunne foretages videre fra DANSKE ÆLDRE RÅDs side ud over at følge udviklingen på området. Bestyrelsen tog derfor også disse nye afgørelser til efterretning på bestyrelsesmødet den 11. marts 2010.

Nyt fra DANSKE ÆLDRE RÅD

Nye medlemmer i bestyrelsen

421 stemmeberettigede og knap 115 ikke-stemmeberettigede ældreråds-medlemmer mødte op på DANSKE ÆLDRE RÅDs repræsentantskabs-møde den 26. april 2010 på Hotel Nyborg Strand.

12 nye bestyrelsesmedlemmer blev valgt/genvalgt ind i den 23 mand store bestyrelse for en to-årig periode:

Lister over bestyrelse og personlige stedfortrædere kan ses på DANSKE ÆLDRE RÅDs hjemmeside: www.danske-aeldreraad.dk, organisation, bestyrelse

Region	Bestyrelsesmedlem	Personlig stedfortræder
Region Hovedstaden	Inge Lorentzen	Ragna Folkmann
Region Hovedstaden	Kirsten Djørup	Knud Madsen
Region Hovedstaden	Jørgen Tved	Hanne Vedersø
Region Hovedstaden	Kirsten Christensen	Hanne Simonsen
Region Sjælland	John Jensen	Erling Christensen
Region Sjælland	Niels Kjølner	Børge Rasthøj
Region Syddanmark	Christine Greisen	Poul Skrubbeltrang
Region Syddanmark	Kristian R. Andersen	Kathrine Føns Schultz
Region Syddanmark	Aage Meldgaard	Bodil Gravsholt
Region Midtjylland	Esther Hansen	Gunnar Karlsen
Region Midtjylland	Jens Erik Madsen	Molly Thomsen
Region Nordjylland	Erling Høholt	Ingrid Andresen

Nyt fra bestyrelsen

Bestyrelsen i DANSKE ÆLDRE RÅD holdt konstituerende møde den 18. maj 2010 i Vejle. Bestyrelsen konstituerede sig på følgende måde:

Jens Erik Madsen blev genvalgt som næstformand.

Forretningsudvalget ser ud som følger: Kirsten Feld, Jens Erik Madsen, John Dybdal, Bent Aage Rasmussen (alle genvalgt) samt Jørgen Tved (nyvalgt).

Bestyrelsens ad hoc udvalg om plejeboliger blev suppleret med følgende to bestyrelsesmedlemmer: John Jensen og Christine Greisen.

Se udvalgets kommissorium på:

www.danske-aeldreraad.dk, organisation, bestyrelse, udvalg.

Årsberetninger fra ældreråd

Årsberetninger fra ældreråd ligger tilgængelige på DANSKE ÆLDRE RÅDs hjemmeside til information og inspiration for andre ældreråd. I øjeblikket er der 8 årsberetninger fra 2009. DANSKE ÆLDRE RÅD opfordrer ældreråd til at indsende årsberetninger pr. mail, så de kan lægges på DANSKE ÆLDRE RÅDs hjemmeside.

Send årsberetninger til: my@danske-aeldreraad.dk



Ældrerådene hædrer ældrepolitisk ildsjæl

Forhenværende folketingsmedlem og minister (A) Ivar Nørgaard har modtaget Ældrerådernes Hæderspris 2010. Hædersprisen blev overrakt på DANSKE ÆLDRE-RÅD's repræsentantskabsmøde på Hotel Nyborg Strand den 26. april 2010 af Kirsten Feld, formand for DANSKE ÆLDRE-RÅD.

Ivar Nørgaard blev tildelt Ældrerådernes Hæderspris med følgende begrundelse: Tidligere var det frivilligt, om de enkelte kommuner ville have et ældreråd, og dér hvor kommunerne havde ældreråd, var det ofte med vidt forskellige forudsætninger, beøjelser og engagement. Dette ændrede sig dog markant i 1995, da det ved lov blev bestemt, at der skulle være et ældreråd i hver enkelt kommune. I forbindelse med beslutningen om at ældrerådene skulle være lovfæstede og dermed blive gjort til en selvstændig kommunal forvaltningsenhed, var Ivar Nørgaard blandt andre, én af de afgørende drivkræfter.

Som følge af denne vigtige lovgivningsmæssige beslutning og anerkendelse af ældrerådernes arbejde, har vi i dag 98 velfungerende ældreråd, som inddrages i, og øver indflydelse på de ældrepolitiske beslutninger som træffes i kommunerne. På denne baggrund mener vi, at Ivar Nørgaard i høj grad opfylder de kriterier, som DANSKE ÆLDRE-RÅD har opstillet, for at modtage en hæderspris.

Imponerende politisk karriere og ældrepolitisk engagement

At Ivar Nørgaard også er ældrepolitisk engageret, kan der ikke herske tvivl om. Allerede før han forlod Folketinget, blev han i 1992 landsformand for Pensionisternes Samvirke, en post som han bestred i 16 år, hvorefter han gav stafetten vi



dere til sin efterfølger. Ivar Nørgaard har endvidere været drivkraften bag dannelsen af Ældremobiliseringen, hvor han indtil sensommeren 2003 også fungerede som formand. Ivar Nørgaards betydelige indsats ældrepolitiske engagement gennem mange aktive år er kendt og meget værdsat.

Ivar Nørgaard har i sit lange politiske virke været medstifter af og næstformand for den socialdemokratiske studenterorganisation Frit Forum, forstander for Esbjerg Højskole og chefredaktør ved Aktuelt. I 1966 blev Ivar Nørgaard medlem af Folketinget og bestred i de følgende år en lang række ministerposter. Ivar Nørgaard sluttede sin politiske karriere i Folketinget i 1994.

Ivar Nørgaard holdt en kort taketale, hvor han udtrykte, at det er en stor glæde og ære at modtage Ældrerådernes Hæderspris. Det er dejligt at se, at der i dag er et ældreråd i alle kommuner og kommunerne har høringspligt i alle forhold der vedrører de ældre. Ivar Nørgaard sluttede af med at sige tak for æren

der er overgået ham.

Kort om Ældrerådernes Hæderspris

Ældrerådernes Hæderspris blev indstiftet af repræsentantskabet i 2007. Prisen gives årligt til én eller flere personer der:

- Har synliggjort, at ældre har ressourcer til brug for lokalsamfundet, lokalt eller nationalt
- Har fremmet brugerinddragelsen lokalt eller nationalt eller
- Har fremmet tanken om ældreråd lokalt eller i forhold til lovgivningen

Tidligere modtagere af Ældrerådernes Hæderspris er:

Jens Arbjerg Pedersen – forhenværende rådmand i Århus kommune, 2009.

Kristian Riis – forhenværende generalsekretær, 2008.

Bent Rold Andersen – forhenværende socialminister, 2007.

Konferencerapport



Vi lever længere – hvordan lever vi bedre?

Under overskriften 'Vi lever længere – hvordan lever vi bedre?' tog DANSKE ÆLDRE RÅD hul på dette års ældrepolitiske konference. Temaet for konferencen centrerede sig omkring hvilken indflydelse strukturreformen har haft på forebyggelse, træning og rehabilitering inden for ældreområdet.

Strukturreformen betød en omfordeling af opgaver, især inden for sundhedsområdet. Med strukturreformen blev kommunerne en integreret del af det samlede sundhedsvæsen, med et dertil hørende ansvar for at skabe sammenhæng i behandlingsforløb. Regioner og kommuner er i dag i fællesskab ansvarlige for den patientrettede forebyggelse og genoptræning. Det er helt afgørende at samarbejdet mellem regioner og kommuner fungerer.

Forebyggende indsats og genoptræning er afgørende for livskvalitet og funktionsevne – ikke mindst for ældre. DANSKE ÆLDRE RÅD mener, det er vigtigt at regioner og kommuner prioriterer forebyggelse, træning og rehabilitering højt, selv om ressourcerne på sundhedsområdet er

begrænsede. Som det fremgår i denne konferencerapport er midler brugt inden for disse områder godt givet ud. Tilbagebetalingen er mangfoldig i form af færre indlæggelser og en meget højere livskvalitet for den ældre borger.

Konferencerapporten givet et indblik i de idéer, projekter og erfaringer som på konferencen blev præsenteret og diskuteret af politikere, specialister og andre fagfolk. Dette skete dels i 4 hovedforedrag og dels i 9 valgfrie seminarer. Konferencerapporten afsluttes med et referat af Socialminister Benedikte Kiær's tale til repræsentantskabet og den efterfølgende livlige diskussion i forsamlingen.

Tak til fotograf Maj Skibstrup, som har taget størstedelen af billederne fra dette års repræsentantskabsmøde og ældrepolitiske konference. Maj Skibstrup har endnu engang formået at fange levende øjeblikke.

*Kirsten Feld
Formand*

Indhold

Indledning	5
Referater af hovedoplæg	6
Referater af seminarer	9
Referat af Socialminister Benedikte Kiær's tale	18

HOVEDFOREDRAG

Hvad vil vi med forebyggelse?

En etisk synsvinkel på borgernes ønsker til sundhedssystemet:

Ved Ole Hartling, overlæge, tidligere formand for Etisk Råd, Nuklearmedicinsk Afdeling, Sygehus Lillebælt.

Ole Hartling causerede tankevækkende og humoristisk over emnerne forebyggelse og sundhed.

Hvad vil vi med forebyggelse?

Vi vil forhindre sygdom og bevare sundhed. Men hvad er sundhed? Ifølge WHO er sundhed et fravær af sygdom samt et fuldstændigt psykisk og fysisk velbefindende. Definitionen er efter Ole Hartlings opfattelse en definition på lykke, som man videnskabeligt må stille sig kritisk overfor. Når man taler om forebyggelse handler det ofte om risikofaktorer – og man udtrykker, at "det er bedre at forebygge end at helbrede". Men risikofaktorer må ikke forveksles med årsager til en sygdom. Dette overses ofte.

Screening som forebyggelse

Ole Hartling stillede det kritiske spørgsmål til konferencens deltagere: Hvor mange skal man screene i forebyggelsesøjemed, for at undgå dødsfald? Ole Hartling mener at mange anbefalinger om forebyggende screening er dårligt videnskabeligt underbygget. Ved at screene mere og mere, peger udviklingen på, at fremover vil det ikke være patienten, som kommer til lægen, men i stedet vil det være lægen, som indkalder patienten. Ole Hartling påpegede ironisk, at dem der ikke kommer til screeningen, selv vil være ude om det. Med indkaldelser til screening bliver skyld for sygdom skubbet endnu mere over på patienten.

Sundhed for alle?

Risikotænkningen gør, at vi tror, at vi kan kontrollere liv og død. Hvis vi rammes af ulykke og død, bliver det

menneskets egen skyld.

Man forkaster usund adfærd og dermed det usunde menneske. Det er næsten blevet religiøst. Fordømmelsen er på vej - mod usund adfærd. Ny moral: at være syg er at være syndig og skyldig.

Ole Hartling rundede sit oplæg af med en historie om en irsk læge, der havde en patient, en gammel kvinde, der besøgte lægen hver syvende dag. Lægen spurgte hende en dag: Hvorfor er du blevet så gammel? Hun svarede, at det var fordi hun aflyste sin tur med Titanic i 1912.

Om sundhedsøkonomi

Et blik på sundhedsøkonomi med fokus på forebyggelse, træning og rehabilitering bl.a. i forhold til ældre borgere: Hvad vil vi med forebyggelse?

Ved Kjeld Møller Pedersen, professor i sundhedsøkonomi, Syddansk Universitet

Kjeld Møller Pedersen indledte sit oplæg med at slå fast, at de samlede sundhedsudgifter har været stigende i mange år. Selv om mange tror, at der har været besparelser på sundhedsområdet de seneste år, er dette ikke tilfældet, da den årlige vækst har været 2-3% årligt (korrigeret for befolkningstilvæksten). At der derimod har været et fald i væksten er en anden sag, men når det hele gøres

op, er der ikke blevet færre penge til rådighed for sundhedssektoren. I øvrigt har væksten på sundhedsområdet været større end de øvrige dele af den offentlige sektor.

Dernæst fokuserede Kjeld Møller Pedersen på, om de ældre medicinske patienter var blevet de økonomiske tabere i forhold til sundhedssystemets udgifter. En graf viste, at der ikke er meget, der taler for dette. Samtidig understregede han, at der gennem tiden er sket behandlingsmæssige fremskridt, idet vi er i stand til at be-

handle mere og mere samt flere og flere. Dette er også en grund til, at sundhedsudgifterne generelt er steget.

Når det kommer til udgifter til forebyggelse og genoptræning, er det næsten umuligt at give et præcist svar på, om ældre patienter er blevet de økonomiske tabere. Dette skyldes ikke mindst, at der anvendes forskellige definitioner på udgifter til genoptræningsområdet, som igen gør det svært at komme med et præcist estimat af fordelingen af udgifter på områder. Endvidere foregår meget forebyggelse

uden for sundhedssystemet, bl.a. i gymnastikforeninger, fitnesscentre etc., samt reguleringsmæssigt med bl.a. afgifter på tobak og alkohol. Trods problemer med en præcis opgørelse mener Kjeld Møller Pedersen, at der er en stærkt stigende indsats inden for området. Hvis der kigges specifikt på fysio- og ergoterapeuter, kan det ses, at der er sket en stor oprustning inden for dette område, idet kommunerne har erkendt, at genoptræning er et meget vigtigt område at fokusere på.

Summa summarum. Stigende sundhedsudgifter – en vækst på 2-3% pr. år (korrigeret for inflation). Ud af de samlede sundhedsudgifter på ca. 85 mia. kr. årligt, udgør forebyggelsesudgifterne 4-6 mia. kr. pr. år. Der har været en vedvarende vækst i genoptræning, eksempelvis er der ca. 60% flere fysioterapeuter i kommunerne. Der er stadig mange fysioterapeuter på sygehusene, selv om der er sket et fald pga. strukturreformen.

Fremtidsperspektiver for velfærdsudfordringen med ældregruppen

Hvis der fokuseres på fremtidsperspektiverne i forhold til velfærdsudfordringen med ældregruppen, er prognosen ret sikker. Fra 2008 – 2018 vil der være 200.000 flere personer over 64 år. Konsekvenserne er et stigende antal behandlings- og plejekrævende borgere. Arbejdsstyrken falder samtidig med et stigende behov for arbejdskraft i social- og sundhedssektoren. På sigt vil der være et vigende skattegrundlag, da der bliver færre erhvervsaktive. Sandsynligheden for at få en kronisk sygdom stiger med alderen, hvilket igen har betydning for perspektiverne for velfærdsudfordringen for ældrebefolkningen.

Strukturreformen

Har strukturreformen fra 2007 været et fremskridt for området? Hvis man kigger på strukturreformen, er der sket to nyskabelser. Der er sket en flytning af sundhedsopgaver fra amter til kommuner, som dermed har

fået ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og medansvar for den patientrettede forebyggelse. Endvidere har kommunerne fået ansvar for genoptræning, misbrugsområdet og socialpsykiatrien. Desuden indførte strukturreformen et tættere samarbejde mellem kommunerne og regionerne, end der var tidligere mellem kommunerne og amterne, bl.a. pga. kommunal medfinansiering, sundhedskordinationsudvalgene og sundhedsaftaler.

Hvis der kigges på sundhedsarbejdet i kommunerne, ses det, at det forebyggende arbejde er kommet godt i gang. Det samme gør sig gældende i forhold til arbejdet med sundhedsaftaler (især samarbejdet om kronikere).

Med disse betragtninger afsluttede Kjeld Møller Pedersen sit interessante oplæg.

Fysisk aktivitet for ældre – med fokus på ældre i plejeboliger

Ved Lis Puggaard, cand.scient., ph.d. i træningsfysiologi, Syddansk Universitet, chefkonsulent, Cowi.

Lis Puggaard fortalte levende og engageret om, hvor meget muskelstyrken øges, hvis ældre styrketræner. Som 80-årige har vi mistet 30% af muskelstyrken, og med få muskler bliver det sværere at udføre dagligdags gøremål.

De svageste ældre kan gennem 8 ugers let styrketræning i gennemsnit få øget muskelstyrken med 174%. Det svarer til, at 80-89-årige i styrke bliver 20 år yngre. Særligt kvinder bør muskeltræne, da

kvinder har mindre muskler og hjerte end mænd. Træningen bør omfatte både kondien og den eksplosive muskelstyrke.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at svage ældre får mest ud af individuel træning, og gerne i eget hjem. Stærke ældre opsøger i meget højere grad holdtræningen, blandt andet på grund af det sociale element.

Kommunen har et multiansvar for træningen, og det var Lis Puggaards opfattelse, at det er for dyrt for kommunen at undlade at træne de ældre. Lis Puggaard oplyste, at kommunernes ansvar vedrørende træning har følgende elementer:

- Sikre at ældre og kommunalt ansatte får viden om effekten af træning
- Skabe rammer for træning
- Stille instruktører til rådighed, (for grupper på minimum 12 personer)
- Koordinere træningen på tværs af ældregrupper og sektorer (herunder kørsel for svage ældre)
- Sikre samarbejde på tværs af kommunen og fritidssektoren (eks. idrætten)

Slutteligt fortalte Lis Puggaard, at 30 minutters motion hver dag med moderat intensitet, i mindst 10 minutter ad gangen, forebygger sygdom.

Kommunernes syn på sundhedsopgaverne

Ved Anny Winther formand for Formand for KL's social- og sundhedsudvalg.

Anny Winther startede med at takke for invitationen til at deltage i DAN-SKE ÆLDRE RÅD's konference. Som formand for KL's social- og sundhedsudvalg har hun set frem til muligheden for at komme i dialog med landets ældreråd. Den 1. januar 2007 blev kommunerne sammenlagt, og man skulle være sikker på, at kommunerne var klar til at håndtere de nye opgaver fra dag ét. Særligt bragte reformen meget nyt til sundhedsområdet, hvor den nye sundhedslov indebærer, at det er et fælles ansvar mellem kommuner og regioner at drive sundhedsvæsenet. Finansieringsreformen betød også, at kommunerne fik incitamenter til at begrænse borgernes sundhedsudgifter mest muligt. I denne forbindelse fik kommunerne også ansvaret for genoptræningsområdet samt lovgivning på forebyggelsesområdet. Kommunerne har nu ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og dele af den patientrettede forebyggelse. For at binde alle disse områder sammen, blev der vedtaget et regelsæt om, at der skal indgås en sundhedsaftale mellem den enkelte kommune og regionen. Kommunerne har taget den nye rolle og de nye opgaver på sundhedsområdet meget alvorligt. Der er enighed om, at det er godt at bringe sundhedsopgaverne så tæt på borgerne som muligt.

Når man kigger på hvordan det er gået med de nye sundhedsopgaver, kan man konstatere, at det er gået godt. Når det gælder forebyggelse og sundhedsfremme, er der i dag en bred vifte af tilbud inden for de valgte indsatsområder, og tilbuddene er målrettet forskellige borgergrupper. Det samme gør sig gældende inden

for den patientrettede forebyggelse og sundhedsfremme. Træningsområdet har været i sikker drift siden 1. januar 2007, og det går godt i alle kommuner, faktisk har der ikke været gennemført så meget træning, som siden kommunerne overtog opgaven.

Kommunerne vil gerne være med til at bidrage til at løse indsatsen over for den ældre medicinske patient og andre patienter, der har brug for pleje uden for sygehusvæsenet. Men det er svært for kommunerne at løfte de mange nye opgaver uden at få den fornødne finansiering. Kommunerne har ikke fået en krone til at løfte de mange nye behandlings- og plejeopgaver. Det er derfor nødvendigt, at regeringen anerkender, at der skal tilføres flere ressourcer til kommunerne for at løfte disse opgaver.

Selv om det overordnet er gået godt, betyder det ikke, at der ikke er udfordringer. Kommunerne står over for at skulle forhandle 3. generation af sundhedsaftaler. De allerede høstede erfaringer, vil blive anvendt til at sætte fokus på de kommunale ønsker i de nye aftaler. Vi ved, at den ældre medicinske patient er en patientgruppe som er i vækst, derfor skal vi sammen med regionerne finde gode veje til at sikre god behandling og pleje. Fremover skal vi have bedre styr på hvordan de sammenhængende borgerforløb sikres. I dag oplever for mange ældre medicinske patienter, at det er svært at finde rundt i systemerne. Det kan være svært at vide hvem der har ansvaret for koordinationen, når patienter modtager pleje og behandlinger fra både sygehus, praktiserende læge og kommune. Når det gælder træning, forebyggelse og sundhedsfremme er en særlig stor udfordring, at der fra alle sider er stor forventning om, hvad kommunerne kan og skal

løse. Kommunerne oplever i stigende grad et pres for at levere nye indsatser inden for alle disse områder. Der er ingen tvivl om at kommunerne gerne vil bidrage, men det er også vigtigt og nødvendigt, at der kommer flere penge. Det kan siges, at når der bruges penge på sundhedsfremme og forebyggelse, er det en investering, som kommer igen på et senere tidspunkt, men problemet er, at vi i virkeligheden ved forsvindende lidt om, hvilken reel effekt indsatsen har. Dette er ikke en klagesang, men en præsentation af en af de helt store udfordringer, som kommunerne står overfor, når de arbejder med sundhedsfremme. Vi skal derfor også investere i at få en mere præcis viden om, hvad der virker, og hvad der ikke virker. Vi skal derfor i de kommende år have ekstra meget fokus på at følge op på de indsatser, som vi sætter i gang og følge op på sammenhængen mellem indsatserne. Her vil vi også kunne have stor gavn af en bedre og mere stringent opfølgning. Til sidst berørte Anny Winther emnet social ulighed i sundhed. Ulighed er kendt i alle aldersgrupper, og det er et problem, som vokser. Selv om der har været fokus på problemstillingen, har det været rigtig svært at finde de rigtige løsninger på disse komplekse problemstillinger. Dette er et af de vigtigste områder at prioritere i de kommende år.

Anny Winther sluttede af med at love, at der i kommunerne er masser af vilje til at løfte de mange spændende opgaver og udfordringer inden for sundhedsområdet.

Seminar 1: - Ældre og kommunal rehabilitering

Jette Thuesen, ergoterapeut, ph.d.-stipendiat på Roskilde Universitets Center
e-mail: jettet@ruc.dk, Tlf.: 6177 7280

Jette Thuesen holdt et oplæg om hvordan en moderne rehabiliteringstilgang kan hjælpe den ældre borger til at komme på fode igen efter sygdom og svækkelse.

Rehabilitering på ældreområdet – helhedsorientering og brugerorientering

I Danmark har vi en national definition på ordet rehabilitering. Definitionen er udarbejdet af en bredt sammensat gruppe og angiver at:

”Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Målet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne får et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation, og beslutninger består af en koordineret sammenhængende indsats”.

Vigtigt i denne forbindelse er at lægge mærke til at definitionen ikke bare er fysisk, men derimod mere helhedsorienteret.

Rehabilitering på ældreområdet blev startet i 1970'erne som et led i større videnskabelige og ældrepolitiske forandringer. Grunden til dette var blandt andet, at forskerne begyndte at få nye forståelser af aldrings- og svækkelsesprocessen, samt at de opdagede nye forebyggelses- og rehabiliteringsmuligheder. Der skete altså en forandring i måden, de tænkte aldring på, og det nye var især, at forskerne mente at de kunne gå ind og påvirke aldringsprocessen. Omkring samme tidspunkt blev Ældrekommissionen nedsat, som bl.a. begyndte at se på, hvad samfundet kunne gøre for at fastholde de ældres roller og identitet (længst muligt i eget hjem).

Når der tales rehabilitering, skelnes der mellem geriatrisk rehabilitering (specialiseret rehabilitering som er doku-

menteret og beskrevet og mest foregår på hospitaler) samt almen rehabilitering (som især foregår i kommunerne og er mere hverdags- og funktionsrettet).

Når det kommer til rehabilitering i kommunerne, skelnes der mellem helhedsorienteret rehabilitering og brugerorienteret rehabilitering. Helhedsorienteret rehabilitering fokuserer på det fysiske, psykiske og sociale, med henblik på at være optimerende og kompenserende. Ved denne tilgang skal personen lære at håndtere nye udfordringer, og indsatsen foregår i tværfaglige teams, hvor de sundhedsfaglige og socialfaglige kompetencer kommer i spil. Når det kommer til den brugerorienterede rehabilitering i kommunerne, tager denne tilgang udgangspunkt i personens egen oplevelse af sin situation, samt personens værdier og individuelle mål. Personen er således aktivt deltagende i alle beslutninger der tages, da personen selvsagt er eksperten i sit eget liv. Denne tilgang har dog vist sig svær bl.a. grundet de kommunale strukturer, og fordi det ikke altid er sikkert, at personen vil være med. Når det kommer til de ældre selv, har undersøgelser vist, at mange borgere ikke er interesserede i at deltage i planlægningen og fastsættelsen af målsætninger, men derimod accepterer de planer og beslutninger, som de modtager fra professionelle.

Efter oplægget blev helheds- og brugerorienteret rehabilitering diskuteret af seminarets deltagere. I forhold til rehabilitering er spørgsmålet om tidlig udskrivning fra hospitalerne, og hvorvidt kommunerne er klar til at tage imod de udskrevne patienter, meget vigtigt. Det er desuden meget vigtigt, at respekten for den ældre borger kommer i fokus. Når det kommer til visitatorer har flere oplevet, at visitator stiller ledende spørgsmål i forbindelse med visitationen. Ofte føles det, som om visitator tager mere hensyn til de økonomiske aspekter i hjælpen, frem for hvad borgeren rent faktisk har behov for. Det er vigtigt, at visitator har en solid grunduddannelse og ikke mindst hjertet på rette sted.



Seminar 2: - Tværfaglige møder ud fra en rehabiliterende tankegang

Susanne Bladt, Sundhedsafdelingen, Ældre- og Handicapforvaltningen
e-mail: stb@odense.dk

Helle Vest Madsen, daglig leder, hjemmeplejen
Odense Kommune
e-mail: hmad@odense.dk

Susanne Bladt og Helle Vest Madsen holdt et oplæg om, hvordan det tværfaglige møde mellem borger, hjemmepleje, sygepleje, terapeut og aktivitetspersonale er blevet en naturlig måde at arbejde på i en hjemmeplejegruppe i Odense Kommune.

Tidligere havde kommunen arbejdet på en måde, hvor de faglige personer kom i borgerens hjem efter tur. Ofte skete det i en forkert og ulogisk rækkefølge. Men ved at arbejde mere med rehabilitering og få lavet en fælles definition af rehabilitering og målene med behandling og genoptræning, fandt kommunen ud af, at de forskellige fagpersoner tilknyttet borgeren skulle møde op hos borgeren på samme tid. Gerne også med en pårørende eller en bisidder tilstede. Dette samarbejde blev benævnt multidisciplinært.

Den multidisciplinære tilgang er altså en tilgang, hvor rehabiliteringen er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har, eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation, og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.

I Odense kommune er udgangspunktet for arbejdet med rehabilitering at bevare eller fremme livskvalitet. Rehabiliteringen sørger for, at borgeren genvinder sit tidligere funktionsniveau eller generelt opnår højst mulige funktionsevne. Endvidere forebygger rehabiliteringen tilbagefald og senfølger samt lærer den ældre at mestre sin situation. På denne måde opnås ligestilling i forhold til øvrige borgere med hensyn til personlig frihed i hverdagslivet og deltagelse i samfundet.

I praksis er kommunen gået over til at afholde tværfaglige møder hos borgeren, hvor medarbejderne gør meget ud af at lytte til borgeren. Mødet afholdes, når der er sket en ændring i borgerens situation og afholdes i borgerens hjem. Det er den daglige leder, som skriftligt



indkalder til mødet, og informerer deltagerne om årsagen til mødet, så det er klart for alle. Pårørende inviteres med, hvis borgeren ønsker det. Til mødet deltager alle medarbejdere, som har den daglige kontakt med borgeren. Herudover deltager der altid en kontaktperson, sygeplejerske og terapeut.

I forbindelse med selve mødet arbejder medarbejderne ud fra følgende retningslinjer: Borgeren har ordet – personalet lytter. Der er fokus på borgerens hverdagsliv og ønsker, samt hvad det betyder noget for borgeren. Borgerens funktionsevne – fysisk, psykisk og socialt. Borgerens ressourcer og belastninger i hverdagslivet. Personalet bidrager med egen faglig viden til borger, pårørende og kolleger. Mødet afsluttes med at opsummere de aftaler, der er lavet på mødet, og handleplanen skrives ned.

Til mødet udfærdiges en handleplan med påført kontaktperson. Handleplanen skal sikre at; alle kender borgerens mål, alle ved, hvilke indsatser der er aftalt, alle er ansvarlige for tiltag inden for eget arbejdsområde, og at alle ved, hvornår der skal følges op på aftalerne, og hvem der gør det.

Kommunen er kommet langt med den form for samarbejde, der er til gavn for den ældre og hjemmeplejen i det hele taget. I dag er de tværfaglige møder blevet en del af hverdagen og både en måde at arbejde på og en måde at få samarbejdet til at fungere bedre på. De tværfaglige møder hos borgeren vil fortsætte, men der er stadigvæk mange udfordringer. Kommunen mener, at projektet har givet besparelser og Socialforskningsinstituttet vil lave en undersøgelse, for at se på om denne tilgang har en afsmittende virkning f. eks på antallet af indlæggelser.

Seminar 3: - Førlighed kan genvindes

Ulla Kragh Hove Bak, tidl. centersygeplejerske ved Sevel alderdomshjem.

e-mail: fam-bak@live.dk, Tlf.: 5172 2048

Ulla Kragh Hove Bak holdt et oplæg om hvordan førlighed kan genvindes via genoptræning.

Med en baggrund som revisorassistent har Ulla Bak for få år siden uddannet sig til sygeplejerske med speciale i genoptræning. Inden Ulla Bak begynder sit oplæg, pointerer hun, at hun aldrig ét sekund har fortrudt sit drastiske brancheskift.

Projektets deltagere og mål

Ulla Bak er af den overbevisning, at førlighed kan genvindes. Ud fra denne filosofi har hun ved hjælp af bevilgede midler lige afsluttet et halvårligt projekt med en gruppe af 7 ældre (82-92 år), som alle i høj grad var psykisk og/eller fysisk svækkede. I gruppen af deltagere spændte diagnosen lige fra slidgigt og demens til depression.

Udfordringer i projektet

De fleste ældre der starter genoptræning, er ikke vant til at dyrke motion. Derfor er det som udgangspunkt vigtigt at tænke: "Hvor er den ældre?" og derefter motivere og ikke tvinge den ældre til at deltage aktivt i genoptræningen. Endvidere har det været meget vigtigt at sætte nogle realistiske mål for hvad den ældre ønsker at opnå med træningen. Måden hvorpå personalet har fremlagt projektet for de ældre, er ved at præsentere motion som noget ikke-fremmed og så lægge vægt på fordelene ved at motionere. Ulla Bak mener, at dialog mellem personalet og den ældre er vejen til bedre forståelse af og motivation til projektet.

Projektet i praksis

Som udgangspunkt har det været vigtigt med den pårørendes støtte og opbakning, for at motivere den ældre. Da projektet har omfattet ældre og svagelige personer, har målsætningen også været derefter. Øvelserne i projektet har været simple, men betydelige, idet øvelserne har taget udgangspunkt i at bevare eller genskabe de naturlige bevægelsesmønstre. Den ældre er blandt andet blevet trænet i at rejse sig fra sengen, gå små ture samt andre øvelser der øger pulsen. Det har således været hjælp til selvhjælp. Endvidere har det været vigtigt at lære hvorfor det er vigtigt at bevæge sig, samt at få en glæde ved at bevæge sig.



Resultater og livsglæde under og efter projektet

Ulla Bak beretter, at hun som sygeplejerske, har bemærket et mindsket forbrug af medicin og hjælpemidler blandt deltagerne i projektet. Projektet har ikke kun flasket sig i form af fysiske resultater. I kraft af samarbejdet har projektet også været socialt fremmende, de ældre imellem. Plejehjemspersonalet har under og efter projektet oplevet en reduktion i mobning, da de ældre er kommet hinanden mere ved i forbindelse med projektet. Endvidere har det for personalet været tydeligt, at de ældre har fået en hel del mere overskud i hverdagen, da de pludselig kan komme rundt og besøge hinanden. I forbindelse med træningen kunne det også ses, at beboerne motiverede hinanden.

Projektets afslutning

I projektets afsluttende evaluering, svarede 7 af de 8 deltagere, at de havde fået markant forbedret livskvalitet efter at have deltaget i projektet. Alene den statistik har motiveret Ulla Bak til at søge flere midler hos Velfærdsministeriet, så hun kan starte et lignende projekt for andre beboere på Sevel aldersomshjem. Dog har det også været vigtigt, at ånden i dette projekt har levet videre, efter at midlerne til projektet er stoppet.

Seminarets afslutning

Som en perfekt afslutning på foredraget, måtte deltagerne ud på gulvet og få en smagsprøve på de aktiviteter og øvelser deltagerne i Ulla Baks projekt har været igennem.

Ulla holder gerne oplæg ved arrangementer, hvor hun fortæller om sine erfaringer. Ulla kan kontaktes på tlf.: 5172 2048 eller mail: fam-bak@live.dk

Seminar 4: - Gråzoner på træningsområdet efter strukturreformen

Beate Jarl, faglig konsulent, Ergoterapeutforeningen
e-mail: bj@etf.dk, Tlf.: 5336 4921

Beate Jarl holdt et oplæg om træningsområdet efter strukturreformen. Fokus for oplægget var træningsområdets udvikling og de umiddelbare konsekvenser af strukturreformens udflytning af visse dele af genoptræningen til kommunerne.

Overordnet er Beate Jarl tilfreds med udviklingen, idet der er mere fokus på genoptræning end tidligere, og der gøres meget mere.

Økonomi og ansvar for genoptræning

Regioner og kommuner deles nu om ansvaret for genoptræning, men kommunen betaler 70% af udgiften til hospitalet – også for genoptræning under indlæggelsen. Er der tale om "den specialiserede genoptræning", der foregår ambulantly på hospitalet, betales denne 100% af kommunerne. Men det er et stort problem, at kommuner ikke kan bestemme indholdet af træningen.

Rettigheder og ventetider

Sundhedsloven lovgiver om stationær genoptræning (under indlæggelse) og om specialiseret genoptræning på hospitalet. Efter Serviceloven kan der i kommunen gives ambulantly og almen genoptræning / vedligeholdelsestræning. Men der er ingen lovfæstet ret til/garanti for genoptræning – og ventetiden fastsættes af kommunerne selv.

Som svar på spørgsmål oplyste Beate Jarl, at:

- Egen læge eller en sygehuslæge visiterer kronisk syge til vederlagsfri fysioterapi. Der sker omvisitering hvert halve år via egen læge.
- Et genoptræningscenter er en god ting, men kommunalt selvstyre gør det helt individuelt, om kommunen ønsker at oprette et sådant.
- En borger skal genoptrænes til det samme niveau/funktion, som før indlæggelsen. Men der sker en revurdering efter indlæggelsen, og det kan betyde, at der bliver for lidt genoptræning.



Undersøgelser og dokumentation

Beate oplyste, at genoptræningsområdet er dårligt dokumenteret, og at udgifterne hertil ikke kan sammenlignes på tværs af kommuner, ligesom statistikker over ventetiderne ikke findes på landsplan. Derfor gennemførte Ergoterapeutforeningen, Ældre Sagen, Danske Fysioterapeuter og Danske Handicaporganisationer i 2009 en undersøgelse. Den viser blandt andet, at kvaliteten i genoptræningsplanerne halter. Planerne skal indeholde en beskrivelse af borgerens funktionsevne (på krops- aktivitets-, og deltagelsesniveau). Men kun 1% af kommunerne fandt, at genoptræningsplanerne altid eller næsten altid beskriver borgerens funktionsevne. Kun 4% af kommunerne fandt, at planerne var fuldt ud anvendelige.

Genoptræning og visitation

Kommuner bør visitere til hjemmehjælp / praktisk hjælp og genoptræning samtidig, da tingene hænger sammen. Ældeerrådet kan holde øje med kvalitetsstandarder, og påtale det, hvis der eksempelvis ikke sker samtidig i forbindelse med visitation.

Gennem kvalitetsstandarderne, der udarbejdes én gang årligt, kan ældeerrådet holde øje med de beskrevne ventetider for kommunal genoptræning, men skal også holde øje med genoptræning efter sundhedsloven. Gennem kommunens aftale med regionen i sundhedsaftalerne kan ældeerrådet se og kontrollere aftalerne på træningsområdet vedrørende hospitalsindlagte patienter. Ergoterapeutforeningens hjemmeside, www.etf.dk/rehabilitering giver mange gode oplysninger, dokumentation og ideer.

Seminar 5: - Sundhedsaftaler – samarbejde mellem regioner og kommuner

Peter Simonsen, Afdelingschef, Sundhedsområdet, Afdeling for kommunesamarbejde, Region Syddanmark.

e-mail: Peter.simonsen@regionsyddanmark.dk, Tlf.: 7663 1221

Peter Simonsen holdt et oplæg om sundhedsaftaler og samarbejdet mellem regioner og kommuner. Fokus for oplægget var sundhedsaftalernes indhold, hvordan de nye aftaler adskiller sig fra de første, samt hvad ældreråd skal være opmærksomme på i de kommende aftaler.

Sundhedsaftaler er en del af sundhedsloven og er mere præcist en politisk aftale mellem regionsråd og kommunalbestyrelser. Sundhedsaftaler er samtidig også en administrativ aftale, der skal danne rammerne for det konkrete samarbejde mellem tusinder af medarbejdere. Sundhedsaftalerne har til formål, at styrke samarbejdet om indsatser over for patienter med behov for ydelser i både sygehusvæsenet, praksissektoren og kommunerne. Endvidere understøtter sundhedsaftalerne kvaliteten og den effektive ressourceudnyttelse i opgaveløsningen, samtidig med at de fungerer som et nyttigt instrument til at sikre et sammenhængende patientforløb.

Sundhedsaftalernes udvikling

Sundhedsaftalerne har udviklet sig over tid, og vi er nu ved at nå til den tredje generation af sundhedsaftaler. Den første generation af sundhedsaftaler blev godkendt med bemærkninger af Sundhedsstyrelsen i juni 2007. Disse aftaler var kendetegnet ved at de videreførte de amtslige aftaler, samtidig med at mål og kommissorier tilrettelagde det kommende arbejde inden for rammerne af aftalerne. Desuden indeholdt sundhedsaftalerne en it-strategi samt retningslinjer for de lokale samarbejdsfora.

Den anden generation af sundhedsaftaler blev godkendt af Sundhedsstyrelsen i november 2008. Denne generation af sundhedsaftaler var blandt andet kendetegnet ved, at der blev udarbejdet en samarbejdsaftale mellem

kommuner og region om borger / patientforløb. Endvidere blev der udarbejdet et snitfladekatalog på genoptræningsområdet samt et casekatalog på hjælpemiddelområdet. Desuden bestod sundhedsaftalerne af mange specifikke aftaler, herunder blandt andet en regional samarbejdsaftale for mennesker med sindslidelser.

Den tredje og nyeste generation af sundhedsaftaler skal være indsendt til Sundhedsstyrelsen senest den 31. januar 2011. Disse forventes at blive kendetegnet ved en højere grad af forenkling. Der forventes endvidere at komme en samarbejdsaftale for specifikke målgrupper, herunder børn og unge, alvorligt syge og døende. Desuden vil den næste generation af sundhedsaftaler formentlig fokusere på utilsigtede hændelser, kronisk sygdom samt en fælles kvalitetsstrategi.

I forhold til sundhedsloven ses det, at der i forbindelse med de nye sundhedslove er en tendens til, at opgaver flyttes til primærsektoren, patienter og pårørende. Samtidig bliver indlæggelserne kortere, og der er flere ambulante behandlinger, hvilket betyder, at de indlagte ikke længere bliver raske på sygehuset.

Hvad skal ældrerådene være opmærksom på i forbindelse med de kommende sundhedsaftaler?

I forbindelse med forhandlingerne om de kommende sundhedsaftaler, hvor ældrerådene er høringspart, er det vigtigt at ældrerådene er med til at sikre en god og sikker koordination og kommunikation mellem sygehus, praktiserende læge og kommune. Desuden kan det også være oplagt at fokusere på genoptræning, behandlingsredskaber/hjælpemidler samt ny teknologi og indsatsen over for de kronisk syge.



Seminar 6: - Forebyggelse og sundhedsfremme i Danmark

*Kirsten Nielsen, Projektleder, mag.scient.soc., Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen
e-mail kni@sst.dk, Tlf.: 7222 7509*

Kirsten Nielsen holdt et oplæg om forebyggelsesindsatsen i Danmark i de kommende år. I denne forbindelse gennemgik hun regionernes og kommunernes ansvar på området samt intentionerne med sundhedsloven.

Kirsten Nielsen indledte med at fortælle, at Sundhedsstyrelsen i dag udgiver rapporten "Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark", som består af analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre.

Efter strukturreformen er det i dag Sundhedsstyrelsen som fastsætter de faglige rammer for sundhedsarbejdet i Danmark, og det er regionerne og kommunerne som har ansvaret for forebyggelse og sundhed. I forbindelse med strukturreformen skete en overflytning af opgaver fra amterne til kommunerne og visionen har været, at skabe en decentral offentlig sektor, hvor der er en helhed i sundhedsindsatsen og hvor borgeren er i centrum.

Kronisk sygdom

I rapporten fremgår det at 16% af befolkningen i dag er over 65 år, men om 20 år forventes andelen af personer i denne aldersgruppe at stige til 25% af befolkningen. Den primære årsag til den høje andel i fremtiden er, at vi lever længere, også selv om vi lever med en eller flere kroniske sygdomme.

Halvdelen af alle borgere over 65 år har en kronisk sygdom. Denne gruppe borgere er blevet en fokusgruppe for Sundhedsstyrelsen, der i de kommende år vil arbejde

endnu mere med denne patientgruppe. Samtidig med at Sundhedsstyrelsen fokuserer mere på denne målgruppe, vil styrelsen også fremover være mere opmærksom på, at differentiere inden for kronikersygdomsområdet. Kirsten Nielsen skelnede mellem "yngre ældre" og "ældre ældre", hvor de kroniske sygdomme fylder meget for den sidstnævnte gruppe. Den høje forekomst af sygdomme blandt denne gruppe skyldes blandt andet, at vi bliver ældre og derfor får flere sygdomme. Selv om undersøgelsen har vist at halvdelen af de +65 årige har en kronisk sygdom angiver 84% af de adspurgte, at de føler sig friske nok til at gøre det som de har lyst til. Dette er blandt andet et udtryk for, at de "ældre ældre" som har kroniske sygdomme, har lært det vigtige i at lære at leve med denne type sygdomme. Endvidere har undersøgelsen vist at der i 84 kommuner er patientuddannelser for borgere med kroniske sygdomme.

Den ældre medicinske patient

Den ældre medicinske patient skal i fremtiden behandles bedre. Derfor har Sundhedsstyrelsen nedsat en arbejdsgruppe, der skal belyse, hvordan der kan foretages reduktioner i antallet af genindlæggelser for ældre medicinske patienter. Desuden skal det også belyses hvordan der skabes en sammenhæng i behandlingsforløbet på tværs af kommuner og regioner, så der kan skabes bedre kvalitet i behandlingen for de ældre medicinske patienter og frigøres kapacitet på de medicinske afdelinger.

Debat

Ældrerådenes mulighed for at påvirke udviklingen kan ske gennem fokus på sundhedsaftalerne, hvor forudgående viden på området er væsentlig for gennemslagskraften.



Seminar 7: - Uden mad og drikke...

Anne Marie Beck, ph.d., seniorforsker, afdeling for ernæring, DTU, Fødevareinstituttet
e-mail: ambe@food.dtu.dk, Tlf.: 35887423

Vibeke Høy Worm, Fuldmægtig, Servicestyrelsen
e-mail: vwo@servicestyrelsen.dk, Tlf.: 7242 3975

Projektets hjemmeside: <http://godmadgodtliv.servicestyrelsen.dk>

Anne Marie Beck og Vibeke Høy Worm holdt et oplæg om maden og måltidet. Mad er ofte et overset aspekt i diskussionerne om forebyggelse, træning og rehabilitering. God ernæring er meget vigtig i forhold til den enkelte borgers funktionsevne og afgørende for, om f.eks. genoptræning overhovedet kan nytte.

Servicestyrelsens projekt "God mad – godt liv" sætter bl.a. fokus på denne sammenhæng og har gode råd til, hvordan kommuner kan arbejde videre med ernæringsområdet.

Anne Marie Beck er seniorforsker, Afdeling for Ernæring, DTU og Vibeke Høy Worm er fuldmægtig i Servicestyrelsens ældreenhed.

De ældre spiser for lidt

"Uden mad og drikke, duer helten ikke" siger det gode gamle ordsprog. Anne Marie Beck åbnede sit oplæg med at sætte fokus på, at de fleste ældre generelt spiser alt for lidt.

Kroppens sammensætning ændrer sig med alderen, og ofte er vi ikke i stand til at spise nok. Dette medfører at der bliver mindre muskelmasse og mere fedt og vi dermed mister vore kræfter og ikke længere er i stand til at få den fornødne motion. Dette gør at mange ting bliver mere besværligt for den ældre person. Bare det at komme op om morgenen, og selv tage tøj på, kan blive et problem, med efterfølgende træthed, og så er der ikke energi nok til også at bruge tid på måltidet. Den

onde cirkel er dermed startet. Jo lettere vægtmæssigt, desto tungere er det at komme i gang. Det optimale er, at vi holder den samme vægt hele livet.

Problemet med underernæring blandt ældre findes ofte på hospitaler, plejehjem og hos ældre hjemmeboende, som er afhængige af hjælp til at klare sig i hverdagen. For at afhjælpe problemet med undervægtige ældre, kræves en særlig indsats og viden fra plejepersonalets side. I denne forbindelse er der 3 vigtige ting der skal til, for at holde vægten på det rigtige niveau. Maden skal selvfølgelig være ernæringsrigtig. Den skal også se indbydende ud, og så skal den serveres under hyggelige former. Hyggelige former kunne f.eks. være med en vært der spiser sammen med den ældre og sørger for at skabe den gode stemning. Værten skal også opfordre den ældre til at spise og sørge for at holde samtalen i gang med interessante emner.

Herefter tog Vibeke over og der blev talt om hvad der gør et måltid godt. Det sociale samvær, borddækningen, madens smag og udseende. I dag er der ofte alt for stort fokus på madens pris og kvalitet. Dette er selvfølgelig vigtigt, men det er mindst lige så vigtigt at tage hensyn til den enkeltes ønsker.

Vibeke fortsatte med at fortælle om hvad projektet "God mad-godt liv" drejer sig om. Projektet har til formål at afprøve initiativer hvor kommunalbestyrelserne skal udforme en mad-og måltidspolitik. I denne forbindelse skal madserviceleverandørerne udforme handleplaner, der sikrer måltidspolitikens implementering. De ældre borgere som er med i projektet screenes, så de visiteres i forhold til deres ernæringsbehov. Endvidere indsamles nye ideer til produktionsændringer, emballage og produkter samtidig med der skabes en videreuddannelse og nye praksisrutiner for pleje- og køkkenpersonalet der tilbereder de ældres måltider. Projektet foregår i 5 kommuner: henholdsvis Århus, Roskilde, København, Kerteminde og Mariager Fjord. Projektet forventes afsluttet i efteråret 2010.



Seminar 8: - Udeliv – en del af hverdagen?

*Else Garver, Leder af Forebyggelsesenheden, Sundhedssekretariatet, Vordingborg kommune.
e-mail: elsga@vordingborg.dk, Tlf.: 5536 2888*

Inge Hansen, frivillig tovholder, gå-tur i Vordingborg

Else Garver og Inge Hansen holdt oplæg om et tilbud i Vordingborg kommune om gå-turs aktiviteter for kommunens borgere. Tilbuddet er for ældre borgere som ellers ikke ville komme ud at gå en tur. De ældre borgere får med dette projekt mulighed for, at komme ud at gå, i selskab med en frivillig gå-tur ven. Aktiviteten er organiseret i privat regi med kommunens forebyggende medarbejdere tilknyttet som konsulenter.



Fordele ved at gå tur

Udendørs fysisk aktivitet og samvær med andre er veldokumenterede elementer til at fremme sund aldring. Nogle ældre kommer aldrig eller meget sjældent udenfor. Dette kan blandt andet skyldes at de er bange for at falde, og derfor nødig vil gå alene. Gå-ture er en vigtig del af kommunens sundhedsfremmende indsats, og det er derfor vigtigt at få fat i så mange som muligt. Specielt når kommunen ved, at mange sidder hjemme, uden at komme ud, eksempelvis efter svær sygdom, eller hvis er blevet alene. Gå-ture er således den perfekte aktivitet for ældre mennesker – idet den er skånsom, men samtidig også meget givende. Endvidere kræves der ingen udrustning, risikoen for skader er minimal og gåture kan udføres alle steder året rundt.

Gå-tur-projektet i Vordingborg

Siden 2002 har der været tilbud om gå-tur aktiviteter til ældre, i flere kommuner i det gamle Storstrøms Amt. I dag findes dette tilbud i 4 kommuner (Nakskov, Næstved, Stevns og Vordingborg). Tilbuddet benyttes af ca. 175 ældre, der ellers ikke ville komme ud at gå en tur. De ældre går en tur én gang om ugen sammen med en frivillig gå-tur ven. I kommunen er der i øjeblikket ca. 123 gå-tur venner.

Netværket i Vordingborg i praksis

De ældre borgere oplyses om gå-tur aktiviteterne via en informationspjece, som udleveres af forebyggelsesmedarbejdere, praktiserende læger. De frivillige gå-tur venner melder sig på baggrund af opslag, annoncering, omtale i pressen og gennem venner. I Vordingborg er det Else Hansen der koordinerer de frivillige, så i forbindelse med oplægget kom hun med gode råd om og vejledning til hvordan andre kommer i gang.

Gå-tur konceptet i Vordingborg indebærer:

- at en frivillig organiserer kontakt mellem den frivillige gå-tur ven og den ældre, der har lyst til at komme ud at gå.
- Gå-tur venen henter den ældre på dennes bopæl en gang om ugen på et nærmere aftalt tidspunkt. I fællesskab bestemmes ruten for gåturen.
- Gå-turen slutter ved bopælen igen.

Gå-tur Netværk

Gå-tur Netværk, er et netværk mellem de gå-tur frivillige, i de kommuner der tilbyder gå-tur mulighed. I netværket deltager de kommunale medarbejdere der arbejder med de forebyggende hjemmebesøg og/eller sundhedsfremme og forebyggelse også. Netværket mødes to gange om året for at udveksle og drøfte erfaringer med gå-tur aktiviteterne. I den enkelte kommune er der en arbejdsgruppe bag gå-tur, hvor der også er tilknyttet repræsentant(er) fra kommunens forebyggende arbejde. Kommunen støtter gå-tur økonomisk med et beløb, der dækker telefonudgifter, porto, sammenkomster og kørselsudgifter.



Seminar 9: - Genoptræning med mening og rehabilitering med vilje

*Lykke Jensen, Træningschef, Århus Kommune
e-mail: lyje@aarhus.dk, Tlf.: 8940 6995
Elna Kæstel, Centerchef, Ortopædisk Genoptræningscenter, Århus Kommune
e-mail. elnk@aarhus.dk, Tlf.: 8713 3624*

Lykke Jensen og Elna Kæstel holdt et oplæg om hvordan genoptræningsindsatsen er organiseret i Århus. Her er der fokus på at skabe sammenhængende forløb. Endvidere fortalte de om skiftet af fokus fra kompenserende pleje til en rehabiliterende tankegang.

Lykke Jensen mener, at det er individuelt fra kommune til kommune, hvad der er brug for inden for de forskellige områder i sundhedssektoren og oplyste, at selv om genoptræningen virkede i Århus, er dette måske ikke tilfældet i andre kommuner.

Projekt hverdagsrehabilitering

Århus kommune har etableret sundhedsklinikker i lokalområderne, hvor forskellige faggrupper er placeret under ét tag; fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker osv. Tilsammen udgør disse faggrupper et stærkt team, som varetager projekt "Hverdagsrehabilitering".

I Århus kommunes sundhedsklinikker arbejder de tværfaglige faggrupper på at nedsætte- eller helt at udskyde folks behov for ydelser, i kraft af at gå fra en passiv til en aktiv tilgang, i form af træning. "Selvhjulpethed" er nøgleordet for projekt "Hverdagsrehabilitering". Det er målet, på sigt, at borgeren skal lære at hjælpe sig selv. Vurderes det, at en borger ikke kan blive bedre, så kan de ikke komme med i projektet, men bliver tilbudt pleje. Kvalificerer en borger sig til projekt "Hverdagsrehabilitering", så arbejder alle faggrupper på tværs af hinanden med at lave en rehabiliteringsplan for borgeren.

Projektets succeser

Projekt "Hverdagsrehabilitering" har vist sig at være succesfuldt på flere områder. Ikke kun borgeren har nydt godt af at have de nødvendige faggrupper samlet under ét tag, tværfagligheden har også fremmet sammenholdet mellem de ansatte. Projektet viser sig at have øget borgernes livskvalitet, hvilket gør at medarbejderen oplever succeser i arbejdsdagen. Disse succeser viser sig i kraft af, at sygefraværet er kraftigt nedbragt.

Ortopædisk genoptræningscenter

Centerchef Elna Kæstel er daglig leder af Ortopædisk Genoptræningscenter i Århus som er et lille, men velbesøgt genoptræningscenter, med ca. 1800 brugere om året. Alle brugere af genoptræningscentret, er over 18 år og midlertidigt tilknyttet centret, efter ortopædkirurgisk behandling eller operationer. Genoptræningen er en del af et rehabiliteringsforløb. I forbindelse med genoptræningen lægger man vægt på, at genoptræningen ikke er noget borgeren modtager, men noget borgeren har indflydelse på og deltager aktivt i.

Elna Kæstel beretter, at medarbejderne på Ortopædisk Genoptræningscenter i Århus ikke er bange for at afprøve nye metoder, simpelt hen for at motivere brugeren. Genoptræningscentret har med stor succes benyttet skoven som en del af træningen.

Debat

Det er vigtigt for resultatet at have en træningsplan. Lykke Jensen mente samtidig, at frivillige i højere grad kunne inddrages i hjælpen med genoptræning.



Referat af Socialminister Benedikte Kiær's tale ved DANSKE ÆLDRE RÅD's repræsentantskabsmøde den 26. april 2010

Referat af Socialminister Benedikte Kiær's tale ved DANSKE ÆLDRE RÅD's repræsentantskabsmøde den 26. april 2010.

Socialministeren blev budt velkommen af DANSKE ÆLDRE RÅD's formand Kirsten Feld. Socialministeren kvitterede med at sige, at hun har glædet sig til at komme til DANSKE ÆLDRE RÅD's Repræsentantskabsmøde, hvor hun kunne mærke, at det sitrer med initiativ og virkelyst. Dernæst takkede hun for det gode lokale arbejde, som ældrerådene udfører og ønskede særligt tillykke til alle de nyalgte.

Ministeren startede med at slå fast, at ældrepolitik skal udvikles med så lidt indblanding fra staten som muligt. Ministeren hyldede det lokale demokrati og ældrerådene med ældrerådernes medlemmer som gode eksempler på ældre, aktive og engagerede borgere. Ældrerådene skal sikre, at dialogen udbygges så ældrepolitikken bliver god.

Om udviklingen af ældreplejen sagde ministeren, at den sker gennem forebyggelse og udvikling af muligheden for at blive længst muligt i eget liv og at kunne opretholde sociale relationer. Udgangspunktet for ældreplejen er hjælp til selvhjælp, hvilket støttes gennem forebyggelse og velfærdsteknologi. På disse områder har ministeren set mange spændende projekter.

Planen og lovgivningen om afbureaukratisering skal flytte 900 mio. kr. fra proces- og papirarbejde til "varme hænder". Med lovændringerne arbejdes der med rammerne for ældrerådets virke. Det er ikke hensigten at indskrænke ældrerådernes kompetence, derimod at kommuner og ældreråd skal samarbejde om at tilrettelægge arbejdet. Formålet med ældreråd skal stadig bibeholdes.

Om nedlæggelse af klagerådene oplyste ministeren at baggrunden herfor er at ensrette klageadgang på det sociale område og at klagerådene ingen beslutningskompetence har. En undersøgelse viser, at klagerådssager er en unødigt forlængelse af sagsbehandlingen. Endelig kan forskellige klagegange virke forvirrende for borgerne. Ministeren synes det er godt at ensrette klagevejen.

Det er Benedikte Kiær's opfattelse, at forenklingsforslagene fremover giver kommunerne mulighed for at tilrettelægge indsatserne ud fra lokale behov. Det er ældrerådernes rolle at følge hvorledes forenklingerne føres ud i praksis f.eks. med hensyn til, tilsyn for plejeboliger, forebyggende hjemmesøg og plejeplaner.

Endelig pegede ministeren på, at demensområdet er en anden stor udfordring, og at den Nationale Handlingsplan skal være med til at sikre at de igangsatte initiativer opnår bedst mulig effekt.

Benedikte Kiær afsluttede talen med at rose ældrerådernes lokale arbejde. Hun var sikker på at man i fællesskab kunne sikre en sund og værdig aldring for alle.

I den efterfølgende, meget livlige debat oplyste ministeren som svar på spørgsmål blandt andet:

- Vi kan ikke se ind i fremtiden og se, om velfærdsteknologien økonomisk kommer til at belaste beboerne i plejeboliger. Der ligger et kæmpe potentiale i, at kommunerne bygger fremtidsrettede og konkurrencedygtige ældreboliger, som sætter den ældre i stand til at klare sig selv længere.
- Når der bygges nye hospitaler og almennyttige boliger skal kommunerne tænke Handicapkonventionens krav med ind, allerede fra starten af planlægningen.
- Digitaliseringen handler om kommunikation. Kommunerne har et ansvar for at skrive og kommunikere forståeligt med borgerne. Det er vigtigt at huske, der stadig er mange, der ikke kan bruge nettet – selv om ministeren ikke har hørt, at det handlede om 600.000 borgere. Ministeren vil gerne arbejde for at fremme muligheden for IT-kommunikationen mellem sektorerne. Selv om der er projekter i gang, er der lang vej endnu.
- Klagerådene skal nedlægges for at gøre klagegangen kortere og ensartet. Kommunalpolitikere, der tidligere har fået viden om ældre gennem klagerådsarbejdet får også fremover viden om området. Flere spørgsmål var uenige i ministerens synspunkt.
- Regeringen har afsat ekstra 300 mio. kr. til ældreplejen, men ministeren ved ikke, om midlerne er brugt til formålet.
- Offentlig trafik i yderområderne. Ministeren vil gerne være med til at inspirere til, at kommunerne tænker mere kreativt for at løse med en bedre infrastruktur. På Langeland har man eksempelvis tænkt nyt, således at bus og telebus afløses af andre transportløsninger.

Kirsten Feld takkede ministeren varmt, fordi hun havde taget sig tid og lyst til at debattere med os. Kirsten Feld tilføjede, som et bidrag til debatten om klagerådene, at kun 13% af klagerne i dag går videre til de sociale nævn. De øvrige klagesager løses af klagerådene med en ganske kort sagsbehandlingstid. Derfor ønsker DANSKE ÆLDRE RÅD, at der for de "klagerådssager", der fremover skal afgøres af de sociale nævn sættes en garanteret maksimal sagsbehandlingstid.





Undersøgelser og publikationer

Fra Ankestyrelsen – Praksisundersøgelse om personlige tillæg til folkepensionister

Statsforvaltningen Midtjylland har undersøgt kommunale afgørelser

om bevilling af personlige tillæg til folkepensionister. 57% af sagerne ville blive ændret eller hjemvist til ny behandling i kommunen, hvis borgeren havde klaget over afgørelsen til det sociale nævn.

Læs mere om undersøgelsen på ankestyrelsens hjemmeside på www.ast.dk, publikationer, nyt fra ankestyrelsen, Nyt fra Ankestyrelsen nr. 1. marts 2010

Ældrerådene spørger

Arbejdsmarkedsbidrag

Et ældreråd har spurgt DANSKE ÆLDRE RÅD om der skal betales arbejdsmarkedsbidrag af mødediæter?

Arbejdsmarkedsbidrag (AM-bidrag) bliver også kaldt bruttoskat, og udgør 8% af udbetalte personlige indtægter. Derfor gør det ingen forskel om modtageren er folkepensionist. Ældrerådsmedlemmers mødediæter følger reglerne for diæter til offentligt ansatte, og SKAT skriver herom: *"Diæter til offentligt ansatte, som falder uden for de almindelige regler om skattefri rejse- og befordringsgodtgørelse, er skattepligtige, og der skal trækkes AM-bidrag, SP-bidrag og A-skat af sådanne diæter."*

Medlemmer af ældreråd, der modtager diæter, skal derfor også betale AM-bidrag. Til gengæld trækkes ikke AM-bidrag af "kilometerpenge".

Erhvervsaktive ældrerådsmedlemmer

DANSKE ÆLDRE RÅD har fået en henvendelse fra et ældrerådsmedlem, der gerne ville i kontakt med andre – stadig erhvervsaktive – medlemmer af ældreråd.

Sekretariatet har i forbindelse med ældrerådsvalgene i efteråret 2009, undersøgt frekvensen af erhvervsaktive ældrerådsmedlemmer. Det fremgår af undersøgelsen at 27 ældreråd har én eller flere erhvervsaktive medlemmer.

En liste over hvilke ældreråd der har erhvervsaktive medlemmer, kan ses på DANSKE ÆLDRE RÅDs hjemmeside, under menupunktet for medlemmer.

www.danskeaeldreraad.dk, kun for medlemmer. I feltet 'bruger' skrives 2007 og i feltet 'password' skrives medlem.

Jernbane Allé 54, 3. th.
2720 Vanløse

Tlf. 3877 0160
info@danske-aeldreraad.dk
www.danske-aeldreraad.dk

**Nyhedsbrevet er udgivet af DAN-
SKE ÆLDRE RÅD**

Oplag: 1.700
ISSN 1903-0495 (Papirform)
ISSN 1903-0509 (Online)

Næste nr.: September 2010

DANSKE ÆLDRE RÅD

Formand Kirsten Feld
Tlf. 4632 1886 Mobil: 2056 7022

Næstformand Jens Erik Madsen

Tlf. 8648 1151 Mobil: 2161 0737

Ansvarshavende

Kirsten Feld

Redaktion

Marianne Lundsgaard
Martin Yhlén

Sekretariatet

Marianne Lundsgaard
Sekretariatsleder
ml@danske-aeldreraad.dk
Tlf. 3877 0162

Karin Kirchherr

Bogholder/kursussekretær
kk@danske-aeldreraad.dk
Tlf. 3877 0161

Martin Yhlén

Ældrepolitisk konsulent (barselsvikar)
my@danske-aeldreraad.dk
Tlf. 3877 0164

Lise Sørensen

Ældrepolitisk konsulent
(barselsorlov)

Dorthe Neergaard

Ældrepolitisk konsulent
dn@danske-aeldreraad.dk
Tlf. 3877 0163

Louise Scheff Hansen

Studentermødnehjælp
lsh@danske-aeldreraad.dk
Tlf. 3877 0167

Tryk

Kailow Graphic



Fra ældreråd til ældreråd

Et ældreråd samarbejder i øjeblikket med en kommune om at udarbejde en informationsfolder for kommende pensionister. I denne forbindelse har ældrerådet kontaktet DANSKE ÆLDRE RÅD for at høre om andre ældreråds erfaringer med dette. Hvis der er nogle som har lyst til at dele deres erfaringer med hensyn til

orienteringsfoldere for nylige eller kommende pensionister, må ÆLDRE RÅDENE meget gerne elektronisk indsende kommunernes orienteringsfoldere til DANSKE ÆLDRE RÅD. DANSKE ÆLDRE RÅD vil herefter publicere disse på DANSKE ÆLDRE RÅDs hjemmeside, til inspiration for andre ældreråd.

DANSKE ÆLDRE RÅDs aktiviteter, kalender 2010

Juni

17. FU-møde

Juli

Sekretariatet holder ferielukket i uge 28, 29 og 30

August

18. FU-møde
25. + 26. Bestyrelsesseminar

September

Temadage: Det kommunale budget (2012), herunder det gode høringssvar på budget og ældrerådernes økonomi (uge 39 endelige ugedage ikke fastlagt).

Oktober

18. FU-møde
Temadage: Det kommunale budget (2012), herunder det gode høringssvar på budget og ældrerådernes økonomi (uge 40 endelige ugedage ikke fastlagt).

November

3. Bestyrelsesmøde
Konference: Demens og retssikkerhed (uge 45 eller 46 endelig dato ikke fastlagt).