DANSKE ÆLDRERÅD NYHEDSBREV 2, 2017

19. årgang
maj 2017

Fra holdning til handling

Som de fleste sikkert har læst i DANSKE ÆLDRERÅDS pressemeddelelse fra d. 24. april, er jeg meget glad og ydmyg over den tillid størstedelen af repræsentantskabet viste mig, da de valgte mig som ny landsformand for DANSKE ÆLDRERÅD.
Der vil for mig sammen med de to nyvalgte næstformænd samt bestyrelsen blive meget at leve op til. Men jeg er som ny landsformand klar!

DANSKE ÆLDRERÅD har igennem lang tid arbejdet med forskellige handleplaner. Ofte har jeg oplevet, at disse ikke har været konkrete nok til at danne et ordentligt og effektivt arbejdsgrundlag, hverken for sekretariatet eller bestyrelsen.

På ét af de førstkommende bestyrelsesmøder vil jeg foreslå, at DANSKE ÆLDRERÅD ændrer handleplanerne til at være konkrete målbare indsatsområder, der bevæger sig fra holdning til handling.
Det er for mig vigtigt, at bestyrelsen altid vil være tro over for de indsatsområder, der vil blive formuleret og være med til at udbrede disse lokalt i form af en løbende debat.

DANSKE ÆLDRERÅD skal have meninger og være debatskabende i medierne, hos samarbejdsparterne, hos de politiske partier, i Folketinget og hos ministrene.
For mig, som nyvalgt landsformand, er det vigtigt at fastslå, at ligeværd imellem alle 98 ældreråd i Danmark er vigtigt. Det er ofte de små klokker, der ringer klarest.
For mig er hele livet en læreproces, og det kommer også til at indgå som et vigtigt parameter i arbejdet i DANSKE ÆLDRERÅD.

DANSKE ÆLDRERÅD repræsenterer imellem 25 og 27 pct. af Danmarks befolkning.
Denne store befolkningsgruppe har fortjent at DANSKE ÆLDRERÅD *mener* noget, *siger* noget og ikke mindst *gør* noget.
Alle de konkrete erfaringer jeg, op til formandsvalget, indhøstede hos mange forskellige ældreråd og foreninger, har givet mig en idé om, at DANSKE ÆLDRERÅD skal være meget mere udfarende og turde mene noget om de forskellige væsentlige mærkesager.

DANSKE ÆLDRERÅD har brug for en ledelse og en bestyrelse, der grundigt prioriterer og reflekterer den egentlige opgave – at være et stærkt landsdækkende organ, der arbejder sammen med alle 98 ældreråd i landet, der fører frem til en brugbar model for ny konsensus, hvor alle ældreråd vil opleve at blive hørt og føle sig inspireret til det daglige arbejde med embedsmænd og lokalpolitikere.

Erik Stagsted,
Landsformand DANSKE ÆLDRERÅD

INDHOLD:

Er klipning af tånegle personlig pleje?	2
Debat: Forløbskoordination hjalp heller ikke	5
En kort fortælling om PiU og SBR	6
DANSKE ÆLDRERÅDs miniundersøgelse	8
Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner	11
Nyt fra ministerier og styrelser	13
Projekter og publikationer	14
Nyt fra DANSKE ÆLDRERÅD	16
Ældrerådene spørger	19
Temadage og konferencer	20
Aktivitetskalender	20

På bestyrelsesmøde d. 16. maj blev Mogens Rasmussen fra Middelfart Ældreråd valgt som 1. næstformand, og Kirsten Nissen fra Københavns Ældreråd blev genvalgt som 2. næstformand.

Hører klipning af tånegle til under ’personlig pleje’, eller er det en ’specialiseret sundhedsfaglig indsats’?

I DANSKE ÆLDRERÅDs sekretariat har vi gennem tiden modtaget en del henvendelser vedrørende klipning af tånegle. Der synes løbende at opstå tvivl i kommunerne om, hvordan de lovgivningsmæssige regler på området er: Hører området under Serviceloven eller Sundhedsloven? Er det en ydelse borgerne har krav på, kan få tilskud til eller de selv skal betale?

Den seneste henvendelse i sekretariatet drejer sig om en ældre borger med Alzheimer, som bor på plejecenter. Pårørende til borgeren har tidligere tilkøbt privat ekstrahjælp til bl.a. gåture, ordne hår og klipning af tånegle. De pårørende er nu blevet gjort bekendte med at klipning af negle hører under den ukomplicerede ’personlige pleje’, som man kan forvente at få løst af det faste plejepersonale på plejecenteret. Nu møder de pårørendes forventninger til dette modstand på plejecenteret, idet plejecenteret tilkendegiver, at tå-negleklipning ikke er en del af pakken på et plejehjem. Men hvem har egentlig ret?

Andre henvendelser går ofte på, at man som borger ikke i kommunens kvalitetsstandarder kan læse om praksis for klipning af tånegle. Dette skaber forvirring. For er ydelsen, ’klipning af tånegle’, en ydelse som kommunen selv *kan vælge* om de vil tilbyde, eller er det lovgivningsmæssigt en ydelse som *skal* være en del af kommunens ydelseskatalog. Allerede nu kan sløret så løftes for, at det sidste gør sig gældende, men hvorfor og hvornår?

Her i artiklen er hensigten at give præcis information om disse spørgsmål, samt redegøre for den gældende lovgivning, forklare hvorfor ’klipning af tånegle’ i nogle tilfælde skal varetages af plejeren, som varetager den daglige personlige pleje, og i andre tilfælde skal varetages af f.eks. en autoriseret specialiseret fodterapeut. Desuden vil teksten komme med inspiration til ordlyden om negleklipning i de kommunale kvalitetsstandarder.

Både klipning af finger- og tånegle hører med til personlig pleje i Serviceloven

I en principafgørelse nr. 33 -16 om fodpleje - fodbehandling - personlig pleje, af 23. juni 2016, slog Ankestyrelsen fast, at kommunen skal tilbyde personlig hjælp og pleje til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver. Dette omfatter også fodpleje. Kommunen skal alene tilbyde borgeren fodpleje efter bestemmelsen om personlig hjælp og pleje i servicelovens § 83, hvis der er tale om hjælp til *ukompliceret fodpleje* og ikke *egentlig behandling*. Ukompliceret fodpleje omfatter bl.a. klipning af negle (tæer og fingre), og at få fødderne indsmurt i creme.

Foto: © foto-arkiv.dk A. Garth-Grüner

Loven siger altså, at hvis der er tale om almindelige/ukomplicerede fødder/negle, så ER det en del af det forventede arbejde under Serviceloven. *Ukompliceret fodpleje*, med klipning af tånegle, hører således med til den daglige pleje/personlige hygiejne, og er en opgave, som skal udføres af personalet, der i forvejen hjælper borgeren med personlig pleje. Negleklipning udføres på lige fod med f.eks. personlig vask, skægpleje, af-og påklædning, samt eventuelt at få smurt fødderne i almindelig fugt- og blødgørende creme - jf. Servicelovens § 83.

Hvornår hører fodbehandling og klipning af tånegle under Sundhedsloven?

Vi har lige slået fast, at kommunen alene skal tilbyde borgeren fodpleje efter bestemmelsen om personlig hjælp og pleje i servicelovens § 83, når der er tale om hjælp til *ukompliceret fodpleje* og ikke *egentlig behandling*. Er der derimod tale om behandling, skal udgifterne dækkes efter Sundhedsloven og ikke efter Serviceloven. Servicelovens regler om dækning af merudgifter kan heller ikke anvendes til fodpleje eller fodbehandling. Det skyldes, at reglerne om merudgifter er subsidiære i forhold til anden lovgivning. Når udgifterne, som

Af Lisbeth Grøndahl, ældrepolitisk konsulent, DANSKE ÆLDRERÅD

tilfældet er her, kan dækkes af andre bestemmelser i eller uden for den sociale lovgivning, kan reglerne om merudgifter ikke finde anvendelse.

Hvis en ældre borger på et plejecenter eller i eget hjem har så 'krævende' fødder (f.eks. med nedgroede negle, fissurer i negle, fortykkede negle, sår på tæer, samt de fleste borgere med alvorlig diabetes), vil fodbehandlingen ofte have karakter af en egentlig 'behandling', under Sundhedsloven. Her vil det typisk være personalet på plejecenter, hjemmesygeplejersken, pårørende eller borgeren selv, som skal sørge for, at denne ydelse er lægefagligt bevilget.

Når fodpleje og fodbehandling er lægefagligt vurderet til at kræve særlig opmærksomhed og behandling, skal bl.a. klipning af tånegle, fodpleje, sårpleje og indsmøring med receptpligtige cremer varetages af en autoriseret fodterapeut, sygeplejerske eller hjemmesygeplejerske, alt efter, hvilken fagperson den lægefaglige vurdering og ordination fastsætter.

Klipning af tånegle er ikke en ydelse, som kommuner selv kan vælge at tilbyde

I historien først i artiklen må vi gå ud fra, at den ældre dame på plejecenteret

har helt ukomplicerede tånegle/fødder. Da plejecenteret yder kvinden "hjælp til personlig hygiejne/pleje" efter Servicelovens § 83, så skal kvinden altså have klippet sine tånegle, som en naturlig del af "hjælp til personlig hygiejne/pleje". En kommune kan altså ikke selv vælge om ukompliceret fodpleje inkl. klipning af tånegle, skal være en del af kommunens ydelse. Afgørende er det dog, at borgeren er visiteret ydelsen "hjælp til personlig hygiejne/pleje", idet borgeren ikke selv kan udføre den personlige hygiejne/pleje.

For borgere, som klarer den personlige pleje selv og ikke har behov for ydelsen "hjælp til personlig hygiejne/pleje" i ordets egentlige forstand, men som *ikke selv kan* klippe tånegle, gælder samme regler. Her skal "hjælp til personlig hygiejne/pleje" dog visiteres af kommunen, men eksempelvis kun som en ydelse hver 4. uge, kun til klipning af tånegle. Er der tale om fødder/tæer, som kræver en egentlig 'behandling', gælder Sundhedsloven naturligvis også i dette tilfælde, efter samme regler som beskrevet tidligere.

En borger, som selv vurderes selv at være i stand til at kunne ordne sine fødder/tæer, vil naturligvis ikke kunne påberåbe sig kommunens hjælp til fodpleje inkl. klipning af tånegle. Mange ældre vælger selv at finansiere at få fødderne ordnet hos fodterapeut, hvis man ønsker dette.

Love og regler om kvalitetsstandarder for personlig og praktisk hjælp

Kvalitetsstandarder er et redskab til at arbejde med kommunens serviceniveau, bl.a. for hjælp til personlig hygiejne/pleje og praktisk hjælp. Kommunalbestyrelsen skal mindst én gang årligt udarbejde disse kvalitetsstandarder, som skal indeholde generel information til borgerne, om den hjælp de kan forvente fra kommunen, hvis de har- eller får behov for personlig og praktisk hjælp.

Serviceloven fastsætter bl.a., at kvalitetsstandarder skal indeholde en beskrivelse af det serviceniveau, kommunalbestyrelsen har fastsat for disse ydelser efter lovens §§ 83 og 86. Beskrivelsen af indholdet, omfanget og udførelsen af hjælpen, skal være *præcis* og *skal danne grundlag* for, at der *sikres sammenhæng* mellem serviceniveau, de afsatte ressourcer, afgørelserne samt leveringen af hjælpen. I Vejledning nr. 2 til Serviceloven, præciseres desuden: "det er vigtigt, at fastholde fokus på, at formålet med kvalitetskravene er at sikre en professionel, kvalificeret og værdig behandling af hjemmehjælpsmodtagerne".

Således er der altså krav til indhold og opbygning af kvalitetstandarder, og i den sammenhæng kan man vidst godt tale om gode og dårlige standarder.

Forskellen på, om en standard bliver god/dårlig, kan ofte imødegås ved at forholde sig til spørgsmålet – Hvem skal kunne forstå og bruge standarden? Svaret er hjemmehjælpsmodtageren, borgere og pårørende, samt medarbejdere i hjemmeplejen og i kommunens forvaltning/visitation. Er standarderne skrevet præcist, tydeligt og dækkende, vil chancen være optimal for, at alle de nævnte implicerede parter forstår ydelsen og kan samarbejde omkring kvalitetsniveauet. Er det modsatte tilfældet, som f.eks. nævnt i starten af teksten, at kvalitetsstandarden ikke oplyser om klipning af tånegle, skaber dette forvirring og forkerte forventninger hos parterne.

Ved granskning af en lang række kommuners kvalitetsstandarder på området, er det tydeligt, at mange kommuner ikke er bevidste om Ankestyrelsens stadfæstelse af 23. juni 2016. Er der tale om 'ukompliceret' fodpleje, med klipning af tånegle, hører dette med til daglig hygiejne/pleje, og er en opgave for kommunen, jf. Servicelovens § 83. I mange kommuner står der tværtimod, at klipning af tånegle ikke hører med.

Eksemplet, i boksen til højre, er fra en kommune, som i henhold til loven oplyser korrekt om klipning af tånegle

	Hjælp til personlig hygiejne/pleje kan omfatte følgende opgaver:
Bad	Sengebad Brusebad
Personlig pleje	Alm. kropsvask Hårvask/balsam Tand-/protesebørstning Mund-/øjenpleje Barbering Frisering Negleklipning - fingre/tæer – ("ukompliceret") Øvre-/nedre toilette
Hudpleje	Ukompliceret hudpleje, - cremer, deodorant etc. Pleje af vanskelig hud (indsmører i cremer efter ordination)
Af- og påklædning	Tøjvalg efter borgerens ønske, dog med hensyn til vejr, om tøjet er rent etc.
Kateter og stomipleje	afvaskning, posepåsætning og -skift, hudpleje ved skift
Toiletbesøg	Hjælp til at komme til og fra toilettet Bækkengivning Tømning af urinkolber og toiletspand Skiftning af ble
Kropsbårne hjælpemidler	Isætning af og rensning af høreapparater samt batteriskift Brillepudsning Støttestrømper Støttekorset, proteser, halskrave m.v.
Forflytninger	Op af og i seng, - stol, og - kørestol
Vending og lejring	I stol, seng m.v.
Andet	Oprydning i forbindelse med ovennævnte ydelser, herunder sengeredning, snavsetøj lægges til vask, aftørring efter bad/toilette, vask af støttestrømper, rengøring af hjælpemidler, tømning af skraldespand m.v. er tilknyttede ydelser. Desuden ved behov informere om kommunens tilbud om aktiviteter, daghjem, aflastning og træning, samt efter behov hjælpe med kontakt til visitator, ergo-/ fysioterapeut m.v. hvis borger har behov for at blive visiteret til andre, nye eller færre ydelser.
Hvad kan du ikke få hjælp til?	Ved negleklipning af "komplicerede" fødder, hvor forholdene er komplekse, som kræver specialredskaber og specielle faglige kompetencer (ex. sukkersyge, dårligt kredsløb, nedgroede negle, fissurer, kraftigt forhorede negle etc.), bør fodpleje/negleklipning varetages af en autoriseret fodterapeut, evt. efter lægefaglig ordination jf. Sundhedsloven.

Læs Ankestyrelsens principafgørelse nr. 33 -16 om fodpleje - fodbehandling - personlig pleje, af 23. juni 2016 her.

Debat: Forløbskoordination hjalp heller ikke…

Svækkede ældre medicinske patienter oplever ikke, at de har fået mere sammenhængende forløb efter det storstilede projekt om forløbskoordination, som har kørt som led i den nationale handlingsplan for ældre medicinske patienter. Det konkluderer Martin Buch fra KORA i sin slutevaluering af projektet i december 2016. Faktisk vurderer over 80 procent af de fagpersoner, der arbejdede med særligt svækkede ældre medicinske patienter i 2016, at der kun i ringe eller nogen grad er tværsektoriel sammenhæng i forløbene. Ganske tankevækkende er tallene i 2016 faktisk lidt ringere, end de var i 2014, da projektet startede.

Det storstilede Integrated Care-projekt i Odense, som også skulle skabe bedre forløb for medicinske patienter med udgangspunkt i bl.a. ambitiøse fælles forløbsplaner, blev ligeledes i 2016 evalueret som en fiasko. Hverken patienter eller fagpersoner så den helt store nytte, selv om både kommunen og regionen brugte flere ressourcer på de borgere, som var med i forsøget.

100 ideer – ingen ved, hvad der virker

Problemet med den tværsektorielle sammenhæng er åbenbart svært at få hold på. De to ovenstående eksempler er værd at huske på, når nu planen for det sammenhængende sundhedsvæsen snart bliver afsløret. Godt nok er de flestes forventninger ret små. Kommissoriet var ikke særlig ambitiøst, men de faglige aktører har dog været ganske aktive med at finde løsninger på sammenhængsproblemerne: PLO er fx kommet med 28 forslag, Lægeforeningen har bidraget med 16 ideer, Dansk Sygeplejeråd spiller ind med 15 anbefalinger, Danske Patienter finder 10 principper, og KL identificerer 41 konkrete muligheder. I alt er der mere end 100 løsninger at kaste sig over.

Hver især er de mange mulige tiltag meningsfulde, men meget få er bakket op af evidens for, at det reelt skulle hjælpe på problemstillingen. I de 100 forslag gemmer der sig med stor sikkerhed temmelig mange projekter som ”forløbskoordination” eller ”Integrated Care”, hvor projekter lover temmelig meget mere, end de magter at levere i praksis.

Af Jakob Kjellberg, professor, programleder for Sundhed, cand.scient., *m.sc. Health Econ*

Debatindlægget har været bragt på Koras hjemmeside den 6. februar, og kan findes her.

Søges: Mod til at lade sig evaluere

Integrated Care-projektets forsøg på at skabe sammenhæng var stæerkt inspireret af et tilsvarende forsøg i North West London. Det havde den fordel, at der faktisk var erfaringer med det i en anden setting. Men forsøget i London var ikke evalueret, da projektet i Odense gik i gang. Tankevækkende nok viste den engelske evaluering ret præcist de samme resultater som den danske. Havde vi haft tålmodighed til at afvente de andres erfaringer, kunne vi have sparet en del kræfter. Tilsvarende bør vi overveje nøje, hvordan vi udruller de ”løsninger”, som bliver en del af den længe ventede plan for det sammenhængende sundhedsvæsen.

Integrated Care-projektet i Odense og projektet med forløbskoordination i den nationale handlingsplan kan måske ikke fremhæves for deres gode resultater. Men de bør fremhæves for deres mod til at lade sig systematisk evaluere. Der er næppe tvivl om, at uden de evalueringer ville langt flere have gentaget hinandens fejltagelser. Trods skuffelserne går opgaven med at sikre bedre tværsektoriel sammenhæng jo ikke væk. Og blandt de mere end 100 forslag er der forhåbentlig nogle, der virker. Men det finder vi kun ud af, hvis vi har modet til at underkaste dem en systematisk evaluering.

En kort fortælling om PiU og SBR

Patientinddragelsesudvalget (PiU) – Baggrund for etablering og arbejde
Patientinddragelsesudvalget (PiU) blev besluttet af Folketinget og sat i kraft den 19. marts 2014 af daværende sundhedsminister Nick Hækkerup, som fik bemyndigelse til at fastsætte de nærmere regler i en bekendtgørelse. Medlemstallet i udvalget blev i første omgang fastsat til syv: Tre fra patientforeninger, tre fra handicaporganisationer og ét fra Ældre Sagen.

Ved politisk lobbyarbejde blev antallet ændret til otte, så der blev plads til et medlem og en stedfortræder, indstillet af regionsældrerådet i den pågældende region. Det er værd at bemærke, at 'regionsældreråd' dermed for første gang er omtalt i en lovtekst.

Lovens §4: "Udvalget skal systematisk inddrages i drøftelser af emner, der ligger inden for
- Praksisplanerne for almen praksisplanudvalgets emneområder
- Sundhedskoordinationsudvalgets emneområder

Og kan i øvrigt drøfte og kommentere emner, som udvalget finder, er relevante for sammenhængen i patientforløb mellem sygehus, praksissektor og kommunale tilbud. Udvalget behandler ikke enkeltsager."

I Region Midtjylland er regionsældrerådet repræsenteret ved Jens Erik Madsen (Norddjurs) med Kate Runge (Aarhus) som stedfortræder. Formand er Birgit Hagen (Gigtforeningen) og Jens Erik er næstformand. Udvalget holder 4-5 møder om året i Regionshuset eller på en af regionens institutioner.

På det første møde skulle udvalget udtale sig om forslaget til en ny sundhedsaftale mellem Regionen, kommunerne og de praktiserende læger. Vort svar på spørgsmålet om patienternes ønsker lød:
"Jeg ønsker mig et overskueligt sundhedsvæsen
- som byder mig velkommen
- som giver mig tryghed
- som inddrager mit netværk
- hvor jeg forstår, hvad de siger
- og hvor medarbejderne har empati"

Regionsældrerådet skrev og foreslog endnu 'en pind'
- "og som følger mig helt hjem".

Fra 1. juli 2016 er der ved lov skabt mulighed for, at regionsrådet kan beslutte at yde mødediæter og kørselsgodtgørelse til medlemmernes deltagelse i møderne. Beslutningsreferater fra udvalgets møder udsendes til orientering for regionens ældre- og seniorråd.

På www.sundhedsaftalen.rm.dk findes en sjov lille film, som på en god måde fortæller, hvad det hele drejer sig om, nemlig **et sundhedsvæsen på borgerens præmisser**.

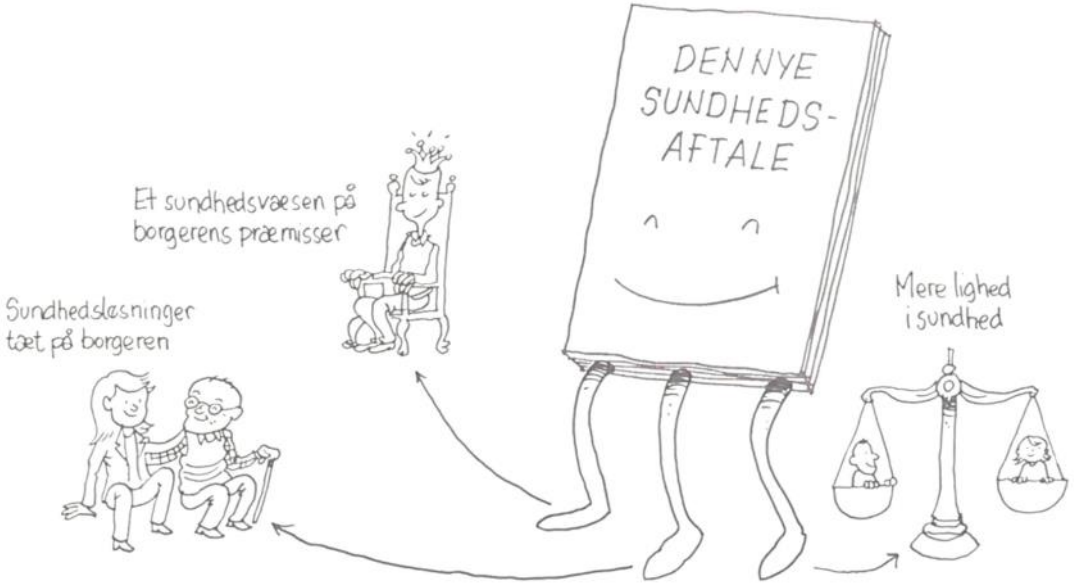
Af Jens Erik Madsen, formand for ældrerådet i Norddjurs Kommune

Formanden for DANSKE ÆLDRERÅD indbyder til et årligt møde med alle fem regioners medlemmer og stedfortrædere, som er udpeget af et regionsældreråd. I 2016 fandt mødet sted den 16. marts i Odense. I 2017 blev mødet udsat på grund af mange afbud og forestående skift af formand i DANSKE ÆLDRERÅD. Den 12. oktober 2016 afholdt Danske Regioner et seminar for alle medlemmer af PiU i Fuglsangcentret i Fredericia. Der findes et referat fra dette møde.

Sundhedsbrugerrådet (SBR)

I Region Midtjylland besluttede regionsråd, at man ønskede at involvere en bredere personkreds i dialogen om regionens sundhedsvæsen. Derfor besluttede regionsrådet den 28. maj 2014 at oprette et sundhedsbrugerråd med et bredere kommissorium, end PiU har. SBR består af 14 medlemmer, nemlig de 8 personer fra PiU plus yderligere seks personer efter indstilling fra patientforeninger og regionsældrerådet.

Funktionsperioden er 20. august 2014 til 31. december 2017. Formandskabet er fælles i PiU og SBR, og møderne holdes som regel i forlængelse af hinanden. Regionsældrerådet er i SBR repræsenteret ved K. B. Nielsen (Ringkøbing-Skjern) med Lis Jakobsen (Lemvig) som stedfortræder. Der udsendes referater som for PiU og udbetales diæter og kørselsgodtgørelse. Der findes også et SBR i andre regioner end Midtjylland.



Resultater fra DANSKE ÆLDRERÅDs miniundersøgelse 2017

Det mener 32 ældre-/seniorrådsformænd!
DANSKE ÆLDRERÅDs sekretariat har fået et varigt årligt tilskud til bl.a. at styrke oplysnings- og rådgivningsarbejdet til ældre-/seniorråd. I første omgang har sekretariatet ansat en sundhedsfaglig medarbejder, og i løbet af 2017 vil sekretariatet blive opnormeret yderligere med en kommunikationsfaglig eller journalistisk medarbejder. For at skaffe sekretariatet viden om, hvad ældreråd-/seniorråd tumler med af sundhedsfaglige/-politiske problemstillinger, samt hvilke områder de mangler viden om, har sekretariatet gennemført en telefonisk mini-undersøgelse blandt 32 ældre-/seniorrådsformænd. Formændene blev desuden spurgt om forbedringsforslag og ideer til sekretariatet. Sekretariatet gennemførte undersøgelsen i februar ud fra et struktureret spørgeskema. Bestyrelsens medlemmer blev ikke interviewet, da de på bestyrelsesseminaret i august gav deres mening til kende.

Formænd der deltog i miniundersøgelsen var udvalgt i forhold til kommunens størrelse, geografiske spredning, og om der er tale om en land- eller bykommune. Sekretariatet har tilstræbt en så repræsentativ udvælgelse i alle 5 regioner, for at få et realistisk billede af de sundhedsfaglige opgaver og problemstillinger, der på landsplan optager landets ældre-/seniorråd. De 32 formænd optræder anonymt i undersøgelsen.

Undersøgelsen tegner et billede af nogle meget aktive ældre-/seniorråd. De tager mange initiativer, f.eks. retter de henvendelse til politikere, forvaltning eller presse, arrangerer møder med politikere, forvaltning eller ældreorganisationer og inviterer borgere til debatmøder. Mange ældre-/seniorråd tilkendegiver, at de i stigende grad føler sig hørt i deres kommune/forvaltning, og mange fremhæver et meget konstruktivt samarbejde med kommune/forvaltning. En stor del af ældre-/seniorrådsformændene udtrykker desuden glæde ved, at de ofte kan konstatere, at den løsning, bekymring eller 'løftede pegefinger', som de har bidraget med, enten bliver valgt, hørt eller taget til efterretning.

Væsentligste sundhedsfaglige/-politiske problemstillinger i 2016/-17
Af sundhedsfaglige/-politiske problemstillinger, som har optaget ældre-/seniorråd mest, blev værdighedsmilliardens initiativer, demensområdet, spørgsmål og initiativer vedr. ældreboliger, plejecentre, oldekolle m.v. samt emner vedr. personlig pleje og omsorg nu praktiseret i et hverdagsrehabiliterende perspektiv, nævnt som de hyppigste. Af andre væsentlige områder blev også nævnt; problemer og løsninger for udbygning af det nære sundhedsvæsen de kommende år, behovet for lægefaglig behandling i kommunerne, tilsyn på plejecentre og plejecentrenes funktion. Ensomhed, emner om plejecenterbeboernes rettigheder og informeret samtykke, de pårørende, kvalitetsstandarder og den ældre medicinske patient, har også fyldt meget i ældre-/seniorrådenes arbejde. Temaet mad, måltidet, og storkøkkener versus maden retur på plejecentrene var også et af de væsentlige områder i kommunerne.

Af Lisbeth Grøndahl, ældrepolitisk konsulent, DANSKE ÆLDRERÅD

Arbejdet med Værdighedsmilliardens initiativer blev nævnt som den hyppigste
Hver kommune i Danmark har i 2016 formuleret en værdighedspolitik, der beskriver de overordnede værdier og prioriteringer på ældreområdet. Dette punkt har haft meget stort fokus i mange kommuner, bl.a. fordi midlerne i Værdighedsmilliarden nu også er blevet omsat til initiativer i kommunerne. Langt de fleste formænd nævner, at de har tilsluttet sig og arbejdet for, at midlerne skal anvendes til såkaldte 'varme hænder'. I langt de fleste kommuner er pengene da også anvendt til mere personale, der hjælper de ældre på plejehjem og i den kommunale hjemmepleje. Dette både i form af omsorg og aktiviteter. Konkrete svar fra formændene er: en bedre dækning i nattevagt og/eller i aftenvagt på plejecentre, otte medarbejdere ansat på plejecentrene til at strukturere aktiviteter, ansættelse af to personer til opsøgende besøg for at finde de ensomme ældre, ansættelse af en frivillighedskoordinator, midlerne er anvendt til opstart af en akutfunktion, til at etablere aflastningspladser, til indkøb af teknisk udstyr, efteruddannelse af hjemmeplejens personale m.v. Midlerne i Værdighedsmilliarden er kommet for at blive, bl.a. skal kommunalbestyrelserne i det første år af hver fireårig valgperiode revidere sin Værdighedspolitik, og årligt skal der træffes bestemmelse om, hvad midlerne skal gå til. Derfor er dette et fortsat årligt fokus for ældre-/seniorrådene. En formand nævner: "Der er jo fem initiativer nævnt i Værdighedsmilliardens udspil, så det er vigtigt, at vi i kommunerne har fokus på, at vi bestemt ikke er nået hele vejen rundt i forhold til alle de fem områder".

Personlig pleje og omsorg? – Nu i et hverdagsrehabiliterende fokus (§83A)
Mange formænd tilkendegiver at rehabilitering også har fyldt rigtig meget. De fleste er i og for sig meget positive over for rehabiliteringen i sin oprindeligt

tænkte form; at få støtte, træning og vejledning i at klare hverdagens opgaver, så borgeren kan blive selvhjulpen eller delvis selvhjulpen med opgaverne. Indsatserne i et rehabiliteringsforløb kan være meget forskellige og skal tilrettelægges i samarbejde med borgeren og i forhold til det aktuelle behov. Det kan være træning, vejledning og afprøvning af hjælpemidler i såvel personlig pleje som praktiske opgaver. Det kan også være støtte til at få struktur på hverdagen og støtte til at bryde isolation og ensomhed. ”Rehabilitering på ældreområdet er tromlet ind over os i kommunerne – men det er ikke altid, at vi helt har opfattelsen af, at det har været til gavn for visse ældre i kommunen. F.eks. ikke for mange demente, eller dem der kun plejer at få rengøring hver 14. dag. – Mange kan ikke overskue forløbet, og andre føler sig uretfærdigt behandlet, når de ikke en gang kan få den lille ydelse på 45. min. For mange dækker 45 minutters rengøring jo også et socialt behov, som slet ikke tages i betragtning”. ”Det virker som om kommune og personale slet ikke har været gearet til rehabilitering, specielt når man ser at indsatserne ofte bliver ydet til de dårligste, som aldrig kommer til at kunne klare tingene selv”. Kommentarer som disse, nævnes af mange formænd, som baggrund for at ældre-/seniorråd i en del kommuner har stillet spørgsmål til bl.a. kvalitet, uddannelse og teksten i kvalitetsstandarder på området. Man har ikke oplevet overensstemmelse mellem den lovede ydelse og den praksis, der er blevet praktiseret.

Sundhedsfaglige/-politiske problemstillinger ældreråd gerne vil vide mere om

Selvom ældre-/seniorråd allerede har været involveret i og arbejdet meget med demensområdet, spørgsmål og initiativer vedr. ældreboliger, plejecentre, akutfunktion o.l. samt emner vedr. hverdagsrehabilitering, ensomhed, plejecenterbeboernes rettigheder og informeret samtykke, pårørende og kvalitetsstandarder, så afslører undersøgelsen, at der er områder, de gerne vil have bedre viden om. Desuden er kroniske sygdomme, ernæring/-underernæring blandt ældre, forventninger og indhold i den komplekse sygepleje og genoptræning, samt generelle aspekter ved sundhed/sygdom hos ældre, områder man gerne ville have større indsigt i. En stor gruppe nævnte også, at den døende, terminalstadiet, gratis medicin, plejeorlov, medicinhåndtering og tilskudsregler, er vanskelige områder, hvor bedre indsigt både fagligt og juridisk kunne være en stor hjælp.

Trivslen på plejecentre - et område, ældreråd gerne ville have inspiration og viden om

En formand siger: ”Hvad ved vi egentlig om livet på plejecenteret, når det er rigtig godt? – Vi tror, vi ved det, men efterhånden er folk jo så forskellige, at vi måske også skal tænke plejecentre i nye baner, for at beboerne skal føle, at det er deres hjem, og føle sig godt tilpas”. En anden siger: ”Vi har først lige hørt om klippekort til plejecentrenes beboere, så det kunne være godt at vide mere om ordning og få ideer til, hvad den kan bruges til”. I den nye satspulje har regeringen afsat 380 mio. kr. årligt til en klippekortsordning til ekstra hjælp, som ældre borgere på plejehjem kan anvende til aktiviteter, der giver livskvalitet for dem. Plejehjemsbeboere får dét, der svarer til ca. en halv times ekstra hjælp og støtte en gang om ugen. Klippekortet skal anvendes til aktiviteter, der ligger ud over plejeindsatsen, og kan anvendes både til mindre aktiviteter eller den kan spares op til længerevarende aktiviteter. Den enkelte kommune skal sikre, at alle beboere, uanset fysisk og psykisk formåen, får tilbudt ordningen. Samtidig er den enkelte kommune ansvarlig for at oplyse om klippekortsordningen. Mange ældre-/seniorråd bliver sikkert involveret i arbejdet med klippekortsordningen.

Kvalitetsstandardernes indhold nævnes som et område, hvor viden og udveksling af erfaringer kan være interessant

Standarderne definerer indsatsen til borgere, der modtager hjælp til personlig

pleje, praktiske opgaver og madservice. Der er en hel del standarder, som lovmæssigt skal være defineret i kommunerne. En formand nævner: ”Ikke alle er sundhedsrelevante, nogle er, men af mere praktisk karakter. Jeg synes, det kunne være interessant at se på standarder om rehabilitering, aktiverende tilgang, personlig pleje og psykisk pleje og omsorg. - Hvad indeholder kvalitetsstandarderne? Hvad er reglerne vedr. deres revision? - Hvordan ser de samme standarder ud i nabokommunen? Etc. Det kunne være interessant at tage fat på, ikke mindst fordi det er en stor del af ældrerådenes indsatsområde”.

Forbedringsforslag og ideer til DANSKE ÆLDRERÅDs sekretariat
De fleste formænd nævner, at de er meget glade for, at sekretariatet er så hurtige til at videreformidle ældre- og sundhedspolitiske emner og nyheder. Overordnet set er alle formænd meget tilfredse med sekretariatets indsats og aktiviteter (personlig rådgivning, temadage, konferencer, nyhedsbreve, nyhedsmail og hjemmesiden). De har stor tillid til, at sekretariatet sørger for at informere om det der er vigtigt fra central politisk side. Desuden tilkendegiver formændene, at alle input fra nyhedsbreve, nyhedsmails, konferencer etc. bliver flittigt benyttet af ældre-/seniorrådene, som udgangspunkt i møder m.v. Mange ældre-/seniorrådsformænd oplyser, at de alt i alt har et godt samarbejde med deres kommune, og at de oplever, at kommunen også sikrer dem en god viden om det meste, men at det selvfølgelig ofte er meget centreret omkring økonomiske beslutninger. De oplever, at kombinationen af viden fra kommunen og fra sekretariatet klæder dem meget godt på. Mange nævner desuden, at de er glade for at have muligheden for at ringe til sekretariatet, hvis de har spørgsmål.

Nyhedsbrevet finder de især som godt læsestof og god inspirationskilde. Et par formænd nævner, at de mener, at Nyhedsbrevet har fået et bedre fagligt indhold og mere tyngde i de seneste år. Mange formænd tilkendegiver, at mængden af informationer er tilpas, så hvis sekretariatet skal gøre noget yderligere, bør det være på mere synlighed til omverdenen – flere steder i medierne, hvor man kan læse om DANSKE ÆLDRERÅD, holdninger, ældreråd i kommunerne etc. Formændene nævner, at det er vanskeligt, at sige specifikt, hvilke emner og holdninger sekretariatet skal formidle mere viden om, men mange nævner, at det gerne må være DANSKE ÆLDRERÅD, som nogle gange kommer først! Til hvad DANSKE ÆLDRERÅD skal gøre for at skabe mere synlighed og større ’tyngde’, svarer rigtig mange, at DANSKE ÆLDRERÅD bør have nogle årlige mærkesager eller principielle sager. Hertil siger mange formænd dog, at: ”Det er jo i høj grad en bestyrelsesopgave, at vise sekretariatet en kurs, som er mere synlig udadtil. På den måde kan sekretariatet helt sikkert bidrage med at sikre mere synlighed”.

Flere ældre-/seniorrådsformænd efterlyser, at sekretariatet bakker bedre op om muligheder for netværksdannelse og erfaringsudveksling med andre råd. En formand nævner: ”Det er nærmest umuligt at få grundlæggende information om andre ældreråds arbejdsbetingelser, økonomiske forhold, sekretæerhjælp og andre muligheder, måske kunne DANSKE ÆLDRERÅD bakke op om denne erfaringsudveksling”. Flere formænd nævner, at sekretariatet måske kunne orientere mere om, hvad man har gjort i et bestemt ældreråd i vores nyhedsbrev, så andre kunne få inspiration. (Sekretariatet har allerede denne mulighed for ældrerådene i Nyhedsmail under ”Fra råd til råd”, men det er meget sjældent, at sekretariatet oplever, at ældre-/seniorråd benytter muligheden. Sekretariatet overvejer derfor at være opsøgende på historier landet rundt).

Temadage og konferencer nævnes af de fleste, som en meget stor inspirationskilde. Mange ser gerne flere temadage, eller en-dags-konferencer, lyder opfordringen. Disse har et koncept, der er overkommelig (en dag, forholdsvis lokalt, og helt aktuelle). Mange nævner, at både temadag og konferencer om sundhedsfaglige emner kunne være meget relevant. En formand har følgende kommentar til konferencerne. ”Jeg så meget gerne, at de to konferencer dækkede landet bedre, forestået således, at f.eks. også Ålborg og en af byerne på Sjælland kunne være konferencested en gang imellem”.

Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner

Nye krav om akutfunktion i kommunerne skal sikre bedre hjælp til syge og skrøbelige ældre, bl.a. ved at sikre hurtigere udskrivelse og undgå indlæggelser. På sigt er hensigten også, at den kommunale akutfunktion i hjemmesygeplejen skal kunne løse mere komplekse opgaver, så som dialyse og kemoterapi i eget hjem.

Vi hører til stadighed om for mange ældre borgere der oplever behandlingsforløb, der ikke hænger godt nok sammen. Det gælder f.eks. den ældre mand med diabetes og hjerteproblemer, der efter en indlæggelse på sygehuset ikke får afstemt sin medicin, og hurtig bliver genindlagt. Den ældre kvinde med KOL og dårligt hjerte, der med den rette indsats fra sin praktiserende læge og den kommunale sygepleje helt havde kunne undgå en indlæggelse. Eller en borger med behov for f.eks. instrumentel ernærings – eller antibiotikabehandling, som ville kunne blive i eget hjem og modtage denne behandling af en specialiseret sygeplejerske.

Der er altså et stort behov for at se på, hvordan struktur og sektorer spiller bedre sammen – ikke mindst fra borgerens perspektiv. Borgeren skal sættes først. Vi skal have mere velfærd for pengene, og en mere sammenhængende offentlig sektor, er det politiske budskab. Men der er ingen nemme løsninger og rammerne for den offentlige sektor er udfordret. Dertil kommer, at antal af ældre er markant stigende og der er et stort udgiftspres på en lang række velfærdsydelser og nye behandlingstilbud. Samtidig stiger borgernes forventninger til den offentlige sektor, bl.a. fordi vi andre steder i vores hverdag oplever en rivende teknologisk udvikling, som vi forventer følger med i sundhedssystemet. Hvis vi i de kommende mange år skal have en offentlig sektor, som kan levere velfærd af høj kvalitet til borgerne, kræver det fornyelse og innovation. Det kræver ikke alene, at den offentlige sektor skal køre længere på literen – det kræver, at der køres nye veje og nytænkes.

En af de nye veje er bl.a. Sundhedsstyrelsens krav til landets 98 kommuner om indførelse af en kommunal akutfunktion pr. 1. januar 2018. Jf. Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen - krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser.

Af Lisbeth Grøndahl, ældrepolitisk konsulent, DANSKE ÆLDRERÅD

Det er første gang Sundhedsstyrelsen stiller faste krav til de indsatser, der skal varetages af landets kommuner. Årsagen hertil skal findes i, at der i øjeblikket, er alt for stor variation i den behandling som ældre kan forvente at modtage, samt i det samarbejde om behandling af borgere, som man kan se mellem hospital, kommune og almen praksis, rundt i landet. Med indførelse af landsdækkende kvalitetsstandarder for akutfunktion, med ensartede krav, skal borgerne gerne kunne være sikret, at de fremover får samme høje kvalitet over hele landet. Desuden bliver det tydeligt og muligt for den enkelte borger at se, hvilke indsatser og behandlingsmuligheder, som det *skal* være muligt at få løst i eget hjem/kommune, med specialiseret hjælp fra kommunens akutfunktion.

Ni ud af ti kommuner oplyser, at de i dag råder over en akutfunktion – etableret som enten plads og/eller teams. I disse kommuner er der dog meget stor variation i, hvordan begrebet 'akutfunktion' opfattes! Der tegner sig et billede af kommuner med akutfunktioner, der allerede fungerer optimalt og matcher alle krav og anbefalinger om bl.a. visitationskriterier, behandlingsopgaver, bemanding, døgnberedskab, mobilitet, personalets specialiserede kompetencer, samarbejdsaftaler med almen praksis og hospitalerne, som der stilles krav om i kvalitetsstandarden. I andre kommuner lader opfattelsen af, hvad akutfunktionen skal indeholde, dog tilbage at ønske. Her er eksempler på, at den kommunale akutfunktion blot består i et par aflastningspladser på et plejecenter, eller et beredskab under den normale hjemmepleje, som blot varetager den kommunale hjemmeplejes opgaver i aften-/nattimer.

I den nye kvalitetsstandard er kravet bl.a., at den kommunale akutfunktion er et tilbud, der er tilgængeligt døgnet rundt alle ugens syv dage, samt at funktionen bemandes med sygeplejersker med tre til fem års relevant klinisk erfaring (minimum to år). Tilbuddet skal nemlig dække behovet hos patienter/borgere, der har brug for en *særlig sundhedsfaglig indsats*, hvilket indikerer, at opgaven ikke kan/skal varetages af den 'normale' kommunale hjemmesygepleje, men af sygepleje på et højt specialiseret niveau. Desuden er kravet i kvalitetsstandarden, at akutfunktionen f.eks. kan varetage intravenøs væskebehandling og medicin-administration (i.v.), pasning og genanlæggelse af sonder og sug af luftveje, samt at akutfunktionen kan varetage opgaver og har udstyr til f.eks. podninger, undersøgelse af urin og måling af iltmætning i blodet.

Set i ældre-/seniorrådssammenhænge kan vi være med til at sikre, at den kommunale akutfunktion bliver en væsentlig forbedring for mange ældre, som ofte ellers ville være på hospital, for noget som kunne behandles i kommunen/ eget hjem, eller som kan muliggøre, at borgeren kom hjem fra hospitalet tidligere til et fortsat behandlingsforløb. For det kræver selvfølgelig, at akutfunktionen i den enkelte kommune kommer til at fungere efter sin tiltænkte hensigt, bl.a. med den nødvendige faglige kompetence og bemanding, komplekse sygeplejehandlinger og ansvarlige lægers indvirke, som er krav til akutfunktionens indhold.

Sundhedsstyrelsen udstikker med kvalitetsstandarden en model for, hvordan kommunerne tildeles, skal og kan løse opgaven, men i sidste ende er det kommunerne selv, der skal sikre en rigtig og brugbar implementering pr. 1. januar 2018. Som med alle andre kvalitetsstandarder, der vedrører ældrebefolkningen, spiller ældrerådene en vigtig rolle. De folkevalgte ældreråd har til opgave at rådgive kommunerne og øve indflydelse på beslutninger på alle områder, der vedrører ældrebefolkningen. Med den kommunale akutfunktion ligger altså en væsentlig opgave forude for ældre-/seniorråd!

De centrale aspekter ved krav og fordele i kvalitetsstandarden i den kommunale akutfunktioner er sammenfattet nedenfor:

Kvalitetsstandarden indeholder krav og retningslinjer, som vil understøtte, at kommunerne og den kommunale sygepleje får bedre mulighed for at trække på de faglige kompetencer i almen praksis og i sygehusregi. Det vil styrke fagligheden i den kommunale sundhedsindsats og skabe mulighed for, at en stigende del af patientens behandling kan foregå i eget hjem. F.eks. i kombination med nye telemedicinske løsninger, som det er tilfældet med telemedicinsk sårvurdering. Til gavn for både den patient, der undgår en tur til sygehuset, et langt forløb på sygehuset, samt for samfundsøkonomien.

Den kommunale akutfunktion skal være organiseret og indeholde ydelser, der er kendetegnet ved fleksibilitet på tid, opgavetyper og være tilgængelig 24 timer i døgnet. Kommunen kan selv vælge, om akutfunktionen skal være et udgående team og/eller en fast funktion.

Henvisningen til de kommunale akutfunktioner skal sikres ved klare aftaler om visitation, og vil typisk ske via praktiserende læge, vagtlæge eller via sygehus, f.eks. i forbindelse med at en patient udskrives. Sker henvisningen fra et kommunalt tilbud, afgør akutfunktionen i samråd med en læge, hvorvidt patienten skal indlægges eller modtage ydelser fra akutfunktionen.

Den kommunale akutfunktion skal understøtte arbejdet i den almindelige hjemmesygepleje og medvirke til at opkvalificere denne. Det kan konkret ske, når nye kommunale sygeplejeindsatser, der bl.a. på grund af begrænset volumen varetages i kommunale akutfunktioner, med tiden kan blive en del af den almindelige hjemmesygeplejes opgaver, i takt med, at volumen øges og i takt med, at kompetencer og færdigheder i den almindelige hjemmesygepleje styrkes. Akutfunktionen kan hér have en konsulentfunktion i forhold til at introducere disse nye sygeplejefaglige opgaver i den almindelige hjemmesygepleje.

Akutfunktionen skal samarbejde og styrke kommunens dialog med alment praktiserende læge, vagtlæge og sundhedsfagligt personale på sygehus.

Målgruppen for indsatserne i den kommunale akutfunktion er borgere med akut opstået sygdom eller akut forværring af sygdom, herunder både somatisk og psykisk sygdom, eller akut nedsat funktionsevne. En stor del af indsatserne i akutfunktionen leveres efter ordination af en læge i henhold til reglerne om delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed.

Sygeplejefagligt personale i akutfunktioner håndterer bl.a. borgere med komplekse og akutte problemstillinger, der ikke så ofte ses i den almindelige hjemmesygepleje. Det giver volumen i opgavevaretagelsen og sikrer, at sygeplejefagligt personale i akutfunktioner løbende vedligeholder deres kompetencer.

Sygeplejefagligt personale i kommunale akutfunktioner skal have brede sygeplejefaglige kompetencer, viden og erfaring omkring observation, handling, planlægning, udredning, justering og opfølgning på den sygeplejefaglige indsats. Sygeplejefagligt personale skal herudover kunne agere og træffe selvstændige beslutninger i en uforudsigelig og omskiftelig hverdag.

Særlige færdigheder og kompetencer i akutfunktionen erhverves løbende f.eks. gennem relevant efteruddannelse og samarbejde med sygehus om supervision eller fælles skolebænk.

Læs evt. alle anbefalinger og krav i Kvalitetsstandarden her.

Nyt fra ministerier og styrelser

Ældre på plejehjem får klippekort til ekstra hjælp, fornøjelser og ledsagelse

97 kommuner har søgt og får nu penge fra puljen på 380 mio. kr. årligt til klippekort til beboere på plejecentre.

Ordningen indebærer, at plejehjemsbeboerne får et 'klip' svarende til ca. en halv times ekstra hjælp og støtte om ugen.

De ældre skal selv være med til at afgøre, hvad et 'klip' skal gå til af aktiviteter, der ligger ud over den eksisterende plejeindsats.
Klippene kan bruges til mindre ugentlige begivenheder, ekstra personlig hjælp, eller spares op og anvendes til eksempelvis ledsagelse til fælles udflugter, der tager lidt længere tid.

"Nu bliver det spændende at se, hvad plejehjemsbeboerne vælger at bruge tiden fra klippekortet til. I en del tilfælde vil det være de pårørende eller den ældres livshistorie, der bliver afgørende for dette valg. Men det er helt sikkert, at denne ordning vil give den enkelte ældre endnu større medindflydelse på eget liv", siger ældreminister Thyra Frank.

97 af 98 kommuner valgte at søge puljen, og pengene er fordelt mellem ansøgerkommunerne efter befolkningstallet.

Midlerne fordeles som en pulje i 2017 og 2018, hvorefter de fra 2019 vil blive fordelt til kommunerne via bloktilskuddet.

Læs mere om fordelingen af penge blandt ansøgerkommuner til puljen her.

Kommuner skal finde de skrøbelige ældre

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en praksisnær guide til kommunerne om, hvordan de kan opspore de ældre, der har et særligt behov for en forebyggende indsats, for eksempel på grund af sygdom. Guiden skal hjælpe kommunerne med at målrette deres indsats i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg.

Lovgivningen om de forebyggende hjemmebesøg, som kommunerne skal tilbyde, blev ændret i januar 2016. Med lovændringen har kommunerne pligt til i højere grad at fokusere på ældre, der har et særligt behov for en forebyggende indsats. Formålet med forebyggende hjemmebesøg er fortsat at sikre, at ældre lever et så sundt og selvhjulpent liv som muligt.

Sundhedsstyrelsens guide skal inspirere kommunerne til, hvordan de kan arbejde med at identificere og opspore ældre, der er i særlig risiko for at få nedsat funktionsevne, for eksempel på grund af fysisk sygdom. I guiden er der ni eksempler på, hvordan kommunerne kan organisere arbejdet med opsporing af ældre. De bygger på interviews med ledere og forebyggende medarbejdere i udvalgte kommuner.

"Eksemplerne viser, at kommunerne med fordel kan udvide deres samarbejde med eksterne aktører, som for eksempel sygehuse, almen praksis og apoteker", siger Lone Thomsen, sektionsleder i Sundhedsstyrelsen.

Guiden indeholder også et afsnit om de juridiske rammer for at bruge personhenførbare data til at opspore ældre, der har behov for et forebyggende hjemmebesøg.

Læs guiden her.

Velfærdsteknologi er blevet hverdagskost i kommunerne

En ny undersøgelse lavet af KL's Center for velfærdsteknologi viser, at næsten alle kommuner i dag bruger velfærdsteknologi, og at eksempelvis brugen af loftlifte er steget med 13 procent mens brugen af vasketoiletter er mere end fordoblet siden år 2014. Dette fremskridt inden for velfærdsteknologi kræver en fælles forståelse for teknologien blandt borgerne, pårørende og de ansatte, og Sundhedsforsker Astrid Jespersen fra Center for Humanistisk Sundhedsforskning & Center for Sund Aldring på Københavns Universitet udtaler i forbindelse med undersøgelsen, "Det handler i høj grad om, at det giver mening, der hvor hænder og teknologi mødes. Og ud fra mange studier kan vi se, at tingene sker, når der opstår en velvilje hos alle parter, de ældre, de pårørende og de ansatte".

Formanden for KL's Social- og Sundhedsudvalg, Thomas Adelskov, er meget tilfreds med, at næsten alle kommuner har taget de velfærdsteknologiske løsninger til sig. "Vi skal ikke stirre os blind på bestemte teknologier, men have øjnene rettet mod de behov, vi har brug for at få løst. Af undersøgelsen kan vi blandt andet lære, at de teknologier, som slår an, er dem, som sikrer den største tilfredshed". I Thisted kommune, hvor loftlifte er fuldt implementeret, påpeger Fagdirektør i Beskæftigelses-, Social- og Sundhedsforvaltningen, Lone Becker, at det ikke kun handler om teknologiens løsninger men også om, at de skal skabe tryghed og om at have fokus på målet og tilpasse midlerne derefter. "Tryghed betyder meget. Det er vigtigt at skabe tid til tryghed, så teknologien ikke bliver noget robotagtigt". Og hun tilføjer, "Loftlifte har nogle klare sidegevinster. Med dem oplever borgerne større tryghed og livskvalitet. De ansatte oplever et bedre arbejdsmiljø. Og samtidig opnår vi en økonomisk gevinst, fordi vi kan nøjes med én medarbejder, hvor vi før skulle bruge to, når en ældre borger skulle løftes".

Chefen for Implementering og Udvikling i Ældre- og Handicapforvaltningen i Odense kommune, René Lorenz, vurderer, at der ligger et stort potentiale i nye kognitive teknologier, der kan hjælpe mennesker med at opfatte, huske, lære og advare. "Det er en forholdsvis simpel teknologi, som ikke kræver de store investeringer, men som kan være en hjælp til demente og andre, som på grund af kognitive udfordringer har brug for hjælp til at få skabt struktur i hverdagen". Han vurderer også, at der i stigende grad bliver behov for teknologier, der kan alarmere, så man eksempelvis husker at lukke døren og slukke for komfuret. "Det fordrer en tættere dialog og en ny form for partnerskab mellem kommuner og leverandører".
Det kan være en udfordring at udvikle teknologien og samtidig bevare trygheden for borgeren, pårørende og ansatte, men hvis teknologien tager højde for dette, så kan det være til gavn for alle.

Opfølgende hjemmebesøg skaber tryghed og sikkerhed

Når den praktiserende læge og en kommunal sygeplejerske kommer på fælles hjemmebesøg, skaber det tryghed og sikkerhed både for borgerne og de involverede fagprofessionelle. Men der er praktiske udfordringer i forhold til at arrangere besøgene. Det viser en ny evaluering af opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden, foretaget af KORA.

Praktiserende læger og kommunale sygeplejersker fra hjemmesygeplejen og plejeboliger synes, at det er meningsfuldt med et fælles hjemmebesøg hos ældre skrøbelige borgere, efter de har været indlagt på hospitalet. De fagprofessionelle oplever, at besøget er med til at skabe bedre udskrivelsesforløb for borgerne. Projektleder på KORA's evaluering, Marie Brandhøj Wiuff, udtaler, "Det er meningsfuldt for både praktiserende læger og kommunale sygeplejersker at have et fælles møde hos borgeren efter en indlæggelse. Fagpersonerne oplever, at de får en indsigt i borgerens situation, som de ikke havde før, samt at det forbedrer samarbejdet.

De opfølgende hjemmebesøg har været et tilbud til skrøbelige ældre i Region Hovedstaden siden 2011. Ved hjemmebesøget kigger den praktiserende læge og kommunale sygeplejerske medicinen igennem og vurderer borgerens helbred og funktionsevne. Dog er der også nogle praktiske udfordringer forbundet med hjemmebesøgene. Både læge og sygeplejerske kan have en travl kalender, så det kan være en udfordring at finde et tidspunkt hvor de begge kan møde op i hjemmet hos borgeren. Herudover har alle parter af fagprofessionelle mulighed for at tage initiativ til besøgene, hvilket giver en potentiel risiko for, at de alle forlader sig på, at en anden part tager initiativet. Det vil derfor, ifølge Marie Brandhøj Wiuff, være en fordel for indsatsens fremadrettede succes, hvis man fra centralt hold drøfter disse konkrete udfordringer.

KORA har foretaget evalueringen for Region Hovedstaden og PLO Hovedstaden. Læs rapporten her.

Tema for 1. oktober 2017 – FN´s Internationale Ældredag:
"Hvordan kan vi drage nytte af ældres erfaringer, ressourcer og indsats i fremtidens samfund?"

FN's Internationale Ældredag markeres hvert år d. 1. oktober. Dagen sætter fokus på ældres, civilsamfundets, FNorganisationers og medlemsstaternes indsats for at sætte ældre menneskers vilkår på den internationale udviklings dagsorden. Hvert år har sit særlige tema.

DANSKE ÆLDRERÅD vedtog på repræsentantskabsmøde i 2007 at markere FN's internationale ældredag og glæder sig over, at ældre-/seniorråd fortsat er med til at markere dagen ved at sætte fokus på forskellige aspekter ved at blive ældre i Danmark. Det sker ved debatarrangementer, foredrag eller andre tiltag, der sætter fokus på emnet. Mange ældreråd markerer dagen som Ældrerådenes dag.

Markerer dit ældre-/seniorråd 1. oktober? Send program eller andet relevant materiale til Jeanette Frandsen, jf@danske-aeldreraad.dk

Nyt fra DANSKE ÆLDRERÅD

Præsentation af DANSKE ÆLDRERÅDs nyvalgte landsformand

Mit navn er Erik Stagsted, og d. 24. maj var jeg i den lykkelige situation, at DANSKE ÆLDRERÅDS repræsentantskab valgte mig som ny landsformand for de kommende to år.

Mit fødested, for snart 69 år siden, var i hjertet af Vendsyssel, nærmere i Brønderslev.
Det lyse og forblæste Vendsyssel har været med til at skabe mit sind og min samfundsmæssige holdning. Jeg kan bøjes i modvind, men ikke knækkes.
Mit uddannelses-flow har været uddannelse som snedker og falckredder, efterfulgt af en universitetsuddannelse som socionom, med speciale i miljø- og socialfaglige forhold.
Denne uddannelse gav mig kompetence til at bestride jobbene som freelance konsulent og højskolelærer i næsten 26 år. Altså en stor del af mit voksenliv.

Jeg er bosat i Muslingebyen Løgstør, hvor min kone Anne og jeg har hørt hjemme i over 45 år.

Jeg valgte at ansøge om efterløn som 60-årig, hvorefter jeg blev valgt som medlem af Ældrerådet i Vesthimmerlands Kommune og blev ved konstitueringen valgt som formand.
Året efter blev jeg valgt som regionsældrerådsformand, samt medlem af bestyrelsen af DANSKE ÆLDRERÅD - først som 2. næstformand, senere som 1. næstformand.

Lighed og retfærdighed blandt mennesker har altid stået mit hjerte nært. De samme ord står højest i mit kommende arbejde som landsformand for DANSKE ÆLDRERÅD.
Det har for mig, i mange situationer, været 'de små klokker', der ringer højest.

For mig har det altid været vigtigt at sige noget, at mene noget og at gøre noget, da livet jo er én lang læreproces. En proces jeg ønsker at fortsætte som landsformand for DANSKE ÆLDRERÅD.

Nyt fra bestyrelsen

På det konstituerende møde d. 16. maj i Middelfart besluttede bestyrelsen bl.a.:

- at vælge Mogens Rasmussen fra Middelfart Ældreråd som 1. næstformand. At genvælge Kirsten Nissen fra Københavns Ældreråd, som 2. næstformand. Formandskabet består af landsformanden samt de to næstformænd.

- at afholde formands- og næstformandsmøder med alle ældreråd i foråret 2018, således at møderne ikke lægger beslag på tiden hos mange ældre-/seniorråd, som i eftersommeren og efteråret har travlt med planlægning og afvikling af valg.

- at landsformand, Erik Stagsted, stiller sig til rådighed for regionsældreråd, der ønsker hans deltagelse på møder hen over dette efterfår og vinter.

Mogens Rasmussen,
1. næstformand

Kirsten Nissen,
2. næstformand

Selvfølgelig er der forskel på kommuners tilbud til ældre

Det er ældre-/seniorråds opgave at rådgive kommunalbestyrelsen før den hvert år reviderer kvalitetsstandarderne og dermed godkender det kommende års serviceniveau. Rådgivningen skal både tage hensyn til behovene hos kommunens ældre og til kommunens politiske prioriteringer på ældreområdet. Derfor bliver der forskel på, hvor mange bade og hvor hyppige hjemmehjælpsbesøg, der kan tilbydes kommunens ældre. Det er ikke nyt. Men det er et stort ansvar ældre-/seniorrådene påtager sig, når der prioriteres. Bestyrelsen i DANSKE ÆLDRERÅD står bag alle ældre-/seniorråd – også når der må prioriteres hårdt.

Ældre Sagen har i marts 2017 gennemgået samtlige kommuners kvalitetsstandarder, og har fundet store forskelle i kommuners tilbud til ældre. Det har givet en del pressebevågenhed.

Sekretariatet i DANSKE ÆLDRERÅD har konstateret, at alt for mange af kvalitetsstandarder – i modstrid med Servicelovens krav herom - ikke indeholder en præcis beskrivelse af de ydelser, der tilbydes til hjemmehjælpsmodtagere. Det betyder, at ældre og deres pårørende ikke kan vide, hvilken hjælp der kan ydes, og hvilken hjælp der eventuelt skal tilkøbes 'ude i byen'. Det er ikke godt nok.

I disse kommuner opfordres ældre-/seniorrådene til at gøre kommunalbestyrelserne opmærksom på vigtigheden af, at borgerne kan gennemskue, hvilke tilbud og muligheder kommunen stiller til rådighed for ældre borgere, med behov for hjælp. Så opfyldes lovens krav.

Servicelovens § 139 har dannet grundlag for en bekendtgørelse om kvalitetsstandarder, hvoraf det fremgår:

Kvalitetsstandarden skal indeholde en beskrivelse af det serviceniveau, kommunalbestyrelsen har fastsat for ydelser efter lovens §§ 83, 83 a og 86. Beskrivelsen af indholdet, omfanget og udførelsen af hjælpen skal være præcis og skal danne grundlag for, at der sikres sammenhæng mellem serviceniveau, de afsatte ressourcer, afgørelserne samt leveringen af hjælpen. Kvalitetsstandarden skal endvidere indeholde operationelle mål for, hvordan dette sikres, og en beskrivelse af, hvordan der følges op på de fastsatte mål, jf. § 2.

DANSKE ÆLDRERÅD på Folkemødet på Bornholm

DANSKE ÆLDRERÅD deltager for fjerde år i træk ved Folkemødet på Bornholm, der finder sted 15.-18. juni 2017. I år deltager DANSKE ÆLDRERÅD med en tale på Speakers Corner under temaet ”Fokus på øget kommunal selvbestemmelse på ældreområdet”, samt ved flere relevante organisationers events. Se eventuelt programoversigt.

DANSKE ÆLDRERÅD har i år valgt at satse på deltagelse i et bredt udsnit af organisationers events, samt at arrangere en event i samarbejde med Danske Seniorer og RealDania.

DANSKE ÆLDRERÅD er desuden en del af bogprojektet ”SMÅ VISIONER” og deltager i lanceringen af bogen ved en event på folkemødet. Bogprojektet er en fejring af fundamenterne for vores demokrati: De mange organisationer, foreninger og institutioner, hvis værdier og visioner former vores samfund ved at præge dagsordenen og sætte kursen for fremtiden. SMÅ VISIONER præsenteres officielt på Folkemødet fordi bogværket er inspireret af Folkemødets vision om at skabe dialog mellem demokratiets udøvere og borgerne. Bogprojektet udsendes som boggave til alle folkeskoler og gymnasier på FN's demokratidag den 15. september, fordi bogens vigtigste formål er at fejre dansk demokrati og inspirere en ny generation til at tage aktiv del i det. I alt vil over 1.000 unge skoleelever fokusere på de 100 deltagende organisationer, og altså heriblandt DANSKE ÆLDRERÅD.

Ved dette års Folkemøde, deltager den nyvalgte formand Erik Stagsted, 1. næstformand Mogens Rasmussen og sekretariatsleder Marianne Lundsgaard.

DANSKE ÆLDRERÅDs foreløbige program på Folkemødet 2017

Erik Stagsted deltager i debat hos Sundhedsstyrelsen
Tema: ”Får ældre for meget medicin?”
Torsdag d. 15. juni kl. 16.30 - 17.15
Sted: Telt J52

Erik Stagsted, Mogens Rasmussen og Marianne Lundsgaard deltager i lanceringen af bogprojekt ”SMÅ VISIONER”
Tema: ”Børns syn på de danske foreningers visioner”
Torsdag d. 15. juni kl. 18.00 – 19.00
Sted: K3 Coop - Kirkepladsen

Erik Stagsted taler på Speakers Corner
Tema: ”Fokus på øget kommunal selvbestemmelse på ældreområdet”.
Fredag d. 16. juni kl. (endnu ikke fastlagt)
Sted: Cirkuspladsen lige over for den store talerstol.

Erik Stagsted deltager i debat hos Danske Seniorer
Tema: ”Højskole-livet efter arbejdsmarkedet”
Fredag d. 16. juni kl. 16.30 – 17.15
Sted: Telt J24

Erik Stagsted deltager i debat hos Danske Fodterapeuter
Tema: ”Sundhedsjunglen”
Lørdag d. 17. juni kl. 12.10 - 12.55
Sted: Det Fælles Sundhedstelt

Erik Stagsted deltager i debat hos Center for Innovativ Medicinsk Teknologi
Tema: "Blev omsorgen væk i dokumentation og ensidig fokus på sygdom og symptomer?”
Lørdag d. 17. juni kl. 14.30 - 16.00
Sted: Telt J48

DANSKE ÆLDRERÅD, Danske Seniorer, RealDania
Tema: ”Den tredje alder - alene eller fælles?”
Lørdag d. 17. juni kl. 18.00 - 19.00
Sted: Telt J38

Ældrerådene spørger

Hvem skal nu betale?

Skal beboere på plejehjem betale for velfærdsteknologi og inventar?
Der findes ikke et kort og klart svar på spørgsmålet, og det skyldes, at svaret afhænger af ganske mange forskellige love, som administreres i flere forskellige ministerier.

”DANSKE ÆLDRERÅDs holdning til aktuelle ældrepolitiske områder”, indeholder en opfordring til Folketinget om at tage stilling til, hvordan udgifter til velfærdsteknologiske løsninger dækkes - ikke mindst ved nybyggeri af ældre- og plejeboliger.

Ministerierne har i fællesskab skrevet og udsendt et såkaldt hyrdebrev til samtlige kommuner, hvor spørgsmålene besvares på en tilgængelig og tydelig måde. Brevets 5 sider kan læses her.

Fastmonteret velfærdsteknologi

Når ældre-/seniorråd vurderer nybyggeri af plejeboliger er det nyttigt at vide, at eksempelvis fastmonteret velfærdsteknologi også indgår i anskaffelsessummen.

Er der tale om en eftermontering af velfærdsteknologi, stiller sagen sig ganske anderledes alt efter om ønsket kommer fra beboerne/lejerne eller om ønsket kommer fra kommunen. Er det lejernes ønske at forbedre bolig/ejendom, da er det lejernes udgift. I andre tilfælde, vil det være kommunens udgift.

Inventar og møbler på fælles boligarealer

Fællesarealer indgår som en del af det lejede, og derfor indgår møblering af disse ikke i den oprindelige anskaffelsessum. Til gengæld indgår den fastmonterede indretning (hårde hvidevarer etc.) i anskaffelsessummen.
Havemøbler til den fælles terrasse skal eksempelvis betales af lejere/beboere. Det kan finansieres ved, at den enkelte lejer selv medbringer eller køber møblerne. Det kan også finansieres gennem boligafdelingen, som en del af huslejen.

Inventar og udstyr på servicearealer

Flere ældre-/seniorråd har oplevet, at der ikke var klarhed over, hvem der skulle afholde udgifter vedrørende servicearealer på plejehjem. Det fremgår af brevet, at alle udgifter og anskaffelser hertil er lejerne uvedkommende, og må ikke indgå i huslejen.

Læs mere om disse forhold og emner i det velskrevne hyrdebrev.

Af Dorthe Neergaard, ældrepolitisk konsulent, DANSKE ÆLDRERÅD
Tlf. 3877 0163, mail: dn@danske-aeldreraad.dk

Temadage og konferencer

Ældrepolitisk konference

Tirsdag d. 24. oktober holder DANSKE ÆLDRERÅD en ældrepolitisk landsdækkende konference i Vingstedcentret ved Vejle. Det overordnede tema for konferencen vil være sundhedsfremme og forebyggelse—såvel for raske, som for skrøbelige ældre. Program udsendes medio august.

Aktivitetskalender 2017-2018

Folkemøde på Bornholm
15. - 18. juni

Bestyrelsesseminar
22. - 23. august, Nyborg

Bestyrelsesmøde
12. oktober

Ældrepolitisk konference i Vingsted
24. oktober

Bestyrelsesmøde
22. januar 2018

Bestyrelsesmøde
15. marts 2018

Repræsentantskabsmøde i Nyborg
7. maj 2018

Ældrepolitisk konference i Nyborg (Tema ikke fastlagt)
8. maj 2018

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

Nyhedsbrevet er udgivet af DANSKE ÆLDRERÅD
ISSN: 1903-0509 (online)
Næste nummer: September 2017

DANSKE ÆLDRERÅD
Landsformand Erik Stagsted
Tlf. 2012 8815

Ansvarshavende:
Erik Stagsted

Redaktion:
Marianne Lundsgaard
Jeanette Frandsen

Sekretariatet:
Marianne Lundsgaard
Sekretariatsleder
ml@danske-aeldreraad.dk
Tlf. 3877 0165

Jeanette Frandsen
Ældrepolitisk konsulent
jf@danske-aeldreraad.dk
Tlf. 3877 0167

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

Lisbeth-Marie Grøndahl
Ældrepolitisk konsulent
lg@danske-aeldreraad.dk
Tlf. 3877 0164

Maj-Britt Lempel
Kursussekretæer og bogholder
mbl@danske-aeldreraad.dk
Tlf. 3877 0160

Dorte Kirstine Olsen
Praktikant
praktikant@danske-aeldreraad.dk