

Centerrådet, Egetoft

Møde i Centerrådet mandag den 14. januar 2019 kl. 8.30

Referat:

1. Godkendelse af referatet fra 10.12.2018
Godkendt
2. Opfølgning på visionsdagen 2018.
Visionsdagen 2019 er den 18 marts. Helle Brinch kommer. Programmet for resten af dagen skal planlægges. Det aftales at det gøres på næste centerrådsmøde.
3. §18-midler
Seniorudvalget ændrede tildelingen på mødet den 12. dec.
Bilag
Alle ansøgere der har fået bevilliget penge er beskåret ens-med 34 % og ikke som der i første omgang var meldt ud at nogen fik 100%. Villy vil drøfte proceduren/principper for tildeling af § 18 på frivilligrådsmøde.
4. Centerrådets bankkonto
Bilag
Gennemgået.
5. Økonomi
Regnskab for 2018 er ikke kommet endnu. Rummet ved siden af kontor og lyddæmpende billeder er på regnskab 2018.
6. Eventuelt
 - Borde og bænke til udendørs brug er købt
 - Skolevenner er drøftet og det er aftalt at skolen har mulighed for at kontakte Egetoft.
 - Hvordan går det med byggeplaner ovenpå – Tove kontakter Ketty.
 - Trine har aftalt møde med præsten og aftalt at mødes den 29. januar, Kent inviteres med. Mødet omhandler præstens muligheder for at tilgodese ensomme.
 - Der kan ikke være flere end 15 medlemmer af mandegruppen. Der er derfor planer om at opstarte en mandegruppe/fortællegruppe mere.
 - Der startes en ny spisedag mere op, da der er så mange der vil være med så der mangler plads. Derfor bliver der "spisedag" både tirsdag og torsdag fra 1. februar. I februar mdr. er der kun én ret, der evalueres derefter hvordan det går med 2 spisedage.
 - Plakatafsløring den 27. februar – Svend og Jørgen Hausted underholder.
 - 28. april er der – Danmark spiser sammen på Egetoft

Næste møde bliver den 18. februar kl. 8.30

Demensenheden har forsøgsmidler (9 mill. Kr) hos sundhedsstyrelsen til at styrke mobiliteten hos borgere med demens, som bor hjemme. Lige nu er det kun borgere med fysiske handicap og nedsat syn, der kan benytte sig af handicapkørsel.

Der er jævnt utilfredshed med, at flextrafik er nedlagt i Vejle by – selvom busbilletterne er blevet billigere – der er for nogen langt til et busstoppested.

Der er valg til Danske Ældreråd i år og hans Erik Pedersen genopstiller ikke. Svend Egon Christensen opstiller i stedet for og Conny Axel opstiller som stedfortræder.

Udkast til sundhedspolitik mellem regionsrådet og de 22 kommuner i Syddanmark. Aftalen omhandler bl.a. samarbejdet mellem sygehuset, kommunen og den praktiserende læge. Den indeholder også et afsnit om forebyggelse med særlig fokus på røgfrit Syddanmark, mental trivsel blandt børn og unge samt færre overvægtige børn og unge. To andre områder er sømløse overgange og at sikre sammenhæng til uddannelsesområdet og arbejdsmarkedet.

Ældrerådet har fået mulighed for en udtalelse, som medsendes.

Ældrerådets fokusområder i 2019 er Det nære sundhedsvæsen og Livet med demens – udover det, der kommer "løbende".

Forslag til input til ny Sundhedsaftale

---set med den ældre borgers/patients øjne.

Det er vigtigt at der indgås gensidigt forpligtende aftaler mellem regioner, kommuner og praktiserende læger, og at disse aftaler er tilgængelige og gennemsigtige for borgeren, der skal betragtes som en samarbejdspartner på lige fod med de andre tre parter i aftalen. Der bør udarbejdes en "læse-let" udgave som borgere kan forstå og få adgang til.

...Universelle områder der påvirker hele sundhedsaftalen

1 Man har valgt "den rehabiliterende tilgang" fra kommunens og regionens side, men der refter et væsentligt stykke **oplysningsarbejde** overfor borgere, da mange ikke har forstået dette koncept.

2 Man må sikre **lægedækning** i hele vores område med mulighed for hjemmebesøg fra alle praktiserende læger og gerne fra sygehuse også.

3 **Fælles datagrundlag** er essentielt for, at der ikke går oplysninger tabt om ptt der bevæger sig mellem sektorer, det er meget vigtigt for korrekt medicinering og øvrige behandlinger.

Aftalerne skal specifikt omhandle..

...Overgange mellem sektorer:

Det **lægelige behandlingsansvar** overfor patienten skal til en hver tid være fastlagt, altså hvor slutter sygehuslægens ansvar og hvor starter den praktiserende læges ansvar. Dette kunne afklares ved **kontakt** mellem indlæggende og udskrivende læge ved f.eks videokonference, personligt fremmøde, telefonisk kontakt, emailkonsultation etc, i stedet for (ofte) automatisk generet udskrivningsbrev.

Det skal fastlægges, hvem der har **ansvaret for plejen** på hvilket tidspunkt, altså hvornår overtager kommunen fra regionen. **Kontakt** mellem sygehusplejepersonalet og kommunens plejepersonale er absolut essentiel og kunne foregå på samme måde som for lægerne, videokonferencer etc. Man skal sikre sig at ptt ikke udskrives til et **tomt hus** uden mad eller medicin til de første dage.

Der skal være faste aftaler om **nødvendige hjælpemidler** til hjemmet og genoptræningen efter et sygehusophold. Det skal fastlægges, om det er regionen eller kommunen der står for genoptræningen, og

ventetider på genoptræningsstart skal undgås.

...Den multisyge patient med mange diagnoser:

Aftaler om at patientansvarlig læge og praktiserende læge, sammen planlægger et forløb for f.eks pt med flere kroniske lidelser og mange kontrolforløb, så alle disse **kontroller samles** om pt i et hensigtsmæssigt forløb, der sparer pt for mange besøg i forskellige ambulatorier. Dette kunne gøres ved fællesambulatorier og flere speciallæger samlet omkring pt, i stedet for at pt skal besøge fem forskellige ambulatorier på fem forskellige dage. Unødvendige indlæggelser bør undgås ved **tæt samarbejde** mellem praksissektor og sygehuse. Speciallægebesøg i hjemmet bør kunne arrangeres i samarbejde med den praktiserende læge, ligesom den praktiserende læge bør kunne komme til sine ptt på sygehuset.

...Patientvejleder, ledsager, tovholder:

Aftaler om mulighed for at få tildelt en personlig **hjælper**. En del ældre har brug for hjælp til at holde styr på deres patientforløb og de mange svar de får. Ikke alle har pårørende som magter den store koordineringsopgave det ofte er, at styre de mange aftaler, der kan strække sig over flere sygehusmatrikler og regioner.

...Pårørende til kronisk syge eller svært syge.

Aftaler om hvilken hjælp de pårørende kan få og hvor de kan få hjælp. Det er en voldsom belastning at bistå en svært syg eller kronisk multisyg pt, som især ældre pårørende kan have svært ved at overskue og magte uden hjælp. Der bør ansættes en **pårørendekonsulent**, som kan bistå den ældre pårørende i forløbet.

...Psykisk syge ældre og ældre i sorg.

Aftaler om meget mere fokus på den **psykisk syge ældre**, da alt for mange ikke får relevant hjælp. Der bør være aftaler om både hjælp fra psykiatrien og fra psykologer og de praktiserende læger, **ingen underlige aldersgrænser** for hjælp. Mange ældre bor alene med svagt personligt netværk, og de er endnu mere udsatte en yngre psykisk syge med familie. Af samme årsag bør der være mulighed for hjælp til at komme igennem **en sorg**, da mange ældre mister deres ægtefælle.

...Akutpladser og akutfunktion:

Der bør indgås aftaler om til en hver tid at sikre **akutpladser nok**. Der skal være faste aftaler om, hvilke patienter der kan behandles på disse pladser og hvem der **har ansvaret** for ptt på hvilket tidspunkt. Faste aftaler om mulighed for at ptt på akutpladser tilses og behandles af sygehuspersonale i specielle tilfælde. F.eks igen videokonferencer eller lignende. **Hjemmebehandling** med udgående funktioner fra sygehuset bør også nøjere aftales. Hjemmebesøgende Akutteam af sygeplejersker i kommunen er etableret og bør fastholdes, og deres samarbejde med såvel praktiserende som sygehuslæger bør sikres i sundhedsaftalen. Økonomien bør indrettes således at der **ikke** forekommer nogen form for **egenbetaling** for pt på disse pladser, da de erstatter en sygehusseng.

...Aflastningspladser:

Aftaler om **adskille** akutpladser fra disse pladser, der ikke er sygehusets forlængede arm, men en aflastning for borgeren og evt de pårørende, med mere karakter af "midlertidigt plejehjem", hvor den behandlingsansvarlige er pt's praktiserende læge.

...Demensområdet:

Sundhedsaftalen skal sikre, at Region Syddanmark til en hver tid lever op til nutidige anbefalinger på området, både hvad angår behandling, pleje og botilbud.

...Personale rekruttering og kompetencer hos personalet.

Aftaler omkring **initiativer til rekruttering og kvalificering** af personale i både kommuner og regioner bør indgås, da det er et af de store fremtidige problemer. Aftaler omkring **udveksling** af personale og **vidensdeling og datadeling** mellem kommuner og regioners personale, da de i fællesskab skal behandle borgere i regionen. **Samarbejde** med **praksislæger** er også absolut *essentielt* for den gode og **sammenhængende** behandling.

...Samarbejde med private aktører på sundhedsmarkedet

Aftaler om hvem, hvad og hvornår man som patient kan benytte private aktører. Det kan være på områder som fysioterapi, høreapparater, tandlæger eller lignende. En aftale om **ældretandpleje** i lighed med børnetandpleje bør indgås, da mange svage ældre i lighed med børn ikke selv kan sørge for nødvendig

tandpleje. Aftaler om kapacitet og **acceptable ventetider** på f.eks **høreapparater** bør indgås. Aftaler om **alternative behandlere**, akupuntører f.eks. bør indgå i sundhedsaftalen, da det ofte er ganske uforståeligt at nogle sygdomme kan behandles i offentligt regi, mens andre ikke kan. Det bør man **præcisere i sundhedsaftalen** så borgere/patienter også kan forstå det.

Vejle d. 9.1.12019

Med baggrund i at Ældrerådet har fået tilbudt at komme med en udtalelse i forbindelse med at Sundhedsog Forebyggelsesudvalget skal afgive høringssvar til Sundhedsaftalen 2019 – 2023, skal Ældrerådet hermed udtale følgende:

Ældrerådet anerkender intentionen med at det tværsektorielle samarbejde skal styrkes og dermed skabe større lighed i sundhed, og samtidig udvikle det nære og det sammenhængende sundhedsvæsen.

Ældrerådet anerkender ligeledes at planen beskriver at borgerne skal tilbydes indsatser af høj kvalitet, og at forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering skal tilbydes tæt på borgernes hverdag.

Ældrerådet anerkender også at der i udkast til ny sundhedsaftale lægges stor vægt på forebyggelse, og at indsatserne skal hænge sammen på tværs af sygehuse, kommunen og almen praksis.

Derudover anbefaler Ældrerådet at sundhedsaftalen præciserer patientoverskuelige initiativer, der sikrer patienterne den rette behandling.

Ældrerådet anbefaler ligeledes, at benævnelsen akutfunktion skal bruges, så det er tydeligt, at der er tale om en funktion, der lever op til de krav og anbefalinger der udstikkes fra Sundhedsstyrelsen.

Ældrerådet anbefaler ligeledes, at sundhedsaftalen klart beskriver, at der i kommunerne skal være tilstrækkeligt personale med de nødvendige særlige kompetencer.

Derudover vil Ældrerådet gerne udtale, at vi forventer, at den politiske aftale om, at der ikke kan opkræves egenbetaling bliver anvendt i den ånd aftalen er indgået. Det betyder i vores forståelse, at der ikke kan opkræves egenbetaling i de situationer, hvor kommunen overtager en patient der ikke er færdigbehandlet på et sygehus.