



Høringssvar fra Randers Kommune vedr. "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens"

Dato:17.10.18

Randers Kommune kan tilslutte sig de anførte anbefalinger og er enige i at anbefalingerne samlet set vil medvirke til kvalificerede forløb for mennesker med demens og deres pårørende.

Forløb hvor der gennem samarbejde og koordination sikres sammenhæng i forhold til de mange overgange, mennesker med demens og pårørende oplever gennem et sygdomsforløb. Og som sikrer at mennesker med demens og pårørende kan bevare en hverdag med livskvalitet, værdighed, og fællesskaber i så høj grad som muligt.

Ligesom Randers Kommune kan tilslutte sig de samlede anbefalinger, kan der særskilt udtrykkes tilslutning i forhold til de anbefalinger, der retter sig mod kommunernes indsatser.

Randers Kommune har ingen tilføjelser / yderligere kommentarer til "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens".

Venlig hilsen

Helle Sahl
Demenskonsulent
Randers Kommune



Sundhedsstyrelsen,
Planlægning,
jkr@sst.dk

23 . oktober 2018

Danske Tandplejere
Rosenborggade 1a
1130 København K

T: 8230 3540
E: afp@dansktp.dk
D: 2443 7906

Høringssvar vedr. anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

Sundhedsstyrelsen har sendt anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens i høring med frist den 5. november 2018.

Der fremlægges i udkastet en række gode, gennemarbejdede og omfattende anbefalinger ift. det tværsektorielle samarbejde om og med borgere med en demensdiagnose. Danske Tandplejere har nøje læst afsnittet om 7.1.4 Tandpleje i udkastet (p. 26). Vi bakker helt op om at borgere, der diagnosticeres med demens, har særligt behov for støtte til at bevare en god mund- og tandsundhed og dermed forebygge en række andre sygdomme og understøtte god livskvalitet. Det er derfor fornuftigt at disse borgere helt konsekvent visiteres til omsorgstandplejen.

www.dansketandplejere.dk
www.facebook.com/tandplejer

Det fremgår af anbefalingerne, at det er tandlægen som foretager tandeftersyn og udarbejder plan for, hvordan der bedst tages vare på borgerens tænder. Det vil ganske ofte være tandplejere som varetager opgaven og teksten siden 26-27 bør derfor ændres som følger:

Er det mere end seks måneder siden, personen har været ~~ved tandlæge~~ til tandpleje, kan der aftales et rutinemæssigt tandeftersyn. Her kan tandlægen/tandplejeren lægge en samlet mundplejeplan for, hvordan der bedst tages vare på tænderne. Da mennesker med demens ofte har nedsat evne til egenomsorg, bør nogle gå oftere til ~~tandlægen-tandpleje~~ end normalbefolkningen, for at få rensset tænder og forebygget huller. Derfor bør tandpleje skrives ind i plejeplanen så der er opmærksomhed på mundhygiejne.

Det er i den forbindelse vigtigt for Danske Tandplejere at understrege, at tandplejere har egen autorisation og eget virksomhedsområde med særlige kompetencer indenfor at planlægge og gennemføre sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende behandlinger. Herunder at varetage undersøgelse, risikovurdering, behandling og forebyggelse af tandsygdomme og tidlig indsats overfor bl.a. caries, parodontale lidelser og infektion i munden. Det er derfor en faggruppe med kompetencer som i høj grad bør komme i spil ifm. indsatsen for borger med demens.

Tandplejerne har en særlig sundhedspædagogisk tilgang, der sikrer, at borgerne får et målrettet og individuelt tandeftersyn samt en behandling med fokus på den enkelte borgers behov, ønsker og muligheder. Tandplejerne har særligt fokus på at understøtte borgerne så de oparbejder gode vaner ift. mundhygiejne og understøtter den enkeltes egenomsorg som vejen til bedre tandsundhed.

Med venlig hilsen

Elisabeth Gregersen
Formand, Danske Tandplejere

Sundhedsstyrelsen
sst@sst.dk

23. oktober 2018

Kontaktperson:

Nadia Friis
30704257
nafr@syddjurs.dk

Høringssvar vedr. anbefalinger for mennesker med demens

Syddjurs Kommune har den 10. oktober 2018 modtaget Sundhedsstyrelsens udgivelse *"Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens"*.

Syddjurs Kommune medvirker gerne til at udvikle anbefalingerne for det tværsektorielle og tværfaglige forløb for mennesker med demens. Nærværende høringssvar er udarbejdet sammen med Sundhed- og Omsorgschef Ingelise Juhl og demenskoordinator Birthe Moe.

Generelt finder Syddjurs Kommune det positivt, at anbefalingerne er præsenteret med en vis bredde og tyngde indeholdende flere temaer.

Organisering

Sundhedsstyrelsens anbefaling i forhold til organisering peger på et tæt samarbejde med civilsamfundet og patientforeninger med henblik på lokal forankring af tilbud og muligheder. Syddjurs Kommune er meget enige i dette, men ønsker en skærpelse af punktet i forhold en mere konkret beskrivelse af, *hvordan* kommunen kan skabe denne kontakt.

Rettidig diagnostik og udredning af demens

Sundhedsstyrelsen understreger, at rettidig diagnostik af demens er en forudsætning for, at personer med demens og deres pårørende kan modtage relevant behandling, støtte og rådgivning. En tidlig diagnose vil kunne bidrage til et bedre forløb for både borgeren med demens samt de pårørende.

Syddjurs Kommune finder det positivt, at der stilles skarpt på vigtigheden af en tidlig udredning. Dog er det Syddjurs Kommunes erfaring, at der opleves lang ventetid hos de regionale demensudredningsenheder. Helt konkret oplever Syddjurs Kommunes demensteam, at der pt. er et halvt års ventetid.

I den forbindelse peger Syddjurs Kommune på, at anbefalingen også indeholder en tidsangivelse for, hvor lang tid der skal gå før borgeren bliver udredt for en demenssygdom.

Sekretariat sundhed og Omsorg

Lundbergsvej 2
8400 Ebeltøft

Postadresse

Lundbergsvej 2
8400 Ebeltøft

Tlf.: 87 53 50 00
syddjurs@syddjurs.dk
www.syddjurs.dk

Koordination og samarbejde

Sundhedsstyrelsen peger på klassifikationssystemet ICF som et anvendeligt redskab til at opnå en fælles forståelse for borgerens funktionsevne, når forskellige faggrupper samarbejder om personen på tværs af fag.

Syddjurs Kommune gør opmærksom på, at kommunerne arbejder efter Fællessprog III, som netop er baseret på klassifikationssystemet ICF, og som sikrer en ensartet dokumentationspraksis i kommunerne.

Faglige indsatser

Sundhedsstyrelsen nævner, at medicinsk behandling altid bør være forudgået af en grundig udredning samt andre behandlingstiltag, som bør fortsætte under den medicinske behandling.

Syddjurs Kommune finder det positivt, at der er i anbefalingerne lægges vægt på andre tiltag før anvendelsen af medicinsk behandling. Dette skal også ses i lyset af den nationale demenshandleplan, hvor et af fokusområderne er at nedbringe brugen af antipsykotisk medicin.

Opfølgning

I forhold til demenskoordinatorens rolle i opfølgningen ønsker Syddjurs Kommune, at der qua de nye teknologiske muligheder også fokuseres på kontakten med borger og pårørende på anden vis end det fysiske møde. Dette er selvfølgelig afhængigt af borgerens individuelle behov.

Med venlig hilsen

Nadia Friis
AC-medarbejder

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: Stine Norlen <snorl@mariagerfjord.dk>
Sendt: 25. oktober 2018 08:57
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Emne: Svar på høring ift anbefalinger for mennesker med demens fra MARIagerfjord Kommune

Hej

Her svar fra Mariagerfjord Kommune:

Det er fra demenskoordinatorerne.

Det anbefales at vi internt i kommunen sikre koordination mellem sundhed og beskæftigelsesområdet, når borgeren er erhvervsaktiv- det sker ikke i MFK, jeg fik efter anbefaling fra Jan Andersen (udvalgsformand) 10-15 min. X2 (de var delt i 2 hold) til at fortælle om demens og demensvenner i arbejdsmarkedsdelen 7 september, bagefter blev mine visitkort efterspurgt og flere nævnte at de ville kontakte mig- men endnu ikke hørt noget. Jeg har været med til møde på jobcentret i forbindelse med en borger (det var ægtefællen som spurgte om min hjælp) for nylig har en af mine borgere (52 år) fået en demensdiagnose- han arbejder i MFK og er nu blevet fuldtids sygemeldt- jeg har ikke hørt noget fra Jobcentret !

Til min undervisning efterspurgt jeg forslag til hvordan vi kunne spille hinanden gode og hvordan vi kunne samarbejde- der er lidt vej endnu- så her har vi noget at arbejde videre med

Demenskoordinator er ansvarlig for det samlede forløb under demensudredningen: det er svært når vi ikke altid (faktisk ikke ret tit) får besked fra lægen om videre forløb, når vi har sendt demensudredning til lægen- hvad så –er de henvist/ikke henvist? Vi kan ringe til pårørende eller prøve at få fat i lægen- men vi mangler et "fora"/ fælles platform/ fælles it- sted hvor vi kan se forløbet.

Opfølgning af medicinsk behandling via alm. Praktiserende praksis: det foregår ikke !

Der står at udredningen foregår over 2 gange i almen praksis: det er oftest demenskoordinatorerne, der foretager social anamnese, MMSE test, GDI test + evt MOCA test og sender videre til alm. Praksis (vi udfører den del af deres opgaver) Enkelte læger udføre selv MMSE test, og sender så nogle gange videre til os til videre test og vurdering.

Vedr. udvikling i demens: her skal vi have klædt frontpersonalet bedre på i mange tilfælde, trods daglig besøg fra hjemmeplejen, er jeg flere gange blevet kontaktet af pårørende, som ser en udvikling i negativ retning

Venlig hilsen

Stine Norlen
Distriktsleder



Sundhed og Ældre - Ældrepleje Distrikt 3 - Distriktsleder
Himmerlandsgade 9
9560 Hadsund
Telefon: +45 97113000
Telefon direkte: +45 97114697

snorl@mariagerfjord.dk

www.mariagerfjord.dk

Sikker mail sikkerpost@mariagerfjord.dk

Som myndighed må vi kun sende personfølsomme oplysninger pr. mail, hvis det sker til en sikker e-mailadresse.

Derfor sender vi mails til dig - og vil også bede dig sende mails til os - via din digitale postkasse på www.borger.dk

Borgerservice kan hjælpe dig, hvis du har spørgsmål til brug af din digitale postkasse.



Sendes til jkr@sst.dk senest mandag d. 5. november 2018 kl. 12.00

25. oktober 2018

Høringssvar vedrørende Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

DemensKoordinatorer i Danmark (DKDK) takker for muligheden for at afgive høringssvar på ovennævnte anbefalinger.

DKDK er meget tilfreds det tilsendte materiale og kan i langt overvejende grad tilslutte sig de udarbejdede anbefalinger. DKDK finder, at ovennævnte anbefalinger - tillige med de øvrige retningslinier - giver DKDKs medlemmer et godt udgangspunkt for et fagligt funderet samarbejde med borger, pårørende og øvrige samarbejdspartnere. DKDK finder den i anbefalingerne foreslåede præcisering af opgavefordeling er realistisk og hensigtsmæssig.

En yderligere anbefaling

DKDK har overvejet og foreslår – på baggrund af den praksis der kendes fra kommuner - en yderligere anbefaling.

Anbefalingen skal være, at der i den enkelte kommune udarbejdes en kvalitetsstandard for det kommunale forløb for mennesker med demens. En kommunal kvalitetsstandard - udarbejdet med udgangspunkt i de her foreliggende anbefalinger – vil give anbefalingerne en særlig vægt i praksis.

En kvalitetsstandard der indeholder generel serviceinformation til borgerne om formålet med samt indholdet i tværsektorielle forløb for mennesker med demens.

En politisk vedtaget kvalitetsstandard i alle landets 98 kommuner vil tydeliggøre og fastlægge, hvad en borger med demens og dennes pårørende kan forvente sig af den kommunale indsats.

DKDK ser gerne, at anbefalingen om, at alle kommunalbestyrelser skal udarbejde en kvalitetsstandard, ophæves til lov, så snart det er muligt ved en revision af serviceloven.

Bestyrelsen har derud over enkelte forslag til præciseringer:

s. 8 – 2.3 under koordination og samarbejde, punkt 6:

Det er lidt uklart, om der menes:

- udskrives/er færdig ift. udredning i udredningsenhed beliggende på et sygehus
- udskrives fra sygehusophold grundet f.eks. brækket ben (en somatisk indlæggelse)

Hvis det sidste er meningen, kunne sætningen præciseres til:

Når borgere med demens udskrives - efter indlægges på sygehus af andre årsager end deres demenslidelse – er det den kommunale hjemmepleje og ikke demenskoordinatoren, der skal have tovholderfunktion ift. det videre forløb.

s. 10 - 3.3 Populationens karakteristika, afsnit 2

Bestyrelsen i DKDK ønsker, at en særlig gruppe, der fylder meget i hverdagen i kommunerne, nævnes i dette afsnit. Denne gruppe er: Mennesker med alkoholrelaterede skader. Denne gruppe mennesker har særlige behov og adskiller sig fra den øvrige population af mennesker med demens.

s. 11 - sidste afsnit: Andre sygdomme.

DKDK har et stærkt ønske om, at der i denne tekst tages stilling til og præciseres forskellen mellem demens og senhjerneskade.

s. 16/17 - 5.2 Udredning af demens, sidste afsnit

Bestyrelsen finder – på baggrund af mange eksempler og erfaringer – at mennesker med et alkohol- eller medicinmisbrug fratages muligheden for udredning og dermed for at få behandling. Bestyrelsen finder, at det er op til de professionelle at tackle en sådan situation og at hjælpe disse mennesker til udredning og behandling. Man kan ikke forvente at misbruget lægges på hylden.

s. 20 - 6.2 Samarbejde og koordination, afsnit 2

Bestyrelsen i DKDK er meget tilfredse med og vil gerne takke for den væsentlige plads, demenskoordinatorer har fået i de samlede anbefalinger. Bestyrelsen finder det dog for omfattende som det er beskrevet i dette afsnit.

Forslag til tekstændring:

Kommuner bør have en demenskoordinatorfunktion som i samarbejde med drift og myndighed, ud fra lokale aftaler, er tilkøbt borgerens samlede forløb.

Begrundelse: Demenskoordinatorer har ikke myndighedsfunktion og har generelt en konsulentfunktion for hjemmeplejen m.m.

På vegne af bestyrelsen i DemensKoordinatorer i Danmark

Marianne Lundsgaard

Faglig sekretær

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Den 25. oktober 2018

Høringssvar:

Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

DGI er en almennyttig idrætsorganisation, der omfatter 14 landsdelsforeninger. De 14 landsdelsforeninger har tilsammen 6.300 medlemsforeninger, hvor 1,5 millioner af danskerne dyrker idræt og motion i fællesskab. DGI's medlemsforeninger er således væsentlige aktører i civilsamfundet, som med fordel kan tænkes ind i tværsektorielle forløb for mennesker med demens.

Idræt er i øvrigt et væsentligt element i at skabe sammenhængende forløb for mennesker med demens med henblik på, at den enkelte får de bedste forudsætninger for at vedligeholde den samlede funktions- evne, da mennesker med demens er i særlig risiko for inaktivitet. Bl.a. derfor henviser Sundhedsstyrelsen i "[Træningsguide til fysisk aktivitet for mennesker med demens](#)" til, at der arbejdes tværsektorielt – bl.a. ved at involvere foreninger som en naturlig del af hverdagen.¹

Derfor er det vigtigt, at det i anbefalingerne for tværsektorielle forløb for mennesker med demens tyde- ligt fremgår, at den frivillige idrætssektor er en relevant og kompetent samarbejdspartner. Dels på bag- grund af de strategiske muligheder for samarbejde, dels på baggrund af den viden og de kompetencer som DGI har opbygget i forbindelse med det nationale projekt: Den Demensvenlige Idrætsforening.

Strategisk anbefales:

- Fokus på mennesker med demens i nuværende og kommende visionskommuneaftaler under "Be- væg dig for livet".²
- Partnerskaber mellem større kommunale og regionale projekter og DGI landsdele under Demens- handlingsplanen.
- Sammenhængende forløb, hvor mennesker med demens efter træningsforløb i kommunalt regi kan fortsætte træningen i foreningsregi.

¹ Sundhedsstyrelsen oktober 2019: <https://www.sst.dk/da/aeldre/demens/traeningsguide>

² Sammen med Danmark Idræts-Forbund har DGI i regi af "Bevæg dig for livet" visionskommuneaftaler med otte kom- muner, hvor der er potentiale for, at tværsektorielle forløb kan skabe sammenhængende forløb for mennesker med demens. Forløb der medvirker til vedligeholdelse af funktionsevne og livskvalitet for den enkelte med demens og pårø- rende. Det forventes i øvrigt, at der frem mod 2020 er indgået ca. 20 visionskommuneaftaler.

DGI's forudsætninger for at være en relevant og kompetent partner i tværsektorielle forløb:

- Udbyder tværsektoriel uddannelse i demensvenlig træning. Se mere [her](#).
- Udbyder tværsektorielle workshops for idrætsforeninger, socialt- og sundhedsfagligt personale samt andre lokale aktører. Se mere [her](#).
- Har erfaring med at skabe sammenhængende forløb for mennesker med demens fra kommunalt træningscenter til forening. Se mere [her](#).

Konkret anbefales

- DGI og/ eller foreningsidrætten bliver nævnt som en oplagt partner under punkt 2.1 Organisering.

Følgende rettelser / tilføjelser under pkt. 2.3 Koordination og samarbejde:

- Kommuner og *foreninger* har en række indsatser til mennesker med demens, der sigter mod at fastholde borgernes fysiske, mentale såvel som sociale funktion, dvs. borgerens samlede funktions- evne og livskvalitet.
- Kommuner, *frivillige organisationer* og regioner – herunder almen praksis, etablerer systematiske samarbejdsfora, som drøfter organisering, opfølgning og planlægning af sammenhængende patientforløb mellem involverede aktører.
- Ved udskrivning fra sygehus gives information om evt. tilbud i *foreninger*.

Følgende rettelser / tilføjelser i kursiv under punkt 7.1.1. Fysisk træning:

Tredje afsnit:

- Tilbuddet bør endvidere tilrettelægges, så borgeren bliver støttet i, at fysisk aktivitet integreres i hverdagen, også efter tilbuddet er afsluttet, så der er mulighed for, at træningen bliver livslang. *Det kan fx gøres i samarbejde med foreninger, der har erfaring med at skabe sammenhængende forløb for mennesker med demens fra kommunalt træningscenter til forening. Se et eksempel [her](#).*

Afsnittet kompetencer:

- Rettes iht. til tidligere indsendt høringssvar (se bilag, nederste afsnit).

Sidste afsnit:

For inspiration til den fysiske træning *og hvordan der kan skabes tværsektorielt samarbejde* henvises der i øvrigt til Sundhedsstyrelsens træningsguide, med aktiviteter for mennesker med demens i både let, moderat og svær grad (Sundhedsstyrelsen 2018b). Kommunal demensfaglig projektleder og idrætskonsulent fra DGI fortæller om samarbejdet [her](#).

Med venlig hilsen



Søren Brixen
Adm. direktør, DGI

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Den 3. september 2018

Høringssvar om NKR for forebyggelse og behandling af adfærdsforstyrrelser hos personer med demens

DGI er en almennyttig idrætsorganisation, der omfatter 14 landsdelsforeninger. De 14 landsdelsforeninger har tilsammen 6.300 medlemsforeninger, hvor 1,5 millioner af danskerne dyrker idræt og motion i fællesskab.

Det er vigtigt for DGI og andre almennyttige organisationer, at det tydeligt fremgår af NKR for forebyggelse og behandling af adfærdsforstyrrelser hos personer med demens, at træning og fysisk aktivitet godt kan varetages af instruktører fra idrætsforeninger og andre fællesskaber med idræt som omdrejningspunkt. Det er altså ikke kun *professionelt* personale, der kan tilrettelægge og supervisere træning, som det fremgår af side 20, afsnit "Svag anbefaling". Trænere og instruktører fra idrætsforeninger, der er blevet klædt på med viden om demens og træning, vil ligeledes kunne tilrettelægge og supervisere træning. DGI vil blot understrege, at foreningerne også er kompetente ift. at rumme træning for mennesker med demens.

Rationale

- Sundhedsstyrelsen anbefaler i "Fysisk træning som behandling" at træningen indeholder en komponent af aerob træning. Al idræt –indeholder en komponent af aerob træning – også idræt der ikke er superviseret af professionelt personale i min. 8 uger.
- Alle mennesker har brug for at være fysisk aktive, gerne i en god social relation – også mennesker med demens
- For vedvarende deltagelse er det vigtigt, at fysisk aktivitet skal være lystbetonet og foregå i vante rammer. I superviserede forløb tages den enkelte ud af den vante ramme og forløbene kan være mere tilrettelagt ud fra ønskede fysiologiske og kognitive resultater end den enkeltes ønske om bevægelsesform.
- Sundhedsstyrelsen anbefaler i "Guide til fysisk aktivitet og træning for mennesker med demens", at træning og fysisk aktivitet foregår i hverdagsmiljøer som fx naturen, foreningen eller eget hjem.

Forslag som erstatning til afsnittet "Svag anbefaling"

Træning og fysisk aktivitet målrettet mennesker med demens bør tage udgangspunkt i den enkeltes ønsker. Træning og fysisk aktivitet skal derudover tilrettelægges, så den enkelte oplever tryghed både i forbindelse med at komme til træning samt under selve træningen. Træningen kan tilrettelægges og superviseres af trænere / instruktører, der arbejder professionelt med træning fx i regi af træningscentre eller pleje- og aktivitetscentre. Træningen og fysisk aktivitet kan også tilrettelægges af trænere / instruktører i foreninger og andre fællesskaber med idræt og motion som omdrejningspunkt. Uanset hvor træningen foregår anbefales det, at der tages hensyn til individuelle behov og funktionsniveau, og at trænere / instruktører har viden om demens og træning.

Med venlig hilsen



Søren Brixen
Adm. direktør, DGI

Høringssvar anbefalinger for mennesker med demens

KL takker for muligheden for at afgive høringssvar i forbindelse med anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens.

Anbefalingerne følger de initiativer og indsatser, kommunerne de seneste år har arbejdet med at implementere i praksis. Særligt den tidlige indsats og diagnosticering er, ligesom den tværfaglige tilgang med aktiv inddragelse af borgeren og dennes pårørende, særdeles vigtige for at opnå den helt afgørende sammenhæng og kvalitet i forløbet.

I erkendelse af at demenssygdomme rammer den enkelte patient og dennes pårørende forskelligt, skal løsningerne på behovene også tilpasses individuelt. Her har de kommunale demenskoordinatorer en særdeles vigtig rolle. Tilknytningen til civilsamfundet og de frivillige organisationer har ligeledes stor betydning for sammen at skabe de bedste rammer for den enkelte demente og dennes pårørende.

Kommunernes fokus på kompetenceudvikling blandt medarbejderne har stor betydning både i relation til at understøtte den enkelte demente og reagere på ændringer i tilstanden, både for at opspore demens tidligt, men også for at forhindre yderligere sygdomme og svækkelse i at udvikle sig.

Et særligt fokus skal være på, at forhindre at demenssygdommen får den konsekvens, at den demente ikke kan finde hjem. For at forhindre at sådanne situationer kan udvikle sig fatalt er GPS, og andre teknologiske løsninger, vigtige at introducere for den demente og de pårørende på det rette tidspunkt i forløbet. Derfor finder KL, at det er nødvendigt yderligere at tydeliggøre betydningen af rehabilitering, forebyggelse og anvendelse af velfærdsteknologi i anbefalingerne.

KL har følgende teksthæfte kommentarer:

7.1.1 / 7.2.1 / 7.2.2. *kompetencer*.

Det fremgår af teksten at psykosocialfaglige eller sundhedsprofessionelle medarbejdere bør have en sundhedsfaglig uddannelse svarende til bachelorniveau. KL anbefaler, at ordlyden ændres til, at medarbejdere skal være i besiddelse af relevante sundheds- og socialfaglige kompetencer. KL gør opmærksom på, at det generelt er et ledelsesansvar, at medarbejdere har et kompetenceniveau svarende til opgavens kompleksitet. Anbefalinger om et særligt uddannelsesniveau kan medføre et krav om finansiering her af. Et sådant krav vil heller ikke være i overensstemmelse med den gældende praksis på området.

Dato: 17. oktober 2018

Sags ID: SAG-2018-00676
Dok. ID: 2651965

E-mail: KMM@kl.dk
Direkte: 3370 3489

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 2

7.2.3.

KL vil gøre opmærksom på, at afsnittet vedrørende velfærdsteknologi bør udvides sådan, at det i højere grad får en karakter af forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering ved brug af velfærdsteknologiske løsninger.

Forslag til indhold i et nyt afsnit:

Velfærdsteknologier kan bidrage til at øge sikkerhed, tryghed, velvære og frihed for mennesker med demenssygdom og give medarbejdere og pårørende bedre muligheder for at støtte og hjælpe den demenssyge.

Demenssteknologier skal anvendes individuelt i forhold til den enkelte borgers behov og erfaringer.

I starten af et demensforløb kan hukommelsesteknologier som struktur- og påmindelses-apps, smarthome-løsninger, der hjælper med at huske daglige gøremål fx medicin være en god hjælp. Hvis sygdomsforløbet er mere fremskredet er det måske andre teknologier der er relevante for at skabe gode oplevelser og livskvalitet.

Tryghedsskabende teknologier som fx GPS er teknologier, som både kan betrygge den enkelte demente, men i høj grad også de pårørende. Samt give den demente større grad af bevægelsesfrihed uden risiko for ikke at kunne finde hjem.

Det er altså en meget bred vifte af velfærdsteknologier (fra apps, sensorer og tryghedsalarmer til aktivitets- og wellness løsninger), der kan anvendes som et værdifuldt supplement i plejen/støtten gennem hele demensforløbet

7.3.3. *familiesamtaler*. Det bør fremgå af afsnittet, at kommunerne har mulighed for at understøtte familierne svarende til de kompetencer, kommunerne råder over, og i relation til de opgaver der løses. Er der tale om samtaler af en mere terapeutisk karakter eller hvor fokus er på sygdommen eller udviklingen her af, må disse samtaler forventes varetaget i et andet regi.

KL anbefaler at der tilføjes et afsnit om sundhedsfremmende og rehabiliterende indsatser.

KL tager forbehold for senere politisk godkendelse og eventuelle økonomiske konsekvenser

Med venlig hilsen



Hanne Agerbak
Kontorchef f. Social og Sundhed
KL

Dato: 17. oktober 2018

Sags ID: SAG-2018-00676
Dok. ID: 2651965

E-mail: KMM@kl.dk
Direkte: 3370 3489

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 2

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Høringssvar er sendt elektronisk til jkr@sst.dk

Dato: 29.10.2018

**Center for Sundhed og
Omsorg**
Sekretariat

Åbningstider
Mandag - fredag 9-13
Torsdag også 15-17

Kontakt
Marie-Louise Saxosen
Udviklingskonsulent
mls@horsholm.dk
Direkte tlf. 4849 1085

Høringssvars vedr. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

Hørsholm Kommune bifalder at der, i Anbefalingerne for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, er fokus på MCI patienter, da tilstanden ofte, fejlagtig, forveksles med demens. Ved at have fokus på tidlig opsporing af MCI patienter opnås det fulde forebyggelsespotentiale, således at sygdommens udviklingen forhales.

Derudover anerkender Hørsholm kommune det generelle øget fokus på tidlig opsporing, som anbefalingerne lægger op til, da dette er i fin tråd med den praksis der udøves i Hørsholm Kommune.

Hørsholm Kommune er overvejende positive overfor anbefalingerne, da disse afspejler praksis i Hørsholm Kommune. Anbefalingerne er ambitiøse, men sikrer derved høj kvalitet i ydelserne til demensramte borgere og deres pårørende.

Dog foreslår Hørsholm Kommune, at der tilføjes et afsnit om krisesamtaler til pårørende, når den demente borger afgår ved døden. I Hørsholm Kommune tilbydes efterkommere, af demente borgere, 2 samtaler med fokus på krisehåndtering. Disse samtaler er med til at hjælpe de efterladte videre i livet efter en svær periode med demenssygdom og dødsfald i familien. Hørsholm Kommune har god erfaring med at tilbyde disse typer af samtaler.

Høringssvar på "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens" fra Herning Kommune Sundhed og Ældre, demensteamet.

Vi kan i langt overvejende grad tilslutte os anbefalingerne. Der kommer i nedstående punkter kommentarer til de punkter, hvor vi har bemærkninger.

S 2. pkt. 2.2

Under rettidig diagnostik og udredning af demens ønskes der fokus på, at der udredes mod en specifik demensdiagnose og ikke en uspecifik diagnose. I kommunerne ses forholdsvis mange borgere, som får en u specifik demensdiagnose.

S 8 pkt. 2.3

Når borgere med demens udskrives fra sygehus efter indlæggelse af anden årsag end demens vil det være hjemmeplejen som skal varetage tovholderfunktionen til det videre forløb og ikke demenskoordinatoren.

S 10 pkt. 3.3

Under punktet populationens karakteristika i midterste afsnit, Her ønskes gruppen af borgere med alkoholrelateret demens, huntingtons syge nævnt, da de fylder som komplekse sager i kommunerne og det er anderledes sygdomsforløb som kræver en særlig intervention.

S13

Under punktet patientforeninger, civilsamfund og øvrige aktører her kunne fremhæves værdien i at indgå i gruppesammenhænge med ligestillede

S.14- 15 pkt. 5.1

En specifik diagnose fremfor en uspecifik demensdiagnose vil sammen med en tidlig demensdiagnose kvalificere den kommunale indsats

S.21 pkt. 6.2.1

Godt som demenskoordinatorfunktionen er uddybet

S 28 pkt. 7.2.1.

Der bør tilføjes at medarbejdere kan erhverve sig specifikke kompetencer i CST metoden

S 28 pkt. 7.22

Under kompetencer kan fremhæves Marte Meo metoden, som en metode der kan støtte personalet i den kommunikative og relationelle arbejde med borgeren

Vanløse d. 1. november 2018

Til Sundhedsstyrelsen

Att.: jkr@sst.dk

Sagsnr.: 4-1214-389/1

Høringssvar vedrørende anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

Danske Ældreråd takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens.

Danske Ældreråd bifalder det foreliggende arbejde og finder det relevant, at der er udarbejdet anbefalinger med det formål at skabe øget trivsel for borgere via øget sammenhæng i forløbet. Danske Ældreråd finder, at de oplyste anbefalinger er relevante og fyldestgørende og giver et godt fundament for samarbejde med borgeren med demens, med dennes pårørende og på tværs af de forskellige sektorer.

Danske Ældreråd har således ingen kommentarer til de konkrete anbefalinger og finder dem relevante og nyttige.

Danske Ældreråd vil imidlertid foreslå, at de foreliggende anbefalinger udvides med en anbefaling om, at hver enkelt kommune udarbejder en kvalitetsstandard for demenskoordinatorfunktionen i det kommunale forløb for mennesker med demens. En kvalitetsstandard, der indeholder generel serviceinformation til borgere om den hjælp, de kan forvente fra kommunen i forhold til at sikre sammenhængende forløb for mennesker med demens og som klargør det kommunale serviceniveau.

En kvalitetsstandard for demenskoordinatorfunktionen i alle landets kommuner vil tydeliggøre og fastlægge, hvad den enkelte borger med demens og dennes pårørende kan forvente sig af den kommunale indsats ift. rådgivning, sparing, koordination og undervisning.

Danske Ældreråd ser derfor gerne, at den her foreslåede ekstra anbefaling indgår i det foreliggende materiale, samt at anbefalingen hurtigst muligt ophæves til lov.

Danske Ældreråd anbefaler desuden, at der afsættes midler til, at Sundhedsstyrelsen i samråd med KL om to år tager initiativ til at kortlægge, hvorvidt kommunerne har implementeret anbefalingerne i praksis.

På vegne af bestyrelsen i Danske Ældreråd,

Lise Sørensen
Ældrepolitisk konsulent

Sundhedsstyrelsen
jkr@sst.dk

Høringssvar Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

Allerød Kommune takker for muligheden for at afgive høringssvar for ovennævnte anbefalinger, og er tilfreds med tilsendte materiale. De ovennævnte anbefalinger sammen med øvrige retningslinjer, (Forløbsprogram på demensområdet) giver kommunen et godt udgangspunkt for at få de gode borgerforløb. Sundhedsstyrelsen anbefalinger vil medvirke til, at sikre indsatsen som et sammenhæng forløb, der tilpasses den enkelte borgers behov, så det giver mening for borgeren og involveret aktører.

Allerød kommune bemærker i afsnit 6.2. Samarbejde og koordination: beskriver det som Forløbsprogram for demens har anbefalet de sidste år, og kombinationen af Sundhedsstyrelsen Anbefalinger, vil helt sikkert styrke indsatsen for det tværsektorielle samarbejde mellem de forskellige aktører.

Det bemærkes at Sundhedsstyrelsen anbefalinger ift. kompetenceniveauet for de forskellige aktører er præciseret, og det kan medvirke til en styrkelse af hele indsatsen.

Afsnit 7. Faglige indsatser giver Allerød Kommune et godt fundament at bygge videre på, ved nye som kendte indsatser, hvilket vil være til gavn for den samlet demens indsats.

Venlig hilsen
Kate Espe
Demenskonsulent i Allerød Kommune

Allerød Kommune

Ældre og Sundhed

Allerød Rådhus
Bjarkesvej 2
3450 Allerød
Tlf: 48 100 100
kommunen@alleroed.dk
www.alleroed.dk

Åbningstider
Mandag-Tirsdag 10-14
Onsdag lukket
Torsdag 10-18
Fredag lukket

Dato: 1. november 2018

Sagsbehandler:
Kate Espe

Direkte telefon:
48126432





Høringssvar vedr. anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

Sundhedsstyrelsen har den 10. oktober 2018 sendt anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens i høring. Danske Fysioterapeuter takker for høringsmuligheden.

Dato:

02-11-2018

Foreningen vil gerne kvittere for den rehabiliterende tilgang, der gennemsyrrer anbefalingerne samt opmærksomheden på den non-farmakologisk behandling af mennesker med demens.

Email:

sf@fysio.dk

Fysisk aktivitet og træning kan, som det også fremgår af anbefalingerne, ikke blot bidrage positivt til borgerens funktionsevne, men også understøtte træningen i hverdagsaktiviteter. Danske Fysioterapeuter undrer sig derfor over, at afsnit 7.1.1 om fysisk træning og afsnit 7.2.2. om træning i hverdagsaktiviteter ikke kommer i forlængelse af hinanden. Det foreslås derfor helt konkret, at afsnit 7.2.2 flyttes til side 24 for at understrege denne sammenhæng.

Tlf. direkte:

3341 4659

Af hensyn til læsevenligheden foreslås det også, at afsnit 4 (organisering) og afsnit 6 (koordination og samarbejde) skrives sammen, eller at der flyttes på anbefalingerne under de to afsnit.

I den nuværende udgave beskrives opgave- og ansvarsfordelingen mellem kommuner, almen praksis og regioner i teksten til afsnit 4, mens anbefalingen under dette afsnit imidlertid kun omhandler kommunernes samarbejde med civilsamfundet og ikke de øvrige aktører på området. Under afsnit 6 (koordination og samarbejde) opstilles der derimod en række anbefalinger vedrørende samarbejdet mellem region, kommune og almen praksis. Det vil derfor fremme læsevenligheden at skrive de to afsnit sammen eller at flytte anbefalingerne vedrørende ansvarsfordelingen til afsnit 4.

Danske Fysioterapeuter står selvfølgelig til rådighed for uddybning af ovenstående.

Med venlig hilsen

Sille Frydendal

Faglig chef

Sundhedsstyrelsen, Planlægning

Att: jkr@sst.dk

Høringssvar på: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

Favrskov Kommune takker for muligheden for at kommentere på høringsversionen af ovenstående anbefalinger.

Favrskov kommune finder overordnet set anbefalingerne meget relevante, grundigt beskrevet og læsevenlige. Vi har derfor kun få, men følgende forslag til kvalificering af anbefalingerne:

1.4.: Definitioner og forkortelser

Det kunne være ønskeligt, at man i dette afsnit fik defineret hvad der i anbefalingerne menes med: *sundhedsprofessionelle, fagprofessionelle, psykosocialfaglige, fagpersoner, socialpædagogisk bistand, kommunalt personale, personalet i plejeboligerne.*

Ovenstående benævnelser bruges alle i teksten uden en specifik definition og det kan skabe lidt uklarhed om ansvarsplacering, kompetencer og opgaveløsning. Et eksempel på dette kan ses i 5.1.4, hvor der veksles mellem benævnelserne sundhedsprofessionelle og fagpersoner under samme kompetence.

3.2.: Forekomst af demens

Der skrives: *at godt 36.000 danskere over 65 år er registeret med en demensdiagnose. Til trods for at dette tal er stigende, ses der i de senere år et lille fald i antallet af nye sygdomstilfælde pr. år.* Dette kan godt misforstås og bør måske præciseres til *lille fald af nydiagnosticerede?*

5.2.1.: Indhold i udredning

Der skrives i anden spalte på s. 17: *i enkelte tilfælde kan det være mest hensigtsmæssigt at den praktiserende læge færdigudreder patienten og undlader at henvise. Hvorvidt den enkelte patient skal viderehenvises eller ej, beror på en individuel vurdering samt den praktiserende læges kompetencer vedrørende demens.*

Her savnes et eksempel på, hvilke enkelte tilfælde det kunne dreje sig om?

7.1.3.: Palliativ pleje

Øverst på s. 26 skrives der: *Det vurderes, at personer med demens har dårligere adgang til relevante fagprofessionelle bl.a. fordi personalet i plejeboligerne kan have manglende viden om god palliativ indsats for mennesker med demens...*

Her kunne man med fordel omformulere sætningen, så den fremstår knap så forudindtaget over for det generelt dygtige personale i de kommunale plejeboliger. Alternativt indsætte en reference, som understøtter denne påstand.

7.2.2.: Træning i hverdagsaktiviteter

Der skrives midt på s.28 under kompetencer: *For at kunne tilrettelægge individuelt tilpassede hverdagsaktiviteter til mennesker med demens, bør den psykosocialfaglige eller sundhedsprofessionelle have en sundhedsfaglig uddannelse på bachelorniveau.* Her bør hverdagsaktiviteter præciseres til ADL- træning, idet der er mange kommunale aktivitetsafdelinger, som ikke drives af medarbejdere med en uddannelse på bachelorniveau.

Kvalitets – og
udviklingssygeplejerske
Uddannelsesafdelingen

Elmevej 37,
8450 Hammel

Tlf. 89 64 10 10
www.favrskov.dk
2. november 2018

Sagsbehandler:
Louise Hartvig
louh@favrskov.dk
mobil 2491 9760

7.3.: Pårørendeindsatser

Her ses nederst på s.29 og øverst på s.30 en længere gentagelse i samme spalte

Mvh

Distriktsleder Pia Hedegaard og Kvalitets-og udviklingssygeplejerske Louise Hartvig

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Høringssvar: "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens"

FOA takker for muligheden for at komme med bemærkninger til denne høring.

Overordnet finder FOA, at anbefalingerne er relevante og gennemarbejdede. Det er særligt positivt, at der fokuseres på kompetencer fremfor uddannelsesmæssig baggrund, hvad angår demenskoordinatorfunktionen.

Dog finder FOA det meget problematisk, at denne tankegang med fokus på kvalifikationer fremfor uddannelse ikke går igen indenfor alle de faglige indsatsområder.

Flere steder i anbefalingerne stilles der krav om et specifikt uddannelsesniveau for at man kan varetage konkrete funktioner. F.eks. fremhæves det under punkt 7.1.1. "Fysisk træning" og punkt 7.2.2. "Træning i hverdagsaktiviteter", at der stilles krav om en uddannelse på bachelorniveau for at man kan varetage disse opgaver. Det er ikke uddannelsesniveaueet der er afgørende for hvorvidt man kan varetage en opgave, men derimod om man har de rette faglige kompetencer. En bacheloruddannelse er ingen garanti for at man f.eks. har de rette faglige kompetencer til at arbejde med kognitiv stimulationsterapi sådan som det fremlægges i afsnit 7.2.1.

På social- og sundhedsuddannelserne uddannes eleverne til at varetage førnævnte opgaver, enten selvstændigt eller efter en plan, der er udarbejdet på foranledning af f.eks. en fysio- eller ergoterapeut.

Dato:
02-11-2018

Dokument nr.:
18/544752-3

Ref.:
tokh

FOA

Staunings Plads 1-3
1790 København V

Telefon:
+45 46 97 26 26

Mail:
foa@foa.dk

www.foa.dk

Derfor mener FOA, at man skal fjerne kravet om et specifikt uddannelsesniveau som f.eks. en bacheloruddannelse og i stedet kigge på, hvilke kompetencer medarbejderne har.

FOA ser frem til at se de endelige anbefalinger.

Med venlig hilsen



Torben Klitmøller Hollmann

Sektorformand

FOA



Høringssvar vedrørende Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

Ergoterapeutforeningen

Nørre Voldgade 90
DK-1358 København K
Tlf: +45 88 82 62 70
Fax: +45 33 41 47 10
Cvr nr. 19 12 11 19
etf.dk

Den 29. oktober 2018

Side 1

Ref.: UG

E-mail: ug@etf.dk

Direkte tlf.: 53 36 49 25

Ergoterapeutforeningens høringssvar vedrørende Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

Ergoterapeutforeningen og Det Ergoterapifaglige Selskab for Geriatri og Gerontologi takker for invitationen til at være høringspart vedrørende ovennævnte anbefalinger.

Ergoterapeutforeningen er generelt positiv overfor det fokus på indsatser til mennesker med demens, som satspuljemidlerne har genereret. Her er det derfor også af stor betydning for de sammenhængende forløb for mennesker med demens, at der netop bliver udarbejdet anbefalinger for tværsektorielle forløb for målgruppen.

Vi finder helt overordnet også, at det er et fint dokument, som er fremsendt i høring, som har et vigtigt fokus på det gode hverdagsliv med demens – og med anvisninger til hvordan de forskellige sektorer og fagpersoner kan bidrage til dette.

Det er ligeledes positivt, at der anbefales træning i hverdagsaktiviteter i borgernes eget hjem og især at anbefalinger netop har fokus på, at indsatserne til mennesker med demens tilrettelægges individuelt.

Det er også en væsentlig anbefaling, at der bør være tilbud om familiesamtaler/rådgivning/grupper til familier, hvor der er børn under 18 år, samt i familier hvor den primære omsorgsgiver er barn og under f.eks 21 år.

Vi har desuden følgende teksthære kommentarer:

I sammenfatningen af anbefalingerne under pkt 2.3 beskrives det, at den patientansvarlige læge overdrager tovholderrollen for borgers forløb til kommunen (demenskoordinatoren) - dette gentages under pkt 6.2. I flg Forløbsprogram for demens i Region Hovedstaden beskrives det, at tovholderfunktionen ALTID udgøres af en lægefaglig som dermed overdrager tovholderfunktionen fra behandlingsansvarlig læge på sygehus til praktiserende læge. Dvs det der overdrages til kommunen er forløbskoordinering og ikke tovholderfunktion. Der er behov for præcisering af anbefalingerne, så der er overensstemmelse mellem nationale og regionale forløbsprogrammer.

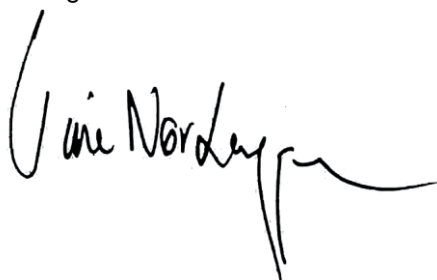
Under pkt 3.1 Afgrænsning af population bør "kognitive symptomer" erstattes med kognitive funktionsnedsættelser/forstyrrelser.

Pkt 4.1 Opgave og ansvarsfordeling. I forhold til kommunernes opgaver bør der også være anbefalinger, som indeholder fokus på rådgivning og undervisning af såvel borgere med demens og deres pårørende - jf pkt 6.2.1 Demenskoordinator funktion.

Pkt. 7.2.3 Velfærds teknologi. Det er vigtigt at det pointeres at velfærdsteknologi er sjældent kan stå alene – der er i de fleste tilfælde behov for en omsorgsperson/pårørende til at støtte og hjælpe med at benytte teknologier.

Ergoterapeutforeningen står naturligvis til rådighed for eventuelle uddybende kommentarer i forhold til høringssvaret, og vi ser frem til at følge det fortsatte arbejde.

Med venlig hilsen



Tina Nør Langager, formand for Ergoterapeutforeningen



AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Department of Communication and Psychology
Doctoral Programme in Music Therapy
Musikkens Hus
Rendsburggade 14, 9000 Aalborg
Professor Hanne Mette Ridder
Phone: +45 9940 9120
E-mail: hanne@hum.aau.dk
www.mt-phd.aau.dk

Aalborg Universitet 2. november 2018

Til
Sundhedsstyrelsen, Planlægning
jkr@sst.dk

Sundhedsstyrelsens HØRINGSVERSION: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

Der fremsendes hermed høringssvar ifbm. Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

Under afsnit 7.2 om psykosociale indsatser anføres følgende tekst:

7.2 Psykosociale indsatser

De psykosociale indsatser har til formål at fremme mulighederne for, at mennesker med demens og deres pårørende, i så høj grad som muligt, får mulighed for at bevare kontrollen over egen tilværelse og bevare værdighed og autonomi. Indsatserne har endvidere til formål at understøtte mennesker med demens og deres pårørende i længst muligt at kunne fortsætte deres tilværelse i det nærmiljø, de er vant til og at de får mulighed for at indgå i nye betydningsfulde fællesskaber.

Med henblik på at uddybe et psykosocialt perspektiv og nuancere målet om at bevare kontrol, erstattes teksten under 7.2 med:

7.2 Psykosociale indsatser

Psykosociale indsatser tilrettelægges ud fra en biopsykosocial helhedsforståelse af personen med demens. Der lægges vægt på at dække personens grundlæggende psykosociale behov for at være aktiv og inkluderet samt for anerkendelse, samvær og nærvær. De psykosociale indsatser har til formål at fremme mulighed for, at mennesker i en tidlig fase i demenssygdommen og deres pårørende bevarer værdighed og autonomi, for eksempel ved at kunne fortsætte deres tilværelse i det nærmiljø, de er vant til, og for at indgå i nye betydningsfulde fællesskaber. I takt med at funktionsevnen svækkes, har de psykosociale indsatser til formål at støtte personen med demens og dennes pårørende til at skabe en tryk og meningsfuld hverdag med udgangspunkt i personens ressourcer.



AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Med henblik på at anbefale en evidensbaseret behandlingsmetode og supplere anbefalingerne med andet end medicinsk behandling ved BPSD tilføjes Musikterapi. Eftersom Kognitiv stimuleringsterapi (7.2.1) inddrages, bør musikterapi ligeledes medtages i et særskilt afsnit. Således tilføjes:

7.2. Musikterapi**

Mennesker med demens er i risiko for at misforstå situationer og andres handlinger som følge af tab af funktionsevne og evnen til bearbejde sanseindtryk. Endvidere kan tab af evnen til at tage initiativ og kommunikere verbalt føre til en oplevelse af isolation. Der er således risiko for BPSD og hermed en forværring af demenssymptomer. I musikterapi danner genkendelige musikoplevelser grundlag for samvær og nærvær på personens præmisser. Musikterapi er baseret på en personafstemt terapeutisk tilgang med målet at fremme erindring og nonverbal kommunikation, mindske isolation, og forebygge og mindske BPSD. Den musikterapeutiske indsats tilrettelægges i samarbejde med pårørende og medarbejdere og ud fra personens præferencer. Med musikken som omdrejningspunkt tilpasses aktiviteter eller samvær, som kan være i form af sang, dans, musiklytning, spil på instrumenter, improvisation eller sangskrivning. Musikterapien stimulerer med en positiv og ubetinget kontakt og bibeholder positive erfaringer med musik. Indsatsen ledes af en uddannet musikterapeut i tæt samarbejde med pårørende og medarbejdere og med formålet at lette og styrke omsorgsopgaven. Et musikterapeutisk forløb rettes endvidere mod at identificere aktiviteter eller handlemåder, hvor pårørende og/eller medarbejdere kan videreføre det musikalske nærvær i dagligdagen (Sundhedsstyrelsen 2015, 2016). Det anbefales, at kommuner tilbyder musikterapi til mennesker med demens, der udviser BPSD, samt som støtte til familiesamtaler, aktivitetstilbud, pårørendeindsatser og træning i hverdagsaktiviteter.

Kompetencer

Indsatsen varetages af en uddannet kandidat i musikterapi, som ligeledes gennem supervision eller faglig sparring har som formål at pårørende og/eller medarbejdere inddrager eller viderefører musikaktiviteter, musikalsk nærvær og brug af sang og musik i plejesituationer.

Referencer:

Sundhedsstyrelsen (2015). Tema om musik og demens. <https://www.sst.dk/da/aeldre/demens/viden-og-metoder/tema-om-musik#>

Sundhedsstyrelsen (2016). Musik og sang som kommunikationsform til personer med demens. <https://www.sst.dk/da/aeldre/demens/viden-og-metoder/tema-om-kommunikation/brug-musik-og-sang>

Med venlig hilsen

Hanne Mette Ochsner Ridder, Professor, ph.d., forskerprogramsleder
Stine Lindahl Jacobsen, lektor, ph.d., studie- og forskergruppeleder

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: Lotte Sejr Kiring <lotte.sejr@kiring.com>
Sendt: 3. november 2018 08:04
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Emne: Høring: "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens"

Kære Janni

Hermed høringssvar fra bestyrelsen i Dansk Selskab for Geriatri:

"Afsnit 7,1,2 om medicinsk behandling indeholder mange gode tanker og intentioner. Men der savnes en præcisering af ansvarsfordelingen om omkring dette. Hvem har initiativet? Hvem skal gøre hvad hvornår?"

Mvh Lotte Sejr Kiring, sekretær i DSG



Sundhedsstyrelsen
Planlægning

Høringssvar fra Fredericia Kommune vedr. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

4. november 2018

Demenskonsulenter/demenskoordinator i Fredericia kommune takker for muligheden for at afgive høringssvar på anbefalingerne fra høringsversionen.

Vi kan overordnede tilslutte os enighed i de anbefalinger der er blevet udformet. Vi har også set på høringssvaret fra DKDK og fundet inspiration herfra.

Vi har dog et par opmærksomhedspunkter ift. anbefalingerne:

- Man kunne overveje at lave en kortfattet udgave af anbefalinger eksempelvis, som en form for tjekliste eller lignende for at give et overblik og for at undgå gentagelser af indholdet.
- Præcisering af at når en borger med demens udskrives, efter indlæggelse på sygehus - af andre årsager end deres demenslidelse, så er det den kommunale hjemmepleje og ikke demenskoordinatoren, der skal have tovholderfunktion ift. det videre forløb.
- Har man overvejet hvordan kommuner og regioner inkl. almen praksis kan etablere disse systematiske samarbejdsfora i

Fredericia Kommune

Gothersgade 20,
7000 Fredericia
T: 7210 7000
E: kommunen@fredericia.dk
W: fredericia.dk

Kontaktperson

Line Brinch Christensen
T: 2092 6724
E: line.christensen@fredericia.dk



praksis? Vi samarbejder meget med gerontopsykiatrisk team, men det kunne være gavnligt at støtte samarbejdet i højere grad mellem andre aktører eksempelvis lægerne og geriatrike afdelinger.

- Hvis det skal være tydeligere udspecificeret, kan man beskrive forløbskontakten med egen læge som eksempelvis: enten tager borgeren selv kontakt til lægen, pårørende, plejepersonale eller demenskonsulenten får tilladelse af borgeren til at tage kontakt til lægen eller lægen kontakter demenskonsulenten og/eller plejepersonale igen, eksempelvis for at få demenskonsulentens faglige vurdering eller udførelse af MMSE- test el. lign.
- I nævner ordet rehabilitering omtrent én gang og går ikke dybere ind i begrebet, men beskriver en masse forhold, som vi forbinder med rehabilitering; bl.a. fysisk træning, ernæring, medicinsk behandling og kognitiv stimulationsterapi. Disse tiltag ser vi også som vigtige. Vi vil dog gøre opmærksomme på, at vi på nuværende tidspunkt, oplever at det er svært at få bevilget kommunal hverdags rehabilitering eksempelvis træning til borgere med en demenssygdom, begrundelsen er at der ikke er noget udviklingspotentiale. I skriver at borgerens funktionsevne bør fastholdes så længe som muligt, hvorved vi ser det relevant at der således bliver enighed med rehabiliteringsområdet ift. hvad (for)målet er og hvad man i kommunalt regi kan få bevilget alene med baggrund i en demensdiagnose. Herunder nærmere beskrivelse af hvem der gør hvad ift. ansvarsplacering på rehabiliteringsområdet. Vi anser også at det er vigtigt, at der arbejdes på at fastholde funktionsevnen, både med fysisk træning ved uddannet personale samt træning af daglige gøremål f.eks. hverdagsrehabilitering også ved uddannet personale. Hvilket vi håber på kan blive en del af den kommunale procedure i fremtiden.
- Mht. den kognitive stimulationsterapi, hvilket vi finder meget relevant, er vi nysgerrige på nærmere afklaring på hvordan det kunne foregå i praksis eller lægge op til hvis ansvar det er at få det implementeret/udbredt.



- Vi mener det bør udspecificeres at det eksempelvis er lægens ansvar at få fulgt op på samt at oplyse pårørende eller plejepersonale om den årlige medicin gennemgang ift. behandlings effekt mv.
- Det kan være en udfordring at demenskonsulenten anbefales at have hovedansvar for det samlet forløb hos borgere med demens, da vi ikke altid har adgang til alt data og at vi heller ikke altid kan have indflydelse på det samlede forløb, som vi kunne ønske. Dette skriver DKDK også i deres høringssvar et forslag til:

"Kommuner bør have en demenskoordinatorfunktion som i samarbejde med drift og myndighed, ud fra lokale aftaler, er tilkoblet borgerens samlede forløb."

Mange tak for inddragelsen i processen.

Med venlig hilsen

Demenskoordinator og Demenskonsulenter i Fredericia kommune.

Sundhedshuset, Dronningensgade 97, 7000 Fredericia



Til Sundhedsstyrelsen

Dato: 02-11-2018
Sagsnr.: 29.00.09-K04-7-18
Henv. til: Ole Muff Andersen
Social, Sundhed og Arbejdsmarked
Direkte tlf.: 9611 4106
Afdeling tlf.: 9611 7585
Sundhed@Holstebro.dk
www.holstebro.dk

Holstebro Kommunes høringssvar vedr. "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens"

Holstebro Kommune vil gerne generelt anerkende det fine arbejde, som er udarbejdet i anbefalingerne. Anbefalingerne er meget ambitiøse på den måde, at de omfatter alle med demenssymptomer og demensdiagnoser i større eller mindre grad. Det vil medføre, at der skal afsættes markant flere ressourcer, end der bliver brugt på nuværende tidspunkt og kræve politiske prioriteringer, såfremt der skal leves 100 % op til anbefalingerne.

I nedenstående fremgår kommentarer til enkelte passager i materialet:

3.3 Populationens karakteristika

Opremsningen over grupper af mennesker med demens med særlige karakteristika kan med fordel udvides til også at indeholde:

- Borgere med medfødte genetiske sygdomme
- Borgere med afhængighed af rusmidler

5.2 Udredning af demens

I udredningen af demens er det vigtig at have for øje, hvilke særlige karakteristika borgeren evt. har - eksempelvis afhængighed af rusmidler.

Specifikt i forhold til demensramte med misbrug

Følgelvirkningerne af demens i forbindelse med misbrug er mange, og kan f.eks. være forvirring og desorientering, problemer med hukommelse, kommunikation og forståelse, personlighedsændring eller tab af problemløsningsevne.

For mange medfører demens desuden depression.

Problemstillingen kompliceres yderligere, når der er et fortsat aktivt misbrug. Dette kan i sidste ende betyde at borgeren får behov massiv støtte eller ikke er i stand til at klare sig selv.

Specifikt i forhold til demensramte udviklingshæmmede:

Når udviklingshæmmede mennesker i dag bliver ældre, stiller det endnu større krav til den medicinsk og socialpædagogisk tilgang/metode.



Det er vigtigt, at demens hos personer med udviklingshæmning opdages tidligt. Demensdiagnose og sygdommens forløb er et vigtigt redskab i forhold til valg af socialpædagogiske tilgange og metoder, der har en gavnlig og positiv effekt for de demensramtes livskvalitet.

6 Koordination og samarbejde

Ved samarbejde med borgere i målgruppen med specielle karakteristika skal der samarbejdes mellem et udvidet antal interessenter. Eksempelvis kommunale botilbud og rusmiddelbehandlinger.

7. Faglige indsatser

Specifikt i forhold til demensramte med misbrug:

Selvom vi ser en stigning af hjerneskadede borgere med misbrug, så er der et meget lille fokus på hjerneskade i misbrugsbehandlingen generelt. Det betyder, at borgere med hjerneskade tilbydes behandling efter samme metoder, som borgere uden hjerneskade.

Derved er der stor risiko for at borgeren ikke profiterer af indsatsen, og dermed frafalder behandlingen eller behandler systemet ikke har et tilbud.

Med venlig hilsen

Jens Bejer Damgaard
Sundhedschef
Holstebro Kommune

Anette Holm
Socialchef
Holstebro Kommune

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: Dorte Østergaard <doro@skivekommune.dk>
Sendt: 5. november 2018 08:41
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Cc: Marianne Frost; Theresa Aroha Wollenberg
Emne: anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens - høringsvar

Hej Janni.

Skive Kommune har ikke indsigelser eller kommentarer til anbefalingerne.

Med venlig hilsen

Dorte Østergaard
Demensfaglig udviklingskoordinator

Fagkonsulentgruppen
doro@skivekommune.dk
T: 9915 0000
M: 22192138

Reservevej 25, plan 4 ■ 7800 Skive

SKIVEKOMMUNE

Fælles høringssvar fra 10 nordjyske kommuner vedr. anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

Sundhedsstyrelsen har, med høringsfrist den 5. november 2018, sendt "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens" i høring. Dette høringssvar er et fælles høringssvar fra følgende nordjyske kommuner:

- Aalborg Kommune
- Brønderslev Kommune
- Frederikshavn Kommune
- Hjørring Kommune
- Læsø Kommune
- Mariagerfjord Kommune
- Morsø Kommune
- Rebild Kommune
- Thisted Kommune
- Vesthimmerlands Kommune

Høringssvaret indeholder to elementer: Afsnit 1 med en fælles tilbagemelding fra de ovennævnte kommuner, og afsnit 2 med særskilte bemærkninger fra enkelte af de ovennævnte kommuner.

1. Fælles kommunal opbakning til nuværende nordjyske demensudredningsmodel

Som en del af sundhedsaftalesamarbejdet i Nordjylland findes "Sygdomsspecifik Sundhedsaftale for Demens" indgået mellem Region Nordjylland og alle 11 nordjyske kommuner. Sundhedsaftalen, som indeholder den nordjyske samordnede demensudredningsmodel, er fremsendt som bilag til høringssvaret. Sundhedsaftalen kan ligeledes findes på Region Nordjyllands hjemmeside:

https://rn.dk/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftale-2015/Den-Tværsæktorielle-Grundaftale/Genoptræning-og-rehabilitering/Samlet_Demens.ashx?la=da

De 10 kommuner bag nærværende høringssvar vil gerne benytte høringssvaret til at udtrykke opbakning til den eksisterende nordjyske demensudredningsmodel. Med denne opbakning følger også et ønske fra kommunerne om, at anbefalingerne for tværsektorielle forløb for mennesker med demens tager hensyn til muligheden for at videreføre den nordjyske demensudredningsmodel inden for anbefalingernes rammer.

Som det også fremgår af nedenstående særskilte høringssvar fra flere af kommunerne, er der umiddelbart en usikkerhed i forhold til, om den nuværende nordjyske demensudredningsmodel vil være i fuld overensstemmelse med anbefalingerne, som de

foreligger i høringsversionen. Det fremgår bl.a. af anbefalingernes afsnit 5, at almen praksis varetager den indledende vurdering og udredning. Men i den nordjyske demensudredningsmodel er kommunalt personale også involveret i denne del af forløbet (se evt. nærmere i den vedlagte sundhedsaftale samt i de særskilte kommunale tilbagemeldinger i afsnit 2 nedenfor). Såfremt den eksisterende nordjyske demensudredningsmodel på den baggrund kan anses som værende i manglende overensstemmelse med høringsversionen af anbefalingerne, ønskes det, at anbefalingerne justeres, så det sikres, at den nordjyske demensudredningsmodel kan videreføres uden dermed at være i modstrid med de endelige anbefalinger.

2. Særskilte tilbagemeldinger fra de enkelte kommuner

Aalborg Kommune

Aalborg Kommune støtter op om Sundhedsstyrelsens anbefalingerne for tværsektorielle forløb for mennesker med demens. Det er nogle gode anbefalinger, og især anbefalingerne med systematisk opfølgning i almen praksis og anbefalingerne om koordinering og planlægning af et sammenhængende forløb med tidlig inddragelse af kommunerne anses som yderst relevante. Aalborg kommune vurderer dog, at anbefalingerne især er målrettet indsatsen for borgere med demens tilhørende normalområdet, og ønsker at bemærke, at det også er vigtigt at vægte specialområdet i demensindsatsen, herunder demensramte borgere med udviklingshæmning og med Downs syndrom. Endvidere savner vi anbefalinger til de mere komplicerede demensforløb, hvor den demensramte eksempelvis nægter at gå til den praktiserende læge.

Aalborg Kommune har desuden følgende kommentarer til anbefalingerne:

Side 21: 6.2.1 Demenskoordinationsfunktion

Det er vigtigt, at demenskoordinatorerne i høj grad deltager i den praksisnære vejledning og ikke blot vejleder og koordinerer fra en kontorplads.

Side 22: 6.2.1. Demenskoordinationsfunktion: kompetencer

Demenskoordinatorer bør desuden have kompetencer inden for praksisnær vejledning og refleksion, samt viden om hvordan de skal indgå i en proces i forhold til en praksisnær vejledning.

Side 24: 7.1.1. Fysisk træning: Kompetencer

Det er vigtigt, at de fagpersoner der varetager den fysiske træning også har en vis viden om demens for at kunne imødekomme den demensramtes behov.

Side 27: 7.2.1 Kognitiv stimulationsterapi

I forhold til kognitiv stimulationsterapi kan det være fordelagtigt at tænke alternative kommunikationsformer ind i form af velfærdsteknologi. Gerne så tidligt som muligt i demensforløbet, da det her er nemmest at lære nyt.

Side 28: 7.2.1 Kognitiv stimulationsterapi: Kompetencer

De medarbejdere der arbejder med stimulationsterapi bør også have en vis kendskab til demens.

Side 28: 7.2.2. Træning i hverdagsaktiviteter: Kompetencer

Den fagprofessionelle bør desuden have kompetencer indenfor neuropædagogiske behandlingsmetoder.

Rebild Kommune

Rebild Kommunes umiddelbare opmærksomhedspunkt i forhold til høringsmaterialet er vores nuværende besluttede Samordnede Demensudredningsmodel her i Nordjylland (Den Tværsektorielle Grundaftale 2015-2018 – Sygdomsspecifik Sundhedsaftale for Demens).

I vores nordjyske model er arbejdsdeling imellem almen praksis og de kommunalt ansatte demens fagpersoner/demenssygeplejersker besluttet og aftalt. Det betyder, at der er et tæt udredningshold omkring borger i borgers nærmiljø - i samarbejde med regionens specialeenheder. Dette fremgår ikke tydeligt i høringsmaterialet.

Når der kigges specifikt ind i høringsmaterialets afsnit 5. "Rettidig diagnostik og udredning af demens" og herunder anbefalingerne 5.1.1 "Indsatsen i kommunalt regi" og 5.2.1 "Indsatsen i almen praksis" fremgår heraf, at almen praksis varetager den indledende vurdering og udredning. Det er ikke i overensstemmelse med vores Sundhedsaftale/Sygdomsspecifik Sundhedsaftale for Demens, hvor den basale demensudredning foregår i primær sektor i samarbejde mellem den praktiserende læge og en kommunalt ansat demenssygeplejerske.

Via etableringen af den Samordnede Nordjyske Demensudredningsmodel er der ligeledes gennem årene oparbejdet kompetencer i "det nære sundhedsvæsen". Vi ønsker derfor, at fastholde vores velfungerende Samordnede Nordjyske Demensudredningsmodel.

Vesthimmerlands Kommune

Indeværende høringsvar repræsenterer Vesthimmerlands Kommunes anbefalinger og er udarbejdet i samarbejde med kommunens demenskoordinatorer.

I Region Nordjylland, laves demensudredningen med udgangspunkt i en aftale omkring den "Samordnede demensudredningsmodel", som har eksisteret de seneste 10 år. I denne model, er det demenskoordinatorerne, der besøger borgerne, der laves test og optages anamnese, der herefter sendes til praksislægen eller den relevante instans.

Med anbefalingerne omkring udredning, ser vi, at der sker en forringelse af den nuværende standard i Region Nordjylland.

Med demenskoordinatorerne inddraget i udredningen på et så tidligt stadie er der flere fordele:

1. Borgeren med demens og dennes familie kommer tidligt i kontakt med demenskoordinatorerne. Det betyder, at de relevante kommunale tilbud rettidigt kan præsenteres / tilbydes for både borgeren med demens og familien.
2. Den tidlige vurdering og test af borgeren med demens bliver kvalificeret af observationer i borgerens eget hjem. De test, der udføres, bliver dermed underbygget af den adfærd, som udvises, og de faglige observationer demenskoordinatorerne foretager i forbindelse med udførelse af test.
3. Demenskoordinatorerne bliver en støtte for de pårørende helt fra starten, og under udredningsfasen, hvor de pårørende kan have ekstra behov for støtte.

I anbefalingerne står flere gange anført, at demenskoordinatorerne skal have tovholderfunktioner, og være borgernes kontaktperson. Det opleves af demenskoordinatorerne som en helt relevant opgave, og svarende til nuværende praksis. Opgaven vil vanskeliggøres, hvis de ikke, som nu, har været en del af forløbet fra starten.

Der kan stilles spørgsmål ved, om demenskoordinatorerne kan have ansvar for borgerens samlede forløb? Demenskoordinatoren kan have ansvar for den del af forløbet, som foregår i kommunen og i det tværsektorielle samarbejde. Under det regionale udredningsforløb bør den patientansvarlige læge have en central rolle, som kan overdrages til praksis læge og demenskoordinatorer efter endt udredningsforløb.

Vedrørende opfølgning efter et endt udredningsforløb, opleves kontrol ved medicinsk behandling efter 3-6 måneder som for lang tid. Flere kan nå at opleve bivirkninger, som der ikke handles på.

For at forebygge dette, kan der være aftalt tidligere besøg ved lægepraksis eller opfølgning ved geronto psykiatrisk sygeplejerske.

Udover ved medicinsk behandling bør opfølgnings hyppighed være individuel.



Den Tværsektorielle Grundaftale

2015-2018

Sygdomsspecifik Sundhedsaftale for Demens

Indsatsområde: Genoptræning og rehabilitering
Proces:

Sygdomsspecifik Sundhedsaftale for Demens

Sundhedsstyrelsen definerer demens som en karakteristisk samling af symptomer - et syndrom - forårsaget af sygdom eller skade som påvirker hjernens intellektuelle funktion, men ikke bevidsthedsklarheden. Demens medfører svækkelse af en række hjernefunktioner: hukommelse, koncentrationsevne, orienteringsevne, sprog og er evt. ledsaget af ændring i personlighed, adfærd og følelsesliv.

Der er ikke stratificeringskriterier for Kronikerpyramidens niveauer og konkrete forslag til forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter, idet Demens er en progredierende kronisk lidelse i et overvejende irreversibelt forløb, ligesom aftalen fokuserer på at udbrede den samordnede demensudredningsmodel i primærsektoren.

Aftalen for Demens adskiller sig således i sit fokus fra aftalerne for de øvrige kroniske sygdomsgrupper.

Den samordnede demensudredningsmodel gør brug af en digital demensvandrejournel, der kan være idé-grundlag for tilsvarende informationsudveksling og kommunikation for andre sygdomsgrupper.

Aftalen omfatter en implementeringsstrategi, der udruller den samordnede demensudredningsmodel til alle kommuner i Nordjylland i perioden 2008-2010. Heri indgår en vurdering af ressourceforbrug i de enkelte sektorer mhp. at deltage i den samordnede demensudredningsmodel.

Kvantificering

Af rapporten fra Klinisk Epidemiologisk afdeling om sygehuskontakter og lægemiddelforbrug for udvalgte kroniske sygdomme i Region Nordjylland fremgår, at i 2006 fik knap 1.000 patienter i Region Nordjylland receptpligtig medicin, og ca. 700 var indlagt med en demenssygdom. 0,3 % af befolkningen har således fået medicin eller været indlagt pga. demens.

Nedenstående tabel viser et skøn over forventet antal demenspatienter fordelt på kommuner og forslag til udredningskapacitet, hvis det forudsættes, at 50 % diagnostiseres gennem den samordnede udredningsmodel.

	Indbyggere ≥ 65 år	Forventet incidens	Udrednings-kapacitet ≈ 50 % af forventet incidens
Frederikshavn	11.118	277	139
Hjørring	11.323	284	141
Læsø	512	13	6
Brønderslev	6.053	152	75
Jammerbugt	6.111	153	77
Aalborg	28.466	712	355
Vesthimmerland	6.736	168	84
Rebild	4.161	105	52
MariagerFjord	6.979	175	88
Thisted	7.667	192	96
Morsø	4.194	105	52
Total	93.320	2.336	1.159

Arbejdsdeling

Den samordnede demensudredningsmodel indebærer, at den basale demensudredning foregår i primær sektor i samarbejde mellem den praktiserende læge og en kommunalt ansat demenssygeplejerske. Der indgår endvidere en Demensklíník, der sikrer tværfaglig og specialiseret visitation og udredning. Viderehenvísning fra den praktiserende læge til Demensklíníken sker ved tidlige og uklare demenstilfælde, ved usikkerhed om demenstypen, ved svære og komplicerede tilfælde, og hvis der er behov for demensmedicinsk behandling.

Regionen skal indgå § 2-aftale om de praktiserende lægers deltagelse i at videreføre og udbrede den samordnede demensudredningsmodel til hele regionen.

Regionen viderefører en styrket demensklíník, der bl.a. indebærer en udvidet målgruppe

Konkret arbejdsdeling

Aktiviteter	Nødvendige kompetencer	Ansvarlig for at udføre
Tovholder og forløbskoordinator i hele patientforløbet	Demensfagperson	Kommunen
Perioden forud for diagnose:		
Medicinsk indsats		Praktiserende læge
Aktivitetstilbud mv.		Kommunen
Perioden for udredning:		
Udredning og diagnostik	Demensfagperson og Almen-Praktiserende læge	Kommunen og Almen-Praktiserende Læge

Aktiviteter	Nødvendige kompetencer	Ansvarlig for at udføre
Supplerende udredning, udredning af uklare tilfælde		Regionens Demensklíník
Socialmedicinsk opfølgningssamtale	Demensfagperson og Almen-Praktiserende læge	Kommunen og Almen-Praktiserende Læge
Den kroniske fase:		
Medicinsk indsats og opfølgning	Demensfagperson og Almen-Praktiserende læge	Kommunen og Almen-Praktiserende Læge
Opfølgende samtaler, min. 1 pr år	Demensfagperson og Almen-Praktiserende Læge	Kommunen og Almen-Praktiserende Læge
Sociale tilbud, målrette demente, støtte til pårørende, praktisk hjælp mv.		Kommunen

Tovholder og forløbskoordinator

En kommunal demensfagperson er på en gang tovholder og forløbskoordinator i patientforløbet. Demensfagpersonens vigtigste kompetencer: Solid faglig viden og færdigheder omkring normal aldring og demens, - Demenssygdomme, behandling, pleje, omsorg, også for pårørende mv.

Praksiskonsulentordning

Praksiskonsulentordningen videreføres og udvikles i forbindelse med udbredelse af modellen til alle kommuner i regionen med det formål at:

- øge kendskabet demensudredningsmodellen, fokusere på tidlig udredning og opnå ensartet henvisningspraksis til sekundær sektor
- øge praktiserende lægernes diagnostiske sikkerhed.

Demensdatabase

Planerne for etablering af en demensdatabase foreslås videreført.

Demensnetværk

Det eksisterende Demensnetværk for plejegruppen videreføres. Kronikerenhed er tovholder i samarbejde med det tværsektorielle forum for Demens.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Dansk
Sygeplejeråd



Dato. 5.11.18
Ref: MMK
Sags nr.:18/47231

Dansk Sygeplejeråds høringssvar vedr. anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

Dansk Sygeplejeråd takker for muligheden for at afgive høringssvar på høring vedrørende anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens.

Generelle bemærkninger

Vi finder det meget positivt, at Sundhedsstyrelsen har sat sig i spidsen for at beskrive det tværfaglige og tværsektorielle forløb for mennesker med demens. Det er godt, at der har været et forarbejde med en ekstern evaluering af eksisterende forløbsprogrammer og samarbejdsmodeller samt en nedsat rådgivende arbejdsgruppe.

Mennesker med demens og deres pårørende er en gruppe, hvor mange faglige og frivillige aktører er i spil. Derfor er det påkrævet med nogle rammer for, hvordan vi sikrer de bedst mulige forløb med tryghed, sikkerhed og kvalitet i behandling og tilbud. Sundhedsstyrelsen opfordrer til, at anbefalingerne indarbejdes i lokale instrukser og vejledninger samt i de regionale forløbsprogrammer/samarbejdsaftaler for mennesker med demens. Vi mener, at det er vigtigt som myndighed at følge op på om det sker, så anbefalingerne implementeres i praksis.

Vi savner, at anbefalingerne forholder sig mere til betydningen af forebyggelsesindsatser, og hvordan forebyggelse generelt bør indgå i det faglige arbejde – men også mere konkret hvordan vi sikrer, at mennesker med demenssygdomme tilbydes de rette og tilpassede forebyggelsesindsatser.

Specifikke bemærkninger

5.1. Rettidigt diagnostik

Dansk Sygeplejeråd mener, at vigtigheden af specialistkompetencer bør fremgå mere tydeligt i anbefalingerne. I anbefalingerne fremgår det, at sundhedsprofessionelle er afgørende i forhold til at kunne handle på tidlige tegn på demens, og det nævnes, at alle skal have en basisviden om sygdommen. Det er afgørende, men samtidig kræver det, at der arbejdes systematisk og fokuseret i forhold til kompetencesammensætninger i kommunerne. Det er også nødvendigt, at der er sundhedsfagligt personale tæt omkring borgeren med demens,

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
DK-1250 København K

mandag-torsdag 9.00-16.00
fredag 9.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55
Fax: +45 33 15 24 55

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

som har *specialviden* om demens. Det spiller en rolle i forhold til rettidig diagnostik såvel som i planlægning af forløb og det bør fremgå tydeligere i anbefalingerne.

6.2.Samarbejde og koordination

Dansk Sygeplejeråd mener, at det i anbefalingerne bør præciseres, hvilket ansvar en demenskoordinator har, og at det skal bero på de rette sundheds- og sygeplejefaglige kompetencer. I anbefalingerne lægges op til, at kommuner bør have en demenskoordinator, som er ansvarlig for borgerens *samlede forløb*, men det er uklart, hvad der lægges i dette ansvar – det bør præciseres. Vi mener, det er nødvendigt, at der koordineres og samarbejdes omkring mennesker med demens. Dette set i lyset af sygdommens karakter – men også når mennesker med demens har andre og mange behandlingskrævende sygdomme, som kan være langvarige og kroniske. Alle sundhedsprofessionelle omkring borgeren har et fagligt ansvar.

Det giver god mening, at der er en koordinator, som sikrer sammenhæng i forløb, og tager et fagligt ansvar herfor i kommunerne, som der på hospitaler og demensspecialenheder fx er tilknyttet en kontaktsygeplejerske. Det forudsætter dog, at koordinatoren i kommunen har de rette sundheds- og sygeplejefaglige kompetencer, en udbygget specialviden om demens samt viden om tilbud og behandling, der går på tværs af sektorer. Sundhedsstyrelsen kan med fordel arbejde videre med at få dette beskrevet f.eks. i en national model, der bygger bro til det nationale arbejde med at styrke kvalitet i ældreplejen.

Med venlig hilsen


Grete Christensen
Formand



Sundhedsstyrelsen
Planlægning
jkr@sst.dk

HØRINGSSVAR - DEMENSANBEFALINGER

05-11-2018

Guldborgsund Kommune har følgende kommentarer til "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens":

- Side 7: Afsnit 2.2. "Sundhedsprofessionelle tilskynder borgere til at kontakte egen læge, hvis de får mistanke om demens hos borgeren. Alternativt kan medarbejderen indhente borgerens tilladelse til at kontakte borgerens egen læge **eller kommunens demenskoordinator.**"
- Side 7: Afsnit 2.2. "Almen praksis varetager den indledende vurdering og udredning, der som minimum bør indeholde anamneseoptagelse, objektiv undersøgelse, kognitiv testning samt blodprøver." **Burde EKG og CT-scanning ikke også være en del af den indledende vurdering og udredning ?**
- Side 15: Afsnit 5.1.1. **I afsnittet savnes omtale af de forebyggende seniorkonsulenter. Vi oplever således i Guldborgsund Kommune, at deres besøg har stor betydning for tidlig opsporing.**
- Side 22: Afsnit "Derudover bør demenskoordinatorer have følgende kompetencer." **Der bør tilføjes en separat dot, der omtaler demenskoordinatorens rolle som underviser, sparringspartner og vidensperson. Det være til det nære sundhedspersonale, ledelse og myndighedspersonale på selv generelt borgerniveau som helt borgerspecifikt. Det centrale i kompetencen er at højne omsorgspraksis, faglighed og selvrefleksion for dermed at skabe de bedste betingelser for et godt sygdomsforløb med livskvalitet og trivsel for mennesker med demens.**
- Side 29: Afsnit 7.2.4. "Aktivitetstilbud". **Det anbefales, at overskriften ændres til aktivitets- og samværstilbud, så retorikken hænger sammen med formålet. Det præciseres således længere henne i rapporten, at også samværstilbud har en afgørende social, relationel og aflastende dimension for demente borgere.**
- Side 31: "Det anbefales, at kommunen tilbyder rådgivning til pårørende med særlig opmærksomhed på hele familien, især børn under 18 år. Rådgivningen kan med fordel forløbe over flere sessioner, hvor den pårørende både

GULDBORGSUND KOMMUNE

CENTER FOR SUNDHED & OMSORG
UDVIKLING & UDDANNELSE
PARKVEJ 37
4800 NYKØBING F
WWW.GULDBORGSUND.DK

SAGSNR. 18/1700
SAGSBEHANDLER:
LENE NØRRUM
DIR +45 25180650
MOB +45 29648412
LENR@GULDBORGSUND.DK

CVR NR. 29 18 85 99

TELEFONNUMRE
MAN – ONS KL. 9.00 – 15.00
TORS KL. 9.00 – 17.00
FRE KL. 9.00 – 12.00



kan lære og får mulighed for at diskutere personlige udfordringer ved at leve med et menneske med demens." **Der bør tilføjes et afsnit/en formulering om lokale patient- og pårørende kurser, der eventuelt kan tilrettelægges i et samarbejde mellem kommune og region. Og etablering af netværksgrupper for pårørende til borgere med demens.**

- Side 32: Afsnit 8.1.1. "Den praktiserende læge bør initiere kontakten til borgeren". **Så vidt vides, er det ikke lovligt/muligt for praktiserende læger at indkalde patienter ?? Der kunne f.eks. fra udredningsenheden udpeges en helbredsmæssig ansvarlig for at opfølgningen på helbred/medicin hos almen praksis kommer til at ske efter endt forløb i udredningsenheden. For hjemmeboende borgere med demens med ressourcer stærke pårørende (f.eks. ægtefælle) og uden sygepleje/hjemmepleje er det familien, der varetager dette. For alle andre borgere, der modtager ydelser fra kommunen (hjemmeboende med hjemmepleje eller i plejeboliger) er det det sundhedsfaglige personale i samarbejde med familien, der sørger for opfølgning.**

Skulle der være spørgsmål til ovenstående kan undertegnede kontaktes.

Med venlig hilsen

Lene Nørrium
Konsulent

Sundhedsstyrelsen

5. november 2018

DSAM's høringssvar til "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens"

DSAM takker for muligheden for at kommentere på ovenstående anbefalinger.

Generelt finder vi anbefalingerne fornuftige og solide i forhold til almen praksis, og de beskriver langt hen ad vejen forholdene, som de er allerede. Vi kan derfor bakke op om selve de konkrete anbefalinger, men samtidig har DSAM nogle overordnede bekymringer og kommentarer.

Hvad er en "anbefaling"?

I en tid hvor vi har vejledninger, guidelines, instrukser og nationale retningslinjer, kommer der nu også "anbefalinger" med konkret beskrevet fagligt indhold vedrørende en sygdomsgruppes håndtering i almen praksis.

Det er uklart, hvilket juridisk ansvar der er knyttet til anbefalingerne, og det er vigtigt, hvordan en skrivelse stiller de sundhedsprofessionelle under et evt. STPS-tilsyn, hvis vi IKKE følger anbefalingen. Er det noget vi "skal", "kan" eller "bør"? Vi kan konstatere, at der i forhold til en national klinisk retningslinje IKKE indledes med en ansvarsfraskrivelse. Er det fordi man mener, at det ikke er nødvendigt at kommentere på det juridiske ansvar, når det gælder en anbefaling?

Det er samtidig noget uklart, hvem der er anbefalingens egentlige afsender – er det politikerne bag demenshandlingsplanen, er det Sundhedsstyrelsen eller arbejdsgruppen og de forskellige fagligheder de repræsenterer, og dermed noget der modsvarer retningslinjernes "god klinisk praksis"?

Stockholmsgade 55, st.
2100 København  

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

Endelig er den sproglige formulering generelt uklar. Man vælger at skrive disse anbefalinger i nutid, fx *"sundhedsprofessionelle tilskynder borgere til at kontakte egen læge..."* eller *"Kommuner og regioner inddrager aktivt borgeren..."* Det gør det uklart, om man mener, at det er en beskrivelse af forholdene i dag, eller om det handler om en slags tilstræbelsesværdige mål – en slags "mission and vision" for sundhedsvæsenets diagnosticering og behandling af borgere med demenssygdom? Igen gør det anbefalingerne uklare, ved at man ikke skriver direkte, om det handler om "kan", "skal" eller "bør".

Risiko for overdiagnostik og fejldiagnostik i grænselandet mellem demens og MCI

Kombinationen af en meget dårligt afgrænset definition af Mild Cognitiv Impairment (MCI) og anbefalingen om, at *"Sundhedsprofessionelle tilskynder borgere til at kontakte egen læge, hvis de får mistanke om demens hos borgeren"* har en indbygget risiko for både overdiagnostik og fejldiagnostik.

Udviklingen af demens er glidende, som det også fremgår af NKR om udredning af MCI og demens, og ikke alle med MCI udvikler demens. Samtidig findes der ikke tests, der med sikkerhed kan skelne mellem tidlige demensstadier og MCI af andre (og eventuelle reversible) årsager.

Vi vil fastholde de bemærkninger, vi havde til høringssvaret til den nævnte NKR, idet vi ikke synes disse forbehold er tilstrækkelig medtaget i aktuelle anbefalinger. DSAM skrev: "Udfordringen i praksis består ikke mindst i at vurdere, hvornår udredning er nødvendig, især i relation til gruppen af patienter med MCI, hvor der er mange differentialdiagnostiske overvejelser. Det kan fx handle om andre tilstande end begyndende demens, herunder medicinbivirkninger, affektive udsving eller om normale, aldersbetingede forandringer, som ikke vil udvikle sig til sygdom. Risikoen er derfor ikke kun til stede for underdiagnostik af andre tilstande, men også for overdiagnostik og -behandling. Retningslinjen giver desværre få holdepunkter i forhold til, hvornår udredning er nødvendig (anbefales), idet den koncentrerer sig om de spørgsmål der opstår, efter at man har vurderet, at patienten bør udredes for demens."

På samme vis synes vi, at der er et misforhold mellem, at anbefalingerne stort set kun omhandler demens, mens det indledningsvis står omkring afgrænsning af populationen, at *"Anbefalingerne omhandler følgende grupper af borgere/patienter:*

- *Personer med bekymring over og/eller tegn på kognitive symptomer (bekymringen kan komme fra borgeren selv, pårørende eller sundhedsprofessionelle)*
- *Personer med MCI*
- *Personer diagnosticeret med en demenssygdom"*.

DSAM mener ikke, at de praktiserende læger (og deres patienter) er specielt godt hjulpet i relation til gråzoneproblematikken, som giver udfordringer både for læge, patient og pårørende, men koncentrerer sig mere om der, hvor diagnosen er oplagt.

Rettidig diagnostik indebærer, at man overvejer fordele og ulemper ved tidlig opsporing

DSAM ser med tilfredshed, at anbefalingerne benytter udtrykket "rettidig diagnostik" i stedet for "tidlig opsporing", som ellers har været sædvane.

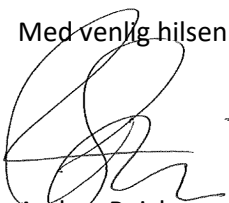
Desværre ser det dog ud som om, at man opfatter ordene som synonyme, og ikke som et udtryk for en reel overvejelse om, hvorvidt en diagnose kan stilles for tidligt, når man går til opgaven med opsporingsbrillerne på og under mottoet jo-før-jo-bedre.

Således nævnes kun positive aspekter af tidlig diagnostik og ikke risikoen for overdiagnostik eller bivirkningerne ved en diagnose, fx stigmatisering – evt. på et for løst grundlag.

Der står også i anbefalingerne: *"Til gengæld vil en tidlig diagnose i høj grad kunne bidrage til et bedre forløb for både borgeren med demens samt de pårørende"*. Kan det underbygges med evidens om effekten heraf og evt. utilsigtede virkninger? Det er ganske givet rigtig i mange tilfælde, men der opstår meget ofte etiske dilemmaer ifm. uddybning og evt. undersøgelser ved mistanke om demens. Det kunne også have betydning, at man fx først er berettiget til en forløb med demenskoordinator, hvis der er stillet en demensdiagnose – hvor behovet måske er tilstede længe før. Denne gevinst kunne også være opnået ved, at hjælpen blev givet efter behov og ikke i forhold til, om man har en diagnose eller ej.

DSAM håber, at man vil overveje en klar vurdering af de juridiske forhold omkring anbefalingerne, en beskrivelse heraf i publikationen, samt en bedre beskrivelse af de etiske dilemmaer, der opstår i grænselandet mellem MCI og demens. Det er i virkeligheden her, at vi har behov for faglige anbefalinger, og ikke i relation til allerede afklarede diagnoser.

Med venlig hilsen



Anders Beich
Formand, DSAM



Esbjerg Kommunes høringssvar vedr. anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

Esbjerg Kommune har modtaget høringsmateriale til anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens og takker for muligheden for at kommentere på anbefalingerne.

Esbjerg Kommune har følgende kommentarer til høringsudkastet:

Organisering

I anbefalingerne henvises til, at almen praksis dels varetager den medicinske behandling af demenssygdommen, når borgeren har fået stillet en diagnose på sygehus og er blevet tilbagehenvist til almen praksis, og dels henviser til rehabilitering.

I relation til rehabilitering er der på nuværende tidspunkt igangsat en faglig debat, som tager fat omkring, hvordan begrebet skal forstås i relation til demens. På baggrund heraf er Esbjerg Kommune af den opfattelse, at der er behov for en begrebsmæssig afklaring af, hvad rehabilitering reelt set dækker over i en demenskontekst, og at nærværende anbefalinger bør tage afsæt i en fælles begrebsramme. Dette sikrer, at alle parter er enige om, *hvad* den praktiserende læge konkret set henviser til.

Yderligere bør det i anbefalingerne præciseres, hvorvidt der stilles krav om, at kommunerne leverer den type af rehabiliterende tilbud, som den praktiserende læge finder hensigtsmæssig, eller hvorvidt den praktiserende læge kan henvise til de eksisterende kommunale tilbud, som ligger inden for den økonomiske og politiske beslutningsramme.



Rettidig diagnostik og udredning af demens

Esbjerg Kommune ser positivt på, at der i anbefalingerne lægges op til, at kommunen – efter samtykke fra borgeren – inddrages, når den praktiserende læge indleder et udredningsforløb, med henblik på rettidig aktivering af det kommunale system.

Esbjerg Kommune anbefaler, at det i afsnit 5.2 omkring udredning af demens præciseres, *hvordan* samarbejdet mellem region og kommune konkret tænkes udmøntet, samt *hvem* der definerer, hvad tilbuddet skal indeholde. Samtidig bør det sikres, at de behandlings- og rehabiliterende tilbud, som borgeren stilles i udsigt, er afstemt med indholdet i de tilbud, der reelt set udbydes.

Koordination og samarbejde

Esbjerg Kommune forholder sig overordnet set positivt til, at der sættes øget fokus på organisering og samarbejde inden for demensområdet, samt at der – med henblik på drøftelse af organisering, opfølgning og planlægning af sammenhængende patientforløb – lægges op til etablering af systematiske samarbejdsfora mellem kommuner og regioner, herunder almen praksis. For at sikre, at der sættes handling bag ordene, bør det i anbefalingerne imidlertid præciseres, *hvem* der er ansvarlig for *hvad*, på *hvilket* niveau samarbejdet skal fungere, samt *hvem* der skal initiere det.

Faglige indsatser

Esbjerg kommune hæfter sig ved, at beskrivelsen af de faglige indsatser rummer en specifik uddybning af, hvad kommunerne skal levere. Med henblik på at skabe tydelighed i opgavefordelingen i det tværsektorielle samarbejde opfordrer Esbjerg Kommune til, at der udarbejdes en lignende udspecificeret leveranceliste gældende for hhv. sygehus og almen praksis.

For Esbjerg Kommune er det af afgørende betydning, at demensindsatsen bidrager til en øget livskvalitet for demensramte borgere og deres pårørende, hvorfor Esbjerg Kommune bifalder, at der bl.a. sættes fokus på den palliative indsats samt kognitiv stimulationsterapi.

I relation til kognitiv stimulationsterapi er der skabt evidens for en positiv effekt af indsatsen for mennesker, der er ramt af demens, men den praktiske erfaring mangler. Esbjerg Kommune mener ikke, at en sådan erfaring kan opnås via mange forskelligartede tilgange spredt ud i kommunerne. Esbjerg Kommune er derfor af den opfattelse, at der bør iværksættes et forskningsprojekt, som kan skabe et solidt og velunderbygget fundament for indsatsen, før den udbredes til landets kommuner.

Der lægges i anbefalingerne op til, at fysisk træning samt træning i hverdagsaktiviteter varetages af sundhedsprofessionelle med en sundhedsfaglig uddannelse på bachelorniveau. Det er Esbjerg Kommunes klare overbevisning, at der i kommunerne findes veluddannede social- og sundhedsassistenter, som – under

supervision af professionsbachelor - vil kunne varetage en lang række af de nævnte opgaver. Samtidig vil Esbjerg Kommune gøre opmærksom på, at der er tale om en særdeles ressourcetung indsats, som kræver én til én kontakt til borgeren. Esbjerg Kommune anser det derfor ikke som realistisk at løfte denne opgave inden for den eksisterende kommunale budgetramme.

Opfølgning

I afsnit 8.1, vedr. opfølgning på opsporing, udredning og behandling, lægges der op til, at opfølgningen kan foretages af *enten* praktiserende læge, demenskoordinatoren eller en sundhedsfaglig medarbejder i en regional demensenhed.

Med henblik på at sikre en tydelig ansvarsfordeling foreslår Esbjerg Kommune, at det i anbefalingerne præciseres, *hvem* der har ansvaret for, at opfølgningen finder sted, samt *hvordan* viden deles med de øvrige tværsektorielle samarbejdspartnere.

Generelt

Samlet set er Esbjerg Kommunes holdning, at nærværende anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens indeholder en række bud på den kommunale opgaveløsning, som er svært opnåelige inden for den økonomiske ramme. Særligt i relation til træning i hverdagsaktiviteter, skærpede krav til fagpersonalets kompetenceniveau i den kommunale opgavevaretagelse, samt uklarheder omkring indholdet i, og omfanget af, demenskoordinatorernes virke.

Esbjerg Kommune ser derfor gerne, at der i anbefalingerne sker en præcisering af ansvarsfordeling og roller i det tværsektorielle samarbejde, med henblik på at undgå, at opgaver, overlevering mv. vedbliver at 'falde imellem to stole'. Herved skabes øget trivsel for borgeren via en optimeret sammenhæng i forløbet, samt en faglig og organisatorisk ensartet praksis af høj kvalitet i diagnostik, udredning, behandling, pleje, omsorg og opfølgning.

Endelig er det Esbjerg Kommunes vurdering, at der med de aktuelle anbefalinger udarbejdes en meget uddybende, diagnosespecifik beskrivelse, som er med til at skabe et uforholdsmæssigt stort fokus på én specifik patientgruppe, på bekostning af andre sygdomsgrupper. Esbjerg Kommunes holdning er således, at det medfører en skævvridning i måden, hvorpå eksisterende ressourcer og kompetencer fordeles blandt samfundets forskellige sygdomsgrupper.

Med venlig hilsen



Arne Nikolajsen

Direktør for Sundhed & Omsorg



Til Sundhedsstyrelsen

Administrationen
Sundhed & Pleje
Rådhusolmen 8
DK-2670 Greve

Telefon: 43 97 97 97
www.greve.dk

Dato: 2. november 2018

Svar på høring: Anbefalinger for mennesker med demens

Generelle kommentarer til rapporten fra Greve Kommune

Generelt fine anbefalinger som vi vurderer vil gavne borger/patientforløbet og styrke sammenhængen i overgange.

Generelt synes vi, at der mangler anbefalinger til borgerens selvbestemmelsesret. Demensforløb udvikler sig individuelt, og borgerne kan udøve deres selvbestemmelsesret forskelligt i demensforløbet.

Anbefalinger til demenskoordinatorernes rolle bør kobles til eksisterende funktionsbeskrivelser på de enkelte arbejdspladser. Demenskoordinatorerne er i det daglige i tæt samarbejde med drift og visitation. De har således ikke myndighedsfunktion, men arbejder som en støttefunktion/konsulentfunktion for ældreområdet.

Her følger kommentarer til anbefalingerne.

Side 8, 2.3

Når borgeren med demens udskrives fra sygehus....

Indgangen til kommunen fra sygehus efter en indlæggelse sker via kommunens visitation, og ikke direkte til demenskoordinatorerne.

Side 8, 2.4

Der udarbejdes en plan for medicingennemgang en gang om året, så effekten af ordinerede lægemidler bliver vurderet.

Opfølgningen skal ske via egen læge

Side 8, 2.5

Opfølgning planlægges ud fra borgerens behov.

Det bør præciseres, hvem der har ansvaret for at udarbejde en plan og patientens videre forløb.

Tal med: Susanne Ormstrup
Direkte: 2048 4690
E-mail: hsor@greve.dk
Sikker post:
sikkerpost@greve.dk

Side 9, 3.

Population:

Der mangler et "de" i linje 13 fra neden.

Vi mener ikke at I kategorisk kan skrive: "At mange mennesker med demens slet ikke bliver udredt". Bør omformuleres til: "At det tyder på, at der er mennesker med demens, som måske ikke bliver udredt".

Side 15, 5.1.3

Findes alle disse enheder, som I omtaler her alle steder i landet?

Side 18. Anbefalinger

Når borger udskrives fra sygehus...overdrages der hurtigst muligt til tovholderen

Overdragelsen skal ske gennem kommunens visitation.

Side 20 6.2

Kommuner har demenskoordinatorer, som er ansvarlige for borgernes samlede forløb

Nej - det handler kun om borgerens forløb i relation til demens, og ikke til borgerens samlede forløb. Dette gentages flere steder i rapportudkastet, fx side 21

Side 23 nederst –side 24 øverst skrives der at: "Dette skal ske via den afklarende samtale med borgeren eller ved i fællesskab at udarbejde en træningsplan med mål og delmål ved opstarten".

Overstående er ikke en anbefaling men et krav, og i så tilfælde skal der følge ressourcer med samt præciseres, på hvilket kompetenceniveau dette skal udføres af personale.

Side 25

Øverst bør ors rettes "adhærens?" skulle det være adfærden?

Side 25 nederst og side 26 øverst

Her står, at personer med demens har dårligere adgang til relevante fagprofessionelle bl.a. fordi personalet i plejeboligerne kan have manglende viden om god palliativ indsats for mennesker med demens.

Dette er en fordom og en generalisering, som vi har svært ved at se formålet med.

Budskabet at mennesker med demens skal have lige adgang til palliativ indsats også i terminal stadiet er vi enige i, men ikke fordommen og generaliseringen.

Side 25 nederst og side 26 øverst

Her mangler vi selvbestemmelsesretten hos borgeren, idet der er egenbetaling. Dette bør der tilføjes.

Side 25

Omkring ernæring mangler vi selvbestemmelsesretten og inddragelsen af borgeren/patienten f.eks. enig i, at vægten bør monitoreres så vidt borgen giver samtykke/ stiltiende samtykke.

Side 33, 8.1 2

Demenskoordinator har ansvaret for, at borgeren og dennes pårørende tilbydes at blive besøgt med passende

Igen borgernes selvbestemmelses ret.

Der er taget udgangspunkt i det sundhedsfaglige. Borgerne har en selvbestemmelsesret, også når de bor hjemme.

Generelle forhold, som styrelsen også bør medtage.

Der foregår i dag generelt et udviklet og godt samarbejde på tværs af sektorer omkring borgere med demens og andre tilstande/sygdomme. Det ligger lidt mellem linjerne i høringsudkastet, at styrelsen antager, at sektorerne generelt ikke formår at samarbejde. Det kan vi godt, men forudsætningerne for samarbejdet kan blive bedre.

Fx er STPS's bekendtgørelser om medicin håndtering i overgange for hhv. sygehuse og kommuner ikke koordinerede, og er årsag til fejl og genindlæggelser. I kommuner skal plejepersonalet fx kontrollere at antallet af tabletter stemmer med FMK, og man må ikke efterdosere ophældt medicin. På sygehuset doseres efter et standardsortiment, hvor antallet af tabletter er underordnet, blot dosis passer osv.

STPS's bekendtgørelser om fravalg af livsforlængende behandling for hhv. sygehuse og kommuner er ikke koordinerede. Det er uklart hvordan informationen skal videregives i overgange til fx personalet på et plejecenter, og i forhold til behandlingsansvaret i overgangen, samt hvor længe sygehuslægens beslutning om begrænsninger er gældende.

Med venlig hilsen

Susanne Ormstrup
Ældrechef



Til
Sundhedsstyrelsen

29. oktober 2018
Side 1 af 1

Høringssvar fra Aarhus Kommune til Sundhedsstyrelses udgivelse "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens".

Sundhedsstyrelsens anbefalinger er dækkende i forhold til forløb for mennesker med demens og med plads til lokale forskelle.

SUNDHED OG OMSORG

Sundhed
Aarhus Kommune

Konkrete tilføjelser:

Lige nu er det en satspulje, der uddeler midler til kompetenceudviklende og -vedligeholdende forløb af personale. Det anbefales, at personalet fortsat har mulighed for at udvikle deres kompetencer målrettet forløb for mennesker med demens.

I afsnit 6.2.1 i anbefalingerne beskrives demenskoordinatorens rolle og funktion. Under afsnittet "Kompetencer" italesættes at koordinatoren er **hovedansvarlig** for forløb. Men med stigende antal borgere med demens og kurven af nydiagnosticerede i betragtning, hvor langt flere fortsat bor i eget hjem uden indsats fra hjemmepleje, er det urealistisk at demenskoordinatorerne kan stå alene med forløb.

I Aarhus arbejder vi med en samarbejdsmodel, der fordeler ansvaret for gode forløb. Anbefalingerne bør dermed ikke placere hovedansvaret alene hos koordinatorerne.

I afsnit 8.1.2 italesættes kun to scenarier angående udredning. Enten er borger kendt af hjemmeplejen og dermed i kontakt med demenskoordinator eller også er borger ikke og bliver udredt ved den regionale demensudredningsklinik. Der mangler et tredje scenarie, hvor borger har mindre hjælp i hjemmet, men hjemmehjælperen ikke nødvendigvis har de demensfaglige kompetencer til at vide, der er brug for en udredning.

Derfor bør der tilføjes, at demensudredningsklinikker altid, med patientens samtykke, orienterer kommunens koordinatore eller demensenhed.

DemensCentrum Aarhus
Graham Bells Vej 2
8200 Aarhus N

Telefon: 87 13 19 19
Direkte telefon: 87 13 19 12

E-mail:
demenscentrum@mso.aarhus.dk
Direkte e-mail:
andande@aarhus.dk
www.aarhus.dk

Sagsbehandler:
Anders Kristian Krogager Andersen

Kærlig hilsen

Jette Skive
Rådmand /

Hosea Dutschke
Direktør

Sundhedsstyrelsen
Planlægning

Dato

5. november 2018

Sagsnr.

00.17.00-K04-1-18

**CENTER FOR
VOKSENSTØTTE OG
REHABILITERING**

Høringssvar fra Frederikssund Kommune

Frederikssund Kommune har følgende bemærkninger til Sundhedsstyrelsens udkast til anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens:

Overordnet set mener vi, at anbefalingerne er velbeskrevne, relevante og målrettet de behov mennesker med demens og deres pårørende har.

Det er positivt, at anbefalingerne har fokus på den tidlige indsats med henblik på, at den demensramte og dennes familie støttes i hverdagen og livet med demens.

Det er desuden relevant, at anbefalingerne beskriver hvilke kompetencer der skal være til stede i opgaveløsningen. Her kunne det dog være hensigtsmæssigt med en nærmere beskrivelse af, hvad "basal viden om demens" kunne bestå af.

Der savnes anbefalinger målrettet minoritetsgrupper, såsom yngre borgere med demens og borgere med udviklingshæmning/Downs syndrom, der udvikler demens, da vi oplever, at disse grupper har andre behov end majoritetsgruppen.

Venlig hilsen

Solvej Mose Mailund
Konsulent

Torvet 2
3600 Frederikssund

Telefon 47 35 10 00

www.frederikssund.dk

CVR-nr.: 29 18 91 29

Bank 4319-3430270303

Åbningstider:

Mandag 09.00 - 15.00

Tirsdag lukket

Onsdag 09.00 - 15.00

Torsdag 10.00 - 17.00

Fredag 09.00 - 14.00



Til Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København

Vedrørende høringssvar til anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens.

Faxe Kommune kan tilslutte sig høringsmaterialet. Vi mener, det er et fint materiale og relevant materiale, og har ikke yderligere kommentarer.

Med venlig hilsen

Louise Nordgaard
Projektleder og Specialkonsulent

Postadresse:

Frederiksgade 9 - 4690 Haslev

Telefon

56203000

www.faxekommune.dk

Kontoradresse:

Tingvej 7
4690 Haslev

Direkte 56203397

nordg@faxekommune.dk

Dato

5. november 2018



Att. Sundhedsstyrelsen,
Planlægning

4. november 2018
JTH/HT/KIC
REHPA
rehpa@rsyd.dk

HØRINGSSVAR

Vedr. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

Sundhedsstyrelsen har d. 10. oktober 2018 sendt den kommende udgivelse "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens" i offentlig høring.

Anbefalingerne omhandler blandt andet organisering og samarbejde, diagnostik og udredning, planlægning, faglige indsatser samt opfølgning. Anbefalingerne er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen med rådgivning fra en faglig arbejdsgruppe med repræsentanter fra blandt andet faglige selskaber, regioner, kommuner, almen praksis og patientforeninger.

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation takker for muligheden for at indsende høringssvar. Mennesker med demens er en prioriteret målgruppe i REHPAs arbejde, og da både rehabilitering og palliation omtales i anbefalingerne, ingives hermed høringssvar.

Anbefalingerne er væsentlige og vil forhåbentlig være med til at bringe regionale forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler et skridt videre med henblik på at sikre mennesker med demens mere sammenhængende (tværsektorielle) forløb og vidensbaserede indsatser af høj kvalitet.

REHPA har valgt at kommentere på tre forhold: Populationen, de faglige indsatser og vidensgrundlaget for disse, og samarbejdet med mennesker med demens.

Populationen

Populationen afgrænses i anbefalingerne til ikke diagnosticerede personer med bekymring over og/eller tegn på kognitive symptomer, med MCI og personer, der er diagnosticeret med en demenssygdom.

Man kunne ønske en mere tydelig differentiering af anbefalinger i forhold til **sygdomsgrad**. Hvis anbefalingerne skal implementeres i regionale planer er det væsentligt, at opmærksomheden skærpes på, hvilke indsatser der er relevante ved henholdsvis let, moderat og svær demens. Se eksempelvis modellen nedenfor fra van der Steen et al 2013¹. Modellen kan anskueliggøre, at intensitet i behandling, rehabilitering og palliation skifter forløbet igennem. Modellen kunne være grundlag for en mere udfoldet differentiering. Se desuden en REHPA-rapport fra 2016² for diskussioner om forholdet mellem rehabilitering og palliation i forløb for mennesker med livstruende og progredierende sygdom.

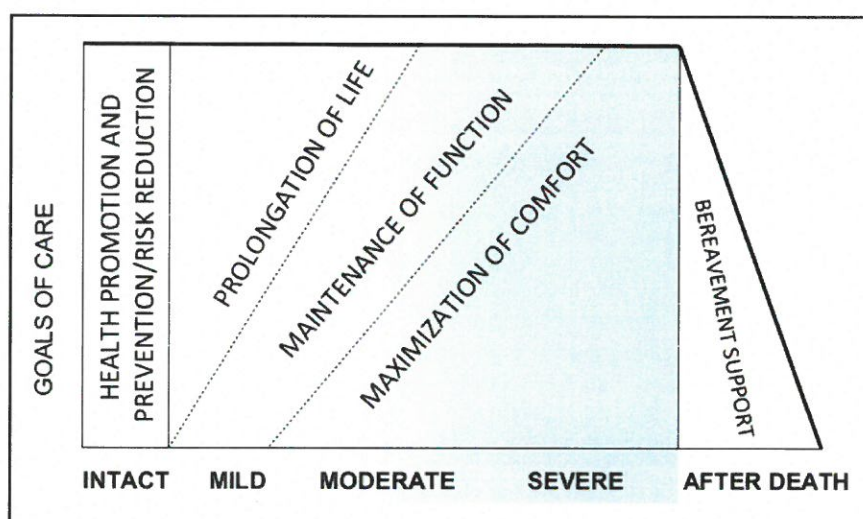


Figure 1. Dementia progression and suggested prioritizing of care goals.

Desuden ville det være relevant, at **børn** var nævnt som en specifik målgruppe for indsatser. Det er velkendt, at gruppen af hjemmeboende børn til yngre mennesker med en demenssygdom har særlige behov, der let overses.

Endelig kunne **pårørendes** selvstændige behov træde mere tydeligt frem, eksempelvis på side 20, anbefalinger for koordination mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet, hvis borgeren er erhvervsaktiv. Her kunne **partner/ægtefælle** skrives ind så der står "hvis borgeren eller ægtefælle/partner er erhvervsaktiv". Det er velkendt, at erhvervsaktive pårørende til mennesker med demens kan opleve balancen mellem arbejds- og hjemmeliv som en udfordring.

¹ <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269216313493685>

² http://findresearcher.sdu.dk/portal/files/124570130/Mikkelsen_Thuesen_Timm_2016_Koordinering_af_rehabilitering_og_palliation_til_mennesker_med_livstruende_sygdom.pdf

Faglige indsatser og vidensgrundlaget for disse

Side 12: Opgave- og ansvarsfordeling:

1. Der gives eksempler på kommunernes opgaver og indsatser, og det er fint, at rehabilitering omtales som en af de kommunale opgaver. Vi kunne samtidig ønske, at palliativ indsats var omtalt. I lyset af det aktuelle fokus på basal palliativ indsats ved livstruende sygdom generelt og demenssygdom specielt kunne palliativ indsats med fordel omtales også i denne sammenhæng.
2. Det kan undre, at socialpædagogisk bistand er nævnt eksplicit. Det bryder med anbefalingernes generelle tilgang, hvor det er indsatsernes indhold og ikke specifikke fagligheder, der nævnes. Ellers kunne man overveje også at nævne andre professionsspecifikke tilgange eksplicit.

I kapitel 7 omtales en lang række faglige indsatser og vidensgrundlaget for disse. Som tidligere bemærket kunne det være hensigtsmæssigt mere tydeligt at beskrive, hvilken sygdomsgrad anbefalingerne relaterer til. Det er nødvendigt for at i praksis at afgrænse, hvem anbefalingerne gælder for, og hvem der kan forventes at have udbytte af indsatserne.

Det kan undre, at rehabilitering ikke nævnes blandt de anbefalede faglige indsatser. Anbefalingerne lægger sig blandt andet op af de nationale kliniske retningslinjer fra 2013. REHPA har netop gennemført en opdateret litteratursøgning for udvalgte indsatser, baseret på samme kriterier som søgningen forud for retningslinjerne i 2013. Vi har desuden gennemført en gennemgang af litteraturen om rehabilitering ved demens i let til moderat grad. Siden 2013 har vi set en betydelig forskning bl.a. inden for kognitiv rehabilitering. Dette kunne begrunde, at rehabilitering indgik i anbefalingerne. Ifølge en REHPA rapport fra 2018 har 21% af demensklivkerne indsatser, de betegner som rehabilitering, og 83% af kommunerne har skrevet rehabilitering ind i demenspolitik eller lignende dokumenter på demensområdet (Thuesen et al 2018³). Sundhedsstyrelsen har i *Håndbog for rehabiliteringsforløb på ældreområdet* fra 2016 betonet, at rehabilitering efter servicelovens §83a også er relevant for mennesker med demens. Men i praksis er der store forskelle i, hvilke indsatser der konkret betegnes som rehabilitering – og det er en stor udfordring for udvikling af evidens- og videnbaseret praksis, for uddannelse og for forskning. Der er et stort behov for at begrebsliggøre og udvikle evidensgrundlaget for rehabilitering ved demens. REHPA er undervejs med et arbejdsrapport om rehabilitering ved demens i let til moderat grad, der kan bidrage hertil. Vi stiller os gerne til rådighed for en kort beskrivelse af dette område.

Samarbejdet med mennesker med demens

På side 18 lyder den anden anbefaling: "Det samlede forløb for mennesker med demens planlægges i samarbejde med pårørende ud fra det enkelte menneskes mål, behov og ressourcer". Vi skal foreslå, at formuleringen ændres. Det kunne læses, som om samarbejdet ikke inkluderer mennesket med demens, som må være den vigtigste samarbejdspartner. Det kan ikke pointeres nok. Vi ved, at dette

³ http://findresearcher.sdu.dk/portal/files/140581236/Rehabilitering_ved_demens.pdf

samarbejde kan være udfordrende for fagprofessionelle, og der er netop når det gælder samarbejde, kommunikation og interaktion brug for et betydeligt fagligt løft.

ICF anbefales i forbindelse med behovsvurdering. På side 19 står der at funktionsevne må vurderes "som et samspil mellem helbred og omgivelserne". Vi anbefaler at man er mere tro mod ICF-modellen. Blandt andet bør "personlige faktorer" nævnes som en kontekstuel faktor på linje med omgivelsesmæssige faktorer. Rationalet herfor er ikke kun troskab mod modellen men igen at fremhæve mennesket med demens. At forstå demens i et ICF-perspektiv indebærer også at forstå, hvordan de personlige faktorer spiller ind på sygdomsmanifestationer i hverdagen.

Anbefalingerne fremhæver opmærksomheden på åndelige behov. Det er velkendt, at ICF-modellen har nogle begrænsninger, når det gælder eksistentielle aspekter af helbredstilstand, funktionsevne og funktionsevnenedsættelse. Her kan ICF-modellen eventuelt suppleres med Total Pain tilgangen fra det palliative felt.


En detalje

I afsnit 8.1.3, 2. linje mangler vist noget tekst.

REHPA bidrager gerne med yderligere.

På vegne af REHPA,

Venlig hilsen



Karen la Cour, forskningsleder, professor

Høringssvar til anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

Høje-Taastrup Kommune tilslutter sig anbefalingerne for tværsektorielle forløb for mennesker med demens. Hvis anbefalingerne omsættes i praksis vil det betyde et løft af området og en mere ensartet kvalitet i indsatserne på tværs af regionerne.

Anbefalingerne er yderst anvendelige, og det er hensigtsmæssigt, at de er i tråd med den nationale demenshandlingsplan, herunder det helhedsorienterede blik på mennesker med demens. Ligeledes giver de et godt indblik i opmærksomhedspunkter i de forskellige faser af en demenssygdom – fra den tidlige opsporing til den terminale fase. Endvidere giver anbefalingerne et tydeligt billede af de forskellige parter roller og ansvar. Eksempelvis er specificeringen af almen praksis' proaktive rolle i forhold til at initiere kontakt til borgere efter endt udredning relevant.

Kommunen vurderer, at der er behov for at læse korrektur på udkastet samt at specificere, at anbefalingerne også er rettet mod private udredningsenheder, som har ansvaret for at udrede mennesker med demens.

Sundhedsstyrelsen
Planlægning

København, den 5. november 2018

Kære Sundhedsstyrelse,

Alzheimerforeningen takker for muligheden for at afgive et høringssvar vedr. udkast til anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens.

Et ensartet tilbud om sammenhængende og personcentreret indsats af høj kvalitet fra begyndende mistanke om demens til postpalliativ opfølgning til efterladte er af højeste betydning for familier berørt af demenssygdom. Alzheimerforeningen bakker derfor op om intention og fokus i Sundhedsstyrelsens udkast til anbefalinger for det tværsektorielle forløb for mennesker med demens.

Det er i den forbindelse afgørende, at alle involverede parter – både offentlige, private og civilsamfundsaktører – er bekendt med baggrund for og formål med de foreslåede anbefalinger samt indstillet på at efterleve anbefalinger og indgå i det nødvendige samarbejde om realisering af de tværsektorielle anbefalinger.

De nuværende regioner har en væsentlig rolle både i eksisterende forløb og i anbefalinger om fremtidigt tværsektorielle forløb for mennesker med demenssygdom. Men Regeringen har bebudet en sundhedsreform med nedlæggelse af de eksisterende regioner, og så længe, der hersker usikkerhed om den fremtidige struktur – herunder regionernes eksistens, vil det ikke være muligt at iværksætte de nødvendige samarbejdsstrukturer, der skal løfte implementeringer af de tværsektorielle anbefalinger. Alzheimerforeningen skal derfor anbefale

- at Sundhedsstyrelsen allerede nu igangsætter en proces, der sikrer, at der umiddelbart efter afklaring af den fremtidige struktur i sundhedsvæsenet udarbejdes en revideret udgave af de kommende anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demenssygdom.

Alzheimerforeningen har endvidere følgende kommentarer og forslag til forbedringer:

1. Tilbud om demenspakke til personer med demens og pårørende umiddelbart efter diagnose

Personer med demens og pårørende bør være i centrum for de tværsektorielle behandlingsforløb for personer med demens. Derfor er det vigtigt, at personen med demens og pårørende er bekendt med indholdet af forløbsprogrammets tilbud og indsatser. Det er samtidig afgørende, at det konkrete forløbsprogram tilrettelægges med udgangspunkt i de forudsætninger og udfordringer som personen med demens og dennes pårørende har. Alzheimerforeningen skal derfor foreslå

- At kommunerne forpligtes til umiddelbart efter demensdiagnosen at tilbyde en dialog med personen med demens og dennes pårørende om tilrettelæggelse af en samlet demenspakke med forslag til den postdiagnostiske indsats samt oplysninger om hvilken demenskoordinator, der vil være fast kontaktperson for personen med demens og pårørende i det kommende demensforløb.

2. Ansvar for postdiagnostisk opfølgning skal præciseres

I udkastet er der en ikkekonsistent anvendelse af begrebet "opfølgning". Nogle steder fx i afsnit 1.1., 2.5, 6 og 8 anvendes "opfølgning" som samlet betegnelse for opfølgende indsatser bredt, mens "opfølgning" andre steder knyttes til den lægefaglige eller medicinske opfølgning. Når begrebet "opfølgning" anvendes generelt kan det derfor være svært at gennemskue, hvad opfølgningen handler om og om hvem, der har ansvaret for den opfølgende indsats. Denne uklarhed illustreres bl.a. i følgende citat fra indledning til afsnit 8 om opfølgning:

"Mennesker med demens, og særligt disses pårørende, bør endvidere informeres om, at de bør henvende sig ved ændringer i tilstanden. Opfølgning kan foretages af enten praktiserende læge, demenskoordinatoren, eller sundhedsfaglig medarbejder i en regional demensenhed. Almen praksis har en særlig opgave i forhold til at have en dialog med borgerens kontaktperson (som udgangspunkt demenskoordinatoren) om opfølgning på indsatser." (afsnit 8.1)

Alzheimerforeningen skal derfor foreslå

- at det præciseres, at opfølgning handler om alle indsatser – både den lægefaglige, den psykosociale, økonomiske, juridiske, rådgivende mm. - der tilbydes til personen med demens og dennes familie.
- at det præciseres, at ansvaret for koordineringen af hele den opfølgende indsats lægges hos en kommunal demenskoordinator med et specifikt ansvar for den lægefaglige opfølgning hos den praktiserende læge.
- at betegnelsen demenskoordinator anvendes om denne koordinerende tovholderfunktion i alle kommuner.

3. Viden om demens er en nødvendig kompetence

Personalets faglige kompetencer er afgørende for kvaliteten af de forskellige aktørers indsats i de tværsektorielle forløb for personer med demens. Alzheimerforeningen hilser derfor udkastets anbefalinger til hvilke kompetencer det ansvarlige personale skal besidde for at kunne varetage de opgaver, som forløbsprogrammet indeholder, velkommen. Men de fagspecifikke kompetencer kan ikke stå alene. Viden om demens hos alle fagpersoner er på tilsvarende vis afgørende. Alzheimerforeningen skal derfor foreslå

- At viden om demens indarbejdes som specifik og nødvendig kompetence hos alle fagpersoner, der indgår i anbefalinger til tværsektorielle forløb for personer med demens.

4. Brug for ensartet terminologi

I udkastet til anbefalinger anvendes en række forskellige betegnelser for personer med demenssygdom. I afsnit 1.4. beskrives baggrund for brugen af betegnelsen "borger" eller "patient". I selve teksten anvendes både betegnelsen "demente", "borger", "patient" og "borger/patient" og både "borger" og "patient" anvendes i samme sætning om personen med demens i relation til sygdomsbehandling.

For at undgå forvirring og uklarhed skal Alzheimerforeningen anbefale

- at der på linje med international praksis gennemgående anvendes betegnelsen "person med demens".

5. Manglende overensstemmelse med eksisterende lovgrundlag og fagspecifik viden

Udkastet til anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens indeholder en lang række anbefalinger fra flere forskellige fagområder og reguleret af et forskelligt lovgrundlag. På visse områder, er anbefalingerne ikke helt i tråd med eksisterende lovgrundlag eller de fagspecifikke metoder. Fx anbefales det i afsnit 7.3.1., at kommuner har tilbud, som kan aflaste pårørende, uagtet at kommunalbestyrelsen ifølge servicelovens §84 skal tilbyde afløsning eller aflastning til ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Endvidere omtales alene medicinsk behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens, mens der fagligt set er stor enighed om, at en række psykosociale indsatser også kan indgå i behandling af fx BPSD. I afsnit 7.2.1 er der tilsvarende uklarhed om hvilken indsats, der henvises til idet betegnelserne ”kognitiv stimuleringsterapi”, ”kognitiv stimulering” og ”træning af specifikke kognitive domæner” anvendes uden en nærmere beskrivelse af forskellene i disse metoder.

Alzheimerforeningen skal derfor foreslå

- At hele udkastet gennemgås med henblik på at sikre, at anbefalinger er i overensstemmelse med gældende lovgivning samt den faglige konsensus på det pågældende område.

Udover disse generelle kommentarer og forslag har Alzheimerforeningen følgende konkrete kommentarer og forslag:

Ad. 1.1. formål og baggrund

Alzheimerforeningen foreslår at pårørende til personen med demens eksplicit nævnes allerede i indledningen, således at 2. afsnit kommer til at lyde:

- *”Anbefalingerne har til formål at medvirke til skabe bedre trivsel for personen med demens og dennes pårørende via øget sammenhæng i forløbet”*

Ad. 3.3. Populationens karakteristika

Nedsat egenomsorg er et udbredt karakteristikum hos personer med demens, hvilket kan have alvorlige helbredsmæssige konsekvenser, hvis ikke behandling og pleje tager højde for dette forhold. Alzheimerforeningen foreslår derfor følgende ny formulering i næstsidsste sætning af 1. afsnit:

- *”.....hallucinationer. Personer med demens har ofte også en nedsat egenomsorg, hvilket betyder, at personalet skal være ekstra opmærksomme på forhold, der kan indvirke på sygdomsforløbet eller være tegn på andre sygdomme. De fleste personer med demens oplever ...”*

Alzheimerforeningen foreslår endvidere, at det også fremgår, at visse demenssygdomme som fx frontotemporal demens, der ikke meningsfuldt falder ind under betegnelsen ”yngre med demens”, også har særlige karakteristika. Alzheimerforeningen foreslår derfor at anden sætning i 2. afsnit skrives således:

- *”... særlige karakteristika. Det drejer sig bl.a. om personer med frontotemporal demens, yngre personer med demens, etniske minoriteter”*

Ad. 5. Rettidig diagnostik og udredning af demens

Patientorganisationer som fx Alzheimerforeningen gennemfører oplysnings og informationskampagner om behov for tidlig opsporing og diagnose med opfordringer til, at personer med mistanke om demens henvender sig til praktiserende læge for afklaring af årsagen til eventuelle demenslignende symptomer. Alzheimerforeningen har således en uafhængig telefonrådgivning – Demenslinien - hvor ca. hver femte samtale handler om symptomer på demens og udredning. Alzheimerforeningen skal derfor foreslå,

- at oplysning og information fra patientorganisationer om symptomer på og mistanke om demens skrives ind i anbefalingerne
- at der tilføjes et nyt afsnit ”5.1.2 Indsatsen hos patientorganisationer”, hvor den særlige rådgivning og vejledning, der gives i patientorganisationer, beskrives.

Ad. 6. Koordinering og samarbejde

Det er afgørende, at personen med demens indgår som lige værdig partner i planlægning og samarbejde om tilrettelæggelse af det samlede forløb. Alzheimerforeningen skal derfor foreslå, at 2. anbefaling omformuleres således:

- *”Det samlede forløb for personer med demens planlægges i samarbejde med personen med demens og dennes pårørende ud fra disses mål, behov og ressourcer, idet der tages højde for, at pårørende kan have særlige behov som skal medtages.”*

Personer med demens og pårørende oplever ofte, at der går mange måneder - og i visse tilfælde år - efter diagnosen er stillet, før kommunens demenskoordinatorer henvender sig. Det er derfor helt afgørende, at kommunerne forpligtes på så tidligt som muligt at kontakte personen med demens og pårørende mhp tilbud om samtale om tilrettelæggelse af forløbet. Alzheimerforeningen skal derfor foreslå følgende præcisering af 5. anbefaling:

- *”Kommunerne etablerer umiddelbart efter besked om diagnosen er modtaget fra den udredende enhed kontakt til personen med demens og dennes pårørende for at planlægge forløbet.”*

I forbindelse med udskrivning fra sygehus kan personer med demens og pårørende opleve, at den praktiserende læge ikke er bekendt med den stillede (demens)diagnose eller den ordinerede behandling. Alzheimerforeningen skal derfor foreslå,

- at der i tilknytning til anbefaling 6 om overdragelse af tovholderrollen til demenskoordinatoren tilføjes, at den behandlingsansvarlige (sygehus)læge altid skal kontakte personen med demens egen praktiserende læge, således at denne er bekendt med resultaterne af diagnose og behandling.

Pårørende har ofte særlige behov i forbindelse med demensforløbet. Der er derfor behov for at pårørende får mulighed for samtale med demenskoordinatoren eventuelt uafhængigt af personen med demens. Alzheimerforeningen skal derfor foreslå, at punkt 8 formuleres således:

- *”Kommuner tilbyder alle personer med demens kontakt til demenskoordinator umiddelbart efter demensdiagnosen er stillet. Kommunen tilbyder samtidig pårørende til personer med demens kontakt til demenskoordinatoren eventuelt uden tilstedeværelse af personen med demens.”*

Ad. 7. Faglige indsatser

I afsnit syv omtales en lang række specifikke faglige indsatser, der kan forebygge forværring af demenssygdommen og eventuelle andre sygdomme, forbedre behandlingsforløb, øge kvalitet af plejen og medvirke til større livskvalitet for mennesker med demens og pårørende. Disse er samlet i kun tre fremhævede anbefalinger, hvor kun nogle af indsatserne nævnes. Der kan derfor opstå tvivl om anbefalingernes "styrke" med risiko for at de konkrete indsatser, der ikke omtales i de fremhævede anbefalinger, ikke opfattes som egentlige anbefalinger. Alzheimerforeningen skal derfor foreslå

- at anbefalingerne i afsnit syv genovervejes således, at de fremhævede anbefalinger alene er overordnede anbefalinger, og der i disse anbefalinger eksplicit henvises til de uddybende underafsnit om de specifikke indsatser.

Ad. 7.15. Ernæring

Dehydrering er en hyppig årsag til forebyggelige indlæggelser af personer med demens på sygehus. Alzheimerforeningen skal derfor foreslå,

- at afsnit 7.15. om ernæring udvides således at overskrift og indhold også indeholder anbefalinger der kan sikre, at personer med demens får tilstrækkelig væske.

Ad. 7.2. Psykosociale indsatser

Psykosocial indsats er i udkastet til anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens kun meget kortfattet omtalt og flere afgørende nuancer er ikke medtaget. Alzheimerforeningen skal derfor foreslå følgende formulering:

- *"Psykosociale indsatser tilrettelægges ud fra en biopsykosocial helhedsforståelse af personen med demens. Der lægges vægt på at dække personens grundlæggende psykosociale behov for at være aktiv og inkluderet samt for anerkendelse, samvær og nærvær. De psykosociale indsatser har til formål at fremme mulighed for, at mennesker i en tidlig fase i demenssygdommen og deres pårørende bevarer værdighed og autonomi, for eksempel ved at kunne fortsætte deres tilværelse i det nærmiljø, de er vant til, og for at indgå i nye betydningsfulde fællesskaber. I takt med at funktionsevnen svækkes, har de psykosociale indsatser til formål at støtte personen med demens og dennes pårørende til at skabe en tryk og meningsfuld hverdag med udgangspunkt i personens ressourcer."*

Med henblik på at anbefale en evidensbaseret behandlingsmetode og supplere anbefalingerne med andet en medicinsk behandling ved BPSD skal Alzheimerforeningen samtidig foreslå, at musikterapi indgår i anbefalingerne på samme måde som kognitiv stimuleringsterapi. Alzheimerforeningen foreslår derfor, at der tilføjes et afsnit 7.2.2 med følgende ordlyd:

- **7.2.2 Musikterapi**
Mennesker med demens er i risiko for at misforstå situationer og andres handlinger som følge af et stigende tab af funktionsevne og evnen til bearbejde sanseindtryk. Endvidere kan tab af evnen til at tage initiativ og kommunikere verbalt føre til en oplevelse af isolation. Der er således risiko for BPSD og hermed en forværring af demenssymptomer. I musikterapi danner genkendelige musikoplevelser grundlag for samvær og nærvær på personens præmisser. Musikterapi er baseret på en personafstemt terapeutisk tilgang med målet at fremme erindring og nonverbal kommunikation, mindske isolation, og forebygge og mindske BPSD. Den musikterapeutiske indsats tilrettelægges i samarbejde med pårørende og medarbejdere og ud fra personens præferencer. Med musikken som omdrejningspunkt til-

passes aktiviteter eller samvær som for eksempel kan være i form af sang, dans, musiklytning, spil på instrumenter, improvisation eller sangskrivning. Musikterapien stimulerer med en positiv og ubetinget kontakt og bibeholder positive erfaringer med musik. Indsatsen ledes af en uddannet musikterapeut i tæt samarbejde med pårørende og medarbejdere. Et musikterapeutisk forløb rettes endvidere mod at identificere aktiviteter eller handlemåder hvor pårørende og/eller medarbejdere kan videreføre det musikalske nærvær i dagligdagen (Sundhedsstyrelsen 2015, 2016). Det anbefales, at kommuner tilbyder musikterapi til mennesker med demens, der udviser BPSD, samt som støtte til familiesamtaler, aktivitetstilbud, pårørendeindsatser og træning i hverdagsaktiviteter.

Kompetencer

Indsatsen varetages af en uddannet kandidat i musikterapi, som ligeledes gennem supervision eller faglig sparring har som formål at pårørende og/eller medarbejdere inddrager eller viderefører musikaktiviteter, musikalsk nærvær og brug af sang og musik i plejesituationer.”

Ad. 7.2.2. Træning i hverdagsaktiviteter

Træning i hverdagsaktiviteter kan have stor betydning for personer med demens uanset alder. Alzheimerforeningen skal derfor foreslå, at tredje afsnit i afsnit 7.2.2 omformuleres på denne måde:

- *”For personer med demens kan træning i at mestre hverdagsaktiviteter og fysisk aktivitet understøtte hinanden, således at træning i hverdagsaktiviteter har positiv effekt på personen med demens fysiske aktivitetsniveau, mens fysisk træning”*

Ad. 7.3. Pårørendeindsatser

Pårørende til personer med demens kan både være ægtefæller, børn, andre familiemedlemmer, naboer mm. Demenssygdommen påvirker endvidere hele familien – herunder også eventuelt mindreårige børn, unge samt voksne børn. Alzheimerforeningen skal derfor foreslå, at det præciseres, at det ikke kun er (voksne) børn som kan være pårørende. Følgende formulering af sidste sætning i 2. afsnit af 7.3 kan erstatte den nuværende:

- *”Pårørende kan både være ægtefæller, mindreårige børn, unge, voksne børn, andre familiemedlemmer, naboer mv.”*

Alzheimerforeningen skal samtidig foreslå at samme præcisering finder anvendelse i afsnit 7.3.2 vedr. rådgivning.

Har Sundhedsstyrelsen spørgsmål eller kommentarer til ovenstående, står vi naturligvis til rådighed herfor.

Med venlig hilsen



Birgitte Vølund
Landsformand
Alzheimerforeningen



Nis Peter Nissen
Direktør
Alzheimerforeningen

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: Karin Madsen (kmad1) <kmad1@fmk.dk>
Sendt: 5. november 2018 10:50
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Emne: Høringssvar på "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens"

Til rette vedkommende.

Her kommer et høringssvar fra Faaborg-Midtfyn Kommune:

Et meget fint og gennemarbejdet materiale, som virkelig sætter "spot on" på de tværsektorielle samarbejder og – overgange. En fin og brugbar samarbejdsaftale, der ligger meget på linje med dén, vi kender fra Region Syddanmark. Der er tydelige anbefalinger til de enkelte aktører.

Der er tydelige opgavefordelinger og ansvarsområder.

Det er meget positivt, at "Demenskoordinator" nævnes som en meget gennemgående, nødvendig og "selvfølgelig" funktion i den kommunale del – og med ansvar for de tværsektorielle arbejdsgange.

Det er vigtigt at fremhæve tydeligt, at de tværsektorielle forløb for mennesker med demens tager udgangspunkt i at støtte og bevare borgernes hverdagsliv, familieliv, arbejdsliv, fritidsliv og sociale liv i videst muligt omfang.

Med venlig hilsen

Karin Madsen

Udviklingskonsulent



**FAABORG-MIDTFYN
KOMMUNE**
*Sammen skaber vi det
bedste sted at bo*

Sundhed og Omsorg
Graabjergvej 3a
5856 Ryslinge
Mobil: 72 53 62 07

www.fmk.dk

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: Anna Marie Bie Lundgaard <amlu@aabenraa.dk>
Sendt: 5. november 2018 10:54
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Cc: Anni Oksen; Mie Pedersen
Emne: Høringssvar fra Aabenraa Kommune vedr. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

Til Sundhedsstyrelsen.

Aabenraa Kommune mener overordnet set, at anbefalingerne er et godt, sammenhængende og velskrevet materiale.

Vi har enkelte specifikke bemærkninger:

Afsnit 2.3 Koordination og samarbejde, dot nr. 6: *'Når borgere med demens udskrives fra sygehus, overdrager sygehuset (den patientansvarlige læge) hurtigst muligt tovholderrollen for borgerens forløb til kommunen (demenskoordinatoren).'*

Aabenraa Kommune mener, at tovholderrollen skal overdrages til den relevante ansvarlige enhed i kommunen. Dette kan i visse tilfælde være demenskoordinatoren, men det vil oftere være Sygeplejen eller den hjemmeplejegruppe, der hjælper borgeren i det daglige, eller det plejehjem, hvor borgeren bor. Hvis borgeren er indlagt på grund af andre årsager end demens, vil det være sygeplejen der har tovholderfunktionen i forhold til borgerens videre forløb.

Afsnit 6.2 Samarbejde og koordination, bl.a. følgende sætning:

'Kommuner bør have en demenskoordinator, som er ansvarlig for borgerens samlede forløb'.

Vi opfatter dette således, at demenskoordinatorerne tiltænkes en udvidet og mere central rolle, end de har i dag.

Aabenraa Kommune mener ikke, at demenskoordinatorer skal være ansvarlige for borgerens samlede forløb. De skal koordinere og understøtte den demente borgers forløb i samarbejde med myndigheden og driften, hvor det er myndigheden, der er ansvarlig for borgerens 'samlede forløb'. Vi mener, at demenskoordinatorerne skal understøtte og styrke forløbskoordinationen i forhold til demente borgere, men vi mener ikke, at man skal skabe et alternativt parallelt forløb for demente, som adskiller sig fra organiseringen af øvrige borgers forløb.

Venlig hilsen

Anna Marie Bie Lundgaard
Specialkonsulent
Social & Sundhed
Ledelse & Udvikling
Tlf.nr. direkte: 7376 7544

Aabenraa Kommune
Skelbækvej 2, 6200 Aabenraa
www.aabenraa.dk

Høringssvar fra Ældre- og Handicapforvaltningen, Odense Kommune

Indledning

Ældre- og Handicapforvaltningen i Odense Kommune (ÆHF) afgiver hermed høringssvar på Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger til tværsektorielle forløb for mennesker med demens'.

Overordnet vil forvaltningen gerne kvittere for et grundigt og læsbart dokument. Anbefalingerne har mange relevante og grundige beskrivelser samlet, der giver et overblik over sammenhænge og indsatser på området.

Det lever dermed op til sit formål om at give anbefalinger, der kan sikre en god og 'sømløs' overgang, når personer med demens krydser mellem sektorer.

ÆHF har kommentarer både til specifikke anbefalinger, og til områder, hvor det forekommer at beskrivelser med fordel kan skærpes. I det følgende vil vi referere til de forskellige punkter, hvor anbefalingerne set fra ÆHF kan styrkes. Hvor der ikke er henvisning til punkter i Anbefalingerne, har forvaltningen ikke kommentarer.

Diagnostik og udredning (pkt. 5)

Det beskrevne dækker i store træk den aktuelle praksis, set fra Region Syddanmark og Odense Kommune.

1) Anbefalingerne kan forholde sig mere tydeligt til, hvordan god videndeling i udredningsforløbet kan ske, således at alle parter, især borgerne oplever forløbet som gennemsigtigt og støttende.

2) Det kan understreges at den praktiserende læge skal inddrage kommunen, i praksis demenskoordinatoren, hvis udredning foregår hos egen læge.

3) Anbefalingen siger, at der ikke skal ske en udredning, hvis der er tale om fx alkoholmisbrug. Det udelukker borgere, som i høj grad kan have brug for udredning for at få hjælp og støtte. Det gælder både borgere, som har et misbrug, som er årsag til sygdommen, og dem hvor misbruget et symptom (fx hos personer med frontalpræget adfærd). De vil derfor ikke nå en bedre habitualtilstand uden udredning. Denne målgruppe har også behov for, at der findes anbefalinger.

Koordination og samarbejde (pkt. 6)

Det er meget positivt at anbefalingen lægger vægt på demenskoordinatoren som omdrejningspunkt for især den tidlige indsats, umiddelbart efter diagnosen, og i tiden derefter. Det læner sig op ad både de seneste 20 års danske erfaringer. Samtidig matcher beskrivelsen aktuelle internationale begreb 'case manager', som i stigende grad anvendes også på demensområdet.

1) Der dog beskrevet mange forskellige kompetencer og opgaver til funktionen. Det stiller høje krav til medarbejderne, hvis alle kompetencerne skal ligge i en og samme stilling.

Alternativt kan der skelnes mellem forskellige sæt af opgaver og kompetencer, fx fordelt mellem:

- en *case managerrolle*, som især er borgernes første og nærmeste kontaktperson, og som koordinerer forløbet. Det kunne fx også være her der gives faglig sparring i komplekse situationer til andet personale, og samarbejder med praktiserende læge i forbindelse med udredningsforløb.
- en *konsulentrolle*, som bidrager til fx udviklingstiltag og binder fx strategiske processer sammen, varetager projektledelse, men samtidig har faglig viden og indsigt på området.

I praksis vil der være forskydninger mellem funktionernes roller og opgaver. Et stærkt (tværfagligt) samarbejde om de forskellige opgaver, kan være vejen til at udfylde de mangeartede krav. Skal anbefalinger gå i detaljer på dette, så vil det være godt at forholde sig til dette

2) ICF er et væsentligt og brugbart redskab, men da alle kommuner skal bruge Fælles Sprog III virker det umiddelbart mere meningsfuldt at lade dette være rammen.

3) Det er ikke tydeligt hvilke nye funktioner, og hvilken grad af *formalisering*, der tillægges det foreslåede tværfaglige samarbejdsorgan, og hvordan det forholder sig til eksisterende strukturer som fx KKR mfl. Herunder om det erstatter eksisterende organer og om der sigtes til et virtuelt samarbejde eller en form for sekretariat.

4) Omkring medicin og overgange: Efter indlæggelse for anden sygdom, er det *ikke* være meningsfuldt, hvis demenskoordinatoren er ansvarlig. Medmindre de indsatser, der skal ske kalder på deres særlige viden. Anbefalingen siger ikke entydigt, hvem der har ansvaret for årlig medicingennemgang. Det kan derfor gøres tydeligt, at det altid er en lægelig opgave.

Faglige indsatser (pkt. 7)

Anbefalinger til tværsektorielle forløb har under pkt. 7 en overordnet fin gennemgang af forskellige typer af indsatser. Langt de fleste af disse ligger i primærsektor hos kommunerne, ikke hos praktiserende læger eller hospitaler. Derfor kan det overvejes, at de beskrevne indsatser ikke skal være del af de tværsektorielle anbefalinger. Omvendt er faglige metoder og indsatser dog vældigt vigtige for et godt liv med demens.

1) Hvis indsatser og metoder, der foregår i kommuner skal medtages, kan afsnittet med fordel i tydeligere beskrive hvilke metoder, der sigtes til. Der findes flere, som har en solid effektdokumentation bag sig, og som derfor bør kunne nævnes:

CST nævnes, under lidt forskellige benævnelser, som den eneste. Men andre metodiske tilgange og indsatser, som er veldokumenterede, udelades (fx musikterapi, ADEX, indsatser, der forebygger eller håndterer udadreagerende adfærd, både socialpædagogisk/social faglige og organisatoriske, Marte Meo, beboerkonferencer mfl.).

Der er stigende international konsensus om at kombination af metoder (multikomponent indsatser) er virkningsfulde. Det bør anbefalingerne afspejle, hvis emnet skal belyses ordentligt.

2) Dagtilbud nævnes, men det er ikke tydeligt om der er tale om fx aflastning eller afløsning, og derfor heller ikke om hvad der er krav i Serviceloven. Hverken rehabilitering eller personcentreret omsorg /tilgang, nævnes, på trods af at disse overordnede rammer er gennemgående og generelt accepterede.

3) Afsnittet kan med fordel enten uddybes, så det er medtager flere af de dokumenterede indsatser, *eller* skærpes og kortes ned. Fokus kan fx lægges på indsatser, der har særlig betydning for de tværsektorielle forløb, eller på hvor der er tale om metoder, som krydser eller understøtter sektorerne. Herunder også metoder, som krydser til den frivillige sektor, som ikke nævnes i dette afsnit.

Ældre- og Handicapforvaltningen takker for det grundige arbejde, og ser frem til at se de endelige anbefalinger.

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: Susanne Worsøe (eesasu) <susanne.worsoe@koege.dk>
Sendt: 5. november 2018 11:06
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Emne: Høringssvar vedr. Anbefalinger for mennesker med demens
Vedhæftede filer: signaturbevis.txt

Kære Janni S. Kramer

Høringsmaterialet har været rundsendt til relevante parter i Køge Kommune og jeg har ikke modtaget kommentarer.

Venlig hilsen Susanne

Susanne Worsøe (eesasu)
Driftsleder

Nørremerken

Velfærdsforvaltningen
Ølbyvej 50, 4600 Køge
Tlf +45 56 67 65 11
Mobil +45 28 79 25 38

susanne.worsoe@koege.dk
www.koege.dk



KØGE KOMMUNE



Sundhedsstyrelsen
Planlægning

Nedenstående Vejle Kommunes bemærkninger og kommentarer til udkast til ”Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens”

Generelt:

Vejle Kommune finder det fremsendte materiale let læseligt med en praksisnær tilgang til den tværsektorielle indsats. Behandling, omgang og inddragelse af/med mennesker med demens og deres pårørende er flot velbeskrevet. Anbefalingerne indeholder en god beskrivelse, som vurderes genkendelig i den daglige praksis. Vejle Kommune vurderer, at anbefalingerne er meget ambitiøse, hvilket anses for positivt, men samtidig fordrer stor opmærksomhed og engagement.

Vejle Kommune skal til enkelte anbefalinger kommentere:Afsnit 5

Hvordan sikres udredning af borgere med en blandingstilstand af både vaskulær og Alzheimer demens?

Afsnit 6

Gode beskrivelser af opgavefordelingerne og forventninger til medarbejdernes faglige kompetencer, hvilket kan danne grundlag for arbejdet i et Samarbejdsforum. Det bemærkes, at ansøgning om og indflytning i permanente boligtilbud er en stor indsats i forløbet, hvilket med fordel kunne tænkes ind i anbefalingerne.

Afsnit 6.2.1.

- *Demenskoordinationsfunktion. Vedr. kompetencer s. 22*

Foruden de opstillede kompetencer foreslås, at demenskoordinatorerne har viden om at etablere en tryk og tillidsfuld samarbejdssituation med borger og pårørende. De personlige kvalifikationer anses også for vigtigt hos det personale, som er i kontakt med mennesker med demens og deres pårørende.

Afsnit 7.2.4.

- *Velfærdsteknologi s. 29*

Vejle Kommune er enig i, at teknologien skal have fokus på den enkeltes behov, ligesom borgeren og de pårørende skal kunne inddrages, så de lærer at mestre livet med demens *bedst muligt*. Man kunne endvidere foreholde sig til, hvem der skal støtte borgeren i at anvende teknologien.

- *Aktivitetstilbud s. 29*

Vejle Kommune anser musikterapi mere som et behandlingstilbud end et aktivitetstilbud i form af at drikke kaffe eller at se en film. Musik kan også tilbydes som en aktivitet og dette med god gavn, men det er ikke at sidestille med musikterapi, der tilbydes som behandling og udføres af musikterapeuter med en kandidatuddannelse i musikterapi ud fra terapeutiske behandlingsmål.

Afsnit 7.3

- *Pårørendeindsatser s. 29*

I første afsnit: det foreslås, at demensdiagnose erstattes af *demenssygdom*.

I andet afsnit: det foreslås, at partner og søskende tilføjes som pårørende.

I tredje afsnit: fjern ”hverdags”, således at der kun står ”liv”, idet pårørende generelt har brug for et godt liv og ikke kun et godt hverdagsliv.

Afsnit 7.3.2

- *Rådgivning s. 31*

Fjerde afsnit, som starter med: *"Det anbefales, at rådgivningen..."*. Vejle Kommune mener, at pårørende skal støttes i at rumme det vilkår, at der ikke altid findes en oplagt løsning.

Afsnit 8

En struktureret opfølgning styrker den tværsektorielle indsats og forebyggelse af f.eks. BPSD og igangsættelse af palliative forløb. Der bør være en opmærksomhed på, hvad der er fokus i opfølgningen, idet et utilsigtet fokus på et område, som ikke er aktuelt, kan påvirke livskvaliteten for borgeren og pårørende.

Fra: Lise Else May Dahl <liemd@brondby.dk>
Sendt: 5. november 2018 11:26
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Emne: Kommentarer til hørings svar "anbefalinger for mennesker med demens"
Vedhæftede filer: signaturbevis.txt

Hej

Vi har i Brøndby læst høringsmaterialet igennem og har samlet følgende kommentarer:

I forhold til funktionerne Forløbskoordinator og Tovholder i Forløbsprogrammer (hvor det altid skal være en læge!) finder jeg det uhensigtsmæssigt at der i "Demensanbefalingerne" også nævnes Tovholder, men at det i denne sammenhæng primært refererer til en demenskonsulent (blandt andet side 8 + 18)

I anbefalingerne har jeg ikke fundet noget om varetagelse af Forløbskoordinator-funktionen hvilket undrer mig

Jeg havde forventet at der var mere skelnen mellem anbefalingerne i forhold til om det var i hjemmeplejen eller på et ældrecenter.

I forhold til Forløbsprogrammet varetages funktionen som Forløbskoordinator ofte forskelligt om borger bor udenfor eller på et center

Positivt at det er noteret at der bør ske opfølgning fra egen læge ca 3 – 6 mdr efter borger er afsluttet fra udredningsenheden – og derefter hver 6-12 mdr.

Når der bruges viden /basisviden om demens. Er der en anbefaling i forhold til hvilken niveau (hvad det kan indeholde)det kunne være

Mangler i materialet noget omkring jura – stillingtagen/orientering om fuldmagter og værgemål. F.eks. står der flere gange noget om inddragelse i forhold til fremtidig fysiske, psykiske og sociale behov og nævnt fra start til palliativ indsats samt mange indsatser er nævnt konkret også hvordan der sker medinddragelse af pårørende. Men det er jo ofte det med hvad man kan blande sig i/beslutte der kommer bag på mange for sent.

Håber I kan bruge vores input.

Venlig hilsen
Lise Dahl
Demenskonsulent



Brøndby kommune, Ældre og Omsorg
Hjemmeplejen
Park Allé 160

2605 Brøndby
Tlf. 43 28 26 08
liemd@brondby.dk
www.brondby.dk

Sundhedsstyrelsen
Att.: Niels Gadegaard

Kære Niels Gadegaard

Hermed fremsendes Viborg Kommunes høringssvar til "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens".

Det er Viborg Kommunes opfattelse, at anbefalingerne til mennesker med demens og deres pårørende er gode og relevante i forhold til at skabe bedre tværsektorielle forløb.

Høringsmaterialet giver anledning til følgende generelle kommentarer og bemærkninger:

- Det er generelt positivt, at samarbejdet mellem kommune og hospital koordineres og tænkes sammen, således borgeren i højere grad end tidligere oplever ét samlet forløb. Det er Viborg Kommunes opfattelse, at samarbejdet med regionerne omkring borgerens forløb sker bedst, når der samtidig sker en kompetenceudvikling af hospitalspersonalet.
- Det er positivt at der, i højere grad end tidligere, er særlig opmærksomhed på yngre borgere med demens.
- Det er Viborg Kommunes erfaring, at anbefalingerne omkring demenskoordinatorfunktioner i de enkelte kommuner er af afgørende betydning for demensindsatsen for borgerne og deres pårørende. Dog ligger anbefalingerne op til en større udvidelse af opgaveporteføljen for demenskoordinatorerne. Sundhedsstyrelsen bør overveje en revidering af, hvilke koordinationsfunktioner, der anbefales placeret hos demenskoordinatorerne.
- Det er generelt positivt, at anbefalingerne har fokus på ernæring, fysisk træning, velfærdsteknologi samt mulighederne for aflastning for pårørende.

Hvis der er behov for yderligere informationer i forbindelse med ovenstående, er I velkommen til at kontakte os.

Med venlig hilsen

Maila Tandrup
Omsorgschef

Dato: 31. oktober 2018

Sagsbehandler: vpbrkr

Direkte tlf.: 87 87 60 55

Sundhedsstyrelsen
Planlægning
jkr@sst.dk

5. november 2018 · rh

Høringssvar til Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringssvar til Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens.

Ældre Sagen finder overordnet anbefalingerne gode og nuancerede, og at de dækker mange af de udfordringer, som mennesker med demens oplever i de tværsektorielle forløb.

Ældre Sagen kan dog være bekymret for, at anbefalingerne ikke implementeres i praksis grundet manglende økonomi til at understøtte en implementering af anbefalingerne.

Ældre Sagen har følgende konkrete kommentarer:

4. Organisering

Ældre Sagen finder det relevant også at nævne hjælp til forskellige aktiviteter under afsnittet *Kommune*.

6. Koordination og samarbejde

Ældre Sagen vil opfordre til, at den første anbefaling ændres til: Regioner og kommuner planlægger i fællesskab med borgeren, de pårørende og de relevante fagprofessionelle planlægningen af forløbet samt behandlingen.

6.2.1 Demenskoordinatorfunktion

Ældre Sagen vil opfordre til, at demenskoordinatorfunktionen ligeledes bør kunne henvise og rådgive om diverse aktivitets- og aflastningstilbud. Dette bør tilføjes som et punkt.

7. Faglige indsatser

Målgruppen for de sundhedsfaglige indsatser er typisk ikke i stand til at køre selv eller tage offentlig transport. Det er derfor afgørende, at kommunen er opmærksom på behov for transport til de faglige indsatser, eksempelvis fysisk træning, omsorgstandpleje, og lignende. Derudover bør aktørerne omkring mennesket med demens være opmærksom på muligheden for en ledsager. Ældre Sagen må eksempelvis konstatere, at der fortsat er problemer med, at patienter, som eksempelvis ikke kan forklare sig, sendes alene til undersøgelser fra plejehjem eller hjemmepleje. Dette indebærer mangel på patientsikkerhed, tryghed og værdighed for patienten. Ældre Sagen vil derfor opfordre til, at anbefalingerne gør opmærksom på vigtigheden af, at man også har fokus på transportmuligheder og ledsagelse.

7.1.2 Medicinsk behandling

Det er meget positivt, at det anbefales, at der skal ske en regelmæssig gennemgang af den ordinerede medicin. Det kan evt. præciseres, at det er den praktiserende læge, der er ansvarlig for den ordinerede medicin.

7.1.4 Tandpleje

Ældre Sagen vil foreslå, at 3. afsnit ændres til:

”Er det mere end 6 måneder siden, at personen med demens har været til tandlægen, og personens egenomsorg er nedsat, bør personen tilknyttes omsorgstandlægen. Her kan tandlægen lægge en plan for, hvordan der bedst tages vare om en god tandsundhed. Da mennesker med demens ofte har en nedsat evne til egenomsorg, bør nogle gå oftere til tandlægen end normalbefolkningen for at få rensset tænder og forebygge huller. Derfor bør tandpleje skrives ind i plejeplanen, så der er opmærksomhed på mundhygiejne.”

Mennesker med demens har øget risiko for tandsygdom. Det er derfor afgørende, at der tidligt i forløbet er fokus på tandsundheden, og det er en del af plejeplanen og de sundhedsfaglige indsatser, der igangsættes omkring mennesket med demens.

7.2.3 velfærdsteknologi

Det bør være tydeligt, at teknologiske hjælpemidler kan anvendes med udgangspunkt i den enkeltes ønsker, og at borgeren ikke blot skal kunne inddrages, så de lærer at mestre livet med demens.

8.1.2 Kommunens opfølgning efter demensudredning

Det bør i sætningen: ”Demenskoordinatoren tilbyder familien et besøg for at yde råd og vejledning og oplyse om kommunens tilbud” tilføjes, at dette bør ske forholdsvis hurtigt efter den regionale udredning og gerne indenfor de første uger. Efter en diagnose er det afgørende, at der tages en tidlig kontakt, hvor der foretages en behovsafdækning samt gives informationer om kommunens tilbud samt tilbud fra civilsamfund.

Venlig hilsen



Bjarne Hastrup
Adm. direktør

Til Sundhedsstyrelsen, Planlægning

Det er et spændende høringsmateriale, som kommer godt omkring emnet.

Vi har en enkelt kommentar til Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens”:

I afsnit 7.1.2. i afsnittet ”Medicinsk behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens” s. 25 nævnes at plejemæssige, socialpædagogiske, psykosociale og miljømæssige tiltag altid bør være førstevalget i stedet for medicinering. Det er en meget vigtig pointe. Vi vil foreslå, at begrebet ”personcentreret omsorg” nævnes i den sammenhæng. I høringsmaterialet står der også: ”Det kan dog også skyldes forhold i de omkringliggende omgivelser eller udækkede behov hos borgeren, hvor adfærden kan være udtryk for kommunikation og/eller reaktion” hvilket er helt i tråd med teorierne bag personcentreret omsorg. Vi har gode erfaringer med at kompetenceudvikle inden for personcentreret omsorg i Ikast-Brande Kommune med fokus på vigtigheden af at lægge vægt på det relationelle arbejde i tilgangen til mennesker med demens, fordi samspillet med andre (bl.a. fagpersonerne omkring mennesker med demens) har stor betydning for demensudtrykket hos det enkelte menneske.

I Ikast-Brande Kommune følger alle medarbejdere på plejecentre og daghjem et kompetenceudviklingsprojekt, hvor der undervises i personcentreret omsorg med udgangspunkt i Tom Kitwoods teorier. Her ses al adfærd som kommunikation og der er fokus på at dække menneskers psykologiske behov: Behovet for inklusion, identitet, tilknytning, trøst og meningsfuld beskæftigelse. Kompetenceudviklingsprojektet er støttet af Sundhedsstyrelsen.

Høringssvar "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens"

Fra Center for Sundhed og Omsorg, Helsingør Kommune samt kommunens Seniorråd.

Afsnit + Sidetal	Tekst	Kommentar	Eventuelle forslag til ændring af tekst
2.3, s. 8; Koordination og samarbejde	Når borgeren udskrives fra sygehus, overdrager sygehuset (den patientansvarlige læge) hurtigst muligt tovholderrollen for borgerens forløb til kommunen (demenskoordinatoren).	Vi mener, at der her skabes en forvirring ift. den faglighed som en borger med demens har brug for. Det fremgår ikke helt klart, hvorvidt der er tale om udskrivelse fra en udredningsenhed, hvor formålet har været at få afklaret den dementielle tilstand eller, hvorvidt der er tale om udskrivelse efter et sygehusophold med baggrund i anden somatisk lidelse. Derudover er vi ikke enige i betegnelsen tovholderrolle, da vi er af den holdning, at tovholder er en lægefaglig betegnelse og koordinator/forløbskoordinator er en sundhedsfaglig betegnelse. Og kommunen skal og kan ikke overtage en tovholderrolle fra en lægefaglig person. Det skal og kan egen læge gøre, det er dermed ikke kommunen, som skal have rollen overdraget.	Ved overdragelse efter udskrivelse fra hospital vil det være egen læge, der får overdraget tovholderrollen. Hvis der er tale om udskrivelse efter behandling af en anden somatisk lidelse end den dementielle tilstand, kan der være behov for at inddrage den kommunale hjemmepleje med henblik på det videre forløb. Hvis der også er tale om en ekstra opmærksomhed i forhold til den dementielle tilstand, inddrages demenskoordinatoren ligeledes for at sikre det bedste forløb for borgeren.

Høringssvar "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens"

Fra Center for Sundhed og Omsorg, Helsingør Kommune samt kommunens Seniorråd.

3.3, s. 10; Populationens karakteristika	Der findes grupper af mennesker med demens, der har særlige karakteristika. Det drejer sig bl.a. om yngre mennesker med demens, etniske minoriteter og borgere med udviklingshæmning, som i forhold til diagnostik, behandling og sygdomsforløb adskiller sig fra den øvrige population af mennesker med demens. Det kan fx omhandle sociale eller kulturelle forhold, der gør sig anderledes for disse grupper.	Fint at der her nævnes forskellighederne ved en demenssygdom.	Her kunne man med fordel nævne mennesker med dementielle problematikker forårsaget af alkoholmisbrug, da disse mennesker har nogle særlige udfordringer og dermed nogle særlige behov, som adskiller sig fra de behov, der opstår grundet øvrige dementielle diagnoser.
5.2.1, s. 17; Indhold i udredningen	Såfremt der, efter den indledende vurdering i almen praksis, fortsat er mistanke om en demenssygdom som årsag til den kognitive svækkelse, bør borgeren som udgangspunkt viderehenvises til udredning ved en regional demensudredningsenhed, med henblik på yderligere udredning herunder at få stillet en specifik demensdiagnose samt iværksat den rette behandling og støtte for borgeren og de pårørende. Udredningens omfang afhænger af problemstillingen samt af demenstilstandens	Af teksten fremgår det fint, at der i den supplerende udredning indgår flere forskellige specialer, som bør være samlet i en fælles enhed, hvilket giver god mening. Men det mangler at blive pointeret, at der ligeledes skal være fokus på det tværfaglige samarbejde og styrkelse af dette.	At samarbejdet styrkes de forskellige specialer i mellem, således at der tilbydes en individuel udredning tilpasset den enkeltes udfordringer og behov med fokus på fx depression.

Høringssvar "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens"

Fra Center for Sundhed og Omsorg, Helsingør Kommune samt kommunens Seniorråd.

	sværhedsgrad, og kan blandt andet omfatte neuropsykologiske undersøgelser, billeddiagnostik, yderligere kognitive tests samt lumbalpunktur. I den supplerende udredning indgår typisk de lægefaglige specialer neurologi, geriatri og psykiatri, som bør være samlet på samme matrikel eller i fælles enhed."		
5.2.1, s. 17; Indhold i udredningen	Udredning for demens bør ikke foretages, hvis patienten er svært alment svækket, som følge af akut sygdom, eller hvis der er et aktuelt misbrug af alkohol eller medicin. I disse tilfælde bør udredning afvente, at patienten er i sin habitualtilstand."	Af teksten fremgår det, at man bør afvente udredning af mennesker med aktuel alkohol- eller medicinmisbrug, hvilket kan betyde, at personer med misbrugsproblematikker ikke får mulighed for at få den rette hjælp og behandling.	Da det kan være svært bl.a. at foretage de aktuelle kognitive undersøgelser i forbindelse med et udredningsforløb hos mennesker med alkohol- eller medicinmisbrug, kan det være svært at fastsætte en egentlig demensdiagnose. Der bør dog udarbejdes en plan for det videre forløb, således at der forebygges yderligere forværring af en dementiell tilstand, og således at personer med alkohol- eller medicinmisbrug tilbydes den nødvendige behandling. Der bør derudover foretages en somatisk udredning samt en screening for bl.a. depression.

Høringssvar "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens"

Fra Center for Sundhed og Omsorg, Helsingør Kommune samt kommunens Seniorråd.

5.2.1, s. 17; Indhold i udredningen	I enkelte tilfælde kan det være mest hensigtsmæssigt at den praktiserende læge færdigudreder patienten og undlader at viderehenvise. Hvorvidt patienten skal viderehenvises eller ej, beror på en individuel vurdering samt den praktiserende læges kompetencer vedrørende demens. Den praktiserende læge kan, ved behov, telefonisk konferere med og få sparring via udredningsenhedernes rådgivningsfunktion.	Vi har en bekymring ift. at der bliver lagt op til, at den praktiserende læge ikke nødvendigvis behøver at viderehenvise borgeren til udredning, men at det kan bero på en individuel vurdering og/eller lægens kompetencer vedrørende demens. Vi kan se en problemstilling i, at den enkelte læge ikke nødvendigvis besidder de rette kompetencer til at udrede borgeren. Det kan for eksempel være vanskeligt at differentiere mellem dementielle symptomer og depressive symptomer.	
6.2, s. 20; Samarbejde og koordination	Det anbefales derfor, at kommuner etablerer en demenskoordinationsfunktion, som blandt andet bør kunne: <ul style="list-style-type: none"> • Initiere kontakt til borgeren med tilbud om samtale for at vurdere borgerens ønsker til og behov for tilbud, samt iværksætte relevante kontakter, så der følges op på tilbuddet til borgeren • Foretage løbende samtale med borger 	I afsnittet anbefales det, at kommuner etablerer en demenskoordinatorfunktion. Denne funktion har fået en central rolle, som er meget velbeskrevet. Der står bl.a. at demenskoordinatoren er hovedansvarlig for borgerens forløb. Da der dog fortsat er forskel på demenskoordinatorernes rolle og kompetencer i de enkelte kommuner, kan det dog komme til at blive en meget omfattende rolle, som ikke tidligere er	Organiseringen af demenskoordinatorens funktion ligger hos den enkelte kommune. Der skal derfor være fokus på, at der ikke sker en opgaveglidning, som ikke tidligere er beskrevet ifbm. sundhedsaftalerne. Dog er vi enige i, at kommunerne bør have en demenskoordinatorfunktion, som samarbejder med myndighed, drift mfl. der er tilknyttet borgerens samlede forløb.

Høringssvar "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens"

Fra Center for Sundhed og Omsorg, Helsingør Kommune samt kommunens Seniorråd.

	<p>med det formål. at vurdere borgerens behov for og ønsker til tilbud og iværksætte relevante kontakter, så der følges op på tilbuddet til borgeren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koordinere på tværs af indsatser og faglige områder i relation til de enkelte borgere, • Arbejde tværfagligt og relationsbaseret, • Videreformidle relevante informationer til almen praksis med henblik på at bidrage til udredning, • Undervise og rådgive borgere/pårørende, personale i kommunerne, læger, plejepersonale, mv. <p><i>Kompetencer</i> De fagprofessionelle, der er ansat i demenskoordinationsfunktioner (demenskoordinatorer) fungerer primært som rådgiver, vidensperson,</p>	<p>beskrevet ift. sundhedsaftalereg. Vi henviser igen til, at tovholderrollen er en lægefaglig betegnelse, og at demenskoordinatorerne i kommunen kun har en koordinerede funktion ifbm. borgerens forløb. Vi mener, at der i anbefalinger skal være et skærpet fokus på, at der ikke sker en opgaveglidning ift. kompetenceniveauer lægefaglighed og sundhedsfaglighed. Som demenskoordinator er man forløbskoordinator for borgerens forløb ikke hovedansvarlig. Endvidere er det et stort krav at stille, at demenskoordinatorer skal have kompetencer inden for projekt- og/eller procesledelse.</p>	
--	--	--	--

Høringssvar "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens"

Fra Center for Sundhed og Omsorg, Helsingør Kommune samt kommunens Seniorråd.

	koordinator og underviser og er hovedansvarlig for borgerens forløb. De bør besidde ekspertise inden for demensområdet, herunder have kompetencer, der orienterer sig mod borgerens hele livssituation.		
7.1.3, s. 25-26; Palliativ pleje	Der henvises til hele tekst stykket	Vi er enige i anbefalingerne ift. at det bør være obligatorisk at patienten/borgeren med demens bør få en vurdering af det palliative behov ved diagnosticering af livstruende sygdomme.	Derfor kunne det skrives tydeligere frem i anbefalingen, at dette skal være obligatorisk.
7.1.1, 7.1.4 + 7.1.5 s. 23-27; Faglige indsatser	Der henvises til flere tekst stykker.	Vi er enige i anbefalingerne: Kommunen <u>skal</u> indskrive tandplejen i plejeplanen for borgere med demens for at sikre, at spisefunktionen bevares således, at én af årsagerne til uplanlagt vægttab med ledsagende funktionstab, elimineres. Ligeledes <u>skal</u> kommunens plan for fysisk træning (konditions- og styrketræning) af borgere med demens med det formål at bevare borgerens ADL altid ledsages af en individuel ernæringsplan for den enkelte.	Nærværende anbefalinger kunne med fordel skrives tydeligere frem i anbefalingen.

Høringssvar "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens"

Fra Center for Sundhed og Omsorg, Helsingør Kommune samt kommunens Seniorråd.

<p>7.3, s. 29; Pårørendeindsatser</p>	<p>Formålet med pårørendeinddragelse er dels at styrke mennesket med demens' pårørenderelationer og netværk, dels at styrke den pårørende, således at den pårørende vedvarende kan være en støtte for sine nærmeste og samtidig have fokus på egne ressourcer</p> <p>Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens og behov for et godt hverdagsliv. Inddragelsen bør styrke den pårørende, således at den pårørende vedvarende kan være en støtte for sine nærmeste og samtidig have fokus på egne ressourcer og behov for et godt hverdagsliv. Ligeledes bør der være fokus på håb, selvbestemmelse og muligheder i den konkrete situation for såvel mennesket med demens som de pårørende. Det anbefales derfor, at der differentieres i tilbuddene til pårørende, så de kan matche målgruppens forskellige behov.</p>	<p>Vi er enige i anbefalingen og synes, at pårørendeinddragelse skal prioriteres højt.</p>	<p>Derfor kunne pårørendeinddragelse eksempelvis skrives tydeligere frem i anbefalingen.</p>
---	--	--	--

2. november 2018

Til Sundhedsstyrelsen
Att. Kirsten Hansen, sektionsleder

HØRINGSSVAR

Vedr. anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

Sagsnr. 4-1214-389/1

Tak for muligheden for at Nationalt Videnscenter (NVD) kan bidrage til høringen vedr. disse anbefalinger, der giver et godt overblik over det tværsektorielle og tværfaglige forløb for mennesker med demens. Anbefalingerne skønnes at udgøre et vigtigt supplement til NKR indenfor demensområdet, idet disse ikke beskæftiger sig med organisering af demensindsatsen eller samarbejdet mellem de involverede aktører. Anbefalingerne vil være et godt grundlag for det videre arbejde med regionale forløbsprogrammer.

NVD har følgende kommentarer til anbefalingerne:

Generelle kommentarer

Anbefalingerne har overvejende fokus på tiden lige før, under og lige efter udredning. Der savnes et stærkere fokus på koordinering af indsatsen i de år, der følger med progredierende demens, og de heraf afledte ændringer i behov for støtte og behandling.

Der savnes i den forbindelse et stærkere fokus på lægens rolle i opfølgningen i forhold til en række helbredsmæssige komplikationer som typisk opstår i forløbet af demenssygdomme, f.eks. urinvejsinfektion, kramper, psykiske lidelser mm. Det er relevant med fokus på tandbehandling, ernæring, træning mm, men den lægefaglige opfølgning er mangelfuldt beskrevet.

Det ville være hensigtsmæssigt, om der kunne være fokus på behovet for proaktiv opfølgning, altså en opfølgning der ikke forudsætter at patienten selv skal henvende sig ved behov. Det gælder både mht. den lægelige opfølgning og demenskoordinatorens rolle. Det ville også være hensigtsmæssigt, hvis det fremhæves mere tydeligt, at der løbende under sygdomsforløbet er brug for behovsvurdering. Endelig ville det være godt, hvis det kunne fremgå, at man i de regionale programmer bør beskrive, hvem der har ansvaret for hvilke dele af opfølgningen, evt. stratificeret på typer af patienter, så det fremstår tydeligt for alle aktører og også for patienter og pårørende.

Medicinsk behandling nævnes flere steder i rapporten som synonymt med antidemens-medicin (kolinesterasehæmmere og memantin). Det foreslås derfor, at man skriver antidemens-medicin, der hvor det er det, der menes.

Betegnelsen "tovholder" anvendes på en anden måde end hidtil i SSTs generiske programmer for forløbsprogram for kroniske sygdomme, hvilket kan give anledning til forvirring. Den praktiserende læge omtales som behandlingsansvarlig læge, men det er et begreb, der er indført til at beskrive ansvarsfordelingen blandt læger i sygehusvæsenet. Begreberne bør anvendes ensartet og defineres i indledningen af rapporten.

Mennesker med demens betegnes som henholdsvis borgere, patienter, og demensramte. Det anføres i indledningen at ordene anvendes afhængig af sammenhængen, men flere steder er ordet "borgere" anvendt i situationer hvor "patient" havde været mere relevant. Vi foreslår at man konsekvent anvender "mennesker med demens" i hele rapporten, i lighed med andre rapporter fra SST om demens.

Der er en række mindre faglige unøjagtigheder og fejl i forbindelse med omtalen af årsager til demenssygdomme, symptomer mm, i flere kapitler i rapporten, f.eks. afsnit 3.3 'Populationens karakteristika'. Vi foreslår, at rapporten underkastes faglig korrekturlæsning ved en ekspert i demenssygdomme. NVD stiller gerne en person til rådighed.

Specifikke kommentarer til de enkelte kapitler:

Kommentarer til afsnit 4. Organisering

Resumeet er ikke dækkende for indholdet.

Kommentarer til afsnit 4.1. Opgave- og ansvarsfordeling

I mange tilfælde foregår der et samarbejde mellem kommunale demenskoordinatorer og almen praksis om identifikation af tidlige symptomer på demens hos hjemmeboende borgere. Det vil være hensigtsmæssigt, hvis samarbejdet mellem kommunale medarbejdere og almen praksis om tidlig identifikation og udredning af demens bliver beskrevet nærmere i regionale forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler om demens.

Kommuner: "rehabilitering" foreslås erstattet af "psykosocial indsats" (som også omfatter rehabilitering)
Regioner: det bør tilføjes at sygehuset i særlige tilfælde kan varetage opfølgningen. Der er ingen specialfunktioner for demens i specialevejledningen for geriatri.

Kommentarer til afsnit 5. Rettidig diagnostik og udredning

Som nævnt ovenfor, vil det være hensigtsmæssigt, hvis samarbejdet mellem kommunale medarbejdere og almen praksis om tidlig identifikation og udredning af demens beskrives i regionale forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler om demens.

Det foreslås at man i 5.2.1 henviser til SSTs anbefalinger for organisering af tværfaglige demensudredningsenheder.

Kommentarer til afsnit 5.2.1 Indhold i udredningen

Under beskrivelsen af udredningens omfang (s. 17) foreslår vi at tilføje "systematisk vurdering af praktisk funktionsevne i hverdagen".

Endvidere foreslår vi, at der henvises til den ny NKR om diagnostik af MCI og demens (SST 2018), der netop er udkommet (jf. de to henvisninger i afsnit 7.1.12 Medicinsk behandling).

Kommentarer til afsnit 6.2.1 Demenskoordinationsfunktionen

Bullet point 5 (s. 21): formidling af relevante informationer til almen praksis skal også ske senere i forløbet mhp at almen praksis tager sig af andre helbredsmæssige problemer (komorbiditet).

Kommentarer til afsnit 7.1.2 Medicinsk behandling

I afsnittet om medicin bør der også stå at, lægen både skal se på om patienten får nødvendig medicin og om der omvendt er tilstande, der er overset og bør behandles.

Afsnittet om adfærdsmæssige og psykiske symptomer (BPSD) handler i virkeligheden primært om egentlige adfærdsforstyrrelser og ikke om andre psykiske symptomer (der jo typisk skal behandles anderledes).

Kommentarer til afsnit 7.2.1 Kognitiv stimulationsterapi

Vi anbefaler en tydeligere skelnen mellem begreberne 'kognitiv stimulationsterapi' og 'kognitiv træning'. Teksten i afsnit 7.2.1 (s. 27-28) foreslås erstattet med følgende:

"Kognitiv stimulationsterapi er en evidensbaseret psykosocial intervention beskrevet i en række engelske manualer. Det indebærer et struktureret gruppeforløb med et bredt spektrum af aktiviteter, som sigter mod stimulering af kommunikation og kognitive funktioner, bl.a. hukommelse og koncentration. De konkrete aktiviteter lægger op til at hjernens funktioner aktiveres og dermed stimuleres, det foregår bl.a. via deltagernes gruppedrøftelser af aktuelle og tidligere begivenheder og emner, samt samarbejde om kreative aktiviteter som f.eks. ordlege, spil, musik, mv. (National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens. Sundhedsstyrelsen; 2013). Der foregår aktuelt et dansk udviklings- og forskningsprojekt vedrørende kognitiv stimulationsterapi (ledet af VIA University College), der bl.a. omfatter udarbejdelsen af en dansk manual. Det anbefales på denne baggrund, at kommuner tilbyder kognitiv stimulationsterapi til mennesker med demens i let til moderat grad."

Kompetencer (s. 28)

Vi er enige i, at kognitiv stimulationsterapi bør gives af medarbejdere med en sundhedsfaglig uddannelse på bachelorniveau, og foreslår følgende tilføjelse:

"For at opnå effekt af den strukturerede metode er det væsentligt, at indsatsen ledes af personale, der er uddannet i metoden, hvilket kan opnås via en kortere instruktøruddannelse, som udbydes af flere aktører i Danmark."

Kommentarer til afsnit 8.1.1 Opfølgning i almen praksis

Vi foreslår, at omtalen af MMSE-test for at vurdere evt. progression (s. 32), ændres til: "kort kognitiv test for at vurdere evt. progression", da der foreligger en række alternativer til MMSE (fx MoCA, RUDAS og et nyt testværktøj, der er under udvikling som led i National demenshandlingsplan 2025).

Kommentarer til afsnit 8.1.3 Opfølgning efter diagnostik i regional demensudredningsenhed

Det anføres (s. 33), at 'en mindre andel' af personer med MCI vil udvikle demens. Konversionsraten i kliniske samples er imidlertid 10-15% årligt svarende til, at ca. halvdelen vil udvikle demens, hvis de følges i 4-5 år, og endnu flere, hvis de følges i en længere periode. Formuleringen kan fx ændres til "Blandt disse vil flertallet over en årrække udvikle demens".

Det anføres endvidere (s. 34), at der bør være mulighed for at korrespondere elektronisk med demensenheden. Det bør måske præciseres, at korrespondancen bør kunne foretages via krypteret / ('sikker') e-mail.

Venlig hilsen

Kasper Jørgensen
Fagkonsulent, NVD

cc. Centerleder, professor, Gunhild Waldemar, NVD

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: SST Plan
Sendt: 5. november 2018 13:58
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Cc: SST Plan
Emne: VS: Høringssvar
Vedhæftede filer: Høringssvar.docx; signaturbevis.txt

Fra: Pia Wied Gress [<mailto:pigr01@frederiksberg.dk>]

Sendt: 5. november 2018 13:08

Til: Sundhedsstyrelsen

Cc: Torben Laurén; Addie Just Frederiksen; Jannie Sternberg; Maj Britt Helmsdal Henriques

Emne: Høringssvar

Til Rette Vedkommende

Frederiksberg Kommune er positive over for, at der gives anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens. Der findes anledning til at kommentere på følgende: Se vedhæftede.

Venlig hilsen

Pia Wied Gress
Demenskonsulent - Socialrådgiver

Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedsområdet
Stockflethsvej 4
DK - 2000 Frederiksberg
www.frederiksberg.dk

F R E D E R I K S B E R G
K O M M U N E



Høringssvar

Kommentarer til anbefalingerne

2.1. Organisering

- Anbefalingen vedrører at "Kommuner laver aftaler med parter i civilsamfundet (...)" og alligevel er denne del om civilsamfundet meget kort, og kunne med fordel uddybes med eksempler på hvordan disse aftaler kunne foregå og hvilke 'andre aktører' der menes.

2.2. Rettidig diagnostik og udredning af demens

- Det er positivt, at kommunerne tænkes ind hurtigt i forløbet for at kunne nå at sætte rettidigt ind og støtte op om selvbestemmelse ift. det fremtidige forløb. Kommunens inddragelse afhænger af, at borgeren samtykker til at den praktiserende læge retter henvendelse, men hvad med de tilfælde hvor borger ikke giver samtykke til dette? Et forslag kunne være, at praktiserende læge ifm. opfølgning løbende følger op på, om borger vil give samtykke til kontakt til kommunen og motiverer til dette ved at informere om mulighederne for støtte og rådgivning i kommunalt regi.

2.3. Koordination og samarbejde

- Det anbefales at alle borgere med demens tilbydes kontakt med demenskoordinator. Som populationen er beskrevet indeholder den både personer med bekymring over demens, personer med demens og personer der er udredt for demens. Gælder tilbuddet om kontakt til demenskoordinator alle grupper? Således at personer, der har bekymring over demens, men ikke er udredt skal have kontakt til demenskoordinator? Og hvordan skal de i så fald få dette, da kontakten til demenskoordinator ifølge anbefalingerne kommer ifm. udredningsforløb.
- Det anbefales at demenskoordinatoren foretager 'løbende samtaler' med borgeren. Bør der være et minimumskrav for hvor ofte disse samtaler skal gennemføres? Det beskrives hvordan der er individuelle forskelle i behov, men disse behov kan være svære at opdage, såfremt man ikke tager kontakt til borger.

2.4. Faglige indsatser

- **Træning:** Det anbefales at træningsforløb inkluderer støtte til integration af træningen i hverdagen, så træning kan fortsættes efter afsluttet træningsforløb. At fortsætte træningen i hjemmet kan være vanskeligt ifm. progression af sygdommen, hvor træningen eventuel skal tilpasses det aktuelle funktionsniveau. Det kunne være et forslag at det blev anbefalet at der løbende blev fulgt op på træningen i hjemmet, så denne kunne tilpasses det pågældende funktionsniveau. Dette vil være

i tråd med anbefalingen om, at den fysiske funktionsevne løbende vurderes.

- **Ernæring:** Vi finder det positivt, at der er fokus på ernæring hos personen med demens, især fordi dette er et essentielt grundlag for genoptræningsplanen. Ernæringsindsatsen er tværsektoriel og vi foreslår derfor, at der beskrives yderligere, hvordan der samarbejdes mellem sektorerne ift. denne indsats herunder hvordan information (fx vægt) videregives. Endvidere foreslår vi, at anbefalingerne vedrørende ernæring udvides med anbefalinger fra 'Mad og Måltider', da måltiderne er vejen til den rette ernæring.
- **Kognitiv Stimulations Terapi:** Det anbefales at kommunerne tilbyder kognitiv stimulations terapi, men det er ikke beskrevet til hvilken målgruppe og i hvilket omfang. For at rette et sådan tilbud mod dem der vil få mest gavn af det ville det være brugbart at få sådanne anbefalinger med.
- **Træning i hverdagsaktiviteter:** Det anbefales at kommuner råder over et tilbud om træning af daglige gøremål. Flere kommuner vil have tilbud om rehabilitering i hjemmet, men skal det anbefales at den træning af daglige gøremål der tilbydes mennesker med demens er et andet tilbud som tager højde for de særlige vanskeligheder med demens ved fx at involverer personale med demensfaglige kompetencer?
- **Rådgivning:** Det anbefales at der tilbydes rådgivning til pårørende i hele familien, med særligt fokus på børn under 18. De fleste kommuner vil grundet den forholdsvis lave forekomst af yngre personer med demens ikke have mange pårørende under 18. Det kunne derfor med fordel anbefales at (gruppe)tilbud til børn og unge blev varetaget i tværkommunalt regi.

2.5. Opfølgning

Generelle kommentarer

- Populationen som anbefalingerne henvender sig til drejer sig om personer med demens eller bekymring over demens på baggrund af hhv. neurodegenerative sygdomme, vaskulær demens eller andre sygdomme. Menes der med dette at alle personer med demens som følge af andre sygdomme som fx Huntingtons og Parkinson ligeledes skal have samme behandling og fx tilknyttes demenskoordinator?

- Afsnit vedr. *Faglige indsatser* fremstår forholdsvis instrumentel i beskrivelserne målrettet tilbud til borgeren.
- Jeg tænker, det indledningsvis ville være en idé at fremhæve interessen for den enkelte som individ, vedkommendes livshistorie, selvformulerede ønsker, præferencer, håb og mål (evt. med henvisning til rådgivningsmodellen). Det ville være fint om det kunne fremgå tydeligere, hvordan den støtte, der tilbydes kommer til at opleves som relevant, motiverende og involverende for borgeren.
- Dette kunne ske med en beskrivelse med afsæt i et rehabiliteringsperspektiv med fokus på et selvstændigt og meningsfuld liv, hvor det meningsfulde tager afsæt i det nuværende levede liv og ønsker for fremtiden.
- I afsnit 7.3. om pårørende indsatser viser der sig lidt omkring ønsker og værdier.
- Jeg tænker dette også som udgangspunkt må/skal være tydeligt gældende for beskrivelserne for dem med demenssygdommen.

Høringssvar fra DASYS vedr. anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens.

DASYS takker for muligheden for at afgive høringssvar. Anbefalingerne har været til høring blandt DASYS' råd og faglige selskaber. Der er kommet høringssvar fra FS for Sygeplejersker i Kommunerne, FS for Geriatiske sygeplejersker og DASYS' Uddannelsesråd. Høringssvarene er skrevet sammen til ét samlet høringssvar.

Generelle bemærkninger til bekendtgørelsen

Anbefalingen er grundig og gennearbejdet og en meget fin beskrivelse af det tværsektorielle og tværfaglige forløb for mennesker med demens. Det er et fint arbejde, der prøver at anviser, hvorledes og hvem der har ansvaret for mennesket med demens i forbindelse med opsporing, udredning og opfølgning. Rapporten beskriver og understøtter en faglig og organisatorisk ensartet praksis af høj kvalitet i diagnostik, udredning, behandling, pleje, omsorg og opfølgning, hvilket vi mener, der er meget brug for.

Enkelte steder i beskrivelsen kunne vi dog ønske et mere klart budskab i forhold til, hvilket kompetenceniveau der ønskes, samt mere "skal" og knapt så mange "bør". Endvidere er der et ønske om, at arbejdsgruppen også havde haft fokus på mennesker med demens, der blive syge af andre årsager, og som dermed også er berørt af, at der er et velfungerende samarbejde på tværs af sektorerne.

Mennesker med demens er specielt udfordrende i overgange fra den ene sektor til den anden, da de ofte selv har svært ved at bidrage med oplysninger, og der er stor risiko for fejl. Derfor savnes der anbefalinger om de informationer, der som minimum bør følge et menneske med demens, når de krydser sektorgrænserne.

Det anbefales, at retningslinjen indgår som obligatorisk undervisningsstof på alle sundhedsuddannelser. Dermed både i de korte-, som mellemlange- og videregående uddannelser. Endvidere anbefales, at retningslinjen indgår som undervisningsstof i særlige udvalgte efter- og specialuddannelser inden for sundhedssektoren.

Uddybende kommentarer til teksten

Følgende er kommentarer specifikt til de enkelte afsnit.

Afsnit 2

2.4 Faglige indsatser

Kommuner råder over indsatser, som kan støtte borgere og pårørende. Det kan fx være **aflastning**, individuel- eller gruppebaseret systematisk rådgivning og undervisning m.v.

Afsnit 5

Der bruges ord som basisviden og basale kompetencer, uden at det defineres, hvad der menes. Det anbefales, at dette uddybes i forhold til, hvilken kompetencer, de sundhedsprofessionelle skal have, samt hvilke sundhedsprofessionelle der kan løfte denne opgave.

5.1.1 Indsatsen kommunalt regi

Her beskrives basisviden hos sundhedsprofessionelle og øvrige i opsporing af demens og som led i patient/borgerforløb. Hvori basisviden består kunne med fordel beskrives i lighed med beskrivelse af demens koordinatører s. 21-22.

Anbefalingerne kunne også komme ind på undervisning og uddannelse af personalet på plejecentre/hjem. Især hjemmeplejen, hvor det meget ofte er social- og sundhedshjælpere, der er borgerens eneste støtte, og man kan diskutere om social-og sundhedshjælpere har den basisviden, der skal til, for at de kan opfange symptomer og handle på dem.

5.1.2 Indsatsen i almen praksis

Tidlig indsats påberåbes. I relation til borgere, som ikke i forvejen modtager kommunale omsorgstilbud jf. afsnit 5.1.2., kunne en præcisering af, hvordan kontakt etableres være gavnlig.

5.1.3 Indsatsen på sygehus

Demensudredningsenhed. Hvad vil det sige? Samtidig er der uklarhed i forhold til koordinering af indsatserne.

5.2.1 Indhold i udredningen

I anbefalingen står der: "Udredning for demens **bør ikke foretages**, hvis patienten er svært alment svækket som følge af akut sygdom, eller hvis der er et aktuelt misbrug af alkohol eller medicin. I disse tilfælde **bør** udredning afvente, at patienten er i sin habitualtilstand". Der savnes en mere retvisende formulering og der foreslås følgende:

"**bør ikke foretages**" – ny formulering "foretages ikke, hvis..."

"I disse tilfælde **bør** udredning afvente" – ny formulering: "I disse tilfælde sker udredning, så snart patienten er i sin habitualtilstand."

Afsnit 6

Her nævnes en kommunal demenskoordinator, hvilket er en glimrende funktion, og der uddybes fint hvilken kompetencer en demenskoordinator skal besidde.

Vi hilser det meget velkommen, at man i anbefalingen, for at styrke et fagligt miljø om demensindsatsen, anbefaler, at der etableres systematiske samarbejdsfora mellem kommune, almen praksis og sygehus, som styrker relations opbygning og videndeling om demensindsatsen.

Afsnit 7

"Kommuner råder over indsatser, som kan støtte borgere og pårørende. Det kan fx være **aflastning**, individuel eller gruppebaseret systematisk rådgivning og undervisning m.v."

7.1.2 Medicinsk behandling, sidste afsnit

"Behandlingen med lægemidler bør kun iværksættes og kun kortvarigt, hvis patienten på trods af anden medicinsk behandling er forpint og/eller til **betydelig gene** eller fare for sig selv eller andre".

Mht. "betydelig gene"; det er et uheldigt ordvalg, da vi netop forsøger at arbejde hen imod at patienter med adfærdsforstyrrelser kun skal behandles medicinsk, hvis de selv er forpint eller til **fare** for andre. Ordvalget kan uheldigvis retfærdiggøre anvendelsen af antipsykotika, fordi patienten er til "betydelig gene" f.eks. overfor personalet på sygehuset eller plejehjemmet.

7.1.3 Palliativ pleje

Vi mener, at kompetenceniveauet skal tydeliggøres under den palliative indsats. Den palliative indsats skal helt klart understøttes af sundhedsprofessionelle med sundhedsfaglig baggrund på bachelor-niveau.

I dag taler man om tre palliative faser:

- den tidlige palliative fase
- den sene palliative fase og
- den terminale fase

Alle, der får stillet diagnosen demens, er i udgangspunktet livstruet syg og kan derfor have palliative behov. Ofte vil den demente borger på diagnosetidspunktet være i den tidlige palliative fase. Det er rigtigt, at der ikke findes et screeningsredskab til demens mhp. at afdække palliative behov, men det der bliver beskrevet i denne anbefaling, dækker det, man i en palliative verden vil kalde basal palliativ indsats. Derfor vil langt de fleste demente få den palliative pleje og behandling, de har brug for i både den tidlige- og den sene palliative fase, hvis der bliver levet op til disse anbefalinger.

Det primære problem er, at det er svært at få henvist demente borgere til det specialiserede palliative felt, når symptomerne bliver så komplekse, at den basale palliative indsats ikke længere er tilstrækkelig. Dette kan især fremkomme i slutningen af den sene- og i den terminale fase. Her er kompetenceudvikling af personalet - og måske især af demenskoordinatorerne - måske nøglen. De er tæt på den demente og kan vurdere, når symptomerne bliver komplekse og ikke lader sig lindre af de basale palliative tiltag. Demenskoordinatoren kan i samarbejde med egen læge henvise til Enhed for Lindrende Behandling og bede om råd eller tilsyn.

I forhold til pårørende kunne det ønskes, at man mere eksplicit anbefaler pårørendesamtaler og ikke blot familiesamtaler. Man ved fra mange undersøgelser, at pårørende til livstruede syge har behov for pårørendesamtaler, hvor man alene kan tale med en fagprofessionel. Her kan man f.eks. tale om, hvordan det er at være pårørende, hvor man kan få støtte og om tanker om fremtiden. Altså en samtale, hvor man kan udtrykke sig uden at den demente er til stede (fokus er på den pårørende og ikke på den demente).

7.3.1.

Aflastning ændres til "Midlertidigt ophold/aktivitetstilbud"

Der findes forskellige former for **midlertidigt ophold/aktivitetstilbud**, alt afhængig af varighed, sted, anledning og udformning. **Midlertidigt ophold/aktivitetstilbud** kan omfatte perioder fra flere timer til dage eller uger og finde sted i eget hjem, dag- eller aktivitetstilbud eller plejecenter og kan ske planlagt eller som reaktion på en krisesituation. Såvel som der også bør være mulighed for aflastning både om aftenen og natten. **Midlertidigt ophold/aktivitetstilbud** giver pårørende mulighed for midlertidigt at overdrage omsorgen for mennesket med demens til en anden person eller institution. Desuden kan **midlertidigt ophold/aktivitetstilbud** bruges som tilvænning for borgeren til at komme videre fra eget hjem til et botilbud.

Kommunerne kan endvidere iværksætte eller give tilskud til generelle tilbud med aktiverende- og forebyggende sigte. Det er kommunen, der fastlægger målgruppen for de lokale tilbud, herunder f.eks. om der skal være særlige tilbud målrettet personer med demens og deres pårørende. Tilbuddene kan iværksættes af kommunen selv eller af foreninger og organisationer med kommunalt tilskud. Tilbuddene kan f.eks. bestå i dag- eller aktivitetstilbud med pædagogiske aktiviteter, sociale arrangementer, ture ud af huset mv. Dag- og aktivitetstilbud til personer med demens kan bidrage til at skabe en mere meningsfuld hverdag, forbedre den enkeltes muligheder for at klare sig selv og forebygge ensomhed og social isolation. Samtidig kan tilbuddene fungere som **et rum** for de pårørende **til egen aktivitet**.

Det anbefales derfor, at kommuner har tilbud, som kan aflaste pårørende. Dette øger den pårørendes mulighed for at varetage omsorgsopgaven og øger livskvaliteten ikke alene for den pårørende, men også for borgeren med demens.

Aflastning – kan have en negativ klang, hvem er belastningen og hvem er det en aflastning for? Man kan overveje at ændre ordvalget "midlertidigt ophold".

Afsluttende kommentarer

DASYS byder anbefalinger på demensområdet velkommen og er overbeviste om, at de implementerede anbefalinger vil gøre en forskel for mennesker ramt af demens, når det gælder behandling og pleje på tværs af sektioner, specialer, regioner og kommuner.

Skulle høringssvaret give anledning til spørgsmål står DASYS naturligvis til rådighed for en yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Vi ser frem til det endelige resultat.

Med venlig hilsen
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



Pernille Olsbro
Medlem af bestyrelsen

Sagsnr.
2018 - 5449

Doknr.
620429

Dato
30-10-2018

Hermed bemærkninger fra Børne- og Socialministeriet til "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens":

I afsnit "1.3 Lovgivning" ønskes teksten om serviceloven i første afsnit ændret til følgende: "og dels af serviceloven (SEL), herunder bestemmelserne om omsorgspligt og varetagelse af interesser (§ 82, stk. 1 og § 82, stk. 2) og bestemmelserne om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for alle voksne med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne."

Derudover ses det generelt hensigtsmæssigt at fremhæve forskellige steder i teksten, at anbefalingerne også gælder i relation til mennesker med udviklingshæmning og demens. Det gælder fx afsnit 5.1.1, hvor der evt. kan tilføjes en eftersætning med "Det gælder bl.a. medarbejdere på botilbud for mennesker med udviklingshæmning." I kapitel 8 om opfølgning står der nu nederst under 8.1: "Almen praksis har en særlig opgave i forhold til at have en dialog med borgerens kontaktperson (som udgangspunkt demenskoordinatoren) om opfølgning på indsatser." Her kunne det være fint at nuancere lidt, da det vel ikke som udgangspunkt vil være en demenskoordinator, der er kontaktperson for en borger med udviklingshæmning og demens. Her vil det måske typisk være en ansat på borgerens botilbud, som vil være den kontaktperson, som den praktiserende læge skal koordinere med. Der kunne nok med fordel tilføjes en sætning om dette i afsnittet.

Enhed:
Center for Handicap
og Psykisk Sårbarhed

Sagsnr.:
2018 - 9682

Dato:
~~5. november 2018~~
~~november 2018~~
oktober 2018

Angående høring: *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens*

Socialstyrelsens høringssvar

Sundhedsstyrelsen har anmodet Socialstyrelsen om at afgive høringssvar på *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens*.

Socialstyrelsens høringssvar fremsendes efter aftale til jurakontoret i departementet i Børne- og Socialministeriet, som herefter videregiver svaret til Sundhedsstyrelsen.

De fremsendte anbefalinger omhandler blandt andet organisering og samarbejde, diagnostik og udredning, planlægning, faglige indsatser samt opfølgning i forhold til mennesker med demens

Anbefalingerne er rettet til sundhedsfaglige ledere, administratorer, beslutningstagere og sundhedspersonale, der beskæftiger sig med mennesker med demens i kommunerne, i almen praksis og på sygehusafdelinger.

Socialstyrelsens kommentarer

Socialstyrelsen har følgende generelle kommentarer til anbefalingerne:

- Socialstyrelsen finder, at opbygningen i anbefalingerne generelt er overskuelig og der er en god kronologi i opstillingen af anbefalingerne. De enkelte afsnit er formuleret i et læsevenligt sprog, hvilket vurderes at være af stor betydning, den brede målgruppe for anbefalingerne taget i betragtning. Dog bliver der flere steder anvendt et passivt sprog som med fordel kunne formuleres aktivt.
- Socialstyrelsen finder at baggrund, formål og væsentlige oplysninger er beskrevet på en god måde i den uddybende tekst til de enkelte anbefalinger.
- Der kan med fordel overvejes en større ensartethed i anvendte begreber for de kommunalt ansatte. I Anbefalingerne bruges flere begreber: personale, fagpersoner, social- og sundhedsfaglige medarbejdere, sundhedsprofessionelle og fagprofessionelle.
- Det vil være hensigtsmæssigt, at tydeliggøre hvornår der er tale om fagpersoner med direkte borgerkontakt, for eksempel medarbejderne i hjemmeplejen og på plejecentret, og hvornår der er tale om medarbejdere på forvaltningsniveau.

- Hvor det er relevant, bør betegnelsen socialfaglige medarbejdere tilføjes i de anbefalinger, hvor opgaven også ofte bliver varetaget af denne faggruppe. Det gælder særligt anbefalingerne *Rettidig diagnostik og udredning af demens* samt *Faglige indsatser*, som i høringsversionen beskriver de sundhedsprofessionelles rolle.

Udover generelle kommentarer har Socialstyrelsen følgende konkrete kommentarer:

- Kapitel 4, i afsnittet *Patientforeninger, civilsamfund og øvrige aktører*, kan VISO (Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation) tilføjes. VISO tilbyder rådgivnings- og vejledningsopgaver til kommunerne vedrørende mennesker med demens og BPDS, og er derfor en vigtig samarbejdspartner for kommunerne.
- I afsnit 1.3 *Lovgrundlag* kan der tilføjes henvisninger og link til de enkelte love, herunder Indgreb i selvbestemmelsesretten, bestemmelserne om manglende samtykke, lov om værgemål, aftaleloven og psykiatriloven.
- I afsnittet *Andre sygdomme* under 3.3. *Populationens karakteristika* bør det tilføjes, at Alzheimers sygdom hos mennesker med Down Syndrom kan være vanskelig at opspore og ofte har et hurtigere forløb end hos andre med samme sygdom.
- Det kan overvejes at tilføje i 5. *Rettidig diagnostik og udredning af demens*, at de sundhedsprofessionelle – eller social- og sundhedsprofessionelle – med hyppig kontakt til borgeren, bidrager til udredningen med observationer af ændringer i borgerens tilstand på baggrund af deres kendskab til borgeren.
- I 5.2.1. *Indhold i udredningen* kan det overvejes at tilføje indhentning af oplysninger fra social- og sundhedsfaglige medarbejdere i kommunen, med borgerens samtykke.
- I 6.1.1 *Behovsvurdering* kan det overvejes at tilføje, at vurderingen af hvilke behov, der er brug for, med henblik på at sikre en helhedsorienteret indsats med udgangspunkt i det enkelte menneskes behov, ønsker og levede liv.
- I 6.2.1 *Demenskoordinatorfunktionen* kan det overvejes at omformulere ordlyden i første dot fra at *kunne rådgive og vurdere mennesker med demens* til at *kunne rådgive og vurdere tilstanden og dens betydning for mennesket med demens*
- I 7. *Faglige indsatser* bør det beskrives, hvem der har det overordnede ansvar for de enkelte indsatser. Det kan desuden overvejes at tilføje et afsnit om kompetence i de afsnit, hvor dette ikke er beskrevet i høringsversionen.

- Det kan overvejes at tilføje et afsnit om VISO (Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation) i 7. *Faglige indsatser*. Den vejledning og rådgivning, som VISO tilbyder ift. mennesker med demens og BPSD, indeholder bl.a. observationer af samspillet mellem de fagprofessionelle og borgeren, samt et kompetenceløft ift. faglig viden om for eksempel socialpædagogiske metoder til borgere med demens. VISO's indsats foregår altid i det miljø, hvor borgeren bor, og tager afsæt i de udfordringer, som de fagprofessionelle oplever ift. en konkrete borger, eller et konkret fagligt tema. VISO tilbyder vejledning og rådgivning ift. individuelle borgere og gruppesager om konkrete faglige temaer.
- Der kan tilføjes socialpædagogiske indsatser i overskriften *Psykosociale indsatser* i afsnit 7.2.
- I 7.2.1. *Kognitiv Stimulationsterapi* kan der tilføjes socialfaglig/ socialpædagogisk uddannelse på bachelorniveau på lige fod med sundhedsfaglig uddannelse på bachelorniveau i afsnittet om kompetencer.
- I 7.2.2 *Træning i hverdagsaktiviteter* kan der ligeledes tilføjes socialfaglig/socialpædagogisk uddannelse på bachelorniveau i afsnittet om kompetencer.

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar, Anbefalinger for tværsektorielle forløb mennesker med demens

Sønderborg Kommune takker for muligheden for at indsende høringssvar på denne anbefaling.

Vi takker for et godt og gennearbejdet materiale der giver mulighed for et fagligt velfunderet og ambitiøst samarbejde mellem borger, pårørende og sektorer.

Sønderborg Kommune kan i langt overvejende grad tilslutte sig de udarbejdede anbefalinger. Sønderborg Kommune finder anbefalingerne realistiske og opnåelige.

Sønderborg Kommune har følgende anbefalinger til en præcisering i teksten:

Side 10, afsnit 3.3. Populationens karakteristika, afsnit 2

I kommunerne er der en særlig gruppe borgere der også lider af demens. Denne gruppe er mennesker med en alkohol relateret demens. Gruppen af borgere har særlige behov der adskiller sig fra den øvrige population af mennesker med demens.

Side 11, afsnit 3.3. Andre sygdomme

Sønderborg kommune har et ønske om at der i denne tekst tages stilling til og præciseres forskellen mellem demens og senhjerneskeade.

Side 12 afsnit 4.1.

Der står følgende:

Kommunen bidrager til at der kan ske en rettidig diagnostik, rehabilitering, sygepleje og pleje. Kommunen kan f.eks. tilbyde personlig og praktisk hjælp i hjemmet, socialpædagogisk bistand, rehabilitering eller vedligeholdende træning, hjemmepleje eller plejecenter.

Sønderborg Kommune

Social og Senior

Joan Slaikjer Hansen

Plejecenterchef

Plejecentre og Hjælpemidler
Ellegårdvej 25A
6400 Sønderborg

Telefon

88 72 56 69

E-mail jshs@sonderborg.dk

Kommentar: personlig og praktisk hjælp anses som værende det samme som hjemmehjælp. Begge dele nævnes. Derudover kan der tilføjes: aflastningstilbud som kan være akut, subakut eller planlagt.

Side 16/17, afsnit 5.2.1. Indhold i udredningen, afsnit 6

Vi anbefaler at de sundhedsprofessionelle omkring mennesker der har et aktuelt misbrug af alkohol eller medicin, kan hjælpe disse mennesker med at indgå i et udredningsforløb. Det er sjældent opnåeligt at denne gruppe stopper sit misbrug.

Side 19 afsnit 6.1.1

Der står følgende:

- *Klassifikationssystemet ICF⁴ er et anvendeligt redskab til at opnå en fælles forståelse af borgerens funktionsevne, når forskellige faggrupper samarbejder om personen på tværs af fag og sektorer. ICF kan anvendes i forhold til at vurdere personens funktionsevne, som et samspil mellem helbred og omgivelserne og bidrager til at få et overblik over borgerens hele situation og hverdagsliv.*

Kommentar:

Anvender vi allerede ICF klassifikationssystemet i Sønderborg Kommune? hvis ja/ nej, har vi en holdning til systemet og dets anvendelse?

Side 20 afsnit 6.1.2

Der står følgende:

*Når almen praksis henviser borgeren til en udredningsenhed, er det nødvendigt, at almen praksis orienterer kommunen/borgerens kontaktperson i kommunen herom. **Derudover har kommunerne en særlig opgave i forhold til internt i kommunen at sikre koordination mellem velfærdsområder fx mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet, hvis borgeren er erhvervsaktiv. Samtidig kan mennesker med demens have flere, samtidige helbredsmæssige problemstillinger, som betyder, at de kan modtage flere samtidige indsatser hos forskellige aktører, som bør koordineres.***

Kommentar:

Har vi erfaring med det? har vi en holdning til det? fordele?

Ulemper?

Der står en del omkring beskæftigelsesområdet og de opmærksomhedspunkter snitfladerne her giver.

Side 20-21 afsnit 6.2

Der står følgende:

For at styrke et fagligt miljø om demensindsatsen, anbefales det endvidere, at der etableres systematiske samarbejdsfora mellem kommune, almen praksis og sygehus, som styrker relationsopbygning

og videndeling om demensindsatsen. Forummet kan drøfte organisering, opfølgning og planlægning af sammenhængende patientforløb mellem involverede aktører, herunder anvendelse af data og befolkningsanalyser til at planlægge indsatsen og dimensioneringen heraf.

Kommentar:

Har vi en holdning til det? fordele? Ulemper? Hvis vi syntes det er en fordel, hvem gør så hvad? Der er ikke lagt op til en klar rollefordeling, som vi kan læse andre steder i samme afsnit.

På vegne af Sønderborg Kommune



Joan Sløkjer Hansen
Plejecenterchef



NOTAT

01-11-2018
EMN-2018-00586
1237447
Ann Vilhelmsen

Danske Regioners høringssvar om anbefalingerne for tværsektorielle forløb for mennesker med demens

Sundhedsstyrelsen har den 10. oktober 2018 sendt "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens" i offentlig høring.

Samlet set finder Danske Regioner, at anbefalingerne giver et godt overblik over tværsektorielle og tværfaglige forløb for mennesker med demens, og at anbefalingerne er et godt grundlag for det videre arbejde med de regionale forløbsprogrammer og den tværsektorielle indsats.

Det er positivt, at anbefalingerne klart beskriver ansvarsfordelingen mellem kommune og region og påpeger, at kommunen i videst muligt omfang skal inddrages senest, når der sker henvisning til udredning. Ligeledes er det positivt, der er fokus på vigtigheden af de kommunale tilbud, der retter sig mod borgernes hverdag.

Danske Regioner har følgende bemærkninger til anbefalingerne.

Generelle bemærkninger

- **Anvendelse af begreber** vedrørende mennesker med demens er ikke konsistent. Det kunne være en mulighed, at i lighed med andre rapporter fra Sundhedsstyrelsen om demens konsekvent anvender "mennesker med demens" i hele rapporten.
- **Betegnelsen "tovholder"** bliver anvendt på en anden måde end hidtil i Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogram for kroniske sygdomme, hvilket kan give anledning til forvirring. "Tovholderen" i den generiske model for forløbsprogrammer er en lægefaglig person. Typisk vil demenskoordinatoren udøve forløbskoordination fremfor at have

tovholderrollen. Herudover omtales den praktiserende læge som behandlingsansvarlig læge. Men det er et begreb, der er indført til at beskrive ansvarsfordelingen blandt læger i sygehusvæsenet. Begreberne bør anvendes ensartet og defineres i indledningen til anbefalingerne.

- **Borgere, der ikke selv ønsker at blive udredt**, men hvor kommunen og den praktiserende læge har en stærk mistanke om demens, savner fokus i anbefalingerne. Den enkelte borgers valg kan på senere tidspunkter, hvor adfærdsforstyrrelserne tager til, medføre nogle uhensigtsmæssige forløb. Det er muligvis denne gruppe borgere, der henvises til i afsnit 5.2.1, hvor der står, at det for nogle patienter vil være hensigtsmæssigt at blive udredt i almen praksis. I givet fald bør det præciseres.
- **Lægens rolle i opfølgningen i forhold til tilstødende sygdom** i det videre forløb kan der med fordel være mere fokus på. Det vil også være hensigtsmæssigt, hvis det står mere tydeligt, at der løbende under sygdomsforløbet er brug for en **behovsvurdering**. Ellers har anbefalingerne overvejende fokus på rettidig diagnostik og den tidlige opsporing.
- **Medicinsk behandling** nævnes flere steder i rapporten som synonymt med antidemens medicin. Det foreslås, at man skriver antidemens medicin, hvor det er det, der menes.
- **Behovet for proaktiv opfølgning** kan med fordel fremhæves (udover formulering i afsnit 8.1.1., hvor det er formuleret, at den praktiserende læge bør initiere kontakten til borgeren). Den proaktive opfølgning indebærer, at patienten ikke blot selv skal henvende sig ved behov, men at der aktivt tages kontakt. Det gælder både med hensyn til den lægelige opfølgning og demenskoordinatorens rolle.
- **Hvem der har ansvaret for hvilke dele af opfølgningen**, skal være tydeligt i de regionale programmer. Det vil være hensigtsmæssigt, hvis det fremgår af anbefalingerne.

Specifikke bemærkninger til de enkelte kapitler

Bemærkninger til kapitel 2 (Sammenfatning af anbefalinger)

- Afsnit 2.2, bullet 4: I henhold til NKR for diagnostik af MCI og demens fremgår det som en stærk anbefaling, at der anvendes strukturel scanning af hjernen i forbindelse med basal udredning for MCI eller demens. Derfor forekommer det mangelfuldt, at den indledende vurdering og

udredning i almen praksis ikke inddrager strukturel scanning af hjernen, såfremt diagnosen stilles i almen praksis.

- Afsnit 2.3, bullet 2 lyder "Det samlede forløb for mennesker med demens planlægges i samarbejde med pårørende ud fra det enkelte menneskes mål, behov og ressourcer". Det kan overvejes at supplere med "såfremt der er samtykke hertil".
- Afsnit 2.3, bullet 6 lyder "Når borgere med demens udskrives fra sygehus, overdrager sygehuset hurtigst muligt tovholderrollen for borgerens forløb til kommune...". Borgerne er ikke indlagt på sygehuset, hvorfor det foreslås, at formuleringen rettes til: "når borgere med demens afslutter sit udredningsforløb, overdrager sygehuset...". Herudover vil sygehuslægen typisk sende en epikrise til egen læge, men ikke til kommunen. Fra sygehusene mener man ikke, at det er realistisk at forvente, at en patientansvarlig læge skal tage personlig kontakt til en demenskoordinator, som ikke nødvendigvis er en autoriseret sundhedsperson.
- Afsnit 2.3, bullet 6: Der er også her noget forvirring omkring anvendelse af begreberne patientansvarlig læge, tovholder, behandlingsansvarlig og forløbskoordination.
- Afsnit 2.4, bullet 3 lyder "Der udarbejdes en plan for opfølgning på medicin, så effekten af medicinen og eventuelle bivirkninger følges regelmæssigt med justering af dosis ved behov. Opfølgningen bør ske minimum en gang årligt." Er her kun tale om demensmedicin eller medicin generelt? Det vil være en fordel at få præciseret. Hvis der kun er tale om demensmedicin, ligger ansvaret umiddelbart hos den læge, der varetager årskontroller, hvilket ofte er i almen praksis, men også kan være en hospitalslæge.

Bemærkninger til kapitel 4 (Organisering)

- Anbefalingen først i kapitlet forekommer ikke dækkende for selve indholdet i kapitlet.
- Der, hvor anbefalingerne henviser til indhold i udredningen, bør der også henvises til NKR for diagnostik af MCI og demens.
- Afsnit 4.1:

Kommuner: "Rehabilitering" bør erstattes af "psykosocial indsats", som også omfatter rehabilitering.

Almen praksis: Her står bl.a., at den praktiserende læge er behandlingsansvarlig læge. Men det vil måske være mere hensigtsmæssigt at anvende tovholderbegrebet.

Regioner: Det bør tilføjes, at sygehuset i særlige tilfælde kan varetage opfølgningen. Og der er ingen specialfunktioner for demens i geriatri. Til gengæld foreslås det, at regionernes specialiserede socialområde også nævnes. Regionerne kan bl.a. varetage driften af botilbud og tilbyde psykosocial udredning, supervision og undervisning af personale, som arbejder med mennesker med demens.

Bemærkninger til kapitel 5 (Rettidig diagnostik og udredning af demens)

- Afsnit 5.1 (sidste delafsnit): Det anbefales, at enhver henvendelse til sundhedsvæsenet om mulig kognitiv svækkelse fører til vurdering af behov for udredning. Formuleringen fra anbefaling 3 i kapitel 5 kan evt. anvendes, "Henvendelse til sundhedsvæsenet om mulig kognitiv svækkelse fører til en vurdering af behovet for udredning".
- Afsnit 5.1: Heri står bl.a. "Diagnosetidspunktet synes dog ikke i sig selv at have indflydelse på det efterfølgende progressionstempo for demens". Det er vigtigt at pointere i teksten, at tidlig opsporing giver en god mulighed for at afklare demenstypen. Jo senere i forløbet demensudredning bliver foretaget, jo sværere er det at stille en specifik demensdiagnose og dermed iværksætte evt. behandling.
- Afsnit 5.1: Heraf fremgår også "Rettidig diagnostik af demens er en forudsætning for, at personer med demens og deres pårørende kan modtage relevant behandling, støtte og rådgivning". Det eneste i denne sætning, som er helt og aldeles afhængig af udredning, er den egentlige medicinske behandling. Støtte og rådgivning er som sådan uafhængige af udredning. De bør være styret af den enkelte borgers behov, som desuden kan være nemmere at gennemskue end en specifik diagnose.
- Afsnit 5.1.3: Det bør evt. fremgå, at en ikke ubetydelig andel af henviste patienter til de ambulante ældrepsykiatriske afsnit har en uopdaget demenssygdom. Eksempelvis er den nuværende praksis i Region Hovedstaden, at det ambulante ældrepsykiatriske afsnit bestiller demensblodprøver og CTC, samt foretager en kognitiv test og henviser til Hukommelsesklinikken.
- Afsnit 5.1.3: Heri står der bl.a. "Såfremt udskrivende læge finder det relevant, at patienten bliver fulgt op ved egen læge efter udskrivelsen, bør lægen sende en henvisning til den praktiserende læge med henblik på

vurdering af den kognitive funktion...". Lægen på hospitalet sender ikke en henvisning, men en fyldestgørende epikrise til egen læge, samt sikrer, at f.eks. også pårørende og hjemmepleje modtager information om, at hjælpe patienten til at bestille tid hos egen læge efter udskrivelsen. Det er bl.a. her, at den proaktive reaktion fra egen læge er relevant. Det betyder konkret, at den praktiserende læge indkalder til kontrol fremfor, at patienten selv skal bestille tid.

- Afsnit 5.2: Alkoholisme bør fremgå som årsag til demens.
- Afsnit 5.2: Det foreslås at erstatte udtrykket "reversible" årsager med et andet dansk ord.
- Afsnit 5.2.1: Under beskrivelsen af udredningens omfang foreslås det at tilføje "systematisk vurdering af praktisk funktionsevne i hverdagen".
- Afsnit 5.2.1: Det foreslås at supplere tredjesidste afsnit med i hvilke tilfælde, det kan være hensigtsmæssigt, at den praktiserende læge færdigudreder. Det kan fx være ved demens i svær grad (ved første kontakt), en uhelbredelig somatisk lidelse i et terminalt stadie, eller hvis patienten ikke vil samarbejde omkring CT/MRC eller blodprøver, hvorved man ikke kan tage stilling til en specifik demensdiagnose.
- Afsnit 5.2.1: Det foreslås, at afsnittet henviser til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af tværfaglige demensudredningsenheder samt ny NKR for diagnostisk af MCI og demens.
- Afsnit 5.2.1: Danske Regioner noterer, at den kommende NKR ikke lægger op til mere brug af MR. Det er af den grund også vigtigt, at anbefalingerne henviser til retningslinjen, og at den følges, således at anbefalingerne ikke afstedkommer unødvendige scanninger, der kan tage resourcer fra andre former for udredning.

Bemærkninger til kapitel 6 (Koordination og samarbejde)

- 6. anbefaling: Udredningen sker ambulant, hvorfor der bør stå "afsluttes" og ikke "udskrives". Herudover er der begrebsforvirring omkring tovholder, patientansvarlig, behandlingsansvarlig læge og forløbskoordinator. Typisk vil demenskoordinator være forløbskoordinator og ikke tovholder, mens egen læge eller hospitalslæge vil være tovholder.
- Afsnit 6.1.2: Det foreslås at tilføje almen praksis i følgende sætning: "det anbefales derfor, at regioner og kommuner [og almen praksis] aktivt inddrager borgeren...".

- Afsnit 6.1.2 (sidste delafsnit): Almen praksis kan kun orientere kommunen, hvis borgeren er kendt af kommunen, og/eller hvis der er samtykke.
- Afsnit 6.2: Heri står bl.a. "For at styrke et fagligt miljø om demensindsatsen, anbefales det endvidere, at der etableres systematiske samarbejdsfora mellem kommune, almen praksis og sygehus, som styrker relationsopbygning og videndeling om demensindsatsen." På hvilket niveau forestiller Sundhedsstyrelsen sig, at disse samarbejdsfora etableres, fx lokalt omkring det enkelte hospital eller på tværs af hele regionen?
- Afsnit 6.2 (sidste delafsnit): Her er der igen begrebsforvirring vedrørende tovholderrollen, som ikke kan overdrages til kommunen, idet tovholderen ifølge den generiske model for forløbsprogrammer typisk vil være lægefaglig.
- Afsnit 6.2.1: Det foreslås at tilføje følgende til demenskoordinatorfunktionen: "Hjælp til udarbejdelse af non-farmakologiske tiltag mod BPSD symptomer på plejehjemmene/i hjemmeplejen samt vidensdeling i forhold til dette".
- Afsnit 6.2.1, bullet 5 (side 21): Almen praksis skal også tage sig at andre helbreds-mæssige problemer.

Bemærkninger til kapitel 7 (Faglige indsatser)

- Afsnit 7.1.2: I afsnittet om medicin bør der også stå, at lægen både skal vurdere, om der gives unødvendig eller uhensigtsmæssig medicin, og også om der omvendt er tilstande, der er overset og bør behandles.
- Afsnit 7.1.2, delafsnit om adfærdsmæssige og psykiske symptomer (BPSD): Afsnittet forekommer at handle alene om egentlige adfærdsforstyrrelser og ikke om andre psykiske symptomer. Det kan overvejes at henvise til NKR om demens og medicin.
- Afsnit 7.1.2, delafsnit om BPSD: Der er enighed om, at man skal sikre et godt miljø og en god tilgang til mennesket med demens, men medicin kan være nødvendigt til behandling af adfærdsforstyrrelser. Afsnittet synes at være for generaliserende, hvad angår anvendelsen af psykofarmaka hos mennesker med demens, og der kan være risiko for at afsnittet opfordrer til underbehandling af BPSD.

- Afsnit 7.1.2, delafsnit om BPSD: Der kunne med fordel være en henvisning til relevant medicinsk behandling af mennesker med demens med adfærdsforstyrrelser. Alternativt foreslås det, at afsnittet gennemgås mere grundigt, og at anbefalingerne enten skal være meget mere overordnede og henvise til andre dokumenter såsom NKR eller indeholde anbefalinger for hver af de forskellige typer af psykiske og adfærdsmæssige symptomer.
- Afsnit 7.1.2, delafsnit om BPSD: Det bør tilføjes, at det også er vigtigt at undersøge i forhold til bivirkninger til medicin, hvilket en gang imellem kan forveksles med BPSD.
- Afsnit 7.1.3, delafsnit om kompetencer: I afsnittet er der fokus på, at personalet bør have de tilstrækkelige professionelle kompetencer. Kommunerne har i øjeblikket megen fokus på faglig oprustning af personalet indenfor demensområdet. Det, der ikke er tildelt nok opmærksomhed er, at der også skal være tid til at løse opgaven. Det mangler der fokus på i anbefalingen, og her kunne man godt ønske sig, at der var mod til at være lidt mere ambitiøse.
- Afsnit 7.2.1 bør tydeligere skelne mellem begreberne ”kognitiv stimulationsterapi” og ”kognitiv træning”.
- Afsnit 7.2.3 bør have fokus på, at hjælpemidler, herunder i særdeleshed de teknologiske, skal implementeres så tidligt, at den demensramte kan lære at gøre brug af dem. En demensvenlig telefon skal i anvendelse før den demensramte er ophørt med at anvende telefon osv.
- Afsnit 7.2.4 beskriver behovet for varierede aktivitetstilbud til demensramte med henblik på at bevare flest mulige kompetencer samt livskvalitet længst muligt. Der mangler dog overvejelser om, at en hel særlig udfordring ligger hos yngre og højtuddannede demensramte, som har svært ved at finde relevante/interessante dagtilbud. Kommunerne kan have svært ved at sætte tilbud op, fordi gruppen er for lille. Det ville være en styrke, hvis anbefalingen forholdte sig til dette. En mulighed er fx at samarbejde på tværs af kommuner om relevante tilbud.

Bemærkninger til kapitel 8 (Opfølgning)

- Afsnit 8.1.1 Det foreslås at ændre den første sætning til ”Når demensdiagnosen er stillet, og såfremt opfølgning ikke varetages i udredningsenheden, sker den videre opfølgning i almen praksis”.

- Afsnit 8.1.1, bullet 4: Det foreslås, at anbefalingerne ikke udelukker andre redskaber/tests til kognitiv vurdering, idet der er forskellige alternativer til MMSE, fx MoCA, RUDAS og udvikling af et nyt testværktøj i forbindelse med initiativ 1 i den Nationale demenshandlingsplan 2025.
- Afsnit 8.1.3: Her står, at "en mindre andel" af personer med MCI vil udvikle demens. Forskning tyder dog på, at ca. halvdelen vil udvikle demens, hvis de følges i 4-5 år. Det foreslås derfor at ændre formuleringen til "Blandt disse vil flertallet over en årrække udvikle demens".
- Afsnit 8.1.3: Sætningen "Efter afsluttet demensudredning i regional demensudredningsenhed vurderes patientens behov for opfølgning og der foretages..." mangler en afslutning.
- Afsnit 8.2, sidste sætning lyder "Der bør også være mulighed for at korrespondere elektronisk med demensenheden." Det kan evt. præciseres, at korrespondancen skal foregå via gældende MEDCOM-standarder.

Organisering af demensudredningen

I afsnit 4.1 beskrives opgave- og ansvarsfordelingen mellem almen praksis og sygehusenes tværfaglige udredningsenheder. Heraf fremgår, at almen praksis varetager den indledende udredning og eventuel diagnostik, og at udredningsenhederne varetager den videre udredning med henblik på diagnostik.

Danske Regioner bakker op om denne opgave- og ansvarsfordeling, men vil samtidig påpege, at der inden for anbefalingerne skal være plads til, at den indledende demensudredning i primærsektoren kan foregå i et samarbejde mellem den praktiserende læge og en kommunalt ansat demenssygeplejerske. Denne organisering anvendes i Region Nordjylland, hvor der er indgået en samarbejdsaftale med kommunerne og de praktiserende læger. Det bør derfor fremgå af anbefalingerne, at de også kan rumme en sådan organisering, og at de skal ses som et supplement til de eksisterende samarbejdsaftaler og være med til at sikre endnu bedre patientforløb og sektorovergange

Organiseringen opleves i Region Nordjylland som velfungerende, og som værende med til at sikre sammenhængende og gode forløb for borgere med demens og deres pårørende. I de øvrige regioner varetages størstedelen af udredningen ved regionernes udrednings- og behandlingsenheder.

Økonomi

Danske Regioner tager forbehold for de økonomiske konsekvenser af anbefalingerne.

Med venlig hilsen

Ann Vilhelmsen
Seniorkonsulent
Danske Regioner