



Forslag til demensplan 2013

Departementet for Sundhed og Infrastruktur, EM 2013



Indhold

Forslag til Demensplan 2013	3
Forord	3
1. Indledning	4
2. Formål	4
3. Målsætninger for demensplanen	4
4. Indsatsområde 1: Sundhedsvæsenet	6
4.1 Diagnosticering	6
4.2 Fremtidige krav til udredningskapaciteten	7
4.3 Udredningsforløbet	7
4.4 Udredningsprogrammet	8
4.5 Udredning på Dronning Ingrid's Hospital	9
4.6 Monitorering	9
4.7 Tidsplan for indsatsområde 1	10
5. Indsatsområde 2: Kommunal regi	10
5.1 Aktivitet, boliger og dagligdagen med demens	10
5.2 Demenskoordinatorer, demensassistenter, og demenshjælpere	11
5.3 Andre vigtige ressourcepersoner i det kommunale regi	12
5.4 Boformer og hverdagen med demens	13
5.5 Opdatering af de fysiske rammer	14
5.6 Tidsplan for indsatsområde 2	15
6. Indsatsområde 3: Den tværfaglige indsats	15
6.1 Tidsplan for det tværfaglige samarbejde:	17
7. Indsatsområde 4:	17
7.1 Pårørende-samarbejde, samt oplysning til befolkningen	17
7.2 Tidsplanen for pårørende-samarbejdet:	18
8. Indsatsområde 5: Uddannelsesmæssige tiltag	18
8.1 Muligheder for uddannelse, efteruddannelse, samt kurser:	19
8.2 Demenskoordinator-uddannelsen: For kommunalt ansatte sygeplejersker:	19
8.3 Specialiseringer for sundhedsassistenter: For kommuner såvel som sundhedsvæsen	19
8.4 Efteruddannelse for Sundhedshjælpere: Basal pleje til ældre på plejehjem og alderdomshjem	19
8.5 Andre relevante faggrupper:	19

8.6 Tidsplan for uddannelsesområdet	20
9. Indsatsområde 6: Kvalitetsudvikling, samt kvalitetssikring indenfor Demensområdet.....	20
9.1 Sundhedsvæsenet.....	20
9.2 Tidsplan for journal-audit:	21
9.3 Det kommunale regi	21
9.4 Tidsplan for kvalitetssikring i kommunen	21
10. Indsatsområde 7: Forebyggelse og information	21
10.1 Forebyggende indsats mod demens.....	23
10.2 Tidsplan for information og forebyggelse.....	24
11. Økonomiske og administrative konsekvenser for Demensplanen.....	24
11.1.	24
11.2. Uddannelse	25
11.3. Det kommunale område.....	26
11.3.1. Anlægsbyggerier	26
11.3.2. Forebyggende hjemmebesøg	26
11.3.3. Hjælpe midler	26
12. Øvrige tiltag med betydning for Demensområdet i Grønland	26
12.1 Tidplan for arbejdet med lovgivningen:.....	26
13. Fremtidige perspektiver for Demensplanen	27

Forslag til Demensplan 2013

Forord

Som Naalakkersuisoq for Sundhed og Infrastruktur er jeg glad for at kunne præsentere Demensplanen 2013, som indeholder planer for en række indsatsområder som skal være med til at løfte demensområdet i Grønland. Demensplanen skal ses som et selvstændigt tiltag der retter sig mod at løfte demensområdet, men også som et element, som hører ind under den overordnede Ældrestrategi, udarbejdet i efteråret 2012.

Demens er en samlebetegnelse for en lang række sygdomme, der alle er karakteriseret ved at indebære en svækkelse af hjernens funktioner. I folkemunde kaldes demens” de pårørendes sygdom”, som refererer til at der er mærkbare konsekvenser for hele familien. Sygdommen har et fremadskridende forløb, hvor der sker en gradvis forværring på det personlige og sociale liv.

Som det fremgår af den korte beskrivelse skaber demens en lang række problemstillinger og udfordringer for den demensramte og de pårørende i deres hverdagsliv og livsførelse. Det stiller særlige krav til den indsats der ydes både fra sundhedsvæsenet og kommunen, og stiller krav til samarbejdet på det tværfaglige og tværsektorielle niveau.

Med nærværende Demensplan er det Naalakkersuisuts ønske at sikre de demente og deres pårørende et veltilrettelagt sygdomsforløb med en bedre koordinering og samarbejde fra det offentlige end tidligere. Demensredegørelsen udarbejdet i 2010 pegede på en række anbefalinger, som trængte til et løft. Det vil Naalakkersuisut gerne medvirke til at sikre, hvorfor der hermed opfordres til at vi sammen viser ansvarlighed for at gøre hverdagen meningsfuld og værdifuld for de der har demenssygdommen tæt på livet. Vi har brug for alle indsatser, både fra det offentlige men også fra de stigende frivillige organisationer som opstår indenfor demensområdet.

Steen Lyng

Naalakkersuisoq for Sundhed og Infrastruktur

1. Indledning

Inatsisartut vedtog på Efterårssamlingen i 2010 - under behandling af punkt EM 2010/ 30, den 10. november at:

”Naalakkersuisut senest til FM 2012 pålægges at fremlægge en demensredegørelse for Inatsisartut, der senest til FM 2013 skal fremlægges som en samlet og langsigtet demensplan.”

Demensredegørelsen, som pegede på en række anbefalinger, blev fremlagt for Inatsisartut i foråret 2012. Anbefalingerne kræver tværfaglig og tværsektoriel indsats og samarbejde, og dette forslag til Demensplan 2013 udgør arbejdsredskabet. Demens rammer mindst to eller flere hjernefunktioner, hvoraf de væsentligste er: hukommelse, koncentrationsevne, analyse, overblik, planlægning, strukturering, problemløsning, initiativ, beslutningsevne, dømmekraft, situationsfornemmelse, impulshæmning, social kompetence, sprog, læse- og skriveevne, regneevne, ansigtsgenkendelse, rumlig og geografisk orientering, praktiske færdigheder. Udover det kan der forekomme ændringer i personlighed, adfærd og følelsesliv¹.

Fra i dag og frem til 2040 forventes antallet af 65-79 årige i Grønland at blive fordoblet, og antallet af personer over 80 år forventes at blive firdoblet. Denne udvikling betyder, at antallet af demensramte, vil blive flere, i det alder udgør den største risikofaktor for udvikling af demens. Demensredegørelsen har peget på, at der vil blive diagnosticeret et sted mellem 40-80 borgere med demens årligt. Dette betyder, at der regnes med at der vil blive diagnosticeret minimum 1 patient med demens hver uge i hele Grønland.

Derfor vil sygdommen demens skabe særlige udfordringer i fremtiden, dels med krav om øget efterspørgsel fra de offentlige ydelser, men også med krav om veltilrettelagte forløb der giver demensramte og deres pårørende en mulighed for at være på forkant med udviklingen af sygdommen. Den er skrevet velvidende at der regionalt er forskel på uddannelsesniveau, samt forskel i demografiske udfordringer og normeringer i de forskellige steder.

2. Formål

Formålet med Demensplanen er, at skabe synlighed og gennemskuelig på demensområdet for de involverede samt med det formål at sikre kvalitetsudvikling til gavn for demensramte og deres pårørende.

3. Målsætninger for demensplanen

Demensplanen danner redskabet for en koordineret og samlet indsats for de ramte familier i Grønland med særlig fokus på at skabe strukturerede og sammenhængende forløb for demensramte.

I forbindelse med udarbejdelsen af både Demensredegørelsen, samt Demensplanen har der været nedsat en række faglige arbejdsgrupper. Følgende skulle opfyldes:

¹ Demensredegørelsen 2012, Departementet for Sundhed

1. En samlet og langsigtet demensplan.
2. En økonomisk understøttelse heraf.
 - a. Demensplanen skal redegøre for de økonomiske og administrative konsekvenser forbundet med planen.
3. Omfanget og udbredelsen af demens i befolkningen - dette på kort og lang sigt.
 - a. Demensplanen skal være baseret på og tilpasset den faktiske viden.
 - b. Der skal indgå statistik om udbredelsen af demens hos den grønlandske befolkning.
4. Demensplanen skal indeholde konkrete tiltag for at oplyse og informere om demens til den grønlandske befolkning, herunder i sundheds og socialektoren, samt pårørende.
 - a. En egentlig informationskampagne skal i den forbindelse overvejes.
5. Demensplanen skal indeholde forslag til forebyggende tiltag mod demens.
6. Demensplanen skal indeholde forslag til hvorledes man sikrer systematisering og koordinerer udredningen og diagnosticeringen af demente.
7. Demensplanen skal behandle, hvordan selvstyret styrker og fastholder vidensopbygning om demens hos befolkningen.
8. Demensplanen skal fremsætte begrundede anlægsforslag til, hvorledes der eventuelt kan oprettes særlige institutioner for demente eller ske udbygning af eller opførelse af særlige demensafsnit (skærmede enheder) ved de eksisterende institutioner.
 - a. Demensplanen skal i det hele taget fremme langsigtede forslag til en opdatering af de fysiske rammer for håndtering og pleje af demente.
9. Demensplanen skal koordineres med kendte social- og sundhedspolitiske indsatser og tiltag i Selvstyret.
10. Demensplanen skal fremkomme med forslag til, hvorledes der i tilpasset omfang kan gennemføres strukturerede kompetenceudviklende tiltag og egentlig efteruddannelsesforløb for ansatte i social- og sundhedssektoren.
11. Demensplanen skal indeholde planer om familierådgivning for og støtte til og særlig oplysning om demens til pårørende til demente.
12. Demensplanen skal indeholde en langsigtet strategi og et prioriteret handlingsprogram for demens mht. udredning, behandling, organisering og bygningsmæssigt.
13. Demensplanen - indeholdende indstillinger - skal efterfølgende fremlægges til behandling og godkendelse i Inatsisartut.

Opbygningen af Demensplanen er følgende:

- Indsatsområde 1: Sundhedsvæsenet
- Indsatsområde 2: Det kommunale regi
- Indsatsområde 3: Den tværfaglige indsats
- Indsatsområde 4: Pårørende-samarbejde
- Indsatsområde 5: Uddannelsesmæssige tiltag
- Indsatsområde 6: Kvalitetssikring og udvikling indenfor Demensområdet
- Indsatsområde 7: Forebyggelse og information
- Økonomiske og administrative konsekvenser for arbejdet med Demensplanen beskrives.
- Kort beskrivelse af øvrige tiltag med betydning for demensområdet i Grønland
- Afsluttende bemærkninger om fremtidige perspektiver for Demensplanen som det sidste.

4. Indsatsområde 1: Sundhedsvæsenet

4.1 Diagnosticering

Demensudredningen foregår lokalt i regionerne/sundhedscentre eller på medicinsk område på Dronning Ingrid's Hospital. For at gøre det ensartet over hele Grønland er der konsensus om, at følge WHO's kriterier for en demensdiagnose², ICD-10:

- Svækkelse af hukommelse, især for nyere data
- Svækkelse af andre kognitive funktioner
- Bevaret bevidsthedsklarhed i et omfang tilstrækkelig til at bedømme de to forrige
- Svækkelse af emotionel kontrol, motivation eller social adfærd med mindst et af følgende:
 - Emotionel labilitet
 - Irritabilitet
 - Apati
 - Forgrovet social adfærd
- Varighed mindst 6 måneder.

Derudover anvendes inddelingen af sværhedsgraden:

- **Let demens:** Patienten er mærkbart (også for andre) påvirket, men kan stadig klare sig selv.
- **Middelsvær demens:** Patienten kan ikke længere klare sig uden hjælp, men det er stadig forsvaret at lade patienten være alene i længere tidsrum dagligt.
- **Svær demens:** Patienten har brug for omfattende hjælp og kan ikke forsvaret lades alene i selv korte tidsrum.

I Demensredegørelsen fremgik det, at antallet af demente personer for nuværende udgjorde 254 i Grønland. Dette tal er udelukkende et skøn, da det er personer med tilknytning til det offentlige og som er fundet via kommunale medarbejdere. Langt fra alle tilfælde er diagnosticerede ved en lægelig undersøgelse, og der kan være flere ikke-diagnosticerede.

² Servicestyrelsen, Håndbog om demens, 2008

4.2 Fremtidige krav til udredningskapaciteten

På baggrund af data fra Grønlands Statistisk og befolkningsfremskrivningen kan antallet af personer med demens vurderes skønsmæssigt fremover. Fremskrivningen tager udgangspunkt i Nationalt Videnscenter for Demens Årsberetning 2009. Nedenstående tabel 2 viser udviklingen af personer med demens i 2010, og de følgende tre årtier frem til 2040.

Tabel 2: antallet af personer med demens i Grønland for hvert årti frem til 2040

Prævalens	2010		2020	2030	2040	
	%	Antal	Antal	Antal	Antal	
Aldersgruppe	Mænd	Kvinder				
60 – 64	0,2	0,9	12	17	20	13
65 – 69	1,8	1,4	27	35	53	34
70 – 74	3,2	3,8	34	44	74	90
75 – 79	7,0	7,6	48	67	85	143
80 – 84	14,5	16,4	51	63	86	157
85 – 89	20,9	28,5	19	42	65	93
90 – 94	29,2	44,4	10	18	24	36
95 – 99	32,4	48,8	3	3	6	16
100 +	32,4	48,8	0	2	5	11
I alt med demens			204	291	418	593

Det fremgår af skema 2, at antallet af demente vil stige støt over en årrække. I denne sammenhæng udgør sundhedsvæsenet en vigtig aktør, da en specifik diagnose kan være vigtig for den rette pleje og behandling fremover. Men samtidig stiller det krav om større udredningskapacitet i fremtiden.

Der er behov for årlig opgørelse af nytilkomne personer med demens og sundhedsvæsenet er ansvarlige for denne del af demensområdet.

4.3 Udredningsforløbet

Udredningsforløbet udgøres af den tid og ressourcer, som sundhedsvæsenet anvender på at diagnosticere patienterne med demens. Ifølge Demensredegørelsen er der behov for systematiske udredningsforløb, og behov for klare retningslinjer i demensområdet. Det bør være et mål for indsatsen at patienter og pårørende modtager individuel tilpassede forløb, samtidig med at man sikrer systematiske udredningsforløb og opfølgning for alle patienter.

Ansvar for udredningen ligger hos ledende regionslæger i regionspsykiatriske og sundhedscentre, og på medicinsk område i Dronning Ingrid's Hospital. Ved udredningsforløbene kan psykiatrisk afdeling inddrages, såfremt der foreligger en særlig indikation. Indikationen kan være at der er mis-

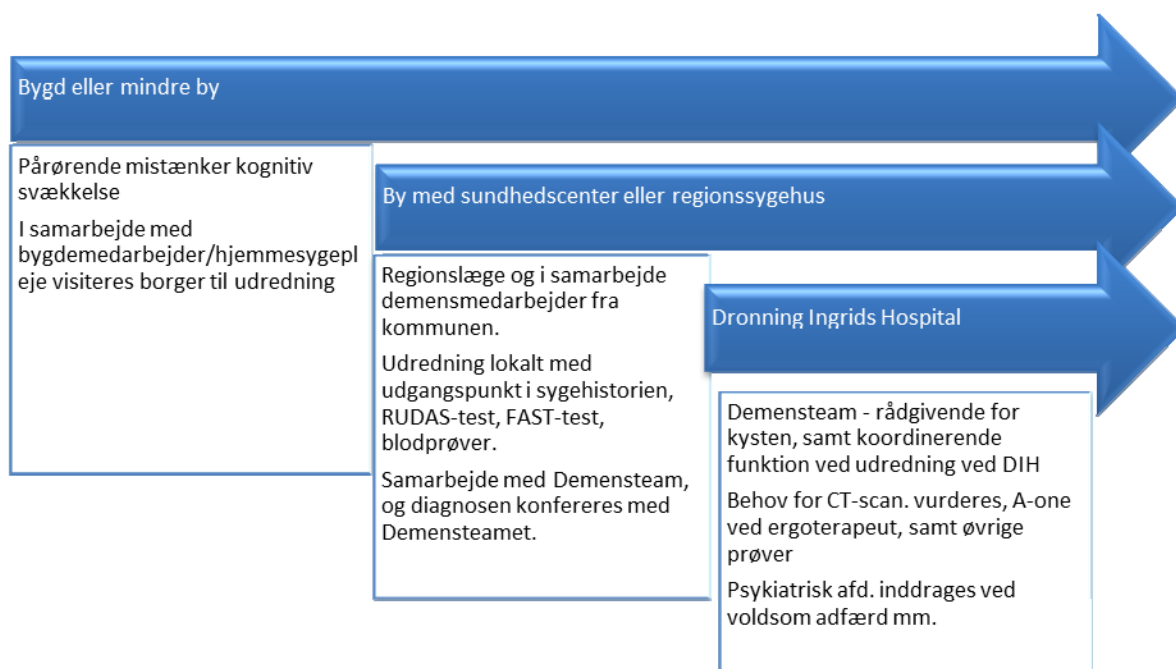
tanke om pseudodemens eller udadreagerende adfærd. Derfor er der behov for at strukturere udredningsforløbene. Således foreslår arbejdsgruppen at Dronning Ingrid's Hospital opretter et "Demenssteam".

"Demenssteamet" er et team bestående af fagpersoner, som udvælges af sundhedsvæsenet. Teamet er fagligt ansvarlige for udredningsforløbene på Grønland, og i samarbejde med regionsygehusene og sundhedscentrene vurderer og koordinerer udredningsforløb.

Det tilstræbes, at demensramte så vidt muligt er i nærmiljøet. Og kun i tilfælde, hvor der er mistanke om en anden årsag end den dementielle tilstand, visiteres videre til Dronning Ingrid's Hospital, og altid efter aftale med Demenssteamet.

Som udgangspunkt visiteres alle patienter til medicinsk afdeling, som vurderer om psykiatrisk område skal involveres. Figur 1 viser et flowdiagram over patientforløb.

Figur 1: Flowdiagram over patientforløb



Figuren viser, at det tilstræbes at udredningen foregår i det nærmeste regionsygehus eller sundhedscenter. Demenssteamet på DIH fungerer som den rådgivende og koordinerende enhed, udover at have patienter fra Nuuk og omegn til udredning.

4.4 Udredningsprogrammet

De diagnostiske redskaber udgøres af "Demenspakken", hvor sygehistorien udgør det vigtigste element i udredningen. Ellers består "Pakken" af en række undersøgelser, bestående af kliniske undersøgelser, og blodprøver.

Der er konsensus om at FAST og RUDAS-tests udgør de diagnostiske tests i Grønland. FAST-testen er en meget hurtig test til vurdering af sværhedsgrad ved især svær og meget svær demens. Den kan gennemføres af den faste plejeperson på under et halvt minut, uden at patienten behøver at medvirke. Testen bør hænge som lamineret ark på et hvert plejehjem eller skærmet enhed, og anvendes også som test til monitorering af demenssygdommen.

RUDAS-testen anvendes som erstatning for den tidligere MMSE-test, og bygger også på et pointsystem. Den har 30 mulige point, men er mere velegnet i tilfælde hvor der kan være forskelle i kultur, etnicitet og uddannelse. Den er let at bruge, og tager samme tid som den tidligere MMSE-test. Hvis der er en ergoterapeut udføres også A-one.

Sundhedsvæsenet anvender fælles anamneseskema til at afdække sygehistorien. Fælles anamneseskema anvendes på hele Grønland (Se bilag 2). FAST-test og RUDAS-test anvendes som standard ved udredning og monitorering.

Anamneseskemaet udgør en meget vigtig del af demensudredningen og udfyldes i samarbejde med den nærmeste demensmedarbejder/koordinator/hjemmesygeplejerske ved regionssygehuset. Det er vigtigt at der bliver sat fokus på, at udredningen bliver udført ensartet, og at der sættes fokus på at få udarbejdet kliniske retningslinjer og instrukser på de enkelte regionssygehuse, samt Dronning Ingrid's Hospital.

4.5 Udredning på Dronning Ingrid's Hospital

Ved udredning på Dronning Ingrid's Hospital er der mulighed for, at anvende CT-scanning. Det anvendes i tilfælde hvor man mistænker en anden årsag for den dementielle tilstand. Derfor indgår CT-scanning ikke som en standard-undersøgelse ved demensudredningen i Grønland, men kan indgå som supplement. Det er vurderingen, at hvis man har en god sygehistorie, herunder god klinisk undersøgelse, samt demensblodprøver får man hos de fleste patienter ved at foretage en CT-scanning ikke noget væsentligt at vide, som man ikke vidste i forvejen gennem sygehistorien. Det er vigtigt at der ved henvisning og planlægning af et indlæggelsesforløb bestræber sig på at skabe så korte ophold som muligt af hensyn til den demensramte.

MR-scanneren som er kommet i brug efteråret 2012 vil blive anvendt hos nogle få patienter, fortrinsvist dem hvor der er mistanke om Binswangers demens. Her er der behov for en bedre billeddiagnostik til en klinisk sikring af diagnosen.

4.6 Monitorering

Monitorering af et demensforløb i tiden efter diagnose bør ske med jævne mellemrum, her er den ledende regionslæge ansvarlig for opfølgning efter at diagnosen er stillet, og evt. medicinsk behandling er igangsat. Såfremt der er behov kan Demensteamet på Dronning Ingrid's Hospital kontaktes.

RUDAS-testen³ anvendes som test til opfølgning, og for at monitorere sygdomsforløbet. Testen udføres ved diagnosetidspunktet, 3 mdr. efter, og 6 mdr. efter, og 1 år efter. Herved skabes mulighed

³ RUDAS- The Rowland universal Dementia Assessment Scale, a multicultural cognitive assessment scale, Storey, Rowland, Basic Conferti & Dickson, 2004

for at følge sygdomsforløbet, og løbende vurdere nye tiltag. Arbejdsgruppen anbefaler, at der benyttes eksisterende teknisk udstyr (EPJ) til monitorering af demens.

Ved opstart af medicinsk behandling bør der være en almindelig klinisk samtale med den demensramte og med pårørende eller plejepersonale om, hvordan det går i tiden efter diagnosen. Her skal det vurderes hvilke problemer der er, effekt af medicin, samt evt. bivirkninger. Ingen demensmidler er kurerende, sygdomsstandsede eller i stand til principielt at ændre forløbet. De er alle rent symptomatisk virkende, hvilket vil sige at de udelukkende parallelforskyder sygdomsforløbet og er dermed ikke livsforlængende.

4.7 Tidsplan for indsatsområde 1

Tidsplanen for implementeringen og ansvaret for tiltagene fremgår af nedenstående skema. Det er hensigten at tidsplanen skal fungere som en ramme for opfølgning af indsatsområdet. Departementet for Sundhed og Infrastruktur er ansvarlig for opfølgningen af de forskellige tiltag, og holdes orienteret om implementeringen.

Tidshorisont	2013, efterår	Efter beskrivelsen	Efter beskrivelsen	2014, forår	2015-start
Ansvarlig	Styrelsen for Sundhed og forebyggelse, og regionsledelserne	Styrelsen for Sundhed og forebyggelse	Medicinsk/psykiatrisk-område på DIH	Styrelsen for Sundhed og regionsledelserne	Styrelsen for Sundhed
Tiltag der fremmer udvikling af demensområdet	"Demensteamet" oprettes på Dronning Ingrid's Hospital	Beskrivelse af kliniske retningslinjer for udredning af demens	Formel aftale om demens mellem medicinsk og psykiatrisk område	Færdiggørelse ⁴ af tests, fælles anamneseskema og skema til brug i byggerne. Indgå aftale om og opstart af monitorering	Første årlige opgørelse af diagnosticerede patienter, og indgå aftale om fremtidige opgørelser

Som det fremgår af tidsplanen sker implementeringen over en længere periode, og der må forventes administrative omkostninger forbundet opstarten af de forskellige tiltag.

5. Indsatsområde 2: Kommunal regi

5.1 Aktivitet, boliger og dagligdagen med demens

Området vedrører det kommunale regi. Den væsentligste del af behandlingen af demens er først og fremmest social indsats med vægt på fysiske rammer, den rette pleje og omsorg. Derfor er dette indsatsområde den mest krævende del af indsatsen for demensramte, både hvad angår bemanning,

⁴ Indebærer at test's og skemaer oversættes og tilpasses til grønlandske forhold og valideres, og distribueres til kysten

fysiske rammer og økonomi. Alle har brug for en meningsfuld aktivitet i hverdagen, men demensramte er i stor risiko for at miste dette. Fysisk træning har til formål, at bedre funktionsevne, bevægelighed, kredsløb og kondition, samt at støtte identitetsfølelsen. Andre typer aktivitet kan inkludere hverdagslivets gøremål, samt fritidsinteresser. Det er individuelt hvilke typer aktiviteter, der er meningsfulde og i hvilket omfang de bør have.

Indsatsområdet skal derfor først og fremmest sikre videreuddannelse af det kommunale personale, da det fremgik af Demensredegørelsen at medarbejderne skal være klædt på til at varetage og håndtere udfordringerne med demensområdet. Den mentale svækkelse, som en demenssygdom indebærer, stiller særlige krav til såvel opsporing, og pleje og omsorg.

5.2 Demenskoordinatorer, demensassistenter, og demenshjælpere

Kommunerne har anbefalet, at der igangsættes initiativer omkring uddannelse vedrørende demensområdet. For at imødekomme de demensramtes og pårørendes behov er det en førsteprioritet at højne uddannelsesniveaet hos de kommunale medarbejdere. Her skitseres de tre uddannelsesmuligheder: demenskoordinator, demensassistent, og demenshjælper.

Kommunerne anbefaler, at der uddannes og ansættes en **demenskoordinator** i hhv., Qaasuitsup Kommune, Kommuneqarfik Sermersooq, Kommune Kujalleq og Qeqqata Kommune.

Demenskoordinatoren har til opgave at:

- Demenskoordinatorerne udarbejder retningslinjer, pjecer og andet informationsmateriale om tilbuddene til demente og pårørende i hver kommune.
- De skal være opsøgende med hensyn til ny viden og tiltag i forhold til demensområdet
- Opsporing af tidlig demens samt rådgivning til disse og deres pårørende og være behjælpelig i forhold til at visitere borgere hvor der er mistanke om demenssygdom
- Finde egnede lokaler til netværksgrupper for både pårørende og frivillige og være igangsættende i forhold til initiativer for det område
- Er ansvarlig for oprettelse af aktivitetsmuligheder for gruppen af hjemmeboende demensramte og deres familier
- Undervise faggrupper, pårørende, samt demensramte
- Være medvirkende til at sikre faglig kompetenceudvikling indenfor demensområdet.
- Demenskoordinator skal have til opgave at udarbejde den kommunale handleplan
- Udarbejder status for demensområdet i deres kommune

Demenskoordinatoren skal så vidt muligt have en uddannelse svarende til den lange diplomuddannelse i socialt arbejde for at kunne varetage funktionen som demenskoordinator i en storkommune. Kravet for at tage denne uddannelse er at man har en mellemlang videregående uddannelse som sygeplejerske, socialrådgiver eller lignende.

Kommunerne anbefaler at der uddannes "demensassistenter"/ "demenshjælpere" i hver by, som kan varetage pleje og omsorg hos demensramte familier.

Demensassistenter kan være assistenter, der har fået yderligere specialiseringsforløb i ældrepleje herunder demens. Denne gruppe af demensmedarbejdere kan indgå i pleje- og omsorgsforløb, og have en rådgivende og vejledende funktion for den demensramte og dennes pårørende i hjemmet.

Demenshjælpere er sundhedshjælpere, der har fået et kursusforløb i ældrepleje, herunder demens. De vil kunne indgå i plejeforløb, og have dybere kendskab til ældrepleje. Der er et ønske om, at uddannelsesforløb afvikles på Peqqissaanermik Ilinniarfik med regelmæssige tidsrum.

5.3 Andre vigtige ressourcepersoner i det kommunale regi

Andre vigtige ressourcepersoner i demensområdet er ergoterapeuter og fysioterapeuter. Kommunerne anbefaler at man arbejder for at inddrage dem i forhold til de demente. Begge faggrupper kan bidrage væsentligt i forhold til planlægning af aktiviteter for de demente, samt være med til at vurdere psykiske, fysiske og sociale evner. De kan yderligere være med til at identificere, planlægge, og implementere egnede dagligdags aktiviteter med de demente og pårørende evt. i samarbejde med førnævnte demenskoordinatorer og demensassistenter. De kan tillige være med til at udfylde Rudas testen.

Faggrupperne kan, især for ergoterapeuternes vedkommende, være med til at vurdere den dementes evner og tilpasse aktiviteterne derefter. Ifølge en ph.d. afhandling af Lisbeth Villemoes Sørensen⁵, 2007, om ergoterapeuters arbejde med hverdagsrehabilitering for personer med demens er en ergoterapeut i stand til:

- Kortlægge patientens aktivitetsidentitet, adfærd og – kapacitet, når demensdiagnosen stilles.
- Udføre aktivitets- og deltagelsesbevarende interventioner i tæt samarbejde med patienten, pårørende og professionelle.
- Følge op på patientens aktivitets- og deltagelsesniveau.

I det omfang det kan lade sig gøre i de enkelte storkommuner bør der være øget fokus på at få inddraget disse faggrupper, så den aktiverende/vedligeholdende/hverdagsrehabiliterende indsats fremmes.

Tekniske hjælpemidler som er hjælpemidler til støtte for demensramte og dennes pårørende bør inddrages hvor det er relevant, men skal aldrig erstatte menneskelig samvær og omsorg. Kommuneqarfik Sermersooq er med i et internationalt projekt, RemoDem. Projektet vedrører støtte til demensramte og pårørende. Tekniske hjælpemidler kan lette hverdagen for de demente og de pårørende væsentligt, men det er vigtigt at de introduceres tidligt i forløbet, så brugen af dem kan forlænges. Derfor anbefaler den kommunerne, at der målrettet opsøges muligheder for øget fokus på anvendelse af egnede tekniske hjælpemidler, og at brugen af dem udbredes.

⁵ Soerensen LV. Everyday life and social relations in home-living patients with mild Alzheimer's disease and their caregivers: quantitative and qualitative analyses. (ph.d.-afhandling). København: Eget Forlag; 2007:1-50. Forsvaret den 22/8 2007 ved Københavns Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet.

5.4 Boformer og hverdagen med demens

Det er en målsætning at skabe muligheder for en meningsfuld og sammenhængende hverdag for den demensramte. Det forudsætter gode fysiske rammer i dagligdagen. Ifølge Ældrestrategien kan boligtilbud til ældre, udover eget hjem, omfatte følgende:

- Alderdomshjem: Institution for ældre, som har behov for støtte udover støtte til at kunne blive boende i eget hjem; plejetyngden er typisk under 1 personale pr. beboer.
- Plejehjem: Institution for ældre med behov for mere støtte end på alderdomshjem; plejetyngden er typisk 1 personale pr. beboer (til plejeopgaven)
- Skærmet enhed: Institutionstilbud til ældre med høj plejetyngde; svær demens samt hjerne-skadede; plejetyngden er typisk 2 personale pr. beboer.
- Bokollektiv: En lejebolig, hvor flere ældre bor sammen; anvendes i praksis nogle steder som et mini-alderdomshjem eller mini-plejehjem, hvor der er plejekrævende ældre beboere.
- Ældreboliger: lejeboliger som er hensigtsmæssigt indrettet til gangbesværede ældre, f. eks. ved at ligge i stueplan, være uden dørtrin mv.; omfatter bl.a. aldersrenteboliger.

Passende bolig er det centrale for at den demensramte og pårørende kan have en tryk hverdag. Flytning kan forværre tilstanden, og skabe forvirring, så det er vigtigt at der tidligt i forløbet skabes forudsigtelighed, og tryghed. En passende bolig kan sikres ved, at man løbende foretager vurderinger af den demensramtes evner og øvrige ressourcer. En institutionsplads er nødvendigvis ikke altid den rette løsning. Det kræver kontinuitet og godt kendskab for at kunne vurdere behovet for den dementes og de pårørendes behov.

Men erfaringer fra Nuuk og andre steder er, at der kan opnås længere tid i eget hjem, og udskydelse af indflytning ved en institution hvis der oprettes et "cafébesøg" eller "dagophold".

Til lettere demente tilbydes café-besøg, hvor formålet er at tilbyde passende meningsfulde aktiviteter til den demente. Et "**café-besøg**"* er et frivilligt dagtilbud til de lette og middelsvære demente og deres pårørende såfremt de ønsker det. Tilbuddet kan være fleksibelt afhængig af behovene hos den enkelte familie. Der kan tilbydes aktiviteter, som bidrager til at opretholde og vedligeholde deres funktionsniveau længst muligt. Gruppen foreslår, at demensassistenter kunne være den faggruppe, der planlægger og gennemfører dette tilbud.

At der til de middelsvære til svære demente gives mulighed for en daghjemsplads. Et **daghjem** er et dagtilbud til hjemmeboende svage ældre eller pensionister med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, en gruppe som demente kan høre ind under. Tilbuddet kan være personlig pleje, aktiviteter, socialt samvær med andre ligesindede med et formål, at sikre en målrettet forebyggende og sundhedsfremmende indsats for at fastholde og om muligt forbedre fysisk/psykisk og sociale færdigheder.

Oprettelsen af sådanne tilbud kan være med til at udskyde behovet for indflytning på en institution som skærmet enhed eller plejehjem, og skabe en lettere overgang til institutionen når og hvis det

senere skulle blive nødvendigt med indflytning til pågældende institution. I den tid hvor den demensramte er hjemmeboende er det vigtigt med støtte og hjælp til de pårørende.

5.5 Opdatering af de fysiske rammer

Det kræver et stort analysearbejde at komme med et bud på økonomiske konsekvenser for at udbygge de eksisterende alderdomshjem og plejehjem, så der kan oprettes og skabes mulighed for de forskellige egnede boliger til de demensramte i de forskellige byer. Dels på grund af, det er svært at forudsige hvordan sygdommen fordeler sig i de forskellige byer. Og dels på grund af at institutionerne til de ældre rundt om i Grønland er forskellige i forhold til behovet for renovering, udbygning eller udvidelse. Men såfremt der er kapacitet på de enkelte steder vil førnævnte dagtilbud for demente anses som et bidrag til at den demente kan forblive i eget hjem så længe som muligt, som er et af Ældrestrategiens visioner.

Kommunen anbefaler at der ved opførelse af boliger til de demensramte, hvad enten det drejer sig om skærmet enhed, bo-kollektiver, eller andre typer boliger sætter fokus på indretningen. Indretningen bør bidrage til at øge overskueligheden og trygheden for den demente.

Sundhedsvæsenets monitorering af nye tilfælde kan anvendes som et bidrag til at kommunen og Selvstyret har et grundlag for at kunne beregne anlægsudgifterne i forbindelse med planlægningen af boligerne til de ældre. Ansvar for initieringen af sådan en analyse ligger hos kommunerne og Departementet for Familie og Justits. Det er derfor ikke medtaget i Demensplanen.

5.6 Tidsplan for indsatsområde 2

Følgende tidsplan er vejledende, men er planlagt ud fra først og fremmest en prioritering af uddannelse af personalet, og dernæst forskellige tiltag der fremmer udvikling af demensområdet.

Tidshorisont	2013-2014	2015- forår	2016-forår	2017-forår
Ansvarlig	Kommunerne og Departementet for Uddannelse, Kirke, Kultur og Ligestilling	Kommunerne	Kommuner og Departementet for Familie og Justits	Kommunerne samt Sundhedsvæsenet
Tiltag der fremmer udvikling af demensområdet	<p>Planlægger og opstarter uddannelse til demenskoordinatorer og demensassistenter i de enkelte storkommuner.</p> <p>Undersøge tekniske hjælpemidler der understøtter de demensramte hverdag.</p>	<p>Planlægger og koordinere indsatser vedrørende hverdagsaktiviteter til demensramte og evt. oprette dagophold og café-besøg i alle byer.</p> <p>Udarbejder retningslinjer, standarder og oplysning om lokale tilbud for pleje og omsorg for demensramte samt pårørende.</p> <p>Arbejder med tidlig opsporing af demens, og opstarter/planlægger hjemmebesøg.</p> <p>Evt. afholder borgermøder og øge oplysningen om forebyggelse af demens.</p>	<p>Afdækker behovet for opdatering af fysiske rammer.</p> <p>Samt indgå aftale om planlægning af fremtidig indsats for at sikre egnede boliger til demensramte.</p>	<p>Arbejde for forbedring af tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Evt. afholder temadage med relevante samarbejdspartnere, både tværfaglige og tværsektorielle.</p>

Tidsplanen har overlappende elementer, men skitserer overordnet hvordan udviklingen af demensområdet kan forløbe i det kommunale regi Velvidende at der kan være forskellige lokale forhold og behov.

6. Indsatsområde 3: Den tværfaglige indsats

Der er efter lovgivningen om tværfagligt samarbejde mellem socialvæsenet, sundhedsvæsenet og andre relevante aktører i den offentlige sektor en forpligtelse til samarbejde. Gruppen af demensramte hører ind under dette samarbejde. Det fremgik af Demensredegørelsen, at der nogle steder ikke findes samarbejde mellem primær og sekundær sektor. Dette område vedrører samarbejdet mellem de forskellige aktører der er i berøring med demensområdet. Derfor er fokus tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, og gælder både sundhedsvæsen, det kommunale samt frivillige organisationer. Det fremgik af Demensredegørelsen, at der nogle steder ikke findes samarbejde mellem primær og sekundær sektor.

En central indsats er derfor at oprette, vedligeholde og sikre samarbejdet på tværs af fag og sektorer, og derved skabe mulighed for en sammenhængende indsats.

Indsatsområde 3 omfatter derfor sikring af koordinering af den samlede indsats. Nedenfor oprides de allerede beskrevne områder for henholdsvis sundhedsvæsenet og kommunen.

Sundhedsvæsenet varetager området: Udredning, diagnosticering, medicinsk behandling, og opfølgning af behandling. Opfølgning bør ske i samarbejde med lokal demenskoordinator. Monitoreringen og opfølgningen varetages af det lokale sygehus i samarbejde med kommunens demensassistent/demenskoordinator, og i det omfang det er nødvendigt med hjemmesygeplejerskerne. Ved nydiagnosticerede tilfælde bør sundhedsvæsenet etablere kontakt til kommunen, såfremt familien allerede ikke har kontakt til kommunen. Information om sygdommen til den demensramte og pårørende er sundhedsvæsenets ansvar og bør omfatte skriftlig såvel som mundtlig information.

Kommunerne varetager området: Tidlig opsporing, tidlig kontakt med demensramte, andre sociale aktivitetstilbud fra pågældende kommune, samt visitering til egnede boliger. Og endvidere primær forebyggelse som beskrevet i starten. Der er en forventning om, at demenskoordinator og demensassistent har overblik over den dementes samlede situation og behov. Pleje og omsorg forventes at omfatte hele familien, og til enhver tid sikre inddragelse af pårørende. Kommunerne har ansvar for at informere om de kommunale tilbud til de demente og pårørende, og igangsætte initiativer vedrørende disse.

I takt med at sygdommen udvikler sig, vil den demensramtes og pårørendes behov ændre sig. Plejen og omsorgen må nødvendigvis indrettes derefter. Der kan opstå situationer, som kan udfordre det kommunale personale, og ikke mindst pårørende.

Kommunerne og sundhedsvæsenet afholder tværfaglige samarbejds møder i de forskellige storkommuner med inddragelse af relevante samarbejdspartnere.

Et meget væsentligt område er også at man sikrer et samarbejde med de frivillige pårørende organisationer. Både sundhedsvæsenet og kommunen kan i det daglige arbejde oprette kontakt til organisationerne og sikre at patienterne og pårørende har kendskab til organisationerne. Det kræver dog en nærmere planlægning af hvordan samarbejdet, ønskes mm. Derfor anbefales det, at der udarbejdes en redegørelse for samarbejdet i demensområdet i de fire storkommuner.

6.1 Tidsplan for det tværfaglige samarbejde:

Tidshorisont	2014- forår	2015- forår
Ansvarlig	Kommunerne tager initiativet til etablering af samarbejdet, og i samarbejde med sundhedsvæsenet skriver redegørelse	Kommunerne, sundhedsvæsenet, samt NGO'er
Tiltag der fremmer udvikling af demensområdet	Redegørelse om behovet for og hvorledes det tværfaglige samarbejde kan etableres, og vedligeholdes.	Indgå fremtidige samarbejdsaftaler

7. Indsatsområde 4:

7.1 Pårørende-samarbejde, samt oplysning til befolkningen

Det er erfaringen at pårørende til personer med demens henvender sig med en oplevelse af stress, samt en oplevelse af psykisk og fysisk belastning. Pårørende påtager sig en betydelig pleje- og omsorgsopgave, og burde have muligheder for støtte, rådgivning, vejledning, og aflastning. Andre undersøgelser viser, at pårørende til personer med demens har en højere forekomst af depression, samt somatiske sygdomme og højere dødelighed end andre⁶. Det peges på, at det er vigtigt med tidlig indsats og samarbejde i form af støtte og rådgivning til pårørende.

Det fremgik af Demensredegørelsen, at pårørende ved siden af deres fuldtidsjob, havde et fuldtidsjob som omsorgsgivere i deres hjem, og kun fik meget lidt eller ingen hjælp. En stor udfordring for de pårørende er også, at en demenssygdom på et misforstået grundlag ofte forbindes med alkoholmisbrug blandt den almindelige befolkning. Det gør det svært at være åben omkring sygdommen, og den belastning det medfører hos familien.

Pårørende-samarbejdet styrkes. Kommunerne og sundhedsvæsenet må arbejde for at inddrage pårørende tidligt i forløbet i form af oplysning, information, rådgivning om sygdomsforløbet, og om den hjælp de kan forvente.

De pårørende skal sikres muligheden for skriftlig og mundtlig information, særlig i starten af diagnostidspunktet, og tilbydes en nem adgang til hjælp. Det er individuelt hvad familien har behov for hjælp til, det er derfor nødvendigt med tæt samarbejde med hele familien.

⁶ National handlingsplan for demensindsatsen, Socialministeriet, indenrigs-og sundhedsministeriet, KL, og Danske Regioner, december 2010

Den overordnede anbefaling om længst muligt i eget hjem er en god beslutning, som deles af langt de fleste pårørende. Men indimellem kan der af forskellige årsager være et behov for aflastning på en institution, og derfor anbefales det, at der på de eksisterende alderdomshjem oprettes mulighed for at komme på aflastning. Aflastningsperioden kan give de pårørende og den demente mulighed for et nødvendigt pusterum, eller kan udgøre hjælp i forbindelse med anden sygdom i familien.

Såfremt der er mulighed for det, skal der oprettes aflastningsordninger for de demente. Ansvar ligger i det kommunale regi, og tilrettelægges efter en konkret og individuel vurdering af behovet hos familien.

En hjælp til de pårørende kunne også være i form af pårørende-grupper. Der er allerede etableret sådanne initiativer enkelte steder på frivillig basis og på initiativ af Pårørendegruppen for demens. Initiativer burde støttes af de kommunale medarbejdere, som i forvejen kender familierne, og har de nødvendige kompetencer til at kunne etablere og vedligeholde sådanne initiativer. Erfaringer fra lignende initiativer viser, at der kan opstå behov for professionelle medarbejders kompetencer.

Det anbefales, at der i de enkelte byer skabes mulighed for etablering af pårørendegrupper med støtte fra kommunen. Støtten kunne være i form af deltagelse af Demenskoordinatoren eller Demensassistenterne.

Indsatsområdet omfatter derfor flere tiltag for pårørende, og det er vigtigt at de kommunale medarbejdere engagerer sig indenfor området, og bliver ansvarlige for planlægning, implementering og koordinering af disse tiltag i de enkelte storkommuner.

7.2 Tidsplanen for pårørende-samarbejdet:

Tidshorisont	2014- efterår	2015- forår
Ansvarlig	Kommunerne tager initiativet til etablering af pårørende-grupper, og kan inddrage sundhedsvæsenet	Kommunerne, sundhedsvæsenet, samt NGO'er
Tiltag der fremmer udvikling af demensområdet	Afdække og opstarte pårørendegrupper i samarbejde med de frivillige organisationer, i de steder hvor der ikke eksisterer sådanne initiativer	Indgå fremtidige samarbejdsaftaler

8. Indsatsområde 5: Uddannelsesmæssige tiltag

Uddannelsesområdet er et kerneområde, som har høj prioritet. Uddannelsesinitiativerne betragtes som en forudsætning for at kunne udvikle og implementere de øvrige indsatsområder. Uddannelsesstrategien 2012⁷ påpeger, at den demografiske udvikling skaber særlige behov for uddannelser in-

⁷ Redegørelse om Naalakkersuisuts Uddannelsesstrategi, Departementet for Uddannelse og Forskning, april 2012

denfor ældreområdet. Uddannelsestiltagene i demensområdet ses derfor i sammenhæng med denne udvikling.

8.1 Muligheder for uddannelse, efteruddannelse, samt kurser:

Det er vigtigt, at der bliver banet vej for uddannelse indenfor demensområdet, særligt i kommunerne. Således lægges der op til at det eksisterende personale kvalificeres yderligere. Demenskoordinatorerne forventes at tage den lange socialfaglige diplomuddannelse svarende til 60 ECTS point, og som udbydes flere steder i DK. Adgangskravet er en videregående uddannelse som sygeplejerske, socialrådgiver eller lignende.

I det omfang det er muligt og såfremt der er muligheder for det, kan lokale diplomkurser afvikles hvor fokus er særlige grønlandske forhold og vilkår indenfor demensområdet.

Af private kurser i DK udbydes også en kortere demenskoordinator kursus, som er rettet mod personale som arbejder med demensramte, det være sig sundhedsassistenter, sygeplejersker og lign.

8.2 Demenskoordinator-uddannelsen: For kommunalt ansatte sygeplejersker:

Den er målrettet sygeplejersker, socialrådgivere samt andre med en mellemlang videregående uddannelse og er svarende til diplomniveau på 60 ECTS point. Der er forskellige muligheder for økonomisk støtte til gennemførelsen af uddannelsen for sygeplejersker, herunder Kursusfonden for PPK-ansatte, samt Videreuddannelsespuljen.

8.3 Specialiseringer for sundhedsassistenter: For kommuner såvel som sundhedsvæsen

Det anbefales at man opretter mulighed for specialisering til ældreassistent. Specialiseringen har en forventet varighed på 5 måneder. Dette kan svare til hvad der kræves for at fungere som demensassistent i de enkelte kommuner.

Der er et ønske, om at kurserne til demensassistenterne planlægges og afholdes i Peqqissaanermik Ilinniarfik, og det anbefales at man prioriterer dette tiltag.

8.4 Efteruddannelse for Sundhedshjælpere: Basal pleje til ældre på plejehjem og alderdomshjem

Kurset for sundhedshjælpere kunne være i form af et kursus med fagligt indhold om demens. Her kan AMA-midler overvejes. Kurserne kan gennemføres så længe der er behov for det, og igen er det et ønske at kurserne foregår i Peqqissaanermik Ilinniarfik eller at der kan undersøges om kurserne kan finde sted lokalt.

8.5 Andre relevante faggrupper:

Der kan overvejes moduler på diplomniveau for ansatte i berøring med de ældre i såvel kommunen og sundhedsvæsenet. Her kan det dreje sig om sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter socialrådgivere, hjemmesygeplejersker m.fl. Finansiering for disse kan bygge på samme principper som for demenskoordinator-uddannelsen.

Andre uddannelsestiltag kunne også være tværfaglige kurser, hvor formålet bl.a. kan være netværksdannelse samt faglig sparring på tværs af uddannelser.

8.6 Tidsplan for uddannelsesområdet

Tidshorisont	2013- 2014 Demenskoordinator	2014- 2015 Demensassistent/ ældreassistent	2015- 2016 Demenshjælpere
Ansvarlig	Kommunerne og Departementet for Uddannelse, Kirke, Kultur og Ligestilling	Kommunerne og Departementet for Uddannelse, Kirke, Kultur og Ligestilling, evt. i samarbejde med Peqqissaanermik Ilinniarfik	Kommunerne og Departementet for Uddannelse, Kirke, Kultur og Ligestilling, evt. i samarbejde med Peqqissaanermik Ilinniarfik
Uddannelse	Planlægning og gennemførelse af uddannelse af de fire koordinatører	Afdække behovet for uddannelse, planlægning af uddannelse samt gennemførelse	Afdække behovet for uddannelse, planlægning af uddannelse samt gennemførelse

9. Indsatsområde 6: Kvalitetsudvikling, samt kvalitetssikring indenfor Demensområdet

Kvalitetssikringen bør omfatte det organisatoriske område, det faglige område og bør ske med inddragelse af et brugerperspektiv. Kvalitetssikringen af området kan omfatte flere metoder og redskaber, indenfor behandlingen, og plejen af de demente og de pårørende.

9.1 Sundhedsvæsenet

Demensplanen lægger op til ændringer i praksis i forhold til udredningsforløb, diagnoseværktøjerne, pleje og behandling, samt et tværfagligt perspektiv i højere grad end før.

Det anses for hensigtsmæssigt på sigt at kigge på om udredningsforløbet lever op til de kliniske retningslinjer. Det foreslås derfor at der gennemføres journal-audits.

Der skal i samarbejde med Demensklinikken og udvalgte sundhedscentre/regionssygehuse skabes mulighed for kvalitetssikring ved fortsat fokus på patientforløb, udredningsprogrammerne samt opfølgningen og monitoreringen af demente personer ved regelmæssige journal-audits. Anvendelsen af EPJ kan overvejes.

”Demensteamet” påtager ansvaret for denne del af Demensplanen, og fremadrettet kommer med forslag til forbedring og sikrer sig at udredningsprogrammet følges.

Tillige planlægges en afdækning af hvordan pårørende har oplevet udredningsforløbet, samt oplevelsen af støtte i den tidlige fase af demenssygdommen i forhold til information, etablering af samarbejdet, opfølgning mm. Dette vil give mulighed for forbedringer i demensområdet. Det bør vurderes om der skal uddannes nogle nøglepersoner, eksempelvis sygeplejersker på Dronning Ingrid's Hospital med særlige kompetencer indenfor demensområdet. Nøglepersonerne kan sikre at der udvikles tilbud til ny-diagnosticerede personer med demens og pårørende, og som indgår i og koordinerer efterforløbet for demente og pårørende i sundhedsvæsenets regi.

9.2 Tidsplan for journal-audit:

Tidshorisont	2015- i forlængelse af første årlige opgørelse over diagnosticerede patienter med demens
Ansvarlig	Sundhedsvæsenet
Tiltag der fremmer udvikling af demensområdet	Journal-audit

9.3 Det kommunale regi

Indsatsområderne i det kommunale regi består hovedsageligt af at få uddannet personalet. Uddannelse er derfor det første område der bør indgå i kvalitetssikringen.

Kommunerne bør få udarbejdet en plan for hvorledes det sikres at medarbejdere får mulighed for uddannelse og efteruddannelse indenfor demensområdet, og hvorledes det kan sikres at funktioner som demensassistent, demenshjælper, samt demenskoordinator opstartes.

Det anbefales at man etablerer faglige netværk for demenskoordinatorerne og demensassistenterne, så den faglige udvikling understøttes. Demenskoordinatoren har som beskrevet ansvaret for at udarbejde handleplan for kommunen, og heri kan en plan for kvalitetsudvikling indgå. Et ydelseskatalog kan fortælle noget om hvad demensramte og dennes pårørende kan forvente af ydelser i pågældende kommune. Denne bør udarbejdes for at sikre ensartede ydelser i kommunen.

9.4 Tidsplan for kvalitetssikring i kommunen

Tidshorisont	2015- 2016	2016
Ansvarlig	Kommunerne/lederne, evt. samarbejde med sundhedsvæsenet	Kommunerne/demenskoordinatorerne
Tiltag der fremmer udvikling af demensområdet	Etablering af faglige netværk for de der arbejder med demente	Beskrive ydelseskatalog i hver storkommune

10. Indsatsområde 7: Forebyggelse og information

Indsatsområdet vedrører tiltag for at oplyse og informere om demens til den grønlandske befolkning, herunder målrettet oplysning i sundheds- og socialsektoren til pårørende. Først beskrives indsatsområder i forhold til information, og dernæst tiltag indenfor forebyggelse.

I Demensredegørelsen fremgår det at der er sparsomt med materiale om demens. Derfor oprides her hvad informationstiltag kan rettes mod, og et forslag til en plan for en evt. kampagne.

Demensredegørelsen 2010 identificerede følgende målgrupper:

1) Patienter:

"Der er hverken fra medicinsk eller psykiatrisk område udarbejdet informationsmateriale til patienter og pårørende om demenssygdommen, diagnosticeringen m.m."

2) Pårørende:

"Pårørendegruppen for demens efterlyser viden og information"

3) De professionelle/ Personale i sundhedsvæsenet:

"Mødet med sundhedsvæsenet har ifølge de pårørende ofte ikke været godt. Det har været præget af uvidenhed og direkte uhøflighed"

"Uvidenhed" tolker gruppen som: manglende viden omkring det offentlige tilbud til demente og manglende viden om sygdommen.

4) Personale i kommunerne:

"Ifølge pårørendegruppen i Nuuk er der meget stor forskel på, hvordan man i kommunerne samarbejder med de pårørende"

5) Befolkning:

"Fra kommunernes side efterlyser man øget oplysning i befolkningen, i form af generelle oplysningskampagner, offentlige debatmøder og informationsmateriale m.m."

Ifølge erfaringer fra personalet er demens omgærdet af tabu, fordi mange forbinder sygdommen med alkoholmisbrug. Derfor er det vigtigt at formidle, at årsagerne til demens er mange, og at alle kan blive ramt af demens.

Formål med kommunikationen i relation til de forskellige målgrupper:

Til patienter:

- Oplyse om demens⁸ - sikre - i det omfang det er muligt – at patienten har viden om sin sygdom, og forstår, at han/hun får hjælp.
- Oplyse om sundhedsvæsenets og kommunens tilbud til den demente med vægt på, at sikre at der er overensstemmelse mellem patientens forventninger og de faktiske tilbud
- Oplyse om netværk – pårørendegrupper

Til pårørende:

- Oplyse om demens
- Oplyse om sundhedsvæsenets og kommunens tilbud til den demente med vægt på, at sikre at der er overensstemmelse mellem de pårørendes forventninger og de faktiske tilbud
- Oplyse om netværk – pårørendegrupper/muligheden for selv at starte en pårørendegruppe

Til befolkningen:

- Oplyse om demens

⁸ Hvad er demens? Hvordan udvikler sygdommen sig? Hvordan diagnosticeres sygdommen? Hvordan påvirker demens familien?

- Forebyggelse af demens
- Oplyse om, hvordan demens påvirker de pårørende

10.1 Forebyggende indsats mod demens

En stor del af den forebyggende indsats er en kommunal opgave. I forhold til forebyggelse indenfor demensområdet er det nærliggende at sætte fokus på forebyggende hjemmebesøg.

Forebyggende hjemmebesøg er etableret i Nuuk i Kommuneqarfik Sermersooq og introduceret i Qaasuitsup Kommunua. Ordningen er ikke lovpligtig i Grønland. Hjemmebesøget er et uopfordret, men ikke uanmeldt, besøg i eget hjem. Formålet er at drøfte den pågældende borgers aktuelle livssituation og kan derfor også anvendes til tidlig opsporing af demens. Hjemmebesøgene skal hjælpe de ældre til bedre at udnytte egne ressourcer og bevare funktionsniveauet længst muligt. Disse besøg kunne være en del af den samlede forebyggende og tidlige indsats på demensområdet, men der vil være behov for, at de gøres obligatoriske og evt. lovpligtige.

Primær forebyggelse af demens er i høj grad en kommunal opgave og hænger sammen med den borgerrettede forebyggelse af andre livsstilssygdomme, som øger risiko for dårligt kredsløb som sukeryge, forhøjet blodtryk og overvægt samt misbrug. Det menes også, at det at holde sig i gang intellektuelt og træning af de kognitive funktioner er vigtige for at forebygge demensudvikling. Den største gevinst i den primære forebyggelse ligger derfor indenfor *kost, rygning, alkohol og motion*, samt indenfor sociale aktiviteter, der holder personen i gang i det daglige og forebyggelig *depression*. Kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet er allerede fokusområder i "Inuuneritta/Folkesundhedsprogrammet". Selvom ældre er en fokusgruppe i "Inuuneritta", viser midtvejsevalueringen, at der har været få initiativer særligt for ældre indenfor programmets områder⁹.

Paarisa/Inuuneritta placeres pr 1.1.2012 som en national strategisk enhed i Departement for Sundhed og varetager de overordnede opgaver, når det gælder strategiudvikling, planlægning, samordning og udvikling af indsatsen på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet. Paarisa/Inuuneritta skal sikre, at der samarbejdes tværdepartementalt i forbindelse med sundhedsfremmende og forebyggende initiativer, når disse ligger under andre ressortområder

Nedenstående skema viser initiativer rettet mod information og forebyggelse:

⁹ Statens Institut for Folkesundhed. Midtvejsevaluering af folkesundhedsprogrammet Inuuneritta. Departementet for Sundhed, august 2011

10.2 Tidsplan for information og forebyggelse

Tidshorisont	2013-2014	2015- forår	2015-2016
Ansvarlige:	Initiativ fra Departementet for Sundhed og Infrastruktur	Departementet for Sundhed og Infrastruktur	Departementet for Sundhed og Infrastruktur
Tiltag indenfor information:	Nedsættelse af redaktionsgruppe. Udarbejde tekster til hjemmesider Udarbejde tekster til pjece(r) rettet mod patienter og pårørende Udarbejde tekster til demenshåndbog Udarbejde tekst til præsentationskit	Oversættelse af alle tekster Målgruppe- afprøvning af hele produktionen	Tilretning af grafisk arbejde/tryk Evaluering af indsatsen Grafisk arbejde
Ansvarlige:	Kommunerne	Departementet for Sundhed og Infrastruktur	
Tiltag indenfor forebyggelse i demensområdet	Arbejder med tidlig opsporing af demens, og opstarter/planlægger hjemmebesøg (fra indsatsområde 2)	Initiativer indenfor sundhedsfremme og forebyggelse for ældre	

11. Økonomiske og administrative konsekvenser for Demensplanen

De økonomiske og administrative konsekvenser af Demensplanen er, at der skal gøres følgende:

1. Der skal udarbejdes en kommunikationskampagne om oplysning om demens
2. Der skal uddannes demensassistenter i de 4 kommuner
3. Der skal afsøges, hvilke kommunale omkostninger der vil være for at kunne håndtere demensramte

11.1. kommunikation og oplysning om demens

De foreløbige planer vedrørende oplysning om demens skal der udarbejdes følgende materiale:

- a. 1 pjece om demens henvendt til patienter og pårørende, oplag ca. 1.000 eksemplarer. Prisen for udarbejdelse og trykning af pjecen skønnes til at koste 50.000 kr.
- b. Oversættelse af Demenshånd til professionelle - netbaseret fra dansk til grønlandsk. Bogen er på ca. 30 sider og oversættelsen skønnes at koste 14.000 kr.
- c. Materiale til brug ved borgermøder, der skal indkøbes ca. 10 billeder og laves 15 slides med oversættelse. Dette skønnes at koste 12.000 kr.

- d. 1 flyer til uddeling ved borgermøder. Som blandt andet indeholder information om, hvor på nettet man kan finde oplysninger og materiale om demens. Flyeren skal laves i et oplag på 3.000 eksemplarer. Dette skønnes at koste 35.000 kr.
- e. Der forventes at der skal produceres TV spots om demens, produktionen af 7 gange 30 sekunder spots skønnes at koste 280.000 kr. Der er regnes ikke med omkostninger i forbindelse med at udsendelse af spots, da det er gratis hos KNR.

Udover disse omkostninger kan der også komme omkostninger til produktion af TV/radio oplysninger samt til produktion af TV-skilte oplysninger. I alt forventes der oplysningskampagnen, at koste ca. 500.000 kr.

11.2. Uddannelse

Ifølge planen skal der uddannes 4 demenskoordinatorer så der er en demenskoordinator i hver kommune. Uddannelsen er primært målrettet sygeplejersker og er en 1årig diplom uddannelse.

Omkostninger en uddannelse af 4 demenskoordinatorer er skønnet til at være:

Demenskoordinatoruddannelse	Omkostning	Antal/deltager	Total
Kursusafgift 2 moduler i Danmark	50.000	4	200.000
Rejse- og opholdsomkostninger pr. deltager	210.000	4	840.000
Vikaromkostning pr. deltager	350.000	4	1.400.000
Etableringsomkostning, grønlandskmodul	250.000	1	250.000
Pris pr. modul	350.000	2	700.000
Rejse- og opholdsomkostninger pr. deltager i Grønland *)	210.000	3	630.000
Omkostninger i alt			4.020.000

*) En deltager er fra Nuuk

Sygeplejersker der ønsker denne uddannelse har mulighed for at søge om midler til dækning af kursusafgift samt rejse og opholdsomkostninger fra PPK fonden, og Videreuddannelsespuljen. Etableringsomkostningerne for et evt. grønlandsk diplommodul skal findes gennem prioriteringer indenfor uddannelsesområdet. Således er det kun omkostningerne til vikar som skal afholdes. Denne omkostning er skønnet til, at være på 1.400.000 kr.

Der er et ønske om, at 34 sundhedsassistenter skal have et specialiseringsforløb til "demensassistenter". Der er i Finansloven allerede afsat midler til specialiseringsforløb for sundhedsassistenter, men for at imødekomme et ekstraordinært behov for at imødekomme uddannelseskravene op demensområdet må der prioriteres et ekstra hold pr. år i 3 år.

Etableringen af uddannelsen vil have en engangsomkostning på ca. 100.000 kr. og uddannelsen forventes at vare i 5 måneder med et hold ugepris på 35.000 kr. hvor der kan deltage ca. 8 personer. Omkostningen pr. hold vil være på ca. 770.000 kr. Dette behov vil blive indarbejdet i de kommende handleplaner under uddannelsesstrategien. Der skal således skal der ikke findes nye penge til denne uddannelse. Efter en periode med en ekstraordinær uddannelsesindsat kan uddannelsen drives indenfor de allerede afsatte bevillinger.

Kommunerne har behov for midler til vikardækning i den periode hvor de har medarbejdere under specialiceringsforløb. Dette vil være ca. 1.200.000,- årligt.

11.3. Det kommunale område

Kommunerne har en forpligtigelse til at sikre plejetilbud, botilbud, hjælpemidler mm til ældre borgere med disse behov. I takt med den demografiske udvikling er det nødvendigt at kommunerne tilpasser deres budgetter så de afspejler demografien. Den hurtigt voksende ældrebefolkning vil derfor komme til at stille store krav til kommunale prioriteringer.

11.3.1. Anlægsbyggerier

For at kunne håndtere demensramte på institutionerne skal der være særlige skærmede enheder for disse patienter. De fleste kommuner har allerede skærmede enheder. I følge Ældrestrategien skal der foretages nærmere analyser af det fremtidige anlægsbehov indenfor ældreområdet, som også omfatter demensområdet. Anlægsinvesteringsbehovet vil blive nærmere beskrevet i dette arbejde, og bør indgå i kommende bloktilskudsforhandlinger mellem Selvstyret og kommunerne. Ved indretning af og evt. nybyggeri af institutioner bør der indtænkes muligheder for skærmede enheder.

Der skal også etableres cafémiljøer til de demensramte. Omkostninger til etablering af cafémiljøer forventes at være små, idet kommunerne foreslår at det er eksisterende rammer som benyttes.

11.3.2. Forebyggende hjemmebesøg

Det forventes ikke at hjemmebesøg ville belaste kommunerne ud over hvad de allerede er forpligtede til at løfte. Det er vigtigt at se forebyggende hjemmebesøg som en investering der sikre at tidspunktet for mere indgribende foranstaltninger udskydes eller helt undgås.

11.3.3. Hjælpemidler

Demensramte vil få behov for hjælpemidler til de daglige gøremål, omkostninger hertil vil være indeholdt i kommunernes eksisterende bevillinger idet der allerede nu er et kommunalt ansvarsområde.

12. Øvrige tiltag med betydning for Demensområdet i Grønland

Lovgivning og juridiske problemstillinger er beskrevet i Demensredegørelsen. Demensområdet er dels omfattet af sociallovgivningen og dels af lovgivningen på sundhedsområdet.

Lovgivningen er på nuværende tidspunkt ikke opdateret eller fyldestgørende. I lovgivningen er det vigtigt at sikre den demente den nødvendige beskyttelse, samt sikre retsstillingen for de sundhedsprofessionelle. Der bør i det videre arbejde tages konkret stilling til regelsæt og/eller lovgivning på de ovennævnte områder.

Derfor vil anbefalingen på dette område være følgende tidsplan:

12.1 Tidplan for arbejdet med lovgivningen:

Tidshorisont	2013	2014	2014-2016
Ansvarlige	Departementet for Familie og Justits	Departementet for Familie og Justits	Departementet for Familie og Justits
Tiltag vedrørende lovgivning	Nedsættelse af arbejdsgruppe til analyse af de forskellige lovgivninger vedrørende demente	Fremlægge en redegørelse for revisionsbehov for lovgivningen	Revision af lovgivning

13. Fremtidige perspektiver for Demensplanen

Den største udfordring og forudsætningen for at demensområdet får et løft, er om der kan uddannes og fastholdes personale. Demensredegørelsen afdækkede, at der især i det kommunale regi var stor udskiftning blandt personalet. Det kan blive en betydningsfuld faktor i det videre arbejde med Demensplanen.

Det er hensigten, at der skal større fokus på sammenhængende og koordineret indsats velvidende at der kan være lokale forskelle. Og det kræver samarbejdsvillighed og vilje og interesse for demensområdet. Det er vigtigt at bevare fokus på indsatserne samt opfølgning fra alle i de forskellige sektorer og på tværs af faggrænser for at kunne implementere og vedligeholde indsatsen.

